

Ministério da Saúde

FIOCRUZ

Fundação Oswaldo Cruz



ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA
SERGIO AROUCA
ENSP

Clarice Furtado de Oliveira

A estratégia de Grupos Regionais do estado do Rio de Janeiro e seu papel no processo de regionalização da saúde

Rio de Janeiro

2017

Clarice Furtado de Oliveira

A estratégia de Grupos Regionais do estado do Rio de Janeiro e seu papel no processo de regionalização da saúde

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Saúde Pública, da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, na Fundação Oswaldo Cruz, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Saúde Pública. Área de concentração: Planejamento, Políticas, Gestão e Práticas em Saúde.

Orientadora: Prof.^a Dra. Elizabeth Artmann

Co-orientadora: Prof.^a Dra. Mariana Vercesi de Albuquerque

Rio de Janeiro

2017

Catálogo na fonte
Fundação Oswaldo Cruz
Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica em Saúde
Biblioteca de Saúde Pública

O48e Oliveira, Clarice Furtado de.
 A estratégia de Grupos Regionais do estado do Rio de Janeiro e seu papel no processo de regionalização da saúde / Clarice Furtado de Oliveira. -- 2017.
 161 f. ; il. color. , graf. ; mapas ; tab.

 Orientadora: Elizabeth Artmann.
 Coorientadora: Mariana Vercesi de Albuquerque.
 Dissertação (mestrado) – Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro, 2017.

 1. Regionalização. 2. Gestão em Saúde. 3. Assistência à Saúde. 4. Sistema Único de Saúde. I. Título.

CDD – 22.ed. – 362.1068098153

Clarice Furtado de Oliveira

A estratégia de Grupos Regionais do estado do Rio de Janeiro e seu papel no processo de regionalização da saúde

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Saúde Pública, da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, na Fundação Oswaldo Cruz, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Saúde Pública. Área de concentração: Planejamento, Políticas, Gestão e Práticas em Saúde.

Aprovada em 18 de abril de 2017

Banca Examinadora

Prof.^a Dra. Patty Fidelis de Almeida
Instituto de Saúde Coletiva/UFF

Prof.^a Dra. Luciana Dias de Lima
Escola Nacional de Saúde Pública/FIOCRUZ

Prof.^a Dra. Elizabeth Artmann (orientadora)
Escola Nacional de Saúde Pública/ FIOCRUZ

Prof.^a Dra. Mariana Vercesi de Albuquerque (segunda orientadora)
Escola Nacional de Saúde Pública/ FIOCRUZ

Rio de Janeiro

2017

Aos meus pais, pelo amor e dedicação que tomaram todas as minhas conquistas possíveis.

AGRADECIMENTOS

À Elizabeth Artmann, pela orientação e apoio tão fundamentais para o andamento da pesquisa e sucesso desta jornada.

À Mariana Vercesi de Albuquerque, pelo aprendizado que me proporcionou durante todo o percurso do mestrado, pelo carinho e dedicação, por acompanhar cada passo dado nesta pesquisa e em minha formação como mestre.

À Luciana Dias de Lima, pelos valiosos ensinamentos nos diversos momentos do período de mestrado e pelas grandes contribuições a esta pesquisa durante o exame de qualificação.

À Patty Fidelis, pelas importantes considerações para a qualificação do projeto e por acompanhar o estudo até sua conclusão, fazendo parte da banca de defesa.

Ao Programa de Excelência Acadêmica da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior – PROEX CAPES, pelo financiamento para a realização do trabalho de campo.

À Andréa Mello, por tornar possível a conciliação entre o mestrado e o trabalho e a todos os amigos da SAB/SES, por serem inspiração e incentivo.

À Monique Fazzi, representando a Assessoria de Regionalização da SES/RJ, pela presteza no fornecimento de materiais essenciais para a pesquisa.

A todos que se disponibilizaram a participar da pesquisa representando a SES/RJ, os municípios da região do Médio Paraíba, o CISMEPA, o COSEMS/RJ e o MS.

Aos amigos, Analice Braga, Cassiano Franco, Cleiber Silveira, Diego Ferreira, Gustavo Felinto, Fernanda Coutinho, Marina Coelho, Stefania Soares e Thaís Vidal, que fizeram da experiência do mestrado um percurso também de amor e amizade.

Ao Pedro Maia pelo companheirismo e incentivo.

Porque há doçura e beleza na amargura atravessada, e eu quero memória acesa depois da angústia apagada.

MEIRELES, 1967.

RESUMO

A organização de regiões e redes regionais é fundamental para a garantia da integralidade do cuidado no Sistema Único de Saúde (SUS). As Comissões Intergestores Regionais (CIR) são instâncias colegiadas responsáveis pela definição das regras da gestão compartilhada no âmbito regional e devem ser vinculadas à Secretaria Estadual de Saúde (SES) para efeitos administrativos e operacionais. No estado do Rio de Janeiro, as CIR contam com Grupos Regionais para a realização de estudos técnicos que possam subsidiar as decisões dos gestores municipais no plenário deliberativo. O principal objetivo deste estudo foi analisar o papel destes Grupos no processo de regionalização da saúde no estado. A metodologia utilizada foi eminentemente qualitativa e pautou-se em estudo de caso da região do Médio Paraíba. As estratégias metodológicas foram: revisão bibliográfica; análise documental; caracterização das regiões de saúde por dados secundários; e levantamento de dados primários através de entrevistas com atores da SES/RJ, COSEMS/RJ, MS, Consórcio Intermunicipal de Saúde do Médio Paraíba e municípios desta região, totalizando 19 entrevistas. A análise dos dados foi organizada em três dimensões: A) estrutura, funcionamento e finalidades dos Grupos Regionais; B) papel dos Grupos no planejamento regional e a atuação da SES/RJ; C) limites e possibilidades de atuação dos Grupos para o fortalecimento dos processos de planejamento regional, coordenação e gestão intergovernamental. Os resultados apontaram que, na região estudada, os Grupos possibilitam a troca de experiências entre os municípios, levantamento de problemas, proposição de ações e elaboração de documentos regionais, gerando uma cultura de planejamento e gestão em saúde. Alguns Grupos têm atuado também na gestão da rede de atenção à saúde, rediscutindo fluxos continuamente e produzindo documentos que visam aumentar a coerência das ações compartilhadas na região. As limitações na atuação dos Grupos se referem principalmente à pulverização das discussões em diversos Grupos temáticos e à ausência da SES, seja como participante em alguns Grupos, seja no acompanhamento de seus desdobramentos na região de saúde. Concluiu-se que os Grupos têm contribuído para a operacionalização das discussões regionais no estado, mas precisam avançar na elaboração de um planejamento regional integrado, que articule os diferentes atores e as diversas discussões temáticas na perspectiva da rede regional de atenção à saúde. Para tal, a maior atuação da esfera estadual, principalmente em Grupos estratégicos como o GT de Planejamento, mostra-se fundamental.

Palavras-chave: Regionalização. Planejamento regional. Gestão em saúde. Assistência à saúde. Sistema Único de Saúde.

ABSTRACT

In order to assure the integrality of care in the Unified Health System (SUS) it is fundamental to organize the health regions and the regional networks. The Regional Inter-managers Commission (CIR, initials in portuguese) is the collegial body for defining the rules of shared management at the regional level. This Commission is tied to the State Health Department (SES) for administrative and operational purposes. In the state of Rio de Janeiro, the CIR counts on Regional Groups to carry out technical studies that may yield the decisions of the municipal managers in the deliberative plenary. The main objective of this study was to analyze the role of these groups in the process of health regionalization in the state of Rio de Janeiro. The methodology used was eminently qualitative and was based on a case study of the “Médio Paraíba” region. Some of the the methodological strategies were: literature review; documentary analysis; characterization of health regions by secondary data; and primary data collection through interviews. Interviews were conducted with actors from SES/RJ, COSEMS/RJ, Ministry of Health, Inter-municipal Consortium of Health of the “Médio Paraíba” and the municipalities of this region, which sum 19 interviews. The data analysis was organized in three dimensions: A) structure, functioning and purposes of the Regional Groups; B) the role of the Groups in the regional planning and the performance of SES/RJ; C) limits and possibilities of action of the Groups to strengthen the processes of regional planning, coordination and intergovernmental management. The results showed that, in the analyzed region, the Groups fostered the exchange of experiences among the municipalities, the process of raising problems together, proposing actions and elaborating regional documents, what have contributed to generate a culture of planning and management in health. Some Groups have also acted in the management of the health care network, continually rediscussing flows and producing documents that aim to increase the coherence of shared actions in the region. The limitations in the work of the Groups refer mainly to the fragmentation of the discussions in different thematic Groups and to the absence of the SES, either as a participant in some Groups, or in the monitoring of the unfolding events in the health region. It was concluded that the Groups have contributed to the regionalization of health in the state, but they need to progress in the elaboration of an integrated regional planning, which articulates the various thematic discussions from the perspective of the regional health care network. For this, it is fundamental to improve the performance of the state sphere, especially in Strategic Groups such as the Planning WG.

Keywords: Regionalization. Regional planning. Health management. Health Care. Unified Health System.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Gráfico 1: Nº de regiões de saúde com o Grupo Regional em funcionamento em 2015.....	38
Quadro 1: Entrevistas da 1ª Etapa da pesquisa de campo - Instituição / Setor e Grupo Regional relacionado.....	39
Gráfico 2: Organização regional mais avançada segundo representantes da SES/RJ, COSEMS/RJ e Ministério da Saúde.....	41
Quadro 2: Grupo Regional e perfil dos entrevistados na região Médio Paraíba.....	45
Quadro 3: Matriz de análise dos dados.....	47
Figura 1: Estado do Rio de Janeiro – Regiões de Governo e municípios.....	54
Figura 2: Estado do Rio de Janeiro – Regiões de Saúde e municípios.....	54
Figura 3: Estado do Rio de Janeiro – Regiões de Saúde com população.....	71
Gráfico 3: % média de municípios presentes nas reuniões de CIR em 2015.....	79
Gráfico 4: % média de Secretários Municipais de Saúde e de Suplentes/Representantes presentes nas reuniões de CIR em 2015.....	80
Quadro 4: Situação das regiões de saúde do estado do Rio de Janeiro em relação aos Planos de Ação da Rede Cegonha.....	82
Quadro 5: Situação das Regiões de Saúde do Estado do Rio de Janeiro em relação ao Plano de Ação da Rede de Urgência e Emergência.....	83
Gráfico 5: Número de Grupos Regionais por ano.....	84
Figura 4: Divisão Político-Administrativa da Região do Médio Paraíba.....	86
Quadro 6: Panorama dos Grupos Regionais da CIR Médio Paraíba ativos em 2015.....	95
Quadro 7: Composição dos Grupos Regionais da CIR Médio Paraíba.....	97
Quadro 8: Coordenação e participação nos Grupos Regionais da CIR Médio Paraíba ativos no ano de 2015.....	99
Quadro 9: Temas em pauta nos Grupos Regionais do Médio Paraíba no ano de 2015.....	104
Quadro 10: Grupos Regionais da região do Médio Paraíba e respectivos produtos de caráter regional.....	119

LISTA DE TABELAS

Tabela 1: N° de municípios, porte populacional e área por Região de Saúde.....	72
Tabela 2: Índice de Desenvolvimento Humano e PIB Per Capita segundo região de saúde.....	73
Tabela 3: Despesa SUS, transferência SUS e população beneficiária de plano de saúde segundo região de saúde.....	74
Tabela 4: População e capacidade instalada por região de saúde (2015).....	75
Tabela 5: Indicadores por região de saúde – Óbitos (2014)	76
Tabela 6: Indicadores por região de saúde – Atenção Básica (2014)	77
Tabela 7: Recursos humanos nível superior no SUS segundo região de saúde (2015)....	78
Tabela 8: Região do Médio Paraíba– Municípios, População, Área e PIB per capita.....	87
Tabela 9: Capacidade instalada e despesa total em saúde na região Médio Paraíba	93

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

CEPERJ – Centro Estadual de Estatísticas e Pesquisa do Rio de Janeiro
CEREST – Centro de Referência em Saúde do Trabalhador
CGR- Colegiado de Gestão Regional
CIB- Comissão Intergestores Bipartite
CIES- Comissão de Integração Ensino e Serviço
CIR – Comissão Intergestores Regional
CIT- Comissão Intergestores Tripartite
CIS – Consórcio Intermunicipal de Saúde
CISMEPA – Consórcio Intermunicipal de Saúde do Médio Paraíba
CONASS- Conselho Nacional de Secretários Estaduais de Saúde
COSEMS- Conselho de Secretários Municipais de Saúde
CREG – Central Regional de Regulação
CUERG – Coordenação de Urgência e Emergência
GC- Grupo Condutor
GT – Grupos de Trabalho
IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IDH – Índice de Desenvolvimento Humano
INAMPS- Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social
NDVS- Núcleo Descentralizado de Vigilância em Saúde
NIDE- Núcleo de Integração e Desenvolvimento Estratégico
NOAS- Norma Operacional de Assistência à Saúde
NOB- Norma Operacional Básica
PDI- Plano Diretor de Investimentos
PDR- Plano Diretor de Regionalização
PES- Plano Estadual de Saúde
PPI- Programação Pactuada Integrada
RAPS – Rede de Atenção Psicossocial
RCPD – Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência
RUE – Rede de Urgência e Emergência
SAB – Superintendência de Atenção Básica
SE – Secretaria Executiva
SES- Secretaria Estadual de Saúde
SUS- Sistema Único de Saúde

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	14
2 A REGIONALIZAÇÃO COMO ESTRATÉGIA DE PLANEJAMENTO, COORDENAÇÃO E GESTÃO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE	18
2.1 Federalismo e descentralização na política de saúde brasileira.....	18
2.2 Enfrentando a fragmentação: a estratégia de regionalização da saúde.....	22
2.3 Políticas públicas, planejamento, poder e multiplicidade de atores	29
3 DESENHO DO ESTUDO	35
3.1. Método.....	35
3.2 Trabalho de campo e seleção do estudo de caso.....	37
3.3 Matriz de análise dos dados.....	47
3.4 Considerações éticas.....	49
4 A REGIONALIZAÇÃO DA SAÚDE NO ESTADO DO RIO DE JANEIRO	50
4.1 Histórico de conformação do estado e de sua política de saúde.....	50
4.2 Histórico da regionalização da saúde	53
4.3 A estratégia de criação dos grupos regionais nas comissões intergestores regionais	64
4.5 Caracterização das regiões de saúde: diversidades e desigualdades	71
5 OS GRUPOS REGIONAIS DO MÉDIO PARAÍBA	87
5.1 A importância da região de saúde do Médio Paraíba no processo de regionalização do estado do rio de janeiro.....	87
5.2 Estrutura, funcionamento e finalidades dos grupos regionais na cir médio paraíba	95
5.3 Papel dos grupos no planejamento regional e a atuação da ses/rj	104
5.4 Resultados do funcionamento dos grupos regionais.....	118
6 AVANÇOS E LIMITAÇÕES DOS GRUPOS REGIONAIS	126
6.1 Visão regional, planejamento e gestão da rede de atenção à saúde.....	127
6.2 Atuação da SES/RJ no planejamento e na gestão regional.....	130
6.3 A regionalização como estratégia técnica e política de planejamento e gestão do sus.....	132
6.4 Perfil, representatividade e rotatividade dos participantes dos grupos regionais	135
6.5 Limitações dadas pela realidade regional para o planejamento e a gestão do sus.....	136
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS	139
REFERÊNCIAS	142
APÊNDICE A – Roteiros de entrevista	151
APÊNDICE B – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	156
APÊNDICE C – Quadro dos grupos regionais por região de saúde e ano de criação	158

1 INTRODUÇÃO

A perspectiva da organização regionalizada de serviços de saúde é introduzida nos sistemas universais de saúde europeus no início do século XX, com objetivo de garantir atenção integral e equitativa para toda a população. Esta ideia relaciona-se com a proposta inglesa de organização dos serviços de saúde apresentada no Informe Dawson, em 1920. Neste documento é pontuada pela primeira vez a importância da existência de bases territoriais e população-alvo para a organização de redes de saúde, a serem compostas por diferentes perfis assistenciais e organizadas de forma hierárquica (KUSCHNIR e CHORNY, 2010).

No contexto dos sistemas universais, a integração racional de ações e serviços através de planejamento baseado nas necessidades de saúde em âmbito regional se apresenta como uma importante estratégia para a ampliação do acesso e diminuição das desigualdades. Em alguns países a descentralização da política de saúde já ocorre a partir desta perspectiva, com a organização de redes de serviços em âmbito regional, caso da Inglaterra, Itália, Alemanha e Canadá (VIANA & LIMA, 2011).

No Brasil, a Constituição Federal de 1988 torna a saúde um direito de todos a ser garantido pelo Estado e explicita que as ações e serviços públicos de saúde devem integrar uma rede regionalizada e hierarquizada e constituir um Sistema Único de Saúde. (BRASIL, 1988) Foi previsto constitucionalmente, portanto, que a descentralização se desse de maneira articulada à diretriz da regionalização para a conformação do sistema de saúde. No entanto, no processo de implantação do SUS, estas diretrizes não operaram conjuntamente e observou-se a fragmentação das ações e serviços de saúde, em um contexto de enormes desigualdades regionais (GADELHA et. al 2009).

O Brasil é constituído em um sistema federativo com três níveis político-administrativos - União, estados e municípios – e com uma característica que o diferencia no contexto internacional, a de que os municípios são entes administrativos (PESTANA & MENDES, 2004). A descentralização político-administrativa presente na lei nº 8.080/90, que regulamenta o SUS, direcionou para os municípios a responsabilidade pela gestão e prestação da maioria dos serviços de saúde de seu território, apresentando um caráter municipalista, sem que fosse claramente definido o papel dos governos estaduais e formuladas estratégias para a regionalização (LIMA et. al. 2010).

Os municípios brasileiros apresentam grandes disparidades que levam à necessidade de transposição do território municipal para que seja possível o atendimento a toda complexidade de demandas da população. A integralidade da atenção depende, portanto, da articulação dos sistemas municipais em redes regionais, mas, ao contrário, o que se verificou na implantação do SUS foram milhares de sistemas locais que tentavam se estruturar isoladamente. Neste sentido, apesar de notada ampliação do acesso à saúde o sistema permaneceu fragmentado e com baixa articulação entre as ações e serviços nos territórios (LIMA et. al., 2012).

Nos últimos anos o debate da região de saúde volta ao centro das discussões e vem ganhando profundidade em razão da necessidade de integração do sistema do ponto de vista técnico, operativo e organizacional (SANTOS & CAMPOS, 2015). Nas normativas nacionais a perspectiva do planejamento regional na saúde começa a ganhar relevo, com a valorização da regionalização, organização de redes de atenção e resgate do papel da esfera estadual. Este processo se inicia com a Norma Operacional da Assistência à Saúde (NOAS/2001), mas é impulsionado apenas em 2006, quando a regionalização da saúde aparece como eixo estruturante da dimensão gestão do Pacto pela Saúde.

No contexto do Pacto pela Saúde, a esfera estadual ganha centralidade como responsável pela efetivação das negociações no âmbito regional e pela organização das instâncias colegiadas permanentes nas regiões de saúde, os Colegiados de Gestão Regional (CGR). No Estado do Rio de Janeiro, as 09 regiões de saúde foram identificadas no primeiro Plano Diretor de Regionalização (PDR) em 2011, logo após a publicação da NOAS. Em 2009 observa-se um fortalecimento do processo de regionalização pela Secretaria de Estado, com levantamento e análise de dados secundários que apoiaram oficinas regionais nas quais foi rediscutido com os atores municipais o desenho regional da saúde no estado, movimento que culmina com a criação dos CGR.

A organização do CGR incluía a realização do Plenário (instância de deliberação do colegiado), da Câmara Técnica (reunião técnica prévia ao Plenário) e de Grupos de Trabalho nas regiões de saúde. Passa a surgir, então, em cada região de saúde, uma série de Grupos temáticos de caráter consultivo para a realização de estudos técnicos que pudessem subsidiar as discussões da Câmara Técnica e as tomadas de decisão dos Secretários Municipais de Saúde no Plenário das CIR. Todos os Grupos são compostos por pelo menos um representante de cada município e em geral contam com alguma representação da SES/RJ.

Com a publicação do Decreto 7508/2011, os CGR são substituídos pelas Comissões Intergestores Regionais (CIR), que seguem contemplando como um de seus eixos os Grupos

de Trabalho (GT). Hoje existem diversos Grupos de âmbito regional realizando discussões técnicas temáticas nas regiões de saúde do estado, tais como: Grupos de Trabalho (GT) da Atenção Básica, de Planejamento e de Vigilância em Saúde; e Grupos Condutores (GC) da Rede de Urgência e Emergência, da Rede Cegonha, da Rede de Atenção Psicossocial e da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência. Como existem Grupos de Trabalho e Grupos Condutores, para fins deste estudo, todos os Grupos de discussão técnica ligados às Comissões Intergestores Regionais do estado do Rio de Janeiro serão denominados *Grupos Regionais*.

Um dos principais limites da atuação dos estados na regionalização da saúde diz respeito a sua baixa capacidade de coordenação e organização do sistema de saúde (UGÁ, et. al, 2010). Apesar do número crescente de estudos sobre o processo de regionalização da saúde no Brasil (PESTANA & MENDES, 2004; VIANA & LIMA, 2011; ALBUQUERQUE, 2013; SANTOS & CAMPOS, 2015) e, particularmente, no estado do Rio de Janeiro (KUSCHINIR R.; CHORNY, 2010; LIMA et. al, 2016), ainda é pouco estudado o processo de trabalho das Secretarias Estaduais de Saúde no que diz respeito às ações e dispositivos técnicos que procuram dar suporte e fortalecer os processos regionais.

Alguns dos estudos que trataram das instâncias de pactuação regional em diferentes estados (SANTOS e GIOVANELLA, 2014; SOUZA, SCATENA & KEHRIG, 2014; JUNIOR & SHIMIZU, 2015; IANNI et. al. 2012) e inclusive no estado do Rio de Janeiro (VIANNA & LIMA, 2013) revelaram que, apesar dos CGR/CIR serem fundamentais para os processos de regionalização da saúde, sua limitação tem sido importante no que diz respeito principalmente ao planejamento regional e ao fortalecimento das redes de atenção à saúde em uma perspectiva solidária nas regiões.

O papel da esfera estadual na coordenação intergovernamental é fundamental para o enfrentamento destes limites, assim como a existência de espaços que possibilitem o amadurecimento de diagnósticos situacionais e planejamento de ações que possam potencializar as instâncias de pactuação regional como formuladoras de políticas voltadas para as necessidades regionais.

No estado do Rio de Janeiro, onde a Secretaria de Estado não conta com estruturas regionais, pesquisa realizada sobre a implantação do CGR apontou a importância dos Grupos de Trabalho nas regiões principalmente no que se refere ao suporte técnico para subsidiar as tomadas de decisão nas reuniões de Secretários Municipais de Saúde (VIANNA & LIMA, 2013). O estudo atual destes Grupos é uma forma de analisar o desdobramento do processo de

regionalização no estado, procurando identificar se foi possível avançar no desenvolvimento de uma cultura de planejamento regional e qual tem sido o papel dos Grupos neste processo.

Considera-se que os Grupos Regionais podem ser novos espaços estratégicos para a integração e coordenação regional, planejamento, cooperação e amadurecimento técnico nas regiões de saúde. Desta forma, o trabalho é motivado pela busca de respostas ou apontamentos para as seguintes questões: Os Grupos Regionais têm servido para quais finalidades dentro do processo de regionalização da saúde do estado do Rio de Janeiro? Como a SES-RJ tem atuado para a consolidação dos processos de regionalização da saúde no estado, no que se refere à condução do planejamento regional e da coordenação intergovernamental no âmbito dos Grupos Regionais? Os Grupos Regionais são instâncias que favorecem os processos de planejamento regional, coordenação e gestão intergovernamental?

A partir destas questões a pesquisa tem como Objetivo Geral analisar os Grupos Regionais constituídos nas Comissões Intergestores Regionais e seu papel no processo de regionalização no estado do Rio de Janeiro, no período de 2009 a 2015. São objetivos específicos: descrever e analisar a estrutura, o funcionamento e as finalidades dos Grupos Regionais ligados às CIR do estado do Rio de Janeiro; analisar o papel da SES junto a estes Grupos, no que se refere à condução do planejamento regional e da coordenação intergovernamental; e discutir os limites e possibilidades dos Grupos Regionais para o fortalecimento dos processos de planejamento regional, coordenação e gestão intergovernamental.

Este estudo procurou trazer um novo olhar para o processo de regionalização da saúde no estado do Rio de Janeiro, pontuando alguns de seus desdobramentos desde o ano de 2009 através da atuação dos Grupos Regionais no âmbito das CIR. Com o estudo detalhado da constituição e do papel destes Grupos procurou-se analisar se estão sendo significativos na consolidação dos processos de regionalização no estado. Espera-se que a análise de uma estratégia própria do estado do Rio de Janeiro, ao se somar aos estudos acerca dos diversos processos de regionalização presentes nos estados brasileiros, possa contribuir na busca de direções para os impasses relativos à complexa tarefa de regionalização da saúde e gestão das redes de atenção nos territórios.

2 A REGIONALIZAÇÃO COMO ESTRATÉGIA DE PLANEJAMENTO, COORDENAÇÃO E GESTÃO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

2.1 Federalismo e descentralização na política de saúde brasileira

O federalismo “deriva da formação de uma nação onde a soberania é compartilhada entre o governo central e os subnacionais.” (ABRUCIO, 2003, p.231) Deste modo, a definição de federalismo envolve a combinação dos princípios do autogoverno (*self rule*) e do governo compartilhado (*shared rule*). A compatibilização destes princípios se dá pela via de um pacto ou contrato formalizado na Constituição, mas que necessita de outros mecanismos institucionais para se efetivar.

Os modelos federativos tendem a se configurar em cenários onde existem heterogeneidades que causam conflitos e dividem a nação. Estas heterogeneidades podem ocorrer por uma grande extensão territorial e diversidade física; por expressivas desigualdades regionais, do ponto de vista ético, lingüístico ou socioeconômico; ou podem, ainda, ser de cunho cultural e político. (ABRUCIO, 2003) Para países que apresentam uma ou mais dessas características, a estrutura federativa é instituída como forma de manutenção da unidade nacional e da estabilidade social, pois o federalismo possibilita que se resguarde a autonomia local, respeitando as diversidades sem deixar de manter a unidade territorial.

No federalismo os entes subnacionais possuem autonomia, com direitos originários garantidos pela Constituição e que não podem ser retirados arbitrariamente pela União. Esta configuração possibilita que haja uma dupla identidade para os cidadãos de uma federação, a identidade nacional e a regional, ou local. No entanto, a convivência entre estas identidades e a conseqüente compatibilização entre autonomia e interdependência não é uma tarefa simples, sendo as federações marcadas por diversidades e conflitos.

No Brasil, o federalismo é pensado desde o período colonial como medida para manutenção da unidade territorial, mas se efetiva apenas na Constituição de 1891, fortemente ligado à idéia de se dar autonomia às elites regionais, diminuindo as chances de aspirarem pela independência político territorial. Nesta perspectiva, a federação surge extremamente descentralizada, conferindo grande autonomia aos governos subnacionais. Desde então a história do federalismo brasileiro apresenta períodos de maior centralização ou descentralização, em geral coincidindo com governos autoritários e democráticos respectivamente. (ALMEIDA, 2001) Nossa atual Constituição, promulgada em 1988, tem

como uma de suas principais características o caráter descentralizador, refletindo os anseios pela redemocratização de um país que vivia um longo período centralizador e ditatorial.

Os ciclos de centralização e descentralização do federalismo brasileiro, bem como as mudanças no papel do Estado trouxeram fortes implicações para a política de saúde ao longo da história. Desde a instauração da República que a negociação entre as instâncias governamentais está presente nas diferentes formas de provisão de serviços públicos de saúde, no entanto, a questão federativa assume maior importância na política de saúde a partir da década de 1990, pois se inicia a organização de um sistema nacional com a participação das três esferas de governo. (VIANA, A. L. & MACHADO, C. V., 2009)

O sistema de saúde brasileiro, anterior à Constituição de 1988, era caracteristicamente centralizado na União e fragmentado, conduzido por dois ministérios (Educação e Saúde Pública – MESP e Trabalho Indústria e Comércio – MTIC) e com baixa participação de estados e municípios. A conformação de um sistema de saúde universal a ser operacionalizado pelas três esferas trouxe mudanças profundas para a organização da atenção à saúde no Brasil. Apresentou-se, então, o desafio de oferecer um cuidado integral em saúde em um cenário federativo e democrático em processo de descentralização.

No contexto da reforma sanitária, a descentralização político-administrativa buscava tornar o processo decisório na saúde mais democrático, em oposição à centralização no âmbito do governo federal verificada até então. Assim, a descentralização era vista como uma estratégia para o enfrentamento das desigualdades regionais, prevendo a transferência de responsabilidades quanto às ações e serviços de saúde para os entes subnacionais (BAPTISTA, 2007). Esta estratégia seria organizada a partir dos princípios da regionalização e da hierarquização das ações e serviços, possibilitando a articulação dos três níveis da atenção em cada região de saúde.

A transferência de competências e responsabilidades para os entes subnacionais associava-se naquele momento aos movimentos pela ampliação da democracia e maior eficiência governamental (LIMA, et. al., 2012). Assim, a descentralização era uma estratégia eleita pelo movimento sanitário que também se articulava ao movimento mais geral pela redemocratização do país.

A descentralização foi intensa na década de 1990 e teve um caráter municipalista, ainda que o governo federal tenha permanecido com grande poder decisório, de regulação sobre os entes subnacionais e de formulação de políticas públicas (ARRETCHE & SCHLEGEL, 2014). Na saúde, o governo federal teve grande protagonismo na formulação da política, na vinculação de recursos a programas específicos e na definição dos termos de

cooperação entre as esferas. Por outro lado, a execução da política de saúde foi altamente descentralizada já na primeira década do SUS, cabendo aos municípios a responsabilidade pela prestação da maioria dos serviços em seu território.

Desta forma, a descentralização político-administrativa executada a partir da regulamentação do Sistema Único de Saúde (Lei nº 8.080/90) não se deu de acordo com os princípios da regionalização e hierarquização conforme proposto pelo movimento sanitário. Vale lembrar que os primeiros anos de implantação do SUS ocorrem em um cenário de estabilização macroeconômica com intensa restrição fiscal e processos de enxugamento do Estado. Neste contexto de agenda neoliberal, a descentralização acaba se colocando como uma estratégia interessante, visto que o governo federal assumiria menos competências. Já a agenda desenvolvimentista, mais ligada à regionalização tendia a perder espaço e esta diretriz permaneceu esquecida por toda a primeira década do SUS (LIMA, et. al., 2012).

Assim, as responsabilidades foram transferidas para a grande diversidade de municípios, mas a organização regional que era pretendida não ocorreu simultaneamente. Neste contexto, prevaleceu o binômio município-União na gestão do sistema de saúde sem que houvesse uma instância de coordenação regional e o papel da esfera estadual foi sendo minimizado. Entretanto, importantes instâncias de pactuação entre as três esferas foram criadas já nos primeiros anos do SUS.

A Comissão Intergestores Tripartite (CIT), já em funcionamento desde o ano anterior, foi oficializada em 1991, o que representou um avanço para as pactuações entre as três esferas de governo (YUNES, 1999). Dois anos mais tarde, a primeira Norma Operacional Básica (NOB/93) cria a Comissão Intergestores Bipartite (CIB), instância intergovernamental a ser instituída em cada território, com a representação do gestor estadual e dos gestores municipais.

Estas instâncias foram fundamentais para que fossem realizadas as negociações necessárias para viabilizar a descentralização de competências na gestão da saúde para os municípios. Após intensas negociações na CIT e no Conselho Nacional de Saúde, foi publicada a NOB/96, que procurou ampliar as propostas da NOB/93, principalmente nas questões relativas ao financiamento do sistema de saúde descentralizado. Os instrumentos criados na NOB/96 impulsionaram a habilitação dos municípios em Gestão Plena da Atenção Básica e Plena do Sistema Municipal de Saúde, fortalecendo a descentralização da saúde, tanto no que se refere à assistência como à vigilância em saúde.

A descentralização de competências na gestão da saúde para os municípios possibilitou a incorporação de práticas inovadoras no campo da gestão e da assistência à

saúde. Já no início deste processo, em 1991, foi criado o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), que surgiu de experiências locais e se desdobrou no Programa Saúde da Família (PSF), que no final dos anos 90 é assumido pelo governo federal como proposta para reorganização do sistema de saúde com a implementação abrangente da atenção primária em saúde (ALMEIDA, et. al., 2011).

Com a incorporação de experiências como estas, a política nacional foi estruturando importantes mudanças no modelo de atenção, com ganhos expressivos para a saúde da população. No entanto, os milhares de municípios do país representam uma grande diversidade de características e “nem todos reúnem as condições exigidas, tanto do ponto de vista da infra-estrutura disponível, como do gerenciamento e até mesmo da aceitação dos valores que permeiam uma nova prática social” (YUNES, 1999, p.67).

Assim, a descentralização das ações de saúde se deu de forma extremamente heterogênea, de acordo com as condições prévias (capacidades financeiras, administrativas e operacionais) e do contexto político dos governos locais (LIMA, VIANA & MACHADO, 2014) e o sistema permaneceu extremamente fragmentado e com grandes desigualdades na distribuição do acesso.

Na realidade, a década de 1990 possibilitou um consenso em torno da descentralização da saúde que a fez avançar mesmo em condições adversas, resultando em um vasto processo de descentralização de competências, mas não houve uma política de investimentos mais abrangente, pois o contexto era de restrição do papel estatal e do gasto público (VIANA, & MACHADO, 2009, p.814).

Assim, a descentralização municipalista fez com que estes assumissem a função de prestadores de serviços de saúde, mas os estados tiveram dificuldades em fortalecer suas funções de planejamento, financiamento, coordenação regional, controle e avaliação do sistema.

A partir dos anos 2000 observam-se iniciativas para a mudança deste cenário. A perspectiva do planejamento regional na saúde ganha relevo, com a valorização da regionalização, organização de redes de atenção e resgate do papel da esfera estadual. Passam a ser propostos, então, instrumentos que pudessem viabilizar um novo arranjo intergovernamental. “Busca-se no período substituir um embate federalista vertical entre União e municípios por outro horizontal, interregiões, intermunicípios e interestados.” (VIANA, & MACHADO, 2009, p.812)

No entanto, a regionalização, que se traduz na necessidade de conformação de redes de atenção à saúde nos diversos espaços geográficos da federação, apresenta conflitos com o

processo de descentralização da forma como foi realizado nas primeiras décadas de implantação do SUS.

A regionalização tem natureza complementar e se forma a partir de elementos de diversidade; a descentralização tem natureza finalística, não complementar, formando-se pela redistribuição de responsabilidades e recursos para um ente específico. (LIMA, et. al., 2010)

A gestão estadual é peça-chave na intermediação da gestão do SUS levando em conta as necessidades regionais e os recursos disponíveis. A partir dos anos 2000 há um reconhecimento no plano normativo do papel da esfera estadual para a constituição e gestão das redes assistenciais organizadas em escala regional. Esse reconhecimento, no entanto, não garante o sucesso da atuação dos estados no processo de regionalização, pois o gestor estadual precisa superar o desafio da fragmentação do sistema, intensificada justamente pela forma como se deu o processo de descentralização no Brasil (PEREIRA, 2009).

2.2 Enfrentando a fragmentação: a estratégia de regionalização da saúde

Desde a década de 1930 é possível identificar a presença de idéias relacionadas à organização regional presentes principalmente no debate da integração sanitária dos centros de saúde no Brasil, tendo como referência o modelo norte-americano dos centros de saúde distritais que influenciou o movimento internacional de organização regional dos serviços assistenciais (ALBUQUERQUE; MELLO; IOZZI, 2011). Apesar desse debate inicial, a discussão da regionalização da saúde se torna mais relevante no país a partir da década de 1960, quando esta perspectiva passa a compor a agenda da Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS).

Na década de 1980, a proposição de uma reforma sanitária no país com a criação de um sistema universal de saúde, traz em sua base a estruturação de redes regionalizadas, identificando-se com o proposto no Informe Dawson de 1920 de organização dos serviços para uma população em território delimitado e garantindo a atenção integral à saúde para todos (KUSCHINIR; CHORNY, 2010).

Em um contexto de redemocratização do país, o movimento sanitário propunha uma transformação na lógica de assistência à saúde vigente. As ações e serviços de saúde deveriam ser integrados em um único sistema, permitindo o acesso da população a todos os serviços de saúde, fossem de cunho preventivo ou curativo (BAPTISTA, 2007).

Em 1988, a nova Constituição Federal brasileira, torna a saúde um direito de todos, a ser garantido pelo Estado. O Artigo 198 do texto constitucional explicita que as ações e

serviços públicos de saúde devem integrar uma rede regionalizada e hierarquizada e constituir um sistema único. Este sistema deve funcionar de acordo com as diretrizes da descentralização, com direção única em cada esfera, atendimento integral e participação social. (BRASIL, 1988).

A descentralização municipalista prevaleceu frente à organização regional, criando milhares de sistemas que tendiam a se isolar. Entretanto, buscando integrar estes sistemas locais, já estavam previstos na Lei nº 8080/90 os Consórcios Intermunicipais de Saúde (CIS). Frente à necessidade de assumir as ações de saúde, a associação em CIS se apresentou como uma alternativa para que os municípios, principalmente os de pequeno porte, pudessem sustentar a implantação do SUS (GIL de LIMA, 2000). Naquele momento os consórcios foram considerados, portanto, importantes instrumentos para a consolidação do SUS, principalmente no que se refere à aproximação de uma perspectiva de regionalização da assistência à saúde (CONASS, 2007).

Esta proposta, que é retomada na Norma Operacional de Básica de 1996 (NOB/96) pode ser considerada uma estratégia importante de articulação dos municípios a partir de características epidemiológicas, geográficas e de ofertas de serviços. Entretanto, pode também ser entendida como uma resposta a pouca capacidade da esfera estadual para apoiar os governos locais e conduzir os processos de negociação e pactuação intergovernamental. Os municípios pólo das regiões consorciadas tendiam, então, a trazer para si esta função, gerando a dependência de um entendimento horizontal entre os pares, sem a coordenação da esfera estadual (CAMPOS, 2009).

Nos anos 2000 a proposta de regionalização da saúde volta ao centro das discussões do SUS, quando ganha relevo no âmbito da política nacional com a publicação da Norma Operacional da Assistência à Saúde (NOAS/2001). A NOAS apresenta a regionalização como principal estratégia de organização de um sistema de saúde de base territorial, objetivando o fortalecimento da descentralização com equidade na alocação dos recursos e no acesso às ações e serviços de saúde.

Destaca-se na NOAS a lógica do planejamento integrado para a identificação de prioridades de intervenção e conformação dos 'sistemas funcionais de saúde'. Os sistemas funcionais deveriam ter por base as regiões de saúde, a serem definidas a partir do Plano Diretor de Regionalização (PDR), instrumento planejador da distribuição e articulação das ações e serviços assistenciais a ser elaborado em cada estado. Esta estratégia conferiu aos estados um importante papel no planejamento, coordenação e negociação para configuração dos sistemas intermunicipais. Entretanto, não havia ainda uma conceituação para estas redes

assistenciais que auxiliasse o planejamento e as negociações necessárias para sua constituição (ALBUQUERQUE, 2013).

A NOAS relaciona a regionalização à alocação racional de recursos assistenciais, em uma lógica restrita que não ampliou as discussões regionais para a construção de políticas mais amplas e articuladas. Além disso, havia uma excessiva normatividade técnica, incluindo critérios mínimos para a definição das regiões em todo país, que também comprometeram sua implantação. A estruturação do sistema de saúde em redes regionalizadas exige um processo permanente de cooperação e negociação que precisa ser flexível e adaptável a cada contexto, não passível de ser resolvido, portanto, pela simples aplicação dos instrumentos normativos (ARTMANN & RIVERA, 2006).

Além disso, não houve recurso federal para apoio à implantação dos PDR e muitos municípios ofereceram resistência à revisão do processo de descentralização a partir de novos critérios (LIMA, et. al., 2012) e a implantação da NOAS se mostrou incipiente. Em 2006, a regionalização é novamente impulsionada com a publicação do Pacto pela Saúde. O maior foco do Pacto pela Saúde foi o fortalecimento da negociação intergovernamental e das pactuações no âmbito político territorial, ampliando a concepção da regionalização para além da assistência à saúde. Procurou-se fortalecer a cogestão em âmbito regional através da implantação de instâncias colegiadas nas regiões de saúde dos estados, os Colegiados de Gestão Regional (CGR), que se configuraram como canais de negociação permanente, para decisões e pactuações intergovernamentais.

O processo de regionalização desencadeado pelo Pacto foi pautado na negociação em um contexto territorial de grande complexidade, com necessidade de envolvimento tripartite em situações sanitárias diversas. Foram flexibilizados os critérios para a conformação das regiões de saúde, o que possibilitou recortes mais adequados às distintas realidades locais. No entanto, não foram criados novos instrumentos de planejamento regional, o que pode ter dificultado a coordenação e a negociação política (ALBUQUERQUE, 2013).

Os estados, que ganharam centralidade na condução e adaptação dos processos de regionalização, foram assumindo este protagonismo em tempos e de formas distintas, revelando um processo de regionalização bastante heterogêneo quanto a sua institucionalidade, governança e aos objetivos propostos (VIANA & LIMA, 2011).

A partir de 2010, encontramos novas diretrizes para a regionalização da saúde que consolidaram a perspectiva das redes de atenção à saúde inspirada nos sistemas integrados de saúde. A Portaria nº 4.279/2010 define as regiões como áreas de abrangência territorial e populacional sob responsabilidade das redes de saúde, e o processo de regionalização como

estratégia fundamental para sua configuração. Esta perspectiva se fortalece com o Decreto 7508/2011, que apresenta as regiões de saúde como as bases territoriais para os processos de regionalização e planejamento das redes de atenção. Com o Decreto as responsabilidades das três esferas de governo no planejamento, gestão e investimento nas regiões de saúde ficam mais claras e são propostos novos instrumentos de planejamento regional.

A organização do sistema de saúde em redes de atenção é reforçada a partir de 2011 com a publicação de portarias que previram incentivos para a implantação de *Redes Temáticas*. Ainda em 2011 foram instituídas a Rede Cegonha¹, Rede de Urgência e Emergência² e Rede de Atenção Psicossocial³. Em 2012 é definida a Rede de Cuidado à Pessoa com Deficiência⁴ e em 2013 a Rede de Atenção às Doenças e Condições Crônicas⁵.

Apesar dos instrumentos propostos pelo governo federal, a integração de um sistema fracionado do ponto de vista organizacional pela forma como foi descentralizado e pela própria constituição federativa do país, através da operacionalização de regiões de saúde é um grande desafio.

Hoje já existe certo consenso de que, para superar a fragmentação do sistema, a região de saúde precisa ser constituída por uma lógica sanitária, passando de uma divisão administrativa do estado para um território que garanta a resolução da quase totalidade dos problemas de saúde da sua população (SANTOS & CAMPOS, 2015). As regiões precisam ser pensadas, portanto, a partir da conformação de redes assistenciais. As principais perspectivas de rede que influenciaram as diretrizes de regionalização no SUS foram: a rede regionalizada e hierarquizada, de origem inglesa e a rede de atenção à saúde, inspirada no conceito de sistemas integrados de saúde, de origem norte-americana (ALBUQUERQUE & VIANA, 2015).

Na primeira fase da regionalização, quando foi publicada a NOAS/2001 se pode identificar o diálogo com a proposta de Dawson das redes hierarquizadas e regionalizadas em um sistema funcional e resolutivo. Naquele momento, o maior objetivo era a ampliação do

¹ Portaria nº 1.459, de 24 de junho de 2011. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) a Rede Cegonha.

² Portaria nº 1.600, de 7 de julho de 2011. Reformula a Política Nacional de Atenção às Urgências e institui a Rede de Atenção às Urgências no Sistema Único de Saúde (SUS).

³ Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).

⁴ Portaria nº 793, de 24 de abril de 2012. Institui a Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência no âmbito do Sistema Único de Saúde.

⁵ Portaria nº 252, de 19 de fevereiro de 2013. Institui a Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas no Sistema Único de Saúde.

acesso ao SUS com a retomada de uma coerência sistêmica e organização dos fluxos intermunicipais, que se apresentavam pouco regulados e integrados (Idem).

Com a publicação do Pacto pela Saúde, em 2006, pode ser reconhecida uma segunda fase da regionalização da saúde na qual há uma transição nas concepções de região e redes. Observa-se neste momento uma maior influência da proposta veiculada pela Organização Mundial Saúde de sistemas integrados de saúde e as redes passam a ser compreendidas como integradas e regionalizadas (ALBUQUERQUE & VIANA, 2015). No Brasil, esta perspectiva se consolidou na política nacional a partir do conceito adaptado por MENDES (2010). Para o autor as redes de atenção à saúde são organizações poliárquicas nas quais os pontos de atenção se articulam horizontalmente, sem hierarquia entre eles, e se vinculam em uma ação cooperativa e interdependente coordenada pela atenção primária e que permita a oferta de atenção contínua e integral à determinada população (MENDES, 2010).

A Portaria 4.279/2010 define Redes de Atenção à Saúde como “arranjos organizativos de ações e serviços de saúde, de diferentes densidades tecnológicas, que integradas por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, buscam garantir a integralidade do cuidado” e o Decreto 7.508/2011 como um “conjunto de ações e serviços de saúde articulados em níveis de complexidade crescente, com a finalidade de garantir a integralidade da assistência à saúde”. O conceito de redes está nesse momento, portanto, ligado à articulação dos serviços de diferentes complexidades com vistas ao cuidado integral a uma população, mas sem referência à organização regional hierárquica.

Pode-se dizer, portanto, que as perspectivas de região e de redes tenham caminhado paralelamente, visto que a região definida para as redes de atenção é a região sanitária, baseada em determinada população alvo e que não necessariamente equivale à região de saúde (ALBUQUERQUE, 2013). As redes enfatizam a integração dos serviços para a continuidade do cuidado do ponto de vista gerencial e clínico. Para que tenham uma organização efetiva, eficiente e de qualidade são apontados os seguintes fundamentos: economia de escala, disponibilidade de recursos, qualidade e acesso; integração horizontal e vertical; processos de substituição; territórios sanitários; e níveis de atenção (MENDES, 2011).

As regiões de saúde só existem de forma viva e operacional se formadas por redes de atenção, entretanto, a região aponta para uma perspectiva mais ampla de planejamento e negociação técnica e política. O planejamento regional é político-administrativo considerando um sistema público e universal e reforçando o papel do Estado para lidar com as diversidades territoriais (ALBUQUERQUE & VIANA, 2015). Ressalta-se, portanto, que a organização

regional é fundamental para que as redes sejam resolutivas, pois possibilita que haja negociação entre os entes federativos para a articulação dos serviços levando em conta as diversidades presentes no território e a necessidade de cooperação para garantia do cuidado integral.

Esta articulação das distintas realidades municipais para a conformação de uma unidade regional equitativa é um grande desafio, pois não há uma instância de comando regional (SANTOS & CAMPOS, 2015). O que temos hoje são instâncias colegiadas nas regiões, as Comissões Intergestores Regionais, que tem um importante papel na regionalização da saúde, mas que não necessariamente garantem uma gestão articulada e solidária no cotidiano do sistema de saúde, pois na prática a gestão é feita em cada município.

Conforme o Decreto 7508/2011 e a Lei 12.466/2011⁶ as Comissões Intergestores Regionais são instâncias de pactuação consensual entre os entes federativos para definição das regras da gestão compartilhada do SUS no âmbito regional e devem ser vinculadas à Secretaria Estadual de Saúde para efeitos administrativos e operacionais, devendo observar as diretrizes da CIB em cada estado. Cabe às Comissões Intergestores a pactuação de diretrizes gerais sobre a região de saúde, como a integração de limites geográficos, referência e contrarreferência e demais aspectos vinculados à integração das ações e serviços de saúde entre os entes federativos. São as instâncias de pactuação, portanto, das responsabilidades dos entes federativos na Rede de Atenção à Saúde, de acordo com o seu porte demográfico e seu desenvolvimento econômico-financeiro, estabelecendo as responsabilidades individuais e as solidárias.

Apesar da existência destas instâncias colegiadas nas regiões de saúde, observa-se que o Ministério da Saúde e as Secretarias Estaduais tendem a utilizar mecanismos de repasse financeiro que induzem a adesão de municípios isoladamente a ações e programas (SANTOS & CAMPOS, 2015). Algumas políticas nacionais, no entanto, vêm apontando para a necessidade de contratos regionais. Merece destaque a Política Nacional de Atenção às Urgências que apresenta, já em 2003⁷, a possibilidade de pactuação regional para a

⁶ A Lei 12.466, de 24 de agosto de 2011, acrescenta artigos à Lei 8.080/90 referentes às Comissões Intergestores do Sistema Único de Saúde (SUS), ao Conselho Nacional de Secretários de Saúde (Conass), ao Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (Conasems) e suas respectivas composições.

⁷ Portaria GM Nº 1.864, de 29 de setembro de 2003, que institui o componente pré-hospitalar móvel da Política Nacional de Atenção às Urgências, por intermédio da implantação de Serviços de Atendimento Móvel de Urgência em municípios e regiões de todo o território brasileiro: Samu 192. A Política Nacional de Atenção às Urgências foi reformulada em 2011 através da ⁷ Portaria GM Nº 1.600, de 7 de julho de 2011, que reformula a Política Nacional de Atenção às Urgências e institui a Rede de Atenção às Urgências no Sistema Único de Saúde (SUS).

implantação do componente pré-hospitalar móvel tendo entre os pré-requisitos a elaboração, formalização e apresentação de Planos Regionais de Atenção Integral às Urgências com coordenação do processo feito pelas Secretarias Estaduais de Saúde e a criação de Comitês Gestores dos Sistemas Regionais de Atenção às Urgências.

A Política de Educação Permanente em Saúde, lançada em 2009, também enfatiza o componente regional da gestão da política, determinando a criação de Comissões de Integração Ensino-Serviço para a condução da política no âmbito regional tendo em vista a destinação de recursos para a execução de Planos Regionais de Educação Permanente. A partir de 2011 as portarias das Redes Temáticas vinculam o repasse de recursos à pactuação de desenhos de regionais das redes em cada CGR/CIR e posterior aprovação pela CIB, reforçando o papel das instâncias colegiadas.

Apesar destes esforços, é importante notar que nosso ordenamento político-jurídico dificulta a construção real da governança regional (SANTOS & CAMPOS, 2015). O Decreto 7.508 dispôs sobre o Contrato Organizativo de Ação Pública (COAP) como um instrumento jurídico-institucional, de caráter regional, capaz de permitir que os entes federativos pudessem integrar seus serviços e recursos financeiros em uma administração negociada inclusive no momento de se definir as atribuições de cada ente em relação às referências sanitárias e ao financiamento das mesmas. A negociação interfederativa, assim, levaria em consideração a adequação das responsabilidades sanitárias às estruturas demográficas, socioeconômica e geográficas de cada ente, pois sendo tão diversos não poderiam arcar com as mesmas responsabilidades na garantia do cuidado integral à saúde da população da região (SANTOS & CAMPOS, 2015). Contudo, ainda ficamos com “a questão da despersonalização da região de saúde” (Idem. p. 443), pois não há figura jurídica que represente a região de saúde.

Assim, apesar de algumas normativas federais pautarem as contratualizações regionais, em última instância os recursos precisam ser repassados para os municípios. Isto reforça a tendência de que cada gestão municipal avalie seus ganhos internos na composição da rede ao mesmo tempo em que dificulta o monitoramento de sua implantação. A elaboração dos Planos Regionais para a implantação das Redes Temáticas é, portanto, um desafio colocado para os municípios e para as secretarias estaduais de saúde, que não podem se furtar a coordenar este processo nas regiões de saúde, já que a esfera estadual é responsável pela regionalização da saúde.

Anterior à aprovação do desenho regional da rede em CIR está um processo de construção de consensos a partir das necessidades da população da região para além da atenção prestada em cada município. Isto requer amadurecimento técnico e político nas

regiões de saúde, não só para a elaboração de um plano regional, mas para sua implantação e monitoramento. As secretarias estaduais de saúde precisam, portanto, lançar mão de estratégias para esta construção junto às regiões de saúde. No Estado do Rio de Janeiro, uma estratégia adotada é a realização de Grupos técnicos nas regiões de saúde.

2.3 Políticas públicas, planejamento, poder e multiplicidade de atores

Conforme apontado por SOUZA (2006), a análise de políticas públicas, e particularmente da política social, é um campo de estudo multidisciplinar com foco na explicação sobre as políticas públicas e seus processos. De acordo com a autora, uma teoria geral de política pública implica na síntese de teorias desenvolvidas no campo da sociologia, economia e da ciência política. Seu estudo pressupõe a análise das inter-relações entre Estado, política, economia e sociedade (Idem), o que leva à sua aplicabilidade como fundamento para pesquisas de diversas disciplinas.

A autora resume, então, o campo do conhecimento da política pública como aquele que busca “*colocar o governo em ação e/ou analisar essa ação (variável independente) e, quando necessário, propor mudanças no rumo ou curso dessas ações (variável dependente)*” (SOUZA, 2006, p. 26). A formulação de políticas públicas seria, portanto, o processo através do qual os governos colocam em prática os propósitos através de ações e programas que buscam modificar a realidade.

A partir dessa definição entende-se que o enfoque da análise de políticas está na atuação dos governos, no entanto, a autonomia do Estado é relativa, visto que seu espaço é permeável a influências internas e externas. As condições para a implementação das políticas públicas estão relacionadas, portanto, ao desenvolvimento de determinadas capacidades geradas por esta autonomia relativa e influenciadas por diversos fatores em cada momento histórico (SOUZA, 2006).

A análise da organização político territorial do poder é fundamental para pensarmos as políticas públicas no Brasil, visto que envolvem relações intergovernamentais complexas em um território vasto e heterogêneo. O Estado brasileiro possui um arranjo federativo, uma forma de organização política que se baseia na distribuição de poder e de autoridade entre os entes definidos no texto constitucional, configurando três esferas de governo com autonomia e interdependência. A influência do arranjo federativo sobre as políticas públicas é reconhecida nas produções recentes das ciências políticas, principalmente no que diz respeito à definição

de competências, distribuição dos recursos e às relações intergovernamentais (FRANZESE & ABRUCIO, 2013).

Como pontuou ALMEIDA (2001) os arranjos federativos representam “*formas peculiares de relações intergovernamentais, constitutivamente competitivas e cooperativas, e necessariamente caracterizadas tanto pelo conflito de poder, como pela negociação entre esferas de governo.*” (p.14) São necessários, portanto, complexos mecanismos de coordenação entre os níveis de governo, com a constituição de arenas de negociação e cooperação, para a implementação das políticas públicas nos territórios.

A classificação do federalismo em competitivo ou cooperativo é bastante utilizada na discussão de seus efeitos sobre a produção de políticas públicas. No entanto, nem todos os países se encaixam nesta classificação dicotômica de federalismo e para Franzese e Abrucio (2013) o Brasil é um deles. Os autores pontuam que, apesar do caráter competitivo derivado da característica descentralizadora da CF 88, as políticas públicas de saúde, educação e assistência social foram escritas com uma estrutura que aponta fortemente para um federalismo cooperativo.

Nestas políticas o texto constitucional sinaliza um equilíbrio de poder decisório entre os entes federados, pois são expandidas as competências comuns aos três níveis. Esta é uma característica do federalismo cooperativo, onde mais de uma esfera de governo partilha as mesmas funções. Conforme apontado por ALMEIDA (2001), alguns autores consideram que esta prevalência de superposições de competências e atribuições nas políticas públicas seria injustificável e indesejável, pois acarretaria uma prestação de serviços descoordenada e sem clareza da responsabilização de cada esfera governamental.

A autora discorda desta leitura, apontando que “*A existência de competências comuns na oferta de bens e serviços é da essência do federalismo*” (ALMEIDA, 2001, p.27) e a participação de diferentes esferas governamentais na prestação de serviços públicos é uma tendência universal no federalismo contemporâneo. Na sua concepção, a CF de 88 colocou as políticas sociais de fato no terreno da cooperação, o que leva a um processo negociado que depende do entendimento entre diversas autoridades públicas com diferentes graus de autonomia sendo, por isso, necessariamente lento. (ALMEIDA, 2001)

O Sistema Único de Saúde, criado na CF 1988, é caracterizado por este compartilhamento de responsabilidades entre as três esferas de governo, sendo um sistema descentralizado que é ao mesmo tempo único e tripartite. As normativas do SUS trazem esclarecimentos quanto ao papel dos gestores em cada uma das esferas, mas muitas atribuições são de fato concorrentes.

A análise das responsabilidades de cada esfera de governo no SUS pode ser feita tendo em vista as funções ou “macrofunções” gestoras, definidas como um conjunto de saberes e práticas de gestão necessárias para a implementação das políticas de saúde em um sistema público (MACHADO; LIMA; BATISTA, 2007). São elas: prestação direta de serviços de saúde; financiamento; regulação, coordenação, controle e avaliação; e formulação de políticas/planejamento. Para compreender as atribuições da esfera estadual no SUS é preciso analisar as especificidades de sua atuação no que se refere a cada uma destas funções gestoras.

Como visto anteriormente, o processo de descentralização da política de saúde direcionou para os municípios a maior responsabilidade em relação à **prestação de serviços** de saúde, cabendo à esfera estadual a prestação de serviços de saúde em caráter de exceção; em áreas estratégicas como serviços de referência estadual e ações de maior complexidade de vigilância em saúde; ou em caso de carência de serviços municipais (MACHADO; LIMA; BATISTA, 2007).

O **financiamento** da saúde é tripartite, com maior peso, no entanto, para o governo federal, que deve garantir recursos estáveis e suficientes para a manutenção do sistema de saúde, elegendo prioridades e alocando recursos com equidade. Os municípios, como maiores prestadores dos serviços de saúde, também necessitam investir grande parcela de recursos próprios. A esfera estadual também deve aplicar recursos no sistema de saúde, principalmente no apoio financeiro aos municípios e na contrapartida orçamentária (LIMA, et. al 2010), mas tende a fazer investimentos menores.

É importante notar que, além de co-participar no financiamento da saúde, a esfera estadual tem entre suas atribuições a definição de prioridades estaduais, de critérios para a alocação dos recursos estaduais e federais entre as áreas da política e entre os municípios e a realização de investimentos tendo em vista a redução das desigualdades presentes no território estadual (MACHADO; LIMA; BATISTA, 2007). Cabe à esfera estadual, portanto, não só garantir a aplicação de recursos próprios no sistema de saúde, como também ter um olhar ampliado para as necessidades do território.

Dadas as grandes desigualdades presentes no território nacional, é fundamental que se lance o olhar para os recortes regionais, visto que a regionalização é uma importante ferramenta frente às diversidades e desigualdades territoriais no Brasil. Os estados são responsáveis pelo desenho da regionalização em seus territórios e ressalta-se a importância deste processo na política de saúde tendo em vista a necessidade de construção de redes regionais para a garantia da integralidade do cuidado.

No que refere à **regulação, coordenação controle e avaliação**, o Ministério da Saúde tem exercido o poder regulatório sobre os sistemas estaduais e municipais, principalmente por meio das normativas que orientam os mecanismos de repasse financeiro. Os gestores municipais coordenam o sistema no seu âmbito, organizando as redes municipais e regulando os prestadores públicos e privados em seu território (MACHADO; LIMA; BATISTA, 2007).

Entretanto, a rede de atenção à saúde não se configura somente no âmbito municipal, cabendo à esfera estadual a coordenação da rede de caráter intermunicipal e o apoio à articulação federativa. Neste sentido, o estado é o coordenador da Programação Pactuada Integrada (PPI) e deve propor mecanismos de regulação da assistência através de protocolos e centrais de regulação. Esta é uma macrofunção cara, portanto, ao processo de regionalização da saúde.

A **formulação de políticas e o planejamento** em saúde é uma atribuição comum às três esferas. O Ministério da Saúde é notadamente o maior formulador de políticas, visto que tem o papel estratégico normativo, mas isto é compartilhado entre os demais gestores do SUS no âmbito das Comissões Intergestores. Todas as esferas devem identificar os problemas em seu âmbito e definir ações prioritárias. Cabe aos estados acompanhar os planos municipais, fortalecendo as gestões e inserindo os diagnósticos municipais no contexto da PPI e dos processos de regionalização da saúde.

Tomando a referência de Milton Santos, Ribeiro (2013) propõe que a região corresponde ao *extenso de uma forma social*. Seria o corpo de relações sociedade-natureza, que inclui organização social, cultura e de decisão política. “A região, converte-se, assim, em uma expressão espacial dos interesses e das práticas de distintos agentes e, também, da influência exercida por diferentes esferas da vida coletiva.” (RIBEIRO, 2013, p.165) A partir dessa definição, a autora formula que “(...) o ato de regionalizar compreende a institucionalização de fronteiras e limites, com vistas à implementação de uma determinada ação: analítica, política, econômica, enfim social.” (Idem, p. 165)

Regionalizar, portanto, pressupõe a identificação de um cenário, um contexto e uma escala onde são formuladas ações com determinados objetivos, envolvendo sujeitos e conflitos sociais. Os estados são responsáveis por este processo e a partir do desenho regional devem atuar na coordenação intergovernamental para que haja um processo vivo de planejamento neste âmbito.

O plano regional resulta da negociação entre estado e municípios tendo em vista a articulação dos planos municipais e do plano estadual para a definição de objetivos comuns e ações, metas e investimentos compartilhados na região de saúde. O planejamento regional

requer, portanto, que o estado exerça sua função na coordenação intergovernamental, enfrentando junto aos municípios o desafio de elaborar um plano comum através da negociação entre entes autônomos e com interesses muitas vezes conflitantes. Promover relações intergovernamentais mais cooperativas e coordenadas e o planejamento integrado nas regiões de saúde é um dos principais objetivos da regionalização da saúde (ALBUQUERQUE, 2013).

Apesar de estabelecido desde a regulamentação do SUS, o Decreto nº 7.508/2011 insere o planejamento da Saúde na centralidade da agenda da gestão e ressalta a importância do planejamento regional. Segundo as normativas, o planejamento no SUS deve ser um processo ascendente e integrado, do nível local até o federal de modo a compatibilizar as necessidades em saúde com os recursos financeiros e o estabelecimento de metas de Saúde. Assim, o planejamento da saúde deve ser feito de forma integrada entre as esferas de gestão e realizado no âmbito regional, partindo do reconhecimento das dinâmicas presentes no território bem como das necessidades de saúde da população (BRASIL, 2013).

No planejamento regional deve haver a confluência do planejamento de cada ente federado, o que pressupõe uma dinâmica que contemple momentos interdependentes que possibilitem: (i) a identificação das necessidades de saúde da população da região (ii) a definição das diretrizes, dos objetivos e das metas para a região; (iii) a programação geral das ações e serviços de saúde, a qual é essencial ao alcance das metas estabelecidas para a região; e (iv) o monitoramento permanente e a avaliação das ações implementadas (BRASIL, 2012).

Os compromissos de cada ente no espaço regional devem ser materializados no plano integrado da região, articulado com os planos das demais regiões de saúde, em um processo coordenado pela Secretaria Estadual de Saúde e pactuado nas Comissões Intergestores Regionais e na Comissão Intergestores Bipartite.

Além da pactuação necessária entre os gestores da saúde dos municípios da região, para que estes Planos possam ser de fato executados é necessário o envolvimento de muitos outros atores e grupos de interesse, como Prefeitos, Secretários de Planejamento, diretores de unidades conveniadas ao SUS, Assistência Farmacêutica, rede laboratorial, profissionais de saúde, população, etc. Na área da saúde sempre há uma diversidade de atores que compartilham o poder e precisam estar envolvidos nos processos formuladores e decisórios (ARTMANN & RIVERA, 2012)

Para MATUS (2006) o conceito de plano está relacionado ao uso da razão técnico política na tomada de decisão e está sempre permeado de incertezas, imprecisões e do apoio ou rejeição dos atores envolvidos no processo. Sustenta-se, portanto, na análise da situação a

partir da perspectiva particular de quem planeja. O autor apresenta o planejamento como um jogo e não um sistema controlado de decisões, pois o diagnóstico situacional, fundamental para o planejamento, é elaborado a partir das leituras da realidade dos diversos atores.

A planificação situacional se refere à arte de “governar” em situações que o poder é compartilhado (MATUS, 1989), o que ocorre em quase toda situação da vida real, mas que tem especial significado em um planejamento que envolve diversos entes federados. O planejamento regional mostra-se, neste sentido, extremamente complexo, pois os atores envolvidos na explicação situacional têm graus diferentes de governabilidade na esfera que representam e diante do plano elaborado. Frente à complexidade que se apresenta na elaboração e implementação do planejamento regional está a esfera estadual com a responsabilidade de coordenação deste processo.

Assim, torna-se importante refletir sobre as capacidades organizativas dos estados. As capacidades organizativas são um conjunto de elementos que possibilitam que os governos orientem o desenvolvimento de seus territórios (MONTEIRO NETO, 2014). Um grupo de elementos das capacidades organizativas são as capacidades econômico-fiscais, relacionadas aos recursos econômicos e financeiros do governo estadual, que permitem que seja possível o investimento necessário para o desenvolvimento dos territórios. O outro grupo refere-se às capacidades político-institucionais, ou seja, aos recursos políticos, institucionais e humanos para o planejamento, execução e coordenação de políticas públicas e promoção do desenvolvimento regional. Trata-se, portanto, dos mecanismos de coordenação institucional a serem assumidos pelos estados com vistas ao desenvolvimento. (MONTEIRO NETO, 2014)

Considera-se que a política pública envolve uma multiplicidade de atores e níveis de decisão. Apesar de se materializar nos governos, as políticas públicas são sempre influenciadas por técnicos, participantes informais ou por participações indiretas. Não se trata apenas de leis e regras, mas de algo abrangente que envolve também os processos posteriores a sua formulação, como a implementação, execução e avaliação (SOUZA, 2006), fases que se efetivam a partir do trabalho de muitos envolvidos no cotidiano das instituições. Este estudo lança o olhar para o papel dos Grupos Regionais no processo de regionalização da saúde coordenado pela Secretaria de Estado, considerando que o planejamento regional da saúde no estado do Rio de Janeiro pode apoiar-se nestes Grupos que realizam estudos técnicos para subsidiar as decisões dos Secretários Municipais de Saúde nas CIR.

3 DESENHO DO ESTUDO

3.1. Método

A pesquisa se deu em uma abordagem eminentemente qualitativa e realizada através do estudo da estratégia de Grupos Regionais criados pela Secretaria de Estado de Saúde do Rio de Janeiro (SES/RJ) junto as Comissões Intergestores Regionais.

A pesquisa se fundamentou no campo de estudo da análise de políticas, buscando-se destacar fatores relacionados à ação da esfera estadual na política de saúde e ao planejamento em saúde. A revisão bibliográfica realizada incluiu principalmente: (i) referências teóricas no campo da Ciência Política, sobre análise de políticas públicas e federalismo (com foco na atuação dos estados na política de saúde); (ii) trabalhos relacionados ao tema da organização do sistema de saúde, a regionalização da saúde e ao planejamento em saúde no contexto nacional e internacional; (iii) referências relacionadas ao processo histórico de constituição do estado do Rio de Janeiro, de regionalização do estado e de regionalização da saúde.

Essa bibliografia possibilitou levantar alguns pontos centrais para a discussão do papel dos estados no sistema de saúde e mais especificamente para a regionalização, além de identificar como estes aspectos tem se dado no processo de regionalização do estado do Rio de Janeiro e o papel dos Grupos Regionais neste contexto.

A pesquisa pautou-se em estudo de caso do estado do Rio de Janeiro, com um aprofundamento no Médio Paraíba, pois através da análise dos Grupos Regionais em funcionamento nesta região se procurou discutir a estratégia de Grupos Regionais da SES/RJ e seu papel na condução do planejamento regional.

Para YIN (2001) o estudo de caso contribui, como nenhuma outra estratégia de pesquisa para a compreensão de fenômenos individuais, organizacionais, sociais e políticos. Esta é a estratégia mais vantajosa quando as questões que motivam a pesquisa incluem “como” e “por que” em relação a acontecimentos contemporâneos e sobre os quais o pesquisador não tem controle. É uma investigação empírica, portanto, na qual se investiga o fenômeno dentro de seu contexto real, não sendo possível delinear claramente os limites entre o fenômeno e seu contexto (Idem).

Considerando que contexto e fenômenos não são separáveis na vida real, o estudo de caso enfrenta uma situação técnica em que existem muitas variáveis de interesse para um mesmo estudo. Necessita, assim, que se baseie em diferentes fontes de dados e que se

beneficie de desenvolvimentos teóricos prévios para a condução da coleta e análise dos dados (YIN, 2001). Nesta pesquisa as principais estratégias metodológicas utilizadas foram: revisão bibliográfica, levantamento e análise de dados secundários, levantamento e análise documental e realização de entrevistas semi-estruturadas com atores-chave do processo de regionalização e da estratégia de Grupos Regionais no estado do Rio de Janeiro.

A análise documental se deu a partir dos documentos produzidos pela Secretaria de Estado de Saúde, principalmente os que se relacionam ao processo de regionalização da saúde, tais como: Documento do Projeto “Saúde na Área” 2009; Plano Estadual de Saúde 2008 – 2011 e 2012 – 2015; Programação Anual de Saúde dos anos de 2009 a 2016; Plano Diretor de Regionalização 2009 e 2012; Planejamento Regional 2013; Matrizes dos Planos Regionais 2013-2016. Foram analisados também documentos das Comissões Intergestores Regionais, como seu Regimento Interno (2014) e as pautas e atas das reuniões entre 2012 e 2015. Todos os documentos citados são de acesso público irrestrito e estão disponíveis no site: www.saude.rj.gov.br.

A análise documental incluiu também documentos produzidos pelos Grupos Regionais do Médio Paraíba, principalmente as atas das reuniões realizadas ao longo do ano de 2015, fornecidas pela Assessoria de Regionalização da SES/RJ.

Estes documentos e outros dados secundários obtidos através de consulta de bancos de dados públicos compuseram a caracterização das regiões de saúde do estado do Rio de Janeiro e contribuíram para a análise da grande heterogeneidade que há entre as regiões, tornando possível vislumbrar os desafios colocados para a SES/RJ diante deste panorama. Nesta caracterização das regiões os bancos de dados secundários trouxeram outros elementos para o enriquecimento das análises, como indicadores demográficos, sociais, econômicos e de saúde. Os bancos de dados utilizados nesta etapa são de acesso público irrestrito e estão disponíveis em: <http://www.ibge.gov.br/home>; <http://www.pnud.org.br/>; <http://www.resbr.net.br/>; <http://www.saude.rj.gov.br/>; <http://saudeamanha.fiocruz.br/>.

Elementos da pesquisa de campo, como as entrevistas realizadas com representantes da SES/RJ, do Conselho de Secretarias Municipais de Saúde do Rio de Janeiro e do Ministério da Saúde, também contribuíram muito para esta caracterização, sobretudo no que diz respeito ao funcionamento das instâncias regionais.

As entrevistas realizadas foram semi-estruturadas e se apresentaram como elemento fundamental para que pudesse ser feito um “mergulho em profundidade“ (DUARTE, 2004) na realidade da atuação dos Grupos Regionais, incluindo o seu significado para os gestores da SES/RJ e dos municípios do estado. Não existe nenhuma publicação da SES/RJ que trate

detalhadamente desta estratégia, não havendo como entender a sua origem e o papel que expressa no processo de regionalização sem ouvir os atores envolvidos.

O roteiro semi-estruturado buscou, a partir de questionamentos básicos, trazer à tona as informações de forma livre e não condicionadas a um padrão de alternativas (MANZINI, 2003), assim foi possível captar também a opinião dos entrevistados, gerando um produto qualitativo.

Antes de todas as entrevistas foi esclarecido para os entrevistados que para fins desta pesquisa, os Grupos de Trabalho, Grupos Condutores de Redes ou outros Grupos de discussão técnica presentes das regiões de saúde do estado do Rio de Janeiro seriam denominados *Grupos Regionais*.

A pesquisa contou também com um quadro preenchido pelos Secretários Executivos das CIR para que fosse possível ter um panorama dos Grupos Regionais existentes nas 09 Regiões de Saúde identificando: os primeiros Grupos Regionais criados e ainda hoje em funcionamento; a regularidade das reuniões; a composição e número de participantes, destacando-se a participação ou não da SES/RJ.

3.2 Trabalho de campo e seleção do estudo de caso

Foram considerados para este estudo Grupos Regionais criados por iniciativa da SES/RJ ou das regiões de saúde do estado e não previstos explicitamente em normativas nacionais. Desta forma, vale destacar que, apesar de estarem presentes nas regiões de saúde do estado do Rio de Janeiro, as Comissões de Integração Ensino-Serviço (CIES) não foram estudadas nesta pesquisa.

As CIES nasceram da Política de Educação Permanente em Saúde que determina a criação destas Comissões ao especificar que “a condução regional da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde se dará por meio dos Colegiados de Gestão Regional, com a participação das Comissões Permanentes de Integração Ensino-Serviço (CIES) (BRASIL, 2009). A normativa orienta quanto à composição destas Comissões, que inclui não apenas profissionais da gestão municipal e estadual, mas também da atenção, de instituições de ensino e controle social, além de especificar suas atribuições. Estas características afastam as CIES do perfil dos Grupos Regionais aqui estudados.

As CIES criadas nos estados se tornaram objeto de vários estudos em período recente (ANDRADE et. al. 2011; FERRAZ, 2011; VENDRUSCOLO et. al. 2016). Em geral, estes estudos ressaltam um importante papel destas Comissões para a efetivação da Política

Nacional de Educação Permanente em Saúde e no desenvolvimento dos planos regionais de educação permanente em saúde (SILVA et. al., 2014). Apesar de serem também apontadas limitações, principalmente no que se refere ao pouco envolvimento dos gestores no processo impulsionado por estas Comissões (SILVA et. al. 2013), as experiências positivas do ponto de vista da organização regional reforçam a importância de se estudar outros Grupos que possam desempenhar papel semelhante nos estados.

Os Comitês Gestores dos Sistemas Regionais de Atenção às Urgências também foram previstos na normativa nacional, constando da Política Nacional de Atenção às Urgências já em 2003⁸. Com a reformulação da Política Nacional de Atenção às Urgências em 2011⁹ os Comitês Gestores continuaram previstos e envolvem vários setores para além da saúde¹⁰. No estado do Rio de Janeiro estes Comitês foram induzidos nas regiões de saúde principalmente a partir de 2009, com a criação dos Colegiados de Gestão Regional e a necessidade de organização da implantação das Unidades de Pronto Atendimento (VIANA et. al. 2010). Entretanto, estes Comitês se mostraram pouco ativos e, mais tarde, com a necessidade de elaboração dos Planos de Ação Regionais da Rede, foram criados, por iniciativa da SES/RJ, os Grupos Condutores da Rede de Urgência e Emergência (GC RUE) nas regiões de saúde, grupo técnico composto apenas por integrantes da saúde.

Os demais Grupos Condutores Regionais ligados às Redes Temáticas (Rede Cegonha, Rede de Atenção Psicossocial e Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência), apesar de induzidos no estado do Rio de Janeiro pela criação destas Redes não são mencionados nas normativas como instâncias necessárias para a operacionalização das Redes Temáticas. Nas portarias que as instituem¹¹ é especificado apenas que o diagnóstico e o plano de ação

⁸ Portaria GM Nº 1.864, de 29 de setembro de 2003 - Institui o componente pré-hospitalar móvel da Política Nacional de Atenção às Urgências, por intermédio da implantação de Serviços de Atendimento Móvel de Urgência em municípios e regiões de todo o território brasileiro: Samu 192.

⁹ Portaria Nº 1.600, de 07 de julho de 2011, que reformula a Política Nacional de Atenção às Urgências e institui a Rede de Atenção às Urgências no Sistema Único de Saúde (SUS).

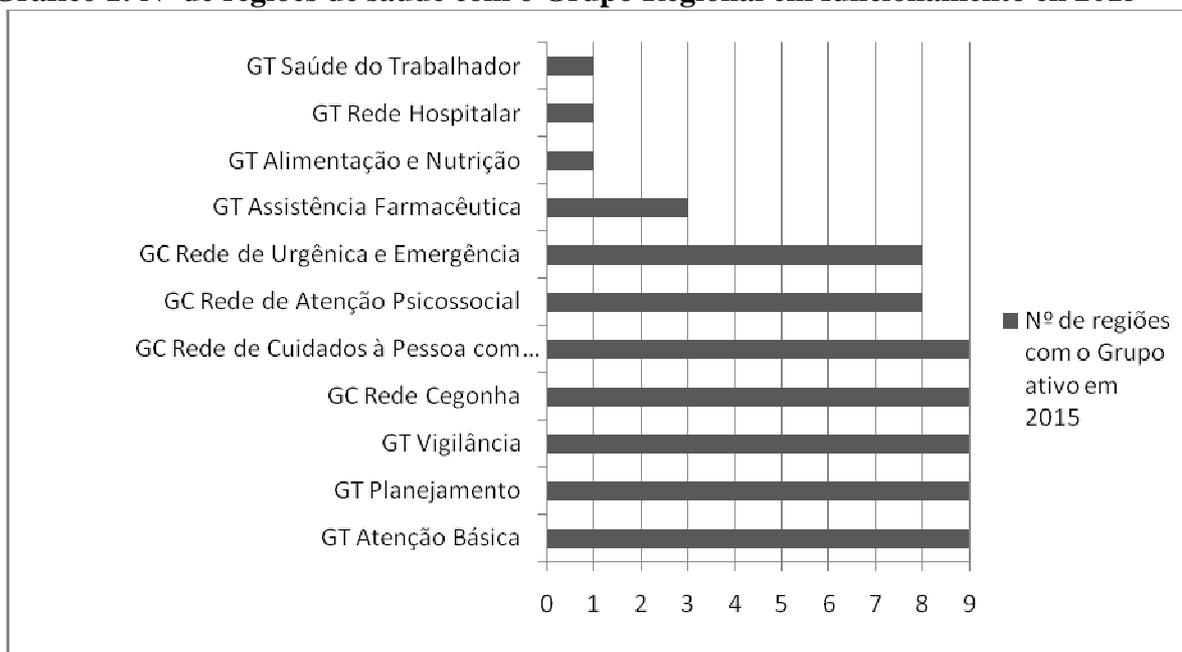
¹⁰ Composição dos Comitês Gestores dos Sistemas Regionais de Atenção às Urgências recomendada na Portaria 1600/2011: Coordenador Regional da Rede de Atenção às Urgências ou outro representante da SES que assuma tal função; Coordenadores Municipais da Atenção às Urgências; representantes dos serviços de saúde (prestadores da área das urgências); representante do Corpo de Bombeiros, Polícias Rodoviária, Civil e Militar, onde essas corporações atuem na atenção às urgências; representante da Defesa Civil; representante dos gestores municipais e estadual da área de trânsito e transportes; e conforme a necessidade justificar, representantes da Aeronáutica, Marinha e Exército brasileiro.

¹¹ Portaria nº 1.459, de 24 de junho de 2011. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) a Rede Cegonha; Portaria nº 1.600, de 7 de julho de 2011. Reformula a Política Nacional de Atenção às Urgências e institui a Rede de Atenção às Urgências no Sistema Único de Saúde (SUS); Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS); Portaria nº 252, de 19 de fevereiro de 2013. Institui a Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas no Sistema Único de Saúde.

regional devem ser elaborados e pactuados nos CGR/CIR. Assim, a iniciativa de criação dos Grupos Condutores das Redes Temáticas foi uma estratégia adotada pela SES/RJ, o que os inclui neste estudo.

Além dos Grupos Condutores das Redes Temáticas, existe mais uma série de Grupos de Trabalho criados nas CIR do estado do Rio de Janeiro. Foram considerados para a pesquisa os Grupos que estavam em funcionamento no ano de 2015 na maioria das regiões. Conforme Gráfico 1, são eles: Grupos de Trabalho (GT) da Atenção Básica, de Planejamento e de Vigilância em Saúde; e Grupo Conductor (GC) da Rede Cegonha, da Rede de Urgência e Emergência (RUE), da Rede e Atenção Psicossocial (RAPS) e da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência (RCPD).

Gráfico 1: N° de regiões de saúde com o Grupo Regional em funcionamento em 2015



Fonte: Assessoria de Regionalização da SES/RJ via Secretarias Executivas das CIR.

Entrevistas com atores-chave da SES/RJ, COSEMS/RJ e Ministério da Saúde

A 1ª Etapa de entrevistas se deu na SES/RJ e buscou trazer para a pesquisa uma visão ampla da estratégia dos Grupos Regionais, procurando levantar a história de sua criação, seus principais objetivos, regras gerais de funcionamento e a atuação da SES junto a estes Grupos. Foram feitas questões também relativas à capacidade destes Grupos de formular diagnósticos coerentes com as realidades regionais, de influenciar as decisões tomadas pelos gestores na CIR e a sua relevância para o processo de regionalização e construção das redes de atenção à saúde no estado. Procurou-se vislumbrar ainda os limites e as potencialidades destes Grupos.

Além das questões que trataram propriamente da estratégia de Grupos Regionais foi perguntando aos entrevistados a sua visão quanto ao grau de organização das regiões do estado e quais estão com o processo de implantação das redes de atenção à saúde mais avançado. Os entrevistados responderam também sobre as repercussões da crise econômica para o processo de regionalização do estado. O roteiro semi-estruturado utilizado nestas primeiras entrevistas pode ser consultado no Apêndice A.

Nesta primeira etapa foram 10 as entrevistas realizadas, conforme demonstrado no Quadro 1.

Quadro 1: Entrevistas da 1ª Etapa da pesquisa de campo - Instituição / Setor e Grupo Regional relacionado.

SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE DO RIO DE JANEIRO	
SETOR DO ATOR ENTREVISTADO	GRUPO REGIONAL VINCULADO
Assessoria de Regionalização	Sem Grupo específico
Assessoria Técnica de Planejamento em Saúde	Grupo de Trabalho de Planejamento
Coordenação de Urgência e Emergência	Grupo Condutor da Rede de Urgência e Emergência
Gerência de Saúde Mental	Grupo Condutor da Rede de Atenção Psicossocial
Superintendência de Atenção Básica - Coordenação de Apoio à Gestão da Atenção Básica	Grupo de Trabalho da Atenção Básica
Superintendência de Atenção Básica - Área Técnica de Saúde da Mulher, Criança, Adolescente e Aleitamento Materno	Grupo Condutor da Rede Cegonha
Superintendência de Atenção Especializada, Controle e Avaliação	Grupo Condutor da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência
Superintendência de Vigilância Epidemiológica e Ambiental	Grupo de Trabalho de Vigilância em Saúde
ATORES DE OUTRAS INSTITUIÇÕES	
Ministério da Saúde (Apoio descentralizado para as Redes Temáticas no Estado do Rio de Janeiro)	
Conselho de Secretarias Municipais de Saúde do Estado do Rio de Janeiro	

Fonte: Dados da pesquisa de campo.

Foi ouvida, poranto, a Assessoria de Regionalização (AR) da SES/RJ, que tem a função de organizar as ações nas regiões de saúde, coordenando as Secretarias Executivas das CIR e 01 representante de cada Área Técnica da SES/RJ que têm suas temáticas discutidas em Grupos Regionais. Acrescentou-se a estas falas a visão do Conselho de Secretários Municipais de Saúde, a partir de entrevista realizada com um membro do corpo técnico e do Ministério da Saúde a partir da fala do Apoiador descentralizado para as Redes de Atenção à Saúde no estado do Rio de Janeiro. Estes dois últimos atores trouxeram o olhar de entes de fora da SES/RJ que acompanham de perto o processo de regionalização no estado.

Tendo em vista a necessidade de se ter uma visão abrangente sobre a estratégia dos Grupos Regionais em cada uma das entrevistas, foram selecionados profissionais que estão atuando no cargo ou função há mais de um ano e com preferência para os ocupantes de cargos de coordenação.

Seleção da Região de Saúde para estudo de caso

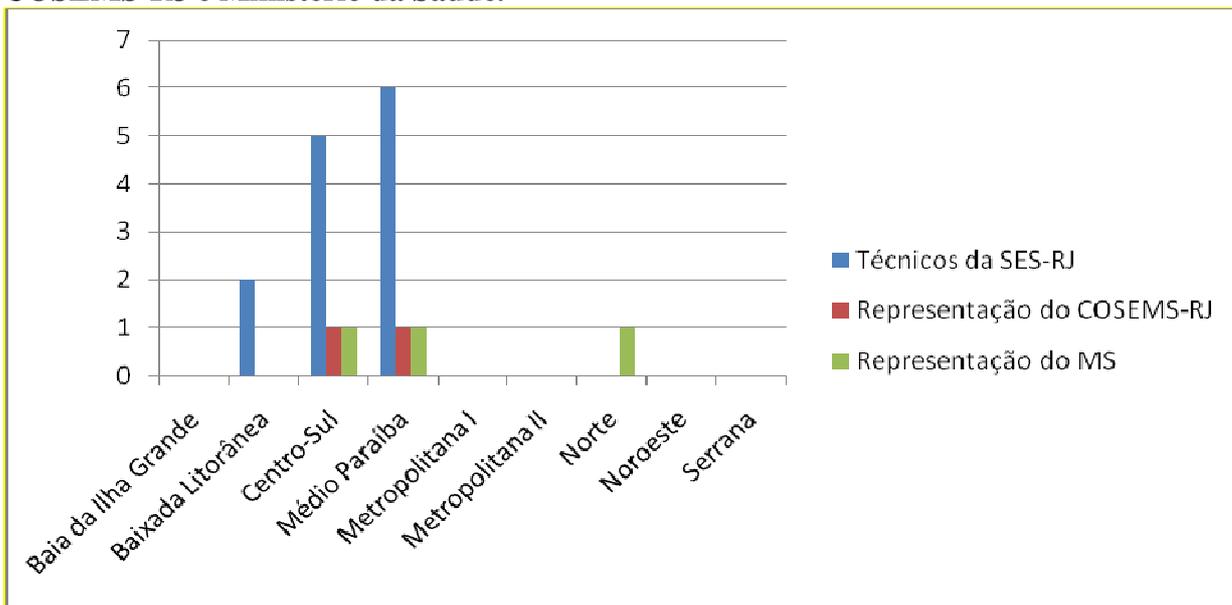
A opção metodológica de seleção de uma região de saúde para aprofundamento do estudo se deu para que fosse viabilizada a análise dos 07 Grupos selecionados. A definição desta região considerou principalmente aspectos ligados à organização regional, ao processo mais consolidado e institucionalizado da regionalização da saúde, o que permitiria um campo mais apto a demonstrar o funcionamento da estratégia dos Grupos Regionais de forma completa e o aprofundamento da análise dos dados referentes à estruturação e ao funcionamento dos Grupos, bem como seus impasses, desafios e potencialidades.

A organização regional é aqui compreendida em aspectos ligados à capacidade que os municípios da região têm de articulação para a formulação do desenho territorial da rede de serviços de saúde. Trata-se, portanto, da realização de discussões que coloquem em pauta a rede regional de assistência à saúde pensando além das divisas municipais e entendendo a necessidade de cooperação entre os municípios para a gestão das referências intermunicipais, organização de fluxos regionalmente definidos e priorização de ações para solucionar os principais problemas da região.

Para esta análise foi considerado fundamentalmente o reconhecimento dos atores-chave da SES/RJ, COSEMS/RJ e MS quanto à organização das regiões de saúde do estado, informação levantada através das entrevistas realizadas na primeira fase da pesquisa.

O Gráfico 2 demonstra o número de vezes em que cada região foi citada como de grau mais avançado no processo de organização regional. Conforme demonstrado anteriormente, foram entrevistados: 01 representante da Assessoria de Regionalização da SES-RJ, 07 representantes de Áreas Técnicas da SES-RJ, 01 representante do COSEMS-RJ e 01 do Ministério da Saúde.

Gráfico 2: Organização regional mais avançada segundo representantes da SES-RJ, COSEMS-RJ e Ministério da Saúde.



Fonte: Entrevistas realizadas na 1ª fase da pesquisa de campo.

Os profissionais das Áreas Técnicas da SES-RJ, que trabalham com Grupos Regionais, citaram mais vezes o Médio Paraíba, em seguida a Centro-Sul e a Baixada Litorânea foi apontada por 02 entrevistados. A Baixada Litorânea é identificada como uma região que evoluiu recentemente pela presença do Secretário Municipal de Saúde do município pólo, o que possibilitou as discussões necessárias envolvendo as referências intermunicipais. Vale ressaltar que a única região citada por todos os representantes da SES foi a Médio Paraíba e, dos 06 técnicos entrevistados, 03, apesar de citarem outras regiões, ressaltaram que a Médio Paraíba estaria em primeiro lugar quanto ao grau de organização.

Dentre os principais aspectos levantados pelos entrevistados ao considerarem a boa organização regional no Médio Paraíba estão:

- o seu histórico de constituição, pois estes municípios já vislumbravam uma organização regional anterior à regionalização da saúde no estado, principalmente a partir do consórcio intermunicipal de saúde (existente desde 1998);

- o acúmulo dos técnicos municipais em relação à discussão regional, o que é perceptível nas reuniões dos Grupos Regionais;
- a qualidade dos Planos de Ação Regionais das Redes Temáticas e a celeridade na sua elaboração;
- a boa estruturação do sistema de saúde na maior parte dos municípios;
- a gestão da rede e organização dos fluxos intermunicipais;
- o fato de não haver apenas um município pólo, sendo as referências divididas entre alguns municípios (principalmente Volta Redonda, Barra Mansa e Resende).

As regiões Metropolitanas, em especial a Metropolitana I, onde está localizada a capital, são citadas pela maior capacidade instalada e oferta de serviços, mas isto não se traduz em boa organização regional. Ao contrário, a região Metropolitana I tem grandes dificuldades em seu funcionamento, a relação com a capital segue sendo um desafio e é ressaltada a dificuldade em reunir os Secretários Municipais de Saúde.

As entrevistas nos dão um panorama das diferentes visões destes atores-chave associadas ao bom funcionamento de uma região, seja em termos da oferta de serviços, incluindo uma boa capacidade instalada e boa articulação entre os serviços, seja no acúmulo de uma discussão regional, que gera cooperação entre os municípios. De qualquer forma há claro consenso em relação ao destaque da região Médio Paraíba.

Foram considerados também os seguintes aspectos: número de municípios; porte populacional; capacidade instalada; funcionamento da CIR; situação dos Planos de Ação Regionais; e existência dos 07 Grupos Regionais selecionados para a pesquisa em funcionamento regular. Estes dados estão detalhados na caracterização das regiões de saúde (Capítulo 3, item 3.4).

Em relação ao recorte populacional, é importante notar que o número de municípios que compõem uma região de saúde, bem como o porte destes municípios são elementos que interferem na organização regional. Como se pode verificar na Tabela 1 (p. 70), 07 das 09 regiões do estado possuem porte populacional acima de 700 mil habitantes. As 03 regiões menores são a Baía da Ilha Grande, Centro-Sul e Noroeste, indicando que são regiões menos expressivas no estado como um todo e menos indicadas para o aprofundamento desta pesquisa. Das 07 regiões maiores, a região Metropolitana I difere das demais por possuir mais de 10 milhões de habitantes, 5 vezes a população da segunda região mais populosa, a Metropolitana II. Trata-se, portanto, de uma realidade mais complexa e distante da maioria das regiões do estado.

O segundo critério analisado foi a capacidade instalada, entendendo que para ter um bom funcionamento regional é preciso que se tenha na região um mínimo de oferta de serviços que dê conta da atenção integral àquela população. Sendo assim, regiões com baixa capacidade instalada tendem a ser problemáticas na sua lógica de organização regional, pois necessitam mais de articulações inter-regionais e com a capital para a referência de serviços de média e alta complexidade. Conforme pode ser verificado na Tabela 4 (p 73) as regiões excluídas por este critério são as mesmas que o foram pelo baixo porte populacional.

O terceiro critério considerado foi o funcionamento da Comissão Intergestores Regional, entendendo ser esta instância fundamental para a organização da região de saúde. Conforme exposto, todas as regiões tiveram um bom número de reuniões de CIR (entre 9 e 11) com quórum mínimo durante o ano de 2015. Há, no entanto, uma variação relativa ao número de participantes. As regiões que tiveram as maiores porcentagens médias de municípios presentes nas reuniões em 2015 foram a Baía da Ilha Grande, Centro-Sul, Médio Paraíba, Metropolitana II e Norte (Gráfico 2, p. 77).

O quarto critério utilizado foi a situação dos Planos de Ação das Redes Temáticas, que requerem a elaboração de um texto coletivo com um diagnóstico regional, levantamento de necessidades e de prioridades para a implantação da Rede. Entende-se que nem sempre estes Planos se traduzem em um planejamento efetivamente cumprido e elaborado a partir de um diagnóstico verdadeiramente robusto da realidade e das necessidades regionais. Entretanto, para fins do proposto neste estudo, o estágio mais avançado na elaboração dos Planos é critério importante porque os Planos de fato não se efetivam sem que haja minimamente encontros regionais para discussão da Rede proposta, negociação quanto a alocação dos recursos solicitados, organização das referências regionais e aprovação dos gestores por consenso. Para que todo este percurso se efetive é fundamental o funcionamento dos Grupos Regionais e a operacionalização da CIR¹².

Conforme discutido no item 3.4, sem citar as metropolitanas por terem passado por indução anterior para elaboração dos Planos, as regiões que primeiro avançaram nos Planos da Rede Cegonha foram a Médio Paraíba, Centro-Sul e Serrana. Já nos Planos de Urgência e Emergência as primeiras regiões foram a Médio Paraíba, Centro-Sul e Baía da Ilha Grande. Na Rede de Atenção Psicossocial não há destaque, pois todas as regiões tiveram os Planos aprovados no mesmo momento, o que indica um movimento colocado pela SES/RJ e menos

¹² Isto só não se aplica às regiões metropolitanas no que diz respeito à Rede Cegonha e a Rede de Urgência e Emergência. Nestes casos, conforme demonstrado no item 3.4, o processo de aprovação do Plano não se deu a partir destes passos.

orgânico nas regiões de saúde. No que se refere à Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência, se destacam a Médio Paraíba e a Centro-Sul, visto que nenhuma outra região chegou a aprovar o Plano de Ação para esta Rede em CIB.

Em relação aos Grupos em funcionamento regular torna-se fundamental para fins desta pesquisa que a região selecionada para o aprofundamento do trabalho de campo tenha todos os Grupos que serão objetos da análise¹³. A única região que não estava com estes 07 Grupos ativos em 2015 era a Metropolitana I¹⁴.

A Região do Médio Paraíba foi, portanto, a que mostrou-se melhor para o estudo considerando os critérios acima.

Entrevistas com atores-chave da região Médio Paraíba e análise das atas dos Grupos Regionais

A segunda etapa da pesquisa de campo se deu, portanto, na região Médio Paraíba e buscou alcançar maior profundidade na análise dos dados referentes à estruturação e ao funcionamento dos Grupos Regionais. Conforme detalhado no Quadro 2, foram realizadas entrevistas com: técnicos municipais que participam regularmente dos Grupos; um gestor municipal; um representante da Secretaria Executiva da Comissão Intergestores Regional do Médio Paraíba (CIR-MP) e um técnico do Consórcio Intermunicipal de Saúde da Médio Paraíba (CISMEPA). Foram 09 os entrevistados nesta Etapa, totalizando 19 entrevistas na conclusão do trabalho de campo.

Estas entrevistas na região Médio Paraíba buscaram trazer mais elementos sobre os Grupos Regionais e suas características na região selecionada, incluindo a motivação para sua criação, composição, regras de funcionamento e os objetivos dos Grupos. Foram feitas questões também relativas à atuação da SES e dos municípios nos Grupos, os mecanismos para escolha das pautas, os desdobramentos das discussões de caráter regional, a capacidade de elaboração de diagnósticos e o grau de resolutividade das discussões. As entrevistas abordaram, ainda, a influência dos Grupos nas decisões tomadas internamente nos municípios e pelos gestores na CIR, além de seu lugar na organização da região do Médio Paraíba. O instrumento utilizado nestas entrevistas foi roteiro semi-estruturado, conforme Apêndice A.

¹³ São eles: Grupos de Trabalho (GT) de Atenção Básica, Planejamento e Vigilância em Saúde; e Grupos Condutores (GC) da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência (RCPD); Rede Cegonha; Rede e Atenção Psicossocial (RAPS); e Rede de Urgência e Emergência (RUE).

¹⁴ Dados disponibilizados pela Assessoria de Regionalização da SES-RJ.

Quadro 2: Grupo Regional e perfil dos entrevistados na região Médio Paraíba.

GRUPO REGIONAL	PERFIL DO ATOR ENTREVISTADO
GT de Atenção Básica	Técnico da gestão municipal
GT de Planejamento	Técnico da gestão municipal
GT de Vigilância em Saúde	Técnico da gestão municipal
Grupo Condutor da Rede Cegonha	Técnico da gestão municipal
Grupo Condutor da Rede de Urgência e Emergência	Técnico do Consórcio Intermunicipal de Saúde do Médio Paraíba (CISMEPA)
Grupo Condutor da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência	Técnico da gestão municipal
Grupo Condutor da Rede de Atenção Psicossocial	Técnico da gestão municipal
Sem Grupo específico	Secretário Municipal de Saúde
Sem Grupo específico	Secretário Executivo da CIR-MP (SES/RJ)

Fonte: Dados da pesquisa de campo.

Esta etapa da pesquisa de campo contou também com a análise das atas das reuniões dos Grupos Regionais realizadas ao longo do ano de 2015 na região do Médio Paraíba. A análise das atas buscou identificar os mesmos elementos que procuraram ser levantados nas entrevistas a fim de balizar as informações e alcançar maior profundidade em alguns aspectos citados pelos entrevistados. Foram analisadas: 6 atas do GT de Atenção Básica; 6 atas do GC da Rede Cegonha; 8 atas do GT de Planejamento; 6 atas do GC da Rede de Atenção Psicossocial; 2 atas do GC da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência; 7 atas do GC da Rede de Urgência e Emergência; 11 atas do GT de Vigilância em Saúde; 01 ata de GT Ampliado com Vigilância e Atenção Básica; 01 ata de GT Ampliado com Vigilância, Atenção Básica e Planejamento. Este foi o número total de atas arquivadas pela CIR-MP referentes ao ano de 2015 e que foram disponibilizadas para a pesquisa pela Assessoria de Regionalização da SES/RJ através da Secretaria Executiva da CIR-MP.

3.3 Matriz de análise dos dados

Para realizar a análise dos dados, considerou-se tanto a perspectiva quantitativa da técnica, observando a frequência em que surgiram determinados conteúdos e temas, mas em maior proporção a perspectiva qualitativa, buscando atingir mediante inferências uma interpretação mais aprofundada sobre o tema (MINAYO, 2006).

O material coletado em campo foi organizado em categorias pensadas a partir do referencial teórico, das perguntas que motivaram a pesquisa e de seus objetivos específicos, sendo revisitadas a partir da realização do trabalho de campo e leitura geral do material a ser analisado. Além das categorias de análise foram incorporadas dimensões e subdimensões buscando facilitar o agrupamento dos temas com referência a conjuntos mais amplos, facilitando a análise posterior. O Quadro 3 apresenta a matriz de análise dos dados.

Com a matriz elaborada, foi realizada a decomposição do material para agrupamento de acordo com seus elementos constitutivos por categorias temáticas (BARDIN, 1979). Após o processo de categorização foi possível realizar inferências analisando o conteúdo das mensagens a partir do referencial teórico, de estudos realizados sobre o tema e do conhecimento adquirido sobre o processo de regionalização no estado do Rio de Janeiro e as características deste estado.

Por fim, foram possíveis algumas interpretações, procedimento no qual se procura ir além do material que se tem em mãos. A interpretação consiste em, com base nas inferências, discutir os resultados da pesquisa em uma perspectiva mais ampla, contribuindo para a produção de conhecimento no campo de atuação (GOMES, 2015). Para realizar interpretações é necessário, portanto, articular a análise realizada do material com fatores que podem ter determinado suas características (MINAYO, 2006), o que pressupõe o retorno, a todo o momento, à fundamentação teórica que guia as análises da pesquisa. Ao final, as interpretações buscaram alcançar uma síntese entre as questões da pesquisa, os resultados da análise do material coletado, as inferências realizadas e a perspectiva teórica que embasa o estudo.

Quadro 3: Matriz de análise dos dados.

DIMENSÃO	SUBDIMENSÃO	CATEGORIAS DE ANÁLISE	
A. Estrutura, funcionamento e finalidades dos Grupos Regionais	Criação dos Grupos Regionais.	Período de criação/ extinção dos Grupos Regionais no Estado do Rio de Janeiro	
		Contexto da política nacional e estadual de saúde e sua relação com a criação de Grupos Regionais.	
		Fatores que influenciaram a criação / extinção, mudança de nome ou junção de Grupos Regionais	
		Mecanismos de indução e estratégias para a criação dos Grupos nas regiões de saúde.	
	Objetivos e funções dos Grupos Regionais	Objetivos e funções apontados no regimento interno da CIR/RJ	
		Objetivos e funções apontados pelos atores-chave	
	Composição dos Grupos Regionais	Atores permanentes	
		Atores convidados ou com participação esporádica	
	Organização e funcionamento dos Grupos Regionais	Local das reuniões	
		Periodicidade e regularidade das reuniões	
Perfil e papel da coordenação dos Grupos Regionais			
B. Papel dos Grupos Regionais no planejamento regional e a atuação da SES/RJ	Conteúdo das negociações nos Grupos Regionais	Mecanismos de definição de pauta.	
		Principais temas em pauta no período analisado.	
		Peso da agenda federal na composição dos temas priorizados nos Grupos	
	Planejamento regional	Diagnóstico de saúde da região	
		Eleição de prioridades	
		Construção de planos de ação regional	
		Definição do financiamento	
		Envolvimento de outros atores/instituições nos planos de ação regional	
	Redes de atenção à saúde	Construção de planos de redes de atenção à saúde incluindo Redes Temáticas	
		Papel dos Grupos na construção e gestão das Redes de Atenção à Saúde	
	Coordenação Intergovernamental	Relações intergovernamentais predominantes nos Grupos Regionais (cooperativas, conflitivas)	
		Atuação da SES/RJ junto aos Grupos Regionais	
		Atuação dos municipais junto aos Grupos Regionais	
		Atuação de outros atores junto aos Grupos Regionais	
	C. Limites e possibilidades de atuação dos Grupos Regionais para o fortalecimento dos processos de planejamento regional, coordenação e gestão intergovernamental.	Limites e potencialidades da atuação dos Grupos Regionais	Priorização ou valorização dos Grupos Regionais pela SES
			Priorização ou valorização dos Grupos Regionais pelos municípios
Limitações dos Grupos Regionais			
Mudanças e inovações produzidas a partir do funcionamento dos Grupos Regionais no planejamento, coordenação e gestão intergovernamental			

3.4 Considerações éticas

O projeto foi submetido à avaliação do Comitê de Ética em Pesquisa da Escola Nacional de Saúde Pública - CEP/ENSP/FIOCRUZ e aprovado através do parecer consubstanciado Nº 1.500.103. É importante ressaltar que a metodologia proposta não envolveu experimentação em seres humanos nem teve foco em grupos especiais. O risco envolvido foi considerado mínimo e residiu na possibilidade de algum entrevistado se sentir desconfortável com as perguntas, mas em qualquer momento da entrevista foi garantido o direito de Não resposta ou de desistência.

Como explicitado anteriormente, a escolha dos entrevistados foi intencional e dada pelo segmento em que atua e o tempo mínimo de 01 ano no cargo/função. O contato para agendamento da entrevista foi feito diretamente com o entrevistado em potencial, pessoalmente ou via telefone, com posterior envio de e-mail com um convite formal e os detalhes da pesquisa. Os entrevistados foram informados dos objetivos da pesquisa e da garantia de anonimato, tendo tido liberdade total na decisão de participar ou não da pesquisa. Ao aceitar participar da pesquisa, assinaram, após a leitura, o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido em duas vias. (Apêndice B).

A realização das entrevistas foi feita face a face em sala da Secretaria Estadual de Saúde, da sede da Comissão Intergestores Regional ou da Secretaria Municipal de Saúde onde trabalha o entrevistado. Todas as entrevistas foram gravadas mediante a autorização dos sujeitos da pesquisa e transcritas com o cuidado de retirar quaisquer palavras que pudessem identificar os entrevistados. No sentido de preservar a identidade do entrevistado e garantir o resguardo das informações disponibilizadas pessoalmente ao entrevistador em confiança, no decorrer do estudo não foram citados nomes, nem cargos ocupados ou designações profissionais e institucionais que pudessem levar à identificação direta do participante.

Financiamento

A pesquisa foi realizada com apoio financeiro do Programa de Pós-Graduação Stricto Sensu em Saúde Pública – ENSP através da aprovação no Edital Interno –Recursos do Programa de Excelência Acadêmica da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior – PROEX CAPES. Os recursos foram executados na compra de passagem rodoviária e hospedagem na região do Médio Paraíba para a realização das entrevistas e na contratação de terceiros para a transcrição dos áudios.

4 A REGIONALIZAÇÃO DA SAÚDE NO ESTADO DO RIO DE JANEIRO

4.1 Histórico de conformação do estado e de sua política de saúde

Quanto à configuração de seu território, o estado do Rio de Janeiro apresenta singularidades que o diferenciam dos demais estados da federação. Para Davidovich (2000), as características que apontam para as especificidades do estado do Rio de Janeiro devem ser observadas considerando-se a configuração do território como representação de um amplo contexto sócio espacial. Devem ser considerados, portanto, os processos históricos, políticos, sociais e econômicos em diferentes escalas, incluindo a dimensão simbólico-cultural de pertencimento coletivo aquele espaço.

As características singulares deste território começam pela importância nacional da cidade do Rio de Janeiro desde o período colonial. A cidade, fundada em 1565, teve importante função para a diplomacia portuguesa pela posição estratégica para a concentração militar e defesa do litoral brasileiro. Segundo Davidovich (2000), a centralização em torno da cidade do Rio de Janeiro no período colonial está relacionada ao seu relevo acidentado, com florestas e pântanos e aos ataques indígenas, que teriam também dificultado a penetração para o interior. Além disso, o interesse da coroa estava centrado na saída para o Atlântico, não havendo esforço em ocupação da capitania como um todo.

Ainda no período colonial a cidade torna-se capital e reafirma sua relevância geopolítica. Com a chegada da Família Real (e mais 15 mil portugueses) há grande impacto demográfico e a cidade eleva bruscamente seu patamar de renda (Lessa, 2000). As atividades econômicas, no entanto, permaneceram centradas na Cidade Real e não houve esforços em povoar e dinamizar as atividades do interior. Em 1834 a província do Rio de Janeiro foi desmembrada e foi instituído o Município Neutro, que possuía autonomia administrativa e abrigava a capital do Império, a cidade do Rio de Janeiro. Após a proclamação da República, em 1889, a cidade do Rio de Janeiro continuou a ser a capital do país.

De acordo com Lessa (2000), ao longo do século XX, ao mesmo tempo em que a agricultura fluminense se atrofiava e a indústria perdia posição para o grande crescimento paulista, na cidade do Rio de Janeiro continuavam condensadas as atividades nacionais. A capital da República já tinha uma população considerável desde o século anterior e sua importante produção industrial tinha como base de apoio essa população. “No entanto, a

hinterlândia fluminense era pobre e não produzia os mesmos efeitos multiplicadores que a região de São Paulo” (SANTOS & SILVEIRA, 2001, p. 252).

Investimentos feitos pelo Estado Novo, criando importantes unidades industriais voltadas para a recuperação do interior do estado, como a Companhia Siderúrgica Nacional, Fábrica Nacional de Motores e a Refinaria Duque de Caxias pareciam representar um desejo nacional de atenuar uma excessiva hegemonia paulista. Não se tratando, portanto, de qualquer preocupação da própria cidade do Rio de Janeiro com o desenvolvimento do estado (SANTOS & SILVEIRA, 2001).

No entanto, em 1960, a cidade do Rio de Janeiro sofre uma fratura na dinâmica institucional vivida desde sua origem, a transferência da capital para Brasília e a transformação da cidade-capital em estado da Guanabara. A perda do status de Distrito Federal gera importantes alterações na vida política da cidade com significativa perda de poder. O dinamismo que até então derivava da lógica histórica de centralidade nacional passa a depender também de políticas a serem gestada localmente e o estado da Guanabara precisa redimensionar o governo (Lessa, 2000). “Se pensarmos que a Capital Federal é, em qualquer país, o espelho em que se mira a Nação, não é difícil imaginar o que essa mudança suscitou no governo do Rio de Janeiro e, conseqüentemente, na sociedade carioca” (GERSCHMAN, 2010, p. 80).

Em 1975, ocorre de forma imposta pelo governo militar, a fusão do estado da Guanabara e do antigo estado do Rio de Janeiro. O estado da Guanabara passou, então, a ser apenas município do Rio de Janeiro e capital do estado de mesmo nome. Esta fusão significou a junção de dois estados extremamente distintos, trazendo mudanças profundas nas relações intergovernamentais que apresentam conseqüências ainda hoje. A diferença econômica entre a capital e os demais municípios do estado era alarmante, em 1974, um ano antes da fusão, o estado da Guanabara arrecadou 2 milhões e 249 mil dólares, enquanto o estado do Rio de Janeiro apenas 370 mil dólares (GERSCHMAN, 2010).

No que diz respeito ao setor saúde, a fusão obrigou a Secretaria de Saúde de um estado politicamente frágil a assumir responsabilidades sanitárias e a capacidade instalada hospitalar da cidade do Rio de Janeiro, ex-estado da Guanabara e ex-capital nacional. O estado do Rio de Janeiro, antes da fusão, tinha como capacidade instalada basicamente postos, centros de saúde e hospitais especializados voltados para os programas do Ministério da Saúde. Os equipamentos eram destinados às ações de saúde pública e não havia responsabilização pela assistência médica curativa, que ficava com a Superintendência Regional do INAMPS (PARADA, 2000).

Já o estado da Guanabara, contava com toda a estrutura herdada do período em que foi distrito federal. A rede incluía centros médicos ambulatoriais, hospitais gerais e hospitais especializados. Ao contrário do estado do Rio de Janeiro, no estado da Guanabara, os equipamentos pretendiam dar conta não só das ações de saúde pública programadas pelo Ministério da Saúde, mas também da assistência médica curativa, tanto em nível ambulatorial quanto hospitalar da mais alta complexidade. Com vasta capacidade instalada, a Secretaria de Saúde do estado da Guanabara possuía autonomia na condução de uma política de saúde própria (PARADA, 2000). Esta característica autônoma na saúde permanece presente no município do Rio de Janeiro após o processo de fusão.

Desta forma, além da autonomia municipal que já é própria do arranjo federativo brasileira, o município do Rio de Janeiro possui uma história de desenvolvimento de ações de saúde sem subordinação a nenhum outro ente e sua incorporação à estrutura estadual não foi tarefa fácil. De acordo com PARADA (2001), observa-se na conformação do sistema de saúde estadual que a fusão não ocorreu de fato na área da saúde, pois o município do Rio de Janeiro permaneceu auto referido e independente da esfera estadual, estabelecendo relações diretamente com o governo federal e mantendo uma política de assistência à saúde própria. Já a Secretaria de Estado de Saúde (SES) seguiu administrando os programas do Ministério da Saúde, sem apresentar um planejamento para o sistema de saúde estadual.

Nos primeiros anos de implantação do SUS a SES sente os efeitos da descentralização da saúde de caráter municipalista impulsionada pelas Normas Operacionais Básicas. Quanto à habilitação à Gestão Avançada e a Gestão Plena do Sistema Estadual, definida pela NOB 96, o estado do Rio de Janeiro é um dos últimos a realizar as habilitações (GERSCHMAN, 2010), o que reduziu ainda mais seu poder de coordenação da política estadual (NORONHA; MACHADO; LIMA, 2003). Considera-se que o papel da esfera estadual sancionado pela NOB 96 foi pouco desenhado, deixando nebulosas as atribuições dos estados e induzindo a relação direta entre os municípios e o Ministério da Saúde, o que se mostrou ainda mais complexo no estado do Rio de Janeiro por sua fragilidade institucional, limitado poder financeiro e um processo de habilitação para a gestão local acentuado nos municípios.

O estado do Rio de Janeiro apresentou, desta forma, dificuldades em desempenhar seu papel na coordenação do SUS e a descentralização da saúde ocorre de forma desarticulada, sem a presença de um plano estadual que contemplasse prioridades e estratégias regionais. Configura-se um cenário preocupante no estado, pois não houve verdadeiramente a formação de Sistema Estadual de Saúde e o estado acabou, naquele momento, se limitando à condução da rede própria e à clássica atividade em saúde pública. (PARADA, 2001).

Configurou-se, assim, um estado marcado pela relevância dos hospitais concentrados na capital; forte dependência em especial dos municípios da Baixada Litorânea em relação aos serviços da capital; dificuldade de integração entre os serviços municipais, estaduais e federais, que ocupam os mesmos territórios (LIMA, et. al., 2016); e expressivas desigualdades regionais na distribuição e utilização dos equipamentos de saúde (KUSCHINIR et. al. 2010). O Rio de Janeiro não assume um projeto próprio para a saúde no estado e não se pode esperar que o sistema estadual se desenvolva apenas com as políticas definidas em nível nacional.

Hoje o estado do Rio de Janeiro é executor de serviços como as Unidades de Pronto Atendimento, os Hospitais Estaduais e Institutos especializados, como o Instituto Estadual do Cérebro (IEC) e o Instituto Estadual de Cardiologia (IECAC). No entanto, as características do processo de descentralização e as peculiaridades da rede de serviços regional apontam para dificuldades em desempenhar seu papel na coordenação do SUS, ainda que vários movimentos tenham sido feitos neste sentido desde a década de 1990 (LIMA, et. al, 2016).

Esta é uma questão colocada para a gestão estadual no Rio de Janeiro que vai para além das já encontradas pelos estados frente à descentralização municipalista realizada na implantação do SUS. A transferência da capital e a posterior fusão do estado da Guanabara com o estado do Rio de Janeiro configuram processos políticos muito específicos e diferentes dos vivenciados por qualquer outra unidade da federação. Trata-se de um estado, portanto, com uma intensa transformação federativa nos anos que antecederam a criação do Sistema Único de Saúde, enfrentando desafios ainda maiores na descentralização da saúde para a conformação de um sistema cooperativo. O sistema de saúde autônomo do município do Rio de Janeiro e o distanciamento da Secretaria de Estado de um debate de políticas regionais tornariam ainda mais complexo o processo de regionalização da saúde no estado.

4.2. Histórico da regionalização da saúde

O estado do Rio de Janeiro é um dos menores da federação, com área total de 43.766,6 km², superior apenas a de Sergipe, Alagoas e ao Distrito Federal. No entanto, é o terceiro estado em população, com cerca de 14 milhões de habitantes e o estado mais urbanizado do país, com 95% das pessoas vivendo em cidades (IBGE, 2010). Está situado na principal região econômica do país, a região sudeste, compondo com São Paulo, Minas Gerais e Espírito Santo mais de 50% do PIB do país. O estado é composto por 92 municípios, sendo que 22 deles foram criados em período recente, a partir da redemocratização do país em fins da década de 1980 (CEPERJ, 2015).

Como visto, a concentração de população, atividades e recursos se afirmou na cidade do Rio de Janeiro desde sua fundação, passando pela condição de capital do país, importante núcleo portuário, até tornar-se a metrópole que é hoje. A capital concentra uma população de mais de 6 milhões de habitantes, quase 50% da população do estado (IBGE, 2010). Diante disso, deve ser analisada a forma como se configuram os outros 91 municípios e como foram pensados os desenhos regionais no estado.

A regionalização de um território pode ser pensada de diferentes maneiras, de acordo com os objetivos pretendidos e das informações disponíveis. No estado do Rio de Janeiro existem várias divisões regionais, sendo as mais utilizadas a do IBGE e a do Governo do Estado (CEPERJ, 2015). A regionalização do IBGE é a mais antiga, data de 1968, quando são instituídas as Mesorregiões e Microrregiões Homogêneas. Este primeiro desenho teve como base o método de inter-relação de fenômenos complexo, mas esteve centrado essencialmente no âmbito econômico. A metodologia é modificada em 1990, quando as Meso e Microrregiões Homogêneas passam a Geográficas. A Mesorregião Geográfica expressa em nível regional a realidade do espaço geográfico com base no processo social como determinante, quadro natural como condicionante e rede de comunicação e de lugares como elemento de articulação espacial e a Microrregião se refere ao nível local (IBGE, 2015).

A divisão regional do Governo do Estado foi pensada duas décadas mais tarde, quando a Lei nº 1.227/87 aprovou o Plano de Desenvolvimento Econômico e Social 1988/1991. São oito as regiões de governo: Baixadas Litorâneas, Centro-Sul Fluminense, Costa Verde, Médio Paraíba, Metropolitana, Norte Fluminense, Noroeste Fluminense e Serrana. Ao longo dos anos foram feitas pequenas modificações na composição e nomenclatura dessas regiões, no entanto, é percebida a necessidade de uma nova regionalização, tendo em vista as muitas mudanças sofridas na organização espacial do estado (CEPERJ, 2015).

As regiões de governo guardam alguma relação com as Meso e Microrregiões do IBGE, ainda que não haja sobreposição completa. A regionalização da saúde seguiu este mesmo padrão, mas com algumas modificações. As regiões de saúde surgiram oficialmente logo após a publicação da NOAS, em 2001, quando foi elaborado o primeiro Plano Diretor de Regionalização (PDR) no estado. Neste PDR foram identificadas as nove regiões que permanecem ainda hoje: Baía de Ilha Grande, Baixada Litorânea, Centro Sul, Médio Paraíba, Metropolitana I, Metropolitana II, Norte, Noroeste e Serrana. Foi escolhido, portanto, um desenho que acompanhou o recorte político administrativo já existente pelas Regiões de Governo, o que pode ser ilustrado ao compararmos o mapa das Regiões de Governo (Figura 1) e das Regiões de Saúde (Figura 2).

Figura 1: Estado do Rio de Janeiro – Regiões de Governo e municípios



Fonte: CEPERJ. <http://www.fesp.rj.gov.br/>, acesso em fevereiro de 2016.

Figura 2: Estado do Rio de Janeiro – Regiões de Saúde e municípios



Fonte: Conselho Estadual de Saúde. <http://www.conselhodesaude.rj.gov.br/>, acesso em fevereiro de 2016.

Como é possível notar pela visualização dos mapas, a maior diferença entre estes desenhos regionais está na região Metropolitana. Esta Região de Governo se assemelha com a Microrregião do Rio de Janeiro na divisão proposta pelo IBGE¹⁵, já na regionalização da Saúde a região Metropolitana está dividida em Metropolitana I e Metropolitana II. A diferença no desenho elaborado pelo setor saúde representa uma mudança grande na forma de se pensar a região.

Apesar da clara diferença em relação à região Metropolitana, os recortes regionais presentes no estado possivelmente já influenciavam a organização da saúde antes de sua configuração oficial, em 2001. As primeiras iniciativas de organização da atenção à saúde em bases regionais no estado podem ser percebidas na década de 1990, quando foram realizados estudos em âmbito regional para a implantação de cotas de utilização de serviços em pólos assistenciais pela população de municípios vizinhos (VIANA et. al. 2010). Estes estudos serviram de base para a definição de tetos de recursos federais para todos os municípios. Em 1995 estes tetos já estavam definidos e o estado foi o primeiro a designar parcelas específicas para as referências regionais (LIMA et. al. 2016).

Naquele momento, apesar da estimativa para a definição do teto financeiro, ainda não havia pactuação entre os gestores municipais, o que se dá após a publicação da NOB 01/96, que introduziu as diretrizes da Programação Pactuada Integrada (PPI). A partir daí foram feitos novos esforços para o aprimoramento deste processo, incluindo a criação da Comissão PPI, a elaboração de instrumentos técnicos de programação e a realização de diversas oficinas de pactuação regional, movimentos que culminaram na implantação de um sistema permanente para revisão dos tetos financeiros a partir de 1999 (LIMA et. al. 2016).

Outra experiência que demonstra preocupação com a organização regional da saúde é o apoio da Secretaria de Estado para a criação de consórcios intermunicipais com recorte regional semelhante às Regiões de Governo. Nesta política de indução aos consórcios previa-se o financiamento de projetos que poderiam incluir a estruturação e/ou ampliação da capacidade de acesso e da atenção, com base nas prioridades do grupo de municípios consorciados (VIANA et. al. 2010). Os consórcios criados no estado na década de 1990 tiveram também o apoio do COSEMS, que através de sua assessoria jurídica orientou e acompanhou toda sua implantação. Os objetivos e finalidades destes consórcios foram definidos com base no diagnóstico de saúde das regiões e da eleição de prioridades entre os consorciados (SCHNEIDER, 2001). No entanto, a despeito do apoio dado pela SES e pelo

¹⁵ Com acréscimo dos municípios de Itaguaí, Paracambi e Seropédica.

COSEMS, houve problemas quanto ao financiamento dos consórcios, o que levou a prejuízo na sua operacionalização em alguns casos (LIMA et. al. 2016).

Com a gestão que se inicia em 1999 pode-se considerar que a integração regional é assumida como prioritária pela SES e desenvolvem-se estratégias articuladas com o objetivo de reduzir as desigualdades em saúde no estado a partir da perspectiva da integralidade das ações e da necessidade de atuação conjunta entre estado e municípios (NORONHA, MACHADO & LIMA, 2003). Uma destas estratégias foi o Planejamento Estratégico Situacional que buscou aumentar a articulação entre as áreas da SES e proporcionar uma dinâmica participativa na formulação de políticas e estratégias de forma ascendente. Esta estratégia orientou a série de encontros regionais que foram realizados entre 1999 e 2002 com a participação das áreas da SES-RJ e das representações municipais por região (IDEM). Os encontros regionais deste período foram importantes para a discussão das prioridades regionais, a elaboração do Plano Estadual de Saúde e do primeiro Plano Diretor de Regionalização. (MARTINS, 2003).

Esta experiência se desenvolveu no âmbito do Programa “Saúde: Estado e municípios juntos superando as desigualdades”, selecionado pelo Ministério da Saúde como experiência inovadora no SUS, para o recebimento do REFORSUS¹⁶. O Programa tinha como diretriz estratégica o fortalecimento das regiões na oferta de serviços de média e alta complexidade, através do estabelecimento de fluxos de referência, ampliação da infra-estrutura e aporte de recursos para os consórcios intermunicipais de saúde existentes (MARTINS, 2003). A dinâmica de planejamento ascendente pensada no bojo deste Programa gerou a necessidade de maior intercâmbio entre os gestores e técnicos da SES e dos municípios.

Neste sentido, foi criado em 1999 o Núcleo de Integração e Desenvolvimento Estratégico (NIDE) que atuava como instância de articulação interna entre os setores da SES/RJ e de coordenação dos processos de gestão compartilhada regionalmente, possibilitando a construção de parcerias para a resolução dos problemas prioritários nas regiões de saúde. A proposta era que fosse criado um NIDE em cada região com representações da SES e de cada município, além da possibilidade de haver representantes do Núcleo do Estado do Rio de Janeiro (NERJ/MS), do Conselho Estadual de Saúde e de hospitais federais, estaduais e universitários (NORONHA, MACHADO & LIMA, 2003).

¹⁶ Projeto de Reorganização do Sistema Único de Saúde, financiado pelo Banco Interamericano de Desenvolvimento - BID e pelo Banco Internacional de Reconstrução e Desenvolvimento – BIRD, no valor de US\$ 650 milhões, integrou o Plano de Metas do MS e o Programa Brasil em Ação da Presidência da República (MARTINS, 2003).

Estes NIDEs regionais atuaram como instâncias para integração técnica que pudessem viabilizar a gestão de projetos de caráter regional. Sua implantação, no entanto, ocorreu de forma heterogênea e com pouca expressividade (NORONHA, MACHADO & LIMA, 2003). Os autores pontuam que no contexto da época havia o receio de que os NIDEs se transformassem em estruturas gestoras regionais similares às Coordenadorias Regionais da SES, que haviam sido extintas durante o processo de descentralização municipalista da saúde.

Em 2001 é elaborado o Plano Diretor de Regionalização do estado, a partir de um desenho já trabalhado nas experiências do estado com a realização de programação físico-financeira (LIMA, et. al, 2016). Ressalta-se que a PPI estadual foi estratégia importante de articulação coordenada pelo gestor estadual no Rio de Janeiro, envolvendo a realização de oficinas regionais de negociação e pactuações de referências intermunicipais de serviços de saúde com repercussão para os tetos financeiros. Além do papel de coordenação a SES desempenhou no âmbito da PPI um papel de suporte técnico com a elaboração de instrumentos e relatórios técnicos e financeiros voltados para o acompanhamento dos pactos a serem cumpridos (IDEM).

Apesar de fundamentais para a entrada da regionalização da saúde na agenda do estado do Rio de Janeiro, as iniciativas observadas até o início dos anos 2000 se mostraram pouco efetivas e não avançaram muito nos anos seguintes. Apenas em 2007 a regionalização é retomada e ganha força após a adesão do estado ao Pacto pela Saúde. Neste momento a nova gestão da Secretaria de Estado se compromete a coordenar a regionalização da saúde, priorizando a implantação dos Colegiados de Gestão Regional. Além do Pacto pela Saúde, outras políticas federais, como a Política Nacional de Saúde do Trabalhador, a Política Nacional de Atenção às Urgências e a Política Nacional de Educação Permanente¹⁷, fomentaram a necessidade de pactuação regional e podem ter mobilizado a SES/RJ para a efetivação da regionalização (VIANA, R. P., 2012).

Assim, em 2007, iniciou-se o Programa Saúde na Área, que objetivava aprofundar o conhecimento acerca da realidade dos municípios e aproximar as Secretarias Municipais de Saúde da então Secretaria de Estado de Saúde e Defesa Civil (SESDEC) e em 2009 se

¹⁷ Portaria GM/MS n 1.679 de 19/09/2002: dispõe sobre a estruturação da rede nacional de atenção integral à saúde do trabalhador no SUS e define a organização de Centros de Referência em Saúde do Trabalhador (CRST) como um mecanismo para sua operacionalização. Portaria GM/MS n° 1.862 de 29/09/2003: instituiu a Política Nacional de Atenção às Urgências e considera a necessidade de estruturar uma rede de serviços regionalizada e hierarquizada de cuidados integrais às urgências. Portaria GM/MS n° 1.996 de 20/08/2007: dispõe sobre a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde e define que a condução regional da política deve ocorrer por meio dos Colegiados de Gestão Regional com a participação das Comissões Permanentes de Integração Ensino- Serviço (CIES).

estrutura o movimento da SES/RJ para impulsionar o processo de regionalização. Neste ano são realizadas mudanças na estrutura da Secretaria de Estado e é extinta a Subsecretaria de Desenvolvimento do Sistema, onde era desenhado até então o planejamento regional. A condução deste processo passa a estar na Assessoria de Integração Regional, subordinada a Subsecretaria Geral (LIMA, et. al., 2016). O marco de início das novas estratégias para a regionalização é a *Acolhida aos Novos Gestores Municipais*, evento realizado em parceria com o Conselho de Secretários Municipais de Saúde (COSEMS).

Neste evento foi apresentado aos secretários municipais o Pacto pela Saúde e seus desdobramentos tanto para a gestão municipal quanto estadual. O evento deu origem a oficinas regionais em continuidade ao Programa Saúde na Área realizadas em todas as regiões com a participação dos secretários municipais de saúde, da Secretaria de Estado e do COSEMS. Houve, então, a definição dos pré-requisitos para o estabelecimento das regiões de saúde: contigüidade intermunicipal; identidade social, econômica e cultural entre os municípios; existência de um sistema de transporte e de comunicação entre os municípios e as regiões; identificação dos fluxos assistenciais; avaliação da disponibilidade de recursos humanos, físicos, equipamentos e insumos em escala adequada à qualidade e ao acesso; grau de suficiência na regionalização (Portal da Saúde do RJ, acesso em 22/07/2015).

O trabalho nas regiões se pautou em levantamento e análise de dados secundários posteriormente consolidados no “Caderno de Informações em Saúde do Estado do Rio de Janeiro”. Este Caderno é a base do Plano Diretor de Regionalização de 2009 e apresenta uma análise da oferta de serviços desde a Atenção Básica, porta de entrada do sistema de saúde, até a Alta Complexidade. Além dos principais indicadores em saúde foram analisados os fluxos migratórios das internações de média e alta complexidade e dos procedimentos ambulatoriais de alta complexidade entre os municípios e regiões (Estado do Rio de Janeiro, 2009).

O documento define que todas as Regiões de Saúde devem ter suficiência para ofertar as ações de Média Complexidade e algumas de Alta Complexidade, devendo arranjos inter-regionais garantirem as demais ações de Alta Complexidade e informa que quando esta suficiência não for alcançada o PDR e o Plano Diretor de Investimentos devem propor as metas e os recursos para tal.

Ao final são relatados os principais desafios identificados nas oficinas regionais e os encaminhamentos propostos comuns a todas as regiões foram: revisar a PPI da assistência; definir a resolubilidade da Atenção Básica nos municípios; reforçar as linhas de cuidado – Atenção Básica, Média e Alta Complexidade; implantar as Comissões de Integração Ensino-

Serviço. Os encaminhamentos são colocados como propostas para os Colegiados de Gestão Regional (Estado do Rio de Janeiro, 2009).

Após a realização das oficinas, o desenho regional para a atualização do PDR 2009 manteve as nove regiões estruturadas em 2001, ainda que pudessem ter sido verificadas especificidades, como a região do complexo petroquímico de Itaboraí, que poderia indicar uma nova configuração regional com o desenho do Consórcio Intermunicipal de Desenvolvimento da Região Leste Fluminense (Conleste) e a escala da Baía da Ilha Grande, com apenas 03 municípios. Houve também alegações de municípios quanto à organização regional de serviços, como o município de Rio Claro, que desejava migrar da região Médio Paraíba para a região da Baía da Ilha Grande, por já ter o município de Angra dos Reis como sua referência para diversos serviços (LIMA, et. al. 2016). O mesmo se deu com o município de Cardoso Moreira que faz parte da região Noroeste, e tem Campos dos Goytacazes, da região Norte, como a sua principal referência.

A manutenção do recorte regional, apesar das variáveis sanitárias e geográficas apresentadas como argumento para mudanças foi atribuída ao histórico das relações políticas presentes nas regiões e trazidas nas oficinas de planejamento regional (VIANA et. al. 2010). A única modificação ocorrida se deu na região Metropolitana I, que passou por um processo de rediscussão do território, pois o município do Rio de Janeiro alegava necessitar de projetos e investimentos diferenciados, dado o seu porte populacional e a grande oferta de serviços de saúde. Foi pactuada, então, uma nova região que contemplou apenas o município do Rio de Janeiro.

Em cada uma das 10 regiões (Baía da Ilha Grande, Baixada Litorânea, Centro Sul, Médio Paraíba, Noroeste, Norte, Metropolitana I, Metropolitana II, Serrana e Capital) foi constituído um CGR. A coordenação do CGR foi atribuída ao representante de nível central da SESDEC, podendo ser um superintendente ou subsecretário. A principal função do CGR era a coordenação de ações que se fizessem necessárias para a descentralização regionalizada a partir das prioridades colocadas por cada uma das regiões, assim, cada CGR devia: 1. Constituir-se em espaço de decisão política e de definição de prioridades de ação regional. 2. Ter a participação de todos os gestores municipais e do representante do gestor estadual. 3. Corresponder ao território de uma região de saúde (VIANA et. al. 2010).

Todas as regiões tiveram a primeira reunião de CGR entre maio e dezembro de 2009 (VIANA, 2012). Após a instituição dos CGR foi fundamental a ação da SES/RJ para viabilizar o seu funcionamento, com a garantia de estrutura física, equipamentos e insumos mínimos, além de recursos humanos para a organização administrativa. A sede do CGR se deu

em espaços de estruturas regionais da SES já existentes, como as Centrais de Regulação Regionais (CREG) e os Núcleos Descentralizados de Vigilância em Saúde (NDVS). Todos os profissionais que integraram a instância administrativa do CGR eram ligados a Secretaria de Estado e foi também liberado recurso financeiro para a compra de computadores e mobiliários (Idem).

O ano de 2009 foi, portanto, um marco na regionalização da saúde do estado. Neste ano a regionalização aparece como agenda prioritária na Comissão Intergestores Bipartite (CIB) (VIANA et. al. 2010). A CIB passa a ter um protagonismo na definição de estratégias e ações fundamentais para a efetivação da regionalização no estado, tratando temas como a implantação dos CGRs, as oficinas regionais e a definição dos fluxos regionais. Considera-se que seu papel foi fundamental na equalização de forças políticas e técnicas do estado e dos municípios, principalmente neste momento onde as instâncias regionais ainda eram incipientes (Idem).

Neste mesmo ano foi lançado o Programa de Apoio aos Hospitais do Interior, que envolveu o repasse de recursos estaduais para os municípios e no qual se identificava um enfoque regional. Os recursos eram destinados para municípios com menos de 115.000 habitantes, mas também incluía hospitais de municípios maiores que fossem referência regional no interior do estado. A Assessoria que coordenava o Programa estava ligada a Subsecretaria Geral, da mesma forma que a Assessoria de Integração Regional. A partir do PAHI foram realizadas muitas discussões a respeito da definição de perfil dos hospitais do interior e da melhor organização das referências regionais. Isto se deu principalmente na região Noroeste, na qual todos os municípios eram elegíveis pelo porte populacional e onde se encontravam muitos hospitais de pequeno porte. O Programa foi renovado anualmente até 2014.

Junto com a constituição dos CGR surge a possibilidade de criação dos primeiros Grupos de Trabalho nas regiões de saúde. De acordo com pesquisa de mestrado realizada na SES/RJ em 2011, os Grupos de Trabalho (GT) foram criados pelos membros do CGR e podiam ser transitórios ou permanentes (VIANA, 2012). Conforme regimento interno do CGR, os GT tinham como finalidade a realização de estudos técnicos sobre políticas e programas de interesse para a saúde, cujos produtos deveriam colaborar para as decisões do Plenário da CIR. Alguns GT mencionados pelos Coordenadores Regionais dos CGR na época da pesquisa citada (2011) foram: GT de Vigilância em Saúde, GT de Regulação, GT da Dengue, GT da Atenção Básica, GT de Planejamento Regional e Comitê de Urgência e Emergência.

Após o intenso ano de 2009, um novo marco para o processo de regionalização no estado ocorre em 2011, pois com a publicação do Decreto 7508/2011, é iniciada a atualização do Plano Diretor de Regionalização do estado. Neste período é intensamente problematizada a existência de uma região composta por apenas um município, a capital do estado. A criação desta região levou em conta a dinâmica particular deste município, com alta concentração populacional, grande capacidade instalada e facilidade de acesso viário. No entanto, a argumentação pela separação da região Metropolitana I e da Capital pode indicar mais uma vez a dificuldade de integração deste município ao estado do Rio de Janeiro, dada a sua história de conformação e é importante considerar que este era também o polo assistencial fundamental para a baixada fluminense. Após longo período de negociações, o município do Rio de Janeiro volta a compor a região Metropolitana I, em agosto de 2011.

Fruto destes debates é lançada a Atualização do Plano Diretor de Regionalização – 2012/2013. O documento reafirma o desenho de 9 regiões de saúde e atualiza o panorama das mesmas com dados do TABNET/SES e DATASUS/MS para o recorte 2012/2013, tendo em vista os elementos necessários para a análise de sustentabilidade das regiões. O documento foi elaborado em um contexto em que outros movimentos importantes estavam ocorrendo, como a revisão da Programação Pactuada Integrada, o início da organização das Redes de Atenção à Saúde, o novo Planejamento Regional e a elaboração do Plano Estadual de Saúde 2012-2015.

Além da atualização do PDR, a publicação do Decreto 7508/2011 gerou a substituição dos CGR pelas Comissões Intergestores Regionais (CIR). De acordo com a versão atualizada do regimento interno das CIR (2014), o objeto da CIR/RJ envolve os aspectos operacionais do SUS, ou seja, a organização e o funcionamento das ações e serviços integrados em redes de atenção à saúde. Assim, a CIR deve atuar na perspectiva de qualificação do planejamento regional e da descentralização no âmbito da região de saúde. Sua composição inclui todos os secretários de saúde dos municípios da região e um representante de nível central da SES. Atualmente, as CIR/RJ estão em funcionamento com reuniões mensais do Plenário nas 09 regiões de saúde.

A partir do ano de 2011 são lançadas pelo Ministério da Saúde as portarias das Redes Temáticas¹⁸ (Rede Cegonha, Rede de Urgência e Emergência, Rede de Atenção Psicossocial e

¹⁸ Portaria nº 1.459, de 24 de junho de 2011. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) a Rede Cegonha; Portaria nº 1.600, de 7 de julho de 2011. Reformula a Política Nacional de Atenção às Urgências e institui a Rede de Atenção à Urgências no Sistema Único de Saúde (SUS); Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS); Portaria nº 252, de 19 de fevereiro de 2013. Institui a Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas no Sistema Único de Saúde.

Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência). A previsão de repasse de recursos financeiros para a implantação destas Redes auxiliou na indução desta agenda que foi incorporada pela SES/RJ, seja pela criação dos Grupos Condutores Estaduais, seja pelo trabalho voltado para a conformação dos desenhos regionais das Redes. A SES passa a trabalhar intensamente junto às regiões de saúde para a elaboração dos Planos de Ação Regionais para cada uma das Redes através da inclusão do tema nas pautas das CIR e da criação de Grupos de Trabalho e Grupos Condutores Regionais para a elaboração dos Planos de Ação. Assim, o desenho da rede de atenção regional pela via da conformação das Redes Temáticas passa a informar o planejamento nas regiões de saúde do estado.

Em 2012, a SES realiza mais um movimento de coordenação do planejamento regional. Entendendo ainda haver uma visão localista, setorial e de curto prazo nas regiões, foi proposto um planejamento regional integrado que visou contribuir para o estabelecimento de sinergias e para a superação de uma cultura político-administrativa refratária à cooperação e à coordenação (SES/RJ, 2012). Estava presente, portanto, o esforço para a obtenção de um foco estratégico que favorecesse o diálogo entre o local e o regional e a projeção de cenários futuros de modo a promover condições de acesso mais equilibradas aos serviços de saúde nos territórios.

Este processo de planejamento regional integrado foi realizado no período de outubro de 2012 a outubro de 2013. Em 2012 iniciaram-se as discussões em Grupos de Trabalho de Planejamento nas 09 regiões de saúde. Estes GT foram compostos por representantes técnicos de cada município e das áreas técnicas da SES de acordo com a possibilidade. Nestes Grupos foi abordado um diagnóstico prévio elaborado pela SES por meio da Assessoria de Planejamento, Assessoria de Integração Regional, Assessoria de Informação e Assessoria do Pacto Interfederativo. Estas Assessorias formularam este diagnóstico simplificado para cada região a partir dos sistemas oficiais de informação para embasar a discussão nas regiões e assim aprofundá-lo.

Nos GT foi feito o levantamento de problemas prioritários a serem levados para a discussão nas Oficinas de Planejamento Regional, com a presença dos gestores municipais, áreas técnicas dos municípios, áreas técnicas da SES e Conselho Estadual de Saúde. Todo este processo resultou nos Planos Regionais pactuados nas CIR e na CIB em 2013. Estes Planos tiveram a vigência de 2013 a 2016. A Secretaria de Estado de Saúde disponibilizou para acesso público as matrizes do Plano para as 09 Regiões de Saúde do Rio de Janeiro, que apresentam as prioridades identificadas e as ações pactuadas para cada um dos problemas levantados.

Muitas das ações presentes nestas matrizes e que foram pactuadas em resposta aos problemas identificados como prioritários nas regiões estão relacionadas às redes temáticas, seja para a elaboração dos Planos ou para a implantação das Redes. Isto evidencia o peso que esta agenda estava tendo no Planejamento Regional no estado naquele momento.

Os Grupos Regionais, sejam os Grupos Condutores das Redes Temáticas, sejam os Grupos de Trabalho voltados para temas como Atenção Básica, Vigilância em Saúde, Assistência Farmacêutica e Saúde do Trabalhador aparecem também repetidamente nas ações elaboradas pelas regiões. Algumas ações são pontuadas para serem executadas pelos Grupos, como a elaboração de um Plano Regional de Enfrentamento às Doenças Crônicas a ser elaborado no GT de Atenção Básica. Outras ações são a criação do Grupo em si, como a do GT de Assistência Farmacêutica frente à identificação de gestão inadequada da assistência farmacêutica nos municípios de uma região. A forte presença dos Grupos nas matrizes de planejamento regional aponta para a importância que vinham tomando na organização das regiões de saúde do estado.

4.3. A estratégia de criação dos grupos regionais nas comissões intergestores regionais

Os antigos Colegiados de Gestão Regional (CGRs), atuais Comissões Intergestores Regionais (CIRs) são espaços institucionais de planejamento e tomada de decisões conjuntas em âmbito regional. Estudos recentes em diferentes estados revelaram que, apesar de serem fundamentais para a operacionalização dos processos de regionalização da saúde, estas instâncias de pactuação regional apresentam limites importantes em relação ao planejamento regional e ao fortalecimento da rede regional de saúde em uma perspectiva solidária (IANNI, et. al. 2012; VIANNA & LIMA, 2013; SANTOS & GIOVANELLA, 2014; SOUZA, SCATENA & KEHRIG, 2014).

A CIR pode ser subaproveitada quando se reduz a reuniões com discussões pontuais, em um espaço que se torna burocrático e conduzido por pautas induzidas pela política nacional ou estadual em detrimento de discussões voltadas para os problemas específicos da região (SANTOS e GIOVANELLA, 2014). Algo semelhante foi apontado em pesquisa que concluiu haver pouco debate relativo à avaliação da situação de saúde através de diagnósticos que subsidiassem um planejamento regional com adequação às diferentes realidades na CIR estudada no estado de Mato Grosso (SOUZA, SCATENA & KEHRIG, 2014).

É considerado também em alguns estudos que a esfera estadual ainda apresenta dificuldades em assumir a efetiva coordenação deste processo nas regiões (MENDES, et. al. 2015) e que esta função é fundamental para o estabelecimento da cultura de planejamento (VIANA & LIMA, 2013).

No caso de região do estado da Bahia foi identificada a ausência de um espaço de discussão técnica para a realização das análises e proposição de estratégias para o fortalecimento da rede regional e a superação de problemas comuns (SANTOS e GIOVANELLA, 2014). Estudo posterior na mesma região apontou que houve avanço para a CIR quando foram implantados Grupos de Trabalho permanentes, especialmente o que se propunha a discutir a PPI, realizando debates técnicas com a participação de Secretários Municipais, técnicos municipais e técnicos da regional de saúde (SILVEIRA FILHO, et. al., 2016). De acordo com este estudo, a dinâmica de apresentação de sínteses das elaborações dos Grupos de Trabalho qualificava as discussões e mantinha o planejamento regional ativo e não limitado às reuniões de CIR.

Os estudos sugerem, portanto, a necessidade de espaços para o amadurecimento de diagnósticos situacionais e planejamento de ações que possam potencializar as instâncias de pactuação regional como formuladoras de políticas voltadas para as necessidades regionais.

No estado do Rio de Janeiro não havia história prévia de estruturas próprias regionais ou de espaços regionais de pactuação institucionalizados pela SES/RJ antes da criação dos CGR. Estruturas consolidadas de integração técnica nas regiões de saúde eram inexistentes e, conforme visto anteriormente, a proposta da SES de criação de Núcleos de Integração e Desenvolvimento Estratégico (NIDE), formulada em fins da década de 1990, não avançou (NORONHA, MACHADO & LIMA, 2003). Não havia no estado, portanto, nenhum dispositivo que pudesse operacionalizar as articulações necessárias para o desenvolvimento de projetos regionais.

Quando criados os CGR/RJ, foi incluída em sua organização, além do Plenário e da Câmara Técnica, também a possibilidade de realização de Grupos de Trabalho. Pesquisa realizada sobre a implantação do CGR no estado apontou a importância da Câmara Técnica e dos Grupos de Trabalho, principalmente no que se refere ao suporte técnico para subsidiar as tomadas de decisão nas reuniões de Secretários Municipais (VIANA & LIMA, 2013).

De acordo com o atual Regimento Interno da CIR-RJ/2014¹⁹, os Grupos de Trabalho (GT) podem ser permanentes ou transitórios e se organizam por temas específicos. Estes

¹⁹ Deliberação CIB Nº 2.917, de 14 de maio de 2014, que aprova a revisão do Regimento Interno da Comissão Intergestores Regional do Estado do Rio de Janeiro

Grupos possuem caráter consultivo e de assessoramento, com a finalidade de efetuar estudos técnicos sobre políticas e programas de interesse para a saúde, cujos produtos devem subsidiar a Câmara Técnica (CT) e as decisões do Plenário de Secretários Municipais de Saúde. Todos os Grupos são compostos por pelo menos um representante de cada município e em geral contam com alguma representação da SES/RJ, ainda que não haja esta obrigatoriedade pelo Regimento Interno da CIR/RJ.

Assim como em outros estados (MENDES, et. al. 2015; SILVEIRA FILHO, et. al., 2016), a partir de 2011, o lançamento das Redes Temáticas, com previsão de recursos atrelada ao desenvolvimento de um planejamento regional, oportunizou as discussões relativas a articulações regionais da rede de saúde nas CIR e em Grupos de Trabalho para a construção de Planos Regionais. No estado do Rio de Janeiro, como visto anteriormente, a necessidade de construção regional das Redes Temáticas gerou, em todas as regiões de saúde, a criação de Grupos Condutores, que após a elaboração dos Planos iriam também atuar na sua implantação e monitoramento das Redes.

Desta forma, atualmente existem nas CIR, tanto Grupos de Trabalho, conforme nomeados no regimento interno, quanto Grupos Condutores de cada uma das Redes para as quais houve adesão do estado (Rede de Urgência e Emergência, Rede Cegonha, Rede de Atenção Psicossocial e Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência).

É possível perceber no Regimento Interno da CIR/RJ uma tentativa de institucionalizar o funcionamento destes Grupos, prevendo que sua criação, extinção e normas de funcionamento sejam estabelecidas mediante deliberação do Plenário. Estas normas devem explicitar as finalidades do Grupo, objetivos, produtos, prazos e cronograma de reuniões para ampla divulgação. A análise das pautas e atas das CIR entre 2012 e 2015²⁰ possibilita observar que a criação dos Grupos de fato é realizada mediante o consenso do Plenário e publicação de deliberação CIR.

Neste período, o total de novos grupos criados variou entre 09 e 12 nas regiões, mas nem todos permaneceram ativos ao longo destes anos. Quadro com o ano de criação dos Grupos por região de saúde pode ser visto no Apêndice C.

Em geral os Grupos são criados por sugestão da SES/RJ e posterior pactuação regional, mas em alguns casos surgem por uma demanda identificada na região, como foi o caso do GT de Gestão do Trabalho na Baixada Litorânea e do GC do Contrato Organizativo

²⁰ Apenas as atas a partir de 2012 estão disponíveis no Portal da SES/RJ www.saude.rj.gov.br. Acesso em 01/02/2016.

de Ação Pública (COAP), na região do Médio Paraíba. Quando a criação do Grupo é desencadeada pelas áreas técnicas da SES é possível observar a criação de um mesmo Grupo em todas as regiões do estado, o que ocorreu com os 07 Grupos elencados para este estudo (Grupos de Trabalho: de Planejamento, Vigilância em Saúde e Atenção Básica; Grupos Condutores Regionais: da Rede de Urgência e Emergência, da Rede Cegonha e Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência).

A criação do **GT de Planejamento** ocorreu na maioria das regiões de saúde no ano de 2012, quando a Assessoria de Planejamento da SES/RJ sugere e pactua a proposta com os Secretários Municipais de saúde nas CIR. Conforme já descrito no Capítulo 3, a criação deste Grupo naquele momento objetivava a realização de discussões prévias com os técnicos municipais que embasariam as Oficinas de Planejamento Regional, das quais participariam técnicos e gestores. As regiões Baixada Litorânea, Médio Paraíba e Noroeste já tinham Grupos que discutiam Regulação, PPI ou mesmo Planejamento, Controle e Avaliação e estes foram substituídos pelo GT de Planejamento.

Após a realização das Oficinas de Planejamento Regional, em 2013, os Grupos passam a ter a função de acompanhar a Matriz do Plano Regional. No entanto, de acordo com as entrevistas realizadas, estes Grupos vão ganhando novas finalidades, principalmente como espaços para as discussões relativas à PPI e à regulação regional.

As Matrizes do Planejamento Regional (2013-2016) geraram reestruturações em outros Grupos já existentes em função das ações propostas. Foi o caso da transformação do GT Dengue em **GT de Vigilância em Saúde**. Em algumas regiões de saúde o GT Dengue foi um dos primeiros Grupos a ser constituído, o que esteve relacionado à necessidade de encontros para monitorar a epidemia de dengue, com Salas de Situação, e também à criação dos Núcleos Descentralizados de Vigilância em Saúde (NDVS). A implantação de instâncias regionais de Vigilância era uma das ações estratégicas do Projeto Vigisus no estado do Rio de Janeiro²¹ e os Núcleos foram criados para conduzir junto aos municípios de cada região o desenvolvimento e a implementação dos sistemas municipais de vigilância em saúde a partir de um olhar regional.

Os NDVS foram efetivamente criados em 2005 nas 09 regiões de saúde com estrutura física, de equipamentos, de transporte e com um quadro de técnicos de todas as áreas

²¹ O Projeto Vigisus foi resultado de um acordo de empréstimo financeiro entre o Banco Interamericano para Reconstrução e Desenvolvimento (BIRD) e o Governo Federal aprovado no ano de 1998, com duração prevista para oito anos e composto por três fases. Este projeto objetivava reforçar a infra-estrutura e a capacidade técnica da vigilância em saúde nas três esferas de governo para viabilizar a estruturação de sistemas de vigilância em saúde em um ambiente descentralizado com a complexidade do perfil epidemiológico brasileiro (BRITO, 2008).

fundamentais da vigilância em saúde²², mas sem estrutura administrativa²³. Com a implantação dos CGR, em 2009, são criados os primeiros Grupos de Trabalho voltados especificamente para o enfrentamento da Dengue e coordenados pelos técnicos do NDVS. Em 2012 todas as regiões estavam com GT Dengue em funcionamento, mas de acordo com entrevista realizada com representante da Área Técnica, existia o entendimento da própria SES de que a vigilância teria muitas outras questões a serem discutidas nas regiões além da dengue. Esta questão também é trazida pelos municípios nas Oficinas de Planejamento de algumas regiões e entre 2013 e 2014 é realizada a transformação dos GT Dengue em GT de Vigilância em Saúde em todas as regiões.

O **GT de Atenção Básica** foi proposto pela SES e formalizado nas CIR das 09 regiões no ano de 2013. Este Grupo é criado em um contexto de fortalecimento da Atenção Básica no cenário Nacional, com a atualização da Política Nacional de Atenção Básica (2011) e lançamento de importantes Programas como: Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica e Programa de Requalificação de Unidades Básicas de Saúde (2011); e Programa Mais Médicos para o Brasil (2013).

O contexto estadual acompanhou de certa forma este movimento com algumas iniciativas de cofinanciamento da Atenção Básica. No ano de 2012 o governo do estado se comprometeu com a construção e aparelhamento de Unidades Básicas de Saúde, com o objetivo de ampliar a capacidade instalada da Atenção Básica dos municípios. A importância dada à qualificação da Atenção Básica também foi crescente no Programa de Apoio aos Hospitais do Interior (PAHI)²⁴, que em 2013²⁵ inclui um de Atenção Básica. Em 2014, o Cofinanciamento Estadual da Atenção Básica é renovado com a criação do Programa de Financiamento Integrado da Atenção Básica²⁶.

O GT AB surge, então, como espaço onde os temas pertinentes à Atenção Básica, considerando o contexto nacional e estadual, poderiam ser aprofundados a partir da realidade regional. De acordo com entrevistado da Área Técnica da SES, o Grupo é criado como um espaço propício para educação permanente, cooperação horizontal e articulação de ações regionais com apoio dos técnicos da SES/RJ. O GT aparece diversas vezes nas Matrizes de

²² Conforme visto no Capítulo 3, a existência da estrutura física e de recursos humanos dos NDVS vieram a facilitar posteriormente a implantação dos CGR.

²³ Foi recomendado pelo Secretário de Estado de Saúde na época que os Núcleos não tivessem estrutura político-administrativa e que tivessem o nome de Núcleos Descentralizados e não Núcleos Regionais, para evitar que se aproximassem do formato das extintas Coordenadorias Regionais da SES/RJ.

²⁴ O PAHI foi lançado pelo governo estadual em setembro de 2009 e foi renovado a cada ano até 2014.

²⁵ Resolução SES Nº 622 de 16 de maio de 2013.

²⁶ Resolução SES Nº 924 de 15 de maio de 2014.

Planejamento Regional como responsável por ações pensadas frente aos problemas de baixa cobertura, qualificação ou resolutividade da Atenção Básica.

Considerando a centralidade das Redes de Atenção à Saúde no contexto nacional a partir de 2010 e com as publicações das Redes Temáticas, começam, a partir de 2011 a surgir os GT e Grupos Condutores para cada uma das Redes. Conforme vimos no Capítulo 2, a criação de Grupos Condutores Regionais não está prevista nas normativas das Redes Temáticas, mas é a estratégia eleita pela SES/RJ para apoiar a elaboração dos Planos de Ação em cada uma das regiões, etapa necessária para que pudessem pleitear o repasse de novos recursos pelo Ministério da Saúde.

Assim, após a criação do Grupo Condutor Estadual, este sim previsto nas normativas federais como requisito para a adesão, as Área Técnicas da SES responsáveis foram sugerindo às regiões a criação de Grupos Condutores Regionais. Estes Grupos apareceram nas Matrizes de Planejamento Regional (2013-2016) da maioria das regiões de saúde, seja como apontamento para sua criação ou com a colocação de ações a serem desenvolvidas pelos Grupos já existentes.

No que se refere à Rede de Urgência e Emergência, já haviam sido criados em todas as regiões os Comitês dos Sistemas Regionais de Atenção às Urgências na época da implantação dos CGR, mas a necessidade de elaboração de Planos de Ação Regional trazida pela portaria 1.600/2011, que institui a Rede de Atenção à Urgência e Emergência (RUE), leva a SES/RJ a sugerir a criação de Grupos que pudessem se dedicar a esta produção. Conforme apontado pelo representante da Área Técnica da SES, independentemente de haver o Comitê Gestor, em cada região foi também criado um **GC da Rede de Urgência e Emergência**, o que se deu na maioria das regiões entre 2012 e 2013. Em algumas regiões o Grupo recebe o nome inicial de GT de Urgência e Emergência para posteriormente ser substituído por GC da RUE.

Os **GC da Rede Cegonha** nas regiões de saúde foram propostos pela SES/RJ em 2013 e pactuados pelos gestores municipais nas CIR das 09 regiões de saúde. No entanto, algumas regiões já haviam tido a iniciativa de criar Grupos de Trabalho da Rede Cegonha desde 2011, ano da publicação da portaria desta Rede Temática. Estes GT já existentes foram, então, transformados em Grupos Condutores.

Em relação à Rede de Atenção Psicossocial, de acordo com entrevistado da Área Técnica da SES, a discussão da atenção em Saúde Mental em uma perspectiva regional já era feita pela Área Técnica da SES/RJ desde 2009, quando foram criados os Fóruns Regionais de Saúde Mental, que facilitaram o contato com os municípios e fizeram com que a Área se aproximasse das realidades regionais.

Os **GC da Rede de Atenção Psicossocial** nas regiões surgem a partir da instituição desta Rede pelo Ministério da Saúde. Entretanto, os Planos de Ação Regional da RAPS foram construídos a partir de matrizes diagnósticas elaboradas pela Área Técnica da SES e trabalhadas principalmente nos Fóruns Regionais de Saúde Mental. Isto fez com que a constituição de GT de Saúde Mental e GC da RAPS se desse de forma mais heterogênea entre as regiões do que o observado com os Grupos da RUE e da Rede Cegonha. Assim, em 2011, quando foi elaborado o Plano, possuíam Grupos para a discussão do tema apenas a Baía da Ilha Grande, Baixada Litorânea e Médio Paraíba. Entre 2012 e 2015 as demais regiões foram constituindo os GC da RAPS, exceto a região Metropolitana I, que não chegou a pactuar em CIR a criação deste Grupo até 2015.

Em relação à Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência, a SES/RJ esteve entre os anos de 2013 e 2014 nas CIR de todas as regiões apresentando a proposta e tentando compor com os serviços já existentes um primeiro desenho desta rede para que fosse possível visualizar as necessidades da região em relação a construções de unidades e melhoria de serviços. Foi apresentada para as regiões uma matriz elaborada pelo Ministério da Saúde para auxiliar a produção do Plano de Ação Regional e salientada a necessidade de criação de **GC da RCPD** para discussão da rede e elaboração desse plano.

Na maioria das regiões houve concordância dos Secretários Municipais de saúde e o Grupo foi constituído de imediato, mas nas regiões Noroeste e Serrana não houve aprovação. De acordo com entrevistado da Área Técnica da SES, os gestores ponderaram que já existiam muitos Grupos e o técnico que representaria a RCPD seria o mesmo que já estava em um deles, pois não haveria um técnico para ser responsável apenas por esta nova Rede. Assim, foi proposto que nestas regiões a Rede fosse discutida em outros Grupos já existentes. Este arranjo, no entanto, não se mostrou produtivo e posteriormente estas regiões pactuaram a criação de GC RCPD.

É importante notar que a principal motivação para a criação dos Grupos Condutores Regionais foi a elaboração dos Planos de Ação Regionais, no entanto, após sua elaboração e aprovação, é função destes Grupos acompanhar o processo de implantação da rede e operar para a sua qualificação. Conforme levantado nas entrevistas com os técnicos da SES, os Grupos Condutores devem: monitor e avaliar o andamento da implementação do Plano e da qualidade da rede; identificar as fragilidades que existem nesta implementação; e propor estratégias de enfrentamento dessas fragilidades.

Vale ressaltar que o Grupo Condutor Estadual de cada uma das Redes deve refletir a articulação das Redes regionais, desta forma, os coordenadores dos GC regionais têm assento

no GC estadual, oportunizando que as questões regionais ganhem visibilidade e sejam encaminhadas junto à SES/RJ, ao COSEMS/RJ e ao MS, que fazem parte da composição dos GC Estaduais.

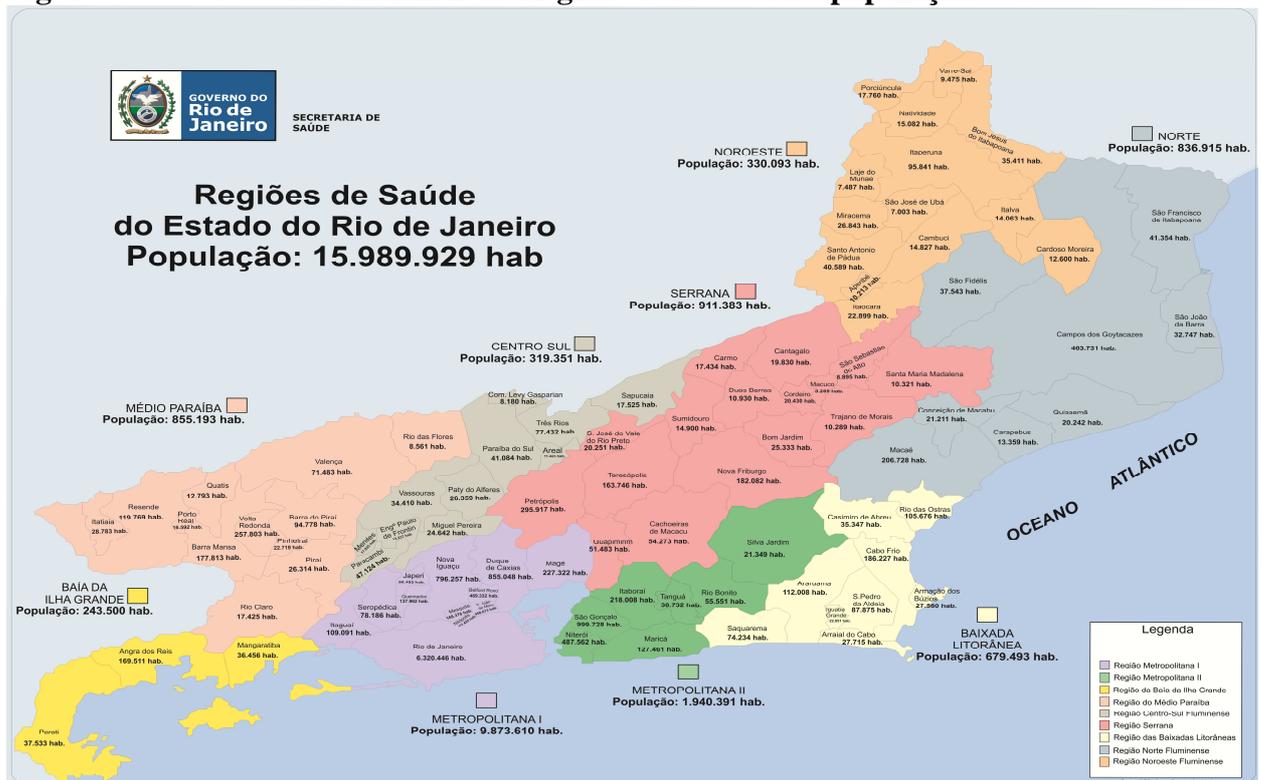
4.5. Caracterização das regiões de saúde: diversidades e desigualdades

Como visto anteriormente, o atual Plano Diretor de Regionalização (PDR) estabelece a divisão do estado em nove regiões: Metropolitana I, Metropolitana II, Serrana, Norte, Noroeste, Baixada Litorânea, Centro-Sul, Médio Paraíba e Baía da Ilha Grande (Figura 3). Apesar do estado do Rio de Janeiro ter uma pequena extensão territorial se comparado a outros estados brasileiros, as distâncias geográficas de algumas regiões em relação à capital e às regiões metropolitanas é um fator que deve ser considerado quando se analisa a configuração do sistema de saúde. Outro fato a ser considerado para a análise das regiões de saúde e seus espaços de negociação e planejamento, são as diversidades e desigualdades que marcam as regiões e que colocam desafios estruturais para a prática do planejamento regional e para a atuação da SES-RJ na coordenação regional.

Os municípios da região Noroeste são os que estão mais distantes da capital do estado. Entretanto, alguns municípios da Baía da Ilha Grande e da região Norte também se encontram a distâncias consideráveis do nível central da Secretaria de Estado de Saúde, que acabam estes municípios e muitas vezes possuem pouco conhecimento sobre a realidade local. Esta questão torna-se importante na relação dos municípios com a SES visto que esta Secretaria não conta com diretorias regionais, estando lotados nas regiões apenas alguns técnicos dos Núcleos Descentralizado de Vigilância em Saúde (NDVS), das Centrais Regionais de Regulação (CREG) e das Secretarias Executivas das CIR.

Em relação à distribuição populacional, a análise da Tabela 1 aponta de imediato para a discrepância entre as regiões de saúde, com destaque para a região Metropolitana I, que concentra mais de 60% da população do estado. Os municípios desta região são os mais populosos do estado, mas a grande concentração ocorre particularmente no município do Rio de Janeiro, que possui 6.320.446 habitantes. É interessante notar também que a região Metropolitana I ocupa apenas 3.466 km², menos de 8% da área total do estado, resultando em imensa densidade demográfica.

Figura 3: Estado do Rio de Janeiro – Regiões de Saúde com população



Fonte: Secretaria Estadual de Saúde. www.saude.rj.gov.br, acesso em novembro de 2016.

A Região Metropolitana II representa 12% da população do estado, as regiões Baía da Ilha Grande, Centro-Sul e Noroeste representam apenas cerca de 2% cada uma e as demais (Baixada Litorânea, Médio Paraíba, Norte e Serrana), ficam entre cerca de 5 a 6%, sendo este o porte mais comum entre as regiões do estado. No que refere ao número de municípios a região Serrana é a maior, com 16 municípios e a Baía de Ilha Grande a menor, com apenas 3. Destaca-se que a região Noroeste, apesar de contar com 14 municípios, corresponde a apenas 2% da população do estado e tem a menor densidade demográfica. A região Norte, possui o maior território, com 21% da área total do estado, mas representa apenas 5,23% da população.

Na realidade, com exceção das Regiões Metropolitanas I e II, as outras 07 regiões são constituídas por um número significativo de municípios de pequeno e médio porte, somando uma porcentagem pequena da população do estado. As regiões Centro-Sul e Noroeste têm 100% dos municípios de pequeno ou médio porte, não apresentando nenhuma cidade pólo mais expressiva. As regiões com menor percentual de municípios com menos de 100 mil habitantes são as Metropolitanas com apenas 17% na Metropolitana I e cerca de 43% na Metropolitana II. As outras 5 regiões (Baía da Ilha Grande, Baixada Litorânea, Médio Paraíba, Norte e Serrana) tem entre 70 e 80% dos municípios de pequeno e médio porte, sendo esta a composição regional mais comum no estado.

Tabela 1: N° de municípios, porte populacional e área por Região de Saúde

Região de Saúde	N° de municípios	População (2015)	% da população no estado	% de mun. com menos de 100 mil hab.	Área (Km ²)	% da Área do estado	Densidade demográfica (hab./Km ²)
Baia da Ilha Grande	3	269.533	1,63	67%	2.103	4,8	115,8
Centro-Sul	11	327.784	1,98	100%	3.221	7,36	99,1
Noroeste	14	336.571	2,03	100%	5.897	13,47	56
Baixada Litorânea	9	768.941	4,65	67%	2.07	6,18	251
Médio Paraíba	12	879.181	5,31	75%	6.192	14,14	138,1
Norte	8	892.047	5,39	75%	9.221	21,06	90,8
Serrana	16	936.284	5,66	81,25%	8.258	18,86	110,4
Metropolitana II	7	2.021.681	12,22	42,85%	2.714	6,2	714,9
Metropolitana I	12	10.118.005	61,14	17%	3.466	7,92	2.848,50
Estado	92	16.550.027	100	71,70%	41.072	100	388,43

Fontes: IBGE - Censo Demográfico (projeção 2015); IBGE – Cidades. Disponível em: <http://cidades.ibge.gov.br>.

Em relação às características socioeconômicas das regiões de saúde, pode-se considerar o Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) como uma medida ampla em contraponto ao Produto Interno Bruto (PIB) per capita, que considera apenas a dimensão econômica do desenvolvimento. O IDH é apontado como um índice-chave dos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio das Nações Unidas e aqui no Brasil tem sido utilizado através do Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDH-M) (PNUD, 2016). O IDH-M é uma medida composta por três dimensões do desenvolvimento humano: longevidade, educação e renda (Idem).

Conforme se pode observar na Tabela 2, o valor mais alto de IDH-M do estado é encontrado na Metropolitana I (0,767) e o mais baixo na região Centro-Sul. (0,711). No entanto, é importante notar que a elevação do IDH da região Metropolitana I se deve especialmente ao IDH do município do Rio de Janeiro, que é de 7,799, o maior dentre todos os municípios do estado. Se a análise do IDH da região Metropolitana I fosse feita retirando-se a capital, esta teria o menor resultado do estado, apenas 0,709.

Nota-se pela análise da Tabela 2 que o IDH-M não apresenta grandes variações entre as regiões do estado e não acompanha o PIB per capita, este sim com grandes discrepâncias, pois no estado do Rio de Janeiro, há grande diversidade na distribuição regional dos investimentos. Além da capital, são três os grandes espaços privilegiados: Norte Fluminense e Baixadas Litorâneas; Médio Paraíba; e Costa Verde (CRUZ, 2016). Estas regiões de governo

correspondem aproximadamente às regiões de saúde: Norte, Baixada Litorânea, Médio Paraíba e Baía da Ilha Grande. Na Tabela 2 observa-se o Produto Interno Bruto Per Capita de cada uma das regiões de saúde em 2013 e as chamadas “ilhas de dinamismo econômico”, áreas que concentram os investimentos industriais e de infra-estrutura logística do estado (Idem).

Tabela 2: Índice de Desenvolvimento Humano e PIB Per Capita segundo região de saúde

Região de Saúde	IDHM (2010)	Produto Interno Bruto per capita (R\$ 1,00) - 2013	Especializações regionais que geram investimentos e maior dinamismo econômico (CRUZ, 2016)*.
Norte	0,725	106.135,08	Petróleo e gás
Baixada Litorânea	0,735	62.456,42	Petróleo e gás
Baía da Ilha Grande	0,724	46.108,97	Infraestrutura portuária e construção naval
Médio Paraíba	0,746	42.400,23	Automotivo, metalomecânico e siderúrgico
Metropolitana I	0,767	35.315,70	Siderúrgico, químico, petroquímico e Infraestrutura portuária e construção naval
Metropolitana II	0,766	24.231,89	Siderúrgico, químico, petroquímico e Infraestrutura portuária e construção naval
Serrana	0,729	24.043,30	***
Centro-Sul	0,711	22848,75	***
Noroeste	0,719	17.645,33	***

Fonte: PNUD, Atlas do Desenvolvimento Humano no Brasil. (2010); Pesquisa Região e Redes: caminhos da universalização da saúde no Brasil; CRUZ, 2016 (*aproximação feita a partir das Regiões de Governo citadas pelo autor. (Quadro de elaboração própria)

A análise destes dados permite relacionar perfeitamente o investimento nos setores citados por CRUZ (2016) com o PIB Per Capita de cada uma das regiões de saúde. A região Metropolitana II está em parte incluída nos segmentos mais presentes na Metropolitana I e na Baixada Litorânea, visto que esta região de saúde não existe exatamente como região de governo. Já as regiões Serrana, Centro-Sul e Noroeste, como se observa no pequeno PIB Per Capita, mantêm baixos indicadores de dinamismo econômico, urbano e demográfico, observando-se um aumento das desigualdades regionais com os novos investimentos nas demais regiões do interior do estado (CRUZ, 2016). Vale destacar que a região Noroeste apresenta a renda per capita mais baixa do estado, o que se deve, principalmente, a economia ligada à produção agropecuária que não tem gerado grande volume de riquezas para a região.

O PIB per capita da região Norte chama atenção por ser muito maior do que o das demais regiões. Conforme apontado no estudo realizado por Barros (2015), 04 de seus 08 municípios estiveram entre os maiores beneficiários de rendas petrolíferas do estado entre 2010 e 2011. A distribuição da renda petrolífera gera grande desigualdade entre os orçamentos

municipais de uma mesma região e faz com que os municípios sejam diferenciados entre “ricos” e “pobres, o que pode acarretar conflito na organização regional da saúde, pois os “ricos” nem sempre oferecem melhores condições de assistência à saúde (BARROS, 2015). Com as mudanças recentes na renda petrolífera e tendência de redução de ganhos, o panorama econômico da região tende a mudar e os municípios terão que readequar seus gastos.

Em relação à despesa em saúde (Tabela 3), pode-se encontrar alguma correlação com o PIB per capita, visto que as regiões que tiveram maior despesa em saúde (SUS) por habitante foram a Norte e Baía da Ilha Grande, regiões com os maiores valores de PIB. Estas regiões também receberam menor percentual de transferências de recursos vinculadas ao SUS, apontando para um maior gasto de receita própria do município.

Tabela 3: Despesa SUS e população beneficiária de plano de saúde segundo região de saúde.

Região de Saúde	Despesa Total (SUS) em Saúde por habitante - 2012	% de Transferências SUS pelo Total de Despesas em Saúde - 2012	% da População beneficiária de plano de saúde
Baía da Ilha Grande	1.113,32	19,19	32,17
Norte	1.216,95	18,92	55,44
Centro-Sul	694,27	63,24	22,32
Baixada Litorânea	690,01	18,99	29,36
Médio Paraíba	658,85	47,66	55,36
Noroeste	630,77	45,9	20,41
Serrana	627,98	45,2	35,49
Metropolitana I	496,19	40,28	66,13
Metropolitana II	428,22	53,18	57,76

Fonte: Pesquisa Região e Redes: caminhos da universalização da saúde no Brasil. (2011) Dados disponíveis em: www.resbr.net.br, acesso em janeiro de 2016. Cálculo da porcentagem de população beneficiária de plano de saúde efetuado pela autora.

As regiões metropolitanas foram as que tiveram as menores despesas em saúde (SUS) por habitante, apesar de concentrarem 60% da população do estado e ainda receberem fluxo intenso de pacientes de outras regiões. Estas são também as regiões com maior percentual de beneficiários de plano de saúde. As regiões Médio Paraíba e Norte têm também mais de 50% da população com plano de saúde. As regiões Centro-Sul e Noroeste, ao contrário, possuem os menores percentuais de população utilizando planos de saúde, sendo aquelas com maior percentual da população dependente exclusivamente do SUS.

Quanto ao acesso aos cuidados em saúde, alguns outros dados se fazem importantes de mencionar. Na Tabela 4, observa-se a capacidade instalada de hospitais por região de saúde, demonstrando, conforme esperado o grande montante presente na região Metropolitana I. Ao

se observar as demais regiões a Médio Paraíba se destaca, com um número maior de hospitais que a região Serrana, que tem maior porte populacional e também maior número de municípios.

Tabela 4: População e capacidade instalada por região de saúde (2015)

Região de Saúde	População (2015)	Total de hospitais	Total de leitos de internação SUS	Total de leitos em UTI	Número de tomógrafos computadorizados
Baía da Ilha Grande	269.533	7	391	36	6
Centro-Sul	327.784	14	1.003	57	7
Noroeste	336.571	18	791	113	12
Baixada Litorânea	768.941	27	1.011	131	20
Médio Paraíba	879.181	44	1.551	293	25
Norte	892.047	26	1.749	396	32
Serrana	936.284	31	2.337	179	20
Metropolitana II	2.021.681	69	3.222	651	54
Metropolitana I	10.118.005	248	12.940	4.129	289

Fontes: IBGE - Censo Demográfico (projeção 2015); Pesquisa Região e Redes: caminhos da universalização da saúde no Brasil. (2015) Dados disponíveis em: www.resbr.net.br, acesso em janeiro de 2016.

Considerando a capacidade instalada e equipamentos para alta complexidade, é possível observar uma relação clara com o porte populacional, sendo as regiões da Baía da Ilha Grande e Centro-Sul as que apresentam os menores números de leitos em UTI e tomógrafos computadorizados. Destaca-se, no entanto, os números presentes na Centro-Sul, praticamente a metade dos existentes na Noroeste, apesar do quantitativo populacional muito próximo. Também chama a atenção a região Norte com um número alto dos itens relativos à capacidade instalada de alta complexidade em comparação às regiões de menor porte populacional.

KUSCHNIR et. al (2010) aponta a necessidade de revisão da oferta de recursos especializados considerando as regiões para o desenho de estratégias de ampliação da oferta de acordo com o território e a especialidade, se redefinindo, neste processo, os fluxos e os perfis das unidades. Para os autores, este é um grande desafio técnico-político, visto que, apesar da crença de que o estado do Rio de Janeiro possui um grande parque hospitalar e, principalmente, de serviços de alta complexidade, são encontradas carências e inadequações, sobretudo considerando-se as desigualdades entre as regiões.

Considerando, além da oferta, também a qualidade dos serviços, podemos observar na Tabela 5 que a região Metropolitana II é a que tem maior proporção de óbitos nas internações

por infarto agudo do miocárdio. O melhor resultado encontra-se na Baía da Ilha Grande, mas vale lembrar que esta região tem o menor número de leitos e de internações SUS. Esta região apresenta o melhor resultado também em relação à taxa de mortalidade prematura. Já no que se refere à mortalidade infantil, o melhor resultado é encontrado na região Noroeste e os piores nas regiões Serrana e Norte. As demais regiões apresentam resultados similares entre si.

Tabela 5: Indicadores por região de saúde – Óbitos – 2014

Região de Saúde	Proporção de óbitos nas internações por infarto agudo do miocárdio (IAM).	Taxa de mortalidade prematura (30 a 69 anos) pelo conjunto das 4 principais DCNT.	Taxa de mortalidade infantil.
Baía da Ilha Grande	11,22	321,46	12,81
Centro-Sul	16,43	490,44	11,85
Noroeste	22,05	390,92	9,49
Baixada Litorânea	15,55	361,15	13,54
Médio Paraíba	17,30	432,08	11,53
Norte	13,63	353,70	14,02
Serrana	17,56	434,85	15,13
Metropolitana II	24,11	381,44	11,76
Metropolitana I	15,82	411,03	12,54
Estado do RJ	16,91	405,64	12,69

Fonte: Secretaria de Estado de Saúde do Rio de Janeiro, Indicadores do Rol de Diretrizes, Objetivos, Metas e Indicadores 2013-201- 3ª edição – 2015

Com exceção da Baía da Ilha Grande, que alcançou os melhores resultados nos dois primeiros indicadores, é interessante notar que não há um padrão de desempenho das regiões em relação a estes três indicadores. Vale lembrar que estes dados não estão relacionados apenas à qualidade da internação, mas a um conjunto de fatores ligados ao acesso e à qualidade do sistema de saúde e também a todos os aspectos da condição de vida da população. Neste sentido, um ponto da rede de atenção que merece destaque é a Atenção Básica, pois é responsável pelo acompanhamento dos usuários ao longo do tempo de forma integral, articulando ações de promoção da saúde, prevenção de agravos, tratamento e reabilitação (MENDES, 2012).

Conforme Tabela 6, a única região do estado que possui 100% de cobertura populacional estimada pelas equipes de atenção básica é a Baía de Ilha Grande. No entanto, as regiões Centro-Sul, Médio Paraíba e Noroeste também apresentam boas coberturas, acima de 80% da população (Tabela 7).

Tabela 6: Indicadores por região de saúde – Atenção Básica - 2014

Região de Saúde	Cobertura populacional estimada pelas equipes de Atenção Básica.	Razão de exames citopatológicos do colo do útero em mulheres de 25 a 64 anos e a população da mesma faixa etária.	Proporção de nascidos vivos de mães com 7 ou mais consultas de pré-natal.
Baía da Ilha Grande	100,00	0,51	72,12
Centro-Sul	92,60	0,50	66,78
Noroeste	84,69	0,32	69,52
Baixada Litorânea	67,88	0,49	57,78
Médio Paraíba	90,38	0,61	75,69
Norte	53,34	0,35	65,44
Serrana	67,51	0,32	68,84
Metropolitana II	68,48	0,20	70,44
Metropolitana I	48,74	0,09	64,51
Estado do RJ	57,93	0,19	65,93

Fonte: Secretaria de Estado de Saúde do Rio de Janeiro, Indicadores do Rol de Diretrizes, Objetivos, Metas e Indicadores 2013-2015- 3ª edição – 2015.

Na Tabela 6 podemos verificar também dois indicadores importantes na promoção da atenção integral à saúde da mulher e da criança e que se relacionam à qualidade do cuidado ofertado na atenção básica. A razão de exames citopatológicos do colo do útero busca contribuir na avaliação da adequação do acesso a exames preventivos para este tipo de câncer. (BRASIL, 2013) Neste indicador a região Metropolitana I apresentou um péssimo resultado no ano de 2014, muito abaixo do percentual alcançado por qualquer uma das demais regiões. O melhor resultado neste ano foi o da Médio Paraíba, região que obteve o melhor desempenho também no indicador que busca avaliar o acesso e a qualidade da assistência pré-natal. O bom resultado desta região nestes dois indicadores sugere, neste recorte, um bom acesso às ações de atenção básica na região Médio Paraíba.

A disponibilidade do profissional médico é um ponto nevrálgico para a oferta de serviços de saúde, sobretudo para a Atenção Básica. Convém, então, analisar o número destes profissionais em cada uma das regiões. A Tabela 7 apresenta o número de médicos e de outros profissionais de saúde de nível superior vinculados ao SUS em cada uma das regiões do estado.

As regiões Baixada Litorânea e Metropolitana II têm, proporcionalmente ao tamanho da população, os menores números de médicos atuando no SUS. A maior proporção está na Baía da Ilha Grande, com 2,27 médicos por mil habitantes. Em relação ao número de enfermeiros, as regiões que tem mais de um profissional por mil habitantes são a Baía da Ilha

Grande, Centro-Sul, Norte e Metropolitana I. Já para os demais profissionais de saúde as melhores proporções estão nas regiões Centro-Sul, Noroeste e Norte.

Tabela 7: Recursos humanos com nível superior no SUS segundo região de saúde (2015)

Região de Saúde	Médicos SUS por mil habitantes	Enfermeiros SUS por mil habitantes	Outros profissionais de saúde SUS por mil habitantes
Baía da Ilha Grande	2,27	1,11	1,62
Centro-Sul	1,75	1,21	2,18
Noroeste	1,61	0,92	2,26
Baixada Litorânea	1,5	0,87	1,38
Médio Paraíba	1,75	0,95	1,74
Norte	1,89	1,1	2,24
Serrana	1,77	0,72	1,32
Metropolitana II	1,45	0,82	1,19
Metropolitana I	1,85	1,16	1,06

Fonte: Pesquisa Região e Redes: caminhos da universalização da saúde no Brasil. (2011) Dados disponíveis em: www.resbr.net.br, acesso em janeiro de 2016.

Tendo tido um panorama dos dados populacionais, capacidades instalada, recursos humanos e indicadores de saúde, é importante que seja feita uma breve análise de alguns dados relativos à organização da gestão regional do sistema de saúde. Para tal, um primeiro item a ser analisado está relacionado ao funcionamento da Comissão Intergestores Regional.

Neste item foram levantados a partir das atas das CIR²⁷ do ano de 2015, alguns dados quantitativos relacionados à periodicidade das reuniões e participação dos gestores municipais. Neste ano foram realizadas entre 09 e 11 reuniões de CIR nas regiões com a representação de, no mínimo, metade dos municípios da região. Observou-se que foi considerado o especificado no Artigo 18 do Regimento Interno da CIR²⁸, de que as reuniões só aconteceriam com a presença de maioria absoluta (metade mais um) dos membros da CIR, considerando a representação da SES/RJ, que também é membro da CIR. As regiões que tiveram o maior número de reuniões (11) foram a Baixada Litorânea, Centro-Sul, Médio Paraíba e Serrana. A Metropolitana II e a Norte tiveram 10 reuniões, já a Baía da Ilha Grande, Metropolitana I e Noroeste realizaram 9 reuniões em 2015.

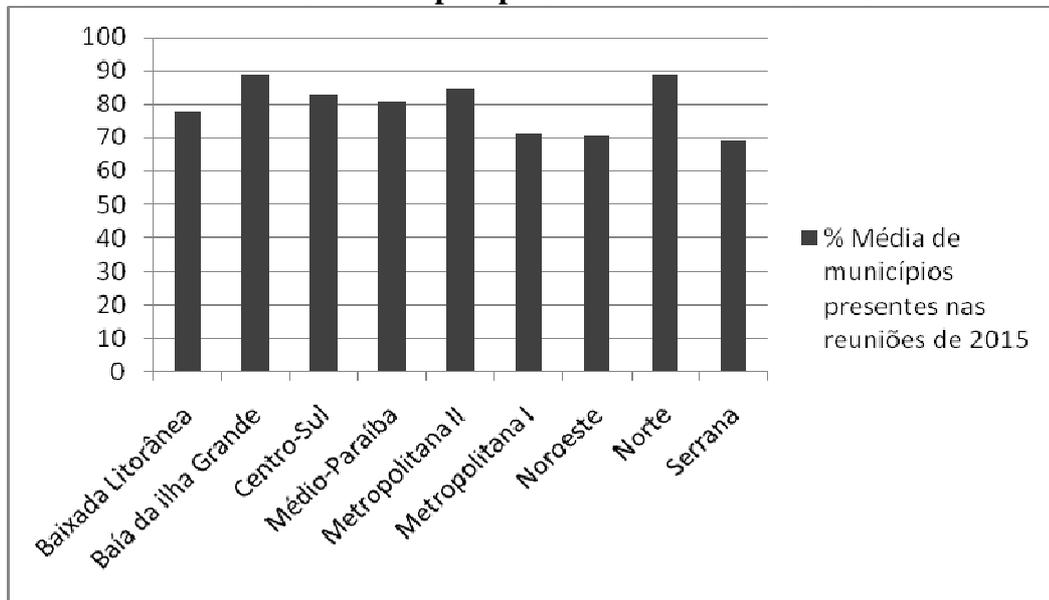
Apesar das reuniões acontecerem com metade dos municípios, a presença de um número expressivo de representantes municipais é fundamental para que esta seja uma instância reconhecida e espaço de efetivação da regionalização da saúde e nas CIR. O Gráfico

²⁷ As atas das CIR/RJ estão disponíveis no Portal da Secretaria de Estado de Saúde do Rio de Janeiro: www.saude.rj.gov.br.

²⁸ Deliberação CIB RJ N° 2.917 de 14 de maio de 2014.

abaixo apresenta a % média de participação dos municípios de cada região nas reuniões que ocorreram em 2015.

Gráfico 3: % média de municípios presentes nas reuniões de CIR em 2015.



Fonte: Atas das reuniões das CIR-RJ do ano de 2015. Disponível em: www.saude.rj.gov.br.

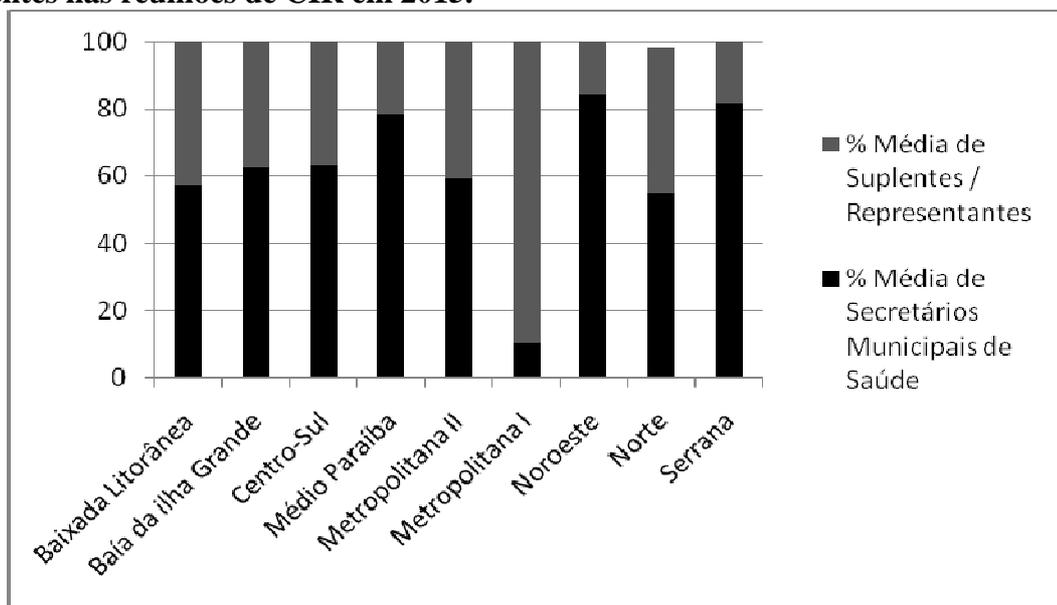
Nesta análise foi considerada a presença não só do gestor municipal, mas também de seu suplente ou representação designado por ele. As regiões Metropolitana I, Noroeste e Serrana são as que tiveram uma proporção menor de municípios presentes nas reuniões. O inverso acontece com a Baía da Ilha Grande e Norte, regiões que tiveram as maiores porcentagens médias de participação dos municípios nos Plenários de CIR no ano de 2015. Também com bom número de participantes, quórum médio acima de 80%, está a Metropolitana II, Centro-Sul e Médio Paraíba.

Um outro elemento preponderante sobre o funcionamento da CIR é a presença dos Secretários Municipais de Saúde neste espaço. No Gráfico 3 é possível visualizar a proporção de Secretários Municipais de Saúde e de Suplentes/Representantes presentes em média nas reuniões do ano de 2015.

Chama a atenção de imediato a baixíssima participação dos Secretários Municipais de Saúde na região Metropolitana I, estes são apenas 10% do total da representação dos municípios. Isto significa que as reuniões do Plenário de CIR acontecem quase que inteiramente com a presença de suplentes/representantes do gestor municipal. Este fato é provavelmente influenciado pelo maior porte dos municípios desta região, tendo em vistas as maiores dificuldades de agenda dos Secretários Municipais de Saúde das metrópoles. As

regiões Serrana, Noroeste e Médio Paraíba são as que tem maior participação proporcional de Secretários com a média deste tipo de representação girando em torno dos 80%. As demais regiões apresentam médias próximas aos 60% de representação feita por secretários de saúde.

Gráfico 4: % média de Secretários Municipais de Saúde e de Suplentes/Representantes presentes nas reuniões de CIR em 2015.



Elaboração própria. Fonte dos dados: Atas das reuniões das CIR-RJ do ano de 2015. Disponível em: www.saude.rj.gov.br.

Embora esteja no regimento interno da CIR a possibilidade de suplência do gestor municipal, este representante pode não possuir a autonomia necessária para a tomada de decisão no momento do Plenário, dificultando o processo decisório e adiando encaminhamentos, como demonstrado em relação ao funcionamento dos CGR em pesquisa anteriormente realizada no estado do Rio de Janeiro (VIANA, 2012). Assim, compreende-se que a realização de reuniões mensais com grande participação dos gestores municipais garante um funcionamento regional bem estruturado, mas é um importante indicativo da potência da instância de pactuação regional.

A implantação das Redes Temáticas também pode nos dar um panorama interessante da organização das regiões de saúde, visto que o estágio na elaboração dos Planos de Ação Regionais das Redes pode apontar para uma maior ou menor capacidade de articulação regional. Estas Redes têm sido muito trabalhadas no estado do Rio de Janeiro tendo em vista a indução do Ministério da Saúde, principalmente a partir da previsão de transferência de recursos de acordo com a aprovação de Planos de Ação Regionais. No estado as Redes

Temáticas em implantação são a Rede de Urgência e Emergência, Rede Cegonha, Rede de Atenção Psicossocial e a Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência.

Após a elaboração do Plano, em geral pelo Grupo Regional, ocorre a pactuação pelos Secretários Municipais de Saúde nas Comissões Intergestores Regionais (CIR), em seguida há a análise da Área Técnica da SES e a aprovação em CIB. Com o Plano aprovado em CIB o Ministério da Saúde (MS) realiza a análise, podendo aprovar ou devolver ao estado pontuando diligências. Quando o Plano é aprovado pela Área Técnica do MS é encaminhada a publicação da portaria que aprova a liberação dos recursos pertinentes àquela Rede Temática. O Quadro 4 demonstra situação dos Planos de Ação Regionais da Rede Cegonha no estado.

Como se pode observar, as regiões metropolitanas foram as primeiras a terem os Planos aprovados, já em 2011. É importante destacar, no entanto, que estas regiões foram priorizadas pelo estado para a implantação da Rede Cegonha quando esta Rede Temática foi lançada. O desenho regional para a implementação foi elaborado em dois fóruns com as regiões Metropolitana I e II e este desenho foi a base para a elaboração dos Planos de Ação Regionais. Após a elaboração dos Planos foram realizadas duas oficinas para a qualificação destes Planos e aprofundamento da discussão da linha de cuidado materno-infantil nas regiões (CONASS, 2012).

Posteriormente os Planos das demais regiões começam a ser elaborados nos Grupos de Trabalho ou Grupos Condutores da Rede Cegonha criados nas CIR. Em 2013 as regiões do Médio Paraíba, Centro-Sul e Serrana conseguem ter seus Planos aprovados em CIB, com a publicação da Portaria de Aprovação do MS em 2015. As regiões da Baixada Litorânea, Norte e Noroeste aprovaram os Planos na CIB em 2014, mas o parecer do MS apontou diversos pontos a serem reelaborados e as regiões ainda encontram-se neste processo. A Baía da Ilha Grande, apesar de ter aprovado o Plano em CIB apenas em 2015, já obteve a aprovação do MS.

A adesão do estado à Rede de Urgência e Emergência se deu em 2011 também com a priorização das regiões Metropolitanas I e II. O Plano de Ação foi elaborado a partir da análise situacional das regiões, com levantamento demográfico e epidemiológico, dimensionamento da demanda e da oferta assistencial e levantamento das necessidades de ampliação da rede. Este movimento foi feito pela SES/RJ e posteriormente discutido com as regiões em Fórum de Urgência e Emergência (CONASS, 2012). Após as negociações necessárias para o alcance de consensos, as regiões metropolitanas tiveram o Plano de Ação aprovado em CIB e também pelo Ministério da Saúde em 2012.

Quadro 4: Situação das regiões de saúde do estado do Rio de Janeiro em relação aos Planos de Ação da Rede Cegonha.

Plano de Ação Regional da Rede Cegonha				
Região de Saúde	Deliberação CIB	Situação no MS	Portaria de aprovação	Observações
Metropolitana I	Nº 1.377, de 21/07/2011	Aprovado	GM/MS Nº 3.018/11	Esta Portaria aprova a Etapa I do Plano de Ação da Rede Cegonha do Estado do Rio de Janeiro englobando as regiões Metropolitanas I e II
Metropolitana II	Nº 1.377, de 21/07/2011	Aprovado	GM/MS Nº 3.018/11	
Médio Paraíba	Nº 2.528, de 23/10/2013	Aprovado	GM/MSNº 1.634/15	-----
Centro-Sul	Nº 2.713, de 30/12/2013	Aprovado	GM/MS Nº 1.634/15	-----
Serrana	Nº 2.669, de 30/12/2013	Aprovado	GM/MS Nº 1.609/15	-----
Baixada Litorânea	Nº 3.240, de 18/11/2014	Diligência	-----	-----
Noroeste	Nº 3.250, de 01/12/2014	Diligência	-----	-----
Norte	Nº 3.296, de 30/12/2014	Diligência	-----	-----
Baía da Ilha Grande	Nº 3.571, de 27/10/2015	Aprovado	Aguardando publicação	Plano aprovado, mas ainda sem publicação de portaria para liberação de recurso

Fontes: Portal da Secretaria de Estado de Saúde do Rio de Janeiro, disponível em www.saude.rj.gov.br – acesso em 01/09/2016; Biblioteca Virtual em Saúde – Ministério da Saúde e informações fornecidas por técnico do Ministério da Saúde. Quadro de elaboração própria (jul/2016).

Conforme demonstrado no Quadro 5, a primeira região a ter seu Plano de Ação aprovado em CIB depois das metropolitanas foi a Baía de Ilha Grande, ainda em 2012. Elaboraram seus Planos em GC Regionais e aprovaram em CIB no ano seguinte a Médio Paraíba e a Centro-Sul, a primeira conseguindo a aprovação do MS em 2015 e a segunda em 2016. A região Norte já tem seu Plano aprovado em CIB e também pela Área Técnica do MS, mas ainda aguarda a publicação da Portaria de aprovação, necessária para a liberação de recursos. Noroeste e Baixada Litorânea ainda não finalizaram a elaboração dos Planos.

Quadro 5: Situação das Regiões de Saúde do Estado do Rio de Janeiro em relação ao Plano de Ação da Rede de Urgência e Emergência.

Plano de Ação Regional da Rede de Urgência e Emergência				
Região de Saúde	Deliberação CIB	Situação no MS	Portaria de aprovação	Observações
Metropolitana I	Nº 1.735 de 12/04/2012	Aprovado	GM/MS 1.269/12	Esta Portaria aprova a Etapa I do Plano de Ação da Rede Cegonha do Estado do Rio de Janeiro englobando as regiões Metropolitanas I e II
Metropolitana II	Nº 1.735 de 12/04/2012	Aprovado	GM/MS 1.269/12	
Baia da Ilha Grande	Nº 1.565 de 12/01/2012	Aprovado	-----	Não há publicação de portaria específica até o momento, mas o valor imediato previsto no Plano está sendo repassado.
Médio Paraíba	Nº 2.410, de 12/09/2013	Aprovado	GM/MS 1.609/15	-----
Centro-Sul	Nº 2.410, de 12/09/2013	Aprovado	GM/MS 1.609/16	-----
Norte	Nº 3.624 de 23/12/2015	Aprovado	Aguardando publicação	Plano aprovado, mas ainda sem publicação de portaria para liberação de recurso
Serrana	Nº 3.623 de 23/12/2015	Em análise	-----	-----
Noroeste	Plano em elaboração	-----	-----	-----
Baixada Litorânea	Plano em elaboração	-----	-----	-----

Fontes: Portal da Secretaria de Estado de Saúde do Rio de Janeiro, disponível em www.saude.rj.gov.br – acesso em 01/09/2016; Biblioteca Virtual em Saúde – Ministério da Saúde e informações fornecidas por técnico do Ministério da Saúde. Quadro de elaboração própria (jul/2016).

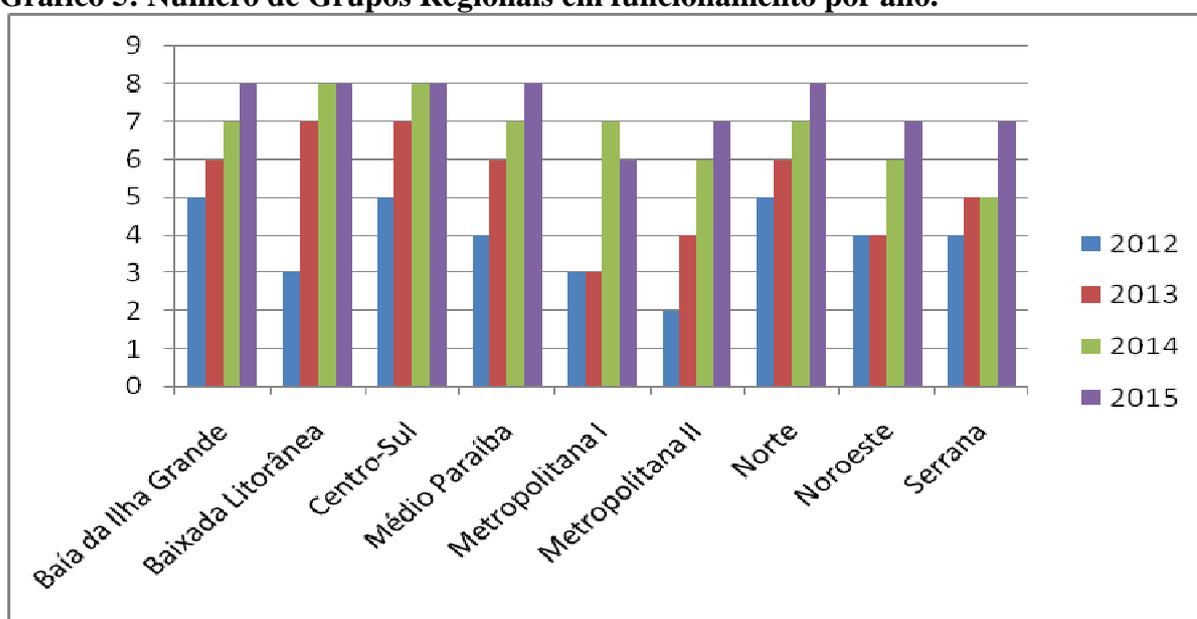
Em relação à Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), houve um esforço da SES/RJ em realizar a aprovação de todos os Planos de Ação Regionais em um mesmo período. As matrizes diagnósticas para o Plano foram elaboradas pela Área Técnica da SES e trabalhadas com os municípios, principalmente nos Fóruns Regionais de Saúde Mental já existentes (CONASS, 2012). Os Planos de Ação (2012-2013) foram aprovados através da deliberação CIB Nº 2043 de 08/11/2012. A atualização destes Planos, contemplando 2014-2016, foi realizada nos Grupos Condutores Regionais e aprovada, também para as 09 regiões, na deliberação CIB Nº 3.248 de 01/12/2014. Os Planos atualizados ainda não tiveram a aprovação do MS e estão passando por adequações.

Na construção da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência (RCPD), a primeira região a pactuar o Plano de Ação em CIB foi a Médio Paraíba, no final de 2015 (Del. CIB Nº 3.319, de 12/12/2015), após ter sido elaborado no Grupo Condutor Regional. No entanto, ainda não houve a aprovação pela Área Técnica do MS, pois foram apontadas diligências. A

região Centro-Sul aprovou o Plano na CIB no primeiro semestre de 2016 (Del. CIB Nº 3.695, de 22/03/2016) e o mesmo encontra-se em análise pelo MS. Nenhuma das demais regiões chegou a finalizar a elaboração do Plano para aprová-lo em CIB.

Por último, tendo em vista o objeto de estudo dessa pesquisa, é fundamental que tenhamos um panorama dos Grupos Regionais em funcionamento regular em cada região de saúde. Apesar de se ter notícia da existência de Grupos Regionais no Estado do Rio de Janeiro desde 2009, foi possível analisar a variação no número de Grupos em funcionamento nas regiões com maior fidedignidade a partir de 2012 (Gráfico 4), pois neste ano a Assessoria de Regionalização passa a ter este dado consolidado e pode disponibilizá-lo para a pesquisa.

Gráfico 5: Número de Grupos Regionais em funcionamento por ano.



Fonte: Dados fornecidos pela Assessoria de Regionalização da SES/RJ e atas das CIR (disponíveis em www.saude.rj.gov.br).

No que se refere ao número de Grupos Regionais em funcionamento, é possível perceber que há um aumento progressivo em todas as regiões entre 2012 e 2015. A região que estava em 2012 com o menor número de Grupos era a Metropolitana II, com apenas 2 Grupos, mas chega a 7 Grupos em 2015. A região com menor número de Grupos em 2015 é a Metropolitana I, única região que teve queda neste número de 2014 para 2015, fechando o período com 6 Grupos. A maioria das regiões (Baía da Ilha Grande, Baixada Litorânea, Centro-Sul, Médio Paraíba e Norte) têm, em 2015, 08 Grupos Regionais funcionando nas CIR.

A análise inicial destes dados de caracterização demonstra que as regiões de saúde do estado do Rio de Janeiro podem se apresentar com grandes similaridades em determinados

aspectos e grandes diferenças em outros. São muito heterogêneas, por exemplo, no que diz respeito ao número de municípios e ao porte populacional. A região Metropolitana I, onde está a capital, tem uma enorme densidade demográfica e concentra mais da metade da população de um estado que possui 09 regiões de saúde. Quanto ao número de municípios o estado vai de uma região como a Baía da Ilha Grande, com apenas 3 municípios, até a Serrana, com 16.

Em relação ao PIB per capita e ao investimento por região também se observa grande heterogeneidade. Além da capital, que dinamiza toda a região metropolitana, as regiões com maiores investimentos são a região Norte, Baixada Litorânea, Baía da Ilha Grande e Médio Paraíba. É possível observar uma relação entre o PIB per capita e a despesa em saúde por habitante, mas isto não se aplica às regiões metropolitanas, que tem os menores índices de gasto em saúde por habitante apesar dos PIB per capita destas regiões terem um valor intermediário no estado.

As regiões metropolitanas têm a maior capacidade instalada de média e alta complexidade, especialmente a Metropolitana I, em função da concentração populacional e da presença da capital. Em relação à cobertura de Atenção Básica, os melhores indicadores estão nas regiões da Baía da Ilha Grande, Centro-Sul e Médio Paraíba, com mais de 90% de cobertura. Destaca-se que a região Médio Paraíba é a única de médio porte dentro no estado que alcança tão boa cobertura de Atenção Básica, as demais são regiões de porte pequeno.

Os indicadores de saúde selecionados não apontaram um padrão de bons ou maus resultados por região, exceto a Baía de Ilha Grande que alcançou bons resultados nos indicadores relacionados ao óbito e a Médio Paraíba, com ótimos resultados nos indicadores ligados às ações de atenção à saúde da mulher e da criança.

Destaca-se, portanto, que a proporção de serviços de saúde ofertados, gastos em saúde, profissionais atuantes e resultados na situação de saúde da população não correspondem necessariamente às proporções populacionais e de renda nas regiões de saúde.

Em relação ao funcionamento das instâncias regionais, se observou que as regiões Metropolitana I, Serrana e Noroeste tiveram as menores médias de municípios presentes nas reuniões de CIR em 2015. Além disso, chamou à atenção a baixa presença dos Secretários Municipais de Saúde na região Metropolitana I. Das regiões com participação média de municípios nas reuniões a que teve maior presença dos Secretários Municipais foi a Médio Paraíba, apontando para uma provável potência desta instância colegiada na região. Isto parece se refletir no bom desempenho desta região em relação à elaboração dos Planos de Ação das Redes Temáticas.

municípios que podem ser considerados de grande porte por terem mais de 100 mil habitantes, apenas Volta Redonda, Barra Mansa e Resende, que são os três pólos da região. Entretanto, não há nenhum município muito populoso, o maior número de habitantes está em Volta Redonda, que tem cerca de 262.970 munícipes e uma alta densidade demográfica se comparada aos demais municípios da região. O Médio Paraíba comporta também municípios de pequeno porte e baixa densidade demográfica, como Rio Claro, Porto Real, Quatis e Rio das Flores.

Tabela 8: Região do Médio Paraíba– Municípios, População, Área e PIB per capita

Município	População (2015)	Área	Densidade demográfica	PIB per capita (R\$ 1,00) - 2013
Volta Redonda	262.970	182,483	1441,1	39.740,09
Barra Mansa	179.915	547,226	328,8	28.004,86
Resende	125.214	1095,253	114,3	72.811,77
Barra do Piraí	96.865	578,965	167,3	17.708,97
Valença	73.725	1304,813	56,5	19.183,32
Itatiaia	30.240	245,147	123,4	87.008,64
Piraí	27.838	505,375	55,1	49.276,82
Pinheiral	23.887	76,53	312,1	11.905,55
Rio Claro	17.826	837,265	21,3	16.490,74
Porto Real	18.266	50,748	359,9	255.658,30
Quatis	13.543	286,093	47,3	19.675,13
Rio das Flores	8.892	478,313	18,6	19.363,98
Médio Paraíba	879.181	6.192	142,0	42.400,23
ERJ	16.550.027	43.782	378,0	38.262,13

Fontes: IBGE - Censo Demográfico (projeção 2015); IBGE – Cidades. Disponível em: <http://cidades.ibge.gov.br>.

Como é possível observar, o PIB Per Capita da região é alto em comparação ao valor encontrado no estado do Rio de Janeiro. Apesar de alguns municípios estarem bem abaixo da média estadual, como Barra do Piraí, Quatis e Rio das Flores, municípios como Resende, Itatiaia e Porto Real fazem com que o PIB Per Capita da região se eleve. Este dado está relacionado ao fato desta ser, depois das regiões metropolitanas, a região mais industrializada do estado. Suas atividades industriais, nas quais predomina a siderurgia, a indústria automotiva e mais recentemente a fabricação de vidros temperados de grande porte²⁹, fazem do Médio Paraíba uma região muito importante para o desenvolvimento do estado.

²⁹ Vale ressaltar que, apesar dos benefícios econômicos da industrialização do Médio Paraíba, esta gerou também uma série de problemas como a expansão de submoradias, o crescimento desordenado de periferias e a poluição do ar e do Rio Paraíba do Sul, com conseqüente queda da qualidade de vida da população (CEPERJ, 2016).

Destaca-se na região o eixo formado pelos três municípios de maior porte Volta Redonda - Barra Mansa – Resende. Volta Redonda e Barra Mansa apresentam uma conurbação que exerce influência direta sobre grande parte da região. Além da proximidade geográfica, esta conurbação é resultante principalmente do crescimento relacionado à implantação da Companhia Siderúrgica Nacional (CSN), que desempenhou papel multiplicador na atividade industrial da região e gerou grande aumento de serviços nestes dois municípios (CEPERJ, 2016).

De acordo com RAMALHO (2005), pode-se dizer que a inauguração da CSN, na década de 1940, foi um marco para a mudança do perfil desta região, tradicionalmente associada à produção cafeeira e atualmente considerada um pólo de desenvolvimento com “vocação para a indústria metal-mecânica”, sobretudo a partir dos anos 1990, quando se instalaram as indústrias automotivas. A indústria automotiva é uma das grandes responsáveis pelo dinamismo econômica do Médio Paraíba, destacando-se a Volkswagen em Resende e a Peugeot em Porto Real.

A posi o privilegiada da região no eixo Rio - São Paulo e a disponibilidade de terras são sempre fatores importantes para a atra o de novos empreendimentos, mas a entrada destas grandes fábricas esteve também associada às generosas isen oes fiscais e   perspectiva de mão de obra com salários inferiores aos de outras regiões com características semelhantes. Apesar destas motiva es descomprometidas com o desenvolvimento local e da vincula o destas fábricas com cadeias globais, características que não estimulam parcerias econ micas e políticas em prol do desenvolvimento local,   possível observar o dinamismo alcançado por estas economias, com aumento dos recursos públicos, instala o de outras empresas³⁰, expansão do mercado de trabalho e das atividades de serviços (RAMALHO, 2005).

Iniciativas que visaram o desenvolvimento da região de forma cooperativa entre indústrias, sociedade e gestões municipais puderam ser observadas no estudo de RAMALHO (2005) acerca da presença dessas empresas como fator indutor da necessidade de coopera o para o desenvolvimento econômico. No que se refere ao posicionamento das gestões municipais são elencadas iniciativas no campo da legisla o municipal e da cria o de estratégias para o incentivo ao investimento na região. Dentre estas estratégias estão as discussões intermunicipais, com fóruns de prefeitos e secretários ligados à área de desenvolvimento econômico.

³⁰ O município de Resende abriga também outras indústrias e exerce grande influência sobre os municípios de Itatiaia, Quatis e Porto Real. Empresas industriais e de serviços também podem ser observadas nos municípios de Valença, Barra do Pir  e Pir  (CEPERJ, 2016).

Assim, frente à transformação gerada a partir da década de 1990 com a chegada das empresas automotivas, a região do Médio Paraíba parece ter tido a capacidade de se articular na perspectiva do desenvolvimento regional aproveitando a sinergia produzida pelas novas atividades econômicas. Esta capacidade de organização regional faz parte, portanto, da história do Médio Paraíba e é bastante relevante na organização do sistema de saúde.

De acordo com o relatado nas entrevistas realizadas na região, a construção de uma identidade regional remonta ao final da década de 1980, pois nos anos que precederam a constituição do SUS os gestores dos municípios da região já se reuniam para discutir o sistema de saúde. Um representante municipal, que atua na gestão desde este período, argumenta que se buscava evitar que a região tivesse “ilhas de eficiência”, enquanto alguns municípios tinham grande carência de oferta de serviços.

A idéia de que poderiam haver “ilhas de eficiência” se justifica com o desenvolvimento dos pólos industriais na década de 1990 e a articulação regional da saúde acompanha as perspectivas de desenvolvimento regional. Neste contexto é criado o Consórcio Intermunicipal de Saúde do Médio Paraíba (CISMEPA), oficializado em 1998.

As discussões para a implantação deste Consórcio, assim como ocorreu em outras regiões do estado, se iniciam em 1997 a partir da necessidade de se realizar a Programação Pactuada Integrada, proposta na NOB/96. O movimento foi liderado pela Secretária de Saúde de Volta Redonda, que na época era vice-presidente regional do COSEMS/RJ e organizou as discussões com os demais gestores acerca da situação de saúde da região (SCHNEIDER, 2001). O gestor municipal entrevistado na pesquisa, que acompanhou este processo na região, destacou que a atuação da vice-presidência regional do COSEMS naquele momento contribuiu para o fortalecimento da discussão regional, pois estimulou a estruturação de reuniões de Secretários Municipais de Saúde periodicamente. Isto fez com que a idéia de se reunir e tomar decisões em conjunto fosse sendo internalizada pelos gestores da saúde na região.

Conforme relatado por SCHNEIDER (2001), com o auxílio de assessoria técnica, paga pelos 12 municípios através do COSEMS, foi constituído o Termo de Consórcio do Médio Paraíba e o Plano Intermunicipal de Saúde, com a definição de prioridades e metas para os investimentos. A partir da previsão de apoio financeiro da SES/RJ no valor de 2 milhões de reais, foram propostos neste Plano 09 projetos, entretanto, posteriormente a SES sinalizou a possibilidade de repasse de apenas metade deste valor. Foram, então, priorizados 02 projetos dentre os propostos, o principal deles foi o de Assistência Materno-Infantil, para o qual foram direcionados R\$ 950.000,00 (IDEM).

Representantes municipais, que já atuavam na região neste período, relataram que com este primeiro projeto do CISMEPA foram realizadas ações de qualificação dos serviços de pré-natal tanto na atenção básica quanto nas maternidades, com investimentos na estrutura física e de equipamentos e também na qualificação do processo de trabalho das equipes. Destaca-se que houve um foco importante no aumento de leitos de UTI neonatal e, para tal, houve investimento em equipamentos para manutenção da vida e capacitação dos pediatras da rede. Após a implantação, o projeto foi avaliado sistematicamente pela região, o que reforçou a necessidade do trabalho conjunto entre os municípios.

Assim, antes da existência das instâncias colegiadas regionais normatizadas pelo SUS, o consórcio tinha um papel muito importante para a articulação regional e o investimento financeiro realizado pela esfera estadual foi fundamental para que as ações avançassem e o consórcio se consolidasse. Na opinião de um gestor municipal isto favoreceu a participação do estado no planejamento da região, o que veio a facilitar as relações no momento de criação do Colegiado de Gestão Regional (CGR), em 2009.

A implantação do CGR no estado deflagrou a necessidade de se redefinir papéis e atribuições de outras instâncias colegiadas, o que incluiu o interesse, principalmente da SES, de limitar o papel político e decisório dos consórcios, entendendo-se que o CGR passaria a ser a instância privilegiada de negociação e decisão no âmbito regional (VIANA & LIMA, 2013).

O técnico do CISMEPA entrevistado pontua que antes da existência das instâncias colegiadas regionais normatizadas pelo SUS, o Consórcio se colocava como um fórum de discussão técnica e de desenvolvimento de projetos regionais, exercendo a função de articulação regional e também de apoio técnico. Com a criação do CGR passa a haver a presença da esfera estadual formalmente nas regiões de saúde e o processo de gestão regional no Médio Paraíba precisou ser modificado, o que incluiu a readequação da função do Consórcio.

As reuniões de Secretários Municipais de Saúde organizadas pelo COSEMS deixaram de acontecer, visto que o espaço privilegiado para este encontro passou a ser o CGR, que tem o status de instância de pactuação. O CISMEPA, entretanto, já operava de forma bastante consolidada na região e os municípios identificaram a importância de sua manutenção. O gestor municipal entrevistado pontua que o Consórcio permaneceu por ser um instrumento de gestão, não se sobrepondo ao papel da instância de pactuação regional. De fato, a função de gestão financeira de projetos regionais ocupada pelo CISMEPA não seria substituída pelo novo Colegiado, visto que este não representa figura jurídica. Indício da incorporação do CISMEPA na nova forma de gestão regional é sua representação hoje na composição da

Câmara Técnica da Comissão Intergestores Regional (CIR) e na Câmara Técnica da Comissão Intergestores Bipartite (CIB).

Ressalta-se, entretanto, que apesar de manter o objetivo amplo de atuar na gestão associada ao SUS através da implantação de políticas públicas que visem o acesso universal e igualitário às ações e serviços de saúde incluindo a promoção, proteção e recuperação da saúde (DIAS, 2012), o Consórcio passa a atuar de forma mais focalizada na Rede de Urgência e Emergência. Conforme os dados levantados nas entrevistas realizadas na região, o CISMEPA atua hoje principalmente na administração do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência e do Hospital Regional do Médio Paraíba, que atualmente está em fase de conclusão de construção. Assim, o Consórcio de Saúde permaneceu como um instrumento de gestão regional, mas agora profundamente voltado para Rede de Urgência e Emergência.

A identificação do Consórcio Intermunicipal de Saúde do Médio Paraíba (CISMEPA) com a gestão regional da urgência e emergência remonta à publicação da Política Nacional de Atenção às Urgências³¹ no ano de 2003, quando iniciaram-se as discussões regionais em torno da implantação do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU-192). Este projeto só avança, no entanto, em 2008, quando é definido o cofinanciamento estadual com a complementação dos recursos repassados pela União para o custeio do SAMU³². Isto possibilitou que a região avançasse na implantação do SAMU 192 inaugurado em 2012 sob a gestão do CISMEPA.

Este projeto foi eleito pelos 12 Prefeitos e Secretários Municipais de Saúde dos municípios integrantes do consórcio como uma de suas prioridades (DIAS, 2012) consolidando o compromisso do CISMEPA com a organização regional da urgência e emergência em fins dos anos 2000, ou seja, no mesmo momento em que estava sendo implantado o CGR. De forma articulada ao SAMU regional foi implantada a Central de Regulação Médica de Urgência (CRMU), também gerida pelo CISMEPA. Esta estratégia visou estruturar os fluxos entre os serviços de urgência e hospitais e capilarizar os atendimentos de urgência da região (IDEM).

É este histórico de articulação regional, principalmente ligado ao funcionamento do Consórcio, que gera, na opinião de alguns entrevistados, uma maior identidade regional no

³¹ Portaria Nº 1.863, de 29 de setembro de 2003, que instituiu a Política Nacional de Atenção às Urgências, a ser implantada em todas as unidades federadas, respeitadas as competências das três esferas de gestão.

³² Regulamentação feita na Resolução SESDEC Nº 239/2008. Considerando as Portarias Nº 1.6000/2011, que reformula a Política Nacional de Atenção às Urgências e institui a Rede de Atenção às Urgências e Nº 1.010/2012, que redefine as diretrizes para a implantação do SAMU-192 e Regulação das Urgências, foi publicada a Resolução SES Nº 1265/2015, que regulamenta a implantação do SAMU-192 no estado do RJ e revoga a Resolução SESDEC Nº 239/2008.

Médio Paraíba, possibilitando uma relação mais solidária e cooperativa entre os municípios³³ e facilitando a organização da região. O representante do Ministério da Saúde pontua na entrevista que esta região é reconhecida constantemente como a de maior destaque, pois lá o processo de regionalização já ocorre de forma efetiva há bastante tempo. Este ator identifica que a discussão regional na região Médio Paraíba está claramente mais avançada e é possível perceber nos Grupos Regionais uma maior capacidade dos técnicos em pensar para além dos problemas municipais, demonstrando um certo acúmulo em relação à construção regional.

É importante pontuar que a região do Médio Paraíba foi a única do estado que manifestou interesse em assinar o Contrato Organizativo de Ação Pública (COAP)³⁴ logo após a publicação do Decreto 7508/2011. As discussões em torno do COAP se iniciaram na região no final de 2011 e se deram por todo o ano de 2012 coordenadas pela Assessoria do Pacto Interfederativo em parceria com a Assessoria de Planejamento da SES/RJ. Conforme relatado em entrevista com técnico da SES, foram feitas várias reuniões no Médio Paraíba em um trabalho intenso de aprofundamento das questões regionais que buscou envolver todas as Áreas Técnicas dos municípios e contou com a participação também dos conselheiros municipais. Segundo dados colhidos nas entrevistas, o COAP acabou não se efetivando na região por não haver clareza quanto ao financiamento regional.

A estruturação do sistema de saúde é, de acordo com os entrevistados, outro aspecto que contribui para a organização da rede regional, tendo em vista a oferta de serviços e a organização dos fluxos assistenciais, seja intra ou intermunicipais.

No que se refere à capacidade instalada, a Tabela 9 exemplifica a concentração do atendimento hospitalar nos municípios de Volta Redonda, Barra Mansa, Resende, Barra do Piraí e Valença, de maneira coerente com o porte populacional destes municípios. Chama a atenção o município de Quatis, segundo menor município da região, com apenas 13.543 munícipes (Tabela 8) e 190 leitos de internação SUS, o que não se justifica por isolamento geográfico, visto que o município está próximo do eixo Volta Redonda – Barra Mansa – Resende. Estes três municípios são os que têm maior número de leitos em UTI, outros três, Barra do Piraí, Valença e Porto Real, apresentam poucos leitos e os demais seis municípios nenhum leito de UTI, dependendo totalmente das referências regionais para este tipo de internação.

³³ Se comparada às demais regiões do estado.

³⁴ O COAP é um instrumento da gestão compartilhada proposto no Decreto nº 7.508/2011 com a função de definir entre os entes federativos as suas responsabilidades no SUS, permitindo, a partir de uma região de saúde, uma organização dotada de unicidade conceitual, com diretrizes, metas e indicadores, todos claramente explicitados e que devem ser cumpridos dentro de prazos estabelecidos (BRASIL, 2011).

Ressalta-se como aspecto singular no Médio Paraíba a existência de municípios de pequeno porte, como Piraí e Porto Real que, com bons investimentos em saúde (Tabela 9) e gestões eficientes nesta pasta colocam-se como referências para algumas demandas, principalmente de média complexidade (DIAS, 2012). É importante notar também que a região não possui apenas um município pólo e, conforme apontado por entrevistado da SES, o fato das referências serem divididas entre alguns municípios tende a facilitar a integração da região e a organização dos fluxos intermunicipais.

Tabela 9: Capacidade instalada e despesa total em saúde na região Médio Paraíba

Município	Total de leitos de internação SUS (2015)	Total de leitos em UTI (2015)	Cobertura de Atenção Básica estimada (2015)	Despesa Total em Saúde por hab. (2014)
Volta Redonda	307	128	100	962,52
Barra Mansa	233	69	83,23	646,14
Resende	138	66	85,6	1.073,54
Barra do Piraí	201	14	71,67	500,18
Valença	256	10	95,23	648,27
Itatiaia	34	0	100	1.162,15
Piraí	48	0	100	1.529,44
Pinheiral	43	0	100	988,42
Rio Claro	41	0	100	1.014,05
Porto Real	45	6	100	3.710,52
Quatis	190	0	93,17	963,4
Rio das Flores	15	0	100	1.719,69
Médio Paraíba	1.551	293	90,87	941,26
ERJ	24.995	5.985	57,17	743,07

Fontes: Pesquisa Região e Redes: caminhos da universalização da saúde no Brasil, dados disponíveis em: www.resbr.net.br, acesso em Nov. de 2016; TABNET Estadual – www.saude.rj.gov.br, acesso em Nov. de 2016.

Apesar da visão dos entrevistados ser de que a região tem uma boa oferta de serviços se comparada com outras no estado, há o reconhecimento de que o Médio Paraíba também apresenta problemas com alguns aspectos da oferta hospitalar e o déficit de leitos em UTI na região foi destacado no último Plano Diretor de Regionalização do estado (2012). Considera-se que a boa organização da região faça com que a capacidade instalada seja mais bem aproveitada, em comparação a outras regiões do estado. Entrevistado que representa uma das Áreas Técnica da SES aponta que a região se diferencia das demais justamente pelos fluxos intermunicipais bem definidos, o que está ligado à capacidade de gestão da rede e de articulação entre os atores municipais.

Como se pode também observar na Tabela 9, a região tem uma alta cobertura populacional estimada pelas equipes de Atenção Básica, com mais de 90% da população coberta, especialmente se comparada ao cenário estadual, que não chegava a 60% em 2015. Esta alta cobertura do primeiro nível de atenção é fundamental para coordenação e a resolutividade da rede de atenção.

Em relação à despesa total em saúde por habitante, os municípios com maior aplicação são Resende, Itatiaia, Piraí, Rio Claro e Rio das Flores, com grande destaque para Porto Real, que realiza investimento cerca de três vezes maior que os demais, lembrando que o PIB per capita deste município é também imensamente maior que o dos outros municípios (Tabela 8, pág. 86). Considerando a região como um todo, o investimento em saúde é bastante alto se comparado à média estadual, o que é um fator relevante para o fortalecimento dos sistemas municipais e para a organização do sistema público de saúde na região.

A região do Médio Paraíba apresenta, portanto, um cenário de dinamismo econômico, bom investimento em saúde e um histórico de regionalização da saúde com certo pioneirismo dentro no estado.

5.2 Estrutura, funcionamento e finalidades dos grupos regionais na cir médio paraíba

A região do Médio Paraíba é uma das que teve maior número de Grupos Regionais criados entre 2012 e 2015 (Apêndice C). Além dos Grupos aqui estudados, foram pactuados no Médio Paraíba: GT do Contrato Organizativo de Ação Pública (COAP); GT Transitório de Consórcios; GT da Programação Pactuada e Integrada; e GC da Rede Hospitalar. Contudo, destes grupos, apenas o GC da Rede Hospitalar se manteve em funcionamento até o ano de 2015. O Quadro 6 apresenta o panorama dos Grupos em funcionamento na região do Médio Paraíba no ano de 2015.

A origem do primeiro Grupo Regional no Médio Paraíba está na criação do Comitê Regional do Sistema de Atenção às Urgências³⁵. Destaca-se que o Comitê foi instituído pela Del. CGR-MP nº 001/2009, ou seja, esta foi a primeira deliberação do CGR do Médio Paraíba. Assim como nas demais regiões, o Comitê passou a funcionar como GC RUE após a instituição da Rede de Urgência e Emergência, sendo a mudança oficializada na CIR-MP em 2013. No Médio Paraíba há a particularidade de que o Comitê atuava predominantemente na

³⁵ As particularidades dos Comitês Gestores dos Sistemas Regionais de Atenção às Urgências foram descritas no Capítulo 2 Desenho do Estudo, item 2.3.

esfera do Consórcio Intermunicipal do Médio Paraíba (CISMEPA), enquanto o Grupo Condutor da RUE ganha maior formalidade junto à CIR.

Quadro 6: Panorama dos Grupos Regionais da CIR Médio Paraíba ativos no ano de 2015

Grupo Regional	Ano de criação	Pactuação na CIR-MP	Periodicidade
GC Rede de Urgência e Emergência	2009	Instituído como Comitê Regional do Sistema de Atenção às Urgências. Alterado na Del. nº 073/2013.	Bimensal
GT Planejamento	2011	Instituído como Comitê de Planejamento, Monitoramento e Avaliação. Alterado na Del. nº 014/2014.	Mensal
GT Vigilância em Saúde	2012	Instituído como GT Dengue. Alterado na Del. nº 059/2014.	Mensal
GC Rede Cegonha	2012	Instituído como GT Cegonha. Alterado na Del. nº 035/2013.	Bimensal
GT Atenção Básica	2013	Instituído pela Del. nº 008/2013.	Mensal
GC Rede de Atenção Psicossocial	2013	Instituído como Comitê de Saúde Mental. Alterado na Del. nº 014/2014.	Mensal
GC Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência	2013	Instituído pela Del. nº 022/2013.	Bimensal
GC Rede Hospitalar	2014	Instituído pela Del. nº 018/2014	Conforme demanda

Fonte: Assessoria de Regionalização da SES/RJ através da Secretaria Executiva da CIR Médio Paraíba

O Comitê não foi extinto, pois ainda é preconizado pelo Ministério da Saúde para as regiões que recebem recursos para o SAMU-192 regional, caso do Médio Paraíba. No entanto, entrevista realizada com representante do CISMEPA, que tem como foco atualmente a Rede de Urgência e Emergência, apontou que hoje o fórum mais fortalecido para discussão desta Rede na região é o GC RUE, que tem grande participação dos municípios e gera encaminhamentos importantes para a organização da Rede.

O GT do Planejamento foi criado no Médio Paraíba ainda em 2011, enquanto nas demais regiões apenas em 2012. Isto se deu porque a região do Médio Paraíba manifestou interesse em assinar o Contrato Organizativo de Ação Pública (COAP) logo após a publicação do Decreto 7508/2011 e necessitava do aprofundamento do diagnóstico regional, o que motivou a criação do Grupo. De acordo com relato de representante da Área Técnica da SES, a experiência no Médio Paraíba mostrou a importância da criação de GT de Planejamento nas demais regiões do estado.

Em 2012 foi criado na região o GT Dengue, reestruturado e renomeado em 2014, acompanhando, conforme visto no item 3.4, o movimento de ampliação do escopo do Grupo realizado pela Vigilância em Saúde da SES/RJ em todo o estado. Neste mesmo ano é criado o GT Cegonha, transformado em GC da Rede Cegonha em 2013, juntamente com a criação dos Grupos Condutores da Rede de Atenção Psicossocial e da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência. Em 2013 é também pactuada a criação do GT da Atenção Básica, assim como se deu em todas as demais regiões do estado.

Em 2014 é pactuado na CIR–MP o GC da Rede Hospitalar. Este Grupo foi proposto pelo CISMEPA em virtude da necessidade de discussão do modelo de gestão, custeio e inserção na rede de atenção à saúde do Hospital Regional em construção.

Também no ano de 2014 foi criado o Grupo Condutor de Redes no Médio Paraíba a partir de proposição da SES/RJ para todas as regiões do estado. Entretanto, o GC Redes não foi citado pela Secretaria Executiva da CIR/MP como um dos Grupos em funcionamento no ano de 2015. Na realidade o Grupo existe no Médio Paraíba como uma reunião dos coordenadores dos demais Grupos, conduzida pela Secretaria Executiva da CIR, mas com encontros pouco regulares.

Dos 07 Grupos aqui estudados, 04 tem suas reuniões programadas mensalmente e 03 bimensalmente. O GT de Vigilância, um dos Grupos que tem programação mensal, se reúne também nos encontros da Sala de Situação, que trata dos dados epidemiológicos da região e proposição de ações, principalmente no que se refere à Dengue, Zika e Chikungunya, chegando a se reunir semanalmente dependendo da gravidade da epidemia.

Os 03 Grupos que têm programação bimensal são Grupos Condutores (RUE, Rede Cegonha e RCPD) e costumam ter reuniões extraordinárias quando há temas urgentes ou necessidade de maior celeridade no desenvolvimento de discussões complexas. Um exemplo disto foi dado por representante do GC da Rede Cegonha, que chegou a se reunir três vezes em um mesmo mês para trabalhar na atualização do Plano de Ação Regional. De acordo com registro em ata, o GC RUE, no ano de 2015, trabalhou através de um Grupo Executivo, composto por representantes de 5 municípios para dar andamento à atualização do Plano de Ação e da grade de referências do SAMU entre as reuniões do Grupo Condutor.

No que se refere à composição dos Grupos, conforme Quadro 7, todos os Grupos do Médio Paraíba são compostos por técnicos municipais e pelo menos uma representação da SES/RJ. Nem todos contam com a participação das Áreas Técnicas da SES relacionadas ao tema do Grupo, porém sempre há a presença da Secretaria Executiva da CIR-MP.

Quadro 7: Composição dos Grupos Regionais da CIR Médio Paraíba

Grupo Regional	Representação da gestão municipal	Representação da SES/RJ	Outros participantes fixos*
GC Rede de Urgência e Emergência	Coordenadores de Urgência e Emergência	Representante da Coordenação de Urgência e Emergência (CUERG) Central de Regulação do Médio Paraíba (CREG-MP) Secretário Executivo da CIR/MP	Consórcio Intermunicipal de Saúde do Médio Paraíba (CISMEPA) Hospitais (SUS) Unidades de Urgência (SUS) Representante do SAMU
GT Planejamento	Técnicos da Área de Planejamento	Secretário Executivo da CIR/MP	Não há outros participantes
GT Vigilância	Coordenadores de Vigilância em Saúde**	Técnicos do Núcleo Descentralizado de Vigilância em Saúde (NDVS) Técnicos do Centro de Referência Estadual em Saúde do Trabalhador (CEREST) Secretário Executivo da CIR/MP	Não há outros participantes
GC Cegonha	Coordenadores de Saúde da Mulher	Apoiadores da Área Técnica de Saúde da Mulher da Superintendência de Atenção Básica (SAB) Secretário Executivo da CIR/MP	Maternidades (SUS)
GT Atenção Básica	Coordenadores da Atenção Básica e/ou Saúde da Família	Apoiadores da Coordenação de Apoio à Gestão da Superintendência de Atenção Básica (SAB) Secretário Executivo da CIR/MP	Não há outros participantes
GC Rede de Atenção Psicossocial	Coordenadores de Saúde Mental	Apoiadores da Área Técnica de Saúde Mental da Superintendência de Atenção Básica (SAB) Central de Regulação do Médio Paraíba (CREG-MP) Secretaria Executiva da CIR/MP	Não há outros participantes
GC Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência	Técnicos ligados à reabilitação (preferencialmente)	Secretaria Executiva da CIR/MP	Não há outros participantes
GC Rede Hospitalar	Técnicos ligados à gestão da rede hospitalar	Secretaria Executiva da CIR/MP	Não há outros participantes

Fontes: Entrevistas realizadas com os representantes dos Grupos Regionais do Médio Paraíba e atas das reuniões dos Grupos Regionais do ano de 2015. Quadro de elaboração própria.

* Estes participantes são permanentemente convidados, mas não necessariamente são assíduos.

** Quando não há essa Coordenação mais geral de Vigilância em Saúde costumam ser indicados os Coordenadores de Vigilância Epidemiológica e de Vigilância Ambiental.

No GC da Rede de Urgência e Emergência (RUE) e no GC da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) há a participação da Central de Regulação do Médio Paraíba (CREG-MP)³⁶, que é uma estrutura estadual, mas sua presença é esporádica. No GT de Vigilância a SES também é representada por instância regional, o Núcleo Descentralizado de Vigilância em Saúde (NDVS) e, em parte dos encontros também há participação do Centro de Referência Estadual em Saúde do Trabalhador (CEREST) através de representantes dos pólos da região.

Os representantes dos municípios na composição dos Grupos são técnicos da gestão municipal indicados pelo Secretário Municipal de Saúde de acordo com o tema do Grupo.

Os Grupos Condutores da Rede de Urgência e Emergência (RUE) e da Rede Cegonha contam também com outros participantes fixos. No GC RUE há participação do Consórcio Intermunicipal de Saúde do Médio Paraíba (CISMEPA) e são sempre convidados os hospitais e unidades de atendimento à urgência, mas a participação destes serviços ainda é pequena. Compõe também o GC RUE representantes do SAMU, que é gerido pelo CISMEPA.

O GC da Rede Cegonha começou a ter a participação de gestores e profissionais das maternidades em 2015. Todas as maternidades, públicas, conveniadas ou beneficentes são convidadas, mas a adesão ainda é baixa. Em todos os Grupos, de acordo com a especificidade da pauta a ser discutida, são convidados técnicos de outras Áreas, tanto da SES quanto dos municípios.

As reuniões dos Grupos do Médio Paraíba acontecem na sede da CIR. A SES indica que seja desta forma e, segundo relato de representantes municipais, isto é importante para assinalar o caráter regional do Grupo. Entretanto, no caso do GC da Rede Cegonha, algumas reuniões ocorrem em sedes municipais com o objetivo de facilitar que o Grupo apóie aquele município na resolução de problemas ou realização de mudanças na gestão e nos serviços.

No que se refere à adesão à estratégia de Grupos Regionais, conforme se pode observar no Quadro 8, a maioria dos Grupos costuma ter uma alta participação dos municípios do Médio Paraíba, chegando a uma média de 80%. São exceções, o GC da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência (RCPD), com média de apenas 40% de participação municipal, e o GC da Rede Hospitalar, com 50%.

³⁶ O Estado do Rio de Janeiro conta com um Complexo Estadual de Regulação, composto por uma Central Estadual de Regulação de Alta Complexidade (CERAC/RJ) e suas Centrais Regionais de Regulação. Hoje existem centrais regionais sediadas em 7 municípios. A central sediada em Volta Redonda realiza a regulação na região do Médio Paraíba e também da Baía da Ilha Grande, sendo a única central que atende duas regiões (Portal da SES/RJ, 2016). A missão da Rede de Centrais de Regulação do estado do Rio de Janeiro, bem como suas funções podem ser encontradas na Resolução SES Nº 2102 de 14 de julho de 2003.

A dificuldade para a adesão dos municípios ao GC RCPD é uma realidade em todas as regiões do estado. No Médio Paraíba, existe a expectativa de que os municípios apresentem maior interesse por esta discussão com a implantação da Rede, pois o Plano de Ação Regional ainda está aguardando a aprovação do Ministério da Saúde. O GC da Rede Hospitalar se voltou para discussões pontuais ligadas ao Hospital Regional em construção e as questões mais gerais relacionadas aos fluxos hospitalares seguiram sendo tratadas no GC da Rede de Urgência e Emergência (RUE). Dada a especificidade do tema tratado e o fortalecimento do GC RUE, o GC da Rede Hospitalar de mostrou pouco expressivo na região.

Quadro 8: Coordenação e participação nos Grupos Regionais da CIR Médio Paraíba ativos no ano de 2015

Grupo Regional	Proposição	Coordenação	Participação média dos municípios	Participação da Área Técnica da SES/RJ*	Participação dos apoiadores do MS
GC Rede de Urgência e Emergência	SES*	Consórcio de saúde da região (CISMEPA)	80%	Esporádica	Não há participação
GT Planejamento	SES	Município	80%	Não há participação	Não há participação
GT Vigilância em Saúde	SES	SES (Núcleo Descentralizado de Vigilância em Saúde)	80%	Regular	Não há participação
GC Rede Cegonha	SES	Município	80%	Regular	Regular
GT Atenção Básica	SES	Município e SES (Área Técnica do nível central)	80%	Regular	Regular
GC Rede de Atenção Psicossocial	SES	Município	80%	Regular	Não há participação
GC Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência	SES	Município	40%	Não há participação	Não há participação
GC Rede Hospitalar	CISMEPA	Consórcio de saúde da região (CISMEPA)	50%	Não há participação	Não há participação

Fontes: Assessoria de Regionalização da SES/RJ através da Secretaria Executiva da CIR Médio Paraíba; atas das CIR-MP do ano de 2015 e entrevistas realizadas com os representantes dos Grupos Regionais do Médio Paraíba.

* A Área Técnica da SES/RJ que compõe cada Grupo foi detalhada no Quadro 7. Não está incluída aqui a Secretaria Executiva da CIR-MP, que participa de todos os Grupos, mas com função administrativa e não técnica.

É importante notar também que estes Grupos não têm a participação da Área Técnica da SES/RJ, o que pode dificultar a mobilização dos municípios. O terceiro Grupo que não conta com a participação da SES é o GT de Planejamento. No momento de sua criação (2011), na fase anterior à realização das Oficinas de Planejamento Regional (que ocorreram em 2013), havia a participação da Assessoria de Planejamento da SES/RJ regularmente. Após as oficinas este acompanhamento passou a se dar trimestralmente e mais tarde a Área deixou de participar de maneira presencial.

Apesar do GT Planejamento acontecer mensalmente e com participação da maioria dos municípios da região, a ausência da SES em sua composição é vista como um problema pelos participantes do Grupo. O mesmo ocorre com o GC da Rede de Urgência e Emergência (RUE), que conta com a participação da Área Técnica da SES apenas de maneira esporádica. Os demais Grupos têm a participação regular das Áreas Técnicas da SES. As diferenças de atuação das Áreas Técnica da SES em relação aos Grupos e as conseqüências para seu funcionamento serão mais detalhadas e discutidas no item 4.3.

Apoiadores do Ministério da Saúde (MS) também participam de alguns Grupos de acordo com a disponibilidade destes técnicos. Esta participação, nos últimos anos, foi mais constante no GC da Rede Cegonha e no GT da Atenção Básica por haver apoiadores do MS para estes temas presencialmente no estado do Rio de Janeiro.

Conforme também pode ser visto no Quadro 8, a Coordenação da maioria dos Grupos é feita por técnicos municipais eleitos no próprio Grupo, isto só não ocorre com o GT de Vigilância em Saúde e com o GC da Rede de Urgência e Emergência (RUE).

O GT de Vigilância é coordenado por técnicos do Núcleo Descentralizado de Vigilância em Saúde (NDVS/SES), como na maioria das regiões do estado. Já o GC RUE apresenta uma singularidade na região do Médio Paraíba por ser coordenado por um técnico do Consórcio Intermunicipal de Saúde do Médio Paraíba (CISMEPA). Conforme registro em ata de reunião do GC RUE a introdução de técnico do CISMEPA como coordenador do Grupo não foi aceita pela representação da SES em um primeiro momento. Os técnicos da Secretaria Executiva da CIR-MP se opuseram a esta nomeação pontuando que o coordenador deveria ser um representante municipal de acordo com o Regimento Interno da CIR/RJ.

O técnico do consórcio, entretanto, alegou a relevância do CISMEPA na gestão da Rede de Urgência e Emergência, principalmente a partir da implantação do SAMU. Afirmou, ainda que havia o entendimento da presidência e secretaria executiva do Consórcio sobre a importância do acompanhamento ativo desta rede pelo consórcio, pois os prefeitos precisam se apropriar das demandas relativas à organização da Rede. Os representantes municipais que

foram cogitados para assumir a coordenação endossaram que o técnico do CISMEPA seria o nome mais indicado naquele momento e, também com a concordância dos demais municípios presentes na reunião, é definido a coordenação do Grupo.

O GT de Atenção Básica tem a coordenação de um técnico municipal, mas esta acontece de forma compartilhada com a Área Técnica da SES.

A partir da análise das entrevistas, é possível notar que o coordenador tem o papel de articulação regional para o funcionamento do Grupo. Está entre suas funções:

1. **Organização e mobilização das reuniões:** elaborar a pauta a partir do pactuado no Grupo; solicitar que a Secretaria Executiva da CIR dispare os convites para as reuniões; coordenar as discussões nas reuniões; mobilizar a participação dos municípios (muitas vezes via grupos em aplicativos de celular).
2. **Acompanhamento e mobilização para a elaboração dos produtos do Grupo:** monitorar e solicitar dos municípios o envio de respostas quando são necessárias para a construção de produtos regionais; organizar reuniões extraordinárias para o desenvolvimento dos produtos.
3. **Referência:** ser referência para os temas pertinentes ao Grupo na região; ser referência para os temas pertinentes ao Grupo junto à SES;
4. **Representação:** representar o Grupo quando são levadas pautas para discussão em CIR; representar o Grupo Regional no Grupo Condutor Estadual da Rede (no caso dos Grupos Condutores).

O coordenador deve, portanto, em primeiro lugar, garantir que a reunião ocorra, organizando pautas e convites para a reunião, o que é feito sempre em parceria com a Secretaria Executiva da CIR. Os entrevistados pontuaram que é fundamental sua função de mobilização dos municípios para o comparecimento nas reuniões e para a elaboração compartilhada de produtos do Grupo, inclusive em reuniões extraordinárias. Por isso é considerado importante que o coordenador seja uma pessoa bem articulada na região.

O Coordenador atua também como uma referência, tanto para os municípios da região quanto para a Secretaria de Estado, assim, qualquer questão relacionada ao tema que o Grupo discute será direcionada para o coordenador. Quando há alguma pauta referente ao Grupo na CIR, é o coordenador que o representa para realizar a discussão junto aos Secretários Municipais de Saúde. Nos Grupos Condutores Estaduais das Redes Temáticas, os coordenadores dos Grupos Regionais representam a região e têm a função de levar as discussões pertinentes ao andamento da Rede regional.

No que se refere à finalidade dos Grupos na região, estes foram criados no Médio Paraíba com os objetivos e funções semelhantes aos já discutidos no Capítulo 3, item 3.3, quando foram considerados os Grupos no estado de maneira geral. Os objetivos salientados pelos entrevistados da região podem ser agrupados em quatro temas:

- **Qualificação da gestão municipal:**
 - promover a educação permanente e qualificação dos técnicos das gestões municipais através da apresentação e discussão de temas relevantes e da troca de experiências entre os municípios e destes com a Secretaria de Estado;
 - discutir e recomendar ações a serem executadas nos municípios.
- **Integração Regional**
 - promover a integração entre os técnicos municipais;
 - ser um espaço de compartilhamento das dificuldades e busca de soluções;
 - ser um espaço que possibilite a criação de uma lógica solidária para a resolução de problemas nos municípios da região.
- **Subsídio para a CIR**
 - realizar estudos com o aprofundamento de temas para embasar as discussões dos gestores municipais na CIR;
 - recomendar ações regionais a serem pactuadas em CIR;
 - elaborar diagnósticos e planejamento regional;
 - elaborar os Planos de Ação Regional para o pleito de recursos (no caso dos Grupos Condutores das Redes).
- **Gestão da Rede Regional**
 - trabalhar na qualificação da Rede Temática, no monitoramento dos indicadores pertinentes e no acompanhamento dos recursos (no caso dos Grupos Condutores das Redes);
 - organizar os fluxos da Rede de Atenção à Saúde.

O primeiro tema trata do lugar dos Grupos como espaço de educação permanente, qualificando as gestões municipais. Isto pode se dar através da apresentação de temas por técnicos da SES, dos próprios municípios e também de convidados. A troca de experiências, seja por relatos exitosos, seja pelo compartilhamento de problemas e busca de soluções no Grupo, é ressaltada pelos entrevistados como forma potente de qualificação dos técnicos. Em alguns casos a troca de experiências leva a visitas de técnicos de um município a outro para conhecer uma ação relatada e adaptá-la em seu município.

Considerando que sempre há técnicos com maior bagagem na gestão e outros com pouca qualificação, o espaço do Grupo é considerado uma oportunidade de nivelar estes conhecimentos deixando os processos de trabalho nos municípios menos heterogêneos. Quando recomendadas nos Grupos ações a serem executadas em todos os municípios, isto pode gerar mudanças e qualificação do processo de trabalho nos municípios.

O segundo tema diz respeito à articulação regional. Esta função trata em primeiro lugar da oportunidade dos técnicos de todos os municípios se encontrarem, se conhecerem e perceberem que seu município faz parte de uma rede regional. Isto inclui também a troca de experiência, agora pensada do ponto de vista da articulação entre os municípios para a resolução dos problemas regionais. Um exemplo relatado em entrevista com participante de um dos Grupos é a mobilização quando algum município está com falta de vacina. O problema é levado para o Grupo e os demais municípios se organizam para fazer a aplicação ou emprestar o insumo, dependendo do caso.

O terceiro tema trata da própria finalidade dos Grupos Trabalho, conforme colocada no Regimento Interno das CIR/RJ, de dar subsídio às discussões e decisões dos Secretários Municipais de Saúde no Plenário da CIR. Os Grupos têm a função de aprofundar estudos técnicos pertinentes à região e de elaborar produtos a serem apresentados na CIR, servindo como base para a pactuação de propostas. Neste contexto, é função dos Grupos elaborar diagnósticos e planos de ação regionais, com destaque para os Planos de Ação das Redes Temáticas, necessários para o pleito de recursos junto ao Ministério da Saúde.

O último objetivo apresentado se refere à função de gestão da Rede de Atenção à Saúde. Esta finalidade dos Grupos aparece com mais clareza quando se trata dos Grupos Condutores Regionais, pois há o trabalho de qualificação da Rede, discussões dos fluxos, monitoramento dos indicadores pertinentes e também dos recursos transferidos pelo Ministério da Saúde, mas deve se aplicar à rede de atenção à saúde como um todo.

5.3 Papel dos grupos no planejamento regional e a atuação da ses/rj

Conteúdo das negociações nos Grupos Regionais

No que se refere aos mecanismos de definição de pautas, em todos os Grupos as pautas são definidas na reunião anterior por um consenso entre os participantes. Técnicos da SES pontuam que, por um lado é importante que as pautas sejam escolhidas pelos municípios, pois o fato de tratar das questões que entendem como importantes fortalece o Grupo e torna as

discussões mais orgânicas na região de saúde. Por outro lado, em alguns Grupos isto pode gerar fragilidade, pois acabam se furtando a discutir agendas mais estruturantes da Rede ao se organizarem a partir de pautas pontuais.

Técnico da SES entrevistado ressalta, ainda, que algumas pautas se impõem como no caso da microcefalia, que tinha urgência em ser trabalhada e muitas vezes os Grupos foram resistentes porque estavam em meio a discussões de outros temas. Neste caso a SES precisou tencionar para que esta pauta fosse priorizada por alguns Grupos. O Quadro 9 apresenta um levantamento das principais pautas discutidas na região do Médio Paraíba.

Quadro 9: Temas em pauta nos Grupos Regionais do Médio Paraíba no ano de 2015

Grupo Regional	Principais pautas
GC Rede de Urgência e Emergência	Atualização do Plano de Ação Regional Monitoramento, prestação de contas e atualização da Grade de referência do SAMU Situação das Portas de Entrada Número e funcionamento dos leitos de retaguarda e UTI Núcleo de acesso e qualidade hospitalar – NAQH e Núcleo interno de regulação – NIR
GT Planejamento	Programação Pactuada e Integrada (PPI). Regulação regional. Instrumentos de planejamento Monitoramento da Matriz do Planejamento Regional
GT Vigilância em Saúde	Plano de contingência da Dengue, Zika e Chikungunya Monitoramento dos indicadores de pactuação nacional. Desabastecimento de imunobiológicos. Ações de promoção e prevenção em parceria com a Atenção Básica
GC Rede Cegonha	Monitoramento dos indicadores elencados pelo Grupo e discussão de propostas. Fluxos da rede e questões relacionadas ao atendimento nas maternidades Comitê regional de investigação de Óbitos Materno-Infantil Processo de habilitação de maternidade para parto de alto risco
GT Atenção Básica	Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ) Sistema de Informação da Atenção Básica (e-SUS AB) Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) Protocolo Regional de Diabetes na Atenção Básica Programa de Financiamento da Atenção Básica - Cofinanciamento Estadual
GC Rede de Atenção Psicossocial	Preparação e avaliação dos Fóruns Regionais de Saúde Mental (bimensais) Ações de desinstitucionalização Referências para internação e leitos em hospital geral Manejo de atenção a crise na rede pré-hospitalar, SAMU e bombeiro. Revisão do Plano de Ação Regional da RAPS 2014-2016
GC Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência	Plano de Ação Regional da RCPD Situação do atendimento à pessoa com deficiência nos municípios

Fonte: atas das CIR-MP do ano de 2015 e entrevistas realizadas com os representantes dos Grupos Regionais do Médio Paraíba.

Representante municipal entrevistado aponta que, como as pautas vão se estruturando em cima dos desdobramentos das discussões do Grupo, estas costumam estar ligadas a alguma necessidade identificada pela região, mas também são discutidas nos Grupos pautas propostas pela SES ou induzidas pelo Ministério da Saúde por meio principalmente de normativas. A análise das atas dos Grupos desta região permite dizer que, em geral, são realizadas discussões que buscam estruturar o funcionamento dos serviços e a articulação da rede, ainda que alguns temas acabem aparecendo apenas pontualmente. São recorrentes também as pautas relativas ao monitoramento de indicadores e a Programas específicos do Ministério da Saúde são especialmente discutidos no GT de Atenção Básica.

No caso do GT de Planejamento as pautas surgem na maior parte das vezes de demanda dos gestores na CIR. Trata-se em geral da necessidade de aprofundamento de temas a serem discutidos na reunião, como esclarecimentos relativos à PPI, remanejamento de teto financeiro de alta complexidade, problemas com a regulação regional, desenvolvimento dos instrumentos de planejamento e o estudo de novas deliberações e portarias.

Planejamento Regional e Redes de Atenção à Saúde

O GT de Planejamento foi fundado para aprofundar as discussões do diagnóstico regional de modo a subsidiar a pactuação de ações pelos gestores municipais nas Oficinas de Planejamento. Após as Oficinas este GT ficou com a responsabilidade de acompanhar a Matriz de Planejamento Regional, que envolve ações a serem executadas por cada um dos municípios e também pelos outros Grupos Regionais. Entretanto, todos os Grupos atuam como espaços de construção de diagnósticos e planejamento de ações regionais em algum grau dentro de seus temas.

Todos os entrevistados da região do Médio Paraíba acreditam que os Grupos Regionais tem tido capacidade de realizar diagnósticos coerentes com a realidade da região, identificando onde estão as principais deficiências da rede. Na maioria das falas, esta capacidade está atrelada ao fato de terem profissionais bastante capacitados e antigos nos municípios.

Entretanto, conforme verificado nas atas do ano de 2015, apesar de produzirem documentos com diversos estudos, em alguns Grupos, diagnósticos mais amplos sobre a situação da região se dão por meio das falas dos representantes dos municípios, que fazem

com que se tenha uma boa visão geral da situação da região, mas que nem sempre são formalizados.

No GT de Vigilância, por exemplo, são constantemente discutidos os indicadores de pactuação nacional e estes dados são atrelados às informações trazidas por cada município no Grupo. Segundo o representante deste GT, isto possibilita o enriquecimento do diagnóstico, pois ultrapassa a análise dos indicadores para tratar da realidade local. No entanto, a ausência desta leitura formalizada dificulta a análise de sua potencialidade e também sua utilização para o planejamento de ações de maneira mais estruturada.

Os Grupos Condutores vinculados às Redes Temáticas precisam necessariamente elaborar um diagnóstico para compor o Plano de Ação Regional. O entrevistado que representa GC Rede Cegonha do Médio Paraíba conta que primeiro prepararam o diagnóstico dos municípios no que tange a organização da rede materno-infantil para repensar o desenho regional. Foi revista toda a caracterização da rede, identificando as unidades de saúde, a forma como estavam organizados os fluxos da rede e levantados e discutidos os indicadores da área materno-infantil na região.

O entrevistado afirma que o Grupo sempre trabalha com os diagnósticos que realiza, procurando identificar também os problemas do cotidiano da rede e as alternativas reais para o enfrentamento destes problemas. Percebe-se também através da análise das atas deste Grupo que se reportam constantemente ao diagnóstico presente no Plano de Ação Regional e realizam o monitoramento dos indicadores e metas regionais que foram traçadas nele.

O processo desempenhado pelo GC Rede Cegonha no Médio Paraíba demonstra um amadurecimento técnico para a análise da Rede. Para entender a solidez deste Grupo é preciso lembrar que a região implantou em fins da década de 1990 o primeiro projeto do Consórcio de Saúde (CISMEPA) para estruturação da linha de cuidado materno-infantil. Este histórico de aprofundamento diagnóstico e articulação em relação ao tema materno-infantil se reflete na organização do GC Cegonha, inclusive porque alguns dos técnicos que compõe este Grupo participaram da implantação do projeto pelo CISMEPA.

No que refere aos demais Grupos Condutores e o trabalho com os diagnósticos elaborados nos Planos de Ação, as atas das reuniões revelam discussões no GC da RUE no ano de 2015 acerca principalmente do monitoramento dos atendimentos realizados pelo SAMU e de indicadores elaborados para as Portas de Entrada de Urgência da região. Já o GC da RAPS do Médio Paraíba discutiu no ano de 2015 a situação das internações na região e os processos de desinstitucionalização.

Em relação ao Grupo Condutor da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência (RCPD), existe o problema da ausência de grande parte dos municípios nas reuniões, o que, segundo representante deste Grupo, tende a prejudicar o alcance de um diagnóstico que retrate a realidade regional. O entrevistado explica que analisam os dados disponíveis nos sistemas de informação, mas estes ainda são escassos no que diz respeito especificamente à pessoa com deficiência.

De acordo com registro em ata deste Grupo, no ano de 2015, foi apresentado por um representante municipal formulário de cadastramento das pessoas com deficiência e formulou-se a proposta de que todos o utilizassem. Foi sugerido também que se construísse um consolidado da situação do atendimento à pessoa com deficiência nos municípios para compor o diagnóstico elaborado pelo GC RCPD.

Os representantes da SES, do COSEMS e do MS, considerando todas as regiões em sua análise, observam algumas dificuldades dos Grupos para a elaboração de diagnósticos regionais. Em primeiro lugar, é identificada grande variação na capacidade técnica e de articulação dos Grupos de acordo com o tema e com a região de saúde. Grupos menos consolidados, com pouca adesão dos municípios ou que tem a predominância de baixa capacidade técnica, costumam apresentar muitas dificuldades para a elaboração dos diagnósticos.

O planejamento das ações é também um grande desafio trazido por estes entrevistados que lançam o olhar para todas as regiões do estado (SES, COSEMS e MS), pois ainda que se apresentem diagnósticos qualificados, as ações planejadas pelos Grupos nem sempre refletem o enfrentamento das dificuldades identificadas. É salientado também que o andamento das discussões relativas ao planejamento das ações muitas vezes é prejudicado porque o representante municipal no Grupo não tem poder decisório para discutir e propor os encaminhamentos. Nestes casos as discussões podem se tornar morosas e as propostas finais tendem a não refletir o posicionamento dos gestores municipais.

Há de se considerar que, além da elaboração dos diagnósticos e proposição de ações coerentes com as necessidades da região pelos Grupos Regionais, há ainda um caminho a ser percorrido para que estas ações se efetivem, pois a execução dos Planos depende da decisão da gestão municipal. Conforme relatado por representante do COSEMS, nem sempre o gestor corroborar com o priorizado pelo Grupo. As mudanças de gestão municipal constantes também são consideradas por este entrevistado como um problema, pois para que os diagnósticos gerem ações que sejam de fato implementadas, é necessário que haja continuidade nos processos.

Apesar destas dificuldades referentes ao diagnóstico e planejamento de ações, os Grupos Condutores Regionais têm sido os protagonistas na constituição das Redes Temáticas no estado do Rio de Janeiro, pois em geral são estes Grupos que elaboram os Planos de Ação que são levados para a aprovação em CIR, em CIB e encaminhados ao MS para o pleito de recursos para a Rede. Os Grupos são colocados pelos entrevistados como fundamentais para que a discussão regional aconteça e os Planos sejam elaborados, pois propiciam o encontro de todos os municípios para a discussão da Rede Temática.

É considerado fundamental que haja um amadurecimento técnico deste desenho antes de chegar para a tomada de decisão dos gestores. Técnico da SES pontua que os Grupos são espaços importantes para que estas questões sejam colocadas e discutidas tecnicamente, possibilitando que as argumentações municipalistas possam ser abaladas e se chegue a um desenho de rede interessante para toda a região.

No caso da região de saúde do Médio Paraíba, onde se percebe maior fortalecimento dos Grupos, o gestor municipal entrevistado pontua que os Grupos Regionais propiciam que a região produza um planejamento ascendente, elaborado a partir do diagnóstico levantado pelos técnicos municipais que estão discutindo regionalmente. Para este gestor os Grupos viabilizam a organização da gestão municipal a partir de um planejamento regional.

Nesta região as entrevistas revelaram que os Grupos Condutores, além de seu papel no planejamento, têm sido fundamentais para seu monitoramento³⁷. Este monitoramento se dá não apenas em relação aos indicadores, mas também em relação à realidade da rede, que é extremamente dinâmica, pois se um serviço fecha ou está com problemas, são necessárias mudanças imediatas nos fluxos da rede. Conforme pontuado pelo gestor municipal entrevistado, são os Grupos que têm a possibilidade de acompanhar o andamento da rede em seu cotidiano, apontando as dificuldades e propondo ações para o enfrentamento das mesmas, dando vida ao processo de construção da rede de atenção à saúde na região.

De fato, não só as entrevistas, mas também a análise das atas do ano de 2015 apontaram para o exercício da função de gestão da rede desempenhada por estes Grupos no Médio Paraíba, pois nestes espaços são identificados problemas, rediscutidos fluxos e apontadas ações para a solução das dificuldades encontradas. Entretanto, de acordo com os entrevistados da SES, esta não é a realidade em todas as regiões do estado.

Além dos Grupos Condutores, no Médio Paraíba o GT de Planejamento também tem importante atuação na construção das Redes de Atenção à Saúde, pois nele ocorrem a maior

³⁷ Com exceção do GC Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência que ainda não teve o Plano de Ação Regional aprovado e, por isso, ainda não está no momento de monitoramento da Rede.

parte das discussões relativas à Programação Pactuada e Integrada (PPI) e à regulação regional. Conforme colocado pelo representante do Grupo e também verificado nas atas de 2015, além das discussões feitas no GT Planejamento que dão subsídio às decisões dos gestores em CIR, este Grupo dá suporte aos Grupos Condutores para as discussões principalmente relativas ao teto financeiro.

Esta articulação entre os Grupos é um ponto fundamental, visto que, apesar dos entrevistados em geral considerarem que os Grupos têm um importante papel na construção e gestão das redes de atenção à saúde, é apontado como um problema o fato do trabalho ficar restrito a um tema em cada Grupo. Entrevistado do MS observa que ainda há dificuldades em se realizar uma discussão mais ampla acerca da organização da rede de atenção a partir do diálogo com os diversos atores envolvidos.

A articulação entre os Grupos, que poderia ser um caminho para ampliar o olhar sobre a rede de atenção, ainda é bastante frágil em todas as regiões. A estratégia oficial da SES/RJ para induzir esta articulação é a realização do Grupo Condutor de Redes nas regiões de saúde.

De acordo com o relato de representante da Secretaria Executiva da CIR, no Médio Paraíba, o GC Redes começou com encontros com pauta aberta para que os Coordenadores colocassem o andamento de seus Grupos, as dificuldades e propostas de articulação das ações. O entrevistado aponta que um encaminhamento importante deste Grupo foi a inclusão no projeto regional de educação permanente de um curso que trabalhasse a rede de atenção à saúde de forma articulada. Entretanto, os encontros do GC Redes são escassos, pois os coordenadores dos Grupos alegam dificuldades de agenda, o que pode indicar uma não priorização deste espaço.

Uma estratégia citada como produtiva pelos representantes da região do Médio Paraíba é a realização de Grupos de Trabalho Ampliados³⁸ como espaços que permitem que a discussão técnica acerca da rede regional seja compartilhada pelos vários atores dos diversos Grupos. É pontuado que, muitas vezes, estes coordenadores ou responsáveis por determinada Área pouco dialogam dentro do município e o GT Ampliado acaba possibilitando este encontro.

Na região do Médio Paraíba, no ano de 2015 foram realizados dois Grupos Ampliados organizados pelo GT de Vigilância em saúde. O primeiro se deu com o GT Atenção Básica e foram discutidas ações conjuntas para a descentralização dos Testes Diagnósticos Rápidos de HIV e Sífilis e as ações do Plano de Contingência da Dengue, Zika e Chikungunya. O

³⁸ São chamados de GT Ampliados os encontros de dois ou mais Grupos para tratarem de temas transversais.

segundo se deu com a Atenção Básica e GT Planejamento, onde ocorreu uma discussão para o planejamento de ações a partir da análise dos indicadores regionais³⁹. Já o GC da Rede de Urgência e Emergência (RUE) convidou o GT de Atenção Básica para a discussão da alta referenciada⁴⁰ e o GC da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) convidou o GC RUE para discutir o atendimento em Saúde Mental na Urgência e Emergência⁴¹.

Contudo, estas são experiências ainda pontuais e os entrevistados da região acreditam que a articulação entre os Grupos ainda é bastante frágil, pois as construções acabam de fato acontecendo em cada Grupo a partir da discussão de temas específicos. Como é pontuado por alguns entrevistados ficam em suas “caixinhas”. Ainda não é possível identificar, portanto, um movimento orgânico de construção regional articulando estes diversos temas, ainda que alguns esforços comecem a acontecer na região do Médio Paraíba.

Ao se tratar da amplitude com que os Grupos conseguem trabalhar a rede de atenção, uma questão importante a ser considerada é a relação com os prestadores de serviços conveniados. As parcerias com prestadores privados e filantrópicos são uma realidade nos arranjos de rede nas regiões de saúde e dificuldades com estes prestadores geram grandes problemas para o seu funcionamento, motivo pelo qual este assunto é extremamente presente nas discussões regionais.

Entretanto, a contratualização com o prestador é de responsabilidade do gestor municipal, que lida com isso internamente, ainda que este prestador seja referência para toda a região. Na CIR os atores desta negociação regional são as representações dos municípios através de seus Secretários Municipais de Saúde.

Nos Grupos Regionais a presença não só de prestadores, mas de serviços municipais de grande relevância para a rede, como hospitais de referência e maternidades deve ser considerada. O entrevistado do Ministério da Saúde pontua que é preciso refletir sobre a composição dos Grupos, visto que maioria deles não tem outros atores além de técnicos da gestão municipal. Isto é uma fragilidade dos Grupos na medida em que múltiplos atores estão envolvidos na construção de uma rede de atenção à saúde.

Como visto anteriormente (Quadro 7, página 100), na região do Médio Paraíba, os Grupos que tem a composição mais ampla são o GC Rede de Urgência e Emergência e o GC da Rede Cegonha. Os representantes destes Grupos pontuaram, no entanto, que a entrada de

³⁹ Estas informações foram levantadas através da leitura das atas dos referidos Grupos Ampliados.

⁴⁰ IDEM.

⁴¹ Informação fornecida em entrevista com representante do GC RAPS.

novos atores é recente e a análise das atas das reuniões de 2015 revela que poucas vezes estiveram presentes neste ano.

No GC RUE os prestadores, principalmente os serviços que são portas de entrada, começaram a ampliar a participação quando o Grupo passou a discutir a atualização da grade de referências para o SAMU, o que começou a se dar em 2014. O fato do Consórcio de Saúde da região gerir o contrato do SAMU traz uma configuração singular para este Grupo, pois todos os municípios têm responsabilidade por esta contratação, ao contrário dos casos em que um prestador é contratado por um município e é referência para a região. Assim, foi possível verificar nos registros em ata que os representantes da administradora do SAMU foram assíduos no GC RUE no ano de 2015. Conforme relatado por representante do Grupo, quando a prestação de contas do contrato de gestão do SAMU passou a acontecer no GC RUE o acompanhamento dos municípios e a articulação com a administradora para a resolução de problemas foi facilitado.

O GC Cegonha, apesar do histórico de organização da linha de cuidado materno-infantil em uma perspectiva regional, passa a convidar as maternidades para discussão apenas em 2015. Isto se deu pela percepção de que, sem a maternidade estar presente na discussão, tornava-se mais difícil implementar as ações propostas, principalmente as relacionadas às mudanças de práticas neste serviços. Verifica-se nas atas de 2015 que neste ano a presença das maternidades ainda foi pequena, mas segundo relato do representante do Grupo, esta participação veio aumentando em 2016.

A atuação da SES/RJ junto aos grupos regionais

Os entrevistados da primeira fase da pesquisa de campo (SES, COSEMS e MS), quando perguntados sobre a atuação da SES junto aos Grupos Regionais, por vezes se referiam à atuação da SES no processo de regionalização como um todo, indicando a importância dada aos Grupos neste processo.

Representante do COSEMS pontua que a presença da SES nas regiões com a implantação dos CGR (em 2009) foi fundamental para que os municípios conseguissem se organizar regionalmente, pois foi oferecido um espaço para a discussão e sistematização das propostas regionais. Neste sentido, a presença da Secretaria de Estado é considerada por ele como decisiva para que os processos regionais aconteçam e foi esta presença que impulsionou a existência de tantos Grupos Regionais, pois a SES induziu a criação da grande maioria dos Grupos e organiza seu funcionamento através das Secretarias Executivas da CIR (SE-CIR).

É possível perceber que a função administrativa, de apoio logístico e de comunicação, desempenhada pela SE-CIR é fundamental para o funcionamento dos Grupos. Dentre as funções da SE-CIR foram levantadas nas entrevistas:

- organizar e divulgar o calendário das reuniões;
- enviar o convite para as reuniões;
- organizar e divulgar as pautas propostas;
- organizar, divulgar e arquivar as atas dos Grupos;
- solicitar e monitorar o envio de respostas dos municípios para composição de produtos;
- monitorar a participação dos técnicos municipais nos Grupos;
- informar em CIR o andamento dos Grupos e a participação dos técnicos municipais;
- incluir na Câmara Técnica (CT) e na CIR pautas dos Grupos que necessitem de discussão nessas instâncias.

Através destas funções a SE-CIR dá institucionalidade aos Grupos, pois os vincula à instância de deliberação regional, que envolve ao mesmo tempo a SES e as gestões municipais. A SE-CIR garante que os convites para as reuniões e que a solicitação de respostas dos municípios venham em nome desta instância, bem como cumprem as funções administrativas de organização das pautas e arquivamento das atas, dando memória institucional aos Grupos. Além disso, estes profissionais representam o elo dos Grupos com o Plenário da CIR, pois informam seu andamento e incluem as pautas requeridas pelos Grupos para discussão com os Secretários Municipais. Assim, ainda que em algumas regiões a SE-CIR não participe efetivamente de todos os Grupos, se mantém sua importância para o andamento do processo.

Na região do Médio Paraíba, a SE-CIR participa de todos os Grupos e acompanha seus desdobramentos. Entretanto, não é sua função contribuir tecnicamente para o desenvolvimento dos temas. Assim, quando perguntados sobre a atuação da Secretaria de Estado nos Grupos Regionais, a maioria dos entrevistados se refere à participação e ao acompanhamento dos técnicos da Área afim ao tema no nível central da SES.

Destaca-se que os técnicos do Núcleo Descentralizado de Vigilância em Saúde (NDVS), que coordenam o GT de Vigilância, também não são reconhecidos em um primeiro momento como apoio da SES. O representante do GT de Vigilância observa que, na prática, o Núcleo parece fazer parte dos municípios, realizando apenas uma ponte com a Secretaria de Estado. Para ele, o Núcleo é pouco aproveitado pela SES, que realiza muitas reuniões no nível

central convocando os municípios, quando estes assuntos poderiam ser tratados pelos NDVS nos GT de Vigilância das regiões. O que se observa através da análise das atas do GT Vigilância (2015) é que técnicos do nível central estiveram presentes em diversas ocasiões, apesar de já haver a condução do NDVS.

Representantes dos municípios do Médio Paraíba destacaram as seguintes funções dos técnicos do nível central da SES nos Grupos:

- estimular a realização dos Grupos, ressaltando sua importância junto aos Secretários Municipais;
- oferecer suporte técnico;
- favorecer a resolutividade das discussões;
- trazer informações do Ministério da Saúde (novas diretrizes, portarias, etc);
- apontar o andamento das discussões relativas ao tema do Grupo no estado, fazendo com que a região se perceba no contexto estadual e não encaminhe processos isolados;
- auxiliar na articulação com universidades para realização de seminários e cursos;
- incluir pautas que tenham relevância no estado;
- mediar situações conflituosas entre os municípios.

Esta última função, denominada pelos entrevistados de “mediadora”, diz respeito à coordenação intergovernamental. Quando estão presentes nos Grupos, as Áreas Técnicas da SES podem, por exemplo, discutir problemas relativos aos serviços de referência regionais de um ponto de vista técnico e mediar a relação dos municípios pólo com os demais, que por vezes é conflituosa.

A disposição dos serviços a serem financiados a partir dos Planos de Ação das Redes Temáticas também é um tema que normalmente gera conflito entre os municípios e torna-se importante a mediação da SES não somente no momento da CIR, mas também na construção técnica da proposta nos Grupos Condutores. De acordo técnicos da SES, é recorrente que alguns municípios, ainda que tenham pequeno porte, queiram serviços de maior complexidade em seu território. Neste sentido, estes entrevistados pontuam que a atuação da Secretaria de Estado é fundamental para que o Grupo consiga criar os argumentos técnicos necessários para fazer esta discussão em CIR, buscando dialogar com as questões políticas envolvidas.

Os entrevistados da Assessoria de Regionalização da SES, da Secretaria Executiva da CIR-MP e do COSEMS observam que os Grupos ganham mais força junto aos Secretários Municipais de Saúde com a presença do nível central da SES, reforçando a importância do Grupo e legitimando o processo. Segundo entrevistado da SE-CIR do Médio Paraíba, em

alguns Grupos há menos adesão dos municípios nas reuniões em que o nível central da SES não está presente, pois a agenda é interpretada como menos importante.

A importância da presença de técnicos do nível central com maior frequência nos Grupos é levantada também em função do apontamento de prioridades a serem trabalhadas e da definição conjunta das pautas a serem levadas para a CIR. Entrevistado da Assessoria de Regionalização da SES considera que a presença do nível central acelera a resolução de algumas questões, pois as soluções são construídas conjuntamente e os municípios sentem certo respaldo para a tomada de decisão.

Apesar da participação da Secretaria de Estado pela via dos técnicos do nível central nos Grupos ser considerada muito importante por 18 dos 19 entrevistados na pesquisa, o que se observa é uma heterogeneidade na atuação das Áreas Técnicas. Em alguns casos a presença da Área Técnica no Grupo é constante e muito atuante, em outros casos, se restringe ao acompanhamento das atas das discussões, cabendo unicamente aos municípios a responsabilidade sobre o andamento do Grupo.

Conforme visto no Quadro 8 (página 102), o GT do Planejamento e o GC da RCPD são os Grupos que não contam com o nível central da SES em sua composição. No caso do GC RCPD, a Área Técnica da SES argumenta indisponibilidade de pessoal para acompanhar os Grupos e afirma estimular que as regiões se organizem e enviem os produtos para serem analisados. O retorno pode ser dado com visita à região, com a ida dos representantes do Grupo na SES, ou via e-mail/telefone. Na prática os GC RCPD têm bastante dificuldade em manter a agenda periódica de reuniões com boa adesão dos municípios em todas as regiões, inclusive no Médio Paraíba (Quadro 8).

Já o GT de Planejamento tem conseguido, no Médio Paraíba, se reunir mensalmente sem a presença do nível central da SES, que acompanha o andamento dos Grupos através das atas dos encontros e de idas pontuais aos eventos organizados por eles. Entretanto, mesmo nesta região considerada a mais bem organizada do estado, a presença do nível central é demandada e parece fazer diferença para o andamento das discussões do Grupo. O representante do GT Planejamento entrevistado afirma que a maior participação da Assessoria de Planejamento da SES é uma demanda dos municípios já encaminhada à CIR/MP, pois a presença desta Área poderia fortalecer o GT, dar mais resolutividade para as questões levantadas e apontar a viabilidade de algumas propostas. O entrevistado considera que seria importante se a SES “caminhasse junto com o Grupo”.

Entrevistado que representa outra Área Técnica da SES aponta que, em regiões de saúde menos organizadas, o GT de Planejamento acaba se tornando um Grupo frágil e que

não consegue contribuir muito para as construções regionais de maneira ampla. O representante do Ministério da Saúde argumenta que a SES deveria apoiar mais a construção dos diagnósticos regionais e monitoramento dos Planos, não apenas a partir dos Grupos Condutores das Redes Temáticas, mas também do GT de Planejamento.

Em geral as Áreas que estão menos presentes nos Grupos levantam o problema da equipe restrita e das dificuldades de transporte e diária, mas há também divergências no entendimento do papel que a Área teria na estruturação dos processos regionais. O entrevistado que representa a Assessoria de Planejamento argumenta que as regiões precisam ganhar autonomia para realizarem os Grupos e alcançarem construções conjuntas. Pontua que é importante para o crescimento regional que prescindam da presença de técnicos da SES, pois os municípios devem se empoderar da realidade do território e ter autonomia para resolver as questões na região sem a intervenção da esfera estadual.

Dos Grupos que tem a presença constante de técnicos da SES, o GT de Vigilância se diferencia, pois a participação da Área Técnica se dá através do Núcleo Descentralizado de Vigilância em Saúde (NDVS), o que pode dispensar o deslocamento do técnico do nível central e possibilita uma representação da SES bastante integrada à realidade regional.

O GT Atenção Básica e os GC Rede Cegonha e Rede de Atenção Psicossocial, são Grupos que têm a participação constante de Áreas Técnicas da Superintendência de Atenção Básica (SAB/SAS/SES). Para entender o posicionamento destas Áreas frente aos Grupos é importante conhecer o histórico de trabalho desta Superintendência, orientado pela metodologia do Apoio Institucional⁴². Na base da organização de seu processo de seu trabalho está a ideia de apoio aos municípios, o que pressupõe o contato com os técnicos e gestores municipais. Estes encontros, que precisam ser permanentes, passam a acontecer principalmente nos Grupos Regionais.

Os Grupos Condutores das Redes Temáticas são priorizados pela SES no sentido de que seu trabalho é acompanhado pelos Grupos Condutores Estaduais, dos quais fazem parte também o Conselho de Secretários Municipais de Saúde (COSEMS) e o Ministério da Saúde (MS). Os Grupos acabam tendo relevância na medida em que produzem os planos para o recebimento dos recursos destinados à Rede e devem monitorar o andamento da mesma. Entretanto, isto não fez com que a SES garantisse a participação de técnicos do nível central

⁴² O apoiador institucional tem a função de facilitar diálogos, proporcionar espaços para reflexão e trazer ofertas importantes para o processo de trabalho e para a cogestão (CAMPOS, 2000). Assim, o apoiador procura sempre “fazer com”, apoiando a elaboração de diagnósticos, a realização de análises e o planejamento de ações tendo em vista o comprometimento com o grupo apoiado e a visão do contexto externo (IDEM).

no GC da Rede da Pessoa com Deficiência e no GC da Rede de Urgência e Emergência (neste a participação é esporádica).

É possível perceber que a presença das Áreas Técnicas do nível central nos Grupos está mais relacionada a uma predisposição da Área pela orientação interna do trabalho e possibilidade de pessoal do que a uma diretriz geral da Secretaria de Estado.

Isto pode ser verificado pela própria forma como os Grupos de Trabalho são concebidos e aparecem no Regimento Interno da CIR/RJ. De acordo com o Regimento, estes Grupos são criados como espaços de discussão técnica entre os municípios da região e a Área Técnica da SES pode estar presente caso necessário. Na normativa também não há obrigatoriedade do acompanhamento das reuniões pela Secretaria Executiva (SE) da CIR.

Na prática, o andamento dos Grupos demonstrou a importância tanto da SE-CIR quanto das Áreas Técnicas da SES em sua composição e no acompanhamento de seus desdobramentos, mas ainda não há um direcionamento oficial da SES que busque uma padronização na função da SES junto aos Grupos.

Além da importância da participação dos técnicos da SES nas reuniões dos Grupos, é também identificada a necessidade de acompanhamento de seus desdobramentos. Entrevistado do Ministério da Saúde observa que a presença da Área Técnica da SES apenas nas reuniões, que são no mínimo mensais, dificulta a mobilização dos processos no cotidiano da região e leva à morosidade de alguns encaminhamentos. Apesar do apoio técnico continuar sendo feito por telefone e e-mail, o entrevistado acredita que a presença destes técnicos na região poderia tornar os desdobramentos dos Grupos mais efetivos.

Trata-se da importância de referências técnicas da Secretaria de Estado de forma permanente nas regiões de saúde, para que possam mapear os movimentos de todos os Grupos e facilitar o planejamento regional integrado.

Entrevistado do COSEMS lembra que a atuação do estado nas regiões de saúde é também importante para minimizar os impactos da alternância de poder nos municípios, pois a troca do Secretário Municipal de Saúde e por vezes de técnicos – algo bastante comum mesmo dentro de uma mesma gestão municipal - dificulta a continuidade dos processos disparados nos Grupos. A permanência de técnicos da SES é o elo de continuidade dos processos iniciados, apresentando-os para os novos gestores e técnicos municipais.

Apesar do período estudado na pesquisa ser de 2009 a 2015, foi inevitável que as entrevistas tratassem também das mudanças observadas durante o ano de 2016, quando a presença do nível central da SES nos Grupos já foi bastante prejudicada principalmente pela intensificação da falta de recursos para o transporte dos funcionários da SES até as regiões.

De acordo com os entrevistados das Áreas Técnicas da SES, nas regiões de um modo geral os GC da Rede Cegonha e GT de Atenção Básica tiveram queda na frequência dos encontros em função da ausência do nível central da SES.

5.4 Resultados do funcionamento dos grupos regionais

Os resultados dos Grupos são percebidos por seus participantes no Médio Paraíba tanto do ponto de vista da qualificação dos técnicos municipais, quanto da qualificação de serviços e melhoria da assistência à saúde da população. É bastante ressaltado por estes entrevistados que as trocas de experiências entre os municípios e o apoio da SES nos Grupos contribuem para a instrumentalização dos técnicos da gestão municipal, que incorporam novas práticas em seu processo de trabalho e adquirem argumentos para o diálogo com os Secretários Municipais de Saúde. Participante do GT de Vigilância, por exemplo, percebe que os aprendizados gerados nos Grupos tendem a nivelar os conhecimentos, trazendo alguma homogeneidade aos processos de trabalho dos municípios da região.

De acordo com os entrevistados, a qualificação de cada técnico municipal individualmente gera também um amadurecimento técnico da região, que contribui para que as decisões tomadas em CIR possam se embasar em estudos que visem à integralidade do cuidado na região de saúde. Além disso, o encontro destes técnicos regularmente permite a troca e solução de problemas com maior celeridade, contribuindo para uma gestão mais eficaz da rede regional de atenção à saúde.

As mudanças de práticas nos serviços são mais difíceis de serem visualizadas, mas em alguns Grupos, como o GC da Rede Cegonha, o entrevistado diz observar mudanças nas práticas das maternidades, que são acompanhadas através do monitoramento dos indicadores eleitos pelo próprio Grupo.

Este item procurará demonstrar como se dão os desdobramentos das discussões dos Grupos e quais os produtos documentados ou possíveis de serem identificados. Será também abordada a chegada destas construções às reuniões de CIR e a capacidade dos Grupos de influenciar as decisões dos gestores municipais e o processo de trabalho da SES.

Resolutividade, continuidade das discussões e produtos regionais

Os representantes dos Grupos da região do Médio Paraíba demonstram nas entrevistas a preocupação de que as discussões realizadas nas reuniões tenham continuidade e que suas

conclusões sejam levadas para o conhecimento ou pactuação entre os Secretários Municipais nas reuniões de CIR. Estes entrevistados percebem que a existência de documento com a memória das reuniões e encaminhamentos auxilia neste processo de continuidade. Além disso, todos os eventos regionais realizados pelos Grupos são documentados através de atas que contemplam as principais discussões e encaminhamentos.

Contudo, no GT da Atenção Básica, por exemplo, a avaliação realizada ao final do ano de 2015 revelou críticas em relação a pouca resolutividade das discussões realizadas. Representante do Grupo relata que, a partir daí a metodologia do Grupo foi modificada, procurando-se explorar ao máximo os temas e sempre ao final ter um desdobramento ou produto de caráter regional. Um exemplo disto é o desdobramento da discussão sobre os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), o GT realizou um levantamento dos problemas de cada município, principais dificuldades, experiências exitosas e ao final foi realizado um Seminário regional sobre NASF.

Como no caso do Seminário de NASF, muitas vezes os desdobramentos das discussões geram produtos voltados para a qualificação da rede. No caso do GC da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) as discussões acerca das dificuldades com o atendimento pré-hospitalar nas situações de crise geraram a realização de um Fórum Regional sobre o tema e foi elaborado protocolo de urgência e emergência em saúde mental com as referências regionais.

O GT de Planejamento também trabalha na perspectiva de produtos regionais e, na opinião da Secretaria Executiva da CIR, tem tido bastante êxito neste sentido. O Grupo realiza continuamente oficinas da PPI que subsidiam as discussões de remanejamento de teto financeiro. De acordo com o relato de participante do Grupo, recentemente foi realizado estudo sobre a rede de oftalmologia, demonstrando as referências, os fluxos de agendamento e os gargalos de acesso. Outro exemplo foi o levantamento das necessidades de qualificação na área de planejamento dos municípios, cujos resultados integraram o Plano Regional de Educação Permanente do Médio Paraíba, com a programação de curso de planejamento.

No caso do GC RUE, a própria grade de referências para o SAMU foi elaborada no Grupo e pactuada em CIR. Entrevistado do GC Cegonha conta que foi realizado recentemente o levantamento para a organização da oferta de exames para gestantes de forma a nenhum município ficar descoberto. O Quadro 10 apresenta outros exemplos de produtos regionais citados pelos entrevistados do Médio Paraíba ou identificados nas atas dos Grupos (2015).

Quadro 10: Grupos Regionais do Médio Paraíba e respectivos produtos de caráter regional

Grupo Regional	Exemplos de produtos de caráter regional	
	Eventos	Documentos
GC Rede de Urgência e Emergência	. Seminário da Rede de Urgência e Emergência	. Plano de Ação Regional . Grade de referência do SAMU . Protocolos gerenciais para o SAMU . Indicadores de monitoramento do componente hospitalar
GT Planejamento	. Oficina sobre TABNET e TABWIN - construção de tabelas e interpretação. . Oficinas da Programação Pactuada e Integrada (PPI)	. Consolidado sobre a situação do setor Controle e Avaliação nos municípios . Estudo com os dados da PPI relacionados à Hemorrede para subsidiar remanejamento de teto financeiro. . Estudo sobre a rede de oftalmologia
GT Vigilância em Saúde	. Oficina de Controle da Dengue e Chikungunya direcionada para as Associações de Moradores . Oficina regional de Vigilância em Saúde	. Notas técnicas relacionadas aos resultados de alguns indicadores de pactuação regional. . Diretrizes para a elaboração intersetorial do Planos Municipais para enfrentamento da Dengue e Chikungunya.
GC Rede Cegonha	. Oficina de Classificação de Risco Rede Cegonha . Seminário de Boas Práticas da Rede Cegonha	. Plano de Ação Regional . Consolidado do monitoramento dos indicadores . Relatório da taxa de ocupação das maternidades – leito e UTI . Levantamento sobre a oferta de exames para gestante na região
GT Atenção Básica	. Seminário de Saúde na Escola . Seminário sobre Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF)	. Planilha com consolidado das dificuldades enfrentadas pela região para implantação do Sistema de Informação da Atenção Básica – e-SUS AB. . Diretrizes para o treinamento das equipes municipais para utilização do e-SUS AB. . Protocolo Regional de Diabetes
GC Rede de Atenção Psicossocial	. Fórum de Atenção à Crise em Saúde Mental . Fórum de trabalhadores e usuários em saúde mental . Fórum de Práticas e Ações de Redução de Danos	. Plano de Ação Regional . Protocolo de urgência e emergência em saúde mental
GC Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência	–	. Plano de Ação Regional

Fontes: Entrevistas realizadas na região do Médio Paraíba e atas das reuniões Grupos Regionais do ano de 2015.

Além destes produtos, há também resultados dos Grupos que podem ser identificáveis pelo desdobramento de ações. Um exemplo dado por representante do GC Rede de Atenção Psicossocial é o sucesso do processo de desinstitucionalização de pacientes de longa permanência na região com fechamento de uma grande clínica psiquiátrica, o que é em parte atribuído ao bom funcionamento do GC RAPS. O entrevistado explica que o Grupo proporcionou uma maior articulação regional para que se pudesse avançar no retorno dos pacientes para seus municípios com a retaguarda de assistência necessária.

Representante do GT de Vigilância também ressalta um recente desdobramento das discussões do Grupo: a pactuação em CIR e posteriormente na assembleia de prefeitos da região de que o enfrentamento ao Aedes Aegypti não ficaria apenas no âmbito da saúde. Com esta iniciativa foi possível construir um Plano de Enfrentamento às arboviroses em conjunto com outras Secretarias. No GC Rede Cegonha, a implantação do Comitê Regional de Investigação de Óbito Materno-Infantil foi uma ação proposta pelo Grupo que chegou a sua efetivação.

Apesar de todos estes esforços, representante da Secretaria Executiva da CIR pontua que muitas vezes as discussões ainda se perdem e é importante que os participantes dos Grupos estejam constantemente refletindo sobre o impacto do que estão construindo para seus municípios e para a região.

Influência dos Grupos na agenda do COSEMS-RJ, do Apoio Descentralizado do Ministério da Saúde e das Áreas Técnica da SES/RJ

De acordo com as informações colhidas nas entrevistas, a organização da agenda e do processo de trabalho de todas as Áreas Técnicas da SES, assim como do Conselho de Secretários Municipais de Saúde (COSEMS) e do Apoio Descentralizado do Ministério da Saúde (MS) é influenciada de alguma forma pelos Grupos Regionais.

O COSEMS/RJ tem se organizado através de apoiadores regionais, o que permite, de acordo com o entrevistado, que o Conselho ganhe capilaridade e se faça presente em todas as regiões de saúde. Estes apoiadores acompanham as construções regionais e os encaminhamentos necessários, trabalho que se dá em grande parte nos Grupos Regionais. Assim, os apoiadores do COSEMS ajudam a mobilizar os Grupos, participam das reuniões e trabalham com as demandas geradas nesses encontros.

O apoio do MS ligado às Redes Temáticas se dá principalmente no âmbito do GC Estadual. Entretanto, conforme colocado pelo entrevistado, na medida em que o Grupo discute a rede estadual, está discutindo o conjunto das redes regionais e o andamento desta

construção nas regiões de saúde. Assim, trabalha em função das regiões de saúde a partir do que é produzido nos Grupos Condutores Regionais. Além disso, o entrevistado pontua que os apoiadores do MS são frequentemente demandados pelas Áreas Técnicas da SES para estarem nas regiões em função de pautas dos Grupos de Trabalho e Grupos Condutores Regionais.

As Áreas Técnicas da SES têm suas agendas influenciadas pelo andamento dos Grupos Regionais, mas em graus diferentes, pois conforme visto no item 4.3, é bastante distinta a forma como atuam junto aos Grupos.

Os GT de Vigilância são coordenados pelos Núcleos Descentralizados de Vigilância em Saúde (NDVS), que fazem a articulação com o nível central. Dependendo do tema que será discutido no GT é feito o contato com a Área da Vigilância no nível central para embasar a discussão e, após a reunião, para costurar os encaminhamentos. De acordo com o entrevistado da Área, isto facilitou muito a integração das regiões com as Áreas da Vigilância, que anteriormente tendiam a trabalhar de forma fragmentada com cada município.

A Área correlata ao GT de Atenção Básica, por compartilhar a coordenação dos Grupos e preparar materiais para subsidiarem as discussões tem a organização de seu processo de trabalho profundamente atrelado aos GT de Atenção Básica.

As demais Áreas que buscam uma presença constante nos Grupos (Saúde Mental e Saúde da Mulher) têm seu processo de trabalho influenciado por estas agendas. Representante da Área afirma que, no caso da Saúde da Mulher, não se pode dizer que o andamento dos Grupos estrutura o processo de trabalho de toda a Área porque boa parte da equipe não está integrada à agenda da Rede Cegonha. No entanto, o núcleo que trabalha com esta Rede direciona as ações de acordo com os Grupos Regionais.

Já no que se refere à Saúde Mental, o entrevistado da Área afirma que a agenda é pensada em função dos resultados dos GC (Regionais e Estadual) e também dos Fóruns de Saúde Mental, que no caso dos regionais são produtos dos Grupos. Esta organização é apontada como relevante para que a SES entenda as reais necessidades da região.

No GC RUE a SES participa de forma esporádica, mas é ressaltado pelo representante da Área Técnica que estão sempre presentes na agenda os desdobramentos dos Grupos que são de responsabilidade da SES, tais como: a articulação com outras regiões para o desenho de referência inter-regional, a verificação da possibilidade de ampliação de estrutura estadual, a articulação com o Ministério da Saúde (MS), entre outras.

Os GC RCPD também influenciam a agenda da Área, apesar desta estar pouco presente nas regiões. Entrevistado da Área explica que trabalham muito em função dos produtos encaminhados e das demandas construídas pelos Grupos. Assim, quando o Grupo é

mais ativo também produz mais demandas para a Área Técnica, que acaba dedicando mais tempo àquela região.

Algo similar ocorre com a Área correlata ao GT de Planejamento, que ao não participar dos Grupos Regionais, estrutura seu trabalho junto às regiões muitas vezes em função das demandas formuladas pelas mesmas. O entrevistado da Área aponta que, desta forma, as regiões mais bem organizadas e com GT de Planejamento mais atuantes acabam demandando mais da Área. A consolidação dos processos de Planejamento Regional também está a cargo desta Área, que só pode fazê-lo a partir da produção dos Grupos.

De forma geral, as demandas que surgem das regiões de saúde de forma organizada são fruto das construções feitas nos Grupos. Assim, ainda que a Área Técnica não tenha uma participação efetiva nos Grupos, sempre terá que se organizar, em algum grau, para a produção das respostas necessárias às demandas regionais.

Influência dos Grupos nas decisões tomadas pelos gestores municipais no Médio Paraíba

Os Grupos podem influenciar as decisões das gestões municipais tanto a partir da articulação de cada técnico com o seu gestor municipal, como através das pactuações realizadas nas reuniões de CIR. Todos os representantes de Grupos da região do Médio Paraíba consideraram que as discussões realizadas no Grupo influenciam seu processo de trabalho no município e também, ainda que não sempre, a decisão do gestor municipal.

No que se refere à chegada das propostas dos Grupos para o gestor municipal, isto está condicionado à forma como se dá o diálogo dos Secretários Municipais com seus técnicos em cada município. Desta forma, o grau em que estas propostas podem influenciar as decisões dos gestores também irá variar bastante entre os municípios. O gestor municipal entrevistado relata que em seu município há reuniões colegiadas com os técnicos nas quais são trazidos os principais encaminhamentos dos Grupos e são discutidas as aplicações no município. Pontua que, para a sua tomada de decisão em determinadas situações, é fundamental se pautar nos estudos que os Grupos estão fazendo regionalmente.

Isto vai depender, no entanto, das possibilidades de diálogo que o técnico tem com o seu gestor municipal, o que pode variar bastante, não havendo garantias de que as discussões realizadas nos Grupos cheguem ao gestor por esta via. Quando se trata das decisões tomadas pelos gestores na CIR, há certa institucionalidade nas pautas levadas pelos Grupos, visto que realizar estudos para subsidiar as discussões do plenário da CIR é sua principal função.

O entrevistado da Secretaria Executiva (SE) da CIR do Médio Paraíba afirma que os Grupos propõe pautas para CIR e geram discussões entre os gestores constantemente. Para o entrevistado, este processo tem se tornado cada vez mais natural, pois desde a criação dos Grupos veio ocorrendo um amadurecimento que fez com que ficasse mais clara a necessidade de se ter produtos para levar aos gestores e também o momento de incluir as pautas para que fossem melhor aproveitadas no âmbito da gestão.

Conforme relatado por representante do GC RUE, o trabalho do Grupo é justamente levar as pautas já bem debatidas, com produtos desenvolvidos, para facilitar a decisão do gestor. Segundo ele, como a região do Médio Paraíba tem gestores muito qualificados e comprometidos com a discussão da rede, acontecem discussões importantes na própria CIR, mas a partir de um estudo já realizado pelos técnicos. Assim, todos os produtos elencados no Quadro 10 foram levados para a discussão em CIR e, quando necessário, foram pactuados pelos Secretários Municipais de Saúde.

Conforme lembrado por representante da Área Técnica de Saúde Mental, quando presente, a Área pode auxiliar o Grupo na identificação das questões mais importantes a serem levadas para os gestores e a forma de apresentar o produto. Entrevistados pontuam que, com as produções dos Grupos, temas como Atenção Básica e Vigilância em Saúde passaram a ser mais discutidos nas reuniões de CIR.

Além das discussões realizadas pelos Grupos na CIR, a Secretaria Executiva apresenta periodicamente consolidados dos principais temas em pauta e encaminhamentos de todos os Grupos, mantendo os gestores informados sobre o andamento dos mesmos. Este é um direcionamento da Assessoria de Regionalização da SES, ocorrendo desta forma em todas as regiões do estado.

Representante do GC RAPS considera que, mesmo quando o apresentado não irá gerar uma pactuação regional, há a possibilidade de influenciar alguns processos nos municípios quando o Grupo leva a discussão para a reunião da CIR. Ele traz o exemplo do levantamento que realizaram da situação da região em relação ao matriciamento da Atenção Básica para ações de Saúde Mental. Segundo seu relato, isto chamou muito a atenção dos gestores dos municípios que ainda não tem esta prática, pois perceberam que parte da região já fazia este movimento e que vinha sendo importante. Esta foi uma apresentação em CIR com o potencial de modificar o processo de trabalho interno de alguns municípios. Neste exemplo é possível visualizar o enfrentamento do desafio de despertar o interesse dos gestores para um processo que não está atrelado ao financiamento.

Ao contrário, pautas como os Planos das Redes Temáticas, que tem obrigatoriedade de pactuação em CIR para fazer jus ao recebimento de recurso já são naturalmente pontos para discussão dos gestores. Pautas que envolvem pactuação de recursos, como remanejamento de teto financeiro também são pautas nas quais os estudos dos Grupos são muito valorizados e, inclusive, demandados pelos gestores, o que indica que influenciam as decisões finais.

Esta influência, entretanto, pode ocorrer em diferentes graus. Conforme relatado por entrevistados da SES, em alguns casos o Plenário da CIR aprova o que foi formulado pelos Grupos, trazendo apenas contribuições, mas em outros podem ser necessárias longas negociações entre os Secretários e alterações importantes no desenho final. Assim, o trabalho dos Grupos impacta nas formas com que vão se desenhando as redes de atenção à saúde nas regiões, mas deve-se lembrar que as decisões tomadas em CIR não são apenas técnicas, mas também políticas e, por vezes, o argumento político prevalece frente ao técnico.

Ainda que nem todas as proposições apresentadas pelos Grupos sejam absorvidas pelos Secretários de Saúde, entrevistado da Assessoria de Regionalização ressalta que as pautas desencadeadas pelos Grupos tendem a ter mais sucesso para a aprovação em CIR e implementação na região do que as levadas unicamente pela SES. Em sua opinião, a construção feita no Grupo dá um contorno regional ao proposto, caracterizando um processo mais orgânico da região. Isto aumenta a chance de ser incorporado por todos, porque os municípios se identificam como criadores das propostas.

O entrevistado do COSEMS ressalta que, quanto mais as pautas da CIR surgem do que foi priorizado nos Grupos, mais a reunião se estrutura de fato em propostas regionais. Da CIR algumas propostas vão para a CIB e para o Ministério da Saúde, possibilitando um processo de planejamento ascendente que parte das necessidades das regiões.

6 AVANÇOS E LIMITAÇÕES DOS GRUPOS REGIONAIS

Dentre os principais objetivos da regionalização da saúde, estão a promoção de relações intergovernamentais mais cooperativas e coordenadas e o planejamento integrado nas regiões (ALBUQUERQUE, 2013). Considerando estes objetivos, os resultados da pesquisa demonstraram que os Grupos Regionais constituídos nas CIR no estado do Rio de Janeiro têm tido papel crescente como dispositivos integrantes do processo de regionalização da saúde, mas também enfrentam diversas limitações em sua atuação.

De um modo geral, **na visão dos entrevistados da SES**, os Grupos permitem que haja trocas de experiências contínuas entre os municípios, gerando um acúmulo na discussão regional e um maior reconhecimento de cada município como parte da região de saúde. Para eles, os Grupos também são fundamentais para que os temas passem por um amadurecimento técnico antes das reuniões de CIR, o que foi fundamental no caso da elaboração dos Planos de Ação Regionais das Redes Temáticas. Entretanto, esses entrevistados também pontuaram diversos limites para a atuação dos Grupos, especialmente relacionados ao perfil dos participantes - em alguns casos com baixa capacidade técnica e decisória - e às dificuldades de articulação com os gestores para que as propostas sejam efetivadas. É também ressaltado por alguns destes entrevistados que a pulverização das discussões em diversos Grupos temáticos é um aspecto limitador para que se trabalhe uma visão ampla da rede regional.

Especificamente **na visão do representante da Secretaria Executiva da CIR**, os Grupos Regionais são importantes principalmente por fazerem as discussões no âmbito técnico e organizarem as propostas para subsidiar a decisão dos gestores. Para ele os Grupos têm contribuído muito para o fortalecimento do processo de regionalização através deste amadurecimento técnico das propostas regionais. Um limite destacado por este entrevistado para o funcionamento dos Grupos é a ausência de alguns municípios. Pontua, ainda, que garantir a assiduidade dos municípios se torna um desafio ainda maior quando não há a presença da Área Técnica da SES nas reuniões.

Na visão do representante do Ministério da Saúde, os Grupos são essenciais para a regionalização, mas sua potencialidade está ligada ao grau de apropriação dos gestores em relação às construções técnicas realizadas nos Grupos, sendo o bom funcionamento dos Grupos profundamente influenciado pela cultura regional pré-existente. Em sua visão, o caminho para potencializar o trabalho dos Grupos seria o acompanhamento mais intensivo das reuniões e de seus desdobramentos no cotidiano das regiões pelos técnicos da SES/RJ.

Para o representante do COSEMS os Grupos são os espaços que conferem dinamismo ao processo de regionalização, pois neles são levantados os problemas no funcionamento da rede regional e são construídas propostas embasadas tecnicamente a partir das necessidades identificadas na região. Este entrevistado destaca o desafio dos Grupos de conciliar a proposição técnica com a ação política e de lidar com as constantes mudanças de gestores e técnicos municipais.

O técnico do Consórcio Intermunicipal de Saúde do Médio Paraíba (CISMEPA), falando especificamente da Rede de Urgência e Emergência, foco atual do consórcio, pontua que a implantação da Rede e o recebimento de recursos do Ministério da Saúde só foram possíveis a partir do trabalho do Grupo. Para ele, as dificuldades encontradas para a atuação do Grupo estão relacionadas principalmente à ausência de alguns municípios e à baixa participação de técnicos do nível central da SES, bem como de hospitais da região.

Foram limitações similares às colocadas pelos **representantes dos municípios**, ressaltando-se, ainda, a falta de investimento de alguns Secretários Municipais de Saúde na proposta dos Grupos e no próprio processo de regionalização. Para os técnicos da gestão entrevistados, entretanto, os Grupos são muito importantes para a organização da região, pois são espaços de discussão e troca de experiências que geram amadurecimento técnico e mudanças nos processos de trabalho das gestões municipais. Ressaltou-se também que os Grupos são fundamentais no planejamento e monitoramento das Redes Temáticas e na consolidação de outros pleitos regionais junto ao estado e ao MS.

A partir dos resultados da pesquisa, foi possível consolidar a discussão dos avanços e limitações da atuação dos Grupos Regionais em 05 questões, apresentadas a seguir.

6.1 Visão regional, planejamento e gestão da rede de atenção à saúde

Os Grupos foram apontados pelos entrevistados diversas vezes como espaço de encontro que permite que os técnicos das gestões municipais se conheçam, troquem experiências e busquem soluções comuns para os problemas, seja os internos aos municípios, seja os da rede regional. Ainda que o foco das discussões seja, em diversos momentos, o processo de trabalho e a organização da rede municipal, é possível dizer que estes encontros regulares proporcionam para os técnicos uma melhor compreensão do que significa pertencer a uma região de saúde.

No GT de Atenção Básica, foi observado de fato um trabalho mais voltado para a resolutividade dos serviços municipais do que para uma perspectiva da rede regional, mas as

entrevistas indicaram que o Grupo possibilita uma qualificação dos técnicos das gestões municipais e aponta diretrizes para o trabalho destes com suas equipes de Atenção Básica. Estas trocas apontam para um certo nivelamento no processo de trabalho nos municípios, o que também foi ressaltado pelo entrevistado do GT de Vigilância em Saúde.

Temas como Atenção Básica e Vigilância em Saúde podem ser pouco discutidos no âmbito regional (ALMEIDA et. al., 2016; MENDES, 2017), principalmente por serem de responsabilidade municipal e não dependerem de desenhos regionais para o repasse de recursos. De acordo com os entrevistados das Áreas Técnicas da SES da Atenção Básica e da Vigilância em Saúde, a partir das produções dos Grupos, que solicitam as pautas na CIR, estes temas passaram a ser muito mais discutidos pelos gestores neste colegiado.

A direção dos Grupos de elaborar sempre produtos de caráter regional reforça seu papel para a criação de uma visão regional. Pode-se notar que a maior parte dos produtos exemplificados no Quadro 10 (página 123) visa principalmente criar práticas comuns de planejamento nas diferentes Secretarias Municipais de Saúde, quer dizer, quando os técnicos trocam experiências e participam dessa elaboração regional, eles aproximam seus processos de trabalho e passam a utilizar estratégias similares.

Assim, os Grupos foram repetidamente mencionados pelos entrevistados da SES e dos municípios como potentes espaços de educação permanente. Contudo, pode-se considerar que o potencial dos Grupos vai além disso, pois possibilitam a criação de uma cultura de planejamento e gestão compartilhada entre os municípios da região de saúde. Mesmo que as ações e negociações em torno do planejamento da região sejam ainda muito pautadas pelas demandas ou perspectivas de cada município, e não necessariamente por uma visão que subsidie um planejamento efetivamente regional, a disseminação de uma cultura compartilhada de planejamento e gestão a partir dos Grupos já representa um avanço.

Pode-se dizer que, de forma análoga ao pontuado por SANTOS & GIOVANELLA (2014) em relação ao aprendizado institucional fruto da dinâmica de participação dos gestores na CIR, a participação destes técnicos em grupos compostos por todos os municípios da região podem gerar este tipo de aprendizagem, fortalecendo as negociações entre os municípios no âmbito técnico e contribuindo para a construção da visão de rede regionalizada.

É importante notar que, em grande parte, a forma como os Grupos funcionam expressa a organização prévia da região, isto é, uma cultura regional de planejamento e gestão pré-existente e forjada no decorrer do processo histórico da implantação do SUS nos municípios.

No caso da região do Médio Paraíba, percebe-se que há grande participação dos municípios nas reuniões, observa-se boa articulação entre os técnicos municipais e a busca

constante por produções de caráter regional. Pode-se dizer que, no Médio Paraíba, o histórico de organização da região, o investimento em técnicos qualificados na gestão e a atuação do Consórcio Intermunicipal de Saúde (CISMEPA) são fatores que contribuem para o bom andamento dos Grupos Regionais. Considera-se também a própria conformação geográfica e histórica da rede urbana regional vinculada a determinadas atividades comuns, como a indústria, por exemplo, que traz para os municípios do Médio Paraíba um caráter de interdependência e identidade regional.

Além da disseminação de experiências de gestão entre os municípios, os Grupos foram colocados pelos entrevistados como espaços que contribuem para a coesão regional, buscando um aumento da interdependência entre os lugares e da coerência das ações em torno da rede regional de assistência à saúde. Este ponto é fundamental, visto que para superar a fragmentação do sistema e garantir o cuidado integral, a região de saúde precisa ser constituída por uma lógica sanitária, a partir da conformação de redes assistenciais (SANTOS & CAMPOS, 2015).

A função organizacional da rede de atenção assumida pelos Grupos Regionais no Médio Paraíba pode ser exemplificada com alguns dos produtos regionais elencados no Quadro 10 (p. 123), tais como: grade de referência do SAMU; protocolos gerenciais para o SAMU; estudo da PPI para subsidiar remanejamento de teto financeiro; relatório da taxa de ocupação das maternidades – leito e UTI; levantamento sobre a oferta de exames para gestante na região; protocolo de urgência e emergência em saúde mental.

No que se refere especificamente às Redes Temáticas, é bastante evidente a importância dos Grupos Regionais na elaboração dos Planos de Ação Regionais. A elaboração destes Planos pressupõe uma construção coletiva que ultrapasse o programado e pactuado dentro de cada município. Esta construção coletiva, facilitada pela existência dos Grupos, requer um exercício de colocar em suspenso as fronteiras municipais e elaborar um planejamento conjunto que seja a base para pactuação regional entre os Secretários Municipais de Saúde.

No Médio Paraíba foi possível perceber que os Grupos Regionais da CIR conseguem, em certo grau, influenciar a reorganização dos fluxos da rede de saúde, sempre que necessário. Conforme levantado nas entrevistas, é importante que exista o Grupo para que os problemas da rede possam ser identificados e resolvidos com maior celeridade.

Assim, após a elaboração dos Planos de cada uma das Redes Temáticas, os Grupos Condutores Regionais do Médio Paraíba acompanham o processo de aprovação junto à CIB e

ao Ministério da Saúde, alimentam os sistemas necessários, monitoram o desenvolvimento da rede e organizam atividades de qualificação, como oficinas, seminários e cursos.

Nesta região tem sido possível experimentar, portanto, um planejamento conjunto, sua operacionalização e acompanhamento, principalmente em relação à Rede de Urgência e Emergência e à Rede Cegonha, que têm processos mais consolidados na região. Estes são importantes caminhos que vem sendo percorridos para a construção de uma gestão regional que institua a responsabilização coletiva pela saúde dos habitantes de toda a região (KUSCHNIR, 2010).

Vale ressaltar a importância dos Grupos para a articulação regional na região do Médio Paraíba, onde se reconhece um histórico de articulação regional anterior a este processo. Neste sentido, a organização prévia da região contribui para o bom funcionamento dos Grupos, ao mesmo tempo em que os Grupos têm importante papel para a manutenção e consolidação das construções regionais.

6.2. Atuação da SES/RJ no planejamento e na gestão regional

No que refere à atuação da Secretaria de Estado junto aos Grupos Regionais, um primeiro aspecto a ser discutido diz respeito à coordenação dos Grupos Regionais, que é feita na maioria dos casos por um técnico municipal e não da SES. Este arranjo é visto de maneira positiva por alguns entrevistados pelo fato deste profissional ter a vivência das questões comuns aos municípios e estar efetivamente na região, atuando como uma referência tanto para os demais municípios, quanto para a SES nas questões relativas ao tema do Grupo. É importante notar que, em geral, é atribuída grande responsabilidade a este coordenador, relacionando-se o bom funcionamento dos Grupos ao seu nível de articulação e de qualificação técnica.

Esta é uma visão que percebe o Grupo como um espaço que deve ser utilizado e gerido pelos municípios, sendo autônomo em relação à SES. Trata-se de uma visão extremamente controversa, pois a esfera estadual precisa assumir a condução da regionalização (PEREIRA, 2009) e no estado do Rio de Janeiro os Grupos são dispositivos integrantes deste processo e que podem ser estratégicos para a elaboração do planejamento regional.

Esta perspectiva de autonomia do Grupo em relação à SES e a responsabilização do técnico municipal que ocupa a coordenação levam, portanto, a um contexto problemático, pois o representante de um município é responsabilizado pela gestão de um processo regional, enquanto este lugar deveria estar sendo ocupado pela esfera estadual. Conforme colocado por

entrevistados, tanto da SES quanto dos municípios do Médio Paraíba, muitas vezes este coordenador é um técnico municipal implicado com a temática que se vê em um trabalho de construção de propostas regionais sem a prerrogativa para assumir esta função e sem a devida participação de todos os municípios da região. Este é um arranjo que fragiliza, portanto, a estratégia dos Grupos Regionais.

A falta de mais desdobramentos entre as reuniões dos Grupos também é um problema identificado que leva à morosidade ou desarticulação das construções regionais, pois apenas as reuniões se mostram insuficientes para dar andamento às propostas. Alguns Grupos conseguem marcar encontros entre as reuniões pré-agendadas, mas esta estratégia nem sempre obtém sucesso, tendo em vista as diversas demandas que os técnicos têm em seus municípios.

Este é mais um aspecto que evidencia a falta de um profissional da SES que mobilizasse os técnicos municipais fora das reuniões oficiais dos Grupos e apoiasse os desdobramentos das questões levantadas. A Secretaria Executiva da CIR realiza esta articulação em certa medida, principalmente no Médio Paraíba onde estes profissionais são particularmente atuantes, mas isto é feito do ponto vista administrativo/organizacional e não da coordenação técnica do processo⁴³.

Dentro de sua organização, são os profissionais das Áreas Técnicas da SES que têm o papel de contribuir tecnicamente, direcionando as discussões dos Grupos, dando recomendações, se comprometendo com ações por sua Área e induzindo movimentos regionais. Entretanto, este técnico não está na região cotidianamente⁴⁴ para apoiar estes desdobramentos e realizar contribuir para as costuras das discussões dos Grupos, na Câmara Técnica e na CIR.

Apesar de alguns entrevistados apontarem que a existência dos vários Grupos por temas viabiliza estudos mais aprofundados, é ressaltado em diversos momentos que a falta de construções articuladas entre eles tende a manter as discussões pulverizadas e dificulta o olhar para a rede de atenção regional de forma integrada. O GT de Redes foi pensado pela SES justamente para enfrentar este problema, pois garantiria um momento de troca entre os Grupos, mas esta proposta foi pouco incorporada na dinâmica das regiões de saúde e no Médio Paraíba tem se resumido a reuniões de atualização entre os coordenadores dos Grupos sem frequência definida.

⁴³ Conforme pontuado pelo entrevistado da Assessoria de Regionalização da SES, que coordena as SE das CIR, suas principais funções são de apoio logístico e de comunicação nas regiões de saúde.

⁴⁴ Exceto pelos técnicos do Núcleo Descentralizados de Vigilância em Saúde, que exercem suas funções nas regiões.

Os GT Ampliados⁴⁵ são, na verdade, mais apontados pelos entrevistados como espaços que possibilitam uma integração da discussão da rede ao reunirem dois ou mais Grupos para a discussão de pautas transversais. Por oportunizarem debates na perspectiva da rede de atenção à saúde de forma mais ampla, estes encontros poderiam ser um caminho possível para minimizar o problema da pulverização dos debates em diversos Grupos. Entretanto, o GT Ampliado não é um espaço permanente, é um encontro pontual de Grupos para a discussão de pauta específica.

O GT de Planejamento, como Grupo que tem como missão a discussão do Planejamento Regional, deveria ser o espaço privilegiado e permanente de articulação das construções dos Grupos. Entretanto, este GT tem se pautado principalmente nas discussões relativas ao financiamento (estudos da PPI, propostas de remanejamento de teto financeiro) e à regulação regional. O GT de Planejamento também realiza o monitoramento da Matriz de Planejamento Regional construída nas oficinas organizadas pela SES em 2013, mas não assume um papel articulador e propositivo para o planejamento regional de forma contínua.

O planejamento regional requer que o estado exerça sua função na coordenação intergovernamental, enfrentando junto aos municípios o desafio de elaborar um plano comum através da negociação entre entes autônomos e com interesses muitas vezes conflitantes (ALBUQUERQUE, 2013). A ausência da Área Técnica da SES no GT de Planejamento tende a limitar a atuação deste Grupo na articulação e consolidação das discussões para a construção de um planejamento regional integrado.

6.3. A regionalização como estratégia técnica e política de planejamento e gestão do sus

A dificuldade de ter todos os municípios representados por seus técnicos nos Grupos é um problema constantemente lembrado pelos entrevistados na pesquisa. Apesar das reais dificuldades de alguns municípios pela pouca disponibilidade de transporte e insuficiência de pessoal na gestão, os entrevistados pontuam que em muitos casos estas ausências são um indicativo de que o gestor municipal não prioriza a participação de seus técnicos nos Grupos.

No Médio Paraíba, apesar de haver boa participação dos municípios na maioria dos Grupos, os entrevistados identificam que alguns gestores não incentivam as discussões regionais nestes espaços e nem sempre viabilizam a participação de seus técnicos. Este

⁴⁵ Estes encontros de dois ou mais Grupos Regionais foram uma estratégia da SES para induzir discussões de temas transversais nas regiões de saúde e no Médio Paraíba já acontecem pontualmente por iniciativa da própria região.

aspecto foi ressaltado pelo gestor municipal entrevistado ao pontuar que alguns dos Secretários não têm a percepção da importância das articulações regionais contínuas, o que tem como pano de fundo a baixa relevância dada à própria regionalização da saúde.

Este é um problema que aparece com mais intensidade em regiões onde não há boa articulação regional, mas que também está presente no Médio Paraíba. Percebe-se que a compreensão de que a organização regional é fundamental por possibilitar a negociação entre os entes federativos para a articulação dos serviços levando em conta as diversidades presentes no território e a necessidade de cooperação para garantia do cuidado integral (ALBUQUERQUE & VIANA, 2015), é, em diversos casos, limitada entre os gestores.

É observado pelos entrevistados que, quando há a participação da Área Técnica da SES no Grupo, os gestores tendem a ter uma maior percepção de que as discussões em pauta são relevantes e que o técnico de seu município precisa comparecer para se integrar no processo. Este é mais um aspecto que fala da importância da presença da SES nos Grupos Regionais, dando maior institucionalidade ao Grupo como espaço regional.

Um dos aspectos mais ressaltados pelos entrevistados ao destacarem a importância dos Grupos para a organização regional é a realização dos estudos técnicos que dão subsídio para as pactuações dos gestores em CIR. Pode-se dizer que os Grupos Regionais têm sido essenciais para a construção das propostas regionais, pois dão oportunidade para a realização de longas discussões técnicas feitas pelos que têm expertise em cada tema, para que os gestores se pautem no momento da tomada de decisão. Isto contribui para que a discussão técnica em uma perspectiva da qualificação da rede regional ganhe força frente a argumentos políticos ou que estejam direcionados apenas para o sistema municipal, facilitando as negociações no momento da CIR.

A construção coletiva realizada nos Grupos confere às propostas que encaminham à CIR a característica de ser um produto técnico regional. De acordo com os entrevistados isto leva a um maior envolvimento de técnicos e gestores com a execução das ações propostas. Muitas vezes estes produtos geram pleitos direcionados à Secretaria de Estado ou ao Ministério da Saúde e há o entendimento de que este mecanismo fortalece as demandas regionais.

A região aponta para uma perspectiva mais ampla de planejamento e negociação técnica e política (ALBUQUERQUE & VIANA, 2015) e é possível afirmar que, no estado do Rio de Janeiro, as reuniões de Plenário da CIR, apesar de fundamentais pelo caráter deliberativo, se esvaziariam de conteúdo técnico caso não houvesse os Grupos Regionais.

Neste caso poderiam, conforme colocado por representante do COSEMS, se tornar instâncias burocráticas.

Vale destacar que a redução das reuniões de CIR a discussões pontuais, com excesso de pautas induzidas pela política nacional/estadual e insuficiência de diálogo sobre os problemas específicos da região é um problema apontado em outros estudos (SANTOS & GIOVANELLA, 2014; SOUZA, SCATENA & KEHRIG, 2014; JUNIOR & SHIMIZU, 2015). Este problema pode ser enfrentado no estado do Rio de Janeiro pela realização dos Grupos Regionais que levam às CIR diversas pautas construídas a partir das necessidades identificadas pelos técnicos municipais. Assim, os Grupos Regionais têm sido importantes para a qualificação técnica das discussões realizadas em CIR, permitindo que sejam colocados os problemas identificados na rede e propostas ações compartilhadas entre os municípios.

Os Grupos têm o potencial, portanto, de fortalecer o aspecto técnico da discussão regional, mas a reunião da CIR precisa estar politicamente fortalecida e contar com a presença dos gestores, pois é neste momento que se dão as negociações em torno das propostas e estudos realizados pelos Grupos. Assim, se há, por exemplo, a necessidade de reorganização dos fluxos da Rede em função do fechamento de um serviço, o Grupo Condutor responsável pelo monitoramento da Rede em questão se reúne, formula uma proposta e encaminha aos gestores, que podem ou não aprovar as indicações do Grupo. Desta forma, a articulação entre a proposta técnica e a decisão política será sempre um desafio para os Grupos.

Para evitar que haja um grande abismo entre o âmbito técnico e o político, o que deixaria os Grupos sem função, é fundamental que a representação técnica no Grupo esteja profundamente articulada com o gestor municipal. Se os Secretários de Saúde dos municípios não acompanham o andamento das discussões dos Grupos, dialogando com seus técnicos ao longo do processo, pode não haver concordância quando a proposta é apresentada em CIR, sendo necessária reformulação o que retarda o processo. É possível, ainda que haja a pactuação sem que o gestor tenha tido clareza de todo o proposto e de suas implicações, gerando grandes chances de não efetivação da proposta.

Em contrapartida, quando a comunicação entre os gestores e seus técnicos é boa, estes ganham respaldo para o trabalho e os Grupos maior capacidade de atuação. Neste sentido, é fundamental que os técnicos presentes nos Grupos de fato estejam representando seus municípios e possam se posicionar frente às questões em pauta de forma alinhada com o gestor municipal.

6.4. Perfil, representatividade e rotatividade dos participantes dos grupos regionais

Grupos que têm pouca participação dos municípios apresentam grandes dificuldades de encaminhar as discussões e têm menor capacidade de formular produtos de caráter regional, como é o caso do GC da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência no Médio Paraíba (Quadros 8 e 10, páginas 102 e 123). Entretanto, mesmo nos Grupos que atingem 80% de participação dos municípios, a falta constante de alguns municípios é apontada como prejudicial ao seu funcionamento.

Além da assiduidade, a qualificação dos técnicos, o acúmulo do aprendizado regional e a operacionalização dos processos de planejamento são muitas vezes limitados pelas constantes mudanças, dentro de um mesmo período de gestão municipal, de Secretários de Saúde e de técnicos que representam os municípios nos Grupos. Esta rotatividade causa entraves para o andamento das discussões nos Grupos e gera interrupções em construções que por vezes levam meses para serem articuladas.

Soma-se a isto o fato dos técnicos designados para os Grupos nem sempre terem a qualificação necessária para dar andamento às discussões em pauta. É preciso que o Grupo seja tecnicamente forte para realizar estudos aprofundados, trabalhar as questões com os gestores, articular com outras Áreas e desdobrar ações em seus municípios visando à qualificação da rede. Os próprios Grupos ajudam a qualificar os técnicos da gestão municipal e trazer algum nivelamento entre os municípios, mas a rotatividade dos técnicos dificulta a manutenção desta qualificação.

Em alguns Grupos, ainda, esta qualificação técnica existe, mas é restrita ao tema assistencial, gerando Grupos com pouca apropriação de questões estratégicas da gestão da rede, como o acesso aos leitos, remanejamento de teto financeiro, regulação e aplicação de recursos. Grupos com estas características tendem a se dedicar a pautas voltadas para a qualificação dos profissionais dos serviços, sem se apropriar devidamente de outras questões que também são fundamentais para o bom funcionamento da rede e para o desenvolvimento de uma cultura regional de planejamento.

A articulação entre os Grupos para a discussão de temas estratégicos poderia contribuir para o aumento da abrangência das propostas pautadas em cada Grupo, apontando-se mais uma vez para importância da integração entre os Grupos Regionais.

A maior participação de outros atores nos Grupos também poderia contribuir neste sentido. Os serviços de referência, como hospitais e maternidades ainda são pouco presentes nos Grupos Condutores e mesmo onde estão presentes, como no GC da Rede de Urgência e

Emergência (RUE) e da Rede Cegonha do Médio Paraíba, ainda não há participação de todos os serviços convidados. Além disso, muitas vezes estes serviços são representados por técnicos da assistência e não pela gestão, o que dificulta o encaminhamento de determinadas questões.

Considerando a diversidade de atores que compartilham o poder e precisam estar envolvidos nos processos formuladores e decisórios para o planejamento em saúde (ARTMANN & RIVERA, 2012) as discussões realizadas nos Grupos se enriquecem quando não ficam restritas aos técnicos da gestão municipal. Neste sentido, é importante que se faça uma análise também sobre a pouca participação de representações dos prestadores de serviços conveniados ao SUS nos Grupos. Os tipos de relação público-privada e os interesses corporativos interferem profundamente na conformação das redes de atenção nas regiões de saúde, sendo a regulação destas relações feita pela ótica pública e a partir das necessidades de saúde da população, aspectos fundamentais na condução dos processos de regionalização (LIMA et. al. 2010).

6.5. Limitações dadas pela realidade regional para o planejamento e a gestão do sus

Os problemas estruturais na rede de atenção à saúde podem dificultar a efetivação das propostas dos Grupos e a melhoria da qualidade do cuidado na região de saúde. São entraves que se apresentam principalmente relacionados aos seguintes aspectos: baixa qualificação com que os profissionais chegam aos serviços; alta rotatividade destes profissionais nos serviços; realidade limitada da oferta; e problemas de financiamento do SUS.

A insuficiência na oferta dos serviços é um problema real que dificulta que se coloque em prática o que é planejado nos Grupos. Ressalta-se a previsão de novos recursos pela via das Redes Temáticas levaram à criação dos Grupos Condutores, mas boa parte deste financiamento ainda não foi efetivado. Isto impediu que a ampliação da oferta de leitos prevista em Planos já aprovados não se efetivassem, como no caso do Plano de Ação da Rede Cegonha no Médio Paraíba. No contexto atual, uma questão importante a ser tratada diz respeito às repercussões da crise econômica para a estratégia de Grupos Regionais no estado e para o próprio processo de regionalização.

A região do Médio Paraíba já vem sentindo os efeitos da crise vivenciada pelos municípios sobre a organização da rede de atenção à saúde, pois alguns serviços de referência não estão funcionando com a mesma capacidade ou precisaram ser fechados, ao mesmo tempo que cresce a população exclusivamente dependente do SUS em função das demissões nas grandes empresas da região e da conseqüente perda dos planos de saúde. Os entrevistados

identificam que este panorama tem gerado a sobrecarga dos serviços em funcionamento e a desorganização do fluxo planejado para a rede na região. Neste contexto, a solidariedade entre os municípios entra em risco, pois com recursos escassos cada município tende a privilegiar o atendimento de sua população. Em relação às Redes Temáticas, a falta de perspectiva atual de recebimento de novos recursos prejudica muito o andamento dos Grupos Condutores Regionais, principalmente no que se refere ao apoio dos gestores municipais.

Ao mesmo tempo, já se percebe uma diminuição da presença da SES nos Grupos Regionais no ano de 2016 em virtude principalmente da falta de transporte para o deslocamento. Em algumas regiões e particularmente no Médio Paraíba, os municípios vêm se organizando para tentar viabilizar o transporte dos técnicos da SES, pois reconhecem a importância desta presença para o andamento dos Grupos e das construções regionais de forma geral. Em contrapartida, os técnicos de algumas Áreas da SES seguem fazendo os deslocamentos apesar da impossibilidade de recebimento de diárias.

Neste sentido, há um esforço, tanto dos técnicos da SES quanto dos municípios em fazer com que o ganho obtido com os Grupos Regionais e o próprio processo de regionalização não seja desconstruído, mas o risco de haver uma desmobilização por falta de estrutura é real. Há um reconhecimento de que a presença da SES nas regiões de maneira física (com seus técnicos e gestores) e estrutural (ao oferecer um local para sediar os CGR/CIR) foi fundamental para impulsionar a regionalização em 2009 e é fundamental para a continuidade do processo, o que inclui a realização dos Grupos Regionais. Essa presença exige uma logística de funcionamento que hoje já vem se perdendo.

Este contexto, aliado a troca de gestão municipal no ano de 2017, é de grande risco para a continuidade dos Grupos. A SES teria papel fundamental nesta transição trazendo o elemento de continuidade, mas além das dificuldades de deslocamento dos técnicos do nível central para as regiões, muitos dos profissionais que vinham trabalhando com os Grupos estão deixando a SES, seja em função do corte de pessoal, do atraso nos salários ou das más condições de trabalho.

Percebe-se que a Secretaria de Estado investiu em unidades de pronto-atendimento e hospitais gerais, exercendo em grande escala a função prestadora de serviços, função prioritariamente designada aos municípios e a qual o estado deveria compor em caráter de exceção e em áreas estratégicas (MACHADO, LIMA E BAPTISTA, 2007). Com a crise econômica e a queda dos recursos flutuantes advindos dos royalties do petróleo, o estado encontra dificuldades em sustentar estes serviços e também em exercer as demais macro-funções gestoras.

O financiamento com alocação de recursos estaduais nas regiões de saúde, considerando suas especificidades e as necessidades de investimentos, que já era muito pequeno, tende a diminuir ainda mais. A coordenação intergovenamental e do planejamento regional, funções que vinham sendo construídas também entram em risco pela fragilidade institucional que a SES vem passando e pelas impossibilidades de se fazer presente nas regiões de saúde, o que tem chegado a acontecer não apenas nos Grupos Regionais, mas também nas reuniões de CIR.

Apesar de toda negatividade presente no cenário atual, foi possível perceber entre os entrevistados ainda algum otimismo, colocando-se a busca de alternativas criativas para se continuar o trabalho neste novo contexto tanto no que compete aos municípios como à SES. Um exemplo é a maior utilização de tecnologias que possibilitam reuniões à distância como web e vídeo conferência, ainda que esta não seja uma solução simples, visto a necessidade de infraestrutura.

Foi bastante colocado que neste momento é crucial que as regiões estejam muito bem organizadas para que os gastos sejam feitos da maneira mais eficiente possível. Neste sentido, o caminho seria estruturar mais o planejamento regional e também investir nas ações que não dependem de recursos e sim de diálogo e articulação, trabalhando para que a rede funcione melhor com o que já se tem.

Assim, de um modo geral os entrevistados acreditam que havendo um bom planejamento, com uma discussão clara na região, pode ser possível racionalizar os recursos regionalmente e otimizar os serviços, mas por outro lado, entendem que a crise pode agravar situações difíceis, principalmente para os municípios que já tinham poucos recursos e para as regiões com maiores dificuldades de articulação.

Quando não há um diagnóstico claro do território e um planejamento para a aplicação dos recursos a partir de uma visão regional, muitas vezes este é aplicado de forma equivocada e não repercute em melhoria do atendimento da população. Entretanto, mesmo desse ponto de vista, o processo tende a se estagnar quando não há recurso suficiente para financiar estratégias chave para a solução de problemas. Estas estratégias vão desde a ampliação de leitos de alta complexidade na região até a presença contínua da SES realizando as articulações necessárias para a construção de um planejamento regional sólido e de uma rede de atenção articulada regionalmente.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

No estado do Rio de Janeiro se observam esforços no sentido da organização regional do sistema de saúde com investimento no funcionamento das CIR, mas também através da realização dos Grupos Regionais. Esta estratégia representa uma alternativa de organização das discussões técnicas nas regiões tendo em vista a inexistências de diretorias regionais da Secretaria de Estado.

A análise dos Grupos Regionais no Médio Paraíba demonstrou que estes têm contribuído para operacionalização das discussões regionais. Os Grupos possibilitam os encontros e a troca de experiências entre os municípios, gerando uma visão regional e uma cultura de planejamento e gestão. São estes Grupos que elaboram diagnósticos, levantam os problemas e demandas da rede de atenção e propõe ações para o enfrentamento das maiores dificuldades encontradas. Os estudos realizados pelos Grupos dão subsídio às discussões ligadas aos diversos temas estruturantes da regionalização da saúde, tais como: regulação, Programação Pactuada e Integrada, Plano das Redes de Atenção à Saúde e elaboração dos pleitos regionais para que ganhem legitimidade junto à SES/RJ e ao Ministério da Saúde.

Na região do Médio Paraíba foi possível também identificar que os Grupos Condutores Regionais das Redes de Urgência e Emergência, Cegonha e Atenção Psicossocial têm conseguido orientar a gestão destas Redes, pois, conseguem discutir os fluxos da rede, os problemas encontrados no cotidiano e desdobrar ações para o enfrentamento dos mesmos. É possível afirmar que, em alguma medida, estes Grupos têm conferido maior dinamismo à organização das redes de atenção, pois viabilizam o amadurecimento das discussões em uma perspectiva técnica antes que cheguem para a deliberação dos Secretários Municipais no Plenário da CIR. Entretanto, ainda é preciso aumentar a participação dos gestores de serviços estratégicos para a gestão regional, tais como hospitais de referência e maternidades públicas e conveniadas ao SUS.

Vale lembrar que a região do Médio Paraíba é considerada a mais organizada do estado, com um histórico de articulação entre os municípios que a diferencia das demais e que facilita o funcionamento dos Grupos Regionais. Não é possível afirmar que os Grupos das demais regiões cheguem a exercer todas estas funções. Outros estudos serão necessários para que tenhamos clareza das possibilidades de atuação destes Grupos em regiões com maiores dificuldades de articulação.

Por outro lado, existem diversos aspectos que limitam a atuação dos Grupos. Estes aspectos vão desde as questões relativas ao seu funcionamento, como a assiduidade, capacidade técnica e decisória da representação municipal e o tipo de participação da SES, até aquelas relacionadas à implantação das ações propostas. As dificuldades para implantação das propostas, em geral estão associadas a limitações estruturais da rede regional ou à baixa articulação com os gestores municipais. Dentre as limitações dos Grupos Regionais, duas podem ser consideradas especialmente relevantes: a pulverização das discussões em diversos Grupos temáticos e a ausência da SES, seja como participante em alguns Grupos, seja no acompanhamento de seus desdobramentos nas regiões de saúde.

Os Grupos Regionais se mostraram potentes na consolidação de discussões temáticas, mas há pouca articulação entre eles para a construção de um planejamento a partir da visão da rede de atenção regional de forma ampla e integrada. O GT do Planejamento, que poderia ser o espaço privilegiado para esta construção, opera pouco em relação à formulação do planejamento regional. Para que o GT do Planejamento pudesse ser mais propositivo em relação ao planejamento regional seria fundamental que os técnicos da Secretaria de Estado estivessem presentes e atuantes neste Grupo. Apesar da importante iniciativa de criação do GT de Planejamento e da realização das Oficinas de Planejamento Regional entre 2012 e 2013, a SES não se faz presente na discussão cotidiana do planejamento nas regiões de saúde quando deixa de participar deste Grupo.

Assim, a SES, que induziu a criação dos Grupos Regionais como espaços para o desenvolvimento de estudos técnicos que subsidiassem as decisões dos gestores municipais nas reuniões de CIR, não garantiu sua participação neste processo. Os resultados desta pesquisa indicaram que a ausência dos técnicos da SES fragiliza a atuação dos Grupos, mesmo na região do Médio Paraíba, onde há forte articulação regional entre os municípios, com uma história de atuação relevante do Consórcio de Saúde e maior organização e autonomia dos Grupos Regionais.

Ações desempenhadas pela SES no sentido de costurar as produções dos diversos Grupos e fortalecer o planejamento regional a partir deles poderiam não apenas fortalecer os Grupos Regionais como também a própria regionalização da saúde no estado.

Conclui-se, portanto, que os Grupos Regionais têm contribuído para a regionalização da saúde no estado, mas precisam avançar na elaboração de um planejamento regional integrado, sendo fundamental a atuação da esfera estadual na condução deste processo.

Apesar dos avanços obtidos no processo de regionalização no estado do Rio de Janeiro, permanecem dois grandes desafios. Primeiro, aumentar a capacidade de elaboração

de um planejamento de base regional, incluindo suas realidades diversas e desiguais, para que possa haver uma diversificação de políticas relacionadas às dinâmicas do sistema e às necessidades de saúde da população em cada região de saúde. Segundo, a necessidade de maior atuação da SES junto às regiões e aos Grupos Regionais, para que se fortaleça a coordenação e a gestão regional do SUS.

Cabe destacar, ainda, que o processo de regionalização da saúde foi induzido em um cenário de crescimento econômico do país, que marcou a primeira década dos anos 2000. Atualmente, no cenário menos favorável que se apresenta em função da crise econômica no país e, sobretudo no estado do Rio de Janeiro, existe a ameaça de deterioração deste processo.

Este estudo representa a memória de um período em que a atuação da SES junto às regiões de saúde esteve em ascensão. Hoje, o movimento contrário já é perceptível, pois os técnicos da SES têm tido cada vez menos possibilidades de estarem presentes nas regiões de saúde, pois crescem as dificuldades com pessoal e faltam recursos para o custeio dos deslocamentos. Estudos subseqüentes serão necessários para demonstrar as repercussões da crise econômica para o processo de regionalização da saúde no estado do Rio de Janeiro e para a atuação dos Grupos Regionais.

Neste cenário, mais do que nunca, será fundamental pensar em estratégias mais eficientes e efetivas para a garantia da integralidade do cuidado nas regiões de saúde, aumentando a necessidade de maior investimento na capacidade de planejamento, gestão e coordenação intergovernamental das regiões e redes de atenção à saúde.

REFERÊNCIAS

ABRUCIO, F. L. Reforma política e federalismo. In: BENEVIDES, M. V.; KERCHÉ, F.; VANNUCHI, P. (Org.) *Reforma Política e Cidadania*. São Paulo: Editora Fundação Perseu Abramo, 2003.

ALBUQUERQUE, M. V. de. *O enfoque regional na política de saúde brasileira (2001-2011): diretrizes nacionais e o processo de regionalização nos estados brasileiros*. Tese (Doutorado) – Faculdade de Medicina, Programa de Medicina Preventiva, Universidade de São Paulo, São Paulo. 2013. 280 f

_____.; VIANA, A. L. d'Á. Perspectivas de região e redes na política de saúde brasileira. *Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, v. 39, número especial, p. 28-38, dez. 2015. Disponível em: <http://www.saudeemdebate.org.br/artigos/artigo_int.php?id_artigo=3223> Acesso em: 08 jan. 2017.

_____.; MELLO, G. A.; IOZZI, F. L. O processo de regionalização em saúde nos estados brasileiros. In: VIANA, A. L. d'Á.; LIMA, L. D. (Org.) *Regionalização e relações federativas na política de saúde do Brasil*. Rio de Janeiro: Contra Capa, 2011.

ALMEIDA, M. H. T. Federalismo, democracia e governo no Brasil: idéias, hipóteses e evidências. *BIB: Revista Brasileira de Informação Bibliográfica em Ciências Sociais*, São Paulo, n. 51, p. 13-34. 1º semestre 2001.

ALMEIDA, P. F., FAUSTO, M. C., GIVANELLA, L. Fortalecimento da Atenção Primária à Saúde: estratégia para potencializar a coordenação dos cuidados. *Rev Panam de Salud Publica*, Washington, v. 29, n. 2, p. 84-95, feb. 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.org/pdf/rpsp/v29n2/a03v29n2.pdf>> Acesso em: 11 nov. 2016.

_____.; et al. Integração assistencial em região de saúde: paradoxo entre necessidades regionais e interesses locais. *Saúde e sociedade*, São Paulo, v. 25, n.2, p.320-335, Jun. 2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902016000200320&lng=en&nrm=iso> Acesso em: 14 Mar. 2017.

ANDRADE, S. R., MEIRELLES, B. H. S.; LANZONI, G. M. M. Educação Permanente em Saúde: atribuições e deliberações à luz da Política Nacional e do Pacto de Gestão. *O Mundo da Saúde*, São Paulo, v. 35, n. 4, p. 373-381, out-dez. 2011. Disponível em: <http://www.saocamilo-sp.br/pdf/mundo_saude/88/02_EducacaoPermanente.pdf> Acesso em: 3 jul. 2016.

ARAÚJO, T. B. O elogio da diversidade regional brasileira. [entrevista]. In: MINEIRO, A. S.; ELIAS, L. A.; BENJAMIN, C. (Org.). *Visões da crise*. Rio de Janeiro: Contraponto, p. 161-181, 1998.

ARRETCHE, M.; SCHLEGEL, R. *Os estados nas federações: tendências gerais e o caso brasileiro*. Banco Interamericano de desenvolvimento, fev. 2014. Disponível em: <<http://publications.iadb.org/handle/11319/6349?locale-attribute=en>> Acesso 16 jul. 2015.

ARTMANN, E.; RIVERA F. J. U. L'hôpital en restructuration: regards croisés sur la France et le Québec [RESENHA]. *Cad. de Saúde Pública*, Rio de Janeiro: ENSP/Fiocruz, v. 22, n.10, out. 2006.

BAPTISTA, T. W. F. História das políticas de saúde no Brasil: a trajetória do direito à saúde. In: MATTA, G. C.; PONTES, A. L. M. (Org.). *Políticas de saúde: a organização e a operacionalização do Sistema Único de Saúde*. Rio de Janeiro: EPSJV/Fiocruz, v.3, 2007.

BARDIN, L. *Análise de conteúdo*. Lisboa: Ed. 70, 1979.

BARROS, D. M. *Financiamento, condições de vida e saúde: rendas petrolíferas e desigualdades entre municípios da região Norte Fluminense do estado do Rio de Janeiro*. 2015. Tese (Doutorado) – Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro, 2015.

BOTTI, C. S. et al. Regionalização dos Serviços de Saúde em Mato Grosso: um estudo de caso da implantação do Consórcio Intermunicipal de Saúde da Região do Teles Pires, no período de 2000 a 2008. *Epidemiologia e Serviços de Saúde*, Brasília, v. 22, n. 3, p. 491-500, set. 2013. Disponível em: <http://scielo.iec.pa.gov.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-49742013000300014&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 07 fev. 2017.

BRANDÃO, C. Pacto federativo, reescalonamento do Estado e desafios para a integração e coesão regionais e para legitimar políticas de desenvolvimentos regional no Brasil. In: BRANDÃO, C.; SIQUEIRA, H. (Org.). *Pacto federativo, integração nacional e desenvolvimento regional*. São Paulo: Editora Fundação Perseu Abramo, 2013.

BRASIL. Constituição (1988). Constituição da República Federativa do Brasil: promulgada em 5 de outubro de 1988. Brasília: Senado Federal, 1988.

_____. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. *O estado e as Redes de Atenção à Saúde*. Brasília: CONASS, 2012.

_____. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. *Coleção Progestores: para entender a gestão do SUS*. Vol. 1. Brasília: CONASS, 2007.

_____. Decreto n. 7508, de 28 de junho de 2011. Regulamenta a Lei n. 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde – SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília, DF, 29 jun, 2011.

_____. Diário Oficial da União. Lei n° 8080/90. Dispõe sobre as condições para promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o financiamento dos serviços correspondentes e da outras providências. Brasília DF, 19 de setembro de 1990.

_____. Ministério da Saúde. Portaria n.º 95, de 26 de janeiro de 2001. Norma Operacional da Assistência à Saúde NOAS-SUS 01/2001. Diário Oficial da União, Poder Executivo, Brasília, DF, fev. 2001.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Diretrizes operacionais dos pactos pela

vida, em defesa do SUS e de gestão. Brasília, 2006. (Série A. Normas e Manuais Técnicos.)

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação em Saúde. Política Nacional de Educação Permanente em Saúde. Brasília, 2009.

_____. Ministério da Saúde, 2010. Portaria Ministério da Saúde n. 4279/2010.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Articulação Interfederativa. *Caderno de Informações para a Gestão Interfederativa no SUS* / Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Articulação Interfederativa. – Brasília : Ministério da Saúde, 2012.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Articulação Interfederativa. *Caderno de Diretrizes, Objetivos, Metas e Indicadores: 2013 – 2015* / Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Articulação Interfederativa. – Brasília : Ministério da Saúde, 2013.

BRITO, S, M, F. *Avaliação de estados e municípios na execução do Projeto Vigisus II: limites e possibilidades*. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Pós-graduação em Saúde Coletiva do Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia, Bahia, 2008. 96 f.

CAMPOS, G. W. S. *Um método para análise e co-gestão de coletivos*. A constituição do sujeito, a produção de valor de uso e a democracia em instituições: o método da roda. São Paulo: Hucitec, 2000. 236 p.

_____. Efeitos paradoxais da descentralização no Sistema Único de Saúde do Brasil. In: Fleury, S. (Org.). *Democracia, descentralização e desenvolvimento: Brasil & Espanha*. Rio de Janeiro: Editora FGV; 2006.

CASTRO, A. L. B.; FAUSTO M. C. R. A política brasileira de atenção primária à saúde. In: MACHADO C.V.; BAPTISTA T. W. F.; LIMA L. D. (Org.). *Políticas de saúde no Brasil: continuidades e mudanças*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; p. 173-196. 2012.

CATAIA, M. Território usado e federação: articulações possíveis. *Educação e Sociedade*, v. 34, n. 125, p. 1135-1151, dez. 2013. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-73302013000400007&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 08 fev. 2017.

CRUZ, V. L. V. Dinâmica Socioeconômica e Territorial no Estado do Rio de Janeiro Contemporâneo. In: GERSCHMAN, S.; SANTOS, A. M. S. P. (Org.). *Saúde e Políticas Sociais no Rio de Janeiro*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2016.

DAVIDOVICH, F. Estado do Rio de Janeiro: singularidade de um contexto territorial. *Revista Território*, Rio de Janeiro, ano v, n. 9, p. 9-24, jul./dez., 2000

DIAS, R. L. *Regulação médica de urgências na região do Médio Paraíba: uma proposta para avaliação da implantação do serviço*, 2012. Dissertação (Mestrado profissional) – Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2012. 99 f.

DUARTE, R. Entrevistas em pesquisas qualitativas. *Educar em Revista*, Curitiba: Editora UFPR. n. 24, p. 213-225, dez. 2004.

FERRAZ, F. *Contexto e processo de desenvolvimento das Comissões Permanentes de Integração Ensino-Serviço: perspectiva dos sujeitos sociais pautada na concepção dialógica de Freire*, 2011. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2011.

FRANZESE, C.; ABRUCIO, F. L. Efeitos recíprocos entre federalismo e políticas públicas no Brasil: os casos dos sistemas de saúde, de assistência social e de educação. In: HOCHMAN, G.; FARIA, C. A. (Org.). *Federalismo e políticas públicas no Brasil*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2013.

GERSCHMAN, S. Formulação e implementação de políticas de saúde no estado do Rio de Janeiro. In: UGÁ, M. A. de. et al. (Org.). *A gestão do SUS no âmbito estadual: o caso do Rio de Janeiro*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2010.

GOMES, R. Análise e interpretação de dados de pesquisa qualitativa. In: DESLANDES, S. F., GOMES, R., MINAYO, M. C. S. *Pesquisa Social: teoria, método e criatividade*. 34ª Ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2015.

IANNI, A. M. Z. MetrÓpole e região: dilemas da pactuação da saúde. O caso da região metropolitana da Baixada Santista, São Paulo, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*. 2012; v.28, n. 5, p. 925-934, Mai 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S01023-11X2012000500011&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 24 Mar. 2017

IBGE. *Censo Demográfico 2010*. Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. 2010. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/censo2010/default.shtm>> Acesso em: 17 mai. 2016.

KUSCHINIR R.; CHORNY, A. H. Redes de atenção à saúde: contextualizando o debate. *Ciência e Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 15, n. 5, p. 2307-2316, ago. 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232010000500006&lng=en&nrm=iso> Acesso em: 07 out. 2016.

_____. et al. Regionalização no Estado do Rio de Janeiro: o desafio de aumentar acesso e diminuir desigualdades. In: UGÁ, M. A. de. et al, (Org.). *A Gestão do SUS no Âmbito Estadual*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2010.

LESSA, C. *O Rio de todos os Brasis*. Rio de Janeiro: Record; 2000.

LEVCOVITZ, E.; LIMA L. D. de.; MACHADO C. V. Política de Saúde nos anos de 90: relações intergovernamentais e o papel das Normas Operacionais Básicas. *Ciência e Saúde Coletiva*, São Paulo, v. 6, n. 2, p. 269-291, 2001. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232001000200002&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 23 mai. 2016

LIMA, A. P. G. de. Os Consórcios Intermunicipais de Saúde e o Sistema Único de Saúde. *Caderno de. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 16, n. 4, p. 985-996, Dec. 2000. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2000000400017&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 27 set. 2016.

LIMA, L. D. de. A Comissão Intergestores Bipartite a CIB do Rio de Janeiro. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v.11, n. 1, p. 199-252, jun. 2001. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312001000100005&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 11 dez. 2016

_____, et al. Regionalização da saúde no Brasil. In: GIOVANELLA L. et al. (Org.). *Políticas e Sistema de Saúde no Brasil*. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz; 2012.

_____.; VIANA A. L. D.; MACHADO, C. V. A regionalização da Saúde no Brasil: Condicionantes e Desafios. In: SCATENA, J. H.G.; KEHRING, R. T.; SPINELLI, M. A. (Org.) *Regiões de Saúde: Diversidade e Processo de Regionalização em Mato Grosso*. São Paulo: Hucitec Editora; 2013.

_____.; et al. O Pacto Federativo Brasileiro e o Papel do Gestor Estadual no SUS. In: UGÁ, M. A. de. et al.(Org.). *A gestão do SUS no âmbito estadual: o caso do Rio de Janeiro*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2010.

_____.; et al. A Regionalização da Saúde no Estado do Rio de Janeiro. In: GERSCHMAN, S.; SANTOS, A. M. S. P. (Org.). *Saúde e Políticas Sociais no Rio de Janeiro*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2016.

MACHADO, C. V.; LIMA, L. D.; BAPTISTA, T. W. F. Configuração institucional e papel dos gestores no Sistema Único de Saúde. In: MATTA, G. C.; PONTES, A. L. C. (Org.). *Políticas de saúde: a organização e a operacionalização do Sistema Único de Saúde*. Rio de Janeiro: EPSJV/Fiocruz, 2007.

MANZINI, E. J. Entrevista semi-estruturada: análise de objetivos e de roteiros. In: *Seminário Internacional de Pesquisa e Estudos Qualitativos, 2*, A pesquisa qualitativa em debate. Anais, Bauru: SIPEQ, 2004. 1 CD-ROM.

MARTINS, W. J. A Prospectiva Estratégica e o Planejamento Estratégico Orientando Projetos de Saúde: uma articulação possível. 2003. Dissertação (Mestrado). Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz, 2003.

MATUS, C. Fundamentos da Planificação Situacional. In: URIBE, R. F. J. (Org.) *Planejamento e Programação em saúde: um enfoque estratégico*. São Paulo: Cortez, 1989.

_____. O Plano como aposta. In: GIACOMONI, J.; PAGNUSSAT, J. L. (Org.) *Planejamento e orçamento governamental*. Brasília: ENAP, 2006.

MEIRELES, C. "Mar absoluto". In: *Obra poética*. Rio de Janeiro: Aguilar, 1967.

MENDES, Á. et al. O processo de construção da gestão regional da saúde no estado de São Paulo: subsídios para a análise. *Saúde e Sociedade*, São Paulo, v. 24, n. 2, p. 423-437, Jun. 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-

12902015000200423&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 20 Mar. 2017.

MENDES, E. V. *O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família*. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2012.

MINAYO, M. C. S. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. 9ª Ed. São Paulo: Hucitec, 2006.

MONTEIRO NETO, A. Governos estaduais no federalismo brasileiro: capacidades e limitações no cenário atual. In: MONTEIRO NETO, A. (Org.). *Governos estaduais no federalismo brasileiro: capacidades e limitações governativas em debate*. Brasília: Ipea, 2014. Disponível em: <http://ipea.gov.br/portal/images/stories/PDFs/livros/livros/livro_governos_estaduais.pdf> Acesso em: 03 jul. 2015.

NORONHA, J. C. de; SOARES, L. T. A política de saúde no Brasil nos anos 90. *Ciência & Saúde Coletiva*, São Paulo, v. 6, n. 2, p. 445-450, 2001. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232001000200013&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 14 nov. 2015.

_____, MACHADO, C. V.; LIMA, L. D. A metrópole Rio de Janeiro: tamanho e diversidade e a busca da equidade nos cuidados de saúde. In: RASSI, E.; BÓRGUS, C. M. (orgs.). *Saúde nos aglomerados urbanos: uma visão integrada*. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2003. (Série Técnica Projeto de Desenvolvimento de Sistemas e Serviços de Saúde, 3)

OBINGER, H.; LEIBFRIED, S.; CASTELS, F. (Eds.) *Federalism and the Welfare State: New World and European experiences*. New York: Cambridge University, 2005.

OLIVEIRA, M. dos S.; ARTMANN, E. Regionalização dos serviços de saúde: desafios para o caso de Angola. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 25, n. 4, p. 751-760, abr. 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2009000400006&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 21 jan. 2016

PARADA, R. A Construção do Sistema de Saúde Estadual: antecedentes e formas de inserção. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 11, n. 1, p. 19-104, Jun. 2001. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312001000100003&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 18 Mar. 2016

PEREIRA, A. M. *Dilemas federativos e regionalização na saúde: o papel do gestor estadual do SUS em Minas Gerais*. 2009. Dissertação (mestrado) – Escola Nacional de Saúde Pública, FIOCRUZ, 2009.

PESTANA, M. V. C.; MENDES, E. V. *Pacto de gestão: da municipalização autárquica à regionalização Cooperativa*. Belo Horizonte; 2004.

PNUD. Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento – *Atlas do Desenvolvimento Humano*. Disponível em: <http://www.pnud.org.br/idh>. Acesso em: 30 jan. de 2016.

RAMALHO, J. R. Novas conjunturas industriais e participação local em estratégias de desenvolvimento. *Dados* [online]. Rio de Janeiro, v. 48, n. 3, p. 491-523, set. 2005.

Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0011-52582005000300002&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 20 mar. 2017.

REIS, Y. A. C. dos; CESSÉ, E. A. P.; CARVALHO, E. F. de. Consensos sobre o papel do gestor estadual na regionalização da assistência à saúde no Sistema Único de Saúde (SUS) *Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil*. Recife, v. 10, supl. 1, p. s157-s172, Nov. 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1519-38292010000500014&lng=en&nrm=iso> acesso em: 29 out. 2016.

RIBEIRO, A. C. T. Regionalização: fato e ferramenta. In: RIBEIRO, A. C. T. (org.). *Por uma sociologia do presente: ação, técnica e espaço*. Rio de Janeiro: Letra Capital, 2013 [2004].

RIO DE JANEIRO (Estado). Fundação Centro Estadual de Estatísticas, Pesquisas e Formação de Servidores Públicos do Rio de Janeiro. *Estado do Rio de Janeiro: regiões de Governo*. Disponível em: <http://www.fesp.rj.gov.br/ceep/info_territorios/divis_regional.html> Acesso em: 09 ago 2016

_____. Secretaria Estadual de Saúde. *Saúde na Área: Regionalização*. Rio de Janeiro: 2009.

_____. Secretaria Estadual de Saúde. *Caderno de Informações em Saúde - Saúde na Área: Regionalização*. Rio de Janeiro, 2009.

_____. Secretaria Estadual de Saúde. *Plano Diretor de Regionalização*. Rio de Janeiro, 2013.

_____. Secretaria de Estado de Saúde. *Atualização do Plano Diretor de Regionalização – 2012/2013*.

_____. Secretaria de Estado de Saúde e Defesa Civil. *Saúde na Área Regionalização – Caderno de informações em Saúde do Estado do Rio de Janeiro, 2009*.

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, jun. 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902015000200438&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 11 out. 2016.

SANTOS, A. M. dos; GIOVANELLA, L. Governança regional: estratégias e disputas para gestão em saúde. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v. 48, n. 4, p. 622-631, Ago. 2014. Disponível em: <http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102014000400622&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 14 Mar. 2017.

SANTOS, M. *Por uma outra globalização: do pensamento único à consciência universal*. Rio de Janeiro/São Paulo: Record, 2000.

_____.; SILVEIRA, M.L. *O Brasil: território e sociedade início do no século XXI*. Rio de Janeiro e São Paulo: Record, 2001.

SANTOS, V. P.; ALMEIDA, P. F. Estratégias de regionalização para garantia do cuidado integral em saúde: o caso de uma Comissão Intergestores Regional no Estado da Bahia. In:

ALMEIDA, P. F.; SANTOS, A. M.; SOUZA, M. K. (Org.) *Atenção Primária à Saúde na coordenação do cuidado em Regiões de Saúde*. Salvador, 2015.

SCATENA, J. H.; ONO, P. Institucionalidade e Governança no CGR: o caso de Juína. In: ALMEIDA, P. F.; SANTOS, A. M.; SOUZA, M. K. (Org.) *Atenção Primária à Saúde na coordenação do cuidado em Regiões de Saúde*. Salvador, 2015.

SCHNEIDER, A. Os consórcios intermunicipais de saúde no estado do Rio de Janeiro. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 11, n. 2, p.51-66, dez. 2001. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312001000200004&lng=en&nrm=iso Acesso em: 18 mar. 2016

SILVA, L. A. A. da. et al. Educação Permanente em Saúde na Ótica de Membros das Comissões de Integração Ensino-Serviço. *Revista de Enfermagem da UFSM*, v. 3, n.2, p. 296-306, out. 2013. Disponível em: <https://periodicos.ufsm.br/reufsm/article/view/8476>. Acesso em: 28 mai. 2016

_____, LEITE, M. T., PINNO, C. Contribuições das Comissões de Integração Ensino-Serviço na Educação Permanente em Saúde. *Trabalho Educação e Saúde*, Rio de Janeiro, v. 12 n. 2, p. 403-424, ago. 2014. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1981-77462014000200011&lng=en&nrm=iso Acesso em: 12 set. 2016.

SILVEIRA FILHO, R. M. et al. Ações da Comissão Intergestores Regional para gestão compartilhada de serviços especializados no Sistema Único de Saúde. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 26, n. 3, p. 853-878, Set. 2016. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312016000300853&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 14 Mar. 2017.

SOUZA, C. Políticas Públicas: uma revisão da literatura. *Sociologias*, Porto Alegre, ano 8, n. 16, p. 20-45, dez 2006. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1517-45222006000200003&lng=en&nrm=iso Acesso em: 20 jul. 2016.

_____. Instituições e mudanças: reformas da Constituição de 1988, federalismo e políticas públicas. In: HOCHMAN, G.; FARIA, C. A. (Org.). *Federalismo e políticas públicas no Brasil*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2013.

SOUZA, E.; SCATENA, J. H. G.; KEHRIG, R. T. Diagnóstico Situacional e Planejamento Regional das Ações de Saúde: o caso da região Sul Mato-Grossense. In: SCATENA, J. H. G.; KEHRIG, R. T.; SPINELLI, M. A. S. *Regiões de Saúde – Diversidade e Processo de Regionalização em Mato Grosso*. São Paulo: Hucitec, 2014.

UGÁ, M. A. de. et al.(Org.). *A gestão do SUS no âmbito estadual: o caso do Rio de Janeiro*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2010.

VENDRUSCOLO, C. et al. Inserção da Universidade no Quadrilátero da Educação Permanente em Saúde: Relato de Experiência. *Texto & Contexto Enfermagem*, Florianópolis, v. 25, n.1, mar. 2016. Disponível em:

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072016000100306&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 09 jan. 2017.

VIANA, A. L. D. et al. Sistema de saúde universal e território: desafios de uma política regional para a Amazônia Legal. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 23, supl. 2, p. S117-S131, 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2007001400002&lng=en&nrm=iso> Acesso em: 19 nov 2016.

_____. et al. Avaliação Nacional das Comissões Intergestores Bipartites (CIBs): As CIBs e Os Modelos de Indução da Regionalização no SUS. *Relatório Estadual Rio de Janeiro*. FM/USP; ENSP/Fiocruz, 2010.

_____.; LIMA, L. D. (Orgs). *Regionalização e relações federativas na política de saúde do Brasil*. Rio de Janeiro: Contracapa. 2011.

_____.; MACHADO, C. V. Descentralização e coordenação federativa: a experiência brasileira na saúde. *Ciência e Saúde Coletiva*, v. 14 n. 3, p. 807-817, 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v14n3/16.pdf>> Acesso 12 jul 2015.

VIANA, R. P. *Colegiados de gestão regional no estado do Rio de Janeiro: atores, estratégias e negociação intergovernamental*. 2012. Dissertação (mestrado). Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz; 2012.

_____.; LIMA, L. D. de. Colegiados de Gestão Regional no estado do Rio de Janeiro: atores, estratégias e negociação intergovernamental. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 23, n. 4, p. 1025-1049, Dec. 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312013000400002&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 14 Mar. 2017.

YIN, R. K. *Estudo de Caso: Planejamento e Métodos*. Porto Alegre: Bookman; 2001.

YUNES, J. O SUS na lógica da descentralização. *Estudos Avançados*, São Paulo, v. 13, n. 35, p.65-70, Abr. 1999. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-40141999000100006>. Acesso em: 12 jul. 2015.

APÊNDICE A – Roteiros de entrevista

➤ 1ª Etapa do trabalho de campo - modelo para Assessoria de Regionalização da SES/RJ, do COSEMS/RJ e do MS

Data da entrevista:

Local da entrevista:

Identificação do entrevistado

Nome:

Cargo/função ocupada:

Tempo que ocupa o cargo ou função:

- 1) Em sua opinião, que regiões de saúde estão mais bem organizadas e funcionando efetivamente como região?
- 2) Que regiões estão com o processo de implantação de Redes de Atenção à Saúde mais avançado?
- 3) Você acredita que existem regiões nas quais a atuação da SES é mais efetiva? Quais e por quê?
- 4) Qual a sua opinião sobre a estratégia de criação de Grupos Regionais nas CIR do estado do Rio de Janeiro?
- 5) Segundo a sua percepção, em quais regiões os Grupos Regionais têm funcionado melhor e com mais vigor e em quais regiões eles enfrentam maiores dificuldade para seu funcionamento? Por quê?
- 6) Como você vê a atuação da SES/RJ junto a estes Grupos?
- 7) Os Grupos costumam expressar a diversidade de atores e interesses (governamentais e não governamentais) envolvidos na região da saúde?
- 8) Qual tem sido a capacidade dos Grupos para a formulação de diagnósticos regionais coerentes com as realidades e as necessidades em saúde?
- 9) As discussões realizadas nos Grupos costumam influenciar as decisões das CIR?
- 10) Os Grupos Regionais influenciam a agenda do COSEMS?
- 11) Os Grupos Regionais têm sido importantes para a regionalização da saúde no estado do Rio de Janeiro? Por quê?
- 12) Os Grupos Regionais tem auxiliado na construção das redes de atenção à saúde?
- 13) Quais os limites para a atuação dos Grupos Regionais. Poderiam ser mais potentes?
- 14) Em uma conjuntura de crise econômica, que repercussões você acredita que teremos para o processo de regionalização da saúde e para a construção das redes de atenção no estado do Rio de Janeiro?
- 15) Considerações finais do entrevistado (algo que não foi perguntado e que o entrevistado considera relevante mencionar; ou alguma crítica ao roteiro de questões).

➤ **1ª Etapa do trabalho de campo - modelo para representantes das Área Técnica da SES/RJ**

Data da entrevista:

Local da entrevista:

Identificação do entrevistado

Nome:

Cargo/função ocupada:

Tempo que ocupa o cargo ou função:

- 1) Que regiões estão com o processo de implantação da Rede (*identificar a Rede Temática a qual a Área Técnica se vincula, se houver*) mais avançado?
- 2) Como se deu a criação do Grupo (*identificar o Grupo ao qual a Área Técnica se vincula*) e qual a sua opinião sobre esta estratégia?
- 3) Quais os principais objetivos do Grupo (*identificar o Grupo ao qual a Área Técnica se vincula*)? Estes objetivos se modificaram ao longo do tempo?
- 4) Qual a composição dos Grupos? Qual a frequência dos encontros?
- 5) Como são escolhidas as pautas das reuniões?
- 6) Como se dá a atuação da Área junto a estes Grupos? Os Grupos influenciam a agenda da Área?
- 7) Segundo a sua percepção, em quais regiões estes Grupos tem tido maior potência e em quais existe mais dificuldade para seu funcionamento? Por quê?
- 8) Os Grupos costumam expressar a diversidade de atores e interesses (governamentais e não governamentais) envolvidos na região da saúde?
- 9) Qual tem sido a capacidade dos Grupos para a formulação de diagnósticos regionais coerentes com as realidades e as necessidades em saúde?
- 10) As discussões realizadas nos Grupos costumam influenciar as decisões das CIR?
- 11) Na sua opinião, os Grupos Regionais têm sido importantes para a regionalização da saúde no estado do Rio de Janeiro? Por quê?
- 12) Os Grupos Regionais tem auxiliado na construção das redes de atenção à saúde?
- 13) Quais os limites para atuação dos Grupos Regionais. Poderiam ser mais potentes?
- 14) Em uma conjuntura de crise econômica, que repercussões você acredita que teremos para o processo de regionalização da saúde e para a construção das redes de atenção no estado do Rio de Janeiro?
- 15) Considerações finais do entrevistado (algo que não foi perguntado e que o entrevistado considera relevante mencionar; ou alguma crítica ao roteiro de questões

➤ **2ª Etapa do trabalho de campo - modelo para representante da Secretaria Executiva da CIR do Médio Paraíba:**

Data da entrevista:

Local da entrevista:

Identificação do entrevistado

Nome:

Cargo/função ocupada:

Tempo que ocupa o cargo ou função:

- 1) Solicitar que o entrevistado dê um breve panorama da regionalização da saúde no Médio Paraíba.
- 2) Como se deu a criação de Grupo Regionais na CIR da região Médio Paraíba? Qual a sua opinião sobre esta estratégia?
- 3) Como você vê a atuação da SES/RJ junto a estes Grupos? Como você vê a atuação dos municípios da região?
- 4) Qual a função da coordenação dos Grupos? Como é tirado o nome do coordenador?
- 5) Os Grupos costumam expressar a diversidade de atores e interesses (governamentais e não governamentais) envolvidos na região da saúde?
- 6) Na sua opinião, qual tem sido a capacidade dos Grupos para a formulação de diagnósticos regionais coerentes com as realidades e as necessidades em saúde da região?
- 7) Na sua opinião, as discussões do Grupo costumam ter continuidade e resolutividade? Costumam gerar produtos de caráter regional?
- 8) Existe articulação entre os Grupos? Como se dá?
- 9) As discussões realizadas nos Grupos costumam influenciar as suas decisões dos municípios?
- 10) As discussões realizadas nos Grupos costumam influenciar as decisões no plenário da CIR? Como?
- 11) Na sua opinião, os Grupos Regionais têm sido importantes para a organização da região Médio Paraíba? Eles têm auxiliado na construção das redes de atenção à saúde?
- 12) Que Grupos você identifica como mais potentes na região e por quê?
- 13) Quais os limites para a atuação dos Grupos Regionais na região? Como poderiam ser mais potentes?
- 14) Em uma conjuntura de crise econômica, que repercussões você acredita que teremos para o processo de regionalização da saúde e para a construção das redes de atenção no estado do Rio de Janeiro?
- 15) Considerações finais do entrevistado (algo que não foi perguntado e que o entrevistado considera relevante mencionar; ou alguma crítica ao roteiro de questões).

➤ **2ª Etapa do trabalho de campo - modelo para Secretário Municipal de Saúde da região do Médio Paraíba.**

Data da entrevista:

Local da entrevista:

Identificação do entrevistado

Nome:

Cargo/função ocupada:

Tempo que ocupa o cargo ou função:

- 1) Qual a sua opinião sobre a estratégia de criação de Grupos Regionais nas CIR?
- 2) Como você vê a atuação da SES/RJ junto a estes Grupos? Como você vê a atuação dos municípios da região?
- 3) Os Grupos costumam expressar a diversidade de atores e interesses (governamentais e não governamentais) envolvidos na região da saúde?
- 4) Na sua opinião, qual tem sido a capacidade dos Grupos para a formulação de diagnósticos regionais coerentes com as realidades e as necessidades em saúde da região?
- 5) As discussões realizadas nos Grupos costumam influenciar as suas decisões na gestão municipal? Como chegam até você?
- 6) As discussões realizadas nos Grupos costumam influenciar as decisões das CIR? Como?
- 7) Na sua opinião, os Grupos Regionais têm sido importantes para a organização da região Médio Paraíba? Eles têm auxiliado na construção das redes de atenção à saúde?
- 8) Quais os limites para a atuação dos Grupos Regionais na região? Como poderiam ser mais potentes?
- 9) Em uma conjuntura de crise econômica, que repercussões você acredita que teremos para o processo de regionalização da saúde e para a construção das redes de atenção no estado do Rio de Janeiro?
- 10) Considerações finais do entrevistado (algo que não foi perguntado e que o entrevistado considera relevante mencionar; ou alguma crítica ao roteiro de questões).

➤ **2ª Etapa do trabalho de campo - modelo para os representantes dos Grupos Regionais do Médio Paraíba.**

Data da entrevista:

Local da entrevista:

Identificação do entrevistado

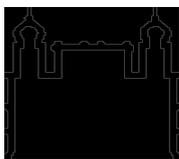
Nome:

Cargo/função ocupada:

Tempo que ocupa o cargo ou função:

- 1) Quando e como se deu a criação do Grupo (*identificar o Grupo do qual o entrevistado é participante/coordenador*)? O que motivou esta criação?
- 2) Quais os principais objetivos do Grupo (*identificar o Grupo do qual o entrevistado é participante/coordenador*)? Estes objetivos se modificaram ao longo do tempo?
- 3) Qual a composição do Grupo (*identificar o Grupo do qual o entrevistado é participante/coordenador*)? Há participação da SES? Há participação de outros atores permanente ou convidados?
- 4) Como se dá atuação da SES e dos municípios nos Grupos?
- 5) Qual a função da coordenação do Grupo? Como é tirado o nome do coordenador?
- 6) Onde costumam acontecer as reuniões e qual a frequência dos encontros?
- 7) Como são escolhidas as pautas das reuniões? Quais são as pautas mais recorrentes nas discussões do grupo?
- 8) Na sua opinião, as discussões do Grupo costumam ter continuidade e resolutividade?
- 9) As discussões do Grupos costuma gerar produtos de caráter regional, como documentos, protocolos, recomendações, etc?
- 10) Qual tem sido a capacidade do Grupo para a formulação de diagnósticos regionais coerentes com as realidades e as necessidades em saúde?
- 11) Existe articulação entre os Grupos? Como se dá?
- 12) As discussões realizadas no Grupo costumam influenciar as decisões no seu município?
- 13) As discussões realizadas no Grupo costumam influenciar as decisões da CIR? De que forma chegam à CIR?
- 14) Na sua opinião, os Grupos Regionais têm sido importantes para a organização da região Médio Paraíba? Eles tem auxiliado na construção das redes de atenção à saúde?
- 15) Quais os limites para atuação do Grupo X. Como poderia ser mais potente?
- 16) Considerações finais do entrevistado (algo que não foi perguntado e que o entrevistado considera relevante mencionar; ou alguma crítica ao roteiro de questões).

APÊNDICE B – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido



Ministério da Saúde

FIOCRUZ

Fundação Oswaldo Cruz

Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca



Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)

O(a) Sr(a) está sendo convidado(a) para participar da pesquisa intitulada **“O papel da Secretaria de Estado de Saúde do Rio de Janeiro no processo de regionalização: a estratégia dos Grupos Regionais”**, desenvolvida por Clarice Furtado de Oliveira, discente de Mestrado em Saúde Pública da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca da Fundação Oswaldo Cruz (ENSP/FIOCRUZ), sob orientação da Prof. Dra. Elizabeth Artmann e co-orientação da Prof. Dra. Mariana Vercesi de Albuquerque. A pesquisa dará origem a uma dissertação que será apresentada à ENSP/FIOCRUZ, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Saúde Pública.

Esse trabalho pretende analisar a atuação da Secretaria Estadual de Saúde do Rio de Janeiro no planejamento regional da saúde e na coordenação intergovernamental, com foco no funcionamento dos Grupos Regionais, no período de 2009 a 2015.

O(a) Sr(a) foi selecionado pelo conhecimento acumulado e/ou função relevante que exerce no contexto do processo de regionalização no estado do Rio de Janeiro e/ou por sua participação nos Grupos Regionais ligados às Comissões Intergestores Regionais.

Sua participação nesta pesquisa consistirá em responder perguntas de um roteiro de entrevista à pesquisadora de acordo com a sua experiência. A entrevista abordará questões relativas à regionalização da saúde no Estado do Rio de Janeiro e questões específicas relativas aos Grupos de discussão técnica existentes nas regiões de saúde do estado. A entrevista durará em torno de uma hora e será gravada, visando facilitar o processo de análise. O áudio ficará sobre posse exclusiva da pesquisadora, e será utilizada somente para fins desse estudo, sendo destruído após o período de cinco anos, conforme a Resolução n.196/96.

O nome do(a) Sr(a) não será divulgado para evitar a sua identificação, embora esta possa ser realizada em função da importância de sua trajetória e/ou cargo público que ocupa. As informações provenientes das entrevistas serão cotejadas com outras fontes de pesquisa, sendo sua interpretação e análise de responsabilidade da pesquisadora. Na eventualidade da

citação da fala de um entrevistado, os dados de identificação não serão expostos, podendo ser feita alguma referência mais genérica ao grupo a que pertence o entrevistado (por exemplo: representante da SES ou do COSEMS). Caso haja interesse, a pesquisadora se compromete a devolver os resultados do estudo aos entrevistados, por meio de apresentação oral aos grupos e/ou envio do trabalho final redigido.

A pesquisa oferece um baixo risco ligado ao constrangimento durante uma entrevista, mas sua participação não é obrigatória e a qualquer momento, o(a) Sr(a) pode desistir de participar e retirar seu consentimento, sem que seja penalizado de nenhuma maneira. Vale destacar que sua participação é muito importante para a execução da pesquisa, tendo como benefício direto a incorporação à pesquisa de uma leitura fundada na experiência dos atores envolvidos no processo.

A qualquer momento, durante a pesquisa, ou posteriormente, você poderá solicitar do pesquisador informações sobre sua participação e/ou sobre a pesquisa. Este termo é redigido em duas vias e o(a) Sr(a) receberá uma via, onde consta o telefone e o endereço do pesquisador principal e do Comitê de Ética em Pesquisa da ENSP, (CEP/ENSP). Em caso de dúvida quanto à condução ética do estudo, entre em contato com o CEP/ENSP. O Comitê de Ética é a instância que tem por objetivo defender os interesses dos participantes da pesquisa em sua integridade e dignidade e para contribuir no desenvolvimento da pesquisa dentro de padrões éticos. Dessa forma, o comitê tem o papel de avaliar e monitorar o andamento do projeto de modo que a pesquisa respeite os princípios éticos de proteção aos direitos humanos, da dignidade, da autonomia, da não maleficência, da confidencialidade e da privacidade.

Clarice Furtado de Oliveira
Pesquisadora

DAPS - Rua Leopoldo Bulhões, 1480 – 7º. Andar. Tel.: (21) 2598-2849

Tel: 21 99363-0605

e-mail: clafurtado@gmail.com

CEP/ENSP - Rua Leopoldo Bulhões, nº 1480, sala 314. Tel. e Fax: (21) 2598-2863

e-mail: cep@ensp.fiocruz.br

Declaro que entendi os objetivos, riscos e benefícios de minha participação na pesquisa e concordo em participar.

Rio de Janeiro, / /2016

Sujeito da Pesquis

APÊNDICE C – Quadro dos grupos regionais por região de saúde e ano de criação

Ano de Criação dos Grupos Regionais nas Comissões Intergestores Regionais do estado do Rio de Janeiro

Região de saúde	Anterior a 2012	2012	2013	2014	2015
<p>Baía da Ilha Grande</p> <p>Total de Grupos criados: 09</p>	<p>GT Dengue (transformado em GT de Vigilância em Saúde em 2014)</p> <p>GT Saúde Mental (transformado em GC Rede de Atenção Psicossocial em 2014)</p> <p>Comitê de Urgência e Emergência (transformado em GC da Rede de Urgência e Emergência em 2014)</p>	<p>GT de Programação Pactuada Integrada (transformado em GT de Planejamento no mesmo ano)</p>	<p>GT Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência (transformado em GC da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência em 2014)</p> <p>GT da Atenção Básica</p> <p>GC da Rede Cegonha</p>	<p>GT de Assistência Farmacêutica</p> <p>GC de Redes</p>	<p>Não houve criação de novos Grupos Regionais</p>
<p>Baixada Litorânea</p> <p>Total de Grupos criados: 11</p>	<p>GT Dengue (transformado em GT de Vigilância em Saúde em 2013)</p> <p>GT de Regulação (transformado em GT do Planejamento em 2012)</p> <p>GT de Urgência e Emergência</p> <p>GT de Saúde Mental (transformado em GC da Rede de Atenção Psicossocial em 2012)</p>	<p>GT da Rede Cegonha (transformado em GC da Rede Cegonha em 2013)</p>	<p>GT de Assistência Farmacêutica</p> <p>GT de Gestão do Trabalho</p> <p>GT da Atenção Básica</p> <p>GT da PPI</p>	<p>GT da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência</p> <p>GC de Redes</p>	<p>Não houve criação de novos Grupos Regionais</p>

<p>Centro Sul</p> <p>Total de Grupos criados: 10</p>	<p>GT Dengue (transformado em GT de Vigilância em Saúde em 2014)</p> <p>Comitê de Urgência e Emergência (transformado em GC da Rede de Urgência e Emergência em 2013)</p>	<p>GT de Planejamento</p> <p>GT Transitório de Assistência Farmacêutica</p> <p>GT de Regulação</p>	<p>GT da Atenção Básica</p> <p>GC da Rede de Atenção Psicossocial</p> <p>GC da Rede Cegonha</p>	<p>GC da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência</p> <p>GC de Redes</p>	<p>Não houve criação de novos GTs ou GCs</p>
<p>Médio Paraíba</p> <p>Total de Grupos criados: 12</p>	<p>GT Dengue (transformado em GT de Vigilância em Saúde em 2014)</p> <p>Comitê Gestor de Atenção às Urgências</p> <p>GT Saúde Mental (transformado em GC da Rede de Atenção Psicossocial em 2014)</p> <p>GT de Planejamento, Monitoramento e Avaliação</p>	<p>GT de Cegonha (transformado em GC da Rede Cegonha em 2014)</p> <p>GC Regional COAP</p>	<p>GT Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência (transformado em GC da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência em 2014)</p> <p>GT da Atenção Básica</p>	<p>GC da Rede Hospitalar</p> <p>GC de Redes</p>	<p>Não houve criação de novos Grupos Regionais</p>
<p>Metropolitana I</p> <p>Total de Grupos criados: 10</p>	<p>GT Dengue (transformado em GT de Vigilância em Saúde em 2013)</p> <p>GT de Urgência e Emergência</p>	<p>GC QualiSUS</p> <p>GT de Planejamento</p> <p>GT de Assistência Farmacêutica</p>	<p>GC da Rede Cegonha</p> <p>GT de Atenção Básica</p> <p>Grupo Técnico de Saúde do Trabalhador</p> <p>GC da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência</p>	<p>GC das Redes</p>	<p>Não houve criação de novos Grupos Regionais</p>

<p>Metropolitana II</p> <p>Total de Grupos criados: 10</p>	<p>Comitê Regional de Atenção às Urgências</p>	<p>GT Dengue (transformado em GT de Vigilância em Saúde em 2014)</p> <p>GT Rede de Atenção Psicossocial (transformado em GC da Rede de Atenção Psicossocial)</p> <p>GT POA - Hospital Universitário Antônio Pedro</p> <p>GT Planejamento</p>	<p>GT da Atenção Básica</p> <p>GT Regional de PPI</p> <p>GC da Rede Cegonha</p>	<p>GC da Rede da Pessoa com Deficiência</p> <p>GC das Redes</p>	<p>Não houve criação de novos Grupos Regionais</p>
<p>Noroeste</p> <p>Total de Grupos criados: 12</p>	<p>GT PPI</p> <p>Comitê de Urgência e Emergência</p> <p>GT de Serviço de Verificação de Óbito</p>	<p>GT de Planejamento</p> <p>GT Dengue (transformado em GT de Vigilância em Saúde em 2013)</p> <p>GT da Rede Cegonha (transformado em GC da Rede Cegonha em 2014)</p> <p>GT CEO Regional</p>	<p>GT da Atenção Básica</p>	<p>GC de Redes</p>	<p>GC da Rede de Atenção Psicossocial</p> <p>GC da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência</p> <p>GT da PPI / Regulação</p>

<p>Norte</p> <p>Total de Grupos criados: 11</p>	<p>GT Dengue (transformado em GT de Vigilância em Saúde em 2013)</p> <p>GT de Urgência e Emergência(transformado em GC da Rede de Urgência e Emergência em 2014)</p> <p>GT CEO</p> <p>GT de Serviço de Verificação de Óbito</p>	<p>GT PPI Regional e Regulação</p> <p>GT de Planejamento</p> <p>GT Rede Cegonha (transformado em GC Rede Cegonha em 2014)</p>	<p>GT de Atenção Básica</p>	<p>GC da Rede da Pessoa com Deficiência</p> <p>GC de Redes</p>	<p>Não houve criação de novos GTs ou GCs</p>
<p>Serrana</p> <p>Total de Grupos novos criados: 10</p>	<p>GT Dengue (transformado em GT de Vigilância em Saúde em 2014)</p> <p>GT Rede Cegonha (transformado em GC da Rede Cegonha em 2014)</p> <p>GT Urgência e Emergência</p>	<p>GT da peste</p> <p>GT SAMU</p> <p>GT PPI</p> <p>GT Planejamento</p>	<p>GT de Atenção Básica</p>	<p>GC da Rede de Atenção Psicossocial</p> <p>GC da Rede da Pessoa com Deficiência</p> <p>GC das Redes</p>	<p>Não houve criação de novos GTs ou GCs</p>

Fonte: Atas das reuniões das Comissões Intergestores Regionais. Quadro de elaboração própria.