



UNIVERSIDADE
ESTADUAL DE LONDRINA

RUBENS GRIEP

**A CONSTRUÇÃO E GOVERNANÇA DA REDE DE ATENÇÃO
ÀS URGÊNCIAS NA REGIÃO OESTE DO PARANÁ:
UM ESTUDO DE CASO**

RUBENS GRIEP

**A CONSTRUÇÃO E GOVERNANÇA DA REDE DE ATENÇÃO
ÀS URGÊNCIAS NA REGIÃO OESTE DO PARANÁ:
UM ESTUDO DE CASO**

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação *Stricto Sensu* em Saúde Coletiva da Universidade Estadual de Londrina (UEL), como requisito parcial para a obtenção do título de Doutor em Saúde Coletiva.

Orientadora: Prof. Dra. Elisabete de Fátima
Polo de Almeida Nunes.

Londrina
2018

Ficha de identificação da obra elaborada pelo autor, através do Programa de Geração Automática do Sistema de Bibliotecas da UEL

Griep, Rubens

A construção e governança da rede de atenção às urgências na região oeste do Paraná: um estudo de caso / Rubens Griep. - Londrina, 2018.
183 f. : il.

Orientador: Elisabete de Fátima Polo de Almeida Nunes.

Coorientador: Brígida Gimenez de Carvalho.

Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) - Universidade Estadual de Londrina, Centro de Ciências da Saúde, Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, 2018.

Inclui bibliografia.

1. Política de atenção às urgências - Tese. 2. Gestão interfederativa - Tese. 3. Redes de atenção à saúde - Tese. I. Nunes, Elisabete de Fátima Polo de Almeida. II. Carvalho, Brígida Gimenez de. III. Universidade Estadual de Londrina. Centro de Ciências da Saúde. Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva. IV. Título.

RUBENS GRIEP

**A CONSTRUÇÃO E GOVERNANÇA DA REDE DE ATENÇÃO ÀS
URGÊNCIAS NA REGIÃO OESTE DO PARANÁ:
UM ESTUDO DE CASO**

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação *Stricto Sensu* em Saúde Coletiva da Universidade Estadual de Londrina, como requisito parcial para obtenção do título de Doutor em Saúde Coletiva.

BANCA EXAMINADORA

Orientadora: Prof. Dra. Elisabete de Fátima
Polo de Almeida Nunes
Universidade Estadual de Londrina - UEL

Prof^a. Dr^a. Brígida Gimenez de Carvalho
Universidade Estadual de Londrina - UEL

Prof^a. Dr^a. Célia Regina Rodrigues Gil
Universidade Estadual de Londrina - UEL

Prof^a. Dr^a. Lilian Denise Mai
Universidade Estadual de Maringá - UEM

Prof^a. Dr^a. Sônia Cristina Stefano Nicoletto
Secretaria de Estado da Saúde do Paraná -
SESA/PR

SUPLENTES

Prof. Dr. Alberto Durán González
Universidade Estadual de Londrina – UEL

Prof^a. Dr^a. Maria Lucia Frizon Rizzotto
Universidade Estadual de Cascavel -
UNIOESTE

Londrina, 20 de setembro de 2018.

DEDICATÓRIA

À minha família, pela paciência... Pela ausência... Pela confiança!

AGRADECIMENTOS

À Deus, por me manter em pé ao longo de toda minha história.

Ao Maurino, João Paulo e Isaqui pelas constantes ausências e pelo apoio em todos os momentos.

Aos meus pais, por terem priorizado minha educação e me ensinado a caminhar com as próprias pernas... desde muito cedo.

À Luciana Osório Cavalli e à Marisa Tomazzoni, pela amizade e apoio incondicional.

À minha orientadora, Professora Elisabete de Fátima Polo de Almeida Nunes, pelo carinho, paciência, dedicação, sabedoria e respeito na condução de todo o processo de orientação.

À Professora Brígida Gimenez de Carvalho, que possibilitou com seu conhecimento, desprendimento e compromisso, o alcance dos objetivos propostos neste trabalho.

Aos professores do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, pelos momentos de aprendizado e reflexões.

Aos funcionários do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva pelo zelo com todos nós durante esta caminhada.

À minha Banca Examinadora, pelas valiosas contribuições para o aprimoramento da pesquisa e com o meu crescimento profissional.

ΕΠΙΓΡΑΦΕ

Minha vida é um todo indivisível, e todas as minhas atitudes encontram-se umas com as outras; e todas elas se elevam no meu amor insaciável pela humanidade.

Mahatma Gandhi

RESUMO

GRIEP, Rubens. **A construção e governança da rede de atenção às urgências na região oeste do Paraná: um estudo de caso.** 2018. 183 f. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) – Universidade Estadual de Londrina, Londrina, 2018.

RESUMO

OBJETIVO: Analisar o papel das Comissões Intergestores Regionais da 10ª e 20ª Regionais de Saúde do Paraná (CIR 10ª e 20ª RS-PR) na construção e governança da Rede de Atenção às Urgências e Emergências (RUE) para o território, considerando-se os objetivos específicos: a) Descrever e caracterizar a Macrorregião Oeste, as RUE existentes e o processo de implantação desta na 10ª e 20ª RS-PR; b) Caracterizar as normas jurídicas da Política de Atenção às Urgências no SUS e o modo como estas influenciaram a agenda de discussões para a implantação da RUE na Comissão Intergestores Bipartite (CIB) e nas CIR 10ª e 20ª RS-PR; c) Identificar os desafios evidenciados nas Comissões Intergestores para a gestão interfederativa e a governança das Redes de Atenção à Saúde (RAS), e d) Discutir a participação da CIR 10ª e 20ª RS-PR na construção, implantação e governança da RUE para o território. **MÉTODOS:** Trata-se de um estudo de caso realizado entre os anos de 2015 e 2016 junto as CIR 10ª e 20ª RS-PR, compostas por 25 municípios na 10ª RS-PR e 18 municípios na 20ª RS-PR. Para a estruturação desta tese, o objetivo específico “a” foi alcançado por meio da triangulação de dados obtidos por pesquisa documental e entrevista semiestruturada. Os demais objetivos foram apresentados no formato de artigos científicos com metodologia, resultados e conclusões próprias, conforme descrito: Objetivo b) Estudo descritivo, de natureza documental; Objetivo c) Revisão integrativa da literatura, e Objetivo d) Estudo de caso por meio de pesquisa documental, aplicação de questionário, entrevista semiestruturada e observação direta. **RESULTADOS:** A Macrorregião Oeste é composta por cinco Regionais de Saúde integrando 94 municípios com uma população estimada de 1.962.698 habitantes. Cascavel, sede da 10ª RS é também sede macrorregional para a média e alta complexidade. Observou-se a existência de três RUE interdependentes sendo que a conformação da RUE na 10ª e 20ª RS-PR envolveu múltiplos atores com diferentes interfaces hierárquicas no processo decisório, sob a regência do Estado, cabendo a CIR a validação do processo; identificou-se na Atenção às Urgências no SUS, predominância de planejamento normativo com forte indução central, desencadeado a partir da edição de normas jurídicas instituidoras de políticas que promovem reação em ondas junto a CIB e as CIR 10ª e 20ª RS-PR; destacam-se como desafios à gestão interfederativa e à governança das RAS a rotatividade e baixa capacidade de gestão, a ausência e/ou fragilidade dos sistemas de informação, as relações de poder existentes entre municípios e entre municípios e Estado, a insegurança jurídica para as decisões emanadas e a deficiência na proposição do financiamento de ações e serviços; identificou-se nas regiões estudadas uma estrutura formalista e burocrática com pouca autonomia no processo decisório, atrelada a insuficiente qualificação para gestão; as CIR 10ª e 20ª RS-PR apresentaram papel coadjuvante na definição da RUE, cabendo-lhes a formalização do desenho e dos critérios de financiamento interfederativo, com processos de comunicação verticais e pouco solidários. **CONCLUSÕES:** A despeito dos avanços observados, a participação da CIR 10ª e 20ª RS-PR se deu na fase de implantação e implementação da RUE, sendo ainda

limitada sua participação na identificação dos problemas e na definição das prioridades em saúde. As CIR apresentaram-se com institucionalidade intermediária na implantação e governança da RUE, sendo fundamental que os atores envolvidos construam, a partir de suas realidades e expectativas, um horizonte comum por meio da negociação e do consenso.

Palavras-chave: Gestão em Saúde. Regionalização. Governança. Políticas de Saúde. Urgência.

ABSTRACT

GRIEP, Rubens. **The construction and governance of the emergency care network in the western region of Paraná: a case study.** 2018. 183 p. Thesis (Doctoral Degree in Collective Health) – Universidade Estadual de Londrina, Londrina, 2018.

ABSTRACT

OBJECTIVE: To analyze the role of the Regional Interagency Commissions of the 10th and 20th Region of Health of Paraná (CIR 10th and 20th RS-PR) in the construction and governance of the Emergency and Emergency Attention Network (RUE) for the territory, considering the specific objectives: a) Describe and characterize the Western Macroregion, the existing RUEs and the process of implementing it in the 10th and 20th RS-PR; b) Characterize the legal norms of the Emergency Care Policy in the SUS and how they influenced the discussion agenda for the implementation of the RUE in the Bipartite Interagency Committee (CIB) and in the RIO 10th and 20th RS-PR; c) Identify the challenges highlighted in the Inter-managerial Committees for interfederative management and governance of Health Care Networks (RAS), and d) Discuss the participation of CIR 10th and 20th RS-PR in the construction, implementation and governance of RUE for the territory.

METHODS: This is a case study carried out between the years 2015 and 2016 with the RIO 10th and 20th RS-PR, composed of 25 municipalities in the 10th RS-PR and 18 municipalities in the 20th RS-PR. For the structuring of this thesis, the specific objective "a" was reached through the triangulation of data obtained through documentary research and semi-structured interview. The other objectives were presented in the format of scientific articles with their own methodology, results and conclusions, as described: Objective b) Descriptive study, of a documentary nature; Objective c) Integrative literature review, and Objective d) Case study through documentary research, questionnaire application, semi-structured interview and direct observation. **RESULTS:** The Western Macroregion is composed of five Health Regionals integrating 94 municipalities with an estimated population of 1,962,698 inhabitants. Cascavel, headquarters of the 10th RS is also a macro-regional headquarters for medium and high complexity. It was observed the existence of three interdependent RUEs, and that the RUE conformation in the 10th and 20th RS-PR involved multiple actors with different hierarchical interfaces in the decision-making process, under the State's regulation, and the CIR was responsible for validating the process; was identified in the Emergency Attention in the SUS, predominance of normative planning with strong central induction, triggered from the publication of legal norms establishing policies that promote waves in the CIB and the CIR 10th and 20th RS-PR; the challenges of interpersonal management and the governance of SANs include turnover and low management capacity, the absence and / or fragility of information systems, power relations between municipalities and between municipalities and the State, legal insecurity for decisions and deficiencies in proposing the financing of actions and services; a formalist and bureaucratic structure with little autonomy in the decision-making process, coupled with insufficient management qualification, was identified in the studied regions; the CIR 10th and 20th RS-PR presented a supporting role in the definition of the RUE, with the formalization of the design and criteria of inter-financial funding, with vertical communication processes and little solidarity. **CONCLUSIONS:** In spite of the

advances observed, the participation of CIR 10th and 20th RS-PR occurred in the implementation and implementation phase of RUE, and its participation in the identification of problems and in the definition of health priorities was limited. The CIRs presented themselves with intermediary institutions in the implementation and governance of the RUE, and it is fundamental that the actors involved build, from their realities and expectations, a common horizon through negotiation and consensus.

Keywords: Health Management. Regionalization. Governance. Health Policies. Urgency.

RESUMEN

Griep, Rubens. **La construcción y gobernanza de la red de atención a las urgencias en la región oeste de Paraná:** un estudio de caso. 2018. 183 p. Tesis (Doctorado en Salud Colectiva) – Universidade Estadual de Londrina, Londrina, 2018.

RESUMEN

OBJETIVO: Analizar el papel de las Comisiones Intergestores Regionales de la 10ª y 20ª Región de Salud de Paraná (CIR 10ª y 20ª RS-PR) en la construcción y gobernanza de la Red de Atención a las Urgencias y Emergencias (RUE) hacia el territorio, considerando los objetivos específicos: a) Describir y caracterizar la Macrorregión Oeste, las RUE existentes y el proceso de implantación de ésta en la 10ª y 20ª RS-PR; b) Caracterizar las normas jurídicas de la Política de Atención a las Urgencias en el SUS y el modo en que éstas influenciaron la agenda de discusiones para la implantación de la RUE en la Comisión Intergestores Bipartita (CIB) y en las CIR 10ª y 20ª RS-PR; c) Identificar los desafíos evidenciados en las Comisiones Intergestores para la gestión interfederativa y la gobernanza de las Redes de Atención a la Salud (RAS), y d) Discutir la participación de la CIR 10ª y 20ª RS-PR en la construcción, implantación y gobernanza de la RUE para el territorio. **MÉTODOS:** Se trata de un estudio de caso realizado entre los años 2015 y 2016 junto a las CIR 10ª y 20ª RS-PR, compuestas por 25 municipios en la 10ª RS-PR y 18 municipios en la 20ª RS-PR. Para la estructuración de esta tesis, el objetivo específico "a" fue alcanzado por medio de la triangulación de datos obtenidos por investigación documental y entrevista semiestructurada. Los demás objetivos fueron presentados en el formato de artículos científicos con metodología, resultados y conclusiones propias, conforme descrito: Objetivo b) Estudio descriptivo, de naturaleza documental; Objetivo c) Revisión integrativa de la literatura, y Objetivo d) Estudio de caso por medio de investigación documental, aplicación de cuestionario, entrevista semiestructurada y observación directa. **RESULTADOS:** La Macrorregión Oeste está compuesta por cinco Regionales de Salud integrando 94 municipios con una población estimada de 1.962.698 habitantes. Cascavel, sede de la 10ª RS es también sede macrorregional para la media y alta complejidad. Se observó la existencia de tres RUE interdependientes, siendo que la conformación de la RUE en la 10ª y 20ª RS-PR involucró a múltiples actores con diferentes interfaces jerárquicas en el proceso decisorio, bajo la regencia del Estado, correspondiendo a CIR la validación del proceso; se identificó en la Atención a las Urgencias en el SUS, predominancia de planificación normativa con fuerte inducción central, desencadenado a partir de la edición de normas jurídicas instituidoras de políticas que promueven reacción en ondas junto a la CIB y las CIR 10ª y 20ª RS-PR; se destacan como desafíos a la gestión interfederativa ya la gobernanza de las RAS la rotación y baja capacidad de gestión, la ausencia y / o fragilidad de los sistemas de información, las relaciones de poder existentes entre municipios y entre municipios y entre municipios y estados, la inseguridad jurídica para las las decisiones emanadas y la deficiencia en la proposición de la financiación de acciones y servicios; se identificó en las regiones estudiadas una estructura formalista y burocrática con poca autonomía en el proceso decisorio, ligada a insuficiente calificación para gestión; las CIR 10ª y 20ª RS-PR presentaron un papel coadyuvante en la definición de la RUE, cabiéndoles la formalización del diseño y de los criterios de financiamiento

interfederativo, con procesos de comunicación verticales y poco solidarios.
CONCLUSIONES: A pesar de los avances observados, la participación de la CIR 10ª y 20ª RS-PR se dio en la fase de implantación e implementación de la RUE, siendo aún limitada su participación en la identificación de los problemas y en la definición de las prioridades en salud. Las CIR se presentaron con institucionalidad intermedia en la implantación y gobernanza de la RUE, siendo fundamental que los actores involucrados construyan, a partir de sus realidades y expectativas, un horizonte común a través de la negociación y el consenso.

Palabras clave: Gestión en Salud. Regionalización. Gobernabilidad. Políticas de Salud. Urgencia.

LISTA DE FIGURAS

LISTA DE FIGURAS

Figura 01 - Mapa Político do Paraná – Divisão por Macrorregionais (2016)	62
Figura 02 - Mapa da Região Macrorregional Oeste (2016)	63
Figura 03 - Taxa geométrica de crescimento da população do Paraná, segundo municípios (2000 – 2010)	64
Figura 04 - Taxa de Mortalidade Infantil/1000NV segundo Regional de Saúde e Município, Paraná (2015).....	68
Figura 05 - Mapa de Abrangência da 7ª e 8ª RS-PR (2018)	71
Figura 06 - Mapa de Abrangência da 9ª RS-PR (2018).....	74
Figura 07 - Mapa de Abrangência da 10ª e 20ª RS-PR (2018)	76
Figura 08 - Municípios da 10ª e 20ª RS-PR consorciados ao CONSAMU e Unidades Móveis do SAMU 192 habilitadas (2018)	84
Figura 09 - Fluxograma relacionado ao processo de seleção dos artigos (2018).....	107
Figura 10 - Distribuição cronológica dos artigos selecionados e número de artigos em relação ao ano de publicação	109
Figura 11 - Localização da 10ª e 20ª RS-PR (2018)	127
Figura 12 - Linha do tempo com identificação dos principais marcos para a implantação da RUE na 10ª e 20ª RS-PR.....	131

LISTA DE GRÁFICOS

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 01 - Distribuição Normas Instituidoras e Complementares (2002 a 2015)	90
Gráfico 02 - Distribuição Portarias MS segundo objetivos (2002 a 2015)	91
Gráfico 03 - Reuniões e Deliberações CIB Paraná (2002 a 2015).....	93
Gráfico 04 - Reuniões CIR 10ª RS-PR e temas abordados (2009 a 2015)	95
Gráfico 05 - Reuniões CIR 20ª RS-PR e temas abordados (2009 a 2015).....	96
Gráfico 06 - Recorrência de discussões relacionadas ao tema 'Rede de Atenção às Urgências' nas reuniões da CIR 10ª e 20ª RS-PR (2009 a 2015)	130

LISTA DE TABELAS

LISTA DE TABELAS

Tabela 01 - Distribuição da população e a média do Índice de Desenvolvimento Humano dos municípios pertencentes a 7ª, 8ª, 9ª, 10ª e 20ª Regionais de Saúde do PR (2010)	63
Tabela 02 - Distribuição da população e Taxa Média Geométrica de crescimento anual segundo grandes grupos de idade, Regionais de Saúde da Macrorregião Oeste do Paraná, Região Sul e Brasil (2000 e 2010)	64
Tabela 03 - Distribuição da população por sexo e faixa etária da Macrorregião Oeste do Paraná (2010)	65
Tabela 04 - Proporção da Mortalidade Geral pelas principais causas de morte da Macrorregião Oeste do Paraná (2010 a 2014)	67
Tabela 05 - Óbitos por Causas Externas por residência por Grande Grupo CID10 segundo Macrorregião de Saúde (2015)	67
Tabela 06 - Óbitos Infantis por residência por Capítulo CID-10 segundo Região de Saúde (2015).....	68
Tabela 07 - Principais causas de internamento e custo médio dos residentes da Macrorregião Oeste (2014).....	69
Tabela 08 - Proporção de internações sensíveis à atenção primária por Regional de Saúde pertencente à Macrorregião Oeste e no Estado do Paraná (2013 a 2014).....	70
Tabela 09 - Localização das UPA 24 horas da 7ª e 8ª RS-PR (2017).....	72
Tabela 10 - Localização das Unidades Móveis SAMU 192 da 7ª e 8ª RS-PR (2017)	72
Tabela 11 - Localização dos Hospitais de Referência da 7ª e 8ª RS-PR (2017)	73
Tabela 12 - Distribuição do número de leitos totais e destinados ao SUS existentes e necessários na 7ª e 8ª RS-PR (2017).....	73
Tabela 13 - Localização das UPA 24 horas da 9ª RS-PR (2017)	74
Tabela 14 - Localização das Unidades Móveis SAMU 192 da 9ª RS-PR (2017)	75
Tabela 15 - Localização dos Hospitais de Referência da 9ª RS-PR (2017)	75

Tabela 16 - Distribuição do número de leitos totais e destinados ao SUS existentes e necessários na 9ª RS-PR (2017).....	75
Tabela 17 - Localização das UPA 24 horas da 10ª e 20ª RS-PR (2017).....	76
Tabela 18 - Localização das Unidades Móveis SAMU 192 da 10ª e 20ª RS-PR (2017)	77
Tabela 19 - Localização dos Hospitais de Referência da 10ª e 20ª RS-PR (2017)	78
Tabela 20 - Distribuição do número de leitos totais e destinados ao SUS existentes e necessários na 10ª e 20ª RS-PR (2017).....	78
Tabela 21 - Localização das Centrais de Regulação Médica de Urgências e abrangência dos Serviços de Atendimento Móvel de Urgência - SAMU 192 (2009)	80
Tabela 22 - Publicação anual das Normas Jurídicas da Política Nacional de Atenção às Urgências (2002 a 2016)	89
Tabela 23 - Resumo dos artigos analisados na revisão integrativa (2018).....	108
Tabela 24 - Distribuição dos artigos selecionados por periódicos, número de artigos, área da publicação e categoria dos artigos (2018)	109
Tabela 25 - Recorrência de temas discutidos em reuniões da CIR 10ª e 20ª RS-PR em relação à RUE (2009 a 2016)	135

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AMOP	Associação dos Municípios do Oeste do Paraná
APS	Atenção Primária à Saúde
CGR	Colegiado de Gestão Regional
CGUE	Coordenação Geral de Urgência e Emergência
CIB	Comissão Intergestores Bipartite
CIR	Comissão Intergestores Regional
CIRUSPAR	Consórcio Intermunicipal da Rede de Urgências do Sudoeste do Paraná
CIT	Comissão Intergestores Tripartite
COAP	Contrato Organizativo da Ação Pública da Saúde
CONSAMU	Consórcio Intermunicipal SAMU Oeste do Paraná
COSEMS	Conselho de Secretários Municipais de Saúde do Paraná
CRESEMS	Conselho Regional de Secretarias Municipais de Saúde
DAHU	Departamento de Atenção Hospitalar e Urgência
DATASUS	Departamento de Informática do SUS
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IDH	Índice de Desenvolvimento Humano
MS	Ministério da Saúde
NOAS	Norma Operacional de Assistência à Saúde
PDR	Plano Diretor de Regionalização
RAS	Rede de Atenção à Saúde
RS	Regional de Saúde
RUE	Rede de Urgência e Emergência
SAMU	Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
SAS	Secretaria de Atenção à Saúde
SE	Salas de Estabilização
SESA	Secretaria de Estado da Saúde do Paraná
SIM	Sistema de Informação de Mortalidade
SINASC	Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos
SUS	Sistema Único de Saúde
SVS	Secretaria de Vigilância em Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UEL	Universidade Estadual de Londrina
UPA	Unidade de Pronto Atendimento

SUMÁRIO

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	30
1.1	CONTEXTUALIZAÇÃO DO PROBLEMA	30
1.2	AS REDES DE POLÍTICAS	36
1.3	A AÇÃO COMUNICATIVA DE JÜRGEN HABERMAS	42
2	OBJETIVOS	50
2.1	OBJETIVO GERAL	50
2.2	OBJETIVOS ESPECÍFICOS	50
3	METODOLOGIA	52
3.1	CONTEXTO E SUJEITOS DO ESTUDO	53
3.2	INSTRUMENTOS E PROCEDIMENTOS DE COLETA DE DADOS	54
3.2.1	Pesquisa Documental	55
3.2.2	Questionário	56
3.2.3	Observação Direta	56
3.2.4	Entrevista Semiestruturada com Informantes-Chaves	57
3.3	PROCEDIMENTOS DE ANÁLISE DOS DADOS	58
3.4	ASPECTOS ÉTICOS	59
4	RESULTADOS	61
4.1	CARACTERIZAÇÃO DA MACRORREGIÃO OESTE	61
4.2	PERFIL DE MORBIMORTALIDADE DA MACRORREGIÃO OESTE	66
4.3	AS REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE DA MACROREGIÃO OESTE	70
4.4	A ESTRUTURAÇÃO DA RUE NA 10ª E 20ª RS-PR	78
4.5	ARTIGO 01: LEGISLAÇÃO DE ATENÇÃO ÀS URGÊNCIAS NO SUS E A ESTRUTURAÇÃO DA REDE DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA NA 10ª E 20ª REGIONAIS DE SAÚDE DO PARANÁ: UMA ANÁLISE DOCUMENTAL	85
4.5.1	Introdução	86
4.5.2	Bases Metodológicas	87
4.5.3	Resultados e Discussão	88
4.5.4	Conclusão	98

4.5.5	Referências	99
4.6	ARTIGO 02: DESAFIOS PARA A GOVERNANÇA DE REDES REGIONALIZADAS E INTEGRADAS DE ATENÇÃO À SAÚDE NO BRASIL: UMA REVISÃO INTEGRATIVA	103
4.6.1	Introdução.....	104
4.6.2	Bases Metodológicas.....	106
4.6.3	Resultados.....	107
4.6.4	Discussão	110
4.6.5	Conclusão.....	116
4.6.6	Referências	117
4.7	ARTIGO 03: O PROCESSO DE CONSTRUÇÃO E GOVERNANÇA DA REDE DE ATENÇÃO ÀS URGÊNCIAS EM REGIÕES DE SAÚDE DO PARANÁ	120
4.7.1	Introdução.....	121
4.7.2	Bases Metodológicas.....	122
4.7.2.1	Referencial Teórico-Analítico.....	124
4.7.3	Resultados e Discussão	126
4.7.4	Considerações Finais	139
4.7.5	Referências	141
5	CONSIDERAÇÕES FINAIS E CONCLUSÕES.....	146
	REFERÊNCIAS.....	151
	APÊNDICES	161
	APÊNDICE A – Autorização para Pesquisa 10ª RS	162
	APÊNDICE B – Autorização para Pesquisa 20ª RS	163
	APÊNDICE C – Autorização para Pesquisa CONSAMU.....	164
	APÊNDICE D – Termo de Confidencialidade e Sigilo	165
	APÊNDICE E – Roteiro Pesquisa Documental	166
	APÊNDICE F – Questionário Secretários Municipais de Saúde	167
	APÊNDICE G – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	171
	APÊNDICE H – Roteiro Observação Direta CIR 10ª E 20ª RS-PR.....	173
	APÊNDICE I – Roteiro Entrevista Diretores RS-PR	174

APÊNDICE J – Roteiro Entrevista Presidentes CIR 10ª e 20ª RS-PR	175
APÊNDICE K – Roteiro Entrevista Secretário Executivo CONSAMU	176
APÊNDICE L – Roteiro Entrevista Secretário Municipais de Saúde	177
ANEXO	178
ANEXO A – Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa da UEL.....	179

INTRODUÇÃO

1 INTRODUÇÃO

1.1 CONTEXTUALIZAÇÃO DO PROBLEMA

A concretização da saúde como um direito de cidadania é influenciada diretamente pela definição das responsabilidades de gestão e implementação das políticas no Sistema Único de Saúde (SUS), trazidas como diretrizes organizativas pela Constituição de 1988. De acordo com a Lei Federal nº 8.080, de 1990, a direção do SUS é única em cada esfera de governo, sendo de competência do Ministério da Saúde e das Secretarias de Saúde nos âmbitos estadual e municipal o desenvolvimento das funções de gestão do SUS (BRASIL, 1988; 1990a; 1990b).

A regionalização enquanto diretriz de estruturação do sistema de saúde está prevista na Constituição Federal (BRASIL, 1988) e na Lei nº 8.080 de 1990 (BRASIL, 1990a), mas os primeiros movimentos de implantação do SUS concentraram-se nos processos de descentralização e municipalização dos serviços e da gestão.

Observa-se que, a partir da NOB de 1993, a regionalização tem enfoque na articulação intermunicipal sem, no entanto, priorizar a estruturação de espaços regionais de saúde. Já a NOB de 1996 enfoca quase que exclusivamente a estruturação dos sistemas municipais de saúde (LAVRAS, 2011).

A partir das Normas Operacionais de Assistência à Saúde (NOAS 2001 e 2002), a regionalização passa a ter maior relevância com a instituição do Plano Diretor de Regionalização (PDR) como instrumento de planejamento e organização do SUS, porém evidencia-se a regionalização da assistência à saúde e o desenho da distribuição e articulação das ações e serviços assistenciais (LAVRAS, 2011).

O Pacto de Gestão, instituído pela Portaria nº 399 de 2006, com foco na integralidade, amplia a visão da regionalização, pressupondo a conformação de sistemas regionais e o PDR passa a assumir a função de instrumento de planejamento sistêmico do espaço regional, sendo proposta a implantação do Colegiado de Gestão Regional (CGR) com o papel de cogestão no espaço regional (LAVRAS, 2011).

O Decreto nº 7.508 de 2011 preenche espaços importantes no arcabouço jurídico do sistema de saúde brasileiro, regulamentando após mais de 20 anos, a Lei

nº 8.080 de 1990, tratando da organização do SUS, seu planejamento, a assistência à saúde e a necessária articulação interfederativa, contribuindo com o aprimoramento da gestão e avançando na garantia do direito à saúde a todos os cidadãos brasileiros (BRASIL 1990a; 2011a).

A articulação interfederativa passa a ser normatizada no Capítulo V, Seção I, Art. 30, Parágrafo III do mesmo Decreto, sendo que, no Parágrafo VI do Art. 4º da Resolução nº 01/2011 CIT é estabelecida a instituição da “*Comissão Intergestores Regional (CIR) de caráter interfederativo regional enquanto instância de pactuação e organização para a oferta de ações e serviços de saúde com ênfase nos aspectos relacionados a sua integração, financiamento e gestão*” (BRASIL, 2011a; 2011b, s.p.).

O Decreto determina ainda as diretrizes para a organização das Redes de Atenção à Saúde (RAS), destacando a gestão e a integração das ações e serviços entre os entes federativos (BRASIL, 1990a; 2011a) propondo, em sua Seção II, um acordo de colaboração entre os entes com o objetivo de organizar a rede interfederativa de serviços de saúde, estabelecendo no Art. 35. que o Contrato Organizativo da Ação Pública da Saúde (COAP) deve definir

(...) as responsabilidades individuais e solidárias dos entes federativos com relação às ações e serviços de saúde, os indicadores e as metas de saúde, os critérios de avaliação de desempenho, os recursos financeiros que serão disponibilizados, a forma de controle e fiscalização da sua execução e demais elementos necessários à implementação integrada das ações e serviços de saúde (BRASIL, 2011a, s.p.).

No Art. 36, são estabelecidas como essenciais neste processo o diagnóstico locorregional, a oferta de ações e serviços, as responsabilidades assumidas pelos entes, os indicadores e metas do sistema, os critérios de monitoramento e avaliação bem como os recursos já empregados e os necessários para a efetivação das ações (BRASIL, 2011a).

O arranjo institucional do SUS está construído com base em parcerias reguladas por pactos entre entes federativos autônomos, mas que compartilham a soberania num mesmo território e que buscam a interdependência para a construção de sistemas regionais de atenção à saúde. A construção das RAS exige que certos serviços comuns transcendam os limites municipais. Isso conduz ao estabelecimento

de parcerias entre municípios, estados e União, e implica a superação das relações hierárquicas, baseadas na autoridade, por relações poliárquicas, construídas pela cooperação e pela interdependência dos diversos atores sociais (MENDES, 2011).

Ao se associarem, os municípios e o estado devem constituir um sistema regional integrado de atenção à saúde, com base na cooperação gerenciada, gerando, pela sua ação solidária e pela interdependência, um excedente cooperativo. Ademais, a regionalização cooperativa, ao associar municípios contíguos de uma região, reconstitui uma escala adequada para a oferta, econômica e de qualidade, dos serviços de atenção à saúde (MENDES, 2011).

De acordo com Mendes (2011), as RAS são organizações poliárquicas, de conjuntos de serviços em uma Região de Saúde. Essa estrutura permite a oferta de atenção contínua e integral, sob coordenação da Atenção Primária à Saúde (APS), para uma população determinada, com responsabilidades sanitárias e econômicas para essa comunidade, com o objetivo de melhorar a qualidade da atenção, a qualidade de vida da população e os resultados sanitários.

Este conceito revela três elementos que constituem as RAS - a população, a estrutura operacional e o modelo de atenção. A estrutura operacional é formada pelos nós das redes e pelas ligações materiais e imateriais que comunicam esses diferentes nós, identificando-se em sua composição cinco elementos principais: (1) atenção primária à saúde; (2) pontos de atenção secundários e terciários, ambulatoriais e hospitalares; (3) sistemas de apoio; (4) sistemas logísticos e (5) sistema de governança (MENDES, 2011).

A regionalização cooperativa, operacionalmente, implica a instituição de entes regionais de governança para gerir as RAS. Disso resultam duas consequências principais: primeira, esses entes devem ser constituídos nos territórios sanitários regionais fundamentais - as micro e as macrorregiões sanitárias; e segunda, esses entes devem ter como objetos privilegiados a governança da APS e da atenção secundária à saúde nas microrregiões sanitárias e da atenção terciária à saúde nas macrorregiões sanitárias (MENDES, 2011).

Neste contexto, destaca-se o termo 'Governança' no SUS que pode ser entendido como a capacidade de intervenção que envolve diferentes atores, mecanismos e procedimentos para a gestão regional compartilhada. Esse processo deve favorecer: a articulação interfederativa; a formulação de políticas; o processo

decisório; a pactuação de recursos; o dimensionamento do quadro de trabalhadores necessários e o monitoramento e avaliação de desempenho da rede, incluindo a definição de instrumentos e mecanismos de participação e controle social (MENDES, 2011).

Um sistema de governança deve oportunizar a definição de objetivos comuns e estratégias para seu alcance, possibilitando o planejamento de ações a curto, médio e longo prazo, articulando os entes federados e organizações existentes no território. Deve estimular o debate para a definição de consensos por meio da ampla participação, autonomia e elevada capacidade de gestão, necessárias em todas as etapas de planejamento, monitoramento e avaliação das ações e serviços de saúde.

A fim de obter um sistema de governança eficiente, três atributos são essenciais: (1) responsabilidade pela governança de toda rede; (2) responsabilidade com a população e (3) coordenação entre as diferentes instituições que compõem as redes de atenção à saúde para assegurar que os objetivos estratégicos sejam alcançados (MENDES, 2011).

Ainda, segundo Mendes (2011), o sistema de governança em rede é responsável pela integração funcional (compreende estratégias de gestão, financiamento e informação) e tem como objetivos criar uma visão e uma missão nas organizações; definir objetivos e metas que devem ser alcançados a curto, médio e longo prazos; articular as políticas institucionais, para o cumprimento dos objetivos e metas; desenvolver a capacidade de gestão necessária para planejar, monitorar e avaliar o desempenho dos gestores e da organização.

É preciso ter presente que a governança plena de uma RAS só se obtém no espaço macrorregional porque, só aí, se apresenta o conjunto de pontos de atenção à saúde e de sistemas de apoio. Nesse sentido, é fundamental que haja, nos Colegiados Intergestores, como órgão assessor de gestão da RAS, um Comitê de Gestão de cada rede temática com participação de técnicos da Secretaria Estadual de Saúde, das Secretarias Municipais de Saúde e dos prestadores mais relevantes, destacando-se uma atuação por meio de sistemas gerenciais eficazes como o processo de territorialização, o planejamento estratégico, o sistema de contratualização, o sistema de monitoramento e avaliação e o sistema de acreditação (MENDES, 2011).

Sejam quais forem as estratégias adotadas, a governança impacta sobre a

qualidade dos gastos públicos, a efetividade da gestão de recursos, e também a eficiência e qualidade da prestação de serviços. Neste cenário, as Comissões Intergestores desempenham papel importante - onde é exercida a negociação e a construção de consensos para o aperfeiçoamento da gestão.

Neste contexto, compreendemos as RAS como possibilidade para o alcance dos objetivos propostos para o sistema de saúde brasileiro, garantindo a integralidade do cuidado e o acesso equitativo às ações e serviços de saúde em um país em que 95% dos 5.570 municípios possuem menos de 100 mil habitantes e são extremamente dependentes de municípios polo para a consolidação do cuidado em todos os níveis de complexidade (SOUZA, 2002; MACHADO; LIMA; BAPTISTA, 2011).

Dentre as redes temáticas, destaca-se a Rede de Atenção às Urgências e Emergências (RUE) que, de acordo com o Ministério da Saúde, tem a finalidade de articular e integrar no âmbito do SUS todos os equipamentos de saúde, objetivando ampliar e qualificar o acesso humanizado e integral aos usuários em situação de urgência nos serviços de saúde de forma ágil e oportuna, tendo no acolhimento com classificação do risco, na qualidade e na resolutividade da atenção, os requisitos de todos os pontos de atenção (MAGALHÃES JÚNIOR, 2014).

A implantação da RUE tem se dado de forma gradativa, em todo o território nacional, respeitando-se os critérios epidemiológicos e de densidade populacional (MAGALHÃES JÚNIOR, 2014). Na região oeste do Paraná, especificamente na 10ª e 20ª Regionais de Saúde (10ª e 20ª RS-PR), o processo de implantação, teve como base a organização da rede municipal de atenção às urgências e emergências do município de Cascavel, que, em funcionamento desde o ano de 2006, deu sustentação para a ampliação da RUE para todos os 43 municípios da região.

A construção e governança de uma rede como a de urgência e emergência é tarefa complexa e envolve múltiplos atores em uma teia imbricada que faz emergir discussões relacionadas à suficiência dos pontos de atenção e seu necessário financiamento. A participação do setor privado no provimento de serviços de saúde, de forma complementar, é quase uma regra quando pensamos em serviços de alta complexidade, necessários à conformação da RUE, principalmente na Macrorregião Oeste que conta com apenas três hospitais públicos, sendo que destes, apenas um possui habilitação para a alta complexidade demandada pela RUE (PARANÁ, 2015;

2016).

A não implantação do COAP no estado do Paraná torna-se um obstáculo importante às pactuações intermunicipais e faz emergir novos dispositivos para a operacionalização das ações e serviços necessários à sua implantação, como os Consórcios Intermunicipais de Saúde que, estimulados pelo Ministério da Saúde como instrumento de articulação entre sistemas municipais de saúde (BRASIL, 1997), assumem papel fundamental neste processo, principalmente na formalização do financiamento e gestão direta dos serviços envolvidos na rede.

Apesar de sua relevância para a operacionalização intermunicipal de serviços de saúde, os Consórcios de Saúde, segundo o artigo 241 da Constituição Federal e a Lei nº 11.107/05, regulamentada pelo Decreto nº 6.017/07, são constituídos pelos entes federados, tendo na figura dos Prefeitos e não dos Secretários Municipais de Saúde seus representantes legais, o que amplia os atores envolvidos na definição de prioridades e consolidação de acordos intermunicipais, considerando-se a diversidade de entendimentos acerca do tema e do viés político-partidário envolvido.

As Comissões Intergestores devem ser legitimadas como espaços privilegiados na definição das necessidades em saúde e prioridades locais e sua institucionalidade, ainda em construção, deve fomentar intensa articulação entre os entes federados, prestadores de serviço (públicos e privados) - incluindo os Consórcios de Saúde como prestadores de serviço que são - de modo a possibilitar a conformação de uma rede integrada e autossuficiente, considerando o perfil epidemiológico, oferta de ações e serviços bem como os critérios de financiamento.

A questão central é a de como as CIR tem alcançado sua institucionalidade, entendida como o reconhecimento de um determinado espaço em uma sociedade, considerando seu caráter formal e social, avançando na perspectiva de definição das reais necessidades em saúde, pactuando e gerenciando de forma coordenada a construção e operacionalização de serviços intermunicipais de saúde (SOUZA, 2015), uma vez que, de acordo com Silva et al. (2014, p. 4.429), "*pode-se verificar que os mecanismos indutórios*" de políticas públicas em saúde "*se concretizam pela transferência de recursos financeiros e também por disseminar aspectos teórico-conceituais e diretrizes nacionais estratégicas e operacionais para implementação das políticas*", o que acaba por determinar uma relação hierárquica importante, comprometendo a autonomia dos entes federados.

Ainda se percebe uma distribuição de competências para os municípios na implantação e implementação de ações locais a partir da distribuição de recursos financeiros federais, limitando as possibilidades dos Secretários Municipais de Saúde, reunidos em Regiões de Saúde, de proporem alternativas para o enfrentamento e solução dos problemas em saúde identificados (SILVA et al., 2014).

Nesta perspectiva, defendemos a ideia de que as CIR apresentam institucionalidade intermediária na definição e pactuação das ações e serviços de saúde, uma vez que acabam por se configurar em espaços de operacionalização de políticas públicas definidas pelo Ministério da Saúde, em uma relação não horizontal e muitas vezes conflituosa, com dispositivos de financiamento que não favorecem a constituição de serviços de saúde de caráter intermunicipal e que ampliam a disputa entre os atores envolvidos (gestores de saúde e prestadores de serviço públicos e privados).

Neste contexto, discutir as redes de políticas como possibilidade de concretização do direito a saúde por meio da gestão de projetos complexos como a estruturação da RUE na região oeste do Paraná possibilita o entendimento da relação de interdependência estabelecida entre os atores públicos e privados e, os conceitos apresentados por Jürgen Habermas em sua Teoria da Ação Comunicativa se apresentam como uma possibilidade para o enfrentamento das questões centrais envolvidas na integração destes atores para sua necessária articulação e desenvolvimento da solidariedade requisitada para o alcance dos objetivos propostos.

1.2 AS REDES DE POLÍTICAS

Para a abordagem das Redes de Política, optamos aqui em sintetizar alguns dos conceitos e discussões apresentados por Fleury e Ouverney (2007) em sua obra intitulada '*Gestão de Redes: A estratégia de regionalização da política de saúde*', por entendermos serem suficientes para a trajetória teórico-conceitual desta pesquisa, uma vez que abrange aspectos históricos relacionados ao tema bem como de sua aplicabilidade para a discussão do papel das CIR na construção das RAS nas Regiões de Saúde.

Segundo os autores, a existência de redes ou estruturas policêntricas com o envolvimento de múltiplos atores é um fenômeno recente e, apesar da diversidade de objetivos, apresentam elementos comuns representados pelos desafios de estabelecer modelos de gestão que viabilizem os objetivos pretendidos.

Inúmeros fatores, como a globalização, com suas exigências de maior flexibilização e integração, as transformações do papel do Estado e a ruptura da concepção tradicional deste como único responsável pela representação, planejamento e gestão da ação pública, somadas às limitações do mercado na geração e sustentação da ordem social, justificam a proliferação de redes de gestão. Na América Latina, esses fatores ocorrem de forma concomitante com o processo de democratização e uma maior participação social nos processos de gestão das políticas públicas.

Além destes fatores, a maior complexidade dos processos administrativos inviabiliza a gestão por atores isolados. Neste sentido, as redes se apresentam como possibilidade de gestão de políticas e projetos complexos que exigem uma multiplicidade de atores e de interações entre o público e o privado.

Assim, a formação das estruturas policêntricas que configuram uma nova esfera pública plural resulta de um deslocamento não só do nível central de governo para o local, mas também da esfera do Estado para a sociedade (FLEURY; OUVÉNEY, 2007, p.12).

Por se tratarem de estruturas policêntricas, a manutenção de redes apresenta como principais desafios a negociação e geração de consensos, a definição de regras de atuação e a construção de mecanismos decisórios coletivos.

As formas de organização em redes ou de estruturas relacionais multicêntricas tem sido objeto de interesse crescente na literatura internacional sobre administração pública, mas os primeiros estudos remontam a década de 1930 a partir de trabalhos baseados no desenvolvimento da sociometria, fundamentada por Jacob e Moreno nos estudos da psicologia social que buscava “*descrever e analisar a estrutura interpessoal presente em pequenos grupos*” (FLEURY; OUVÉNEY, 2007, p.13). A sofisticação conceitual e instrumental desta técnica possibilitou sua adoção em diversas áreas das ciências sociais.

Na mesma perspectiva, identificam-se estudos iniciados na década de 1960 na Universidade de Harvard com o “*desenvolvimento de modelagens matriciais de*

papéis sociais visando mapear os padrões de homogeneidade subjacente às relações em grupo e compará-los para poder inferir características da estrutura social” (FLEURY; OUVRENEY, 2007, p.37).

Os autores apontam estudos realizados por antropólogos de Manchester nas décadas de 1950 e 1960 que enfatizam a importância dos padrões estruturais como o contexto cultural em que a estrutura está inserida, na qual a construção dos papéis sociais é um processo inter-relacional.

Estudos acerca das relações políticas em áreas específicas de políticas públicas originaram-se de controvérsia de cientistas políticos nas décadas de 1950 e 1960, abordando a natureza das relações entre os grupos de interesse e a burocracia estatal, tendo como questão central a autonomia do Estado, dando origem a uma série de modelos híbridos que, assim como os puros, não se mostraram suficientes.

A concepção de relações de interdependência entre atores públicos e privados é americana, mas a literatura britânica aponta abordagens semelhantes para o conceito, identificando modelos estruturais para demonstrar como as redes interferem nos resultados das políticas públicas. Destacam-se ainda, estudos da década de 1990, representadas pela literatura alemã e holandesa que *“conferem às redes um sentido mais amplo, associando-as a uma forma de governança alternativa, seja em relação à organização burocrática, seja em relação àquela proporcionada pelo mercado, ainda que de perspectivas diferentes” (FLEURY; OUVRENEY, 2007, p. 15).*

Segundo os autores, a psicologia social utiliza o termo rede para definir o universo relacional de um indivíduo e suas estruturas de apoio socioafetivo. Na sociologia, as redes são entendidas como movimentos sociais que integram diferentes atores em uma perspectiva individual e coletiva, se apresentando como novas formas de organização social do Estado e da sociedade ou mesmo novas formas de coordenação decorrentes do processo de diferenciação funcional dos subsistemas, baseadas na cooperação entre unidades dotadas de autonomia.

Para a administração, o termo redes se refere a uma combinação de pessoas, tecnologia e conhecimento que substituiu a hierarquia do modelo fordista. Na gestão intergovernamental ela é vista como oriunda da junção das disciplinas de política e administração, como um modelo estratégico de gestão de políticas ou como um

novo modelo de governança dos níveis local e global (FLEURY; OOVERNEY, 2007, p.15).

Apesar dos diferentes conceitos, todas as disciplinas compreendem a ideia de que as redes se estabelecem a partir de um conjunto de atores interdependentes com interesses comuns em relação a uma determinada política, que reconhecem na cooperação o melhor caminho para o alcance de suas metas, sendo que o compartilhamento de recursos é parte inerente deste processo (FLEURY; OOVERNEY, 2007, p.16).

De acordo com Börzel (1997 *apud* FLEURY; OOVERNEY, 2007), as teorizações acerca do tema redes de políticas podem ser divididas em duas correntes distintas e não excludentes: a escola da intermediação e sua crítica ao pluralismo que busca analisar as relações entre os grupos de interesse e o Estado e a escola de governança, que entende as redes políticas como forma particular de governança dos sistemas políticos modernos.

A governança moderna leva a uma crescente interdependência funcional entre atores públicos e privados na implementação de uma política, garantindo-se a mobilização dos recursos dispersos sendo que as redes apresentam diferentes estruturas que se organizam a partir dos distintos interesses, podendo apresentar interdependência vertical entre os atores e horizontal com outras redes, que por sua vez, influenciam os padrões de interdependência.

De qualquer forma, as redes representam mudanças na estruturação política da sociedade, buscando satisfazer a novas demandas de coordenação e mediação social sendo que seus objetivos iniciais podem ser transformados quando levados à prática.

Outra possibilidade de agrupamento das abordagens teóricas diz respeito à ênfase atribuída aos vínculos entre os diferentes atores ou às estruturas das redes, a partir das construções feitas pela psicologia social e sociologia relacional. Rovere assume a visão da psicologia social para quem

(...) as redes são constituídas de pessoas, pois somente estas são capazes de se conectar e criar vínculos entre si. As redes seriam então a linguagem dos vínculos que, segundo Rovere, começam com o reconhecimento, seguido do conhecimento, vindo depois a colaboração, a cooperação e finalmente a associação (ROVERE 1998 *apud* FLEURY; OOVERNEY, 2007, p. 20).

Nesta análise, o foco está nas relações sociais e não nos atributos de grupos ou indivíduos, sendo possível compreender o sentido das ações sociais. A forma como a rede está estruturada e a posição que os diferentes atores ocupam possibilita o acesso a diferentes recursos de poder, influenciando suas escolhas a partir de diferentes visões de mundo e necessidades.

As redes demandam articulação e solidariedade, a definição de objetivos comuns e a redução de atritos e conflitos. O controle não é uma relação preponderante, sendo necessário rever o conceito de gestão estratégica e sua aplicação, sendo definidas como variáveis para a análise das características de cada tipo de rede a) a compatibilidade dos membros; b) o ambiente de mobilização de recursos, e c) o ambiente social e político.

A complexidade do fenômeno das redes políticas pode ser observada nos diferentes paradoxos considerados em sua análise: organizações e indivíduos; transitoriedade e permanência; cooperação e competição; solidariedade e conflito; igualdade e diversidade; racionalidade instrumental e racionalidade comunicativa; construção e desconstrução.

As principais características das redes são a horizontalidade e a interdependência, sendo consideradas vantajosas as características de pluralidade de atores envolvidos; a capilaridade das redes; o envolvimento simultâneo de governo e organizações não-governamentais; a flexibilidade inerente à sua dinâmica e a preservação da autonomia.

Destacam-se ainda características que limitam sua eficácia na gestão, como a prestação de contas uma vez que há o envolvimento de recursos públicos e privados; processos de negociação lentos; diluição das responsabilidades; dinâmica flexível que pode afastar os membros dos objetivos inicialmente definidos; critérios nem sempre explícitos de participação e dificuldades de controle e coordenação das interdependências.

Uma vez que as redes são formadas por atores, recursos, percepções e regras, estes se tornam elementos-chave para sua análise e gestão. A interdependência dada pela necessidade de compartilhar recursos remete a existência de um objetivo maior que se torne um valor compartilhado, para além dos objetivos particulares que permanecem. A capacidade de estabelecer este objetivo está relacionada ao grau de compatibilidade e congruência de valores entre seus

membros, sendo requeridos espaços de negociação de percepções, valores e interesses, tendo relação direta com a institucionalização dos padrões de interação e o estabelecimento de regras que definam a posição dos atores, a distribuição do poder e as barreiras ao ingresso.

A gestão das redes deve estar voltada para a forma como os diferentes atores interagem e de como este processo pode ser estimulado, mantido ou alterado, uma vez que o conflito é inevitável, devendo ser ativamente gerenciado. Para uma boa gestão das redes é importante buscar o consenso; criar situações em que todos ganham; envolver decisores políticos e administrativos; focalizar questões específicas; avaliar permanentemente e negociar soluções e criar um marco para a ação cotidiana.

A estrutura policêntrica das redes exige diferentes estilos de gestão que busquem instrumentos que permitam conduzir os distintos atores, tornando-se imprescindível a capacidade de somar forças e a de alcançar metas comuns. As estruturas dos arranjos interorganizacionais interferem na natureza da gestão e podem ser classificadas em rede 'não mediada' ou voluntária, na qual a coordenação se inicia com a participação das organizações e assume igual posição na rede, e rede 'mediada', em que a coordenação se inicia por uma autoridade, podendo ser imposta verticalmente pelo responsável legal, ou então articulada horizontalmente por atores designados que não exercem influência hierárquica sobre os demais membros.

A definição de canais de comunicação é fundamental para o desenvolvimento de valores e objetivos comuns, sendo requeridos para o estabelecimento de processos de decisão contínuos e estáveis, possibilitando a formação de uma teia de interdependências e o fortalecimento da coordenação interorganizacional. Uma rede torna-se equilibrada quando os atores envolvidos interagem de forma coordenada e cooperativa, construindo consensos por meio do respeito mútuo e das particularidades de cada um.

As redes de políticas em uma sociedade plural e diversificada se apresentam como possibilidade de coordenação, constituindo-se em instrumento fundamental para a gestão de políticas sociais em contextos democráticos, possibilitando novas formas de coletivização, socialização, organização solidária e coordenação social. A definição de objetivos comuns estimula uma intencionalidade em função da

percepção coletiva de que ações isoladas e não coordenadas tem pouca eficácia e eficiência.

Os gestores do SUS, enquanto atores sociais diretamente envolvidos no atendimento às necessidades em saúde das populações em seus territórios e na proposição de alternativas para seu enfrentamento, encontram nas Comissões Intergestores, espaço privilegiado para o debate, construção de consensos, mobilização de recursos e governança das redes de atenção à saúde. A identificação deste potencial passa, obrigatoriamente pelo reconhecimento de uma relação dialógica, com coordenação mútua, dada em função da capacidade comunicativa, recurso disponível a todos os atores.

Neste sentido, a Teoria da Ação Comunicativa de Habermas se apresenta como possibilidade para a abordagem comunicativa com vistas ao entendimento para a gestão de redes, propondo a ação comunicativa como um referencial a ser adotado na adoção de novos critérios de racionalidade, minimizando as contradições e as intervenções impostas na organização social moderna.

1.3 A AÇÃO COMUNICATIVA DE JÜRGEN HABERMAS

De acordo com o Dicionário de Filosofia (2018), o termo razão tem origem na palavra latina *ratio*, que pode ser entendida como a capacidade de julgamento que caracteriza o homem. Podemos identificar na história da civilização humana a razão como um princípio predominante e orientador das ações, da mesma forma que tal princípio se manifestou nas diferentes correntes filosóficas como conceito fundamental a partir do qual “*outras categorias puderam ser derivadas, tais como as ideias de liberdade, justiça ou verdade*” (PETRY, 2013, p. 33).

A Teoria da Ação Comunicativa de Jürgen Habermas, da qual tomamos emprestados alguns conceitos que nos permitiram ampliar o olhar sobre o objeto de estudo, nasce de uma nova concepção de razão - razão comunicativa, em detrimento da razão instrumental, não suprimindo esta, mas subordinando-a a uma teoria evolucionista da sociedade.

Habermas é um representante do movimento que se convencionou chamar

Escola de Frankfurt, mas em sua abordagem, o estudo da sociedade integra enfoques teóricos divergentes, desenvolvendo sua Teoria da Ação Comunicativa por meio de um diálogo permanente com diferentes autores e diferentes linhas teóricas, incorporando temas e contribuições do funcionalismo, da fenomenologia, do marxismo e da teoria crítica da escola de Frankfurt que se constitui em sua matriz original e mais importante, assumindo um caráter interparadigmático, mas extremamente rico de incorporação e superação (PINTO, 1995; HABERMAS, 2002).

Jürgen Habermas busca enfrentar os fantasmas identificados nos processos de racionalização societária por Weber, Adorno e Horkheimer que demonstram em suas análises como o Iluminismo, enquanto razão científica e agente de libertação social “*transforma-se em um novo mito e consolida-se enquanto ideologia de dominação que legitima a sociedade capitalista*” (PINTO, 1995, p. 78; POLLI, 2013), não reconhecendo os saberes não-institucionalizados “*da religião, do sagrado, da intuição e do mágico*”, configurando-os como des-razão (OLIVEIRA, 2013, p. 16).

Horkheimer explora a crise da razão, apontando mudanças da razão objetiva, entendida como o conceito concreto da razão, para a razão instrumental, que acaba por se tornar o critério nas questões de moralidade. A razão instrumental, de acordo com Horkheimer, está voltada para a autopreservação, sendo que a ideia de verdade depende das preferências subjetivas do sujeito. Neste contexto, o homem afirma que as coisas razoáveis são aquelas que são úteis e, para este mesmo homem, é útil tudo aquilo que favorece sua autopreservação (PETRY, 2013).

Desta forma, a razão instrumental busca a dominação sobre a natureza, o homem e o próprio indivíduo. Com o predomínio da razão instrumental, o homem permite que seus comportamentos sejam determinados pelos interesses econômicos, ideológicos e políticos e a razão instrumental passa a ser o critério de moralidade e de ideal de sociedade, ou seja, dependente dos interesses das pessoas. Para tanto, o homem usa e domina a natureza, entendida agora como objeto (PETRY, 2013).

Para Habermas, o conceito restrito de razão adotado pelos autores gera este impasse, confundindo-se o processo de modernização capitalista, calcado na razão instrumental, como sendo a própria racionalização societária, confundindo racionalidade do sistema com racionalidade da ação (PINTO, 1995, p. 78).

Habermas propõe que se abandone o paradigma que aprisiona os autores em

prol de um paradigma da comunicação. O paradigma da consciência baseado na ideia de um pensador solitário que busca entender o mundo a sua volta subordina o objeto frente ao sujeito. Habermas afirma que a teoria da comunicação tornará possível a revisão de uma teoria crítica da sociedade, interrompida com a crítica da razão instrumental.

Habermas elabora a partir das proposições de Popper, “*um conceito tríplice de mundo*” mantendo, contudo, três mundos distintos - o mundo objetivo que se “*refere ao mundo físico ou aos estados de coisas existentes; o mundo social ou normativo relacionado às normas sociais e culturais sob as quais agimos e o mundo subjetivo que se refere ao mundo interno dos indivíduos*” (ARTMANN, 2001, p. 185).

Para Habermas, diferentemente da filosofia da consciência, o paradigma na racionalidade comunicativa transcende a relação de sujeitos solitários e algo no mundo objetivo:

(...) não é a relação de um sujeito solitário com algo no mundo objetivo que pode ser representado e manipulado mas a relação intersubjetiva, que sujeitos que falam e atuam, assumem quando buscam o entendimento entre si, sobre algo. Ao fazer isto, os atores comunicativos movem-se por meio de uma linguagem natural, valendo-se de interpretações culturalmente transmitidas e referem-se a algo simultaneamente em um mundo objetivo, em seu mundo social comum e em seu próprio mundo subjetivo (PINTO, 1995, p. 79).

Habermas busca construir um conceito de racionalidade fundamentada nos processos de comunicação intersubjetiva com vistas a alcançar o entendimento, a partir de aproximações com Marx, Weber, Durkheim, Mead, Lukács, Horkheimer, Adorno, Marcuse e Parsons. Acredita que “*na estrutura da linguagem cotidiana, está embutida uma exigência de racionalidade, pois, com a primeira frase proferida, o homem já manifestava uma pretensão de ser compreendido, uma busca de entendimento*”, que se distingue da razão instrumental (ARAGÃO, 1992, p. 82).

Para Habermas, a teoria proposta por Weber “*reduz a ação a uma dimensão instrumental/teleológica ou estratégica que corresponde a uma forma de conhecimento e intervenção sobre estados de coisas do mundo objetivo*”, sendo que o critério de validade da ação “*estaria representado pela verdade ou pela eficácia da intervenção sobre o mundo*”, onde os demais atores são vistos como meios ou obstáculos a serem superados (ARTMANN, 2001, p. 185).

A racionalidade de uma expressão linguística é caracterizada pelo fato de suas pretensões de validade serem suscetíveis à crítica por meio de procedimentos reconhecidos intersubjetivamente. Para Habermas, existem três critérios pelas quais as pretensões de validade podem ser confrontadas em um processo de comunicação linguisticamente mediado: a veracidade da afirmação que se refere a um mundo objetivo entendido como a integralidade dos fatos cuja existência pode ser confirmada; a correção normativa que se relaciona ao mundo social dos atores e suas relações interpessoais legitimamente reguladas, e a autenticidade e sinceridade que se refere a um mundo subjetivo, entendido como as experiências que apenas o locutor tem acesso (PINTO, 1995, p.80).

O conceito de razão comunicativa de Habermas pressupõe uma diferenciação entre os mundos objetivo, social e subjetivo que distingue o pensamento moderno do modo de pensar mítico. Ao contrário do último, o primeiro assume que as interpretações variam com relação à realidade social e natural e que as crenças e valores variam em relação ao mundo objetivo e social. Pressupõe o abandono da relação cognitiva sujeito-objeto por um procedimento cognitivo de natureza intersubjetiva, numa relação sujeito-outro sujeito e que só é possível com a progressiva descentração de nossa visão egocêntrica de mundo.

Com a superação da visão mítica e o abandono da relação sujeito solitário dominante frente a um objeto cognoscível, apresenta-se a possibilidade de atores em comunicação alcançarem o entendimento, ficando delimitada a diferença entre a ação comunicativa e a ação orientada para o sucesso – ação instrumental (PINTO, 1995). Para Habermas, a ação comunicativa ocorre

(...) sempre que as ações dos agentes envolvidos são coordenadas, não através de cálculos egocêntricos de sucesso mas através de atos de alcançar o entendimento. Na ação comunicativa, os participantes não estão orientados primeiramente para o seu próprio sucesso individual, eles buscam seus objetivos individuais respeitando a condição de que podem harmonizar seus planos de ação sobre as bases de uma definição comum de situação. Assim, a negociação da definição de situação é um elemento essencial do complemento interpretativo requerido pela ação comunicativa (HABERMAS, 1984, apud PINTO, 1995, p. 80).

Desta forma, a ação comunicativa surge da interação de sujeitos capazes de falar e agir e que estabelecem relações interpessoais tendo como objetivo o alcance de uma compreensão sobre determinada situação, interagindo de forma a coordenar

suas ações pela via do entendimento, remetendo-se a pretensões de validade criticáveis quanto à sua veracidade, correção normativa e autenticidade, relacionadas ao mundo objetivo dos fatos, ao mundo social das normas e ao mundo das experiências subjetivas (PINTO, 1995; HABERMAS, 2002).

Para se alcançar o entendimento por meio da ação comunicativa, precisamos definir o contexto em que os procedimentos acontecem, uma vez que aquilo que se quer dizer depende do conhecimento acumulado e realiza-se sob o pano de fundo de um consenso cultural anterior. Neste ponto, Habermas introduz o conceito de mundo da vida (*Lebenswelt*), entendido como o contexto não problematizável, o pano de fundo que propicia os processos de se alcançar o entendimento (PINTO, 1995; HABERMAS, 2002).

O mundo da vida é adquirido a partir de estruturas não variáveis existentes nas sociedades, as estruturas da ação e de entendimento mútuo de seus membros, sendo um conjunto de pressuposições dos sujeitos capazes de pensar, agir e falar, que resulta em um pano de fundo comum, tornando possível a comunicação através de conteúdos pré-estabelecidos, que permite que os sujeitos se entendam (HAGINO, 2010, p. 2.541).

Como ele afirma, o mundo da vida é entendido como o contexto em que "os atores comunicativos situam e datam seus pronunciamentos em espaços sociais e tempos históricos" (PINTO, 1995, p. 81), sendo constituído por um saber implícito que não conhecemos pelo fato de o mesmo não ser problematizável, não atingindo o limiar dos pronunciamentos comunicativos que podem ser válidos ou não. Como ele escreve,

(...) se a verdade é o que é fundamentado, então o fundamento não é verdadeiro, ou falso. Mesmo porque, os atores estão sempre se movendo dentro do horizonte do seu mundo da vida, eles não podem se colocar de fora dele. Como intérpretes, eles próprios pertencem ao mundo da vida, por meio de seus atos de fala, mas não podem se referir a 'algo no mundo da vida' da mesma forma que podem fazer com fatos, normas e experiências subjetivas (HABERMAS, 1987 *apud* PINTO, 1995, p. 81).

O mundo da vida por sua vez é dividido em três componentes estruturais: cultura, sociedade e pessoa. A cultura é o conhecimento acumulado que os atores utilizam para interpretar algo no mundo; a sociedade é compreendida por meio das ordens utilizadas pelos atores para regular suas ações, e a pessoa, entendida como

as habilidades que tornam os atores capazes de falar e agir, compondo sua própria personalidade (PINTO, 1995; HABERMAS, 2002).

O sistema é um conceito que não se opõe ao mundo da vida, mas o complementa, sendo decorrente da racionalização deste, possibilitando a definição de estruturas societárias que asseguram a reprodução material e institucional da sociedade: a economia e o Estado. Constitui-se de dois subsistemas da sociedade que desenvolveram certos mecanismos autoreguladores: o dinheiro e o poder, sendo que no interior destes, a linguagem é secundária, “*predominando a ação instrumental/estratégica*” (FREITAG, 1995, p. 141).

Para Habermas, a ação comunicativa reproduz as estruturas simbólicas do mundo da vida (cultura, sociedade, pessoa) e, sob o aspecto do entendimento mútuo, a ação comunicativa oportuniza a transmissão e a renovação do saber cultural, proporcionando a integração social e possibilitando a formação da personalidade individual, sendo que a reprodução do mundo da vida acontece por meio de ações dirigidas a fins em que os atores, em conjunto, modificam a realidade e alcançam seus objetivos (PINTO, 1995).

O pressuposto central da Teoria da Ação Comunicativa de Habermas se processa em torno da capacidade comunicativa como fundamental para a interação humana e para a significação da vida e da realidade. Para ele, a realidade não diz respeito apenas ao aprendido entre o sujeito e o objeto, mas diz respeito a esfera social em que a realidade é construída coletivamente e a nossa própria subjetividade que procuramos expressar. Para tanto, utilizamos a linguagem, pois é por meio dela que “*objetivamos e organizamos logicamente a complexidade de questões originadas nas (e no intercâmbio das) três esferas ontológicas*” (VIZEU, 2003, p. 02).

Nesta perspectiva, a ação comunicativa se apresenta como emancipatória ao libertar os homens do misticismo e da dominação social, permitindo uma relação intersubjetiva entre atores que se comunicam, o que leva a um comportamento social solidário e cooperativo por meio do reconhecimento das responsabilidades do sujeito frente ao mundo (POLLI, 2013).

A ação comunicativa deve ser orientada para o entendimento e não para a manipulação e encontra-se implícita nas relações sociais, contrastando com a racionalidade instrumental dirigida à produção de condições materiais de vida, permitindo a reprodução da sociedade (PERALTA; GONÇALVES, 2016, p. 385).

A ação comunicativa e o mundo da vida estão intimamente relacionados, uma vez que a ação comunicativa reproduz simbolicamente as estruturas do mundo da vida, como a cultura, a sociedade e a pessoa. A sociedade é entendida simultaneamente como mundo da vida e sistema por Habermas sendo que a evolução social e a racionalização do mundo da vida implicaram em uma demanda crescente dos mecanismos linguísticos com vistas ao entendimento, gerando sobrecarga e espaços que foram sendo ocupados pelos mecanismos não linguísticos (dinheiro, poder, burocracia), que acabaram por coordenar as ações, sobrepondo os processos comunicativos e gerando o abandono dos mecanismos de entendimento mútuo (HAGINO, 2010).

Esta separação fez com que a interação social fosse desnecessária para coordenar as ações e a atividade passou a ser, neste processo, dirigida a fins, caracterizada por Habermas como ação estratégica, na qual *“o ator atinge um fim, e faz com que se produza o estado de coisas desejado, escolhendo, numa situação dada, os meios mais convenientes e aplicando-os de forma adequada”* (GUTIERREZ; ALMEIDA, 2013, p. 156)

Como alternativa, Habermas propõe a descolonização do mundo da vida pelos sistemas, representado por mecanismos autorregulados (mercado e burocracia), possibilitando o retorno aos processos mediados linguisticamente para a construção de consensos e a emancipação social. Isso é fundamental para que, atores interdependentes que se organizam em espaços democráticos como as Comissões Intergestores, reestabeleçam os processos de negociação e pactuação por meio da ação racional comunicativa (HAGINO, 2010; VIZEU, 2003).

OBJETIVOS

2 OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

Analisar o papel das Comissões Intergestores Regionais (CIR) na construção e governança da Rede de Atenção às Urgências para os municípios vinculados à 10ª e 20ª Regionais de Saúde do Paraná (10ª e 20ª RS-PR).

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- a) Caracterizar a Macrorregião Oeste, as Redes de Atenção às Urgências existentes e o processo de implantação da Rede de Atenção às Urgências da 10ª e 20ª RS-PR;
- b) Caracterizar as normas jurídicas da Política de Atenção às Urgências no SUS e o modo como estas influenciaram a agenda de discussões para a implantação da Rede de Atenção às Urgências na Comissão Intergestores Bipartite e nas CIR 10ª e 20ª RS-PR;
- c) Identificar os desafios evidenciados nas Comissões Intergestores para a gestão interfederativa e a governança das Redes de Atenção à Saúde, e
- d) Analisar a participação da CIR 10ª e 20ª RS-PR na construção, implantação e governança da Rede de Atenção às Urgências para o território por meio da caracterização do cenário e do processo de implantação e negociação da mesma.

METODOLOGIA

3 METODOLOGIA

A metodologia, tratada de forma abrangente por Minayo (2014, p. 44), pode ser entendida como o *“caminho do pensamento que o tema ou objeto de investigação requer”* ou ainda como *“a apresentação adequada e justificada dos métodos, das técnicas e dos instrumentos operativos que devem ser utilizados para as buscas relativas a indagações da investigação”*.

Partindo do pressuposto de que a produção de conhecimento se dá por meio de sucessivas aproximações e de que o conhecimento se constrói a partir de outros conhecimentos, destaca-se a relevância do pesquisador em imprimir sua *“marca pessoal e específica na forma de articular teoria, métodos, achados experimentais, observacionais ou de qualquer outro tipo de resposta às indagações científicas”* (MINAYO 2014, p. 44).

Considerando-se a complexidade das realidades humanas, a ênfase do encontro intersubjetivo e a necessidade de explicitar a racionalidade dos contextos de diferentes atores e grupos sociais, o presente estudo possui caráter compreensivo e interpretativo, com abordagem crítico-hermenêutica tendo como estratégia metodológica o estudo de caso, tido por Goode e Hatt (1969, *apud* MINAYO, 2014, p. 164) como *“um meio de organizar dados sociais, preservando o caráter unitário do objeto estudado”, evidenciando “ligações causais entre intervenções e situações da vida real (...), permitindo um exame detalhado de processos organizacionais ou relacionais e esclarecer os fatores que interferem em determinados processos”* (MINAYO, 2014, p. 164).

O estudo de caso surge enquanto estratégia de pesquisa na sociologia e antropologia no final do século XIX e início do século XX com o objetivo de possibilitar a compreensão de fenômenos sociais complexos. Busca investigar situações a partir de seu contexto real, preservando a totalidade das características e significados do fenômeno estudado (YIN, 2001; ANDRÉ, 2005).

De maneira geral, o estudo de caso possibilita uma aproximação do investigador com o objeto de estudo, proporcionando a análise e proposição de soluções para questões complexas da vida real. Enquanto estratégia metodológica, o estudo de caso permite responder às questões ‘como’ e ‘por que’ determinados fenômenos ocorrem em sua dinamicidade natural, principalmente quando não se

apresentam possibilidades para interferir e/ou controlar os contextos estudados e a problemática em questão (FILHO; NEUBAUER FILHO, 2012).

De acordo com André (2005), o estudo de caso tem como características: particularidade, descrição, heurística e indução. A primeira refere-se ao fato de que o estudo de caso investiga fenômenos particulares, sendo um tipo de estudo adequado para a investigação de problemas práticos, características e atributos da vida social. A descrição permite o detalhamento do objeto de investigação. A heurística possibilita a compreensão do fenômeno investigado e a indução pressupõe que os estudos de caso se baseiam na lógica indutiva.

3.1 CONTEXTO E SUJEITOS DO ESTUDO

A pesquisa foi realizada junto as Comissões Intergestores Regionais dos municípios vinculados a 10ª Regional de Saúde (CIR 10ªRS-PR), sediada no município de Cascavel e 20ª Regional de Saúde (CIR 20ªRS-PR), sediada no município de Toledo, extremo oeste do Paraná; junto ao Consórcio Intermunicipal SAMU Oeste do Paraná (CONSAMU) e ao Comitê Regional de Atenção às Urgências do Oeste do Paraná, sendo considerados sujeitos da pesquisa os Diretores das Regionais de Saúde, os Secretários Municipais de Saúde e o Secretário Executivo do CONSAMU.

- 10ª Regional de Saúde (25 municípios e população total de 547.015 habitantes): Anahy, Boa Vista da Aparecida, Braganey, Cafelândia, Campo Bonito, Capitão Leônidas Marques, Cascavel, Catanduvas, Céu Azul, Corbélia, Diamante do Sul, Espigão Alto do Iguaçu, Formosa do Oeste, Guaraniaçu, Ibema, Iguatu, Iracema do Oeste, Jesuítas, Lindoeste, Nova Aurora, Quedas do Iguaçu, Santa Lúcia, Santa Tereza do Oeste, Três Barras do Paraná, Vera Cruz do Oeste (PARANÁ, 2013; IBGE 2017).
- 20ª Regional de Saúde (18 municípios e população total de 382.278 habitantes): Assis Chateaubriand, Diamante D'Oeste, Entre Rios do Oeste, Guaíra, Marechal Cândido Rondon, Maripá, Mercedes, Nova Santa Rosa,

Ouro Verde do Oeste, Palotina, Pato Bragado, Quatro Pontes, Santa Helena, São José das Palmeiras, São Pedro do Iguaçu, Terra Roxa, Toledo e Tupãssi (PARANÁ, 2013; IBGE 2017).

3.2 INSTRUMENTOS E PROCEDIMENTOS DE COLETA DE DADOS

Para o alcance dos objetivos propostos, optou-se em realizar a coleta dos dados por meio de diferentes técnicas de pesquisa, considerando-se a complexidade do objeto de estudo e a necessidade de uma maior aproximação do investigador com diferentes aspectos relacionados ao cenário, aos atores envolvidos na estruturação de RUE e à dinâmica de funcionamento da CIR. Para tanto, optamos por nos aproximar do objeto de estudo por meio de pesquisa documental, aplicação de questionário, observação direta e entrevista semiestruturada.

A pesquisa documental possibilita à obtenção de informações relevantes a pesquisa, principalmente quando os dados primários configuram-se como fundamentais para a compreensão do contexto e de questões complexas da vida real. A maior parte do produto das reuniões dos Colegiados de Gestão configura-se como fonte primária que, analisada sob a lente dos objetivos definidos para esta pesquisa, possibilitam não só a reconstrução de importantes movimentos na dinâmica e funcionamento dos mesmos, mas retratam aspectos fundamentais da história de implantação da Rede de Atenção às Urgências.

De acordo com Marconi e Lakatos (2013), o questionário como instrumento de coleta de dados permite a obtenção de respostas rápidas e o alcance de um grande número de informantes em um curto espaço de tempo, possibilitando maior liberdade nas respostas e menor risco de distorções pela influência do pesquisador. Sua escolha nesta pesquisa foi influenciada pela necessidade de caracterizar os Secretários Municipais de Saúde bem como aspectos relevantes de sua relação com a CIR.

A observação direta possibilita a obtenção de dados a partir do contato com o objeto de estudo sem, no entanto, interferir na realidade, tendo, a partir de uma sistematização mínima, o objetivo de compreender a dinâmica de relações estabelecidas e de determinados fenômenos que ocorrem no mundo que as cercam, contribuindo na interpretação de determinados aspectos da realidade,

principalmente sobre aqueles que os sujeitos não têm consciência, mas que orientam seu comportamento (MARCONI; LAKATOS, 2013).

A entrevista semiestruturada foi adotada com o objetivo de permitir uma maior aproximação com o objeto de estudo, a partir do olhar de informantes-chave no processo, considerando-se um roteiro pré-estabelecido com base nos objetivos definidos para a pesquisa sem, no entanto, limitar os entrevistados, possibilitando a agregação de informações relevantes ao tema.

A partir deste ponto, estaremos detalhando aspectos relacionados a cada uma das estratégias que, no conjunto, possibilitaram a obtenção das informações necessárias à apreciação do fenômeno estudado.

3.2.1 Pesquisa Documental

A pesquisa com abordagem documental foi realizada com base no Plano Estadual de Saúde (2016 - 2019) para a caracterização da Macrorregião Oeste e por meio da análise de registros escritos a partir do regimento interno, atas de reuniões, resoluções e deliberações da CIR 10ª e 20ª RS-PR; atas de reuniões e resoluções da Secretaria Executiva do CONSAMU; regimento interno, atas de reuniões e resoluções do Comitê Regional de Atenção às Urgências do Oeste do Paraná e apresentações técnicas realizadas pela Coordenação Estadual de Atenção às Urgências na CIB/PR e suas deliberações entre os anos de 2010 e 2015.

A coleta de dados foi realizada diretamente nas instituições pesquisadas após sua autorização formal (APÊNDICES A, B e C), respeitando-se os critérios de acesso estabelecidos e preservando-se o sigilo das informações (APÊNDICE D). Foi utilizado um roteiro para pesquisa documental (APÊNDICE E), sendo que os dados foram organizados e registrados em diário de campo para análise posterior.

Os dados empíricos obtidos por meio da pesquisa documental foram organizados, considerando-se os seguintes aspectos: consistência dos registros; existência e abrangência dos instrumentos legais e/ou normativos com foco na dinâmica organizacional e operacional das comissões, instituições e serviços; principais marcos do processo de implantação da Rede de Atenção às Urgências e

Emergências nos municípios integrantes da 10ª e 20ª RS-PR bem como as contribuições específicas de cada ator.

3.2.2 Questionário

A caracterização dos 43 Secretários Municipais de Saúde (25 da 10ª RS-PR e 18 da 20ª RS-PR) e da sua relação com a CIR 10ª RS-PR e CIR 20ª RS-PR foi realizada por meio da aplicação de um questionário semiestruturado constituído por uma série ordenada de perguntas abertas, fechadas e de múltipla escolha (APÊNDICE F).

O instrumento foi respondido por escrito e sem a presença do pesquisador, sendo que antes de sua aplicação o mesmo foi validado por especialistas, garantindo-se a pertinência das questões para a obtenção de informações válidas.

A entrega do questionário foi realizada pessoalmente pelo pesquisador durante a realização de reunião ordinária da CIR 10ª RS-PR e CIR 20ª RS-PR, definindo-se um prazo de 30 dias para seu retorno. Os participantes foram orientados em relação ao preenchimento do instrumento e esclarecidos quanto aos objetivos da pesquisa, sendo que após sua concordância, assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE G).

Os dados obtidos com a aplicação do questionário (junho a dezembro de 2015) para caracterização dos Secretários Municipais de Saúde (questões fechadas e de múltipla escolha) foram ordenados, identificando-se as repetições agrupadas dos valores da variável por meio da distribuição de frequência. Para as questões abertas, foi utilizada a análise descritiva dos conteúdos e em seguida as respostas foram categorizadas com o objetivo de fornecer uma representação sintética dos dados brutos.

3.2.3 Observação Direta

De acordo com Marconi e Lakatos (2013, p. 76), a observação é um elemento

básico de investigação científica, constituindo-se de uma técnica que utiliza os sentidos para obter “*determinados aspectos da realidade*”, principalmente “*daqueles sobre os quais os indivíduos não têm consciência, mas que orientam seu comportamento*”. Para Triviños (2007), observar significa mais do que olhar; deve-se procurar compreender um dado fenômeno para além da aparência, dando-se ênfase para as contradições, dinâmica e relações existentes.

A observação direta das reuniões ordinárias da CIR 10ªRS-PR e CIR 20ªRS-PR e do Comitê Regional de Atenção às Urgências do Oeste do Paraná contou com um roteiro para sua sistematização (APÊNDICE H) e foi realizada pelo próprio pesquisador ao longo do ano de 2015 e 2016.

Foi utilizado um diário de campo para o registro das informações obtidas e das percepções do pesquisador, sendo que os Secretários Municipais de Saúde participantes bem como os membros do Comitê foram esclarecidos quanto aos objetivos da pesquisa, sendo que após sua concordância, assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE G).

3.2.4 Entrevista Semiestruturada com Informantes-Chaves

De acordo com Marconi e Lakatos (2013, p. 80) a entrevista é um importante instrumento de trabalho, sendo caracterizada pelo “*encontro entre duas pessoas a respeito de determinado assunto*”. A entrevista parte de certos questionamentos, apoiados no referencial teórico e nas informações que o pesquisador já dispõe sobre o fenômeno (TRIVINOS, 2007), fornecendo informações mais profundas do que outras técnicas.

O roteiro da entrevista semiestruturada, segundo Minayo (2004; 2014), deve garantir o delineamento do objeto de estudo, permitindo que o tema possa ser abordado sem estar preso a indagações; deve possibilitar o necessário aprofundamento de questões relevantes contribuindo para que o objeto de pesquisa seja devidamente compreendido e trazido à tona, permitindo reflexões do próprio sujeito acerca das questões centrais a serem investigadas.

As entrevistas com informantes-chave foram realizadas pelo próprio pesquisador entre os meses de janeiro e junho de 2016, a partir de um roteiro

semiestruturado: Diretores 10^a e 20^a RS-PR (APÊNDICE I); Presidência da Mesa Diretora CIR 10^a e 20^a RS-PR (APÊNDICE J), Secretário Executivo CONSAMU (APÊNDICE K); Secretários Municipais de Saúde (dois da 10^a RS-PR e dois da 20^a RS-PR) sendo escolhidos por critério de relevância os Secretários Municipais de Saúde presidentes do Conselho Regional de Secretarias Municipais de Saúde (CRESEMS) da 10^a e 20^a RS-PR e os Secretários Municipais de Saúde representantes dos municípios sede de Regionais - Cascavel e Toledo (APÊNDICE L).

As falas dos entrevistados foram gravadas e posteriormente transcritas, realizando-se correção gramatical e exclusão dos vícios de linguagem, sendo que os áudios, após sua transcrição e conferência, foram inutilizados. Todos os entrevistados foram esclarecidos quanto aos objetivos da pesquisa, sendo que após sua concordância, assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE G).

3.3 PROCEDIMENTOS DE ANÁLISE DOS DADOS

Para análise do material empírico, foram adotados os procedimentos apresentados por Minayo (2014), destacando-se: a) o ordenamento do conjunto do material obtido por meio da pesquisa documental, observação direta, aplicação do questionário e das entrevistas; b) a pré-análise a partir dos objetivos gerais definidos para a pesquisa por meio da leitura flutuante, estabelecendo-se contato direto com os dados; c) a classificação dos dados por meio da leitura horizontal e exaustiva dos textos, identificando as categorias empíricas; d) leitura transversal do conjunto de dados e o recorte em tópicos de informação. A busca pela compreensão e interpretação do texto e contexto de pesquisa foi pautada na hermenêutica crítica.

De acordo com Carvalho (2012, p. 109), Ricouer e Habermas “*apontam a possibilidade de aproximar a questão hermenêutica de um conjunto de procedimentos sistemáticos para lidar com a linguagem, porém com a preocupação de não ficar numa perspectiva formalista da linguagem, de caráter neopositivista*”. Para Ricouer, o paradigma da leitura pode fornecer um caminho metodológico para uma investigação científica, destacando quatro princípios da análise de discurso que

podem ser aplicados à análise dos fenômenos sociais: a) o discurso é realizado temporalmente e no presente; b) o discurso é uma forma de subjetividade, é autorreferenciado e se refere a um falante; c) o discurso é produzido para descrever, expressar ou representar o mundo ao nosso redor, e d) o discurso é um enunciado de um ato comunicativo em que as mensagens são trocadas; é endereçado a alguém (CARVALHO, 2012).

Ricouer (*apud* CARVALHO, 2012) sistematiza como a metodologia da hermenêutica pode ser usada em pesquisas das ciências sociais destacando a dialética da '*Erklärung*' (explicação) e '*Verständnis*' (compreensão), propondo que esta se dá através de um movimento em círculo hermenêutico, considerando que fenômeno humano é ao mesmo tempo compreensão e explicação, ou seja, existe uma dialética contínua entre aquilo que demanda ser explicado como causa e que precisa ser compreendido como sentido.

Outro método sistemático de interpretação do fenômeno humano é baseado na abordagem estruturalista, que examina os fenômenos sociais, a fim de identificar as suas estruturas internas. Aponta que há leis que regem o funcionamento e o comportamento de um conjunto de pessoas e que dão, de certa forma, o sentido de como as pessoas se relacionam (CARVALHO, 2012).

Desta forma, interpretar é ir à busca das regras que organizam este fenômeno, tendo em vista que toda regra se manifesta por meio da linguagem. Outros elementos da análise hermenêutica, sistematizados por Ricouer, serão considerados na análise do material empírico desta pesquisa, como a fusão de horizontes, o distanciamento crítico, a dialética evento e significação e a distinção entre sentido e referência.

3.4 ASPECTOS ÉTICOS

Para a realização da pesquisa, foram respeitados os preceitos éticos contidos na Resolução 466/2012 e complementares do Conselho Nacional de Saúde, sendo que o projeto de pesquisa foi previamente enviado para aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo seres Humanos da Universidade Estadual de Londrina (UEL), tendo sido aprovado sob Parecer nº 949.671/2015 (ANEXO A).

RESULTADOS

4 RESULTADOS

Para a estruturação desta tese, os resultados obtidos serão apresentados a seguir, considerando-se o alcance dos objetivos específicos, a saber: objetivo específico “a” apresentado por meio da caracterização da Macrorregião Oeste, seu perfil de morbimortalidade, suas Redes de Atenção à Saúde e a estruturação da Rede de Atenção às Urgências na 10^a e 20^a RS-PR.

Os demais objetivos serão apresentados no formato de artigos científicos com metodologia, resultados e conclusões próprias, conforme descrito: objetivo específico “b” - legislação de atenção às urgências no SUS e a estruturação da Rede de Urgência e Emergência na 10^a e 20^a Regionais de Saúde do Paraná: uma análise documental; objetivo específico “c” - desafios para a governança de redes regionalizadas e integradas de atenção à saúde no Brasil: uma revisão integrativa, e objetivo específico “d” - o processo de construção e governança da Rede de Atenção às Urgências em regiões de saúde do Paraná.

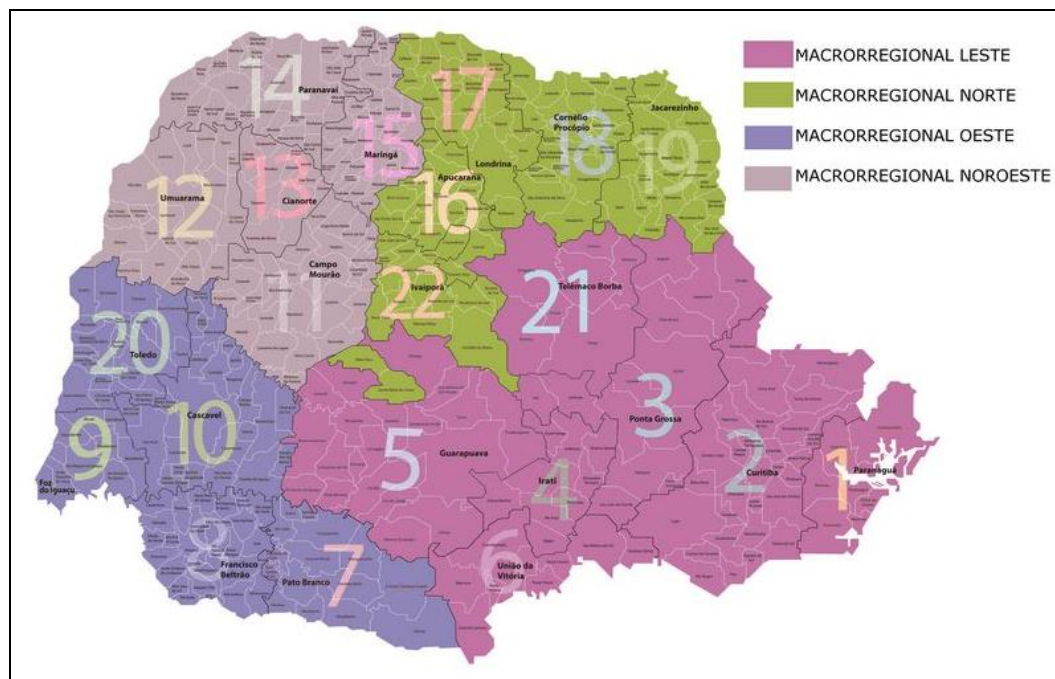
4.1 CARACTERIZAÇÃO DA MACRORREGIÃO OESTE

A Secretaria de Estado da Saúde do Paraná (SESA) é composta por vinte e duas Regionais de Saúde e quatro Macrorregiões (Figura 01). As Regionais de Saúde são sedes administrativas descentralizadas da SESA, localizadas em cidades polo do Estado e suas instâncias administrativas *“mantêm ligação com as respectivas superintendências, centrando suas ações em três grandes eixos: atenção e gestão em saúde, vigilância em saúde e administração”*, tendo como principal objetivo promover a necessária articulação com os municípios para a efetivação das políticas de saúde prioritárias (PARANÁ, 2016, p. 22).

As Macrorregiões (Leste, Oeste, Norte e Noroeste), organizadas no Paraná a partir de 2013 por influência do Decreto nº 7.508 de 2011 que definiu as Redes de Atenção (Figuras 01 e 02), propuseram o desenho e a pactuação das grades de referência de serviços de média e alta complexidade de forma a produzir

autossuficiência regional sem, no entanto, se caracterizar como uma instância administrativa (PARANÁ, 2016).

Figura 01 - Mapa Político do Paraná – Divisão por Macrorregionais (2016).



Fonte: Paraná, 2016.

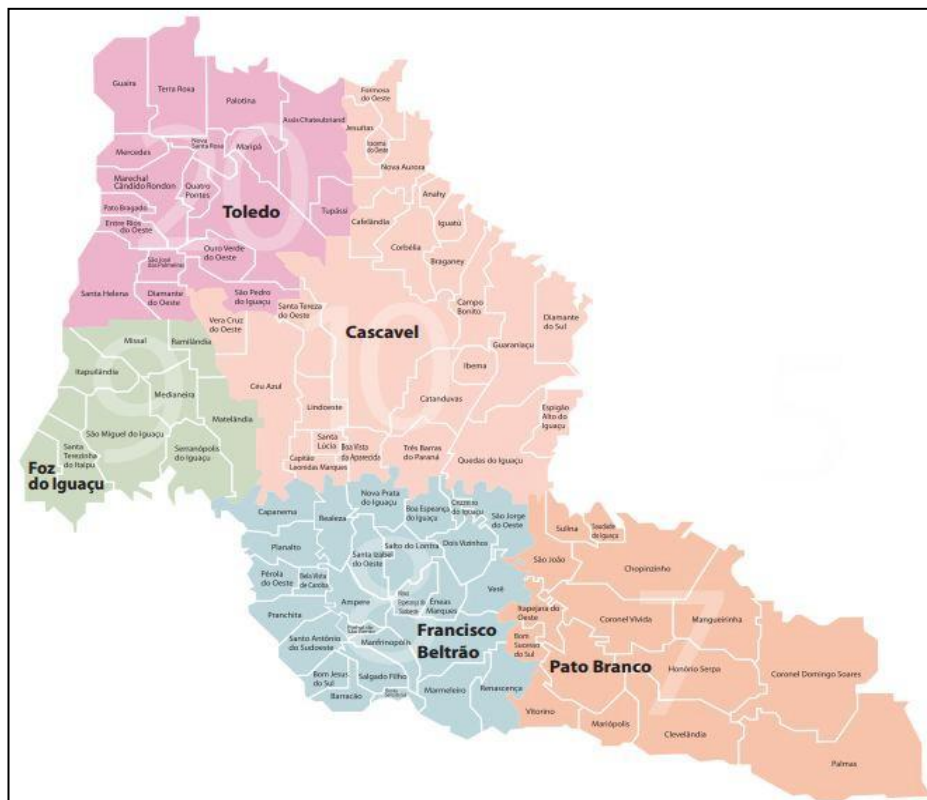
A Macrorregião Oeste (Figura 02) é composta por cinco Regionais de Saúde que fazem fronteira com o Estado de Santa Catarina ao sul (7ª e 8ª RS) e com Paraguai e Argentina na região oeste do Estado (8ª, 9ª, 10ª e 20ª RS). Possui 94 municípios e uma população estimada de 1.962.698 habitantes (IBGE, 2016) onde Cascavel - município sede da 10ª Regional de Saúde – assume o papel de sede da Macrorregião Oeste, sendo referência na média e alta complexidade para os 25 municípios da 10ª RS e na alta complexidade para toda Macrorregião (PARANÁ, 2016, p.22).

Dos 94 municípios pertencentes a Macrorregião Oeste, apenas 3,19% possuem mais de 100 mil habitantes: Cascavel com 319.608, Foz do Iguaçu com 264.044 e Toledo com 135.538 habitantes (3,20%). Abaixo de 100 mil e acima de 50 mil, apenas dois municípios (2,12%), os quais são sede de Regional de Saúde: Pato Branco e Francisco Beltrão (PARANÁ, 2016; IBGE, 2017).

Entre 20 e 50 mil habitantes estão 13 municípios (13,83%) e os demais, correspondendo a 76 municípios (80,85%) possuem menos de 20 mil habitantes

com insuficiência de serviços e dependentes dos municípios maiores.

Figura 02 - Mapa da Região Macrorregional Oeste (2016).



Fonte: Paraná, 2016.

O Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) mede comparativamente a riqueza, alfabetização, educação, esperança de vida, natalidade, aspectos econômicos, sociais e culturais. Entre as cinco Regionais de Saúde que compõem a Macrorregião Oeste, a 10ª RS (Cascavel) – na média – é a que apresenta os menores indicadores (Tabela 01) (PARANÁ, 2016).

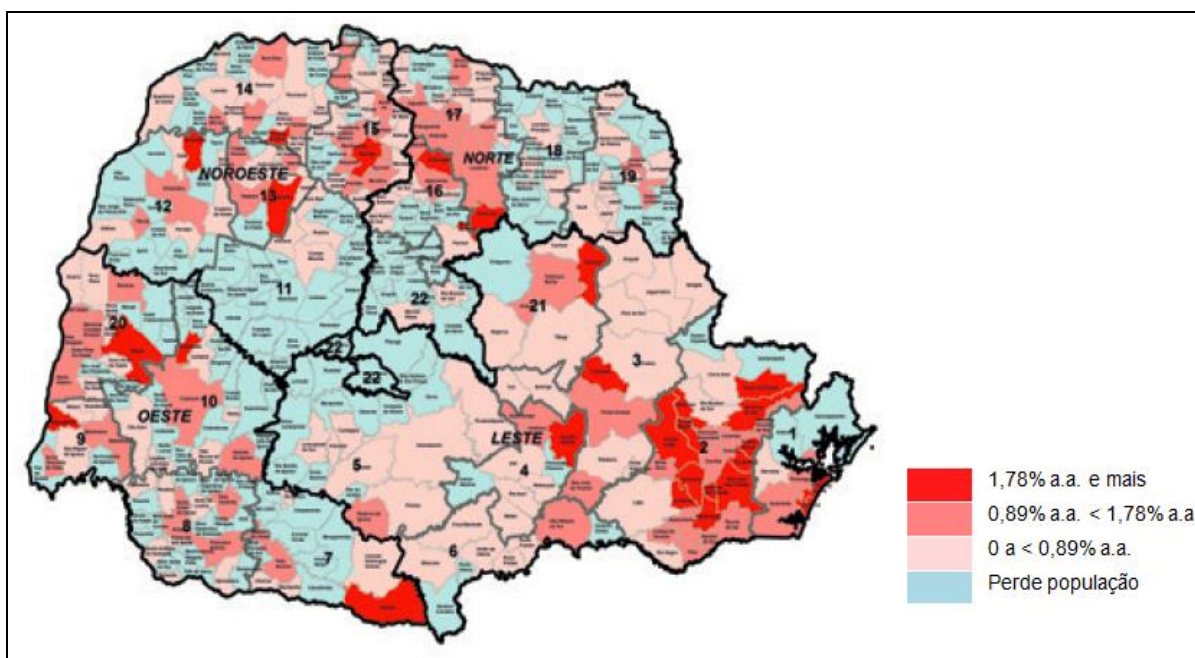
Tabela 01 – Distribuição da população e a média do Índice de Desenvolvimento Humano dos municípios pertencentes a 7ª, 8ª, 9ª, 10ª e 20ª Regionais de Saúde do PR (2010).

UNIDADES TERRITORIAIS	POPULAÇÃO		
	População 2010	IDH	Número de Municípios
7ª RS (Pato Branco)	251.960	0,704	15
8ª RS (Francisco Beltrão)	340.093	0,713	27
9ª RS (Foz do Iguaçu)	390.220	0,725	9
10ª RS (Cascavel)	513.071	0,697	25
20ª RS (Toledo)	364.184	0,735	18

Fonte: IBGE/IPARDES, 2010.

Com relação às taxas de crescimento populacional, observa-se que quatro municípios na Macrorregião Oeste apresentaram ritmos de incremento superiores a 1,78% a.a. e dezessete municípios apresentaram incremento entre 0,89% e < 1,78% a.a., taxa superior à média estadual de 0,89% a.a. no intervalo entre 2000 e 2010.

Figura 03 - Taxa geométrica de crescimento da população do Paraná, segundo municípios (2000 - 2010).



Fonte: Paraná, 2016

Dentre os 28 municípios do Estado que se destacaram por crescer acima do dobro da taxa média estadual (1,78% a.a.), quatro localizam-se na Macrorregião Oeste, com destaque para Cafelândia (10ª RS), Toledo (20ª RS), Itaipulândia (9ª RS) e Palmas (7ª RS).

Tabela 02 – Distribuição da população e Taxa Média Geométrica de crescimento anual segundo grandes grupos de idade, Regionais de Saúde da Macrorregião Oeste do Paraná, Região Sul e Brasil (2000 e 2010).

UNIDADES TERRITORIAIS	POPULAÇÃO								
	0 a 14 anos			15 a 59 anos			60 anos e +		
	2000	2010	Taxa de Crescimento (% ao ano)	2000	2010	Taxa de Crescimento (% ao ano)	2000	2010	Taxa de Crescimento (% ao ano)
7ª RS (Pato Branco)	73.815	62.118	-1,71	142.742	160.559	1,18	18.932	27.116	3,66
8ª RS (Francisco Beltrão)	96.538	77.211	-2,21	196.475	219.415	1,11	28.941	41.077	3,56
9ª RS (Foz do Iguaçu)	120.050	95.389	-2,27	238.115	257.939	0,80	21.226	35.467	5,27
10ª RS (Cascavel)	141.864	118.034	-1,82	292.455	335.547	1,38	35.487	53.804	4,25
20ª RS (Toledo)	88.632	77.231	-1,37	203.649	236.989	1,53	29.856	44.440	4,06
Região Sul	6.911.340	5.983.317	-1,43	15.890.928	18.116.109	1,32	2.100.499	3.287.465	4,58
Brasil	50.266.122	45.932.294	-0,90	104.997.019	124.232.908	1,70	14.536.029	20.590.597	3,54

Fonte: Paraná, 2016.

O município de Foz do Iguaçu (9ª RS), embora tenha registrado decréscimo de população entre 2000 e 2010, possui 256 mil habitantes, sendo o sétimo mais populoso do Estado, exercendo forte polaridade e configurando uma importante aglomeração fronteiriça internacional (PARANÁ, 2016).

Em relação à população, observa-se na Tabela 03 que existe uma predominância de mulheres (50,7%) em relação aos homens (49,3%) que se inicia a partir dos 20 anos de idade.

Tabela 03 – Distribuição da população por sexo e faixa etária da Macrorregião Oeste do Paraná (2010).

IDADE	MASCULINO		FEMININO		TOTAL	
	Bruto	%	Bruto	%	Bruto	%
Menor de 1 ano	13.889	51,6	13.027	48,4	26.916	1,45
01-04 anos	51.351	50,9	49.518	49,1	100.869	5,42
05-09 anos	70.110	50,7	68.310	49,3	138.420	7,44
10-14 anos	85.110	50,9	82.117	49,1	167.227	8,99
15-19 anos	88.158	50,5	86.268	49,5	174.426	9,38
20-29 anos	154.941	49,7	156.974	50,3	311.915	16,78
30-39 anos	136.772	48,5	144.954	51,5	281.726	15,15
40-49 anos	128.317	48,5	135.998	51,5	264.315	14,22
50-59 anos	91.792	48,3	98.069	51,7	189.861	10,21
60-69 anos	57.105	48,4	60.993	51,6	118.098	6,35
70-79 anos	29.267	46,9	33.166	53,1	62.433	3,36
80 anos e mais	9.790	42,0	13.532	58,0	23.322	1,25
Total	916.602	49,3	942.926	50,7	1.859.528	100,0

Fonte: IBGE, 2010.

A maior proporção (56,34%) está na faixa etária entre 20 a 59 anos, considerada idade produtiva. Em seguida, a proporção de população menor de 19 anos (32,68%) e de 60 anos e mais (10,96%), o que evidencia o envelhecimento da população (PARANÁ, 2016).

Com relação ao ritmo de crescimento dos idosos, a regional de Foz do Iguaçu se sobressai com uma taxa de incremento de 5,3% ao ano, e as de Cascavel e Toledo evidenciam taxas no patamar dos 4% ao ano. Observa-se que as porções setentrional e oeste do Estado evidenciam populações relativamente mais envelhecidas quando comparadas com as áreas centro-sul e leste.

As Regionais de Saúde de Umuarama (Macro Noroeste) e Cornélio Procopio (Macro Norte) exibem proporções próximas a 70 idosos para cada 100 crianças e jovens, ao passo que as Regionais de Saúde de Foz do Iguaçu (Macro Oeste) e

Guarapuava (Macro Leste) apresentam os índices de idosos mais baixos, em torno de 37. Embora a regional de Foz do Iguaçu demonstre um perfil etário relativamente rejuvenescido em comparação às demais, sua população idosa cresce no ritmo mais elevado entre as regionais de saúde do Estado (5,3% ao ano) (PARANÁ, 2016).

Além das mudanças no perfil etário da população paranaense, também a composição por sexo vem sofrendo alterações ao longo das últimas décadas. Mais especificamente a partir de 1970, a população do Paraná passou de um contexto de preponderância masculina, com o contingente de homens superando em 5,2% o número de mulheres, para um quadro de predomínio feminino, com o total de homens representando 96,6% do conjunto de mulheres, em 2010.

Dos 94 municípios pertencentes a Macrorregião Oeste, 21 apresentaram ritmo de incremento populacional superior a 0,89% a.a. no intervalo entre 2000 e 2010 e 49 perderam população no mesmo período. Entre estes, 6 apresentam Taxa Geométrica de Crescimento da População Projetada (2020 e 2030) entre 0,86 e 3,75 a.a., sendo os mesmos que já apresentam Taxa de Urbanização maior de 90% (Cascavel, Toledo, Guara, Foz do Iguaçu, Santa Terezinha do Itaipu Palmas, Pato Branco) (PARANÁ, 2016).

A Macrorregião Oeste é a segunda colocada em participação das Macrorregiões de Saúde no Produto Interno Bruto do Paraná com 15,8% em 2010 e 17% em 2013, destacando-se com o maior crescimento no setor agropecuário neste período.

4.2 PERFIL DE MORBIMORTALIDADE DA MACRORREGIÃO OESTE

Em relação à mortalidade geral na Macrorregião Oeste, observa-se que as doenças do aparelho circulatório ocupam o primeiro lugar, seguido pelas neoplasias e causas externas. Estes três grupos de causas representaram 61,85 % do total de óbitos ocorridos no ano de 2014. O fato de as doenças do aparelho circulatório e neoplasias representarem 48,12% do total de mortes é, em boa parte, expressão do perfil demográfico da população.

Tabela 04 - Proporção da Mortalidade Geral pelas principais causas de morte da Macrorregião Oeste do Paraná (2010 a 2014).

CAUSAS DA MORTALIDADE	2010		2011		2012		2013		2014	
	n°	%	n°	%	n°	%	n°	%	n°	%
Aparelho Circulatório	3.141	28,44	3.207	28,02	3.204	27,32	3.354	28,72	3.212	27,59
Neoplasias (Tumores)	2.055	18,61	2.215	19,35	2.348	20,02	2.262	19,37	2.390	20,53
Causas Externas	1.769	16,02	1.803	15,75	1.950	16,63	1.607	13,76	1.599	13,73
Aparelho Respiratório	1.239	11,22	1.313	11,47	1.277	10,89	1.292	11,06	1.317	11,31
Endócrinas, Nutricionais e Metabólicas	581	5,26	633	5,53	655	5,59	614	5,26	650	5,58

Fonte: MS/SVS/CGIAE/SIM, 2017.

É importante destacar que as causas externas representaram a terceira principal causa de óbito na região. Percebe-se, porém, que no período de 2010 a 2012, este agravo representou em média 16,15% do total dos óbitos. Já nos anos de 2013 e 2014 houve um decréscimo, sendo respectivamente 13,76% e 13,73% do total dos óbitos. Provavelmente, este comportamento possa estar relacionado com os avanços na atenção básica em saúde e a implementação da política de urgência/emergência, no desenvolvimento de ações específicas de promoção, prevenção e à qualidade da assistência relacionada a estes agravos.

Em 2014, do total de 11.644 óbitos de residentes da Macrorregião Oeste, 58,06% ocorreram no sexo masculino; dentre as cinco primeiras causas de morte houve predominância nos homens, com exceção das doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas que predominou nas mulheres. Em relação às causas externas, verifica-se que dos 1.599 óbitos ocorridos na Macrorregião Oeste, 78,42% foram no sexo masculino, sendo que os acidentes de trânsito e agressões foram os mais frequentes; nas mulheres as principais causas foram os acidentes de trânsito e outras causas externas e lesões representando, respectivamente, 9,01% e 6,25%.

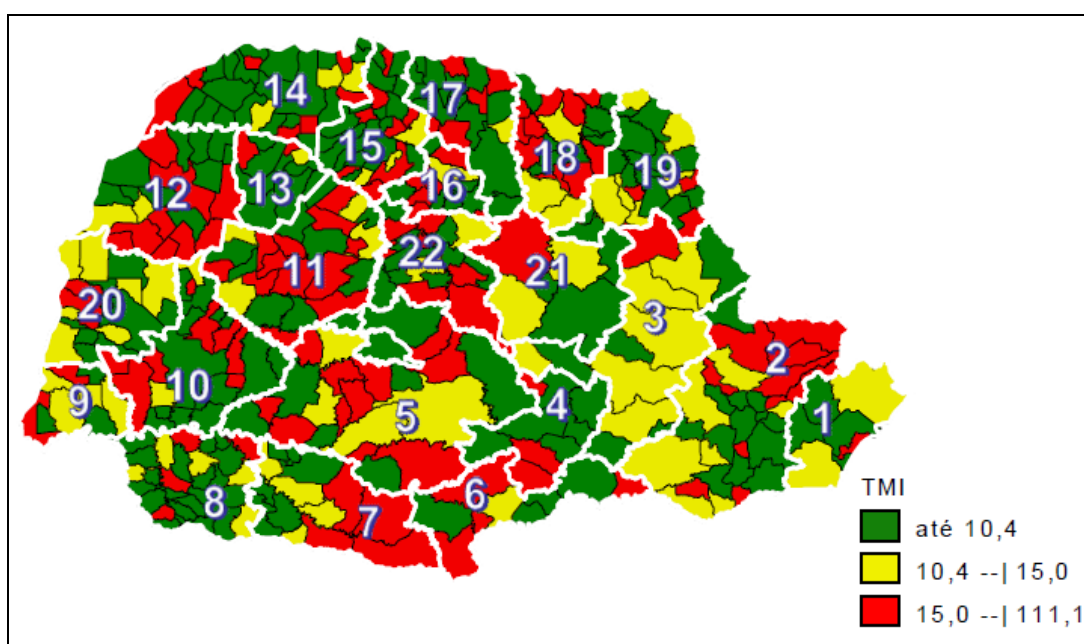
Tabela 05 - Óbitos por Causas Externas por residência por Grande Grupo CID10 segundo Macrorregião de Saúde (2015).

GRANDE GRUPO CID 10	QUANTIDADE
Acidentes de transporte	603
Outras causas externas de lesões acidentais	311
Lesões autoprovocadas voluntariamente	191
Agressões	465
Eventos cuja intenção é indeterminada	32
Intervenções legais e operações de guerra	8
Complicações assistência médica e cirúrgica	5
Sequelas de causas externas	18
Total	1.633

Fonte: MS/SVS/SIM/SESA-PR, 2016.

Em relação à Taxa de Mortalidade Infantil, observa-se grande disparidade em toda Macrorregião Oeste, sendo que dos 94 municípios, 20 apresentaram TMI > do que 15/1000NV, com concentração dos óbitos em afecções originadas no período perinatal (Capítulo XVI da CID 10), o que remete a qualificação de toda rede de atenção materno e infantil (Figura 04, Tabela 06).

Figura 04 - Taxa de Mortalidade Infantil/1000NV segundo Regional de Saúde e Município, Paraná (2015).



Fonte: SIM/SINASC/SESA-PR, 2017.

Tabela 06 - Óbitos Infantis por residência por Capítulo CID-10 segundo Região de Saúde (2015).

REGIONAL DE SAÚDE	CAPÍTULO DA CID 10 ¹													Total
	I	II	III	IV	VI	IX	X	XI	XIV	XVI	XVII	XVIII	XX	
7ª RS Pato Branco	3	-	-	-	-	-	1	-	2	25	15	3	4	53
8ª RS Francisco Beltrão	1	-	-	-	1	-	-	-	-	20	10	1	1	34
9ª RS Foz do Iguaçu	1	2	-	1	-	1	3	-	-	49	28	5	4	94
10ª RS Cascavel	-	1	-	-	-	-	2	1	-	34	34	1	8	81
20ª RS Toledo	4	-	1	-	-	-	3	-	-	28	19	-	4	59
TOTAL	9	3	1	1	1	1	9	1	2	156	106	10	21	321

Fonte: MS/SVS/SIM, 2017.

1	I	Algumas doenças infecciosas e parasitárias
	II	Neoplasias [Tumores]
	III	Doenças do sangue e dos órgãos hematopoiéticos e alguns transtornos imunitários
	IV	Doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas
	V	Transtornos mentais e comportamentais
	VI	Doenças do sistema nervoso
	VII	Doenças do olho e anexos
	VIII	Doenças do ouvido e da apófise mastoide
	IX	Doenças do aparelho circulatório
	X	Doenças do aparelho respiratório
	XI	Doenças do aparelho digestivo
	XII	Doenças da pele e do tecido celular subcutâneo
	XIII	Doenças do sistema osteomuscular e do tecido conjuntivo
	XIV	Doenças do aparelho geniturinário
	XV	Gravidez, parto e puerpério
	XVI	Algumas afecções originadas no período perinatal
	XVII	Malformações congênitas, deformidades e anomalias cromossômicas
	XVIII	Sintomas, sinais e achados anormais de exames clínicos e de laboratório, não classificados em outra parte
	XIX	Lesões, envenenamentos e algumas outras consequências de causas externas
	XX	Causas externas de morbidade e de mortalidade
	XXI	Fatores que influenciam o estado de saúde e o contato com os serviços de saúde
	Ignorado	CID não especificado ou inválido

Em relação às causas de internamento, verifica-se que as primeiras causas foram decorrentes das pneumonias ou influenza, seguida de parto cesariano, parto normal, tratamento das doenças crônicas das vias aéreas inferiores e diagnóstico e/ou atendimento de urgência em clínica médica, representando 24,2% do total das internações ocorridas no ano de 2014 (Tabela 07).

Tabela 07 - Principais causas de internamento e custo médio dos residentes da Macrorregião Oeste (2014).

PROCEDIMENTO REALIZADO	Quantidade e Custo Médio		
	n°	%	Custo Médio
Tratamento pneumonias ou influenza	10.808	8,3	834,60
Parto cesariano	6.827	5,2	712,30
Parto normal	5.067	3,9	560,40
Tratamento das doenças crônicas das vias aéreas	4.701	3,6	585,40
Diagnóstico e/ou atendimento urgência clínica médica	4.233	3,2	71,90
Tratamento insuficiência cardíaca	3.786	2,9	1.213,20
Tratamento das intercorrências clínicas da gravidez	3.223	2,5	147,00
Tratamento de doenças infecciosas e intestinais	2.995	2,3	351,20
Tratamento em Psiquiatria (por dia)	2.715	2,1	2.051,30
Tratamento acidente vascular cerebral (AVC)	2.307	1,8	1.431,60
Tratamento clínico de paciente oncológico	2.174	1,7	603,80
Tratamento traumatismo localização não especificada	2.127	1,6	296,10
Tratamento de dengue clássica	2.076	1,6	325,90
Tratamento outras doenças bacterianas	2.058	1,6	3.198,20
Tratamento diabetes mellitus	1.916	1,5	448,70
Tratamento da síndrome coronariana	1.759	1,3	989,80
Internação para quimioterapia contínua	1.705	1,3	1.199,60
Tratamento de outras doenças do aparelho urinário	1.674	1,3	314,00
Outros procedimentos com cirurgias sequenciais	1.596	1,2	3.536,90
Tratamento pielonefrite	1.564	1,2	234,50
Demais procedimentos	65.483	50,1	1555,20

Fonte: MS/DATASUS/TABNET, 2017.

Com relação às internações por condições sensíveis à atenção primária, a proporção de internações entre as cinco regionais de saúde no ano de 2013, variou de 27,48% na regional de Foz do Iguaçu a 37,82% na regional de Toledo. No ano de 2014, este indicador demonstra um pequeno acréscimo, exceto a regional de Toledo que registrou decréscimo pouco significativo (Tabela 08).

Tabela 08 - Proporção de internações sensíveis à atenção primária por Regional de Saúde pertencente à Macrorregião Oeste e no Estado do Paraná (2013 a 2014).

REGIONAL DE SAÚDE	INTERNAÇÕES POR CONDIÇÕES SENSÍVEIS À ATENÇÃO BÁSICA								
	2013			2014			TOTAL		
	n°	ICSAB	%	n°	ICSAB	%	n°	ICSAB	%
7ª RS Pato Branco	8.209	2.628	32,01	8.107	2.613	32,23	16.316	5.241	32,12
8ª RS Francisco Beltrão	13.096	4.421	33,76	12.642	4.329	34,24	25.738	8.750	34,00
9ª RS Foz do Iguaçu	6.608	1.816	27,48	7.110	1.989	27,97	13.718	3.805	27,74
10ª RS Cascavel	13.029	3.748	28,77	12.792	3.744	29,27	25.821	7.492	29,02
20ª RS Toledo	11.593	4.384	37,82	12.163	4.525	37,20	23.756	8.909	37,50
Macrorregião Oeste	52.535	16.997	32,35	52.814	17.200	32,57	105.349	34.197	32,46
Paraná	272.188	83.224	30,58	267.410	85.138	31,84	539.598	168.362	31,20

Fonte: MS/DATASUS/TABNET, 2017.

Para o estado do Paraná no ano de 2013, estas internações representaram 30,58% em 2013 e 31,84% em 2014. Esses resultados demonstram a necessidade de fortalecer a atenção básica em saúde e o controle, avaliação e auditoria, tendo em vista que na região existe um grande número de hospitais de pequeno porte que acabam internando casos desnecessários.

4.3 AS REDES DE ATENÇÃO ÀS URGÊNCIAS DA MACRORREGIÃO OESTE

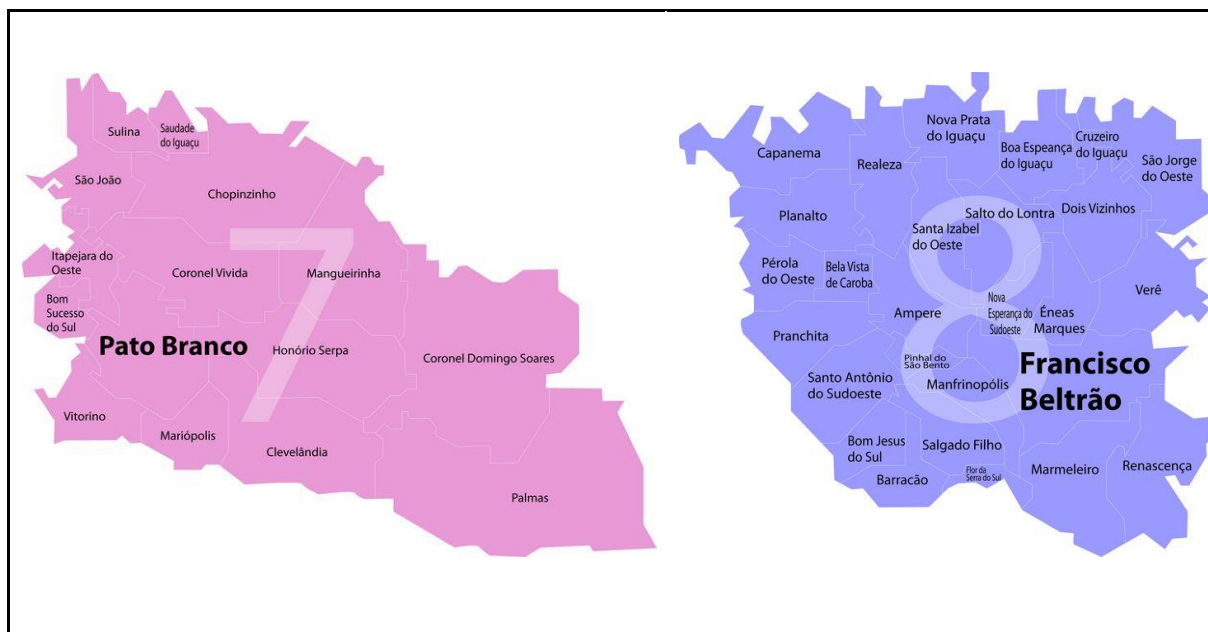
O desenho da Rede de Atenção às Urgências da Macrorregião Oeste, materializado no Plano de Ação de Urgência e Emergência, foi elaborado considerando-se as diretrizes propostas pelo Grupo Condutor Estadual da Rede de Urgências Paraná composto por representantes da Secretaria de Estado da Saúde, Conselho de Secretarias Municipais de Saúde e Ministério da Saúde, tendo como referências a Portaria MS nº 4.279 de 2010 que apresenta o conceito de Redes de Atenção em Saúde; a Portaria MS nº 1.600 de 2011 que trata da reformulação da

Política de Urgências e o Decreto nº 7.508 de 2011 que regulamenta a Lei nº 8.080 de 1990 (BRASIL, 1990a; 2010; 2011a; 2011b)

Observa-se, porém, que o desenho da Macrorregião Oeste estabelece algumas referências para a alta complexidade hospitalar, mas a rede de urgência e emergência, no tocante a organização da grade assistencial pré-hospitalar e hospitalar segue organização por Regional de Saúde, considerando-se e organização, por consórcios, dos serviços de Regulação Médica de Urgências e do SAMU 192.

Para as 7ª e 8ª Regionais de Saúde, compostas por quarenta e dois municípios, a Rede de Atenção às Urgências passa a se materializar com a organização do Consórcio Intermunicipal da Rede de Urgências do Sudoeste do Paraná (CIRUSPAR), que administra o SAMU 192 e a Central de Regulação Médica de Urgências do Sudoeste do Paraná (Figura 05).

Figura 05 - Mapa de Abrangência da 7ª e 8ª RS-PR (2018).



Fonte: SESA/PR, 2018.

As Unidades de Pronto Atendimento 24 horas habilitadas para a 7ª e 8ª Regionais de Saúde são de abrangência municipal e alcançam apenas cinco municípios, demonstrando déficit de cobertura para este ponto de atenção (Tabela 09).

Tabela 09 – Localização das UPA 24 horas da 7ª e 8ª RS-PR (2017).

RS	MUNICÍPIO	PORTE			
		Nº	I	II	III
7ª	Coronel Vivida	01	01	-	-
	Pato Branco	01	-	01	-
8ª	Francisco Beltrão	01	-	01	-
	Realeza	01	01	-	-
	Santo Antônio do Sudoeste	01	01	-	-
	Total	05	03	02	00

Fonte: SESA/PR, 2018.

Em relação ao SAMU 192, observa-se que existem habilitadas atualmente doze Unidades de Suporte Básico de Vidas distribuídas em doze municípios e quatro Unidades de Suporte Avançado de Vidas, distribuídas em quatro municípios. Estas ambulâncias, de atuação microrregional, possuem base fixa definida em dez municípios, mas assumem a responsabilidade pelo atendimento pré-hospitalar móvel de todos os municípios vinculados a 7ª e 8ª Regionais de Saúde (Tabela 10).

Tabela 10 – Localização das Unidades Móveis SAMU 192 da 7ª e 8ª RS-PR (2017).

MUNICÍPIOS/BASES	USB	USA	USA NEONATAL	MOTOLÂNCIA	AEROMÉDICO HELICÓPTERO
Dois Vizinhos	01	-	-	-	-
Chopinzinho	01	01	-	-	-
Clevelândia	01	-	-	-	-
Coronel Vivida	01	-	-	-	-
Francisco Beltrão	02	01	-	-	-
Manguerinha	01	-	-	-	-
Palmas	01	-	-	-	-
Pato Branco	02	01	-	-	-
Realeza	01	01	-	-	-
Santo Antônio do Sudoeste	01	-	-	-	-
TOTAL	12	04	00	00	00

Fonte: SESA/PR, 2018.

Em relação às portas de entrada hospitalares, observa-se na Tabela 11 que existem seis serviços habilitados em apenas três dos quarenta e dois municípios pertencentes a 7ª e 8ª Regionais de Saúde, o que, além de gerar sobrecarga, mobiliza importantes recursos para a remoção de pacientes em situação de urgência para os municípios sede (Tabela 11).

Tabela 11 – Localização dos Hospitais de Referência da 7ª e 8ª RS-PR (2017).

RS	MUNICÍPIO	HOSPITAL	PORTA DE ENTRADA	
			TIPO	
	Palmas	Hospital Santa Pelizzari	Hospital Geral	
7ª	Pato Branco	Instituto de Saúde São Lucas	Tipo I	
	Pato Branco	Instituto Policlínica Pato Branco	Tipo II	
	Francisco Beltrão	Hospital Regional	Tipo I	
8ª	Francisco Beltrão	Hospital São Francisco	Hospital Geral	
	Francisco Beltrão	CEONC	Hospital Geral	

Fonte: SESA/PR, 2017.

Do total de leitos hospitalares existentes (n = 1.364), observa-se que 79,76% são destinados ao SUS, mas estima-se uma necessidade de acréscimo na ordem de 23,25% neste quantitativo com base na população IBGE 2012 para dar vazão as demandas existentes (Tabela 12).

Tabela 12 – Distribuição do número de leitos totais e destinados ao SUS existentes e necessários na 7ª e 8ª RS-PR (2017).

Regional de Saúde	População IBGE (2010)	Leitos Existentes		Leitos Necessários	
		Total	SUS	Total	SUS
7ª RS – Pato Branco	251.960	563	490	756	571
8ª RS – Francisco Beltrão	340.093	801	598	1.020	770
Total	592.053	1.364	1.088	1.776	1.341

Fonte: SESA/PR, 2017.

Observa-se fragilidades importantes na institucionalização da rede de atenção às urgências na 7ª e 8ª Regionais de Saúde, principalmente quando consideramos a suficiência de portas de entrada - Unidades de Pronto Atendimento e Hospitais, bem como o número de Unidades de Suporte Básicas e Avançadas de Vidas para a cobertura dos municípios.

Para a 9ª Regional de Saúde, composta por nove municípios, a Rede de Atenção às Urgências passa a se materializar com a implantação do SAMU 192 e da Central de Regulação Médica de Urgências em Foz do Iguaçu, município sede, que depois estende sua atuação para os demais municípios (Figura 06).

Figura 06 - Mapa de Abrangência da 9ª RS-PR (2018).

Fonte: SESA/PR, 2018.

Atualmente existem três Unidades de Pronto Atendimento 24 horas habilitadas para a 9ª Regional de Saúde que são de abrangência municipal e alcançam apenas os municípios sede, demonstrando déficit de cobertura para este ponto de atenção (Tabela 13).

Tabela 13 – Localização das UPA 24 horas da 9ª RS-PR (2017).

RS	MUNICÍPIO	Nº	PORTE		
			I	II	III
9ª	Foz do Iguaçu	01	-	-	01
	Medianeira	01	01	-	-
	Santa Terezinha do Itaipu	01	01	-	-
	Total	03	02	00	01

Fonte: SESA/PR, 2018.

Em relação ao SAMU 192, observa-se que existem habilitadas atualmente onze Unidades de Suporte Básico de Vidas distribuídas em sete municípios e três Unidades de Suporte Avançado de Vidas, distribuídas em dois municípios. Estas ambulâncias, de atuação microrregional, possuem base fixa definida em sete municípios, mas assumem a responsabilidade pelo atendimento pré-hospitalar móvel de todos os municípios vinculados a 9ª Regional de Saúde (Tabela 14).

Tabela 14 – Localização das Unidades Móveis SAMU 192 da 9ª RS-PR (2017).

MUNICÍPIOS/BASES	USB	USA	USA NEONATAL	MOTOLÂNCIA	AEROMÉDICO HELICÓPTERO
Foz do Iguaçu	05	02	-	01	-
Itaipulândia	01	-	-	-	-
Medianeira	01	01	-	-	-
Matelândia	01	-	-	-	-
Missal	01	-	-	-	-
Santa Terezinha de Itaipu	01	-	-	-	-
São Miguel do Iguaçu	01	-	-	-	-
TOTAL	11	03	00	01	00

Fonte: SESA/PR, 2018.

Observa-se na Tabela 15 que existem três portas de entrada hospitalares habilitadas em dois dos nove municípios pertencentes a 9ª Regional de Saúde, o que gera sobrecarga e mobilização de recursos para a remoção de pacientes em situação de urgência, amenizada apenas pelo pequeno número de municípios vinculados a esta Regional de Saúde e a pequena distância existente entre estes.

Tabela 15 – Localização dos Hospitais de Referência da 9ª RS-PR (2017).

RS	MUNICÍPIO	HOSPITAL	PORTA DE ENTRADA TIPO
	Foz do Iguaçu	Hospital Municipal de Foz do Iguaçu	Hospital Geral
9ª	Foz do Iguaçu	Hospital Ministro Costa Cavalcanti	Hospital Geral
	Medianeira	Hospital Nª Senhora da Luz	Hospital Geral

Fonte: SESA/PR, 2018.

Do total de leitos hospitalares existentes (n = 848), observa-se que 45,63% são destinados ao SUS, estimando-se a necessidade de acréscimo na ordem de 128,42% neste quantitativo com base na população IBGE 2012 para dar vazão as demandas existentes (Tabela 16).

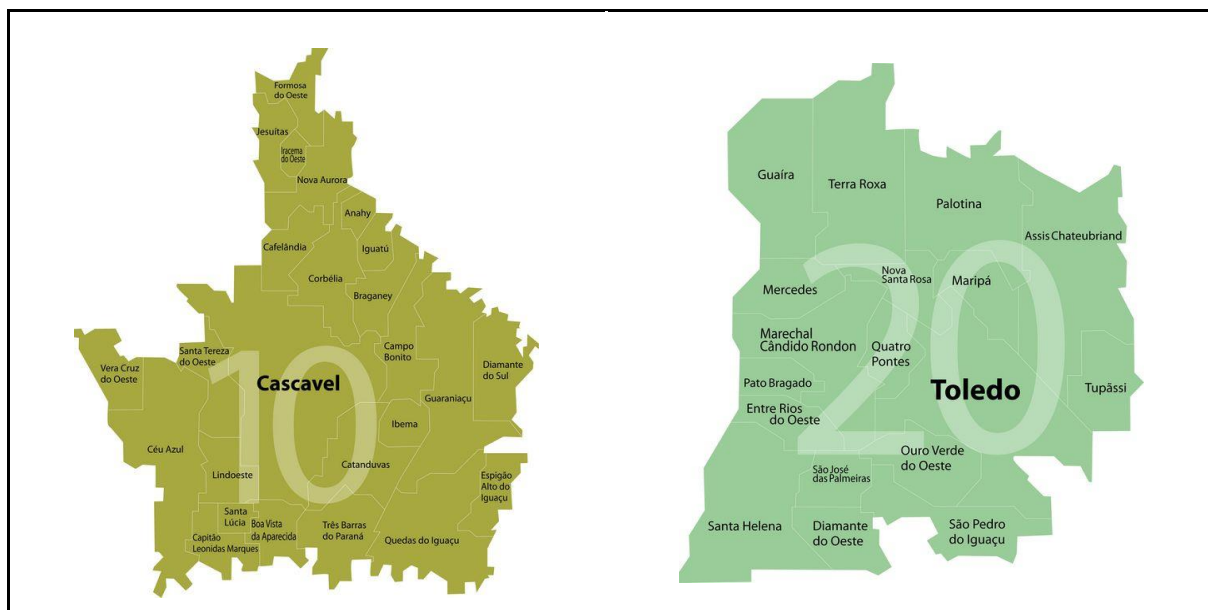
Tabela 16 – Distribuição do número de leitos totais e destinados ao SUS existentes e necessários na 9ª RS-PR (2017).

Regional de Saúde	População IBGE (2010)	Leitos Existentes		Leitos Necessários	
		Total	SUS	Total	SUS
9ª RS – Foz do Iguaçu	390.220	848	387	1.171	884
Total	390.220	848	387	1.171	884

Fonte: SESA/PR, 2018.

Para a 10ª e 20ª Regionais de Saúde, compostas por quarenta e três municípios, a Rede de Atenção às Urgências tem início com a implantação do SAMU 192 e da Central de Regulação Médica de Urgências no município de Cascavel e, mais tarde, por meio da organização do Consórcio Intermunicipal SAMU Oeste (CONSAMU), ocorre a ampliação destes serviços (Figura 07).

Figura 07 - Mapa de Abrangência da 10ª e 20ª RS-PR (2018).



Fonte: SESA/PR, 2018.

Existem atualmente seis UPA 24 horas habilitadas para a área de abrangência da 10ª e 20ª Regionais de Saúde, sendo três delas de abrangência municipal (Cascavel) e três de abrangência microrregional, alcançando em torno de nove municípios, o que demonstra importante déficit de cobertura, principalmente na 10ª Regional de Saúde onde as três UPA habilitadas são para atendimento exclusivo do município sede (Tabela 17).

Tabela 17 – Localização das UPA 24 horas da 10ª e 20ª RS-PR (2017).

RS	MUNICÍPIO	Nº	PORTE		
			I	II	III
10ª	Cascavel	03	-	03	-
20ª	Toledo	01	-	01	-
	Guaíra	01	01	-	-
	Marechal C. Rondon	01	01	-	-
	Total	06	02	04	00

Fonte: SESA/PR, 2018.

Em relação ao SAMU 192, observa-se que existem habilitadas atualmente vinte Unidades de Suporte Básico de Vidas distribuídas em dezesseis municípios e seis Unidades de Suporte Avançado de Vidas, distribuídas em quatro municípios. Estas ambulâncias, de atuação microrregional, possuem base fixa definida em dezesseis municípios, mas assumem a responsabilidade pelo atendimento pré-hospitalar móvel de todos os municípios vinculados a 10ª e 20ª Regionais de Saúde (Tabela 18).

Tabela 18 – Localização das Unidades Móveis SAMU 192 da 10ª e 20ª RS-PR (2017).

MUNICÍPIOS/BASES	USB	USA	USA NEONATAL	MOTOLÂNCIA	AEROMÉDICO HELICÓPTERO
Cascavel	05	03	-	01	01
Guaraniaçu	01	-	-	-	-
Santa Tereza do Oeste	01	-	-	-	-
Corbélia	01	-	-	-	-
Quedas do Iguaçu	01	01	-	-	-
Três Barras do Paraná	01	-	-	-	-
Céu Azul	01	-	-	-	-
Nova Aurora	01	-	-	-	-
Jesuítas	01	-	-	-	-
Capitão Leônidas Marques	01	-	-	-	-
Toledo	01	01	01	-	-
Palotina	01	-	-	-	-
Marechal Cândido Rondon	01	-	-	-	-
Guaíra	01	01	-	-	-
Assis Chateaubriand	01	-	-	-	-
Santa Helena	01	-	-	-	-
TOTAL	20	06	01	01	01

Fonte: SESA/PR, 2018.

Em relação as portas de entrada hospitalares, observa-se na Tabela 19 que existem sete serviços habilitados em três dos quarenta e três municípios pertencentes a 10ª e 20ª Regionais de Saúde, o que gera sobrecarga e mobilização de recursos para a remoção de pacientes em situação de urgência, agravada pela grande distância existente entre os municípios e os serviços de referência.

Tabela 19 – Localização dos Hospitais de Referência da 10ª e 20ª RS-PR (2017).

RS	MUNICÍPIO	HOSPITAL	PORTA DE ENTRADA
			TIPO
	Cascavel	Hospital Universitário do Oeste do PR	Tipo II
	Cascavel	Hospital Nª Senhora da Salete	Hospital Geral
10ª	Cascavel	Hospital São Lucas FAG	Hospital Geral
	Cascavel	CEONC	Hospital Geral
	Cascavel	Hospital do Câncer UOPECCAN	Hospital Geral
20ª	Toledo	HOESP	Tipo I
	Palotina	Hospital Municipal	Hospital Geral

Fonte: SESA/PR, 2018.

Do total de leitos hospitalares existentes (n = 2.234), observa-se que 61,72% são destinados ao SUS, estimando-se a necessidade de acréscimo na ordem de 44,08% neste quantitativo com base na população IBGE 2012 para dar vazão às demandas existentes (Tabela 20).

Tabela 20 – Distribuição do número de leitos totais e destinados ao SUS existentes e necessários na 10ª e 20ª RS-PR (2017).

Regional de Saúde	População IBGE (2010)	Leitos Existentes		Leitos Necessários	
		Total	SUS	Total	SUS
10ª RS – Cascavel	513.071	1.460	994	1.539	1.162
20ª RS – Toledo	364.184	774	385	1.093	825
Total	877.255	2.234	1.379	2.632	1.987

Fonte: SESA/PR, 2018.

4.4 A ESTRUTURAÇÃO DA RUE NA 10ª E 20ª RS-PR

O processo de implantação da Rede de Atenção às Urgências (RUE) na 10ª e 20ª Regionais de Saúde do Paraná (10ª e 20ª RS-PR), a despeito das discussões já existentes em relação à organização dos serviços hospitalares com porta de entrada para quadros agudos e a implantação de unidades não hospitalares para acolhimento destas demandas como modo de enfrentar a desarticulação de serviços e a insuficiência de pontos de atenção e a consequente sobrecarga dos pronto socorros hospitalares, tem início no município de Cascavel no ano de 2005, com a

possibilidade de implantação da Central de Regulação Médica de Urgências e do Serviço de Atendimento Móvel de Urgências (SAMU 192) para município com menos de 500 mil habitantes.

A Política Nacional de Atenção às Urgências do Ministério da Saúde, instituída pela Portaria GM/MS nº 1.863 de 2003, propôs a organização das redes locais por meio da articulação dos seus componentes pré-hospitalar fixo, pré-hospitalar móvel, hospitalar e pós-hospitalar com base no já estabelecido na Portaria GM/MS nº 2.048 de 2002 que aprovou, na época, o Regulamento Técnico dos Sistemas Estaduais de Urgência e Emergência (BRASIL, 2002). Sua implantação foi definida por meio da Portaria GM/MS nº 1.864 de 2003 que instituiu o SAMU 192, as Centrais de Regulação Médica de Urgências e os Comitês Gestores Municipais, Regionais e Estaduais do Sistema de Atenção às Urgências para garantir a necessária articulação entre os gestores e os serviços (BRASIL, 2003a; 2003b).

O pleito para a implantação do SAMU 192 e da Central de Regulação Médica de Urgências no município de Cascavel teve início em outubro de 2005 por meio de contato direto da Secretaria de Saúde com a Coordenação Geral de Urgência e Emergência do Ministério da Saúde, sendo que, após a elaboração do projeto de implantação, houve a tramitação e aprovação *ad referendum* na Comissão Intergestores Regional (CIR) e Comissão Intergestores Bipartite (CIB).

Inaugurado em junho de 2006, o SAMU 192 e a Central de Regulação Médica de Urgências de Cascavel passaram a operar com abrangência municipal, a partir de grade de referência organizada pelo Comitê Gestor do Sistema Municipal de Atenção às Urgências, instituído pela Lei Municipal nº 4.264 de 2006, dando início a uma reorganização do sistema municipal e dos distintos pontos de atenção já existentes e previstos na Política Nacional de Atenção às Urgências (CASCAVEL, 2006).

No ano de 2009, a Secretaria de Estado da Saúde do Paraná aprova por meio da Deliberação CIB nº 30 a Rede de Atenção Integral às Urgências do Estado do Paraná, na época com sete Centrais de Regulação Médica de Urgências (Curitiba, Londrina, Maringá, Ponta Grossa, Foz do Iguaçu, Cascavel e Guarapuava) e cobertura do SAMU 192 para 13 municípios (Tabela 21) (PARANÁ, 2009).

Tabela 21 – Localização das Centrais de Regulação Médica de Urgências e abrangência dos Serviços de Atendimento Móvel de Urgência - SAMU 192 (2009).

Central de Regulação	População IBGE (2007)	Cobertura SAMU 192
Curitiba	2.166.522	Curitiba, São José dos Pinhais, Campo Largo
Londrina	635.879	Londrina, Cambé e Ibiporã
Maringá	405.654	Maringá e Sarandi
Ponta Grossa	371.714	Ponta Grossa e Castro
Foz do Iguaçu	311.336	Foz do Iguaçu
Cascavel	285.784	Cascavel
Guarapuava	164.567	Guarapuava
Total	4.341.456	

Fonte: CIB/PR, 2009.

A Rede de Atenção Integral às Urgências do Estado do Paraná previa naquele momento a redefinição da área de cobertura de sete Centrais de Regulação Médica de Urgência existentes e a implantação de outras nove bem como a ampliação do SAMU 192 para todos os municípios do estado.

Embora o texto da Deliberação CIB nº 30/2009 aponte que a mesma foi aprovada considerando-se o “*trabalho desencadeado em todo o Estado, coordenado pelas 22 Regionais de Saúde, envolvendo todos os municípios, para construir uma proposta de Rede de Atenção às Urgências do Estado do Paraná*” (PARANÁ, 2009, s.p.), os registros encontrados em atas de reuniões das CIR da 10ª e 20ª RS-PR anteriores à aprovação da Deliberação são escassos e se resumem à avaliação e validação de um esboço apresentado pelo nível central da Secretaria de Estado da Saúde. Após esta discussão inicial, o tema volta a ser discutido na CIR da 20ª RS em dezembro de 2009 e na CIR 10ª RS em julho de 2010, permanecendo incertos o desenho da rede e as pactuações necessárias para a implantação e financiamento tripartite dos serviços.

Observa-se por meio dos registros em ata da CIR 10ª e 20ª RS-PR que o Ministério da Saúde entregou em fevereiro de 2011 as ambulâncias do SAMU 192 para os municípios pertencentes a 10ª e 20ª RS-PR, com base na Rede de Atenção Integral às Urgências do Estado do Paraná aprovada na CIB em 2009. Em março de 2011, discute-se, com a presença do Coordenador Estadual de Atenção às Urgências, o processo de implantação da Central de Regulação Médica de

Urgências e do SAMU 192, e a discussão sobre o necessário financiamento regional é apontada como fundamental pelo Secretário de Saúde de Cascavel.

Em junho de 2011, trata-se na CIR 10ª e 20ª RS-PR da rede de urgências como prioridade do governo estadual e estrutura-se Comissão de Acompanhamento da implantação do serviço, composta pelos Diretores, Presidentes de CRESEMS e por equipe técnica das duas Regionais. Em agosto de 2011 o Secretário de Saúde de Cascavel informa em reunião da CIR 10ª RS que devem ocorrer mudanças na proposta da rede de urgências regional, tornando-se necessária a implantação de Comitês Municipais e do Comitê Regional de Atenção às Urgências do Oeste do Paraná. Implanta-se também nesta data uma comissão composta por técnicos das duas Regionais para avaliação e desenho do Plano Diretor Regional (PDR), necessário à organização da grade assistencial.

Em setembro de 2011 é implantado o Comitê Regional de Atenção às Urgências do Oeste do Paraná, composto pelos Diretores da 10ª e 20ª RS-PR, Secretários de Saúde dos municípios Sede (Cascavel e Toledo), Presidentes de CRESEMS, representante do Controle Social (Conselho Municipal de Saúde de Cascavel), representantes dos Hospitais públicos e privados credenciados ao SUS, representantes da Polícia Civil, Polícia Militar, Polícia Rodoviária Estadual e Polícia Rodoviária Federal; Representantes do Corpo de Bombeiros e Representantes do Órgão de Trânsito de Cascavel.

A Comissão de Acompanhamento para implantação da Central de Regulação Médica de Urgências e do SAMU 192, representada pelo Diretor da 10ª RS-PR discute em reunião da CIR 10ª e 20ª RS-PR, em novembro de 2011, a implantação de componentes da Política de Atenção às Urgências sem, no entanto, apresentar definição concreta sobre a Central de Regulação Médica de Urgências e do SAMU 192 de abrangência regional. Em fevereiro de 2012 nestes mesmos espaços, discute-se a finalização da estrutura física da sede da Central de Regulação Médica de Urgências Regional em Cascavel, no mesmo espaço ocupado pela Central de Regulação Médica de Urgências e do SAMU 192 municipal, mas a implantação e o financiamento dos serviços ainda seguem sem definição, apresentando-se como possibilidade a contratação de recursos humanos por meio dos Consórcios Intermunicipais de Saúde de abrangência da 10ª e da 20ª RS-PR.

Em maio de 2012, a CIR 10ª e a 20ª RS-PR, em consenso, aprovam a não implantação da Central de Regulação Médica de Urgências e do SAMU 192 de abrangência regional ao longo do ano de 2012, definindo-se pela implantação de um consórcio específico para a organização da rede e aguardando a habilitação do SAMU 192 Regional pelo Ministério da Saúde para auxílio do financiamento. Em maio de 2013, em reunião da CIR 10ª e 20ª RS-PR altera-se o Plano de Ação da Rede de Atenção às Urgências e Emergências para os municípios da 10ª e 20ª RS-PR com a inclusão de mais unidades móveis. Em novembro de 2013, o Diretor da 10ª RS-PR informa em reuniões específicas da CIR 10ª e 20ª RS-PR que a Central de Regulação Médica de Urgências e o SAMU 192 de abrangência regional já estão em funcionamento por meio de Consórcio específico - Consórcio SAMU Oeste.

Apesar de se observarem discussões permanentes nas CIR da 10ª e 20ª RS-PR acerca do processo de implantação da Central de Regulação Médica de Urgências e do SAMU 192 Regional, destaca-se que, após a implantação do Comitê Regional de Atenção às Urgências do Oeste do Paraná em novembro de 2011, o desenho da rede e as principais discussões relacionadas ao processo de implantação dos serviços foram discutidos nesta instância, cabendo a CIR da 10ª e 20ª RS-PR eminentemente o papel de validação do processo.

Destaca-se que o formato inicial da rede sofreu alterações ao longo do período (2009 – 2013), considerando-se muito mais os critérios de financiamento envolvidos do que as necessidades apresentadas pelos gestores. A proposta inicialmente formatada pela Secretaria de Estado da Saúde de ampliação e regionalização das Centrais de Regulação Médica de Urgências e do SAMU 192, de base teórica, não considerava os desafios necessários ao financiamento tripartite de serviços intermunicipais e a instalação de consórcios exclusivos para este fim acabou sendo considerada a proposta mais viável e exequível.

Outro aspecto a ser considerado é que, o Plano de Ação da Rede de Atenção às Urgências e Emergências aprovado pela CIB em 2009 para os municípios da 10ª e 20ª RS-PR previa a implantação das Centrais de Regulação Médica de Urgências e do SAMU 192, mas discutia de maneira superficial os demais componentes da Política Nacional de Atenção às Urgências, principalmente o componente pré-hospitalar fixo, ou seja, as Unidades de Pronto Atendimento 24 horas e as Salas de Estabilização. Considerava a necessidade de organização de

grade de referência, mas não estabelecia os critérios de credenciamento e financiamento da mesma e, tampouco, orientava os dispositivos para a gestão intermunicipal dos serviços.

Dentre todas as alternativas identificadas, a implantação de um Consórcio Intermunicipal específico para a rede de urgências que abrangesse os 43 municípios da 10ª e 20ª RS-PR foi o caminho escolhido pelos prefeitos da época, e este processo, exigiu intensa articulação política, capitaneada pelos Diretores da 10ª e 20ª RS-PR. Foram necessárias inúmeras reuniões de trabalho, destacando-se o protagonismo dos Secretários de Saúde dos municípios sede das duas Regionais de Saúde (Cascavel e Toledo), seus Diretores e Presidentes dos CRESEMS.

Em 25 de junho de 2012, por meio da assinatura de Protocolo de Intenções, instituiu-se o Consórcio Intermunicipal SAMU Oeste (CONSAMU), associação civil sem fins lucrativos com personalidade jurídica de direito privado, sediada no município de Cascavel com a finalidade de executar ações e serviços relacionados à Política Nacional de Atenção às Urgências nos municípios consorciados.

A partir desta data, inicia-se a transição da Central de Regulação Médica de Urgências e do SAMU 192 do município de Cascavel para os 43 municípios pertencentes a 10ª e 20ª RS-PR por meio da implantação das Bases descentralizadas, contratação e capacitação de recursos humanos, a aquisição de materiais e insumos e discussões microrregionais para a definição das grades de referências.

Um aspecto importante a ser considerado é que os Consórcios Intermunicipais de Saúde, segundo o exposto no artigo 241 da Constituição Federal, na Lei nº 11.107/05, regulamentada pelo Decreto nº 6.017/07, são constituídos entre os entes federados, neste caso os 43 municípios signatários pertencentes a 10ª e 20ª RS-PR, tendo na figura dos Prefeitos seus representantes legais. Este fato gerou um distanciamento ainda maior dos Secretários de Saúde do processo de implantação dos serviços uma vez que a maior parte das discussões passou a ser realizada entre o Comitê Regional de Atenção às Urgências do Oeste do Paraná e a Diretoria Executiva do CONSAMU, sendo posteriormente aprovadas em Assembleia Geral (BRASIL, 2005; 2007).

4.5 ARTIGO 01: LEGISLAÇÃO DE ATENÇÃO ÀS URGÊNCIAS NO SUS E A ESTRUTURAÇÃO DA REDE DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA NA 10ª E 20ª REGIONAIS DE SAÚDE DO PARANÁ: UMA ANÁLISE DOCUMENTAL.

Resumo

OBJETIVO: Caracterizar as normas jurídicas da Política de Atenção às Urgências no SUS e o modo como estas influenciaram a agenda de discussões na Comissão Intergestores Bipartite no Paraná (CIB/PR) e nas Comissões Intergestores Regionais da 10ª e 20ª Regionais de Saúde (CIR 10ª e 20ª RS-PR). **MÉTODO:** Estudo descritivo e de natureza documental, elaborado com base nas normas jurídicas instituídas pelo Ministério da Saúde (MS) entre os anos de 2002 e 2014, pelas Deliberações da CIB/PR e pelas Atas de Reuniões das CIR 10ª e 20ª RS-PR entre os anos de 2002 e 2015. Para a análise do material empírico, utilizamos o referencial teórico proposto por Howlett e Ramesh para a formulação de políticas públicas. **RESULTADOS:** As normas jurídicas instituídas pelo MS determinaram as discussões na CIB/PR e CIR 10ª e 20ª RS-PR em relação aos temas financiamento; infraestrutura; ampliação das ações; monitoramento e avaliação, e capacitação do trabalhador, determinando planejamento vertical para a organização da Rede de Atenção às Urgências para a região. **CONCLUSÃO:** A participação da CIB/PR e das CIR 10ª e 20ª RS-PR guarda estreita relação com o quarto estágio da teoria proposta por Howlett e Ramesh para a formulação de políticas públicas, cabendo-lhe a implantação e a implementação destas com a distribuição dos recursos financeiros a partir dos critérios definidos pelo MS, sendo ainda limitada sua participação na identificação dos problemas e na definição das prioridades em saúde, demonstrando fragilidade no planejamento ascendente estimulado pelos mecanismos adotados para a instituição de políticas específicas.

Normas Jurídicas. Política de Saúde. Atenção à Saúde. Urgência.

Abstract

OBJECTIVE: To characterize the legal norms of the Emergency Care Policy in SUS and how they influenced the agenda of discussions in the Bipartite Interagency Commission in Paraná (CIB / PR) and in the Regional Interagency Committees of the 10th and 20th Regional Health Units and 20th RS-PR). **METHOD:** A descriptive and documentary study, based on the legal norms established by the Ministry of Health (MS) between 2002 and 2014, by the CIB / PR Deliberations and by the Minutes of the CIR 10th and 20th RS-PR between 2002 and 2015. For the analysis of the empirical material, we use the theoretical framework proposed by Howlett and Ramesh for the formulation of public policies. **RESULTS:** The legal norms established by the MS determined the discussions in the CIB / PR and CIR 10 and 20 RS-PR in relation to the financing themes; infrastructure; expansion of actions; monitoring and evaluation, and worker training, determining vertical planning for the organization of the Emergency Care Network for the region. **CONCLUSION:** The participation of CIB / PR and CIR 10ª and 20ª RS-PR is closely related to the fourth stage of the theory proposed by Howlett and Ramesh for the formulation of public policies, being the implantation and implementation of these with distribution of the financial resources based on the criteria defined by the Ministry of Health, and its participation in the identification of problems and in the definition of health priorities is limited, showing weakness in the upward planning stimulated by the mechanisms adopted for the institution of specific policies.

Legal Norms. Health Policy. Health Care. Urgency.

4.5.1 Introdução

O Sistema Único de Saúde (SUS), enquanto marco da Reforma Sanitária brasileira, concretiza o direito de todos à saúde e o dever do Estado em garantir o acesso universal e equânime aos serviços e ações de saúde tendo em vista a sua promoção, proteção e recuperação (BRASIL, 2013).

A crítica ao planejamento centralizado e normativo dá espaço a um processo radical de descentralização e responsabilização dos municípios pela gestão, organização da oferta e qualidade dos serviços de saúde, embora o Ministério da Saúde mantenha o poder decisório sobre as políticas de saúde (FEUERWERKER, 1998; CONILL, 2006), comprovada pela expressiva interferência deste na produção legal (MARQUES; MENDES, 2002), demonstrando característica indutora e concentradora em sua relação com os demais entes federados e o Poder Legislativo (BAPTISTA, 2007; 2010; MACHADO et al., 2011), mantendo a autonomia como um permanente objeto de disputa (AMORIM NETO, 2004; PESSANHA, 2003).

O permanente desafio do sistema de saúde brasileiro em garantir atendimento integral e oportuno aos cidadãos a partir da garantia constitucional de saúde como direito universal passa a ser visto como prioridade e assume agenda central junto aos gestores do SUS com o Decreto nº 7.508, de junho de 2011, ao regulamentar a Lei Orgânica da Saúde e instituir um novo modelo de gestão do SUS, dispondo sobre a sua organização em regiões de saúde com ênfase para o planejamento integrado e ascendente que compatibilize as necessidades em saúde com a disponibilidade de recursos financeiros (BRASIL, 2011a; 2013; 2016).

Neste contexto, a articulação interfederativa deve efetivar-se nas Comissões Intergestores – Comissão Intergestores Tripartite (CIT) no âmbito nacional, Comissão Intergestores Bipartite (CIB) no âmbito estadual e Comissão Intergestores Regional (CIR) no âmbito regional – e ter, no Contrato Organizativo da Ação Pública da Saúde (COAP), o instrumento jurídico que possibilite o estabelecimento dos acordos de colaboração entre os entes federativos; isso remete à necessidade de se instituírem mecanismos de coordenação e cooperação entre estes, “*reconhecida a sua relação de interdependência, como desafios do ponto de vista da governança sistêmica do SUS*” (BRASIL, 2011a; 2013, p. 02; 2016).

A análise da produção legislativa do Ministério da Saúde com ênfase para a Política Nacional de Atenção às Urgências e implantação da Rede de Atenção às

Urgências – no Paraná denominada Rede de Urgência e Emergência (RUE), associada à caracterização da necessária articulação interfederativa, efetivada nas Comissões Intergestores oportuniza a identificação dos desafios a serem superados entre a formulação e a implantação das políticas públicas de saúde, possibilitando a pactuação, a organização e o funcionamento dos serviços de saúde integrados em Redes de Atenção à Saúde (RAS).

Nesta perspectiva, surgem os seguintes questionamentos: Quais são os componentes prioritários para o fortalecimento da atenção às urgências segundo a agenda federal?, Como a produção legislativa influencia a agenda de discussões nas Comissões Intergestores? Desse modo, este artigo tem como objetivo caracterizar as normas jurídicas da política de atenção às urgências no SUS e o modo como estas influenciaram a agenda de discussões para a implantação da RUE na CIB e nas CIR vinculadas a 10ª e 20ª Regionais de Saúde no estado do Paraná (10ª e 20ª RS-PR).

4.5.2 Bases Metodológicas

Estudo descritivo, de natureza documental, elaborado por meio da identificação das fontes, seleção dos documentos, tratamento e análise das informações recolhidas (MARCONI; LAKATOS, 2013), tendo como base o estudo realizado por Domingos et al. (2016) sobre legislação da atenção básica no SUS.

Fizeram parte do estudo os documentos disponibilizados entre o período de março a julho de 2016 pelo Ministério da Saúde por meio da Secretaria de Atenção à Saúde (SAS), Departamento de Atenção Hospitalar e Urgência (DAHU) e Coordenação Geral de Urgência e Emergência (CGUE); as Deliberações da CIB-PR entre os anos de 2002 a 2015, disponibilizadas pela Secretaria de Estado da Saúde do Paraná bem como as Atas das Reuniões das CIR vinculadas a 10ª e 20ª RS-PR entre os anos de 2009 a 2015, período em que se iniciam as discussões para a implantação da RUE.

Para análise do material empírico, adotou-se os procedimentos apresentados por Minayo (2014), destacando-se o ordenamento do conjunto do material obtido por meio da pesquisa documental, a pré-análise a partir dos objetivos gerais definidos para a pesquisa por meio da leitura flutuante, a classificação dos dados por meio da

leitura horizontal e identificação das categorias empíricas e a leitura transversal do conjunto de dados e o recorte em tópicos de informação.

As normas jurídicas instituídas pelo Ministério da Saúde, as Deliberações da CIB-PR e as Decisões das CIR vinculadas a 10^a e 20^a RS-PR foram organizadas temporalmente e classificadas, considerando-se os termos financiamento, infraestrutura, ampliação das ações, monitoramento e avaliação, e capacitação do trabalhador de saúde, propostos por Domingos et al. (2016) e elaboradas a partir dos estudos de Howlett e Ramesh acerca das fases do processo decisório e de suas teorizações sobre o ciclo das políticas públicas, composto de cinco fases: (1) montagem da agenda; (2) formulação da política; (3) tomada de decisão; (4) implementação e (5) avaliação (VIANA; BAPTISTA, 2012).

Considerou-se também como critério para a análise, a proposta de gestão interfederativa e a necessária discussão, negociação e pactuação para o planejamento ascendente e integrado em saúde, definido pelo Decreto nº 7.508, de junho de 2011, ao regulamentar aspectos da Lei Orgânica da Saúde (BRASIL, 2011a; 2013; 2016).

Os dados obtidos foram organizados considerando-se a característica das normas e a frequência de temas em categorias de análise, utilizando-se o programa Microsoft Excel® para Windows.

4.5.3 Resultados e Discussão

Após a organização temporal, classificação e análise das normas jurídicas que tratam da Política de Atenção às Urgências publicadas em Diário Oficial pelo Ministério da Saúde, observou-se que 100% (n = 35) destas, foram publicadas na forma de Portaria Ministerial, 57,14% (n = 20) já foram revogadas e 42,86% (n = 15) ainda estão em vigência (Tabela 22).

As Portarias são classificadas como normas jurídicas infralegais dentro do arcabouço legal brasileiro. São normas inferiores às infraconstitucionais e surgem da normatização interna da administração pública, buscando a execução da lei por meio de seu detalhamento (BITTENCOURT; CLEMENTINO, 2017).

Neste contexto, identificou-se a ocorrência de: a) normas jurídicas

instituidoras 25,71% (n = 9) com características que direcionam a organização da política, apresentando princípios, diretrizes e objetivos para a organização das ações, e b) normas jurídicas complementares ao instituído 74,29% (n = 26), propondo maior detalhamento em relação à operacionalização das questões tratadas na primeira categoria (BRASIL, 2016).

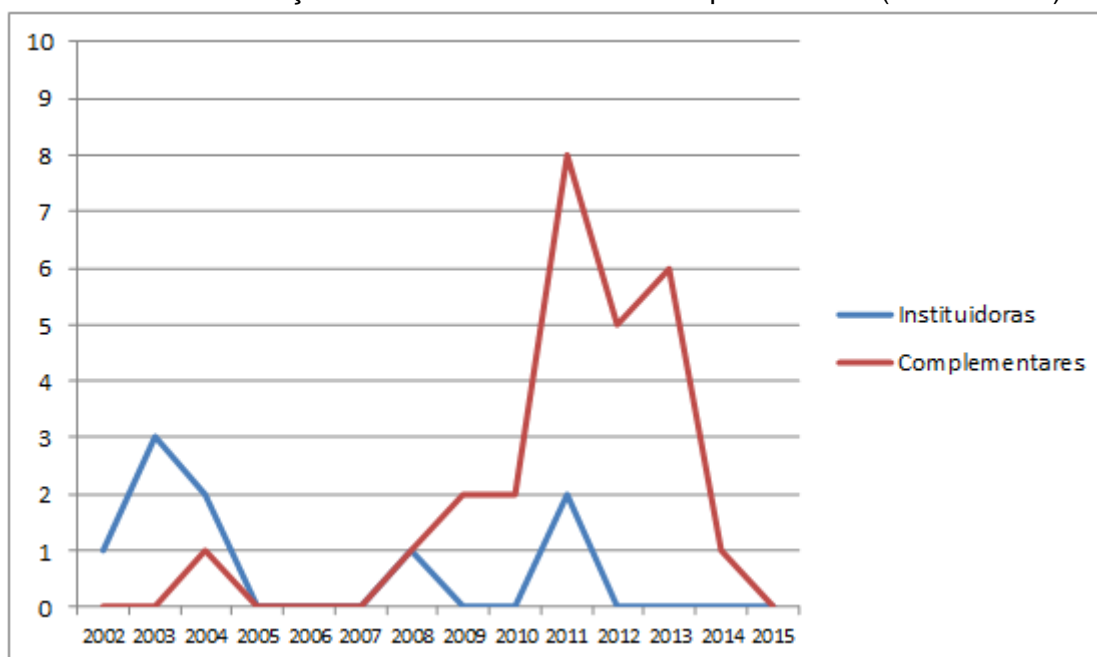
Tabela 22 – Publicação anual das Normas Jurídicas da Política Nacional de Atenção às Urgências (2002 a 2016).

Distribuição de Normas Jurídicas Política Nacional de Atenção às Urgências, 2002 a 2016.								
Ano	Lei	Decreto	Resolução	Portaria	Instituidora		Complementar	
					n	%	n	%
2002	-	-	-	1	1	2,86	-	-
2003	-	-	-	3	3	8,57	-	-
2004	-	-	-	3	2	5,71	1	2,86
2008	-	-	-	2	1	2,86	1	2,86
2009	-	-	-	2	-	-	2	5,71
2010	-	-	-	2	-	-	2	5,71
2011	-	-	-	10	2	5,71	8	22,86
2012	-	-	-	5	-	-	5	14,29
2013	-	-	-	6	-	-	6	17,14
2014	-	-	-	1	-	-	1	2,86
Total	-	-	-	35	9	25,71	26	74,29

Fonte: CGUE/SAS/MS, 2017.

Todas as normas da Política de Atenção às Urgências são infralegais e constituídas por portarias ministeriais, o que demonstra fragilidade na concepção da política e na garantia dos princípios norteadores da mesma, por outro lado, permite que a mesma seja revisada constantemente, possibilitando correções em termos conceituais e estruturais, principalmente na proposição dos pontos de atenção, das responsabilidades e competências dos entes federados.

Observa-se um aumento expressivo de normas jurídicas a partir de 2011, com predominância para as normas complementares (Gráfico 01), o que pode estar relacionado com a publicação do Decreto nº 7.508/2011, que regulamentou aspectos da Lei nº 8.080/1990, dispondo sobre “a organização do SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde” e sobre a necessária articulação interfederativa para o alcance dos objetivos definidos (BRASIL, 2011a, s.p.; DOMINGOS et al., 2016).

Gráfico 01 - Distribuição Normas Instituidoras e Complementares (2002 a 2015).

Fonte: CGUE/SAS/MS, 2017.

Destacam-se neste período, a publicação da Portaria nº 4.279/2010 que estabeleceu as diretrizes para a organização das RAS no âmbito do SUS e da Lei Complementar nº 141/2012, que regulamentou a Emenda Constitucional nº 29/2000 que trata do § 3º do art. 198 da Constituição Federal, dispondo sobre os recursos mínimos que deverão ser aplicados anualmente em serviços e ações de saúde pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios bem como os critérios de rateio dos recursos vinculados a União, tendo em vista a redução das desigualdades (DOMINGOS et al., 2016; BRASIL, 2010; 2012).

Domingos et al. (2016), ao tratarem dos estágios de formulação de uma política a partir das teorizações de Howlett e Ramesh, destacam os aspectos relacionados ao financiamento, infraestrutura, ampliação das ações, monitoramento e avaliação, e capacitação do trabalhador de saúde.

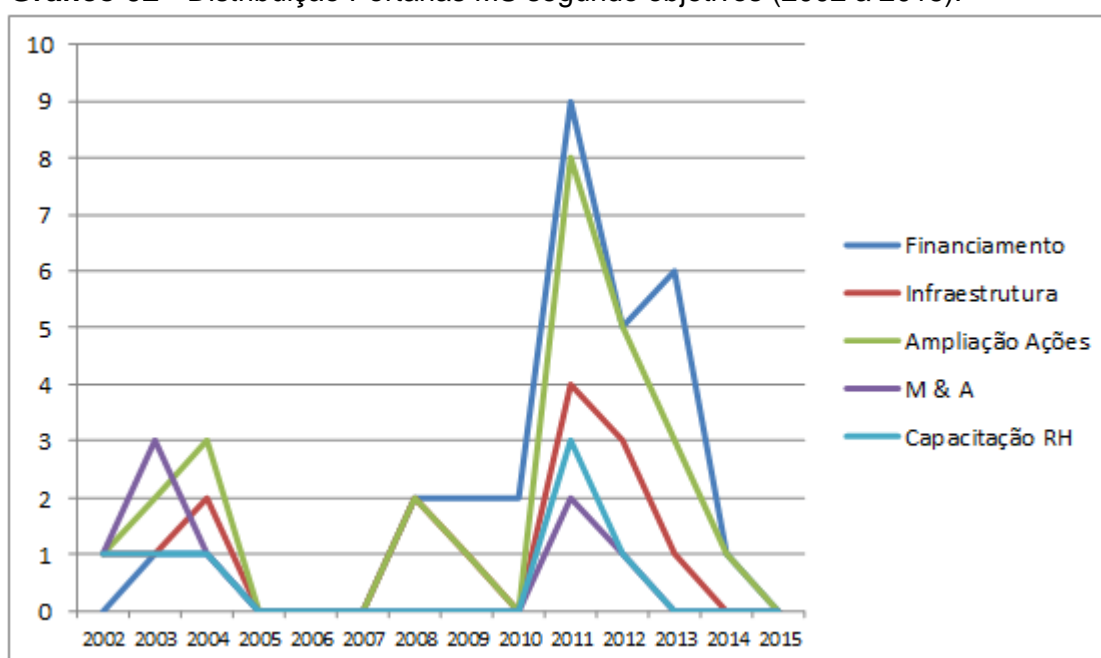
Após a montagem da agenda no primeiro estágio, ocorre entre o segundo e o terceiro estágio a definição da política com seus princípios e diretrizes e a possibilidade de ampliação das ações. O financiamento e a infraestrutura fortalecem os sistemas logísticos e operacionais no sentido de colocar em prática determinada solução, sendo evidenciados no quarto estágio. Já a capacitação dos recursos humanos marcada fortemente no quarto estágio deve envolver todas as etapas, uma vez que esta tem sido identificada como um obstáculo para o aprimoramento do

modelo de atenção à saúde (DOMINGOS et al., 2016; FEUERWERKER, 1998; ALMEIDA et al., 2007).

O monitoramento e avaliação deve ser um processo dinâmico, possibilitando não só o julgamento por meio da comparação entre recursos empregados e resultados obtidos (VIANA; BAPTISTA, 2012; LIMA; D'ASCENZI, 2013), mas gerando aprendizado necessário à correção de problemas e à formulação de novas políticas (FERNANDES et al., 2011).

A normas jurídicas instituídas pelo Ministério da Saúde para a implantação e o fortalecimento da Política de Atenção às Urgências consideram aspectos relacionados ao financiamento em 82,86% (n = 29) das normas; a infraestrutura aparece citada em 42,86% (n = 15); a ampliação das ações em 74,29% (n = 26); o monitoramento e avaliação em 22,86% (n = 8) e a capacitação dos recursos humanos em 20% (n = 7) (Gráfico 2).

Gráfico 02 - Distribuição Portarias MS segundo objetivos (2002 a 2015).



Fonte: SESA/CIB/PR, 2017.

A implantação de uma política implica em importantes desafios, destacando-se neste processo o financiamento e a infraestrutura (SCHRAIBER et al., 1999), considerando-se a necessária ampliação das ações desenvolvidas.

O Governo Federal, enquanto indutor das políticas, condiciona o aporte de recursos financeiros à adesão a determinadas estratégias consideradas prioritárias,

comprometendo a autonomia dos estados e municípios no planejamento de suas ações e programas (COLLINS et al., 2000), principalmente quando se pensa a implantação de políticas sociais de abrangência nacional, considerando-se as marcantes desigualdades e a exclusão social que ocorrem no Brasil (SOUZA, 2006).

Para Silva et al. (2014, p. 4.429), *“pode-se verificar que os mecanismos indutórios”* de políticas públicas em saúde *“se concretizam pela transferência de recursos financeiros e também por disseminar aspectos teórico-conceituais e diretrizes nacionais estratégicas e operacionais para implementação das políticas”*, o que acaba por determinar uma relação hierárquica importante, comprometendo a autonomia dos entes federados.

Uniformizar, por meio de portarias ministeriais e de normas técnicas, a organização e o cuidado em saúde em todo o território nacional, nem sempre favorece a implantação das políticas prioritárias em contextos tão singulares, comprometendo o resultado de determinadas intervenções (FEUERWERKER, 2005; DOMINGOS et al., 2016; BODSTEIN, 2002), o que pode justificar a publicações de inúmeras normas complementares, na tentativa de abarcar toda a complexidade e diversidade de fatores locais (SOUZA, 2006).

Nesta perspectiva, o Decreto nº 7.508/2011 estabelece a organização do SUS em Regiões de Saúde, instituídas pelos estados em articulação com os municípios, devendo representar o espaço privilegiado da gestão compartilhada da rede de ações e serviços de saúde, cabendo aos entes federados garantir a transparência na gestão e o acesso integral e igualitário aos serviços de saúde por meio das Comissões Intergestores (BRASIL, 2011a; 2016).

O planejamento em saúde, ascendente e integrado, deve ser orientado pelas necessidades de saúde da população, compatibilizando as políticas públicas de saúde com a capacidade de investimentos. As Comissões Intergestores passam a ser reconhecidas como foros de negociação e pactuação entre gestores do SUS, cabendo-lhes, de acordo com a Lei nº 12.466/2011 decidir sobre os aspectos administrativos e financeiros da gestão associada, bem como definir as diretrizes a respeito da organização das redes de serviços, principalmente em relação à sua governança institucional e à integração dos entes federados (BRASIL, 2011abc; 2016).

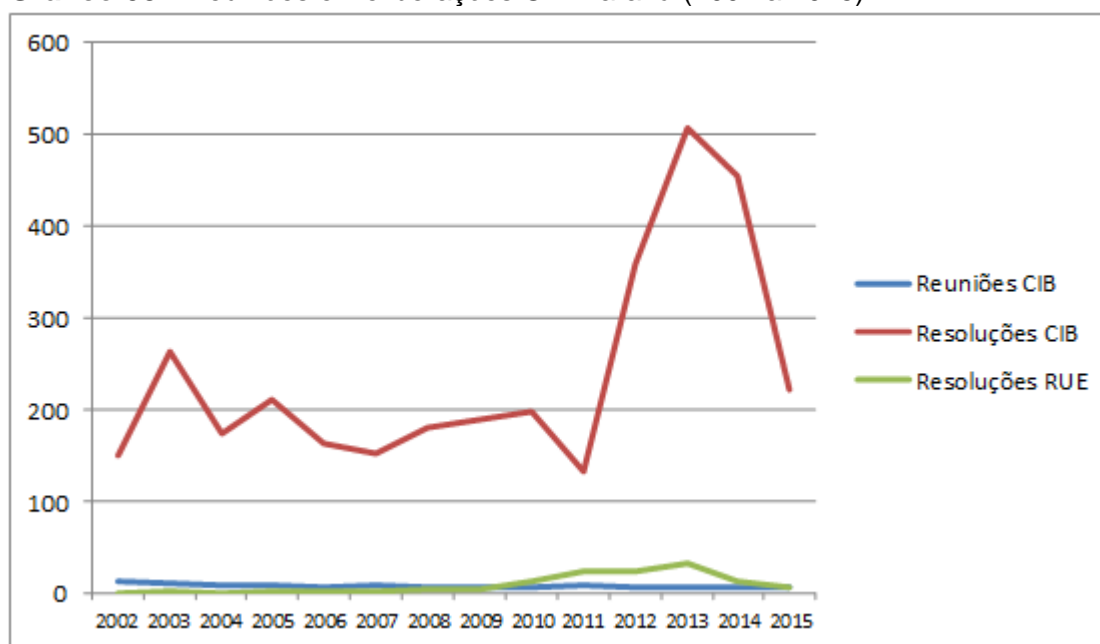
No Paraná, a Comissão Intergestores Bipartite (CIB) foi instituída por meio da

Resolução nº 045/93 do Secretário de Estado da Saúde do Paraná, sendo composta por cinco representantes da Secretaria de Estado da Saúde do Paraná e cinco representantes dos Secretários Municipais de Saúde, indicados pelo Conselho de Secretários Municipais de Saúde do Paraná (COSEMS/PR). Possui Regimento Interno e reúne-se de forma regular em reuniões ordinárias e/ou extraordinárias, com o apoio de uma secretaria executiva e dos seguintes Grupos Técnicos: a) Condutor Estadual da Rede de Urgência e Emergência; b) Atenção à Saúde; c) Gestão e Planejamento, e d) Promoção e Vigilância em Saúde (PARANÁ, 2017).

De acordo com o art. 14 do seu Regimento Interno, as decisões pactuadas na CIB/PR devem ser formalizadas em ato próprio do gestor respectivo, sendo divulgadas como deliberações de forma eletrônica na página da Secretaria de Estado da Saúde (PARANÁ, 2017).

Observa-se que entre os anos de 2002 e 2015 foram realizadas 105 reuniões da CIB/PR com a publicação de 3.354 Deliberações, e destas, 3,67% (n =123) estão relacionadas à Política de Atenção às Urgências e implantação da RUE. Como observado com as normas jurídicas instituídas pelo Ministério da Saúde, do total de Deliberações CIB/PR relacionadas ao tema urgência e emergência, a maioria, 90,24% (n = 111), ocorreu após o ano de 2010, com pico no ano de 2013, correspondendo a 26,83% (n = 33) (Gráfico 3).

Gráfico 03 - Reuniões e Deliberações CIB Paraná (2002 a 2015).



Fonte: SESA/CIB/PR, 2016.

Apesar dos desafios estruturais e gerenciais observados na implantação de políticas públicas em um país tão desigual, observa-se um incremento importante das ações e serviços necessários à organização da RUE no país, destacando-se a implantação do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU 192) e das Centrais de Regulação Médica de Urgência. Estes serviços constituem a base de organização da Política de Atenção às Urgências no Brasil, sendo requisitos para a implantação das Unidades de Pronto Atendimento (UPA 24h) e das Salas de Estabilização (SE), prioritários na agenda federal (BRASIL, 2011b).

De acordo com dados da Coordenação Geral de Urgência e Emergência da Secretaria de Atenção à Saúde (CGUE/SAS/MS), o Paraná apresentou em 2016 cobertura populacional de SAMU 192 de 82% (9.105.250 hab.), com 269 municípios atendidos por meio de 143 ambulâncias de Suporte Básico de Vidas, 42 de Suporte Avançado de Vidas, duas Motolâncias e um Serviço Aeromédico (habilitados), observando-se importante incremento dos recursos financeiros repassados pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2016), passando de R\$ 2.802.000,00 em 2004 para R\$ 11.586.500,00 em 2006, R\$ 25.637.835,00 em 2012 e R\$ 65.364.827,00 em 2015 (BRASIL, 2017).

Howlett e Ramesh destacam que o primeiro estágio da formulação de uma política se dá com a percepção do problema público, de caráter intersubjetivo marcado pela percepção dos atores mais relevantes (VIANA; BAPTISTA, 2012; RAEDER, 2014). Neste cenário, as Comissões Intergestores, consideradas foros permanentes de negociação, articulação e decisão assumem um papel estratégico na definição das políticas, em contraponto ao observado com o papel indutor do governo federal, permanecendo em segundo plano o planejamento ascendente e integrado, indutor de políticas públicas orientadas pelas necessidades de saúde da população.

De acordo com o Plano Estadual de Saúde do Paraná 2016-2019, a Secretaria de Estado da Saúde está presente de forma descentralizada em 22 Regionais de Saúde, cujas sedes administrativas estão localizadas em cidades polo de região. A 10ª RS-PR tem como sede o município de Cascavel e possui 25 municípios vinculados, com uma população total de 547.015 habitantes. A 20ª RS-PR tem como sede o município de Toledo e possui 18 municípios vinculados, com uma população total de 382.278 habitantes (IBGE, 2017) (PARANÁ, 2016).

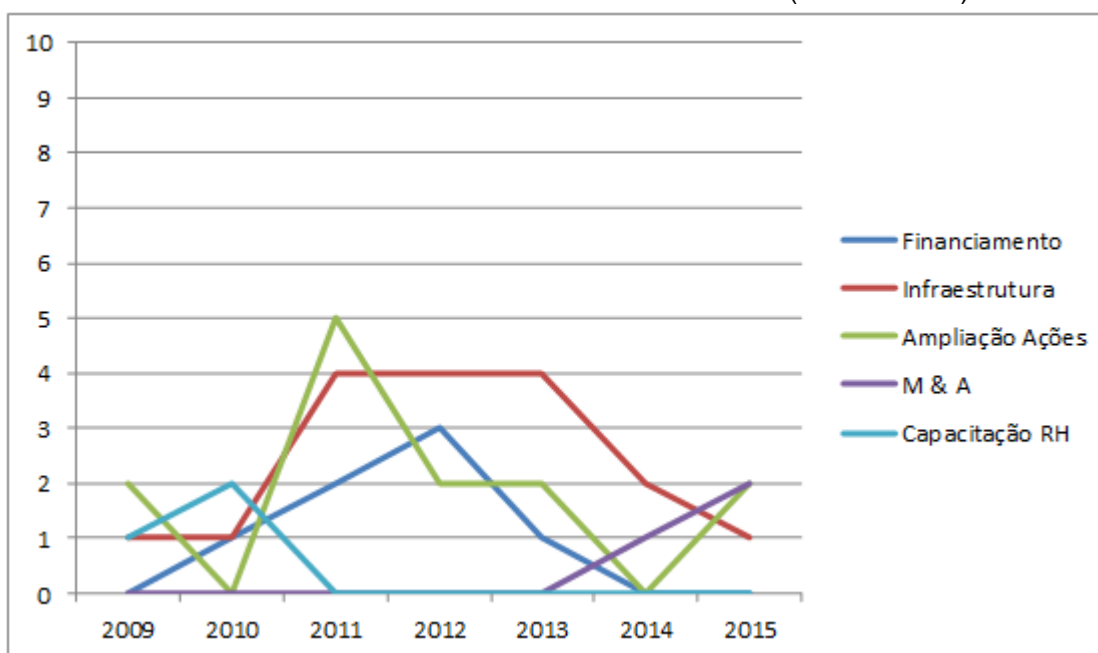
Com a publicação da Portaria GM/MS nº 399/2006, foram estruturados nas 22

Regionais de Saúde os Colegiados de Gestão Regional (CGR) enquanto espaços permanentes de decisão e pactuação de ações e serviços para a região. Os CGR, compostos pelos gestores municipais de saúde e por representantes do gestor estadual receberam a denominação de Comissão Intergestores Bipartite Regional (CIB-Regional) por meio da Resolução CIB/PR nº 88/2006 sendo que, com o advento do Decreto nº 7.508/11 assumem a designação de Comissões Intergestores Regionais (CIR) (PARANÁ, 2006).

O funcionamento das CIR assume características regionais, tendo como referência a dinâmica de funcionamento da CIB/PR, sendo apoiadas pelas áreas técnicas de Atenção e Vigilância à Saúde das Regionais de Saúde. As decisões devem se dar por consenso e muitas das CIR possuem Câmaras Técnicas e/ou Comissões que assessoram os Secretários Municipais de Saúde na tomada de decisões para a pactuação das ações e serviços no espaço regional e seu necessário monitoramento e avaliação.

De acordo com os dados obtidos por meio da pesquisa documental, observa-se que na CIR da 10ª RS-PR (Gráfico 04), houve uma ampliação das discussões relacionadas à RUE a partir de 2010, com ênfase para os aspectos relacionados à ampliação das ações, financiamento e infraestrutura, com declínio na frequência das discussões a partir de 2013.

Gráfico 04 - Reuniões CIR 10ª RS-PR e temas abordados (2009 a 2015).

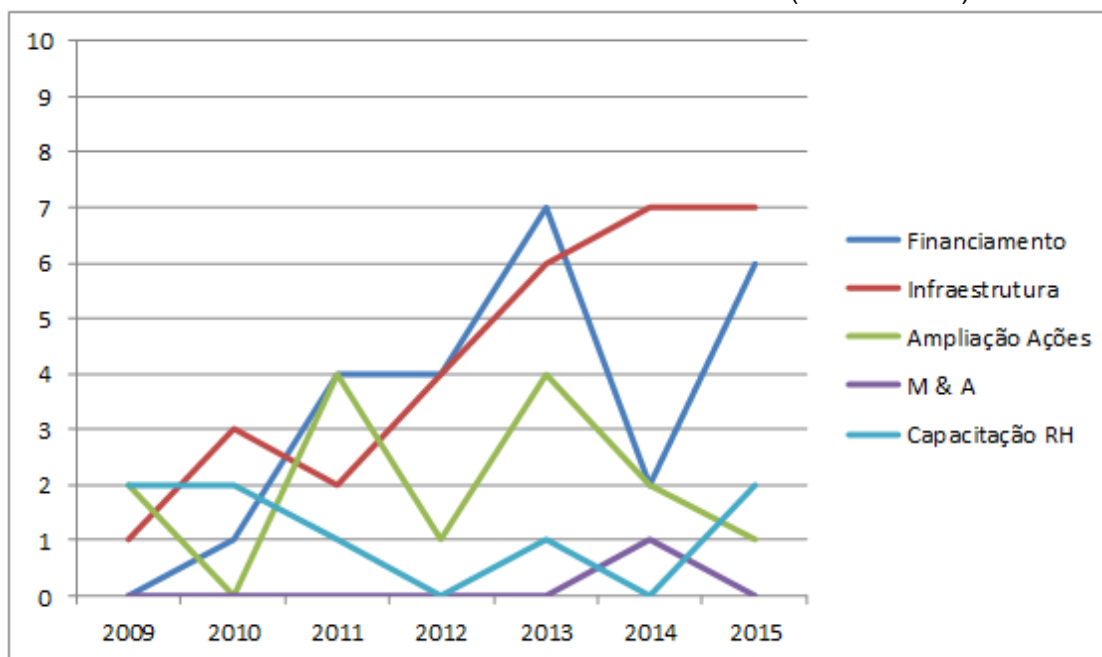


Fonte: CGR 10ª RS-PR, 2016.

A capacitação de recursos humanos aparece pontualmente entre 2009 e 2010, com foco na formação inicial das equipes vinculadas ao SAMU 192 sem, no entanto, considerar os demais pontos de atenção integrantes da RUE. As discussões relacionadas ao monitoramento e avaliação começam a surgir, de forma crescente, somente após o ano de 2013.

Na CIR da 20ª RS-PR os aspectos relacionados à ampliação das ações, financiamento e infraestrutura surgem na agenda de discussões a partir de 2009 e permanecem presentes com frequência variável até o ano de 2015 (Gráfico 05). A capacitação de recursos humanos surge como ponto de pauta em 2009 e também permanece na agenda de discussões já o monitoramento e avaliação surgem pontualmente no ano de 2014.

Gráfico 05 - Reuniões CIR 20ª RS-PR e temas abordados (2009 a 2015).



Fonte: CGR 20ª RS-PR, 2016.

Em ambas as CIR, observa-se que o incremento das discussões relacionadas à ampliação das ações, infraestrutura e financiamento - características do quarto estágio do ciclo de políticas proposto por Howlett e Ramesh, ocorreram após a publicação de grande conjunto de normas jurídicas instituidoras da Política de Atenção às Urgências. As discussões repercutiram as deliberações da CIB/PR que corresponderam, simultaneamente, ao aumento no repasse de recursos financeiros do Ministério da Saúde para a estruturação da RUE no Paraná, o que demonstra

fragilidade no planejamento ascendente estimulado pelos mecanismos adotados pelo Ministério da Saúde para a instituição de políticas específicas (SILVA et al., 2014).

De acordo com O'Toole Junior (2003), a fase de implantação ocorre após a tomada de decisão, caracterizando-se pelo momento em que as regras e processos devem ser convertidos em ações. Para Sabatier (1993), a implementação de políticas públicas pode ocorrer basicamente de duas formas: Modelo *top-down* (de cima para baixo) que separa o momento de decisão e de implementação e o Modelo *bottom-up* (de baixo para cima), caracterizado por uma maior liberdade dos atores em organizar e modelar o processo.

O que se observa em relação à implantação da RUE é que, a despeito das discussões relacionadas à definição do planejamento em saúde integrado e ascendente (BRASIL, 2011a), coube aos municípios o cumprimento de uma etapa protocolar - não menos complexa - do processo. Para Sabatier (1993), o modelo *top-down* observado aqui, possibilita o deslocamento da culpa pelo insucesso desta fase para os responsáveis pela implementação das políticas públicas, processo conhecido na literatura política como *blame shifting*.

A baixa frequência das discussões relacionadas ao monitoramento e avaliação passa a ser uma consequência da compreensão das responsabilidades pela política pública e demonstra fragilidade no acompanhamento pela CIR do alcance dos objetivos e metas inicialmente propostos para a RUE, considerando-se o desenho inicial da mesma bem como do impacto desta na Região de Saúde.

O Art. 35 da Seção II do Decreto 7.508 de 2011 estabelece o Contrato Organizativo de Ação Pública da Saúde (COAP) que tem o objetivo de definir

(...) as responsabilidades individuais e solidárias dos entes federativos com relação às ações e serviços de saúde, os indicadores e as metas de saúde, os critérios de avaliação de desempenho, os recursos financeiros que serão disponibilizados, a forma de controle e fiscalização da sua execução (...) (BRASIL, 2011a, s.p.).

No Paraná, o COAP não foi instituído e sua ausência, além de comprometer as discussões relacionadas ao desenho das Regiões de Saúde, trouxe implicações no financiamento, monitoramento e avaliação das ações e serviços o que, associado

a um planejamento vertical e descendente, coloca em xeque o papel das CIR na organização das RAS nas Regiões de Saúde.

4.5.4 Conclusão

São inegáveis os avanços observados na implantação da RUE quando consideradas a cobertura populacional e os recursos financeiros envolvidos. Desde sua proposição por meio da Portaria n.º 1.863/2003, a Política de Atenção às Urgências vem incrementando e modificando as discussões em relação à organização das redes locorregionais de atenção à saúde e melhorando o acesso dos usuários à rede assistencial, regulada pelas Centrais Médicas de Regulação de Urgências, impactando de forma significativa nos indicadores de morbimortalidade.

A análise das normas jurídicas nos permite identificar como componentes prioritários para o fortalecimento da atenção às urgências, segundo a agenda federal, os temas relacionados ao financiamento, infraestrutura e ampliação das ações o que demonstra a incipiência na organização das ações e serviços de atenção à urgência no país, principalmente para pontos de atenção extra-hospitalares.

Cabe ressaltar que, a despeito dos avanços observados, a participação da CIB/PR e das CIR da 10ª e 20ª RS-PR ainda guarda estreita relação com o quarto estágio da teoria proposta por Howlett e Ramesh para a formulação de políticas públicas, cabendo-lhe a implantação e a implementação das políticas com a distribuição dos recursos financeiros a partir dos critérios definidos pelo Ministério da Saúde, sendo ainda limitada sua participação na identificação dos problemas e na definição das prioridades.

A necessária articulação interfederativa com planejamento integrado e ascendente, orientado pelas necessidades de saúde da população ainda é uma visão objetivo de um sistema de saúde em permanente construção que vislumbra na implantação do COAP, possibilidades reais de um modelo *bottom-up* para implantação de políticas públicas que reflitam as necessidades em saúde e se tornem instrumentos para a legitimação do SUS.

4.5.5 Referências

ALMEIDA, M. J.; PEREIRA, L. A.; TURINI, B.; NICOLETTO, S. C. S.; CAMPOS, J. B.; REZENDE, L. R., et al. Formação dos profissionais de saúde no Paraná e a implantação das diretrizes curriculares nacionais. *Rev Bras Educ Méd* 2007; 31:156-65. Disponível em: <http://lfc.nutes.ufrj.br/constructore/objetos/parana-med.pdf>. Acesso em jul. 2017.

AMORIM NETO, O. O Poder Executivo, centro de gravidade do sistema político brasileiro. In: AVELAR, L.; CINTRA, A. O. (org.). *Sistema político brasileiro: uma introdução*. Rio de Janeiro: Fundação Konrad-Adenauer-Stiftung/São Paulo: Fundação Unesp; 2004.

BAPTISTA, T. W. F. Análise das portarias ministeriais da saúde e reflexões sobre a condução nacional da política de saúde. *Cad Saúde Pública* 2007; 23: 615-26. Disponível em: <http://www.scielosp.org/pdf/csp/v23n3/20.pdf>. Acesso em jul. 2017.

BAPTISTA, T. W. F. Análise da produção legislativa em saúde no Congresso Nacional brasileiro (1990-2006). *Cad Saúde Pública* 2010; 26:97-109. Disponível em: <http://www.scielosp.org/pdf/csp/v26n1/11.pdf>. Acesso em jul. 2017.

BITTENCOURT, P. O. S.; CLEMENTINO J.C. Hierarquia das leis. Disponível em: [http://aprender.ead.unb.br/pluginfile.php/60293/mod_resource/content/0/Bittencourt % 20e%20Clementino%20-%20Hierarquia_das_Leis.pdf](http://aprender.ead.unb.br/pluginfile.php/60293/mod_resource/content/0/Bittencourt%20e%20Clementino%20-%20Hierarquia_das_Leis.pdf). Acesso em jul. 2017.

BODSTEIN, R. A atenção básica na agenda da saúde. *Ciênc Saúde Coletiva* 2002; 7:401-12. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v7n3/13021.pdf>. Acesso em jun. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde. Disponível em: http://conselho.saude.gov.br/ultimas_noticias/2011/img/07_jan_portaria4279_301210.pdf. Acesso em jul. 2017.

_____. Decreto n. 7.508, 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, (a). Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/decreto/d7508.htm. Acesso em jun. 2017.

_____. Lei nº 12.466 de 24 de Agosto de 2011. Acrescenta arts. 14-A e 14-B à Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, que “dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências”, 2011 (b). Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2011-2014/2011/Lei/L12466.htm. Acesso em jun. 2017.

_____. Ministério da Saúde. 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), 2011 (c). Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1600_07_07_2011.html. Acesso em jun. 2017.

_____. Presidência da República. Lei Complementar nº 141, de 13 de janeiro de 2012. Regulamenta o § 3º do art. 198 da Constituição Federal para dispor sobre os valores mínimos a serem aplicados anualmente pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios em ações e serviços públicos de saúde. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/LCP/Lcp141.htm. Acesso em jun. 2017.

_____. Ministério da Saúde. A Regionalização na Saúde e os Mecanismos de Governança Sistêmica do SUS: Os espaços de governança interestaduais. Coordenação Geral de Cooperação Interfederativa. Departamento de Articulação Interfederativa. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Ministério da Saúde. Brasília, 2013. Disponível em: <http://u.saude.gov.br/images/pdf/2015/julho/21/NT2107.pdf>. Acesso em jul. 2017.

_____. Ministério da Saúde. Manual de planejamento no SUS / Ministério da Saúde, Fundação Oswaldo Cruz. Série Articulação Interfederativa; v. 4 – 1. ed., rev. – Brasília: Ministério da Saúde, 2016.

_____. Ministério da Saúde. Sala de Apoio a Gestão Estratégica. Disponível em: <http://sage.saude.gov.br/#>. Acesso em jun. 2017.

COLLINS, C.; ARAÚJO, J.; BARBOSA, J. Decentralising the health sector: issues in Brazil. *Health Policy* 2000; 52:113-27. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10794840>. Acesso em jun. 2017.

CONILL, E. M. Sistemas comparados de saúde. In: CAMPOS, G. W. S.; BONFIM, J. R. A.; MINAYO, M. C. S. (et al.). *Tratado da saúde coletiva*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2006.

DOMINGOS, C. M.; NUNES, E. F. P.; CARVALHO, B. G. (et al.). Legislação da atenção básica do Sistema Único de Saúde: uma análise documental. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 32(3):e00181314, mar, 2016. Disponível em: <http://www.scielosp.org/pdf/csp/v32n3/0102-311X-csp-32-03-e00181314.pdf>. Acesso em jun. 2017.

FERNANDES, F. M. B.; RIBEIRO, J. M.; MOREIRA, M. R. Reflexões sobre avaliação de políticas de saúde no Brasil. *Cad Saúde Pública* 2011; 27:1667-77. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v27n9/02.pdf>. Acesso em ago. 2017.

FEUERWERKER, L. C. M. *Mudanças na educação médica e residência médica no Brasil*. São Paulo: Hucitec / RedeUnida; 1998.

FEUERWERKER, L. C. M. Modelos tecnoassistenciais, gestão e organização do trabalho em saúde: nada é indiferente no processo de luta para a consolidação do SUS. *Interface Comun Saúde Educ* 2005; 9:489-506. Disponível em:

<http://www.scielo.org/pdf/icse/v9n18/a03v9n18.pdf>. Acesso em jul. 2017.

LIMA, L. L.; D'ASCENZI, L. Implementação de Políticas Públicas: Perspectivas Analíticas. *Rev. Sociol. Polít.*, Curitiba, v. 21, n. 48, p. 101-110, dez. 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rsocp/v21n48/a06v21n48.pdf>. Acesso em ago. 2017.

MACHADO, C. V.; BAPTISTA, T. W. F.; NOGUEIRA, C. O. Políticas de saúde no Brasil nos anos 2000: a agenda federal de prioridades. *Cad Saúde Pública* 2011; 27: 521-32. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?Script=sci_arttext&pid=S0102-311X2011000300012. Acesso em ago. 2017.

MARCONI, M. A.; LAKATOS, E. M. *Técnicas de Pesquisa*. 7 ed. – 7. Reimpr. São Paulo: Atlas, 2013.

MARQUES, R. M.; MENDES, A. A política de incentivos do Ministério da Saúde para a atenção básica: uma ameaça à autonomia dos gestores municipais e ao princípio da integralidade? *Cad Saúde Pública* 2002; 18 Suppl:163-71. Disponível em: <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/0337.pdf>. Acesso em ago. 2017.

MINAYO, M. C. S. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. 14 ed. São Paulo: Hucitec, 2014.

O'TOOLE JUNIOR., L. J. Interorganizational relations in implementation. In: PETERS, B. G.; PIERRE, J. (org.). *Handbook of public administration*. Londres/Califórnia: Thousand Oaks/Sage Publicatios, 2003.

PARANÁ. Secretaria de Estado da Saúde. Comissão Intergestores Bipartite. Resolução nº 88 de 14 de julho de 2006. Aprova a denominação de Comissão Intergestores Bipartite Regional. Disponível em: http://www.saude.pr.gov.br/arquivos/File/CIB/DEL2006/del088_06.PDF. Acesso em ago. 2017.

_____. Secretaria de Estado da Saúde. Comissão Intergestores Bipartite. Regimento Interno CIB/PR. Disponível em: http://www.saude.pr.gov.br/arquivos/File/00_-_NDS/Diversos/Regimento.pdf. Acesso em ago. 2017.

PESSANHA, C. O poder executivo e o processo legislativo nas constituições brasileiras. Teoria e prática. In: VIANNA, L.W. (org.). *A democracia e os três poderes no Brasil*. Belo Horizonte: Editora UFMG/Rio de Janeiro: Instituto Universitário de Pesquisas do Rio de Janeiro/Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado do Rio de Janeiro; 2003.

RAEDER, S. Ciclo de Políticas: uma abordagem integradora dos modelos para análise de políticas públicas. *Perspectivas em Políticas Públicas*. Belo Horizonte. Vol. VII nº 13, p. 121-146, jan/jun 2014. Disponível em: http://revistappp.uemg.br/pdf/ppp13/ciclo_de_politicas.pdf. Acesso em jun. 2017.

SABATIER, P. A. Policy change over a decade or more. In: SABATIER, P. A.; JENKINS-SMITH, H. C. *Policy change and learning: an advocacy coalition approach*.

Boulder: Westview Press, 1993.

SCHRAIBER, L. B.; PEDUZZI, M.; SALA, A. (et al.). Planejamento, gestão e avaliação em saúde: identificando problemas. *Ciênc Saúde Coletiva* 1999; 4:221-61. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81231999000200002. Acesso em ago. 2017.

SILVA, S. F.; SOUZA, N. M.; BARRETO, J. O. M. Fronteiras da autonomia da gestão local de saúde: inovação, criatividade e tomada de decisão informada por evidências. *Ciência & Saúde Coletiva*, 19(11):4427-4438, 2014. Disponível em: <https://www.scielo.org/pdf/csc/2014.v19n11/4427-4438/pt>. Acesso em mar. 2018.

SOUZA, R. O sistema público de saúde brasileiro. In: *Seminário Internacional Tendências e Desafios dos Sistemas de Saúde nas Américas*. 2006. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/sistema_saude.pdf. Acesso em ago. 2017.

VIANA, A. L.; BAPTISTA, T. W. F. Análise das políticas de saúde. In: GIOVANELLA, L.; ESCOREL, S.; LOBATO, L. V. C. (et al). *Políticas e sistema de saúde no Brasil*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2012.

4.6 ARTIGO 02: DESAFIOS PARA A GOVERNANÇA DE REDES REGIONALIZADAS E INTEGRADAS DE ATENÇÃO À SAÚDE NO BRASIL: UMA REVISÃO INTEGRATIVA.

Resumo

OBJETIVO: Sintetizar evidências de estudos relacionados aos desafios das Comissões Intergestores para a gestão interfederativa e governança das Redes de Atenção à Saúde (RAS). **MÉTODO:** Revisão integrativa da literatura com busca em base de dados pelos termos *governança em saúde* e *gestão interfederativa* e cruzamento dos descritores *gestão em saúde* e *regionalização*. Foram identificados 1.744 artigos para avaliação dos títulos e resumos, permanecendo 37 para avaliação completa, sendo classificados como relevantes 17. **RESULTADOS:** Destacam-se como desafios a rotatividade e baixa capacidade de gestão, a ausência e/ou fragilidade dos sistemas de informação como subsídio à tomada de decisão, as relações de poder existentes entre municípios e entre estes e o Estado, a insegurança jurídica para as decisões emanadas e a deficiência na proposição do financiamento regional. **CONCLUSÕES:** As discussões relacionadas à governança em RAS são novas, mas a trajetória já estabelecida e estudada nos permite inferir que, a despeito dos avanços observados, a concretização de um sistema de saúde universal, integral e equânime pede que a legislação infraconstitucional viabilize o financiamento e a gestão regional de serviços de saúde, possibilitando avanços e a supressão dos desafios hoje destacados pelos estudos na área.

Regionalização. Gestão Interfederativa. Gestão em Saúde. Governança.

Abstract

OBJECTIVE: To synthesize evidence from studies related to the challenges of the Inter-managerial Commissions for interfederative management and governance of Health Care Networks (RAS). **METHOD:** Integrative literature review with database search by terms of *health governance* and *interfederative management* and cross-referencing of *health management* and *regionalization* descriptors. There were 1,744 articles for the evaluation of titles and abstracts, remaining 37 for complete evaluation, being classified as relevant 17. **RESULTS:** The following stand out as challenges the turnover and low management capacity, the absence and / or fragility of the information systems as a subsidy decision-making, power relations between municipalities and between them and the State, legal insecurity for decisions and deficiencies in the proposal for regional financing. **CONCLUSIONS:** Discussions related to governance in RAS are new, but the trajectory already established and studied allows us to infer that, in spite of the advances observed, the realization of a universal, integral and equitable health system calls for infraconstitutional legislation to enable financing and the regional management of health services, making possible advances and the elimination of the challenges highlighted today by the studies in the area.

Regionalization. Interfederative Management. Health Management. Governance.

4.6.1 Introdução

A concretização da saúde como um direito de cidadania é influenciada diretamente pela definição das responsabilidades de gestão e implementação das políticas no Sistema Único de Saúde (SUS), trazidas como diretrizes organizativas pela Constituição de 1988. De acordo com a Lei Federal nº 8.080, de 1990, a direção do SUS é única em cada esfera de governo, sendo de competência do Ministério da Saúde e das Secretarias de Saúde nos âmbitos estadual e municipal o desenvolvimento das funções de gestão do SUS (BRASIL, 1988; 1990a; 1990b).

Com a finalidade de organizar as ações e serviços de saúde de forma regionalizada e hierarquizada, o Decreto nº 7.508, foi publicado em 2011 para regulamentar a Lei nº 8.080/90, na perspectiva de preencher lacunas na consolidação do SUS. O decreto define as diretrizes para a organização das Redes de Atenção à Saúde (RAS), em relação à gestão e à integração dos serviços e dos entes federados (BRASIL, 1990a; 2011a).

O arranjo institucional do SUS está construído com base em parcerias reguladas por pactos entre entes federativos autônomos, mas que compartilham a soberania num mesmo território e que buscam a interdependência para a construção de sistemas regionais de atenção à saúde. A construção de RAS exige que certos serviços comuns transcendam os limites municipais. Isso conduz ao estabelecimento de parcerias entre municípios, estado e União, e implica a superação das relações hierárquicas, baseadas na autoridade, por relações poliárquicas, construídas pela cooperação e pela interdependência dos diversos atores sociais (MENDES, 2011).

O federalismo cooperativo, com seu componente de cooperação entre atores públicos distintos, manifesta-se, na institucionalidade do SUS, por meio das instâncias permanentes de pactuação - a Comissão Intergestores Tripartite (CIT) e as Comissões Intergestores Bipartites (CIB). O Capítulo V, Seção I, Art. 30, Parágrafo III do Decreto nº 7.508/2011 que trata da articulação interfederativa, estabelece que as *“Comissões Intergestores pactuarão a organização e o funcionamento das ações e serviços de saúde integrados em redes de atenção à saúde”*, implementando a *“Comissão Intergestores Regional (CIR), no âmbito regional”* (BRASIL, 2011a, s.p.).

Ao se associarem, os municípios e o estado devem constituir um sistema regional integrado de atenção à saúde, com base na cooperação gerenciada,

gerando, pela sua ação solidária e pela interdependência, um excedente cooperativo. Ademais, a regionalização cooperativa, ao associar municípios contíguos de uma região, reconstitui uma escala adequada para a oferta, econômica e de qualidade, dos serviços de atenção à saúde (MENDES, 2011).

Segundo Fleury e Ouverney (2007), a existência de redes ou estruturas policêntricas com o envolvimento de múltiplos atores é um fenômeno recente e, apesar da diversidade de objetivos, apresentam elementos comuns representados pelos desafios de estabelecer modelos de gestão que viabilizem os objetivos pretendidos. Neste sentido, as redes se apresentam como possibilidade de gestão de políticas e projetos complexos que exigem uma multiplicidade de atores e de interações entre o público e o privado.

Para Jacobi (2000, *apud* FLEURY; OUVERNEY, 2007), as redes demandam articulação e solidariedade, a definição de objetivos comuns e a redução de atritos e conflitos. A complexidade do fenômeno das redes políticas pode ser observada nos diferentes paradoxos considerados em sua análise: organizações e indivíduos; transitoriedade e permanência; cooperação e competição; solidariedade e conflito; igualdade e diversidade; racionalidade instrumental e racionalidade comunicativa; construção e desconstrução.

As redes de políticas em uma sociedade plural e diversificada se apresentam como possibilidade de coordenação, constituindo-se em instrumento fundamental para a gestão de políticas sociais em contextos democráticos, possibilitando novas formas de coletivização, socialização, organização solidária e coordenação social. A definição de objetivos comuns estimula uma intencionalidade em função da percepção coletiva de que ações isoladas e não coordenadas tem pouca eficácia e eficiência (FLEURY; OUVERNEY, 2007),

Neste contexto, destaca-se o termo 'Governança' no SUS que pode ser entendido como a capacidade de intervenção que envolve diferentes atores, mecanismos e procedimentos para a gestão regional compartilhada. Nessa estratégia, devem favorecer: a articulação interfederativa; a formulação de políticas; o processo decisório; a pactuação de recursos; o dimensionamento do quadro de trabalhadores necessários e o monitoramento e avaliação de desempenho da rede, incluindo a definição de instrumentos e mecanismos de participação e controle social (MENDES, 2011).

Sejam quais forem as estratégias adotadas, a governança impacta sobre a qualidade dos gastos públicos, a efetividade da gestão de recursos e também a eficiência e qualidade da prestação de serviços. As Comissões Intergestores desempenham papel importante, devendo ser exercida a negociação e a construção de consensos para o aperfeiçoamento da gestão.

Nesse contexto, o presente artigo tem como objetivo identificar, por meio de revisão integrativa da literatura, os desafios evidenciados nas Comissões Intergestores para a gestão interfederativa e a governança das RAS, destacando as questões centrais que devem nortear o debate para o fortalecimento desta instância colegiada, entre elas, a definição do seu papel de protagonismo na consolidação das redes bem como na condução dos processos de pactuação, financiamento, monitoramento e avaliação.

4.6.2 Bases Metodológicas

Trata-se de uma revisão integrativa da literatura, adotada, segundo Souza et al. (2010) como método para o agrupamento de dados e síntese de conhecimentos já produzidos sobre um tema proposto, possibilitando a incorporação e aplicação dos resultados de estudos significativos. Para o estudo foi considerada a seguinte questão norteadora: Quais os desafios para a governança das redes regionalizadas e integradas de atenção à saúde no Brasil? Foram utilizadas as etapas definidas por Cooper (1984) para o desenvolvimento da revisão: identificação do problema, busca na literatura, avaliação dos dados, análise dos dados e apresentação da síntese do conhecimento.

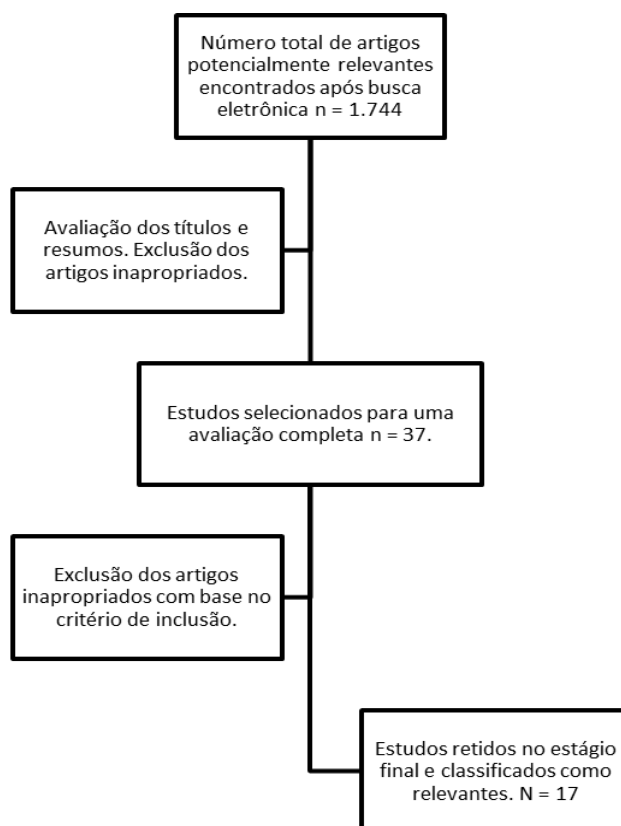
Utilizamos como corte temporal artigos que tenham sido publicados até dezembro de 2017, sendo consideradas as seguintes palavras-chave, empregadas de forma livre numa busca simples: governança em saúde (*coordination of care / gobernanza en salud*) e gestão interfederativa (*interfederativa management / gestión interfederativa*). Realizou-se, ainda, o cruzamento dos descritores controlados Gestão em Saúde (*Health Management / Gestión en Salud*) e Regionalização (*Regional Health Planning / Regionalización*) referenciadas pelo Decs/Mesh. Foram selecionados somente artigos em português, inglês e espanhol com base no título e

resumo, sendo, posteriormente, avaliados na íntegra para uma completa apreciação do material.

4.6.3 Resultados

Foram identificados 1.744 artigos: *Governança em Saúde* (LILACS 103, Medline 181 e Scielo 82); *Gestão Interfederativa* (LILACS 15 e Scielo 12) e no cruzamento dos descritores controlados *Gestão em Saúde* e *Regionalização* (LILACS 323, Medline 981 e Scielo 47) para uma avaliação dos títulos e resumos, sendo que após esta etapa, permaneceram 37 estudos para uma avaliação completa do conteúdo. Foram retidos e classificados como relevantes 17 estudos (LILACS 10, Medline 01 e Scielo 06) que foram incluídos na revisão integrativa (Figura 09).

Figura 09 - Fluxograma relacionado ao processo de seleção dos artigos.



Fonte: Composição do Autor.

Dos artigos selecionados, todos estão relacionados a estudos produzidos e publicados no Brasil; em relação a linguagem empregada, 94,1% (16) estão no idioma português e 5,9% (1) em inglês.

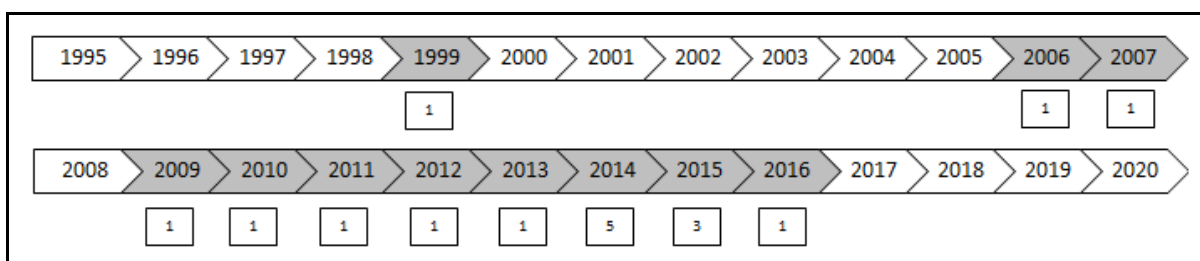
Tabela 23 - Resumo dos artigos analisados na revisão integrativa (2018).

Referência	Objetivo	Tipo de Estudo
Cherchiglia e Dallari, 1999.	Releitura do processo de reforma do Estado destacando o conceito-chave de eficiência.	Teórico analítico
Lima e Rivera, 2006.	Identificar modos de construção dos objetivos na gestão da saúde na região, procedimentos e critérios de avaliação, distribuição de competências e estratégias de gestão de sistemas regionais.	Estudo descritivo
Ibanhes et al., 2007.	Discute a relação público/privado no processo de construção do SUS.	Estudo de caso
Assis et al., 2009.	Apresentar a experiência de implantação de um colegiado regional no estado de São Paulo no qual gestores e técnicos estão se tornando sujeitos empoderados na construção da saúde na região.	Estudo de caso
Kuschnir e Chorny, 2010.	Buscar referências na literatura para contribuir para o debate na constituição das redes no SUS.	Revisão da literatura
Santos, Andrade, 2011.	Discute a construção das redes interfederativas de saúde e sua gestão coordenada e compartilhada.	Teórico analítico
Lima et al., 2012.	Identificar as condições que favorecem ou dificultam o processo de regionalização da saúde.	Teórico analítico
Vianna e Lima, 2013.	Analisar a conformação dos colegiados de gestão no Rio de Janeiro a partir das dimensões indução e implantação, institucionalidade, processo político e capacidade de atuação.	Estudo de caso
Silva e Gomes, 2014.	Debater, discutir e explicar a operação do PDR, PPI e PDI no sistema regional de saúde do Grande ABC Paulista.	Estudo descritivo
Carneiro, Forster e Ferreira, 2014.	Compreender a dinâmica dos colegiados de gestão regional no que diz respeito a dinâmica e relação entre os entes federados.	Estudo qualitativo
Viana, Brito e Santos, 2014.	Revisar a literatura sobre financiamento em saúde, agregando reflexões sobre o tema à luz do conceito de governança.	Revisão da literatura
Magalhães Junior, 2014.	Discutir as Redes de Atenção à Saúde como grande desafio do SUS.	Estudo descritivo
Santos e Giovanella, 2014.	Análise da governança regional em sistemas de saúde.	Estudo qualitativo
Santos e Campos, 2015.	Revisitar a diretriz constitucional de descentralização propondo medidas e ferramentas administrativas que permitam a formação de regiões de saúde resolutivas.	Teórico analítico
Kehrig, Souza e Scatena, 2015.	Analisar as dimensões da institucionalidade e governança na gestão da regionalização em saúde.	Pesquisa qualitativa
Bretas e Eri, 2015.	Analisar o planejamento regional em saúde de Minas Gerais e verificar avanços e desafios.	Estudo de caso
Barbosa, Barbosa e Najberg, 2016.	Descrever a política de regulação do SUS.	Estudo descritivo

Fonte: Composição do Autor.

Em relação à distribuição cronológica dos artigos selecionados (n=17), identificamos que a maioria deles concentra-se nos anos ligeiramente anteriores 11,8% (2) e posteriores 70,6% (12) a publicação do Decreto nº 7.508/2011 que define as diretrizes a respeito da organização das RAS e a necessária articulação interfederativa, estabelecendo as CIR. Destaca-se que no mesmo ano de publicação do Decreto, o Ministério da Saúde institui as redes temáticas - Rede Cegonha (2011), Rede de Atenção Psicossocial (2011), Rede de Urgência e Emergência (2011) e Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência (2012), o que estimula o debate intergestores para sua implantação e gestão.

Figura 10 - Distribuição cronológica dos artigos selecionados e número de artigos em relação ao ano de publicação.



Fonte: Composição do Autor.

Utilizamos como critério para a categorização, os objetivos e o escopo dos artigos avaliados, resultando em três grandes categorias: Tipo I - Práticos, abrangendo aqueles artigos definidos como estudos descritivos, exploratórios, avaliativos, comparados e estudos de caso; Tipo II - Teóricos, com artigos enquadrados como teórico-analíticos e revisões histórico-conceituais; e Tipo III - Literários, abrangendo os artigos que adotam como delineamento metodológico a revisão de literatura.

Tabela 24 - Distribuição dos artigos selecionados por periódicos, número de artigos, área da publicação e categoria dos artigos (2018)

Periódicos	Número	Área Publicação	Categoria dos Artigos
Ciência & Saúde Coletiva	4	Saúde Pública	Tipo I (1), Tipo II (2), Tipo III (1)
Saúde em Debate	3	Saúde Pública	Tipo I (3)
Saúde & Sociedade	3	Saúde Pública	Tipo I (2), Tipo II (1)
Divulgação em Saúde para Debate	2	Saúde Pública	Tipo I (1), Tipo III (1)
Cadernos de Saúde Pública	2	Saúde Pública	Tipo I (2)
Revista de Saúde Pública	1	Saúde Pública	Tipo I (1)
Physis	1	Saúde Pública	Tipo I (1)
Revista de Administração Pública	1	Administração	Tipo II (1)

Fonte: Composição do Autor.

Cabe ressaltar que, ao trabalhar com diferentes categorias analíticas com o intuito de classificar os artigos para atingir os objetivos propostos, não temos a pretensão de descrever e/ou discutir os artigos de modo individual, estabelecer ou detectar consensos e/ou dissensos entre os mesmos e, muito menos declarar esgotadas as possibilidades de revisão e reflexão destes a respeito da temática abordada: desafios para a governança das redes regionalizadas e integradas de atenção à saúde no Brasil.

4.6.4 Discussão

De acordo com a Portaria de Consolidação GM/MS nº 03 de 2017, “a governança da RAS é entendida como a capacidade de intervenção que envolve diferentes atores, mecanismos e procedimentos para a gestão regional compartilhada da referida rede”, destacando-se o papel das comissões intergestores como “*espaço permanente de pactuação e cogestão solidária e cooperativa*” (BRASIL, 2017, s.p.).

Este movimento implica não só o compartilhamento de ações e serviços, mas a necessidade de monitoramento contínuo e o enfrentamento das questões políticas e estruturais para sua implantação e funcionamento, destacando-se as relações interfederativas, as relações público-privadas, o financiamento e a regulação da atenção.

Inúmeras questões emergem do processo de instituição e governança das RAS nas regiões de saúde, considerando-se a necessidade de definição dos seus limites geográficos e da população coberta; o diagnóstico das necessidades em saúde da região com suas variáveis demográficas, epidemiológicas e sanitárias; a identificação dos recursos já disponíveis (administrativos, físicos, financeiros) e a proposição do rol de ações e serviços que serão ofertados, considerando-se os fundamentos de economia de escala, qualidade, suficiência, acesso e disponibilidade de recursos bem como a necessária integração vertical e horizontal e os processos de substituição por meio do reagrupamento de recursos entre e dentro dos serviços de saúde (BRASIL, 2017).

Nesta perspectiva, serão tratadas, a partir deste ponto, as categorias analíticas definidas pelo autor com base nos temas recorrentes identificados na

leitura dos artigos selecionados que remetem aos desafios para a governança das redes de atenção à saúde: *Institucionalidade* (capacitação das equipes gestoras, rotatividade de gestores, regularidade da participação, definição de papéis); *Processo Organizativo e Padrões de Relacionamento* (natureza e tipo das relações intergovernamentais) e *Capacidade de Atuação* (planejamento regional e gestão interfederativa).

Institucionalidade

Nesta categoria, buscamos identificar por meio dos artigos, os desafios para a governança das redes regionalizadas e integradas de atenção à saúde que guardam relação com a instituição e funcionamento dos colegiados intergestores regionais.

Destacam-se, neste sentido, a alta rotatividade dos gestores municipais de saúde, gerando instabilidade do quadro institucional (KEHRIG; SOUZA; SCATENA, 2015), baixa qualificação técnica e pouca capacidade para a construção e operação das redes de atenção (VIANA; BRITO; SANTOS, 2014).

Outro destaque se dá com a baixa regularidade da participação dos gestores municipais e o consequente esvaziamento dos colegiados intergestores (LIMA; RIVERA, 2006; VIANNA; LIMA, 2013), o que compromete ainda mais a definição dos papéis e a integração entre os diferentes atores, também apresentada como importante desafio a ser superado (VIANA; BRITO; SANTOS, 2014).

A baixa qualificação técnica (SANTOS; GIOVANELLA, 2014), em muitos casos motivada pelos critérios de escolha (político-partidário) dos gestores municipais de saúde (KEHRIG; SOUZA; SCATENA, 2015), contribui para a não compreensão do papel preponderante das comissões intergestores na organização das redes de atenção o que, conseqüentemente, leva ao esvaziamento deste espaço (LIMA; RIVERA, 2006; VIANNA; LIMA, 2013), comprometendo o alcance das ações e serviços de saúde em um país em que 95% dos 5.570 municípios possuem menos de 100 mil habitantes e são extremamente dependentes de municípios polo para a consolidação do cuidado em todos os níveis de complexidade (SOUZA, 2002; MACHADO; LIMA; BAPTISTA, 2011).

Processo Organizativo e Padrões de Relacionamento

A natureza e tipo das relações intergovernamentais estabelecidas entre os atores envolvidos na governança de redes de atenção possibilita que se assumam compromissos coletivos sem abrir mão das questões individuais (KUSCHNIR; CHORNY, 2010; CARNEIRO; FORSTER; FERREIRA, 2014). A institucionalidade construída nas instâncias regionais de serviços de saúde demanda que a governança dessa regionalização implique na interação entre atores e instâncias no âmbito da gestão regional de saúde (KEHRIG; SOUZA; SCATENA, 2015).

Identifica-se, porém, uma lógica antissolidária no processo de regionalização em que, em uma situação de financiamento e oferta insuficiente frente às demandas (VIANNA; LIMA, 2013; CARNEIRO; FORSTER; FERREIRA, 2014), os entes municipais estão mais interessados em resolver seus problemas locais do que discutir soluções comuns, tornando-se, na maioria das vezes, dependentes da articulação estadual para garantia da oferta e do acesso a serviços de média e alta complexidade (SILVA; GOMES, 2014). Apresenta-se dificuldades de se construir uma relação isonômica e mais cooperativa entre os atores sociais ali colocados para responder as demandas dos cidadãos por serviços de saúde, dificuldade esta observada entre os municípios e o estado e entre os próprios municípios (KUSCHNIR; CHORNY, 2010; CARNEIRO; FORSTER; FERREIRA, 2014; KEHRIG; SOUZA; SCATENA, 2015).

Fica evidente a relação de poder estabelecida entre os municípios e o ente estadual em relação aos processos decisórios, que na maioria das vezes não incorporam as necessidades e expectativas dos municípios e das regiões de saúde, resultando em conflitos entre os municípios e cooptação na relação estado-municípios (CARNEIRO; FORSTER; FERREIRA, 2014; KEHRIG; SOUZA; SCATENA, 2015).

Destaca-se ainda o predomínio de aspectos e disputas político-partidários entre municípios e municípios e estado que influenciam de forma negativa a construção de um sistema de saúde regional sólido, sua institucionalidade e governança (ASSIS et al., 2009; SILVA; GOMES, 2014; KEHRIG; SOUZA; SCATENA, 2015). Em alguns colegiados de gestão, além das disputas de poder existentes entre municípios e municípios e estado, os consórcios municipais que

estabelecem relação de complementariedade na execução das ações e serviços acabam por sobrepor as funções na gestão intermunicipal (VIANNA; LIMA, 2013).

É nítida a indefinição de papéis e de responsabilidades entre as esferas de governo e instâncias existentes na região (KEHRIG; SOUZA; SCATENA, 2015; BARBOSA; BARBOSA; NAJBERG, 2016) sendo que a atuação de interlocutores nos colegiados intergestores, com forte representação político-institucional na negociação e mediação de conflitos e a existência de mecanismos de coordenação das ações conduzidas por uma diversidade de atores e instâncias com peso nas regiões, surge como potencialidade para a superação de muitos dos desafios identificados (KUSCHNIR; CHORNY, 2010; LIMA et al., 2012; SILVA; GOMES, 2014).

Os colegiados intergestores devem desenvolver a capacidade de unir entes autônomos e interdependentes para a consecução de serviços de forma integrada, garantindo a autonomia de cada um por meio do diálogo e de decisões consensuais (SANTOS; ANDRADE, 2011; KEHRIG; SOUZA; SCATENA, 2015). A implicação de todos os atores envolvidos deve se dar por meio de normas socialmente internalizadas que promovam a responsabilidade e explicitem compromissos individuais e coletivos (BARBOSA; BARBOSA; NAJBERG, 2016).

Surge a necessidade de os gestores municipais se apropriarem dos processos de regionalização (BARBOSA; BARBOSA; NAJBERG, 2016), em um contexto de solidariedade como base para um modelo de gestão baseado na cooperação e no estabelecimento de dispositivos gerenciais capazes de garantir o estabelecimento e o cumprimento de resultados pactuados (LIMA; RIVERA, 2006; KEHRIG; SOUZA; SCATENA, 2015).

Capacidade de Atuação

A ideia de cogestão, necessária a organização de RAS que transcendam os limites dos municípios, deve promover a negociação entre os entes federados e as instituições envolvidas, demandando a definição clara das responsabilidades e atribuições de cada um (CARNEIRO; FORSTER; FERREIRA, 2014; VIANA; BRITO; SANTOS, 2014). De modo geral, identifica-se que não são incorporadas lógicas de planejamento que considerem o poder necessariamente compartilhado entre os

atores envolvidos, o que remete a práticas características do planejamento normativo (CHERCHIGLIA; DALLARI, 1999; SANTOS; ANDRADE, 2011; SANTOS; GIOVANELLA, 2014; SILVA; GOMES, 2014; CARNEIRO; FORSTER; FERREIRA, 2014).

Surge a necessidade de se desenvolver uma cultura que permita a atuação sistêmica na identificação e na solução de problemas, em contraponto à atuação individual dos municípios (IBANHES et al., 2007; VIANNA; LIMA, 2013; SILVA; GOMES, 2014; VIANA; BRITO; SANTOS, 2014). Deve-se avançar em relação ao reconhecimento dos papéis e responsabilidades de cada ente - o que é inseparável da capacidade técnica necessária ao planejamento e contratualização de serviços e a garantia do poder regulatório (ASSIS et al., 2009; KUSCHNIR; CHORNY, 2010; VIANNA; LIMA, 2013).

Os Planos Diretores de Regionalização (PDR), elaborados com base na Programação Pactuada e Integrada (PPI), são instrumentos formais, desatualizados e que não refletem as necessidades em saúde e o contexto das regiões, apresentando insuficiência histórica na oferta de serviços do SUS em seus diversos componentes (ASSIS et al., 2009; SILVA; GOMES, 2014; BARBOSA; BARBOSA; NAJBERG, 2016). Como consequência, evidencia-se o déficit na regulação assistencial, considerada como grande desafio para a mediação entre os sistemas municipais e a consolidação das RAS (ASSIS et al., 2009; MAGALHÃES JUNIOR, 2014).

O fortalecimento dos sistemas de informação como subsídio à decisão torna-se fundamental neste processo, permitindo ampliação na capacidade do diagnóstico assistencial, no estabelecimento, execução e monitoramento de ação pelos gestores (VIANA; BRITO; SANTOS, 2014; MAGALHÃES JUNIOR, 2014). Os diferentes graus de desenvolvimento acentuam as disparidades de informações e comunicação entre as três esferas, comprometendo ainda mais o processo de planejamento (CARNEIRO; FORSTER; FERREIRA, 2014; SANTOS; CAMPOS, 2015).

O ordenamento político-jurídico não oportuniza a implantação das regiões de saúde e sua governança, observando-se fragilidade do arcabouço legal na oferta de estruturas de gestão regional e a burocratização na formalização das RAS, o que acentua o centralismo federal (ASSIS et al., 2009; MAGALHÃES JUNIOR, 2014; SANTOS; CAMPOS, 2015; BRETAS; ERI, 2015). Os dispositivos de financiamento comprometem o fortalecimento de uma lógica regional o que, somado a baixa

autonomia nas decisões agravada pela ausência de instrumento jurídico que firme as responsabilidades ente os entes federados, colocam em cheque o cumprimento das responsabilidades consensuadas (SANTOS; ANDRADE, 2011; SILVA; GOMES, 2014; MAGALHÃES JUNIOR, 2014; SANTOS; GIOVANELLA, 2014; SANTOS; CAMPOS, 2015; KEHRIG; SOUZA; SCATENA, 2015).

Neste contexto, pontua-se a necessidade de se estabelecerem regras de compartilhamento dos recursos individuais e coletivos com critérios de equidade, implicando os subsistemas de financiamento, organização e provisão de recursos, considerando-se as decisões estabelecidas a curto, médio e longo prazo, no âmbito dos sistemas regionais de saúde para a instituição e fortalecimento das RAS (SILVA; GOMES, 2014; MAGALHÃES JUNIOR, 2014; SANTOS; CAMPOS, 2015; KEHRIG; SOUZA; SCATENA, 2015).

Destaca-se uma grande preocupação dos entes com o plano jurídico-legal das questões que resultam em um modelo de gestão burocrático, enrijecido e controlador e, conseqüentemente, em uma governança formalista das RAS (IBANHES et al., 2007; ASSIS et al., 2009; SANTOS; ANDRADE, 2011; BARBOSA; BARBOSA; NAJBERG, 2016; SANTOS; CAMPOS, 2015).

As decisões, tomadas por consenso, devem se consubstanciar em instrumentos que definam as responsabilidades de cada um e permitam aos colegiados intergestores a segurança jurídica necessária, garantida por lei específica e não por portarias ministeriais (ASSIS et al., 2009; SANTOS; ANDRADE, 2011; VIANA; LIMA, 2013; SANTOS; GIOVANELLA, 2014; SANTOS; CAMPOS, 2015).

Exige-se maior participação da esfera estadual na articulação e integração dos municípios e coordenação das decisões (SILVA; GOMES, 2014; BRETAS; ERI, 2015) sem ferir a autonomia dos mesmos, destacando-se a necessidade de se aperfeiçoar as relações e o apoio técnico e administrativo, eliminando-se a ambigüidade de interesses nesta relação (LIMA; RIVERA, 2006; ASSIS et al., 2009; SANTOS; ANDRADE, 2011; SILVA; GOMES, 2014; CARNEIRO; FORSTER; FERREIRA, 2014; BRETAS; ERI, 2015).

A delegação de responsabilidades acompanhada dos recursos (VIANNA; LIMA, 2013; SILVA; GOMES, 2014; VIANA; BRITO; SANTOS, 2014; BRETAS; ERI, 2015) e dispositivos legais que possibilitem sua execução bem como o monitoramento e avaliação dos resultados pactuados e conhecidos por todos (LIMA; RIVERA, 2006; IBANHES et al., 2007; ASSIS et al., 2009; SANTOS; ANDRADE,

2011; VIANA; LIMA, 2013; VIANA; BRITO; SANTOS, 2014; SANTOS; CAMPOS, 2015; KEHRIG; SOUZA; SCATENA, 2015) deve emergir de um novo modelo de gestão, pautado na responsabilidade solidária, destacando-se a importância da articulação de mecanismos de controle social em todo o processo (CHERCHIGLIA; DALLARI, 1999; LIMA; RIVERA, 2006; SANTOS; ANDRÉ, 2011; VIANNA; LIMA, 2013; SILVA; GOMES, 2014; CARNEIRO; FORSTER; FERREIRA, 2014).

4.6.5 Conclusão

A revisão integrativa da literatura evidenciou que, a despeito dos avanços identificados com o advento do Decreto nº 7.508 de 2011 ao regulamentar a Lei nº 8.080/90 e estabelecer diretrizes para a consolidação das regiões de saúde, das redes de atenção e dos colegiados intergestores regionais para a gestão institucional e a necessária integração das ações e serviços, a adoção de sistemas regionalizados em saúde se defronta com um conjunto de desafios comuns às diversas realidades.

A análise dos estudos selecionados permitiu identificar três grandes categorias (Institucionalidade, Processo Político/Padrões de Relacionamento e Capacidade de Atuação). Dentre os desafios destacam-se a rotatividade e baixa capacidade de gestão dos entes municipais; a indefinição de papéis nos colegiados intergestores; a ausência e/ou fragilidade dos sistemas de informação como subsídio a tomada de decisão; as relações de poder existentes entre municípios e entre municípios e estado; a insegurança jurídica para as decisões emanadas e a deficiência na proposição do financiamento de ações e serviços no âmbito intermunicipal.

As redes de atenção à saúde se apresentam como possibilidade concreta para o alcance da integralidade do cuidado, mas exigem a interação de múltiplos atores. O grande desafio está em se estabelecer modelos de gestão que viabilizem os objetivos pretendidos de modo solidário, por meio do estabelecimento de objetivos comuns e da redução de atritos e conflitos.

As discussões relacionadas à governança em redes de atenção à saúde são relativamente novas, mas a trajetória já estabelecida e estudada em relação aos colegiados intergestores nos permite inferir que, a despeito dos avanços

observados, a concretização de um sistema de saúde universal, integral e equânime pede que a legislação infraconstitucional viabilize o financiamento e a gestão regional de serviços de saúde, possibilitando avanços e a consequente supressão dos grandes desafios hoje destacados pelos estudos na área.

4.6.6 Referências

ASSIS, E.; CRUZ, V. S.; TRENTIN, E. F.; LUCIO, H. M.; MEIRA, A.; MONTEIRO, J. C. K.; CRIA, S. M.; FOCESI, M. R.; CIELO, C. A.; GUERRA, L. M.; FARIAS, R. M. S. Regionalização e novos rumos para o SUS: a experiência de um colegiado regional. *Saúde Soc*; 18(supl.1): 1721, jan.mar. 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v18s1/03.pdf>. Acesso em set. 2017.

BARBOSA, D. V. S.; BARBOSA, N. B.; NAJBERG, E. F. Regulação em Saúde: desafios à governança do SUS. *Cad. saúde colet.*, (Rio J.);24(1): 4954, jan.mar. 2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/cadsc/v24n1/1414-462X-cadsc-1414-462X201600010106>. Pdf. Acesso em set. 2017.

BRASIL. Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília: Senado Federal, 1988. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm. Acesso em 12 set. 2015.

_____. Lei n. 8.080, de 19 de setembro de 1990: [Lei Orgânica da Saúde]. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*, Brasília, DF, p. 18.055, 20 set. 1990 (a). Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/lei8080.pdf>. Acesso em 12 set. 2016.

_____. Lei n. 8.142, de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde – SUS e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*, Brasília, DF, p. 25694, 31 dez. 1990 (b). Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/Lei8142.pdf>. Acesso em 12 set. 2016.

_____. Decreto n. 7.508, 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 (a). Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/decreto/d7508.htm. Acesso em jan. 2017.

_____. Ministério da Saúde. Portaria de Consolidação nº 3, de 28 de setembro de 2017. Consolidação das normas sobre as redes do Sistema Único de Saúde. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*. Brasília, DF, 2017. Disponível em:

<http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/MatrizesConsolidacao/Matriz-3-Redes.html>. Acesso em jan. 2018.

BRETAS JUNIOR, N.; SHIMIZU, H. E. Planejamento regional compartilhado em Minas Gerais: avanços e desafios. *Saúde debate*; 39(107): 962971, out.dez. 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/sdeb/v39n107/0103-1104-sdeb-39-107-00962.pdf>. Acesso em set. 2017.

CARNEIRO, P. S.; FORSTER, A. C.; FERREIRA, J. B. B. A dinâmica de três colegiados de gestão regional: um olhar sobre a regionalização e pactuação. *Saúde debate*; 38(100): 5768, JanMar/2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/sdeb/v38n100/0103-1104-sdeb-38-100-0057.pdf>. Acesso em set. 2017.

CHERCHIGLIA, M. L.; DALLARI, S. G. A reforma do Estado e o setor público de saúde: governança e eficiência. *Rev. adm. pública*;33(5): 6584, set.out. 1999. Disponível em: <http://bibliotecadigital.fgv.br/ojs/index.php/rap/article/view/7625/6152>. Acesso em set. 2017.

COOPER, H. *The Integrative research review*. Beverly Hills: SAGE Publications; 1984. Disponível em: <http://journals.sagepub.com>. Acesso em mar. 2018.

FLEURY, S; OUVENEY, A. M. *Gestão de Redes: A estratégia de regionalização da política de saúde*. Rio de Janeiro: FGV, 2007.

IBANHES, L. C.; HEIMANN, L. S.; JUNQUEIRA, V.; BOARETTO, R. C.; PESSOTO, U. C.; CORTIZO, C. T.; CASTRO, I. E. N.; ROCHA, J. L.; KAYANO, J.; LUIZ, O. C.; BARBOZA, R.; TELES JUNIOR, E. Governança e regulação na saúde: desafios para a gestão na Região Metropolitana de São Paulo, Brasil. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 23(3):575-584, mar, 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v23n3/16.pdf>. Acesso em jan. 2018.

KEHRIG, R. T.; SOUZA, E. S.; SCATENA, J. H. G. Institucionalidade e governança da regionalização da saúde: o caso da região Sul MatoGrossense à luz das atas do colegiado de gestão. *Saúde debate*; 39(107): 948961, out.dez. 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/sdeb/v39n107/0103-1104-sdeb-39-107-00948.pdf>. Acesso em set. 2017.

KUSCHNIR, R.; CHORNY, A. H. Redes de atenção à saúde: contextualizando o debate. *Ciênc. saúde coletiva*;15(5): 23072316, ago. 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v15n5/v15n5a06.pdf>. Acesso em set. 2017.

LIMA, J. C.; RIVERA, F. J. U. F. Gestão de sistemas regionais de saúde: um estudo de caso no Rio Grande do Sul, Brasil. *Cad Saude Publica*;22(10): 217989, 2006 Oct. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v22n10/17.pdf>. Acesso em set. 2017.

LIMA, L. D.; VIANA, A. L. D'A.; MACHADO, C. V.; ALBUQUERQUE, M. V.; OLIVEIRA, R. G.; IOZZI, F. L.; SCATENA, J. H. G.; MELLO, G. A.; PEREIRA, A. M. M.; COELHO, A. P. S. Regionalização e acesso à saúde nos estados brasileiros: condicionantes históricos e políticoinstitucionais. *Ciência & Saúde Coletiva*, 17(11):2881-2892, 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v17n11/>

v17n11a04.pdf. Acesso em set. 2017.

MACHADO, C. V. Direito universal, política nacional: o papel do Ministério da Saúde na política de saúde brasileira de 1990 a 2002. Rio de Janeiro: Ed. do Museu da República, 2007.

MACHADO, C. V.; LIMA, L. D.; BAPTISTA, T. W. F. Princípios organizativos e instâncias de gestão do SUS. In: GONDIM, R. (Org.) Qualificação de Gestores do SUS. (caderno de textos) 2. Ed. Ver. Ampl., Rio de Janeiro (RJ): EAD/ENSP, 2011.

MAGALHÃES JUNIOR, H. M. Redes de Atenção à Saúde: rumo à integralidade. *Divulg. saúde debate*;52): 177189, out. 2014. Disponível em: <http://cebes.org.br/site/wp-content/uploads/2014/12/Divulgacao-52.pdf>. Acesso em set. 2017.

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

SANTOS, A. M.; GIOVANELLA, L. Governança regional: estratégias e disputas para gestão em saúde. *Rev Saude Publica*;48(4): 622631, 08/2014. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rsp/v48n4/pt_0034-8910-rsp-48-4-0622.pdf. Acesso em set. 2017.

SANTOS, L.; ANDRADE, L. O. M. Redes interfederativas de saúde: um desafio para o SUS nos seus vinte anos. *Ciênc. saúde coletiva*;16(3): 16711680, mar. 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v16n3/02.pdf>. Acesso em set. 2017.

SANTOS, L.; CAMPOS, G.W.S. SUS Brazil: The health region as a way forward. *Saúde Soc*;24(2): 438446, AprJun/2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v24n2/0104-1290-sausoc-24-02-00438.pdf>. Acesso em set. 2017.

SILVA, E. C.; GOMES, M. H. A.; SILVA, E. C.; GOMES, M. H. A. Regionalização da saúde na região do Grande ABC: os interesses em disputa. *Saúde Soc*; 23(4): 13831396, OctDec/ 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v23n4/0104-1290-sausoc-23-4-1383.pdf>. Acesso em set. 2017.

SOUZA, M. T.; SILVA, M. D.; CARVALHO, R. Revisão integrativa: o que é e como fazer. *einstein*. 2010; 8(1 Pt 1):102-6. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/eins/v8n1/pt_1679-4508-eins-8-1-0102. Acesso mar. 2018.

VIANA, L. B. F.; BRITO, R. L.; SANTOS, F. P. Financiamento e governança em saúde: um ensaio a partir do cotidiano. *Divulg. saúde debate*;52): 177189, out. 2014. Disponível em: <http://cebes.org.br/site/wp-content/uploads/2014/12/Divulgacao-52.pdf>. Acesso em set. 2017.

VIANNA, R. P.; LIMA, L. D. Colegiados de Gestão Regional no estado do Rio de Janeiro: atores, estratégias e negociação intergovernamental. *Physis (Rio J.)*;23(4): 10251049, 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/physis/v23n4/02.pdf>. Acesso em set. 2017.

4.7 ARTIGO 03: O PROCESSO DE CONSTRUÇÃO E GOVERNANÇA DA REDE DE ATENÇÃO ÀS URGÊNCIAS EM REGIÕES DE SAÚDE DO PARANÁ.

Resumo

OBJETIVO: Discutir a participação das Comissões Intergestores Regionais de Saúde do Paraná na construção, implantação e governança da Rede de Atenção às Urgências e Emergências (RUE) para um território. **MÉTODO:** Estudo de caso realizado junto as Comissões Intergestores Regionais da 10ª e 20ª Regionais de Saúde do Paraná (CIR 10ª e 20ª RS-PR), compostas por 25 municípios na 10ª RS-PR e 18 municípios na 20ª RS-PR, localizadas no extremo oeste do Paraná. Os dados foram obtidos por meio de pesquisa documental, aplicação de questionário, entrevista semiestruturada e observação direta. **RESULTADOS:** A triangulação dos dados permitiu caracterizar o cenário bem como o processo de implantação e de negociação da RUE. Identifica-se uma estrutura formalista e burocrática com pouca autonomia no processo decisório e uma pauta de reuniões definida pela agenda federal e estadual para a implantação de políticas públicas. As CIR 10ª e 20ª RS-PR apresentaram papel coadjuvante na definição da RUE, cabendo-lhes a formalização do desenho e dos critérios de financiamento interfederativo, com processos de comunicação verticais e pouco solidários permeando as negociações. **CONCLUSÃO:** As Comissões apresentam-se com institucionalidade intermediária na instituição e governança da RUE, sendo fundamental que os atores envolvidos construam, a partir de suas realidades e expectativas, um horizonte comum por meio da negociação e do consenso.

Regionalização. Planejamento Regional. Gestão em Saúde. Governança.

Abstract

OBJECTIVE: To discuss the participation of the Regional Interagency Commissions of Health of Paraná in the construction, implantation and governance of the Network of Attention to Emergencies and Emergencies (RUE) for a territory. **METHOD:** A case study carried out with the Regional Interagency Commissions of the 10th and 20th Region of Health of Paraná (CIR 10 and 20 RS-PR), composed of 25 municipalities in the 10th RS-PR and 18 municipalities in the 20th RS-PR, located in the extreme west of Paraná. Data were obtained through documentary research, questionnaire application, semi-structured interview and direct observation. **RESULTS:** The triangulation of the data allowed to characterize the scenario as well as the process of implantation and negotiation of the RUE. It identifies a formalistic and bureaucratic structure with little autonomy in the decision-making process and a schedule of meetings defined by the federal and state agenda for the implementation of public policies. The RIR 10th and 20th RS-PR presented a supporting role in the definition of the RUE, with the formalization of the design and inter-financial funding criteria, with vertical communication processes and little solidarity supporting the negotiations. **CONCLUSION:** The Commissions present themselves with intermediary institutions in the institution and governance of the RUE, and it is fundamental that the actors involved build, from their realities and expectations, a common horizon through negotiation and consensus.

Regionalization. Regional Planning. Health Management. Governance.

4.7.1 Introdução

O arranjo institucional do SUS está construído com base em parcerias reguladas por pactos entre entes federativos autônomos, mas que compartilham a soberania em um mesmo território e que buscam a interdependência para a construção de sistemas regionais de atenção à saúde. A Comissão Intergestores Tripartite (CIT), as Comissões Intergestores Bipartites (CIB) e, mais recentemente, as Comissão Intergestores Regionais (CIR), devem pactuar a organização e o funcionamento das ações e serviços de saúde de abrangência regional, integrando-os em Redes de Atenção à Saúde (RAS) (BRASIL, 2011a).

A construção de RAS exige que certos serviços comuns transcendam os limites municipais. Isso conduz ao estabelecimento de parcerias entre municípios, estados e União, e implica a superação das relações hierárquicas, baseadas na autoridade, por relações poliárquicas, construídas pela cooperação e pela interdependência dos diversos atores sociais (MENDES, 2011).

As redes se apresentam como possibilidade na gestão de políticas e projetos complexos que demandem múltiplos atores e a interação público-privado. Os municípios e o estado associados passam a constituir um sistema integrado de atenção à saúde gerando um excedente cooperativo, impossível de ser alcançado por atores isolados (MENDES, 2011).

Segundo Fleury e Ouverney (2007), as redes ou estruturas policêntricas que envolvam múltiplos atores são fenômeno recente na sociedade e apresentam em comum o desafio de se estabelecer modelos de gestão que possibilitem o alcance dos objetivos propostos.

Por se tratarem de estruturas policêntricas, a manutenção de redes apresenta como principais desafios a negociação e geração de consensos, a definição de regras de atuação e a construção de mecanismos decisórios coletivos uma vez que estas “(...) são constituídas de pessoas, pois somente estas são capazes de se conectar e criar vínculos entre si” (FLEURY; OUVERNEY, 2007, p. 20).

A interdependência dada pela necessidade de compartilhar recursos remete a existência de um objetivo maior que se torne um valor compartilhado, para além dos objetivos particulares que permanecem. A capacidade de estabelecer este objetivo está relacionada ao grau de compatibilidade e congruência de valores entre seus membros, sendo requeridos espaços de negociação de percepções, valores e

interesses, tendo relação direta com a institucionalização dos padrões de interação e o estabelecimento de regras que definam a posição dos atores, a distribuição do poder e as barreiras ao ingresso (FLEURY; OUVÉRY, 2007).

Dentre as redes temáticas instituídas pelo Ministério da Saúde, destaca-se a Rede de Atenção às Urgências e Emergências (RUE) que tem o objetivo de articular e integrar os equipamentos de saúde no âmbito do SUS, ampliando e qualificando o acesso dos usuários em situação de urgência aos serviços de saúde (MAGALHÃES JUNIOR, 2014). No Paraná, a implantação da RUE teve início após a aprovação da Deliberação CIB nº 30/2009 que propôs a reorganização e a ampliação dos serviços existentes, ainda concentrados em municípios polo, para todas as regiões de saúde (PARANÁ, 2009).

Considerando-se a multiplicidade de atores necessariamente envolvidos no processo e a complexidade de relações exigida, este artigo tem como objetivo discutir a participação da CIR da 10ª e da 20ª Regionais de Saúde do Paraná (CIR 10ª e 20ª RS-PR), na construção, implantação e governança da RUE para o território por meio da caracterização do cenário e do processo de implantação e negociação da mesma.

4.7.2 Bases Metodológicas

Trata-se de um estudo de caso realizado junto as CIR 10ª e 20ª RS-PR, compostas por 25 municípios na 10ª RS-PR sediada em Cascavel e 18 municípios na 20ª RS-PR sediada em Toledo, extremo oeste do Paraná.

O estudo de caso permite investigar situações a partir de seu “*contexto real, preservando as características holísticas e significativas do fenômeno estudado*” (YIN, 2001; ANDRÉ, 2005 *apud* MENDONÇA, 2012 p. 66). É tido por Goode e Hatt como “*um meio de organizar dados sociais, preservando o caráter unitário do objeto estudado (...), permitindo um exame detalhado de processos organizacionais ou relacionais e esclarecer os fatores que interferem em determinados processos*” (MINAYO, 2014, p. 164).

Os resultados emergiram da triangulação dos dados obtidos com a pesquisa documental, aplicação de questionário, entrevista semiestruturada e observação direta. A pesquisa documental foi realizada por meio da análise de registros escritos

do regimento interno, atas de reuniões e deliberações da CIR 10ª e 20ª RS-PR entre os anos de 2010 e 2016.

A caracterização dos secretários municipais de saúde e da sua relação com a CIR 10ª e 20ª RS-PR foi realizada entre junho e dezembro de 2015 por meio da aplicação de um questionário semiestruturado constituído por uma série ordenada de perguntas abertas, fechadas e de múltipla escolha. Foram entrevistados entre os meses de janeiro e junho de 2016, quatro informantes-chave, definidos pelo autor com base na leitura da posição estratégica que ocupavam nos espaços de governança regional, sendo selecionados os Secretários de Saúde Presidentes do Conselho de Secretarias Municipais de Saúde (CRESEMS) e os Secretários de Saúde dos municípios sede de ambas as Regionais de Saúde.

A observação 'não participante' das reuniões ordinárias da CIR 10ª e 20ª RS-PR contou com um roteiro para sua sistematização e foi realizada pelo próprio pesquisador ao longo dos anos de 2015 e 2016.

Para análise do material empírico, adotamos os procedimentos apresentados por Minayo (2014), destacando-se: a) o ordenamento do conjunto do material obtido por meio da pesquisa documental, aplicação do questionário, entrevistas e observação direta; b) a pré-análise a partir dos objetivos gerais definidos para a pesquisa por meio da leitura flutuante, estabelecendo-se contato direto com os dados; c) a classificação dos dados por meio da leitura horizontal e exaustiva dos textos, identificando as categorias empíricas; d) leitura transversal do conjunto de dados e o recorte em tópicos de informação.

A busca pela compreensão e interpretação do texto e contexto de pesquisa foi pautada na hermenêutica crítica. De acordo com Carvalho (2012, p. 109), Ricouer e Habermas *“apontam a possibilidade de aproximar a questão hermenêutica de um conjunto de procedimentos sistemáticos para lidar com a linguagem, porém com a preocupação de não ficar numa perspectiva formalista da linguagem, de caráter neopositivista”*.

Para Ricouer, o paradigma da leitura pode fornecer um caminho metodológico para uma investigação científica, destacando quatro princípios da análise de discurso que podem ser aplicados à análise dos fenômenos sociais: a) o discurso é realizado temporalmente e no presente; b) o discurso é uma forma de subjetividade, é autorreferenciado e se refere a um falante; c) o discurso é produzido para descrever, expressar ou representar o mundo ao nosso redor, e d) o discurso é um

enunciado de um ato comunicativo em que as mensagens são trocadas; é endereçado a alguém (CARVALHO, 2013).

Os dados foram agrupados em três categorias empíricas que possibilitaram a organização dos resultados e a discussão: a) o cenário e os gestores municipais; b) o processo de implantação da RUE, e c) o processo de negociação da RUE. A pesquisa respeitou os preceitos éticos estabelecidos pela Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde, tendo sido aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa sob Parecer nº 949.671/2015. Todos os participantes manifestaram concordância com estudo por meio da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

4.7.2.1 Referencial Teórico-Analítico

A Teoria da Ação Comunicativa (TAC) de Jürgen Habermas, da qual tomamos emprestados alguns conceitos que nos permitiram ampliar o olhar sobre o objeto de estudo, nasce de uma nova concepção de razão - razão comunicativa, em detrimento da razão instrumental, não suprimindo esta, mas subordinando-a a uma teoria evolucionista da sociedade.

Para ele, a teoria da ação proposta por Weber "*reduz a ação a uma dimensão instrumental/teleológica ou estratégica que corresponde a uma forma de conhecimento e intervenção sobre estados de coisas do mundo objetivo*", sendo que o critério de validade da ação "*estaria representado pela verdade ou pela eficácia da intervenção sobre o mundo*", onde os demais atores são vistos como meios ou obstáculos a serem superados (ARTMANN, 2001, p. 185).

Para Habermas, a ação comunicativa surge da interação de sujeitos capazes de falar e agir e que estabelecem relações interpessoais tendo como objetivo o alcance de uma compreensão sobre determinada situação, interagindo de forma a coordenar suas ações pela via do entendimento, remetendo-se a pretensões de validade criticáveis quanto à sua veracidade, correção normativa e autenticidade, relacionadas ao mundo objetivo dos fatos, ao mundo social das normas e ao mundo das experiências subjetivas (PINTO, 1995; HABERMAS, 2002).

Como ele afirma, o mundo da vida é entendido como o contexto em que "os

atores comunicativos situam e datam seus pronunciamentos em espaços sociais e tempos históricos" (PINTO, 1995, p. 81), sendo constituído por um saber implícito que não conhecemos pelo fato de o mesmo não ser problematizável, não atingindo o limiar dos pronunciamentos comunicativos que podem ser válidos ou não.

O mundo da vida, por sua vez, é dividido em três componentes estruturais: cultura, sociedade e pessoa. A cultura é o conhecimento acumulado que os atores utilizam para interpretar algo no mundo; a sociedade é compreendida por meio das ordens utilizadas pelos atores para regular suas ações, e a pessoa, entendida como as habilidades que tornam os atores capazes de falar e agir, compondo sua própria personalidade (PINTO, 1995; HABERMAS, 2002).

O sistema é um conceito que não se opõe ao mundo da vida, mas o complementa, sendo decorrente da racionalização deste, possibilitando a definição de estruturas societárias que asseguram a reprodução material e institucional da sociedade: a economia e o Estado. Constitui-se de dois subsistemas da sociedade que desenvolveram certos mecanismos autoreguladores: o dinheiro e o poder, sendo que no interior destes, a linguagem é secundária, "*predominando a ação instrumental/estratégica*" (FREITAG, 1995, p. 141).

A ação comunicativa e o mundo da vida estão intimamente relacionados. Para Habermas, a ação comunicativa reproduz as estruturas simbólicas do mundo da vida (cultura, sociedade, pessoa) e, sob o aspecto do entendimento mútuo, a ação comunicativa oportuniza a transmissão e a renovação do saber cultural, proporcionando a integração social e possibilitando a formação da personalidade individual, sendo que a reprodução do mundo da vida acontece por meio de ações dirigidas a fins em que os atores, em conjunto, modificam a realidade e alcançam seus objetivos (PINTO, 1995).

A sociedade é entendida simultaneamente como mundo da vida e sistema por Habermas sendo que a evolução social e a racionalização do mundo da vida implicaram em uma demanda crescente dos mecanismos linguísticos com vistas ao entendimento, gerando sobrecarga e espaços que foram sendo ocupados pelos mecanismos não linguísticos (dinheiro, poder, burocracia), que acabaram por coordenar as ações, sobrepondo os processos comunicativos e gerando o abandono dos mecanismos de entendimento mútuo (HAGINO, 2010).

Esta separação fez com que a interação social fosse desnecessária para

coordenar as ações e a atividade passou a ser, neste processo, dirigida a fins, caracterizada por Habermas como ação estratégica, na qual “o ator atinge um fim, e faz com que se produza o estado de coisas desejado, escolhendo, numa situação dada, os meios mais convenientes e aplicando-os de forma adequada” (GUTIERREZ; ALMEIDA, 2013, p. 156).

Como alternativa, Habermas propõe a descolonização do mundo da vida pelos sistemas, representado por mecanismos autorregulados (mercado e burocracia), possibilitando o retorno aos processos mediados linguisticamente para a construção de consensos e a emancipação social (HAGINO, 2010; VIZEU, 2003).

4.7.3 Resultados e Discussão

A triangulação dos dados empíricos obtidos por meio da pesquisa documental, aplicação de questionário, entrevista semiestruturada e observação direta possibilitou a caracterização do cenário e dos gestores municipais, a caracterização do processo de implantação da RUE nos 43 municípios pertencentes a 10ª e 20ª RS-PR, bem como a caracterização do processo de negociação no contexto das CIR 10ª e 20ª RS-PR, identificando os limites, desafios e potencialidades destes importantes e necessários espaços de cogestão.

O Cenário e os Gestores Municipais

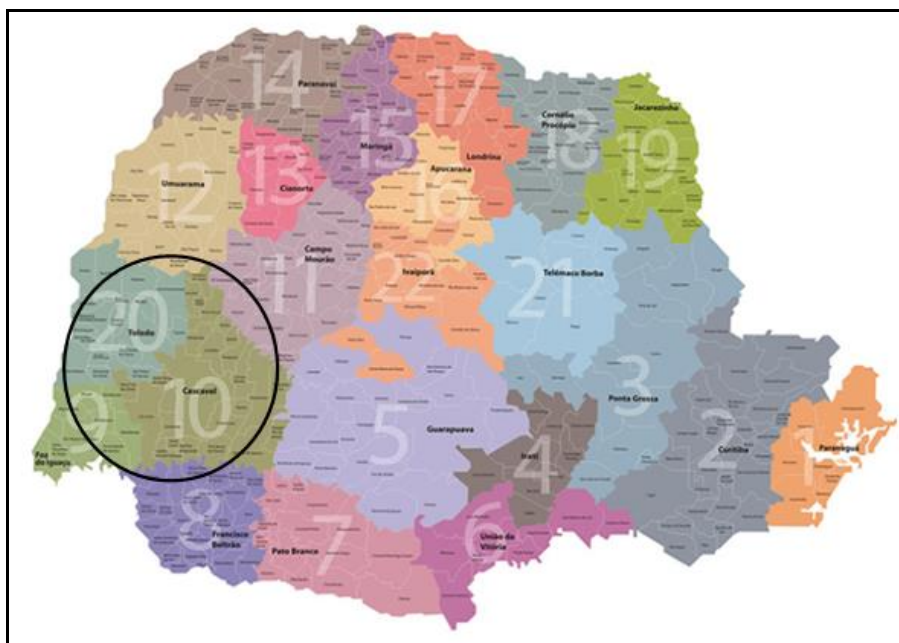
A Secretaria de Estado da Saúde do Paraná (SESA) é composta por vinte e duas Regionais de Saúde (RS), consideradas sedes administrativas descentralizadas, localizadas em cidades polo do Estado que concentram a maior parte dos serviços de média e alta complexidade de referência para os municípios para seu entorno (PARANÁ, 2016).

A 10ª e 20ª RS-PR localizam-se no extremo oeste do Paraná (Figura 11), integram a Macrorregião Oeste, possuem 43 municípios e uma população total estimada de 929.293 habitantes (25 municípios com 547.015 habitantes e 18 municípios com 382.278 habitantes respectivamente). A 10ª RS-PR tem como sede o município de Cascavel, com uma população de 319.608 habitantes (58,42% da

população total da 10ª RS-PR) e a 20ª RS-PR o município de Toledo com estimados 135.538 habitantes (35,45% da população total da 20ª RS-PR) (PARANÁ, 2016; IBGE, 2017).

Na 10ª RS-PR, observa-se que dos 25 municípios integrantes, 96% (n=24) possuem menos de 30 mil habitantes, sendo que destes, 58,3% (n=14) possuem menos de 10 mil habitantes Na 20ª RS-PR, dos 18 municípios, 77,8% (n=14) possuem menos de 30 mil habitantes, sendo que destes, 78,6% (n=11) possuem menos de 10 mil habitantes; como particularidade, apresenta 16,7% (n=3) dos municípios de porte intermediário com populações entre 30 e 60 mil habitantes (PARANÁ, 2016; IBGE, 2017).

Figura 11 - Localização da 10ª e 20ª RS-PR (2018).



Fonte: SESA/PR, 2017.

Em relação aos Secretários Municipais de Saúde, observa-se que na 10ª RS-PR, 60% (n=15) são mulheres, a maioria 60% (n=15) possui idade entre 40 e 49 anos e 92% (n=23) possuem ensino superior, destes, 65% (n=15) com pós-graduação. Todos residem nos municípios em que atuam, 60% (n=15) possuem vínculo empregatício por cargo comissionado e 40% (n=10) são servidores de carreira com vínculo estatutário; 80% (n=20) exercem o cargo pela primeira vez, 68% (n=17) não possuem outras experiências em gestão municipal de saúde; 20% (n=5) exercem atividades paralelas e 48% (n=12) não possuem formação específica e/ou cursos de capacitação na área de gestão em saúde.

Já na 20ª RS-PR, observa-se que 72,2% (n=13) são mulheres, 44,5% (n=8) possui idade entre 40 e 49 anos e 33,3% (n=6) entre 50 e 59 anos; 88,9% (n=16) possuem ensino superior e destes, 81,2% (n=13) pós-graduação. Todos residem nos municípios em que atuam, 33,3% (n=6) possuem vínculo empregatício por cargo comissionado e 66,7% (n=12) são servidores de carreira com vínculo estatutário; 72,2% (n=13) exercem o cargo pela primeira vez, 77,8% (n=14) não possuem outras experiências em gestão municipal de saúde; 16,7% (n=3) exercem atividades paralelas e 33,3% (n=6) não possuem formação específica e/ou cursos de capacitação na área de gestão em saúde.

Dentre todos os níveis de governo, os municípios são os que mais se aproximam da sociedade, apresentando relação direta com a população e seus anseios. Os Secretários Municipais de Saúde são mais exigidos em relação a execução da política de saúde sendo cada vez mais necessário que esta função seja exercida por pessoas que acumulem conhecimento e capacidade técnica (MARTINS; COSTA, 2013).

As duas Regionais de Saúde apresentaram um panorama de composição técnica para os Secretários Municipais de Saúde, sendo que uma parte importante destes são servidores de carreira nos municípios, o que demonstra um esvaziamento progressivo das questões político-partidárias na gestão do SUS (MARTINS; COSTA, 2013 *apud* CARVALHO et al., 2009).

Obviamente que se reconhecem como indissociáveis as dimensões política e técnica na atuação destes, o que torna o exercício desta função extremamente complexo (MACHADO; LIMA; BAPTISTA, 2011) e que, apesar de muitos possuírem vínculos estáveis com o sistema de saúde, acabam por assumir, enquanto gestores, uma agenda política produzida pelos prefeitos eleitos.

Outro aspecto a ser considerado diz respeito à predominância de mulheres na gestão municipal de saúde. Esta característica aponta a “*maior participação de mulheres como traço estrutural do setor de serviços de saúde*”, tendo sido evidenciada em outros estudos (CASTRO; CASTRO; VILAR, 2005, p. 08; GIRARDI, 1999).

Em ambas as RS-PR, os Secretários Municipais de Saúde destacam a importância da CIR enquanto espaço de discussão e construção de políticas regionais, afirmam participar com regularidade nas reuniões e se consideram atuantes nos debates. Utilizam como principais mecanismos disparadores de

discussões o encaminhamento de documento formal solicitando pauta em reunião e a articulação com demais Secretários para que o problema venha à tona e seja discutido.

O Processo de Implantação da RUE

A formulação e implantação de uma política de saúde, a despeito das diretrizes estabelecidas para um planejamento ascendente e integrado, orientado pelas necessidades de saúde da população, permanece vinculada a definição de critérios de financiamento com forte indução central, restando aos estados e municípios a elaboração das diretrizes para a implantação de ações e serviços (SILVA et al. 2014; SOUZA, 2016).

Em relação à Política de Atenção às Urgências, observa-se que as normas jurídicas que propõe sua organização e financiamento, tem origem no ano de 2002 sendo, a partir de então, editadas inúmeras portarias ministeriais com o objetivo de instituir e normatizar a implantação e execução da política no país.

Identifica-se um aumento expressivo de normas a partir de 2011, o que pode estar relacionado com a publicação do Decreto nº 7.508/2011, que regulamentou aspectos da Lei nº 8.080/1990, dispendo sobre “*a organização do SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde*” e sobre a necessária articulação interfederativa para o alcance dos objetivos definidos (BRASIL, 2011a, s.p.; DOMINGOS et al., 2016).

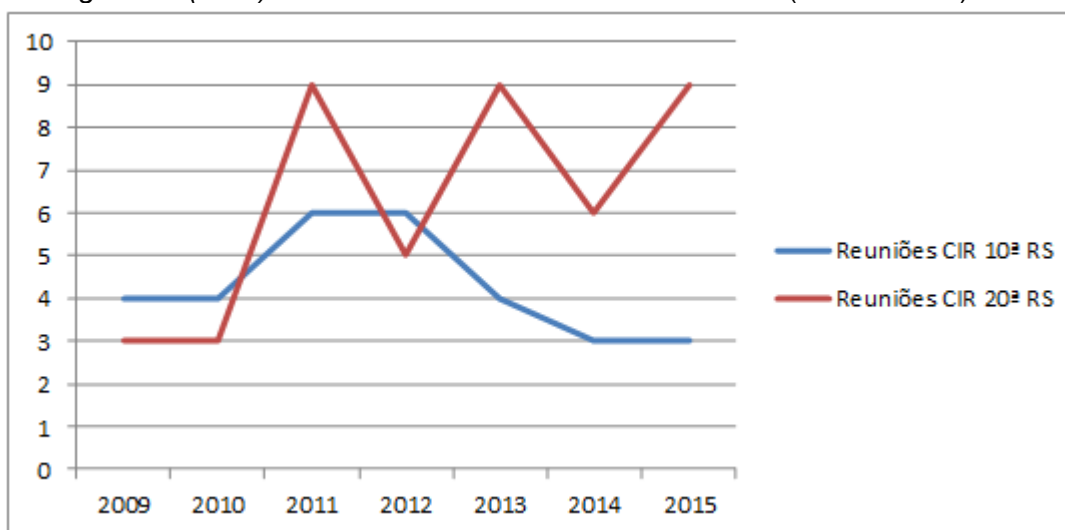
O processo de implantação da RUE na 10ª e 20ª RS-PR teve início no município de Cascavel ainda no ano de 2006 com a implantação da Central de Regulação Médica de Urgências e do SAMU 192 de abrangência municipal, sendo que, após a aprovação da Deliberação CIB/PR nº 30/2009, a ampliação da RUE no Paraná passa a ser discutida, propondo-se a reorganização e a ampliação do serviço para todo o Estado (PARANÁ, 2009).

A elaboração da proposta considerou, entre outros, as exigências estabelecidas pela Portaria GM/MS nº 2.048 de 2002 que aprovou, à época, o Regulamento Técnico dos Sistemas Estaduais de Urgência e Emergência, e pela Portaria GM/MS nº 1.864 de 2003 que instituiu o SAMU 192, as Centrais de Regulação Médica de Urgências e os Comitês Gestores do Sistema de Atenção às

Urgências.

Observa-se, a partir das atas de reuniões, que após o ano de 2009, o tema se tornou recorrente na CIR da 10ª e 20ª RS-PR, com uma ampliação das discussões relacionadas ao processo de implantação de ações e serviços no ano de 2010 e a manutenção do tema em caráter permanente ao longo dos demais anos, com menor ênfase na CIR 10ª RS-PR.

Gráfico 06 - Recorrência de discussões relacionadas ao tema 'Rede de Atenção às Urgências (RUE)' nas reuniões da CIR 10ª e 20ª RS-PR (2009 a 2015).

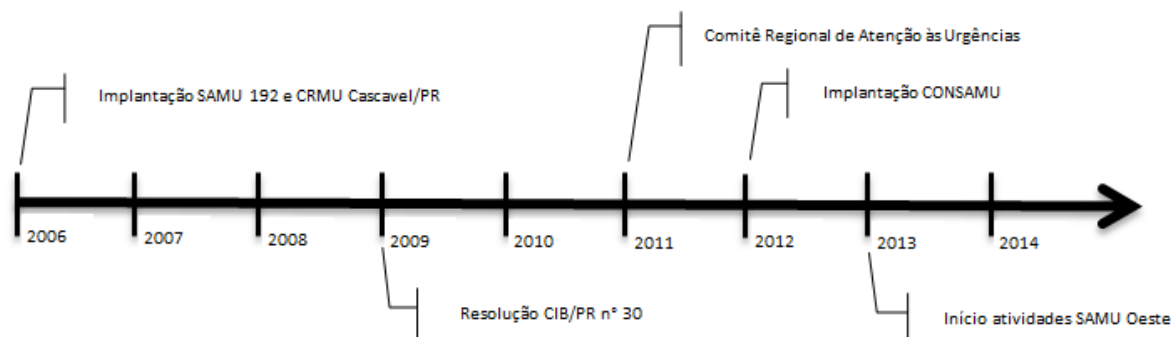


Fonte: CIR 10ª e 20ª RS-PR, 2017.

A implantação das RAS tem como grande objetivo prover ações e serviços de saúde em todos os seus níveis de complexidade, alcançando principalmente aqueles municípios que apresentam insuficiência estrutural decorrente de seu porte e capacidade instalada. Neste sentido, a ampliação do debate acerca da implantação da RUE observada na CIR 20ª RS-PR pode estar relacionada ao interesse dos Secretários Municipais de Saúde neste modelo de organização uma vez que todos os serviços de alta complexidade para o SUS estão vinculados a 10ª RS-PR, caracterizando uma relação de dependência importante.

A efetiva implantação da RUE para os 43 municípios vinculados à 10ª e 20ª RS-PR concretizou-se após quatro anos da Deliberação CIB/PR nº 30/2009, destacando-se ao longo deste processo dois marcos que influenciaram significativamente o processo: A implantação do Comitê Regional de Atenção às Urgências do Oeste do Paraná e do Consórcio Intermunicipal SAMU Oeste (Figura 12).

Figura 12 - Linha do tempo com identificação dos principais marcos para a implantação da RUE na 10ª e 20ª RS-PR.



Fonte: Composição do Autor.

Apesar de se observarem discussões permanentes nas CIR da 10ª e 20ª RS-PR acerca do processo de implantação da Central de Regulação Médica de Urgências e do SAMU 192 Regional, destaca-se que após a implantação do Comitê Regional de Atenção às Urgências do Oeste do Paraná em setembro de 2011, o desenho da rede e as principais discussões relacionadas ao processo de implantação dos serviços foram discutidos nesta instância, cabendo à CIR 10ª e 20ª RS-PR eminentemente o papel de validação do processo.

A implantação de um consórcio intermunicipal específico para a rede de urgências que abrangesse os 43 municípios da 10ª e 20ª RS-PR foi o caminho discutido superficialmente pelos Secretários Municipais de Saúde e acolhido pelos prefeitos da época, sendo exigida intensa articulação política, capitaneada pelos Diretores da 10ª e 20ª RS-PR para a sua implantação. Foram necessárias inúmeras reuniões de trabalho, destacando-se o protagonismo dos Secretários de Saúde dos municípios sede das duas RS-PR (Cascavel e Toledo), seus Diretores e Presidentes de CRESEMS.

Implantado em junho de 2012, por meio da assinatura de Protocolo de Intenções, o CONSAMU passa a executar as ações e serviços relacionados à Política de Atenção às Urgências nos municípios consorciados trazendo para a arena de debates os 43 prefeitos dos municípios signatários que são, segundo o exposto no artigo 241 da Constituição Federal, na Lei nº 11.107/05, regulamentada pelo Decreto nº 6.017/07, os representantes legais (BRASIL, 1988; 2005; 2007).

Este fato gerou um distanciamento ainda maior dos Secretários Municipais de Saúde do processo de implantação dos serviços uma vez que a maior parte das discussões passou a ser realizada entre o Comitê Regional de Atenção às Urgências do Oeste do Paraná e a Diretoria Executiva do CONSAMU, sendo posteriormente aprovada em Assembleia Geral e validada na CIR da 10ª e 20ª RS-PR.

Apesar de os registros escritos não apresentarem suficiente detalhamento, observa-se que o processo de implantação da RUE para a região afastou do processo decisório os Secretários Municipais de Saúde uma vez que a proposta de rede apresentada pela Secretaria de Estado da Saúde acabou sendo concretizada por meio da condução do Comitê Regional de Atenção às Urgências do Oeste do Paraná, presidido pela Direção da 10ª RS-PR.

Identifica-se, neste contexto, uma predominância da ação estratégica que, segundo Habermas em sua TAC, faz com que o ator atinja um fim “*e faz com que se produza o estado de coisas desejado, escolhendo, numa situação dada, os meios mais convenientes e aplicando-os de forma adequada (...)*”, contrapondo-se às ações comunicativas que são necessariamente dependes da “*construção de consensos com o propósito de chegar a um acordo que sirva de base a uma coordenação combinada dos planos de ação individuais*” (GUTIERREZ; AMEIDA, 2013, p. 155, 156).

Processo de Negociação da RUE

A CIR da 10ª e da 20ª RS-PR funcionam de forma independente, possuem reuniões regulares, definidas por calendário aprovado no início do ano e mantém composição não paritária, contando com a presença dos Secretários Municipais de Saúde, Diretores e Técnicos das RS-PR bem como de Apoiadores do Conselho de Secretarias Municipais de Saúde do Paraná (COSEMS) sem, no entanto, contar com participação social.

As CIR 10ª e 20ª RS-PR estão estabelecidas enquanto espaço institucional deliberativo com potencial de interferir nas políticas regionais; possuem Regimento Interno, não registrado e desconhecido pela ampla maioria. A pauta é definida pela Direção das RS-PR e, na maioria das vezes se apresenta com características de

informes gerais de ações e projetos específicos, com poucos temas para deliberação e espaço reduzido para discussões acerca dos problemas regionais bem como do necessário monitoramento e avaliação das RAS implantadas e em funcionamento.

Observa-se que, a despeito da realização de reuniões regulares, a formulação e condução das discussões resultaram em poucos avanços em relação ao fortalecimento das RAS, permanecendo como um espaço burocrático e com pautas induzidas por políticas nacionais e estaduais. As reuniões, muitas vezes prejudicadas por atrasos e ausências, não garantiam a atenção dos participantes para pautas de interesses coletivos e de abrangência regional.

Em ambas as CIR, a condução das reuniões se deu pelos Diretores de RS-PR sendo que, os Secretários Municipais de Saúde, sentados em plenária, acompanhavam a pauta e se manifestavam, quando de interesse, sendo observada uma forte indução para a garantia de aprovação de pautas prioritárias da gestão estadual, prevalecendo uma racionalidade estratégica, característica “*dos atores no interior dos subsistemas dirigidos pelos meios poder e moeda*” (GUTIERREZ; AMEIDA, 2013, p. 156), presentes no âmbito das organizações formais da sociedade moderna.

Fica evidenciada a relação de poder estabelecida entre os municípios e o ente estadual em relação aos processos decisórios, principalmente em relação aos municípios sede de RS-PR. Os representantes do Estado, na maioria das vezes não incorporavam as necessidades e expectativas dos municípios e das regiões de saúde, o que resultava em conflitos entre estes e cooptação na relação estado-municípios.

Observa-se, de acordo com Gutierrez e Almeida (2013), um empobrecimento da ética e da construção de consensos dentro do sistema, caracterizando-se como ação estratégica uma vez que a ação comunicativa se relaciona a atos de fala “*aos quais os falantes vinculam pretensões de validade susceptíveis de críticas*”.

Tais pretensões de validade são definidas por Habermas como “*o estabelecimento e renovação de relações interpessoais, nas quais o falante faz referência a algo pertencente ao mundo das ordens legítimas*” a “*exposição, ou a pressuposição, de estados e acontecimentos, nos quais o falante faz referência ao mundo de estados de coisas existentes*” e a “*apresentação que o sujeito faz de si mesmo, na que o falante faz referência a algo pertencente ao seu mundo subjetivo,*

ao que ele tem acesso privilegiado” (GUTIERREZ; AMEIDA, 2013, p. 155, 156).

A materialização da RUE se dá considerando-se a organização de todos os pontos de atenção, sendo observado na região oeste uma extrema polarização dos hospitais de média e alta complexidade nos municípios sede de RS-PR que, neste caso em específico, não possuem comando único pela gestão municipal, haja vista estarem sob gestão da Secretaria Estadual de Saúde.

A grade de referência com os fluxos necessários ao atendimento das situações de urgência, definida pelo Comitê Regional de Atenção às Urgências do Oeste do Paraná e CONSAMU, é apresentada pelo Estado para ser aprovada na CIR a partir de serviços já existentes, comprometendo a capacidade instalada dos municípios sede, gerando atrito entre estes e os demais municípios e o estado, sendo validada como única alternativa existente.

Os consórcios intermunicipais ocupam cada vez mais espaço na organização do cuidado em saúde, definindo muitas vezes as regras a serem seguidas pelos Secretários Municipais de Saúde, sobrepondo as funções da gestão municipal, sendo nítida a indefinição de papéis e de responsabilidades entre as esferas de governo e instâncias existentes na região, principalmente de prestadores de serviços privados vinculados ao SUS que definem as regras do jogo que acabam por ser aceitas e validadas pelos colegiados de gestão.

Tal fato pode ser observado nas propostas de revisão das sedes de Unidades Móveis do SAMU 192 onde, a partir de projeto elaborado pelo próprio CONSAMU e validado em reunião de Prefeitos, são apresentadas alterações na rede sem que o debate prévio tenha ocorrido nas CIR. Outro aspecto importante diz respeito ao não atendimento das habilitações existentes pela rede hospitalar em relação às portas de entrada das urgências e emergências por definição unilateral (prestador), sendo que estas passam a ser aceitas sem amplo debate.

Em relação aos temas específicos da RUE, estes se fizeram presentes em discussões da CIR 10ª e da 20ª RS-PR entre os anos de 2009 e 2016 com foco nas questões relacionadas ao financiamento, infraestrutura, ampliação das ações, monitoramento e avaliação e capacitação de recursos humanos (Tabela 25).

Entre os anos de 2009 e 2013, destacam-se as discussões relacionadas ao financiamento, infraestrutura e ampliação das ações, questões centrais para a implantação da RUE. A capacitação de recursos humanos surge de forma menos intensa no debate, porém não menos importante no processo de estruturação dos

serviços. Após a implantação da RUE, mantém-se o debate sobre o financiamento, infraestrutura, ampliação das ações e capacitação de recursos humanos e iniciam-se as discussões, de forma tímida, relacionadas ao monitoramento e avaliação.

Tabela 25 – Recorrência de temas discutidos em reuniões da CIR 10ª e 20ª RS-PR em relação à RUE (2009 a 2016).

Ano	Financiamento		Infraestrutura		Ampliação Ações		M & A		Capacitação RH	
	10ª RS	20ª RS	10ª RS	20ª RS	10ª RS	20ª RS	10ª RS	20ª RS	10ª RS	20ª RS
2009	-	-	01	01	02	02	-	-	01	02
2010	01	01	01	03	-	-	-	-	02	02
2011	02	04	04	02	05	04	-	-	-	01
2012	03	04	04	04	02	01	-	-	-	-
2013	01	07	04	06	02	04	-	-	-	01
2014	-	02	02	07	-	02	01	01	-	-
2015	-	06	01	07	02	01	02	-	-	02
2016	01	02	02	03	03	03	01	01	01	01
Total	08	26	19	33	16	17	04	02	04	09

Fonte: CIR 10ª e 20ª RS-PR.

Todos os temas, com exceção do monitoramento e avaliação, são mais recorrentes e constantes na CIR 20ª RS-PR mas todas as discussões são, de certa forma, induzidas pela agenda federal por meio da edição de portarias instituidoras da Política da Atenção às Urgências e complementares a estas entre os anos de 2002 e 2015 com crescimento em 2009, pico em 2011 e decréscimo a partir de 2014. Destacam-se entre os temas tratados nas portarias ministeriais o financiamento em 82,86% das normas; a infraestrutura aparece citada em 42,86%; a ampliação das ações em 74,29%; o monitoramento e avaliação em 22,86% e a capacitação dos recursos humanos em 20% destas (BRASIL, 2017).

Não são identificados mecanismos de governança sistêmica da RUE com o objetivo de favorecer a articulação interfederativa, a formulação de políticas, o processo decisório, a pactuação de recursos, o dimensionamento do quadro de trabalhadores, o monitoramento e avaliação de desempenho da rede, incluindo a definição de instrumentos e mecanismos de participação e controle social.

De maneira geral, observa-se que as discussões em relação à RUE permanecem induzidas pela necessidade de aprovação em CIR de pontos específicos da política sem, no entanto, refletir as necessidades em saúde da região. Durante o período de observação, constatou-se que os temas apresentados em

reunião foram pautados pelas RS-PR, a partir de discussões realizadas no Comitê Regional de Atenção às Urgências do Oeste do Paraná e no CONSAMU, sendo convalidadas pelas CIR por meio de ato formal.

Do contexto à necessidade para a cogestão da RUE

A articulação interfederativa, materializada nas CIR, apresenta-se como importante estratégia para o alcance da integralidade do cuidado, principalmente quando consideradas as diferenças existentes entre os municípios brasileiros em relação ao seu porte e capacidade técnica e operacional para execução das ações e serviços de saúde em todos os níveis de complexidade (BRASIL, 2011a; MACHADO, 2007; MACHADO et al., 2011).

Inúmeras questões impactam na configuração e gestão das RAS, com destaque para a baixa capacidade de gestão dos entes municipais; a indefinição de papéis nos colegiados intergestores; as relações de poder existentes entre municípios e entre municípios e estado; a insegurança jurídica para as decisões emanadas e a deficiência na proposição do financiamento de ações e serviços no âmbito intermunicipal (KEHRIG et al., 2015; VIANA et al., 2014; MAGALHÃES JUNIOR, 2014).

Observa-se, com base na caracterização do processo de implantação da RUE e do processo de negociação estabelecidos que, tanto na CIR da 10ª quanto da 20ª RS-PR, a implantação da rede se deu a partir de uma proposta aprovada na CIB-PR, cabendo aos Diretores de Regionais de Saúde o papel de articular junto aos municípios os dispositivos necessários à sua execução. As relações de subordinação presentes entre o ente estadual e os municípios, a baixa capacidade de discussão e a fragilidade dos dispositivos de pactuação, monitoramento e avaliação permitiram que boa parte do processo de implantação da rede ocorresse de forma paralela as duas CIR, cabendo a estas o processo de validação formal das decisões tomadas em outro espaço.

O planejamento descendente e com forte indução central, condicionado ao aporte de recursos financeiros, acabou por determinar a pauta de reuniões nas CIR 10ª e 20ª RS-PR, comprometendo a autonomia dos municípios na proposição de alternativas para o enfrentamento dos problemas identificados, o que conferiu aos

Secretários Municipais de Saúde o papel de executores de políticas, fragilizando seu papel propositivo e, conseqüentemente, de apropriação de dispositivos para a governança da rede.

Os Comitês Gestores de políticas são importantes ferramentas de apoio as CIR, mas observa-se que na 10ª e 20ª RS-PR o Comitê Regional de Atenção às Urgências do Oeste do Paraná adquiriu caráter propositivo e deliberativo sobre a Política de Atenção às Urgências, assumindo de forma autônoma a condução do processo, cabendo aos gestores o cumprimento do plano de trabalho apresentado. Esta situação tornou-se ainda mais complexa pelo fato de envolver prestadores privados enquanto membros do Comitê na discussão e proposição da grade assistencial bem como das responsabilidades dos diferentes pontos de atenção, demonstrando conflito de interesses.

Outro aspecto a ser destacado diz respeito à participação do CONSAMU na organização do processo, tanto enquanto integrante permanente no papel de secretário do Comitê Regional de Atenção às Urgências do Oeste do Paraná como no processo de pactuação com os prefeitos por meio das assembleias ordinárias e extraordinárias em que questões como financiamento, modelo de contratação e ampliação das ações eram definidas, sendo posteriormente encaminhadas para validação pelas CIR 10ª e 20ª RS-PR.

A participação dos prestadores públicos e privados, incluindo aqui os Consórcios Intermunicipais de Saúde, deve se dar de forma a aprimorar as discussões uma vez estabelecidas as relações de interdependência, garantindo-se espaços democráticos para a definição de aspectos fundamentais para a organização do cuidado sem, no entanto, transferir a estes a responsabilidade pela proposição e deliberação de suas responsabilidades (LIMA, 2000).

A ideia de cogestão deve promover a negociação entre os entes federados para a articulação dos diferentes pontos de atenção, demandando a definição clara das responsabilidades e atribuições de cada um e o desenvolvimento de uma cultura que permita à atuação sistêmica na identificação e na solução de problemas, em contraponto à atuação individual dos municípios.

A organização do trabalho em redes demanda a definição de canais de comunicação que possibilitem o estabelecimento de objetivos comuns e a mediação do processo decisório, reduzindo atritos e conflitos. A necessária articulação e a solidariedade devem emergir dos processos de interação dos diferentes atores,

estimuladas por um modelo de gestão participativo, que considere, entre outros, a existência de diferentes contextos e necessidade (FLEURY; OUVENEY, 2007).

Para Habermas, a ação de diferentes atores pode ser coordenada permitindo que as ações de um possam ser ligadas as ações do outro por meio da ação comunicativa em que *“a força consensual dos processos linguísticos de se obter entendimento, ou seja, as energias vinculativas da própria linguagem - torna-se eficaz para a coordenação de ações”* (HABERMAS, 2002, p.110).

A linguagem, quando utilizada apenas como meio de transmissão de informação com vistas a um fim é tida como ação estratégica, sendo seu efeito coordenador dependente da influência exercida pelos atores em interação, não somente sobre a ação, mas sobre o outro. Já na ação comunicativa, busca-se a integração social e a construção de consensos, pressupondo a existência de pretensões de validade mutuamente reconhecidas. Neste processo, os atores buscam ajustar de forma cooperada os seus planos, dentro do *“horizonte de um mundo da vida partilhado e com base em interpretações comuns de situação”* (LIMA, RIVERA, 2009, p. 334).

O conceito de sistema não se opõe ao mundo da vida, mas o complementa, sendo decorrente da racionalização deste, possibilitando a definição de estruturas societárias que asseguram a reprodução material e institucional da sociedade: a economia e o Estado. Constitui-se de dois subsistemas da sociedade que desenvolveram certos mecanismos autoreguladores: o dinheiro e o poder, sendo que no interior destes, a linguagem é secundária, *“predominando a ação instrumental/estratégica”* (FREITAG, 1995, p. 141).

A imbricada teia que constitui a RUE envolve não só o Estado enquanto regulador de políticas, mas principalmente a transferência de recursos financeiros para prestadores públicos e privados que assumem protagonismo na materialização da rede, sendo que a *“maximização de moeda e a maximização de poder como os meios através dos quais o agente da ação social”* atua no interior do sistema, permite o empobrecimento da comunicação (GUTIERREZ; AMEIDA, 2013, p. 157).

Nesta perspectiva, o agir comunicativo *“impele os indivíduos a abandonarem o egocentrismo de um cálculo orientado exclusivamente para o seu próprio sucesso”*, distinguindo-se do agir estratégico por uma racionalidade que se

manifesta nas condições para um consenso obtido comunicativamente (ARAGÃO, 1992).

Deve-se agir baseado na busca do entendimento, possibilitando a produção de consensos, linguisticamente fundamentados, que possam motivar as ações e promover a emancipação, buscando uma solução por meio da interação dialógica baseada em argumentos. Para Habermas, a ação comunicativa acontece com a interação de sujeitos capazes de falar e agir e que “*estabelecem relações interpessoais com o objetivo de alcançar uma compreensão sobre a situação em que ocorre a interação e sobre os respectivos planos de ação com vistas a coordenar suas ações pela via do entendimento*” (PINTO, 1995, p. 80). Neste processo, os participantes não estão orientados para seu sucesso individual, mas buscam alcançar seus objetivos por meio do alcance de planos comuns.

Para que isto ocorra, torna-se fundamental o empoderamento dos Secretários Municipais de Saúde, não só em relação à formação em gestão em saúde, mas principalmente na sua autonomia frente ao gestor municipal (prefeitos) para a tomada de decisões, considerando-se as necessidades em saúde e a articulação intermunicipal para a garantia do cuidado integral. Ao Estado, compete promover espaços que possibilitem ampla negociação a partir das políticas estabelecidas pela esfera federal – normalmente com incremento financeiro, permitindo, a partir das necessidades e objetivos individuais, a construção de um diálogo que possibilite o estabelecimento de diretrizes comuns para sua superação.

A estrutura, ainda formalista e burocrática das CIR 10ª e 20ª RS-PR não possibilita a interação necessária entre os Secretários Municipais de Saúde para a definição de horizontes comuns o que acaba por reduzir este espaço a um lugar para o alcance de objetivos individuais que, quando não atendidos, levam ao seu esvaziamento e a pouca efetividade nas discussões. Tudo isto ainda é agravado pelo fato de existirem objetivos maiores (Estado), nem sempre partilhados, mas que devem ser postos em ação.

4.7.4 Considerações Finais

O Sistema de Saúde brasileiro, ainda em construção, impõe constantes desafios aos gestores de saúde, principalmente quando avaliamos sob a ótica da

oferta de ações e serviços de saúde, as iniquidades geradas pela insuficiência no financiamento que comprometem o acesso oportuno da população. Atrelada a esta discussão, destaca-se a ineficiência da gestão e do gasto em saúde e a má distribuição dos pontos de atenção em um país tão desigual.

A proposição e a constituição de redes de atenção se apresentam como importante possibilidade de enfrentamento dos problemas identificados, mas traz consigo, um conjunto enorme de questões a serem superadas, com ênfase na definição de um arcabouço jurídico-legal que viabilize redes de cuidados interfederativas, seu financiamento e gestão, que passa a não ter mais comando único e se torna dependente de consensos entre os demais entes e atores envolvidos.

As Comissões Intergestores, principalmente as de âmbito regional, passam a assumir um papel cada vez mais relevante na organização regional das políticas de saúde, o que implica não só o estabelecimento de uma relação solidária, mas fundamentalmente a disposição de se construir consensos a partir de uma realidade comum. Este é o grande desafio apresentado uma vez que, de acordo com os resultados obtidos, a CIR 10ª e CIR 20ª RS-PR ainda se constituem em instâncias intermediárias regionais de discussão com pouco papel deliberativo e propositivo na construção, implantação e governança da RUE.

A conformação da RUE envolveu múltiplos atores que estabeleceram diferentes interfaces hierárquicas no processo decisório, sob a regência do ente estadual, representado pelas Direções das RS-PR que, a partir do estabelecimento de um desenho inicial, envidaram esforços e dispositivos para sua efetivação, correndo muitas vezes de forma paralela ao colegiado de gestão e trazendo para a arena atores com poder de influenciar o debate de políticas setoriais e a distribuição dos escassos recursos.

Neste cenário, a contribuição de Habermas se dá justamente na possibilidade de atores sociais construírem, a partir de suas realidades e expectativas, um horizonte comum, pautado na solidariedade e no trabalho coletivo sem que isto implique em abrir mão dos próprios objetivos. Neste contexto, a comunicação passaria a ser importante ferramenta, não mais de dominação, mas sim de entendimento para a construção da governança solidária e cooperativa da RUE.

4.7.5 Referências

ARAGÃO, L. M. C. Razão Comunicativa e teoria social crítica em Jürgen Habermas. Rio de Janeiro. Tempo Brasileiro, 1992.

ARTMANN, E. Interdisciplinaridade no enfoque intersubjetivo habermasiano: reflexões sobre planejamento e AIDS. *Ciência & Saúde Coletiva*, 6(1):183-195, 2001. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232001000100015&script=sci_abstract&tlng=pt. Acesso em jul. 2018.

BRASIL. Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília: Senado Federal, 1988. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm. Acesso em 12 set. 2015.

_____. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 2.048, de 05 de novembro de 2002. Estabelece o Regulamento Técnico dos Sistemas Estaduais de Urgência e Emergência. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt2048_05_11_2002.html. Acesso em jan. 2018.

_____. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS 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. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2003/prt1864_29_09_2003.html. Acesso em jan. 2018.

_____. República Federativa [do] Brasil. Lei nº 11.107, de 6 de abril de 2005. Dispõe sobre normas gerais de contratação de consórcios públicos e dá outras providências. publicado no D.O.U. de 7.4.2005. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2005/lei/l11107.htm. Acesso em mai. 2018.

_____. República Federativa [do] Brasil. Decreto nº 6.017, de 17 de janeiro de 2007. Regulamenta a Lei no 11.107, de 6 de abril de 2005, que dispõe sobre normas gerais de contratação de consórcios públicos. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2007-2010/2007/Decreto/D6017.htm. Acesso em mai. 2018.

_____. Decreto n. 7.508, 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 (a). Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/decreto/d7508.htm. Acesso em: jan. 2017.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde (SAS). Departamento de Atenção Hospitalar e Urgência (DAHU). Coordenação Geral de Urgência e Emergência (CGUE). Disponível em: <http://portalms.saude.gov.br/sas/>

departamentos. Acesso em set. 2017.

CARVALHO, B. R. Coordenação de Unidade da Atenção Básica no SUS: Trabalho, interação e conflitos. Programa de Pós-Graduação em Gerenciamento em Enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, São Paulo: 2012.

CASTRO, J. L.; CASTRO, J. L.; VILAR, R. L. A. Quem são os Gestores Municipais de Saúde no Rio Grande do Norte? Um estudo sobre o perfil. Universidade Federal do Rio Grande do Norte. Núcleo de Estudos em Saúde Coletiva Observatório RH NESC/UFRN, 2005. Disponível em: http://www.observarh.org.br/observarh/repertorio/Repertorio_ObservaRH/NESC-RN/Quem_sao_%20gestores_RN.pdf. Acesso em jun. 2018.

DOMINGOS, C. M.; NUNES, E. F. P.; CARVALHO, B. G.; MENDONÇA, F. F. A. Legislação da atenção básica do Sistema Único de Saúde: uma análise documental. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 32(3):e00181314, mar, 2016. Disponível em <http://www.scielosp.org/pdf/csp/v32n3/0102-311X-csp-32-03-e00181314.pdf>. Acesso em ago. 2017.

FLEURY, S; OUVENEY, A. M. Gestão de Redes: A estratégia de regionalização da política de saúde. Rio de Janeiro: FGV, 2007.

FREITAG, B. Habermas e a teoria da modernidade. Cad. CRH , Salvador, n.22. p. 138-163, jan/jun. 1995. Disponível em: <https://portalseer.ufba.br/index.php/crh/article/viewFile/18781/12151>. Acesso em jul. 2018.

GIRARDI, S. N. Aspectos do(s) mercado(s) de trabalho em saúde no Brasil: estrutura, dinâmica, conexões. In: SANTANA, J. P.; CASTRO, J. L. (org.) Capacitação em desenvolvimento de recursos humanos em saúde – CADRHU. Natal: EDUFRN, 1999.

GUTIERREZ, L. G.; ALMEIDA, M. A. B. Teoria da Ação Comunicativa (Habermas): estrutura, fundamentos e implicações do modelo. Veritas Porto Alegre v. 58 n. 1 jan./abr. Disponível em: <http://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/veritas/article/view/8691/9031>. Acesso em set. 2018.

HABERMAS, J. Racionalidade e comunicação. Lisboa: Edições 70, 2002.

HAGINO, C. H. M. S. Democracia e participação no espaço público: uma análise da teoria de Habermas sobre o conselho municipal de política urbana de niterói e as conferências das cidades. 2010. Disponível em: http://www.publicadireito.com.br/conpedi/manaus/arquivos/anais/salvador/cora_hisae_monteiro_da_silva_hagino.pdf. Acesso em mar. 2018.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br>. Acesso em mar. 2017.

KEHRIG, R. T.; SOUZA, E. S.; SCATENA, J. H .G. Institucionalidade e governança da regionalização da saúde: o caso da região Sul MatoGrossense à luz das atas do

colegiado de gestão. Saúde debate; 39(107): 948961, out.dez. 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/sdeb/v39n107/0103-1104-sdeb-39-107-00948.pdf>. Acesso em set. 2017. Acesso set. 2017.

LIMA, A. P. G. Os Consórcios Intermunicipais de Saúde e o Sistema Único de Saúde. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 16(4):985-996, out-dez, 2000. Disponível em: <https://www.scielo.org/article/csp/2000.v16n4/985-996/>. Acesso em jul. 2018.

LIMA, M. C.; RIVERA, F. J. U. Agir comunicativo, redes de conversação e coordenação em serviços de saúde: uma perspectiva teóricometodológica. Interface - Comunic., Saude, Educ., v.13, n.31, p.329-42, out./dez. 2009. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-32832009000400008&script=sci_abstr act&tlng=pt. Acesso em jan. 2018.

MACHADO, C. V. Direito universal, política nacional: o papel do Ministério da Saúde na política de saúde brasileira de 1990 a 2002. Rio de Janeiro: Ed. do Museu da República, 2007.

MACHADO, C. V.; BAPTISTA, T. W. F.; NOGUEIRA C. O. Políticas de saúde no Brasil nos anos 2000: a agenda federal de prioridades. Cad Saúde Pública 2011; 27: 521-32. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?Script=sci_arttext&pid=S0102-311X2011000300012. Acesso em jun. 2017.

MACHADO, C. V.; LIMA, L. D.; BAPTISTA, T. W. F. Princípios organizativos e instâncias de gestão do SUS. In: GONDIM, R. (Org.) Qualificação de Gestores do SUS. (caderno de textos) 2. Ed. Ver. Ampl., Rio de Janeiro (RJ): EAD/ENSP, 2011.

MAGALHÃES JUNIOR, H. M. Redes de Atenção à Saúde: rumo à integralidade. Divulg. saúde debate;(52): 177189, out. 2014. Disponível em: <http://cebes.org.br/site/wp-content/uploads/2014/12/Divulgacao-52.pdf>. Acesso em set. 2017.

MARTINS, M. D.; COSTA, C. F. Gestão por Competências: O Perfil dos Secretários Municipais de Saúde do Estado do Rio Grande do Sul. IV Encontro de Gestão de Pessoas e Relações de Trabalho. Brasília – DF, 2013. Disponível em: <http://www.anpad.org.br/admin/pdf/EnGPR130.pdf>. Acesso em jun. 2018.

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

MENDONÇA, F. F. Grupos de educação em saúde como espaço de construção de corresponsabilidades : um estudo de caso / Fernanda de Freitas Mendonça. – Londrina, 2012. 162 f. : il.

MINAYO, M. C. S. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 14ª ed. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: ABRASCO, 2014.

PARANÁ. Comissão Intergestores Bipartite. Deliberação nº 30 de 25 de março de 2009. Aprova Rede de Atenção Integral às Urgências do Estado do Paraná.

Disponível em: <http://www.saude.pr.gov.br/arquivos/File/CIB/DEL2009/ DEL030.pdf>. Acesso em 2018.

_____. Secretaria de Estado da Saúde. Plano Estadual de Saúde Paraná 2016-2019 – Curitiba: SESA, 2016.

PINTO, J. M. R. A teoria da ação comunicativa de Jürgen Habermas: conceitos básicos e possibilidades de aplicação à administração escolar. Paidéia, FFCLRP-ESP, Rib. Preto, Fev/Ago 95.

SILVA, S. F.; SOUZA, N. M.; BARRETO, J. O. M. Fronteiras da autonomia da gestão local de saúde: inovação, criatividade e tomada de decisão informada por evidências. *Ciência & Saúde Coletiva*, 19(11):4427-4438, 2014. Disponível em: <https://www.scielo.org/pdf/csc/2014.v19n11/4427-4438/pt>. Acesso em mar. 2018.

SOUZA, C. Governos e sociedades locais em contextos de desigualdade e de descentralização. *Ciência e Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 7, n. 3, p. 431-441, 2002.

VIANA, L. B. F.; BRITO, R. L.; SANTOS, F. P. Financiamento e governança em saúde: um ensaio a partir do cotidiano. *Divulg. saúde debate*;(52): 177189, out. 2014. Disponível em: <http://cebes.org.br/site/wp-content/uploads/2014/12/Divulgacao-52.pdf>. Acesso em set. 2017.

VIZEU, F. Algumas contribuições da teoria da ação comunicativa para a área de organizações autoritárias. ANPAD, 2003. Disponível em: <http://www.anpad.org.br/admin/pdf/enanpad2003-teo-0106.pdf>. Acesso em jul. 2018.

YIN, R. K. Estudo de Caso: Planejamento e métodos. 2 ed. Porto Alegre: Bookman, 2001.

CONSIDERAÇÕES FINAIS E CONCLUSÕES

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS E CONCLUSÕES

São inegáveis os avanços observados no processo de descentralização do SUS e na construção de sua institucionalidade, envolvendo as instâncias de negociação e decisão, conselhos de representação e conselhos populares. Ocorre que, a despeito do estabelecimento dos dispositivos legais para a efetivação destes espaços como fundamentais para o processo de definição das prioridades e na proposição de ações e serviços de saúde, existem inúmeras questões que interferem nesta dinâmica e promovem constante desarticulação.

Quando avaliamos a dinâmica de construção e pactuação da RUE para a região oeste do Paraná por meio da análise da produção legislativa do Ministério da Saúde e o movimento gerado junto a CIB e as CIR 10ª e 20ª RS-PR, observamos que coube a estas últimas as etapas de implantação e implementação da política com a destinação dos recursos financeiros e operacionais, a partir dos critérios definidos pelo Ministério da Saúde. No entanto, foi limitada sua participação na identificação dos problemas e na definição das prioridades, caracterizando-se como um planejamento vertical com forte indução central.

A revisão integrativa da literatura nos permitiu identificar os principais desafios para a governança das redes regionalizadas e integradas de atenção à saúde no Brasil que foram organizados em três grandes categorias (Institucionalidade, Processo Organizativo/Padrões de Relacionamento e Capacidade de Atuação), destacando-se a rotatividade e baixa capacidade de gestão dos entes municipais; a indefinição de papéis nos colegiados intergestores; a ausência e/ou fragilidade dos sistemas de informação como subsídio a tomada de decisão; as relações de poder existentes entre municípios e entre municípios e Estado; a insegurança jurídica para as decisões emanadas e a deficiência na proposição do financiamento de ações e serviços no âmbito intermunicipal.

Em relação à participação das CIR 10ª e 20ª RS-PR na construção e governança da RUE, observamos que a conformação da rede envolveu múltiplos atores que estabeleceram diferentes interfaces hierárquicas no processo decisório, sob a regência do Estado, representado pelas Direções das Regionais de Saúde que, a partir do estabelecimento de um desenho inicial, envidaram esforços e dispositivos para sua efetivação, correndo muitas vezes de forma paralela ao

colegiado de gestão e trazendo para a arena, atores com poder de influenciar o debate de políticas setoriais e a distribuição dos escassos recursos.

Os consórcios intermunicipais de saúde representam uma importante alternativa dentro do SUS enquanto dispositivo de cooperação acordada para a execução de ações e serviços de saúde de caráter regional, necessários à conformação das RAS, conciliando interesses e se destacando como uma forma alternativa para a racionalização e operacionalização de recursos.

A questão é de como estes consórcios se posicionam em relação à definição das necessidades de saúde, propondo soluções para superá-las, definindo as estratégias e operando as mesmas, a despeito da ampla discussão pelos Secretários Municipais de Saúde nos devidos espaços regionais. A compreensão de vinculação dos consórcios a uma estrutura de governança é fundamental para que estes operem o cuidado, como prestadores que são, a partir do panorama proposto pelos gestores em saúde, não assumindo a postura de entes autônomos.

A despeito dos avanços identificados com a promulgação do Decreto nº 7.508 de 2011 que regulamentou a Lei nº 8.080 de 1990 e estabeleceu diretrizes para a consolidação das regiões de saúde, das RAS e das CIR, a adoção de sistemas regionalizados em saúde se defronta com um conjunto de desafios abordados pela literatura e observados na dinâmica das CIR 10ª e 20ª RS-PR. Verificou-se que estas apresentaram institucionalidade intermediária, constituindo-se como instâncias paralelas de discussão, burocráticas e com pouco papel deliberativo e propositivo na construção e implantação da RUE, não sendo reconhecidas pelos próprios gestores e prestadores de serviço como espaço formalmente estabelecido para o diagnóstico de necessidades, proposição de ações e a governança das RAS.

As atitudes antissolidárias e as relações de poder existentes entre Estado e municípios - na maioria das vezes oriundas dos problemas relacionados ao financiamento e capacidade instalada - dificultaram o processo de negociação e o estabelecimento de consensos e acabaram por 'esvaziar' as discussões, tornando o espaço de cogestão em uma arena de disputas para a resolução pontual e imediata de problemas específicos. A linguagem passou a ser importante instrumento, sendo muitas vezes utilizada apenas como meio de transmissão de informação com vistas a um fim (ação estratégica) e não com vistas à integração social e a construção de consensos (ação comunicativa).

Em um espaço regional com tantas deficiências em relação aos pontos de atenção para o atendimento das urgências e emergências, o Secretário Municipal de Saúde é impelido a 'construir' caminhos alternativos àqueles pactuados, buscando melhor atender sua população. Os processos decisórios formais não alcançam as necessidades concretas de saúde da população e isto amplia o campo de disputa, transformando muitas vezes os demais membros da CIR em "desafios" a serem superados para o alcance de seus objetivos - oportunizar acesso às ações e serviços de saúde.

Conhecer e atuar sobre o mundo, entendendo-se junto com outros sujeitos, é a base para a construção de um novo processo de negociação que, reconhecendo as limitações impostas pelo financiamento e a capacidade instalada, os Secretários Municipais de Saúde possam construir, em comum acordo, projetos concretos de intervenção sobre o mundo e o SUS.

As redes de atenção à saúde se apresentam como possibilidade real para o alcance da integralidade do cuidado, mas exigem a interação de múltiplos atores. O grande desafio está em se estabelecer modelos de gestão que viabilizem os objetivos pretendidos de modo solidário, reduzindo atritos e conflitos. As Comissões Intergestores, principalmente as de âmbito regional, passam a assumir um papel cada vez mais relevante na organização regional das políticas de saúde, o que implica não só o estabelecimento de uma relação solidária, mas fundamentalmente a disposição de se construir consensos a partir de uma realidade comum.

As discussões relacionadas à governança em redes de atenção à saúde são relativamente novas, mas a trajetória já estabelecida e estudada em relação aos Colegiados Intergestores nos permite inferir que, a despeito dos avanços observados, a concretização de um sistema de saúde universal, integral e equânime pede que a legislação infraconstitucional viabilize o financiamento e a gestão regional de serviços de saúde, possibilitando avanços e a consequente supressão dos grandes desafios hoje destacados pelos estudos na área.

O fortalecimento da institucionalidade das CIR passa por um conjunto de questões para além do formalismo, hoje garantido pelo Decreto nº 7.508 de 2011. Há que se discutir a implantação do COAP para a organização da rede interfederativa de atenção à saúde, garantindo-se o financiamento adequado dos pontos de atenção necessários à conformação das RAS bem como dispositivos que permitam a

governança plena do sistema como informação oportuna; regulação assistencial; auditoria, controle e avaliação; apoio técnico-institucional e estratégias para o monitoramento e avaliação dos objetivos inicialmente definidos.

A necessária articulação interfederativa com planejamento integrado e ascendente, orientado pelas necessidades de saúde da população ainda é uma visão objetivo de um sistema de saúde em permanente construção uma vez que a descentralização implica na transferência de poder, pressupondo novas responsabilidades e a organização de novas estruturas administrativas, sendo necessária a organização de novos arranjos que consolidem espaços de negociação e de consenso, respeitando-se a autonomia dos entes federados envolvidos.

Propõe-se que, a partir das contribuições de Habermas, os atores sociais construam (considerando suas realidades e expectativas), um horizonte comum, pautado na solidariedade e no trabalho coletivo sem que isto implique em abrir mão dos próprios objetivos, possibilitando que a comunicação passe a ser importante ferramenta, não mais de dominação, mas sim de entendimento.

REFERÊNCIAS

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, M. J.; PEREIRA, L. A.; TURINI, B.; NICOLETTO, S. C. S.; CAMPOS, J. B.; REZENDE, L. R., et al. Formação dos profissionais de saúde no Paraná e a implantação das diretrizes curriculares nacionais. *Rev Bras Educ Méd* 2007; 31:156-65. Disponível em: <http://lrc.nutes.ufrj.br/constructore/objetos/parana-med.pdf>. Acesso em jul. 2017.

AMORIM NETO, O. O Poder Executivo, centro de gravidade do sistema político brasileiro. In: Avelar L, Cintra AO, organizadores. *Sistema político brasileiro: uma introdução*. Rio de Janeiro: Fundação Konrad-Adenauer-Stiftung / São Paulo: Fundação Unesp; 2004.

ANDRÉ, M. E. D. A. *Estudo de Caso em Pesquisa e avaliação educacional*. Brasília: Liber Livro Editora, 2005.

ARAGÃO, L. M. C. *Razão Comunicativa e teoria social crítica em Jürgen Habermas*. Rio de Janeiro. Tempo Brasileiro, 1992.

ARTMANN, E. Interdisciplinaridade no enfoque intersubjetivo habermasiano: reflexões sobre planejamento e AIDS. *Ciência & Saúde Coletiva*, 6(1):183-195, 2001. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-8123200100100015&script=sci_abstract&tlng=pt. Acesso em jul. 2018.

ASSIS, E.; CRUZ, V. S.; TRENTIN, E. F.; LUCIO, H. M.; MEIRA, A.; MONTEIRO, J. C. K.; CRIA, S. M.; FOCESI, M. R.; CIELO, C. A.; GUERRA, L. M.; FARIAS, R. M. S. Regionalização e novos rumos para o SUS: a experiência de um colegiado regional. *Saúde Soc*; 18(supl.1): 1721, jan.mar. 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v18s1/03.pdf>, Acesso em set. 2017.

BAPTISTA, T. W. F. Análise das portarias ministeriais da saúde e reflexões sobre a condução nacional da política de saúde. *Cad. Saúde Pública* 2007; 23: 615-26. Disponível em: <http://www.scielosp.org/pdf/csp/v23n3/20.pdf>. Acesso em jul. 2017.

_____. Análise da produção legislativa em saúde no Congresso Nacional brasileiro (1990-2006). *Cad Saúde Pública* 2010; 26:97-109. Disponível em: <http://www.scielosp.org/pdf/csp/v26n1/11.pdf>. Acesso em jul. 2017.

BARBOSA, D. V. S.; BARBOSA, N. B.; NAJBERG, E. F. Regulação em Saúde: desafios à governança do SUS. *Cad. saúde colet.*, (Rio J.);24(1): 4954, jan.mar. 2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/cadsc/v24n1/1414-462X-cadsc-1414-462X201600010106.pdf>. Acesso em set. 2017.

BARBOZA, R.; TELES JÚNIOR, E. Governança e regulação na saúde: desafios para a gestão na Região Metropolitana de São Paulo, Brasil. *Cad Saude Publica*;23(3): 575584, mar. 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v23n3/16.pdf>. Acesso em set. 2017.

BITTENCOURT, P. O. S.; CLEMENTINO, J. C. Hierarquia das leis. Disponível em:

http://aprender.ead.unb.br/pluginfile.php/60293/mod_resource/content/0/Bittencourt%20e%20Clementino%20-%20Hierarquia_das_Leis.pdf. Acesso em jul. 2017.

BRASIL. Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília: Senado Federal, 1988. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm. Acesso em 12 set. 2015.

_____. Lei n. 8.080, de 19 de setembro de 1990: [Lei Orgânica da Saúde]. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Brasília, DF, p. 18.055, 20 set. 1990 (a). Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/lei8080.pdf>. Acesso em 12 set. 2016.

_____. Lei n. 8.142, de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde – SUS e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Brasília, DF, p. 25694, 31 dez. 1990 (b). Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/Lei8142.pdf>. Acesso em 12 set. 2016.

_____. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 2.048, de 05 de novembro de 2002. Estabelece o Regulamento Técnico dos Sistemas Estaduais de Urgência e Emergência. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt2048_05_11_2002.html. Acesso em jan. 2018.

_____. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 1.863, de 29 de setembro de 2003. Institui a Política Nacional de Atenção às Urgências, a ser implantada em todas as unidades federadas, respeitadas as competências das três esferas de gestão, 2003 (a). Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2003/prt1863_26_09_2003.html. Acesso em jan. 2018.

_____. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS 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, 2003 (b) Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2003/prt1864_29_09_2003.html. Acesso em jan. 2018.

_____. República Federativa [do] Brasil. Lei nº 11.107, de 6 de abril de 2005. Dispõe sobre normas gerais de contratação de consórcios públicos e dá outras providências. publicado no D.O.U. de 7.4.2005. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2005/lei/l11107.htm. Acesso em mai. 2018.

_____. Secretaria Executiva. Diretrizes operacionais dos Pactos pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão. Brasília, 2006 (Série A. Normas e Manuais Técnicos). BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema, 2010 (a). Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/ultimas>

_noticias/2011/img/07_jan_portaria4279_301210.pdf. Acesso em jul. 2017.

_____. República Federativa [do] Brasil. Decreto nº 6.017, de 17 de janeiro de 2007. Regulamenta a Lei no 11.107, de 6 de abril de 2005, que dispõe sobre normas gerais de contratação de consórcios públicos. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2007-2010/2007/Decreto/D6017.htm. Acesso em mai. 2018.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Departamento de Apoio à Gestão Descentralizada. Colegiado de gestão regional na região de saúde intraestadual: orientações para organização e funcionamento. 2010, (b) Série B. Textos Básicos em Saúde) (Série Pactos pela Saúde 2006, v. 10). Brasília (DF): Ministério da Saúde, 2010.

_____. Decreto n. 7.508, 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, (a). Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/decreto/d7508.htm. Acesso em jan. 2017.

_____. Resolução n. 1, de 29 de setembro de 2011. Estabelece diretrizes gerais para a instituição de Regiões de Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), nos termos do Decreto Nº 7.508, de 28 de junho de 2011, (b) Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cit/2011/res0001_29_09_2011.html. Acesso em jan. 2017.

_____. Ministério da Saúde. 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), 2011 (c). Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1600_07_07_2011.html. Acesso jun. 2017.

_____. Lei nº 12.466, de 24 de Agosto de 2011. Acrescenta arts. 14-A e 14-B à Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, que “dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências”, 2011, (d). Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2011-2014/2011/Lei/L12466.htm. Acesso em jul. 2017.

_____. Lei Complementar nº 141, de 13 de janeiro de 2012. Regulamenta o § 3o do art. 198 da Constituição Federal para dispor sobre os valores mínimos a serem aplicados anualmente pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios em ações e serviços públicos de saúde. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/LCP/Lcp141.htm. Acesso jul. 2017.

_____. Ministério da Saúde. A Regionalização na Saúde e os Mecanismos de Governança Sistêmica do SUS: Os espaços de governança interestaduais. Coordenação Geral de Cooperação Interfederativa. Departamento de Articulação

Interfederativa. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Ministério da Saúde. Brasília, 2013. Disponível em: <http://u.saude.gov.br/images/pdf/2015/julho/21/NT2107.pdf>. Acesso em jul. 2017.

_____. Ministério da Saúde. Manual de planejamento no SUS / Ministério da Saúde, Fundação Oswaldo Cruz. Série Articulação Interfederativa; v. 4 – 1. ed., rev. – Brasília: Ministério da Saúde, 2016.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde (SAS). Departamento de Atenção Hospitalar e Urgência (DAHU). Coordenação Geral de Urgência e Emergência (CGUE). Disponível em: <http://portalms.saude.gov.br/sas/departamentos>. Acesso em set. 2017.

_____. Ministério da Saúde. Portaria de Consolidação nº 3, de 28 de setembro de 2017. Consolidação das normas sobre as redes do Sistema Único de Saúde. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil. Brasília, DF, 2017. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/MatrizConsolidacao/Matriz-3-Redes.html>. Acesso em jan. 2018.

BODSTEIN, R. A atenção básica na agenda da saúde. *Ciênc Saúde Coletiva* 2002; 7:401-12. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v7n3/13021.pdf>. Acesso em jul. 2017.

BÖRZEL, T. A. Qué tienen de especial los policy networks? Explorando el concepto y su utilidad para el estudio de la gobernación europea. 1997. Disponível em: <http://revista-redes.rediris.es/webredes/textos/policynet.pdf>. Acesso mai. 2018.

BRETAS JUNIOR, N.; SHIMIZU, H. E. Planejamento regional compartilhado em Minas Gerais: avanços e desafios. *Saúde debate*; 39(107): 962971, out.dez. 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/sdeb/v39n107/0103-1104-sdeb-39-107-00962.pdf>. Acesso em set. 2017.

CARNEIRO, P. S.; FORSTER, A. C.; FERREIRA, J. B. B. A dinâmica de três colegiados de gestão regional: um olhar sobre a regionalização e pactuação. *Saúde debate*; 38(100): 5768, JanMar/2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/sdeb/v38n100/0103-1104-sdeb-38-100-0057.pdf>. Acesso em set. 2017.

CARVALHO, B. R. Coordenação de Unidade da Atenção Básica no SUS: Trabalho, interação e conflitos. Programa de Pós-Graduação em Gerenciamento em Enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, São Paulo: 2012.

CASCAVEL. Lei Municipal nº 4.264, de 31 de maio de 2006. Cria o Comitê Gestor do Sistema Municipal de Atenção às Urgências. Disponível em: <https://www.camaracascavel.pr.gov.br/leis/Main.php?idlei=5909>. Acesso em jan. 2018.

CASTRO, J. L.; CASTRO, J. L.; VILAR, R. L. A. Quem são os Gestores Municipais de Saúde no Rio Grande do Norte? Um estudo sobre o perfil. Universidade Federal do Rio Grande do Norte. Núcleo de Estudos em Saúde Coletiva Observatório RH

NESC/UFRN, 2005. Disponível em: http://www.observarh.org.br/observarh/repertorio/Repertorio_ObservaRH/NESC-RN/Quem_sao_%20gestores_RN.pdf. Acesso em jun. 2018.

CHERCHIGLIA, M. L.; DALLARI, S. G. A reforma do Estado e o setor público de saúde: governança e eficiência. *Rev. adm. pública*;33(5): 6584, set.out. 1999. Disponível em: <http://bibliotecadigital.fgv.br/ojs/index.php/rap/article/view/7625/6152>. Acesso em set. 2017.

COLLINS, C.; ARAÚJO, J.; BARBOSA, J. Decentralising the health sector: issues in Brazil. *Health Policy* 2000; 52:113-27. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10794840>. Acesso em mai. 2017.

CONILL, E. M. sistemas comparados de saúde. In: CAMPOS, G. W. S; BONFIM, J. R. A; MINAYO, M. C. S; AKERMAN, M.; DRUMOND, JÚNIOR M.; CARVALHO, Y. M. (org). *Tratado da saúde coletiva*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2006.

COOPER, H. *The Integrative research review*. Beverly Hills: SAGE Publications; 1984. Disponível em: <http://journals.sagepub.com>. Acesso em mar. 2018.

DOMINGOS, C. M.; NUNES, E. F. P; CARVALHO, B. G.; MENDONÇA, F. F. A. Legislação da atenção básica do Sistema Único de Saúde: uma análise documental. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 32(3):e00181314, mar, 2016. Disponível em: <http://www.scielosp.org/pdf/csp/v32n3/0102-311X-csp-32-03-e00181314.pdf>. Acesso em abr. 2016.

FERNANDES, F. M. B.; RIBEIRO, J. M.; MOREIRA, M. R. Reflexões sobre avaliação de políticas de saúde no Brasil. *Cad Saúde Pública* 2011; 27:1667-77. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v27n9/02.pdf>. Acesso em mai. 2017.

FEUERWERKER, L. C. M. *Mudanças na educação médica e residência médica no Brasil*. São Paulo: Hucitec / RedeUnida; 1998.

FEUERWERKER, L. C. M. Modelos tecnoassistenciais, gestão e organização do trabalho em saúde: nada é indiferente no processo de luta para a consolidação do SUS. *Interface Comun Saúde Educ* 2005; 9:489-506. Disponível em: <http://www.scielosp.org/pdf/icse/v9n18/a03v9n18.pdf>. Acesso em jul. 2017.

FILHO, J. T.; NEUBAUER FILHO, A. Estudo de caso dirigido como metodologia de pesquisa para Educação à Distância (EAD). Disponível em: http://web02.pucpr.br/eventos/educere/educere2008/anais/pdf/644_503.pdf. Acesso em set. 2013.

FLEURY, S; OUVENEY, A. M. *Gestão de Redes: A estratégia de regionalização da política de saúde*. Rio de Janeiro: FGV, 2007.

FREITAG, B. Habermas e a teoria da modernidade. *Cad. CRH* , Salvador, n.22. p. 138-163, jan/jun. 1995. Disponível em: <https://portalseer.ufba.br/index.php/crh/article/viewFile/18781/12151>. Acesso em jul. 2018.

GIRARDI, S. N. Aspectos do(s) mercado(s) de trabalho em saúde no Brasil: estrutura, dinâmica, conexões. In: SANTANA, J. P.; CASTRO, J. L. (org.) Capacitação em desenvolvimento de recursos humanos em saúde – CADRHU. Natal: EDUFRN, 1999.

GUTIERREZ, L. G.; ALMEIDA, M. A. B. Teoria da Ação Comunicativa (Habermas): estrutura, fundamentos e implicações do modelo. *Veritas*. Porto Alegre v. 58 n. 1 jan./abr. Disponível em: <http://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/veritas/article/view/8691/9031>. Acesso em set. 2018.

HABERMAS, J. Teoría de la acción comunicativa. Madrid: Taurus, 2001. Tomos I e II.

_____. Racionalidade e comunicação. Lisboa: Edições 70, 2002.

HAGINO, C. H. M. S. Democracia e participação no espaço público: uma análise da teoria de Habermas sobre o conselho municipal de política urbana de niterói e as conferências das cidades. 2010. Disponível em: http://www.publicadireito.com.br/conpedi/manaus/arquivos/anais/salvador/cora_hisae_monteiro_da_silva_hagino.pdf. Acesso em mar. 2018.

IBANHES, L. C.; HEIMANN, L. S.; JUNQUEIRA, V.; BOARETTO, R. C.; PESSOTO, U. C.; CORTIZO, C. T.; CASTRO, I. E. N.; ROCHA, J. L.; KAYANO, J.; LUIZ, O. C.; BARBOZA, R.; TELES JUNIOR, E. Governança e regulação na saúde: desafios para a gestão na Região Metropolitana de São Paulo, Brasil. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 23(3):575-584, mar, 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v23n3/16.pdf>. Acesso em jan. 2018.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br>. Acesso em mar. 2017.

KEHRIG, R. T.; SOUZA, E. S.; SCATENA, J. H. G. Institucionalidade e governança da regionalização da saúde: o caso da região Sul MatoGrossense à luz das atas do colegiado de gestão. *Saúde debate*; 39(107): 948961, out.dez. 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/sdeb/v39n107/0103-1104-sdeb-39-107-00948.pdf>. Acesso em set. 2017.

KUSCHNIR, R.; CHORNY, A. H. Redes de atenção à saúde: contextualizando o debate. *Ciênc. saúde coletiva*;15(5): 23072316, ago. 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v15n5/v15n5a06.pdf>. Acesso em set. 2017.

LAVRAS, C. C. Descentralização e estruturação de redes regionais de atenção à saúde no sus. In: IBAÑEZ, P.E.; SEIXAS, P. Políticas e Gestão Pública em Saúde. Editora HUCITEC, 2011. Disponível em: https://www.nesc.ufg.br/up/19/o/Microsoft_Word_-DESCENTR_e_RRAS_final_2.pdf. Acesso em mai. 2018.

LEVCOVITZ, E.; LIMA, L. D.; MACHADO, C. V. Política de saúde nos anos 90: relações intergovernamentais e papel das normas operacionais básicas. *Revista Ciência & Saúde Coletiva*, São Paulo, v. 6, n. 2, p. 269-291, 2001.

LIMA, A. P. G. Os Consórcios Intermunicipais de Saúde e o Sistema Único de Saúde. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 16(4):985-996, out-dez, 2000. Disponível em: <https://www.scielo.org/article/csp/2000.v16n4/985-996/>. Acesso em jul. 2018.

LIMA, L. D.; VIANA, A. L.D'A.; MACHADO, C. V.; ALBUQUERQUE, M. V.; OLIVEIRA, R. G.; IOZZI, F. L.; SCATENA, J. H. G.; MELLO, G. A.; PEREIRA, A. M. M.; COELHO, A. P. S. Regionalização e acesso à saúde nos estados brasileiros: condicionantes históricos e político-institucionais. *Ciência & Saúde Coletiva*, 17(11):2881-2892, 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v17n11/v17n11a04.pdf>. Acesso em set. 2017.

LIMA, L. L.; D'ASCENZI, L. Implementação de Políticas Públicas: Perspectivas Analíticas. *Rev. Sociol. Polít.*, Curitiba, v. 21, n. 48, p. 101-110, dez. 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rsocp/v21n48/a06v21n48.pdf>. Acesso em jun. 2017.

LIMA, J. C.; RIVERA, F. J. U. Gestão de sistemas regionais de saúde: um estudo de caso no Rio Grande do Sul, Brasil. *Cad Saude Publica*;22(10): 217989, 2006 Oct. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v22n10/17.pdf>. Acesso em set. 2017.

LIMA, M. C.; RIVERA, F. J. U. Agir comunicativo, redes de conversação e coordenação em serviços de saúde: uma perspectiva teórico-metodológica. *Interface - Comunic., Saude, Educ.*, v.13, n.31, p.329-42, out./dez. 2009. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-32832009000400008&script=sci_abstract&tlng=pt. Acesso em jan. 2018.

MACHADO, C. V. Direito universal, política nacional: o papel do Ministério da Saúde na política de saúde brasileira de 1990 a 2002. Rio de Janeiro: Ed. do Museu da República, 2007.

MACHADO, C. V.; BAPTISTA, T. W. F.; NOGUEIRA C. O. Políticas de saúde no Brasil nos anos 2000: a agenda federal de prioridades. *Cad Saúde Pública* 2011; 27: 521-32. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?Script=sci_arttext&pid=S0102-311X2011000300012. Acesso em jun. 2017.

MACHADO, C. V.; LIMA, L. D.; BAPTISTA, T. W. F. Princípios organizativos e instâncias de gestão do SUS. In: GONDIM, R. (Org.) *Qualificação de Gestores do SUS. (caderno de textos) 2. Ed. Ver. Ampl.*, Rio de Janeiro (RJ): EAD/ENSP, 2011.

MAGALHÃES JUNIOR, H. M. Redes de Atenção à Saúde: rumo à integralidade. *Divulg. saúde debate*;(52): 177-189, out. 2014. Disponível em: <http://cebes.org.br/site/wp-content/uploads/2014/12/Divulgacao-52.pdf>. Acesso em set. 2017.

MARCONI, M. A.; LAKATOS, E. M. *Técnicas de Pesquisa*. 7 ed. – 7. Reimpr. São Paulo: Atlas, 2013.

MARQUES, R. M.; MENDES, A. A política de incentivos do Ministério da Saúde para a atenção básica: uma ameaça à autonomia dos gestores municipais e ao princípio

da integralidade? Cad Saúde Pública 2002; 18 Suppl:163-71 Disponível em: <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/0337.pdf>. Acesso em jun. 2017.

MARTINS, M. D.; COSTA, C. F. Gestão por Competências: O Perfil dos Secretários Municipais de Saúde do Estado do Rio Grande do Sul. IV Encontro de Gestão de Pessoas e Relações de Trabalho. Brasília – DF, 2013. Disponível em: <http://www.anpad.org.br/admin/pdf/EnGPR130.pdf>. Acesso em jun. 2018.

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

MENDONÇA, F.F. Grupos de educação em saúde como espaço de construção de corresponsabilidades : um estudo de caso / Fernanda de Freitas Mendonça. – Londrina, 2012. 162 f. : il.

MINAYO, M. C. S. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 9ª ed. São Paulo: Hucitec, 2004.

MINAYO, M. C. S. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 14ª ed. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: ABRASCO, 2014.

OLIVEIRA, F. B. Razão instrumental versus razão comunicativa. Rev. Adm. púb., Rio de Janeiro, 27 (3): 15-25, jul/set. 1993. Disponível em: <http://bibliotecadigital.fgv.br/ojs/index.php/rap/article/view/8646/7371>. Acesso em jul. 2018.

O'TOOLE JUNIOR, L. J. Interorganizational relations in implementation. In: PETERS, B. G.; PIERRE, J. (org.). Handbook of public administration. Londres/Califórnia: Thousand Oaks/Sage Publicatios, 2003.

PINTO, J. M. R. A teoria da ação comunicativa de Jürgen Habermas: conceitos básicos e possibilidades de aplicação à administração escolar. Paidéia, FFCLRP-ESP, Rib. Preto, Fev/Ago, 1995.

PARANÁ. Comissão Intergestores Bipartite. Regimento Interno CIB/PR. Disponível em: http://www.saude.pr.gov.br/arquivos/File/00_-_NDS/Diversos/Regimento.pdf. Acesso em jun. 2017.

_____. Secretaria de Estado da Saúde. Comissão Intergestores Bipartite. Resolução nº 88 de 14 de julho de 2006. Aprova a denominação de Comissão Intergestores Bipartite Regional. Disponível em: http://www.saude.pr.gov.br/arquivos/File/CIB/DEL2006/del088_06.PDF. Acesso em ago. 2017.

_____. Comissão Intergestores Bipartite. Deliberação nº 30 de 25 de março de 2009. Aprova Rede de Atenção Integral às Urgências do Estado do Paraná. Disponível em: <http://www.saude.pr.gov.br/arquivos/File/CIB/DEL2009/DEL030.pdf>. Acesso em abril 2018.

_____. Secretaria de Estado da Saúde. Plano Estadual de Saúde Paraná 2016-2019 – Curitiba: SESA, 2016.

PERALTA, D. A.; GONÇALVES, H. J. L. Teoria da Ação Comunicativa: considerações sobre interdisciplinaridade na educação profissional. Zetetiké, Campinas, SP, v.24, n.3, set./dez. 2016. Disponível em: file:///C:/Users/Asus/Downloads/8648089-24394-1-PB.pdf. Acesso em jul. 2018.

PESSANHA, C. O poder executivo e o processo legislativo nas constituições brasileiras. Teoria e prática. In: VIANNA, L.W. (org.). A democracia e os três poderes no Brasil. Belo Horizonte: Editora UFMG/Rio de Janeiro: Instituto Universitário de Pesquisas do Rio de Janeiro/Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado do Rio de Janeiro; 2003.

PETRY, F. B.O conceito de razão nos escritos de Max Horkheimer. Cadernos de Filosofia Alemã. jul.-dez. 2013. Disponível em: http://www.revistas.usp.br/filosofiaalema/article/view/72164/pdf_2. Acesso em jul. 2018.

RAEDER, S. Ciclo de Políticas: uma abordagem integradora dos modelos para análise de políticas públicas. Perspectivas em Políticas Públicas. Belo Horizonte. Vol. VII nº 13, p. 121-146, jan/jun 2014. Disponível em: http://revistappp.uemg.br/pdf/ppp13/ciclo_de_politicas.pdf. Acesso em jun. 2017.

SABATIER, P. A. Policy change over a decade or more. In: SABATIER, P. A.; JENKINS-SMITH, H. C. Policy change and learning: an advocacy coalition approach. Boulder: Westview Press, 1993.

SANTOS, A. M.; GIOVANELLA, L. Governança regional: estratégias e disputas para gestão em saúde. Rev Saude Publica;48(4): 622631, 08/2014. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rsp/v48n4/pt_0034-8910-rsp-48-4-0622.pdf. Acesso em set. 2017.

SANTOS, L.; ANDRADE, L. O. M. Redes interfederativas de saúde: um desafio para o SUS nos seus vinte anos. Ciênc. saúde coletiva;16(3): 16711680, mar. 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v16n3/02.pdf>. Acesso em set. 2017.

SANTOS, L.; CAMPOS, G. W. S. SUS Brazil: The health region as a way forward. Saúde Soc;24(2): 438446, AprJun/2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v24n2/0104-1290-sausoc-24-02-00438.pdf>. Acesso em set. 2017.

SCHRAIBER, L. B.; PEDUZZI, M; SALA, A.; NEMES, M. I. B.; CASTANHERA, E.; KON, R. Planejamento, gestão e avaliação em saúde: identificando problemas. Ciênc Saúde Coletiva 1999; 4:221-61. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81231999000200002. Acesso em jun. 2017.

SILVA, E. C.; GOMES, M. H. A.; SILVA, E. C.; GOMES, M. H. A. Regionalização da saúde na região do Grande ABC: os interesses em disputa. Saúde Soc; 23(4): 13831396, OctDec/ 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v23n4/0104-1290-sausoc-23-4-1383.pdf>. Acesso em set. 2017.

SILVA, S. F.; SOUZA, N. M.; BARRETO, J. O. M. Fronteiras da autonomia da gestão local de saúde: inovação, criatividade e tomada de decisão informada por evidências. *Ciência & Saúde Coletiva*, 19(11):4427-4438, 2014. Disponível em: <https://www.scielo.org/pdf/csc/2014.v19n11/4427-4438/pt>. Acesso em mar. 2018.

SOUZA, C. Governos e sociedades locais em contextos de desigualdade e de descentralização. *Ciência e Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 7, n. 3, p. 431-441, 2002.

SOUZA, C. M. B. A trajetória de implementação do Programa Médico de Família em Niterói: continuidades e mudanças nos anos 2000 . Rio de Janeiro; s.n; 2015. Disponível em: <https://bvssp.icict.fiocruz.br/lildbi/docsonline/get.php?id=4253>. Acesso em mar. 2018.

SOUZA, M. T.; SILVA, M. D.; CARVALHO, R. Revisão integrativa: o que é e como fazer. *einstein*. 2010; 8(1 Pt 1):102-6. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/eins/v8n1/pt_1679-4508-eins-8-1-0102. Acesso em mar. 2018.

SOUZA, R. O sistema público de saúde brasileiro. In: *Seminário Internacional Tendências e Desafios dos Sistemas de Saúde nas Américas..* Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/sistema_saude.pdf. Acesso em mai. 2017.

TRIVIÑOS, A. N. S. Introdução à pesquisa em ciências sociais: a pesquisa qualitativa em educação. 1ª ed. 15ª reimpressão. São Paulo: Atlas, 2007.

VIANA, A. L.; BAPTISTA, T. W. F. Análise das políticas de saúde. In: GIOVANELLA, L.; ESCOREL, S.; LOBATO, L. V. C.; NORONHA, J. C.; CARVALHO, A. I. (org.). *Políticas e sistema de saúde no Brasil*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2012.

VIANA, L. B. F.; BRITO, R. L.; SANTOS, F. P. Financiamento e governança em saúde: um ensaio a partir do cotidiano. *Divulg. saúde debate*;(52): 177189, out. 2014. Disponível em: <http://cebes.org.br/site/wp-content/uploads/2014/12/Divulgacao-52.pdf>. Acesso em set. 2017.

VIANNA, R. P.; LIMA, L. D. Colegiados de Gestão Regional no estado do Rio de Janeiro: atores, estratégias e negociação intergovernamental. *Physis (Rio J.)*;23(4): 10251049, 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/physis/v23n4/02.pdf>. Acesso em set. 2017.

VIZEU, F. Algumas contribuições da teoria da ação comunicativa para a área de organizações autoritárias. *ANPAD*, 2003. Disponível em: <http://www.anpad.org.br/admin/pdf/enanpad2003-teo-0106.pdf>. Acesso em jul. 2018.

YIN, R. K. *Estudo de Caso: Planejamento e métodos*. 2 ed. Porto Alegre: Bookman, 2001.

APÊNDICES

APÊNDICE A – Autorização para Pesquisa 10ª RS

Cascavel, 20 de novembro de 2014.

Ilma. Sra. Profa. Dra. Alexandrina Aparecida Maciel Cardelli
Coordenadora do CEP/UEL

Senhora Coordenadora

Declaramos que nós da 10ª Regional de Saúde/PR, estamos de acordo com a condução do projeto de pesquisa **“A GOVERNANÇA DA REDE DE ATENÇÃO ÀS URGÊNCIAS E EMERGÊNCIAS NA REGIÃO OESTE DO PARANÁ: UM ESTUDO DE CASO”** sob a responsabilidade de Rubens Griep, nas nossas dependências, tão logo o projeto seja aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo seres Humanos da Universidade Estadual de Londrina, até o seu final em 2018.

Estamos cientes de que o presente trabalho deve seguir a Resolução 466/2012 do CNS e complementares e que as unidades de análise da pesquisa serão: a) Pesquisa documental com base no Regimento Interno, Atas de Reuniões, Resoluções e Deliberações da CIR 10ª RS-PR e Comitê Gestor de Urgências; b) Aplicação de questionário aos Secretários Municipais de Saúde da 10ª RS-PR; c) Observação direta das reuniões da CIR 10ª RS-PR; e d) Entrevista semiestruturada com Diretor e Secretários Municipais de Saúde da 10ª RS-PR.

Atenciosamente,


Miroslau Bailak
Diretor
10ª Regional de Saúde
Dr. Miroslau Bailak
Diretor 10ª Regional de Saúde/PR

APÊNDICE B – Autorização para Pesquisa 20ª RS

Toledo, 16 de dezembro de 2014.

Ilma. Sra. Profa. Dra. Alexandrina Aparecida Maciel Cardelli
Coordenadora do CEP/UEL

Senhora Coordenadora

Declaramos que nós da 20ª Regional de Saúde/PR, estamos de acordo com a condução do projeto de pesquisa **“A GOVERNANÇA DA REDE DE ATENÇÃO ÀS URGÊNCIAS E EMERGÊNCIAS NA REGIÃO OESTE DO PARANÁ: UM ESTUDO DE CASO”** sob a responsabilidade de Rubens Griep, nas nossas dependências, tão logo o projeto seja aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo seres Humanos da Universidade Estadual de Londrina, até o seu final em 2018.

Estamos cientes de que o presente trabalho deve seguir a Resolução 466/2012 do CNS e complementares e que as unidades de análise da pesquisa serão: a) Pesquisa documental com base no Regimento Interno, Atas de Reuniões, Resoluções e Deliberações da CIR 20ª RS-PR e Comitê Gestor de Urgências; b) Aplicação de questionário aos Secretários Municipais de Saúde da 20ª RS-PR; c) Observação direta das reuniões da CIR 20ª RS-PR; e d) Entrevista semiestruturada com Diretor e Secretários Municipais de Saúde da 20ª RS-PR.

Atenciosamente,


Odacir Fiorentin
Diretor 20ª Regional de Saúde/PR

APÊNDICE C – Autorização para Pesquisa CONSAMU

Cascavel, 20 de novembro de 2014.


Ilma. Sra. Profa. Dra. Alexandrina Aparecida Maciel Cardelli
Coordenadora do CEP/UEL

Senhora Coordenadora

Declaramos que nós do Consórcio Intermunicipal SAMU Oeste do Paraná (CONSAMU), estamos de acordo com a condução do projeto de pesquisa **“A GOVERNANÇA DA REDE DE ATENÇÃO ÀS URGÊNCIAS E EMERGÊNCIAS NA REGIÃO OESTE DO PARANÁ: UM ESTUDO DE CASO”** sob a responsabilidade de Rubens Griep, nas nossas dependências, tão logo o projeto seja aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo seres Humanos da Universidade Estadual de Londrina, até o seu final em 2018.

Estamos cientes de que o presente trabalho deve seguir a Resolução 466/2012 do CNS e complementares e que as unidades de análise da pesquisa serão: a) Pesquisa documental com base no Regimento Interno, Atas de Reuniões, Resoluções e Deliberações; e b) Entrevista semiestruturada com Secretário Executivo CONSAMU.

Atenciosamente,


Edgar Bueno
Presidente CONSAMU

APÊNDICE D – Termo de Confidencialidade e Sigilo

TERMO DE CONFIDENCIALIDADE E SIGILO

Eu, **Rubens Griep**, brasileiro, solteiro, enfermeiro, inscrito no CPF/MF sob o nº 871.117.729-20, abaixo firmado, assumo o compromisso de manter confidencialidade e sigilo sobre todas as informações técnicas e outras relacionadas ao projeto de pesquisa intitulado **“A GOVERNANÇA DA REDE DE ATENÇÃO ÀS URGÊNCIAS E EMERGÊNCIAS NA REGIÃO OESTE DO PARANÁ: UM ESTUDO DE CASO”**, a que tiver acesso nas dependências da 10ª e 20ª Regionais de Saúde do Paraná, Comissões Intergestores Regionais da 10ª e 20ª Regionais de Saúde e Secretaria Executiva do CONSAMU.

Por este termo de confidencialidade e sigilo comprometo-me:

1. A não utilizar as informações confidenciais a que tiver acesso, para gerar benefício próprio exclusivo e/ou unilateral, presente ou futuro, ou para o uso de terceiros;
2. A não efetuar nenhuma gravação ou cópia da documentação confidencial a que tiver acesso;
3. A não apropriar-me de material confidencial e/ou sigiloso da tecnologia que venha a ser disponível;
4. A não repassar o conhecimento das informações confidenciais, responsabilizando-me por todas as pessoas que vierem a ter acesso às informações, por meu intermédio, e obrigando-me, assim, a ressarcir a ocorrência de qualquer dano e/ou prejuízo oriundo de uma eventual quebra de sigilo das informações fornecidas.

Neste Termo, as seguintes expressões serão assim definidas:

Informação Confidencial significará toda informação revelada através da apresentação da tecnologia, a respeito de, ou, associada com a Avaliação, sob a forma escrita, verbal ou por quaisquer outros meios.

Informação Confidencial inclui, mas não se limita, à informação relativa às operações, processos, planos ou intenções, informações sobre produção, instalações, equipamentos, segredos de negócio, segredo de fábrica, dados, habilidades especializadas, projetos, métodos e metodologia, fluxogramas, especializações, componentes, fórmulas, produtos, amostras, diagramas, desenhos de esquema industrial, patentes, oportunidades de mercado e questões relativas a negócios revelados da tecnologia supra mencionada.

Avaliação significará todas e quaisquer discussões, conversações ou negociações entre, ou com as partes, de alguma forma relacionada ou associada com a realização da pesquisa.

Pelo não cumprimento do presente Termo de Confidencialidade e Sigilo, fica o abaixo assinado ciente de todas as sanções judiciais que poderão advir.

Londrina, ___ de _____ de 2014.

Rubens Griep
Pesquisador Responsável
RG 5.598.647-9

APÊNDICE E – Roteiro Pesquisa Documental

COMISSÃO INTERGESTORES REGIONAL

- Conformação da CIR/10ªRS-PR e CIR/20ªRS-PR.
- Instrumentos legais e/ou normativos de implantação.
- Formas de representação.
- Estrutura e relacionamento com a CIB/PR.
- Fluxos dos processos decisórios.
- Estratégias utilizadas para definição da Rede de Atenção às Urgências.
- Processo de definição, pactuação e implantação da Rede de Atenção às Urgências no Paraná.

SECRETARIA EXECUTIVA CONSAMU

- Processo de implantação do consórcio.
- Atores envolvidos.
- Papel e responsabilidades na Rede de Atenção às Urgências.
- Processo de definição, pactuação e implantação da Rede de Atenção às Urgências.

COMITÊ GESTOR DE ATENÇÃO ÀS URGÊNCIAS

- Conformação do Comitê.
- Instrumentos legais e/ou normativos de implantação.
- Entidades e serviços representados.
- Estrutura e relacionamento com instâncias de gestão e decisão.
- Papel e responsabilidades na Rede de Atenção às Urgências.
- Processo de definição, pactuação e implantação da Rede de Atenção às Urgências.

APÊNDICE F – Questionário Secretários Municipais de Saúde

PERFIL SECRETÁRIOS MUNICIPAIS DE SAÚDE

Iniciais do Nome: _____

Município: _____ Regional de Saúde: _____

Número da Entrevista: _____ Data da Entrevista: _____

1) Qual a sua faixa etária?

- A () Menos de 20 anos
- B () De 20 a menos de 30 anos
- C () De 30 a menos de 40 anos
- D () De 40 a menos de 50 anos
- E () De 50 a menos de 60 anos
- F () De 60 anos ou mais

2) Sexo:

- A () Masculino
- B () Feminino

3) Escolaridade:

- A () Ensino Fundamental (1º Grau) incompleto
- B () Ensino Fundamental (1º Grau) completo
- C () Ensino Médio (2º Grau) incompleto
- D () Ensino Médio (2º Grau) completo
- E () Superior incompleto, curso _____
- F () Superior completo, curso _____
- G () Pós-graduação:
 - G1 () Residência: _____
 - G2 () Especialização: _____
 - G3 () Mestrado: _____
 - G4 () Doutorado: _____

3.1) Ano de conclusão da maior escolaridade referida anteriormente: _____

4) População do município em que atua como gestor:

- A () Menos de 5.000 habitantes
- B () Entre 5.000 e 10.000 habitantes
- C () Entre 10.000 e 15.000 habitantes
- D () Entre 15.000 e 20.000 habitantes
- E () Entre 20.000 e 25.000 habitantes
- F () Entre 25.000 e 30.000 habitantes
- G () Entre 30.000 e 35.000 habitantes

- H () Entre 35.000 e 40.000 habitantes
- I () Entre 40.000 e 50.000 habitantes
- J () Entre 50.000 e 60.000 habitantes
- K () Entre 60.000 e 70.000 habitantes
- L () Entre 70.000 e 80.000 habitantes
- M () Entre 80.000 e 90.000 habitantes
- N () Entre 90.000 e 100.000 habitantes
- O () Entre 100.000 e 150.000 habitantes
- P () Entre 150.000 e 300.000 habitantes
- Q () Mais de 300.000 habitantes

5) Reside no município em que é gestor?

- A () Sim. Há quantos anos? _____
- B () Não

6) Vínculo empregatício:

- A () Funcionário Público Estatutário
- B () Funcionário Público CLT
- C () Cargo em Comissão
- D () Outro: _____

7) Acumula alguma função?

- A () Sim. Qual? _____
- B () Não

8) Exerce o cargo pela primeira vez?

- A () Sim
- B () Não

8.1) Se não, quantas vezes já exerceu o cargo (sem considerar o atual)?

- A () Uma vez
- B () Duas vezes
- C () Três vezes
- D () Quatro ou mais vezes

9) Teve outras experiências de gestão?

- A () Sim. Qual? _____
- B () Não

10) Exerce outras atividades paralelas ao cargo de gestor?

- A () Sim. Qual? _____
- B () Não

11) Participou em Cursos de Gestão de Serviços de Saúde?

- A () Sim. Qual? _____
B () Não

12) Participa regularmente das reuniões da CIR?

- A () Sim, em todas as reuniões
B () Sim, quando possível
C () Não, envio representante
D () Não

12.1) Justifique sua resposta:

13) Qual a importância deste espaço para você enquanto gestor?

- A () Muito importante
B () Importante
C () Pouco importante
D () Não é importante

13.1) Justifique sua resposta:

14) Como você caracterizaria sua atuação neste espaço?

- A () Muito atuante
B () Atuante
C () Pouco atuante
D () Não atuante

14.1) Justifique sua resposta:

15) Como você faz para que os problemas que você identifica sejam discutidos neste espaço?

- A () Encaminha ofício solicitando que o tema seja pautado em reunião

- B Solicita pauta durante reunião
- C Articula com outros gestores para que o problema seja discutido
- D Não faz nada, aguarda que o tema seja tratado por outros gestores
- E Outros. Quais? _____

15.1) Justifique sua resposta:

16) Os problemas e as sugestões que você apresenta na CIR são valorizados?

- A Sim
- B Não

16.1) Se não, por que você acha que isso acontece?

17) Você participou da definição das prioridades e diretrizes da Rede de Urgência e Emergência?

- A Sim
- B Não

17.1) Como se deu sua participação?

18) Você participa das discussões que envolvem os problemas da Rede de Urgência e Emergência?

- A Sim
- B Não

18.1) Como se dá sua participação?

APÊNDICE G – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

“A GOVERNANÇA DA REDE DE ATENÇÃO ÀS URGÊNCIAS E EMERGÊNCIAS NA REGIÃO OESTE DO PARANÁ: UM ESTUDO DE CASO”

Prezado(a) Senhor(a):

Gostaríamos de convidá-lo (a) para participar da pesquisa **“A GOVERNANÇA DA REDE DE ATENÇÃO ÀS URGÊNCIAS E EMERGÊNCIAS NA REGIÃO OESTE DO PARANÁ: UM ESTUDO DE CASO”**, a ser realizada nos municípios de Cascavel e Toledo. O objetivo da pesquisa é “Analisar o sistema de governança da Rede Intermunicipal de Atenção às Urgências e Emergências nos municípios integrantes da 10ª e 20ª Regionais de Saúde do Paraná, caracterizando seu processo de implantação, identificando os diferentes atores envolvidos, os mecanismos e estratégias adotados para a definição das prioridades e construção de consensos bem como caracterizar o papel das Comissões Intergestores Regionais enquanto articuladoras do sistema de governança”. Sua participação é muito importante e ela se daria por meio da aplicação de um questionário, de entrevista e da observação direta realizada pelo pesquisador.

Esclarecemos que sua participação é totalmente voluntária, podendo o (a) senhor (a): recusar-se a participar, ou mesmo desistir a qualquer momento, sem que isto acarrete qualquer ônus ou prejuízo à sua pessoa. Esclarecemos, também, que suas informações serão utilizadas somente para os fins desta pesquisa e serão tratadas com o mais absoluto sigilo e confidencialidade, de modo a preservar a sua identidade. Destacamos que os registros audiovisuais obtidos durante a coleta de dados serão destruídos após o seu uso.

Esclarecemos ainda, que o(a) senhor(a) não pagará e nem será remunerado(a) por sua participação. Garantimos, no entanto, que todas as despesas decorrentes da pesquisa serão ressarcidas, quando devidas e decorrentes especificamente de sua participação.

Os benefícios esperados são de contribuir com a identificação das dificuldades encontradas na configuração da CIR enquanto espaço de decisão e organização da rede

regional de ações e serviços de saúde bem como na ampliação da capacidade de governança, resultando em garantia do acesso e da integralidade da atenção.

Quanto aos riscos, informamos que a presente pesquisa não apresenta risco aos envolvidos sendo que todas as informações obtidas e registros impressos ou audiovisuais serão tratados com confidencialidade e sigilo.

Caso o(a) senhor(a) tenha dúvidas ou necessite de maiores esclarecimentos poderá nos contatar: Rubens Griep, Rua Itagiba Fortunato nº 414, Sobrado 01, Santo Inácio, Cascavel-PR, telefones (45) 3226-8539 e 9971-3355, e-mail rgriep@gmail.com, ou procurar o Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos da Universidade Estadual de Londrina, situado junto ao Laboratório Escola (LABESC), no Campus Universitário, telefone 3371-5455, e-mail cep268@uel.br.

Este termo deverá ser preenchido em duas vias de igual teor, sendo uma delas devidamente preenchida, assinada e entregue ao (à) senhor(a).

Londrina, ___ de _____ de 2014.

Rubens Griep
Pesquisador Responsável
RG 5.598.647-9

Eu, _____, tendo sido devidamente esclarecido sobre os procedimentos da pesquisa, concordo em participar **voluntariamente** da pesquisa descrita acima.

Assinatura: _____

Data: ___/___/___

Obs.: TCLE conforme normas da Resolução 466/2012 de 12 de dezembro de 2012.

APÊNDICE H – Roteiro Observação Direta CIR 10ª E 20ª RS-PR

ROTEIRO OBSERVAÇÃO NÃO PARTICIPANTE CIR 10ª E 20ª RS-PR

Objetivos
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Caracterizar o sistema de governança da Rede Intermunicipal de Atenção às Urgências e Emergências nos municípios integrantes da 10ª e 20ª RS-PR. ▪ Identificar os mecanismos e estratégias adotados para a definição das prioridades e para a construção de consensos tendo em vista o alcance dos objetivos definidos para a rede. ▪ Caracterizar o papel das Comissões Intergestores Regionais enquanto articuladoras do sistema de governança da Rede Intermunicipal de Atenção às Urgências e Emergências na 10ª e 20ª RS-PR.
Roteiro Observação
<ul style="list-style-type: none"> a) Caracterizar protocolos adotados: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Controles e listas de presença; ▪ Organização e apresentação da pauta de discussão; ▪ Regras formais e informais de participação. b) Dinâmica interna (organização, discussão, negociação e pactuação). c) Participação dos secretários de saúde. d) Participação dos Técnicos da Regional de Saúde. e) Presença de hierarquia formal e/ou informal. f) Estratégias de mediação de conflitos. g) Identificar presença dos atributos: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Responsabilidade pela governança de toda rede ▪ Responsabilidade com a população adscrita ▪ Coordenação entre as diferentes instituições que a compõem.

APÊNDICE I – Roteiro Entrevista Diretores RS-PR

ROTEIRO ENTREVISTA DIRETORES RS-PR

Objetivos
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Caracterizar o processo de implantação da Rede Intermunicipal de Atenção às Urgências e Emergências nos municípios integrantes da 10ª e 20ª RS-PR. ▪ Identificar os mecanismos e estratégias adotados para a definição das prioridades e para a construção de consensos tendo em vista o alcance dos objetivos definidos para a rede. ▪ Caracterizar o papel das Comissões Intergestores Regionais enquanto articuladoras do sistema de governança da Rede Intermunicipal de Atenção às Urgências e Emergências na 10ª e 20ª RS-PR.
Roteiro Entrevista
<p>a) Como se deu o processo da implantação da Rede de Atenção às Urgências no contexto desta Regional de Saúde?</p> <p>b) Como se deu o processo de implantação do CONSAMU?</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Como se deu sua participação neste processo? ▪ Quais foram os principais atores envolvidos? <p>c) Como se deu a articulação dos diferentes atores e instituições neste processo?</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Quais os mecanismos utilizados para a definição das prioridades? ▪ Quais os mecanismos utilizados para o estabelecimento de consensos? <p>d) Quais as principais dificuldades encontradas e como foram superadas?</p> <p>e) Como se dá a governança da Rede de Atenção às Urgências?</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ De quem é a responsabilidade pela governança de toda Rede? ▪ Quais os atores envolvidos na governança? <p>f) Quais as dificuldades encontradas/observadas na governança da Rede?</p> <p>g) De quem é a responsabilidade para com a população adscrita a esta Rede?</p> <p>h) A quem cabe a Coordenação entre as diferentes instituições que compõem a Rede?</p>

APÊNDICE J – Roteiro Entrevista Presidentes CIR 10ª e 20ª RS-PR

ROTEIRO ENTREVISTA PRESIDENTE CIR 10ª E 20ª RS-PR

Objetivos
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Caracterizar o processo de implantação da Rede Intermunicipal de Atenção às Urgências e Emergências nos municípios integrantes da 10ª e 20ª RS-PR. ▪ Identificar os mecanismos e estratégias adotados para a definição das prioridades e para a construção de consensos tendo em vista o alcance dos objetivos definidos para a rede. ▪ Caracterizar o papel das Comissões Intergestores Regionais enquanto articuladoras do sistema de governança da Rede Intermunicipal de Atenção às Urgências e Emergências na 10ª e 20ª RS-PR.
Roteiro Entrevista
<ul style="list-style-type: none"> a) Como se deu o processo da implantação da Rede de Atenção às Urgências? b) Como se deu o processo de implantação do CONSAMU? <ul style="list-style-type: none"> ▪ Como se deu a participação da 10ª E 20ª RS-PR e CIR neste processo? ▪ Quais foram os principais atores envolvidos? c) Como se deu a articulação dos diferentes atores e instituições neste processo? d) Quais os mecanismos utilizados para a definição das prioridades? <ul style="list-style-type: none"> ▪ Quais os mecanismos utilizados para o estabelecimento de consensos? ▪ Quais as principais dificuldades encontradas e como foram superadas? e) Como se dá a governança da Rede de Atenção às Urgências? <ul style="list-style-type: none"> ▪ De quem é a responsabilidade pela governança de toda Rede? ▪ Quais os atores envolvidos na governança? ▪ Quais as dificuldades encontradas/observadas na governança da Rede? f) De quem é a responsabilidade para com a população adscrita a esta Rede? g) A quem cabe a Coordenação entre as diferentes instituições que compõem a Rede?

APÊNDICE K – Roteiro Entrevista Secretário Executivo CONSAMU

ROTEIRO ENTREVISTA SECRETÁRIO EXECUTIVO CONSAMU

Objetivos
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Caracterizar o processo de implantação da Rede Intermunicipal de Atenção às Urgências e Emergências nos municípios integrantes da 10ª e 20ª RS-PR. ▪ Identificar os mecanismos e estratégias adotados para a definição das prioridades e para a construção de consensos tendo em vista o alcance dos objetivos definidos para a rede. ▪ Caracterizar o papel das Comissões Intergestores Regionais enquanto articuladoras do sistema de governança da Rede Intermunicipal de Atenção às Urgências e Emergências na 10ª e 20ª RS-PR.
Roteiro Entrevista
<p>a) Como se deu o processo da implantação da Rede de Atenção às Urgências?</p> <p>b) Como se deu o processo de implantação do CONSAMU?</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Como se deu a participação da 10ª e 20ª RS e da CIR neste processo? ▪ Quais foram os principais atores envolvidos? ▪ Como se deu a articulação dos diferentes atores e instituições neste processo? ▪ Quais os mecanismos utilizados para a definição das prioridades? ▪ Quais os mecanismos utilizados para o estabelecimento de consensos? ▪ Quais as principais dificuldades encontradas e como foram superadas? <p>c) Como se dá a governança da Rede de Atenção às Urgências?</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ De quem é a responsabilidade pela governança de toda Rede? ▪ Quais os atores envolvidos na governança? ▪ Quais as dificuldades encontradas/observadas na governança da Rede? <p>d) De quem é a responsabilidade para com a população adscrita a esta Rede?</p> <p>e) A quem cabe a Coordenação entre as diferentes instituições que compõem a Rede?</p>

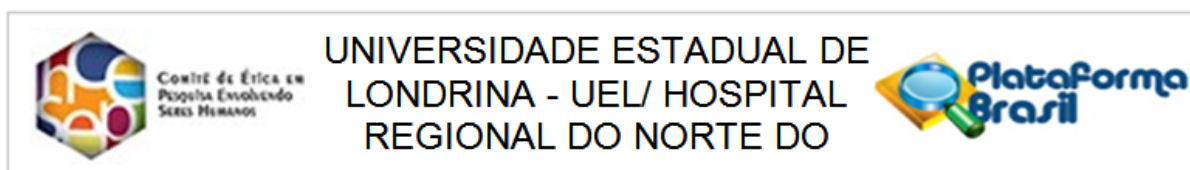
APÊNDICE L – Roteiro Entrevista Secretários Municipais de Saúde

ROTEIRO ENTREVISTA SECRETÁRIOS DE SAÚDE

Objetivos
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Caracterizar o processo de implantação da Rede Intermunicipal de Atenção às Urgências e Emergências nos municípios integrantes da 10ª e 20ª RS-PR. ▪ Identificar os mecanismos e estratégias adotados para a definição das prioridades e para a construção de consensos tendo em vista o alcance dos objetivos definidos para a rede. ▪ Caracterizar o papel das Comissões Intergestores Regionais enquanto articuladoras do sistema de governança da Rede Intermunicipal de Atenção às Urgências e Emergências na 10ª e 20ª RS-PR.
Roteiro Entrevista
<p>a) Como se deu o processo da implantação da Rede de Atenção às Urgências?</p> <p>b) Como se deu o processo de implantação do CONSAMU?</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Como se deu a participação da 10ª E 20ª RS-PR e CIR neste processo? ▪ Quais foram os principais atores envolvidos? ▪ Como se deu a articulação dos diferentes atores e instituições neste processo? ▪ Quais os mecanismos utilizados para a definição das prioridades? ▪ Quais os mecanismos utilizados para o estabelecimento de consensos? ▪ Quais as principais dificuldades encontradas e como foram superadas? <p>c) Como se dá a governança da Rede de Atenção às Urgências?</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ De quem é a responsabilidade pela governança de toda Rede? ▪ Quais os atores envolvidos na governança? ▪ Quais as dificuldades encontradas/observadas na governança da Rede? ▪ De quem é a responsabilidade para com a população adscrita a esta Rede? ▪ A quem cabe a Coordenação entre as diferentes instituições que compõem a Rede?

ANEXO

ANEXO A – Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa da UEL



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: A GOVERNANÇA DA REDE DE ATENÇÃO ÀS URGÊNCIAS E EMERGÊNCIAS NA REGIÃO OESTE DO PARANÁ: UM ESTUDO DE CASO.

Pesquisador: RUBENS GRIEP

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 41440914.9.0000.5231

Instituição Proponente: CCS - Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 949.671

Data da Relatoria: 08/02/2015

Apresentação do Projeto:

A concretização da saúde como um direito de cidadania é influenciada diretamente pela definição das responsabilidades de gestão e implementação das políticas no Sistema Único de Saúde (SUS), trazidas como diretrizes organizativas pela Constituição de 1988. Assim, o estudo tem por objetivo analisar o sistema de governança da Rede Intermunicipal de Atenção às Urgências e Emergências nos municípios integrantes da 10ª e 20ª Regionais de Saúde do Paraná, considerando-se os atributos de responsabilidade pela governança de toda rede, de responsabilidade com a população adscrita e de coordenação entre as diferentes instituições que a compõem. Parte do pressuposto de que a governança de Rede de Atenção às Urgências e Emergências na região oeste do Paraná ocorre de forma linguisticamente mediada com a ligação dos planos dos atores envolvidos, mas acredita-se que a linguagem caracteriza-se em estratégica (HABERMAS, 2002), como meio de transmissão de informação para atingir um fim e não como fonte de integração social. A pesquisa será realizada junto as Comissões Intergestores Regionais dos municípios vinculados a 10ª Regional de Saúde (CIR/10ªRS-PR), sediada no município de Cascavel e 20ª Regional de Saúde (CIR/20ªRS-PR), sediada no município de Toledo, extremo oeste do Paraná, junto ao Consórcio Intermunicipal SAMU Oeste do Paraná (CONSAMU) e Comitê Gestor de Atenção às Urgências, sendo considerados sujeitos da pesquisa os Diretores das Regionais de.

Endereço: PROPPG - LABESC - Sala 3

Bairro: Campus Universitário

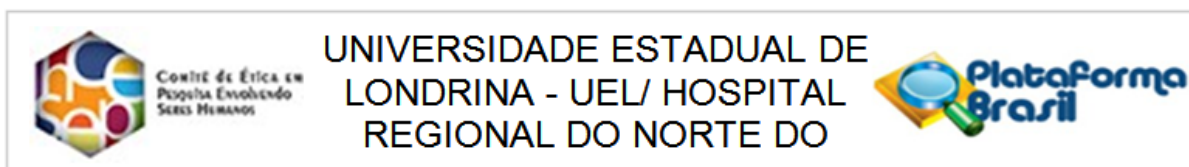
UF: PR

Telefone: (43)3371-5455

Município: LONDRINA

CEP: 86.057-970

E-mail: cep268@uel.br



Continuação do Parecer: 949.671

Saúde, os Secretários Municipais de Saúde e o Secretário Executivo do CONSAMU. Para dar conta dos objetivos propostos, optou-se em realizar a coleta de dados por meio da pesquisa de campo, com abordagem documental, aplicação de questionário, observação direta e entrevista semiestruturada.

Critérios de inclusão: NAO APRESENTADOS.

Critérios de exclusão: NAO APRESENTADOS.

Hipótese: A governança de Rede de Atenção às Urgências e Emergências na região oeste do Paraná ocorre de forma linguisticamente mediada com a ligação dos planos dos atores envolvidos, mas acredita-se que a linguagem caracteriza-se em estratégica (HABERMAS, 2002), como meio de transmissão de informação para atingir um fim e não como fonte de integração social.

Metodologia: Para dar conta dos objetivos propostos, optou-se em realizar a coleta de dados por meio da pesquisa de campo, com abordagem documental, aplicação de questionário, observação direta e entrevista semiestruturada. A pesquisa documental será realizada por meio da análise de registros escritos a partir do regimento interno, atas de reuniões, resoluções e deliberações da CIR 10ª e 20ª RS-PR; atas de reuniões e resoluções da Secretaria Executiva do CONSAMU; regimento interno, atas de reuniões e resoluções do Comitê Intermunicipal de Atenção às Urgências bem como por meio das apresentações técnicas realizadas pela Coordenação Estadual de Atenção às Urgências na CIB/PR e suas deliberações no ano de 2012 e 2013. A caracterização dos 43 secretários municipais de saúde (25 da 10ªRS-PR e 18 da 20ªRS-PR) e da sua relação com a CIR/10ªRS-PR e CIR/20ªRS-PR será realizada por meio da aplicação de um questionário semiestruturado constituído por uma série ordenada de perguntas abertas, fechadas e de múltipla escolha. O instrumento deverá ser respondido por escrito e sem a presença do pesquisador, sendo que antes de sua aplicação será validado por especialistas, garantindo-se a pertinência das questões para a obtenção de informações válidas. A observação direta das reuniões ordinárias da CIR/10ªRS-PR e CIR/20ªRS-PR e do Comitê Intermunicipal de Atenção às Urgências contará com um roteiro para sua sistematização e será realizada pelo próprio pesquisador ao longo do ano de 2015. As entrevistas com informantes-chave serão realizadas pelo próprio pesquisador, a partir de

Endereço: PROPPG - LABESC - Sala 3

Bairro: Campus Universitário

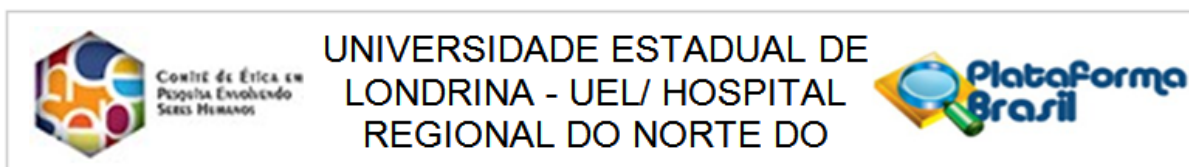
UF: PR

Telefone: (43)3371-5455

Município: LONDRINA

CEP: 86.057-970

E-mail: cep268@uel.br



Continuação do Parecer: 949.671

um roteiro semiestruturado. As falas dos entrevistados serão gravadas e posteriormente transcritas, após sua transcrição e conferência, serão inutilizados. Todos os atores envolvidos serão identificados por meio de códigos.

Objetivo da Pesquisa:

OBJETIVO PRIMÁRIO: Analisar o sistema de governança da Rede Intermunicipal de Atenção às Urgências e Emergências nos municípios integrantes da 10ª e 20ª Regionais de Saúde do Paraná, considerando-se os atributos de responsabilidade pela governança de toda rede, de responsabilidade com a população adscrita e de coordenação entre as diferentes instituições que a compõem.

OBJETIVOS SECUNDARIOS:

- a) Caracterizar o processo de implantação da Rede Intermunicipal de Atenção às Urgências e Emergências nos municípios integrantes da 10ª e 20ª Regionais de Saúde do Paraná;
- b) Identificar os diferentes atores envolvidos na governança da Rede Intermunicipal de Atenção às Urgências e Emergências nos municípios integrantes da 10ª e 20ª Regionais de Saúde do Paraná com foco na sua integração funcional;
- c) Identificar os mecanismos e estratégias adotados para a definição das prioridades e para a construção de consensos tendo em vista o alcance dos objetivos definidos para a rede;
- d) Caracterizar o papel das Comissões Intergestores Regionais enquanto articuladoras do sistema de governança da Rede Intermunicipal de Atenção às Urgências e Emergências na 10ª e 20ª Regionais de Saúde do Paraná.

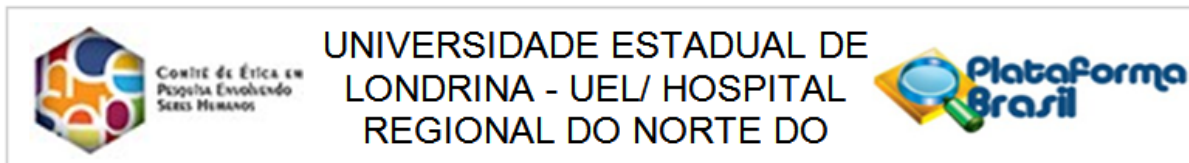
Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Segundo o pesquisador responsável:

RISCOS: Para a realização da pesquisa, serão respeitados os preceitos éticos contidos na Resolução 466/2012 e complementares do Conselho Nacional de Saúde, sendo que a pesquisa somente terá início após a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo seres Humanos da Universidade Estadual de Londrina (UEL). Será solicitada a autorização formal dos Diretores da 10ª e 20ª Regionais de Saúde para realização da pesquisa junto as Comissões Intergestores Regionais bem como do Presidente do Consórcio Intermunicipal SAMU Oeste do Paraná. Todos os sujeitos/gestores envolvidos terão acesso ao Termo de Consentimento Livre e Esclarecido antes a realização da pesquisa (TCLE) e ao Termo de Confidencialidade e Sigilo.

BENEFICIOS:

Endereço: PROPPG - LABESC - Sala 3	CEP: 86.057-970
Bairro: Campus Universitário	
UF: PR	Município: LONDRINA
Telefone: (43)3371-5455	E-mail: cep268@uel.br



Continuação do Parecer: 949.671

A governança impacta sobre a qualidade dos gastos públicos, a efetividade da gestão de recursos, e também a eficiência e qualidade da prestação de serviços. Nesse contexto, as Comissões Intergestores desempenham papel importante - onde é exercida a negociação e a construção de consensos para o aperfeiçoamento da gestão. Neste sentido, o estudo da configuração da CIR enquanto espaço de decisão e organização da rede regional de ações e serviços de saúde com foco nos serviços de atenção às urgências e emergências nos municípios integrantes da 10ª e 20ª Regionais de Saúde do Paraná contribuirá na identificação das dificuldades encontradas e na proposição de ações para alinhamento deste às diretrizes estabelecidas para a organização das CIRs e na ampliação da capacidade de governança, resultando em garantia do acesso e da integralidade da atenção.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Não há.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Todos os documentos necessários foram apresentados e devidamente assinados.

Recomendações:

Não há.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Recomenda-se a aprovação do projeto.

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

Prezado (a) Pesquisador (a),

Este é seu parecer final de aprovação, vinculado ao Comitê de Ética em Pesquisas Envolvendo Seres Humanos da Universidade Estadual de Londrina. E sua responsabilidade imprimi-lo para apresentação aos órgãos e/ou instituições pertinentes.

Coordenação CEP/UEL.

Endereço: PROPPG - LABESC - Sala 3

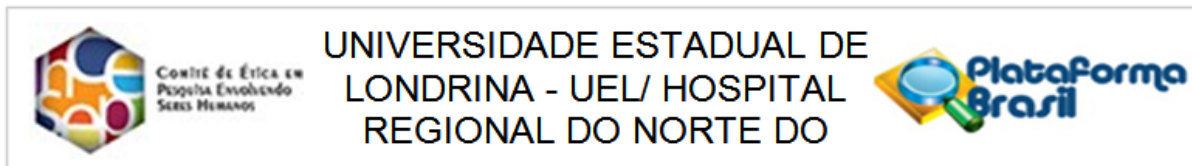
Bairro: Campus Universitário

UF: PR Município: LONDRINA

Telefone: (43)3371-5455

CEP: 86.057-970

E-mail: cep268@uel.br



Continuação do Parecer: 949.671

LONDRINA, 10 de Fevereiro de 2015.

Assinado por:
Alexandrina Aparecida Maciel Cardelli
(Coordenador)

Endereço: PROPPG - LABESC - Sala 3

Bairro: Campus Universitário

UF: PR

Município: LONDRINA

Telefone: (43)3371-5455

CEP: 86.057-970

E-mail: cep268@uel.br