

**ESCOLA DE GOVERNO EM SAÚDE PÚBLICA DO ESTADO DE
PERNAMBUCO
UNIVERSIDADE DE PERNAMBUCO**

**PROGRAMA DE RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE
COLETIVA COM ÊNFASE EM GESTÃO DE REDES DE ATENÇÃO A SAÚDE**

ANDERSON DANILO DARIO LIMA

**GOVERNANÇA NA COMISSÃO INTERGESTORES REGIONAL
DA XI REGIÃO DE SAÚDE DE PERNAMBUCO: ATORES
SOCIAIS E RECURSOS DE PODER**

SERRA TALHADA

2016

ANDERSON DANILO DARIO LIMA

**GOVERNANÇA NA COMISSÃO INTERGESTORES REGIONAL DA
XI REGIÃO DE SAÚDE DE PERNAMBUCO: ATORES SOCIAIS E
RECURSOS DE PODER**

Trabalho de Conclusão de Curso encaminhado à Escola de Governo em Saúde Pública do Estado de Pernambuco – ESPPE, como recurso parcial a obtenção do título de especialista em saúde coletiva.

Orientador: Prof. Dr. Garibaldi Dantas Gurgel Junior

SERRA TALHADA

2016

ANDERSON DANILO DARIO LIMA

**GOVERNANÇA NA COMISSÃO INTERGESTORES REGIONAL
DA XI REGIÃO DE SAÚDE DE PERNAMBUCO: ATORES
SOCIAIS E RECURSOS DE PODER**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à Escola de Governo em Saúde Pública do Estado de Pernambuco – ESPPE, como requisito parcial a obtenção do título de especialista em saúde coletiva.

Aprovado em __/__/__

Serra Talhada - PE, 11, de Maio de 2016.

Banca examinadora

Prof. orientador Dr. Garibaldi Dantas Gurgel Junior
(Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães – Fundação Oswaldo Cruz)

Profa. Ma. Célia Maria Borges da Silva Santana
(Escola de Governo em Saúde Pública do Estado de Pernambuco)

Prof. Me. Domício Aurélio de Sá
(Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães – Fundação Oswaldo Cruz)

Dedico a Johari, Briza e Nanda,

Meu “lado bom da vida”...

AGRADECIMENTOS

- ∞ A Deus, por ter trilhado esse caminho comigo....
- ∞ A minha família, o lugar onde encontro os melhores abraços, sorrisos e olhares...
- ∞ A Zelma, minha “irmã de outra mãe”, por estar ao meu lado independentemente dos ventos que sopravam...
- ∞ Aos meus amigos residentes Rafa, Bel, Marília, Jânio e Polly, uma das melhores coisas que a residência me trouxe...
- ∞ A Bernadete, minha tutora e amiga, pelo apoio sempre presente...
- ∞ Ao meu orientador Prof. Garibaldi por ter me dado autonomia de viver a pesquisa durante a residência...
- ∞ Aos profissionais da XI GERES pela paciência e ajuda nos meus trabalhos e na coleta dos dados dessa pesquisa...
- ∞ E a todos aqueles que desde um apertado abraço, até a possibilidade de partilhar o caminho juntos, estiveram presentes durante esses dois anos como residente...

O meu carinhoso e sincero muito obrigado!

RESUMO

Introdução: a descentralização político-administrativa brasileira infere a essencialidade da solidariedade interfederativa para a sustentabilidade da política pública de saúde. No arranjo organizativo da região de saúde, a Comissão Intergestores Regional (CIR) é uma arena política que possibilita a negociação solidária entre os municípios, no sentido de viabilizarem a implantação de Redes de Atenção à Saúde (RAS), mediante o exercício da governança pública regional. **Objetivo:** analisar o sistema de governança regional em saúde quanto aos atores sociais envolvidos e os recursos de poder, objeto do processo decisório da Comissão Intergestores Regional. **Metodologia:** estudo de caso, de abordagem qualitativa e quantitativa, mediante a análise documental das atas de reuniões da CIR da XI Região de Saúde de Pernambuco, que aconteceram no período de novembro de 2014 a novembro de 2015. **Resultados:** ocorreram 14 reuniões (12 de caráter ordinárias e 2 extraordinárias), sendo incluídas como fonte de coleta de dados 14 atas. O valor máximo de participantes nas reuniões do colegiado foi de 48 atores sociais e valor mínimo de 17 atores sociais. As categorias Técnico da Regional e Sociedade Civil apresentaram o maior número absoluto de participantes em uma reunião, perfazendo um valor máximo de 13 atores sociais para cada categoria. Estes, foram seguidos pelo Gestor público municipal e Técnico Municipal, com valor máximo de 8 atores sociais cada. Já o Prestador privado participou de 7 reuniões, destas 5 foram ordinárias e 2 extraordinárias. Houve uma predominância do recurso de poder Organizacional - informações compartilhadas e do recurso de poder Organizacional - infraestrutura institucional, seguido pelo Financeiro - financiamento adequado. **Discussão:** o contexto sugere que a CIR é permeável a participação de atores sociais além daqueles definidos pelo regimento, possibilitando o surgimento de alternativas que fortalecem o planejamento loco-regional. A adesão do gestor público municipal à CIR influencia no planejamento regional em saúde, e na conformação de uma rede de atenção em consonância com a dinâmica loco-regional, pois este é conhecedor das especificidades econômicas, administrativas e epidemiológicas do seu município. A esfera privada se posiciona de forma ativa no processo de planejamento loco-regional em saúde, devido, em parte a sua organização para ofertar os serviços mais lucrativos presentes no vazio assistencial da esfera pública. Sendo necessário o fortalecimento da regulação pública sobre o setor privado com vistas a primazia do coletivo. Há no contexto dos recursos de poder uma dissonância entre o conteúdo das informações compartilhadas da natureza das pactuações, sendo estas incipientes à conformação da RAS. Estando o ambiente de governança regional instituído como um espaço inovador, posicionado como um ambiente onde o fluxo de informação se posiciona de forma mais proeminente do que a deliberação para a consolidação da RAS. **Conclusão:** a fragilidade da adesão do Gestor público municipal, alinhado a presença de mais Técnicos estaduais e municipais, bem como, mais informações e poucas deliberações sugere que o processo decisório em saúde, quanto ao seu corpo robusto de decisões não migrou para o espaço da CIR, com a criação, mediante decreto presidencial, desse ambiente de governança.

Palavras-chave: Comissão Intergestores Regional. Atores Sociais. Recursos de Poder.

ABSTRACT

Introduction: the Brazilian political and administrative decentralization refers to the essentiality of interfederative solidarity to the sustainability of public health policy. In organizational arrangement of health region, the Regional Inter Commission (CIR) is a political arena that enables joint negotiation between the municipalities, to enable the implementation of health care networks (RAS) by the exercise of public governance regional. **Objective:** To analyze the regional governance system for health as the social actors involved and the resources to be able to subject the decision-making process of the Commission Inter-Regional. **Methodology:** case study, qualitative and quantitative approach, by documentary analysis of the minutes of meetings of the CIR XI of Pernambuco Health Region, which took place from November 2014 to November 2015. **Results:** there were 14 meetings (12 ordinary character, and extraordinary 2), included as data collection source 14 minutes. The maximum amount of participants in the joint committee meetings was 48 stakeholders and minimum of 17 social actors. The categories and regional Civil Society Technical showed the highest absolute number of participants at a meeting, making a maximum of 13 social actors for each category. These were followed by the municipal manager and Municipal Technical, with maximum of 8 social actors each. Already the private provider participated in 7 meetings, these 5 were ordinary and 2 extraordinary. There was a predominance of organizational power resource - shared information and organizational power resource - institutional infrastructure, followed by Financial - adequate funding. **Discussion:** the context suggests that the COR is permeable participation of stakeholders beyond those set by the regulations, enabling the emergence of alternatives that strengthen planning regional. Membership of the municipal manager to CIR influence on regional planning in health, and in establishing a network of care in line with the dynamic regional because this is cognizant of the economic characteristics, administrative and epidemiological of their municipality. The private sphere is positioned actively in the planning process regional health, due in part to its organization to offer the most profitable services on the assistance of the public sphere empty. If necessary the strengthening of public regulation of the private sector for the primacy of the collective. There in the context of power resources a dissonance between the content of the information shared nature of the pacts, which are incipient the conformation of the RAS. Being the regional governance environment established as an innovative space, positioned as an environment where the information flow is positioned more prominently than the decision to consolidate the RAS. **Conclusion:** the fragility of the membership of the municipal manager, as opposed to the presence of more state and local technicians, as well as more information and few resolutions suggests that decision-making in health, as to its robust body of decisions not migrated into space the CIR with the creation by presidential decree, that governance environment.

Keywords: Inter Regional Commission. Social Actors. Power resources.

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO.....	8
2. JUSTIFICATIVA.....	10
3. OBJETIVOS.....	10
3.1 OBJETIVO GERAL.....	10
3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	10
4. REFERENCIAL TEÓRICO.....	11
4.1 DESCENTRALIZAÇÃO POLÍTICO-ADMINISTRATIVA.....	11
4.2 GOVERNANÇA PÚBLICA EM SAÚDE.....	13
4.3 COMISSÃO INTERGESTORES REGIONAL.....	16
4.4 RECURSOS DE PODER.....	16
5. METODOLOGIA.....	19
5.1 CARACTERIZAÇÃO DA PESQUISA.....	19
5.2 CARACTERIZAÇÃO DO LOCAL DA PESQUISA.....	19
5.3 COLETA E ANÁLISE DOS DADOS.....	20
6. RESULTADOS.....	22
7. DISCUSSÃO.....	28
8. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	34
9. REFERÊNCIAS.....	35

1. INTRODUÇÃO

O processo de descentralização político-administrativo brasileiro, materializado de forma acentuada na década de 90, teve como resultado uma reestruturação do processo decisório em saúde com ênfase no município, tornando esse ente federado protagonista no processo decisório em saúde. Essa redistribuição de poder, para os níveis subnacionais, ampliou o número de atores sociais com acesso aos ambientes de negociação e pactuação para o planejamento e execução das ações e serviços de saúde (FILIPPIM, ABRUCIO, 2010). Nesse contexto, cada ator social é detentor de recursos de poder e influência na arena política em saúde, com o objetivo de satisfazer seus interesses, sejam eles individuais ou coletivos (PAULILLO e MELLO, 2005; MÉNY, 1996).

O Sistema Único de Saúde (SUS), é o meio pelo qual a administração pública brasileira, diretamente ou outorgando a um terceiro, exerce suas ações e presta serviços de promoção, prevenção e de assistência em saúde para a população. Esse sistema nacional, como política pública de proteção social, é orientado pelos princípios da democratização e proteção social presentes na Constituição Federal de 1988, apresentando atribuições compartilhadas entre os entes federados com ênfase na descentralização do planejamento e execução das ações e serviços para os municípios (DOMINGUEZ, 2014).

Todavia, as diferenças econômicas e administrativas, bem como, no perfil demográfico e epidemiológico dos municípios brasileiros, repercutiu diretamente sobre a capacidade do ente federado em conduzir políticas públicas (VIANA et al., 2010), o que fortalece a necessidade do estabelecimento de arranjos regionais, a saber: as regiões de saúde (LIMA et al., 2012). Definidas pelo Decreto 7.508 de 2011, as regiões de saúde com sua respectiva Comissão Intergestores Regional (CIR) surgem como ambiente especial de articulação entre os municipais com objetivo de deliberação sobre a arquitetura funcional dos serviços de saúde, norteadas pela equidade e integralidade do cuidado (VIANA et al., 2010).

Esse espaço de governança regional em saúde apresenta um Regimento Interno, que o caracteriza e define suas regras de funcionamento, como por exemplo: membros formais, atribuições dos atores sociais, processo decisório e de pactuação, bem como, quanto às resoluções fruto dos consensos. As reuniões do colegiado podem ocorrer de forma ordinária, ou seja, são as reuniões contidas no planejamento regional com frequência, geralmente, mensal; e extraordinárias, como aquelas que são solicitadas pelos atores sociais institucionais ou não institucionais, no sentido de resolução de demandas com caráter de urgência. Cada município que, formalmente, faz parte da região de saúde tem poder de representação dentro na CIR, sendo as pautas das reuniões enviadas aos mesmos, para conhecimento e sugestão da

inclusão de outros temas que estejam contidos dentro do escopo da realização das ações e serviços de saúde no âmbito loco-regional (DELZIOVO, 2012).

Tal espaço deliberativo regional no SUS é uma ferramenta estratégica que possibilita o balanço entre os interesses dos atores sociais em saúde, com vistas a primazia do interesse público. Na CIR há a possibilidade do exercício da governança, que pode ser caracterizada como sendo a decisão colegiada envolvendo “os mecanismos de liderança, estratégia e controle postos em prática para avaliar, direcionar e monitorar a atuação da gestão, com vistas à condução de políticas públicas, realizada em espaços de deliberação formal”. Como características do exercício da boa governança de políticas públicas, salienta-se: institucionalização; planos e objetivos; participação; capacidade organizacional e recursos; coordenação e coerência; monitoramento e avaliação; gestão de riscos e controle interno; e *accountability* (BRASIL, 2014).

As negociações contidas no processo decisório em saúde, mediadas pelos atores sociais, transcorrem sobre recursos de poder. Estes podem ser classificados em: constitucionais, referente às normas que regem a dinâmica do processo decisório; políticos, como o poder de representação de um ator social; financeiros, envolvendo os custos para a produção; tecnológicos, como a aplicação de conhecimentos; organizacionais, referente ao compartilhamento de informações; jurídicos; e, simbólicos (PAULILLO e MELLO, 2005). Dessa forma, o objetivo desse trabalho é analisar o sistema de governança regional, quanto aos atores sociais envolvidos e os recursos de poder objeto da Comissão Intergestores Regional da XI Região de Saúde do Estado de Pernambuco.

2. JUSTIFICATIVA

O Sistema Único de Saúde, como política de proteção social a saúde da população, tem suas ações e serviços baseados nos princípios organizativos da descentralização, regionalização/hierarquização e participação social sendo concretizados, espacialmente, em regiões de saúde. Estas, através da Comissão Intergestores Regional, tendo como ferramenta a governança pública, guiam, avaliam e definem as ações da gestão pública municipal na condução da política de saúde no âmbito loco-regional. Dessa forma, preenchendo um vazio de governança regional e influenciando diretamente sobre o formato e conformação das ações e serviços de saúde para a população residente na região de saúde, e aquelas referenciadas.

Nesse panorama, Hufty, Báscolo e Bazzani (2006) afirmam que o estudo da dinâmica de governança permite “descrever e explicar as interações de atores, processos e regras do jogo e, assim, conseguir melhor compreensão das condutas e tomada de decisões na sociedade”. Dessa forma, a análise do contexto de governança regional possibilita a proposição de estratégias e intervenções que podem fortalecer o processo de regionalização e consequentemente o potencial de resolutividade das regiões de saúde como uma estratégia gerencial com potencial de fazer frente às complexas demandas de saúde na escala de produção estatal regional. Assim, dirimindo as iniquidades em saúde demandas pela esfera pública a população de responsabilidade sanitária da região de saúde.

3. OBJETIVOS

3.1 OBJETIVO GERAL

Analisar o processo de governança na Comissão Intergestores Regional da XI Região de Saúde - PE, quanto aos atores sociais envolvidos e os recursos de poder objeto do processo decisório em saúde.

3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Identificar os atores envolvidos no processo de negociação da Comissão Intergestores Regional da XI Região de Saúde do estado de Pernambuco;

Descrever os tipos de recursos de poder que estão presentes no processo de deliberação da Comissão Intergestores Regional da XI Região de Saúde do estado de Pernambuco;

Compreender as implicações da dinâmica do processo de negociação na Comissão Intergestores Regional para a regionalização.

4. REFERENCIAL TEÓRICO

4.1 DESCENTRALIZAÇÃO POLÍTICO-ADMINISTRATIVA

O federalismo brasileiro, modelo político administrativo adotado, outorga, mediante arcabouço legal, autonomia entre seus entes constitutivos, a saber: união, estados, Distrito Federal e municípios. As constituições federais brasileiras de 1891, 1934 e 1946, já conferiam aos municípios certo grau de autonomia. Todavia, somente mediante a constituição federal de 1988, texto fundamentado sob a égide da redemocratização do estado brasileiro, é que os municípios passaram a apresentar personalidade jurídica, compartilhando dos poderes do Estado com os outros entes federados (ALCÂNTARA, 2011).

Este processo pode ser definido como descentralização político-administrativa no qual as funções executivas, legislativas e judiciárias, antes centralizadas em níveis hierárquicos mais altos no arranjo organizativo do Estado passam a ser exercidas de forma partilhada, onde cada ente federado apresenta atribuições e deveres no desenvolvimento social e econômico do país (COELHO, 2012).

O fortalecimento da descentralização, como proposta de reorientação do arranjo organizativo brasileiro pode ser explicado sob dois principais pensamentos. O primeiro, sob a ótica do neoliberalismo, no qual é objetivado o Estado Mínimo, associado à transferência de atribuições no sentido de tornar a máquina pública mais eficiente. O segundo fundamenta-se no aspecto que a descentralização traz consigo maior democratização, mediante a maior horizontalidade nas relações entre estado e sociedade (FARAH, 2001).

Houve, no caso brasileiro, uma miscigenação dessas duas ideologias, no qual a visão neoliberal e de democratização se somam em um conjunto de medidas que visam: maior ênfase a ação municipal, com maior ação referente a políticas públicas, bem como, obrigações tributárias; fortalecimento da proximidade do executor da política com o beneficiário, com criação de espaços de deliberação paritária (FARAH, 2001). Todavia, concomitantemente a descentralização ocorreu a hipertrofia dos instrumentos regulatórios da união, através de portarias e repasses de recursos vinculada a determinados programas (ARRETCHE, 2002; ABRÚCIO, 2005).

Dentre as competências referentes a políticas públicas de proteção social, que são exercidas de forma partilhada e complementares entre União, estados, Distrito Federal e municípios, destacam-se a educação, proteção do meio ambiente, habitação e saneamento; combate à pobreza e assistência a saúde (SOUZA, 2004). Esta, entre os domínios da vida em sociedade, regulados pela ação estatal, foi a que experimentou um processo de

descentralização mais proeminente, tal realidade pode ser elucidada pelo fato do Ministério da Saúde, no ano de 1995 ser executor direito de 87% das ações e serviços de saúde, passando para 31% em 2010. (PIOLA, et al., 2012)

O Sistema Único de Saúde (SUS), é o meio pelo qual a administração pública brasileira, diretamente ou outorgando a um terceiro, exerce suas ações e serviços de saúde para a população. Esse sistema, também é orientado pelos princípios da redemocratização presentes na constituição federal de 1988, apresentando atribuições compartilhadas entre os entes federados com ênfase na descentralização do planejamento e execução das ações e serviços para os municípios (DOMINGUEZ, 2014).

O Brasil é um país continental, com extensão territorial que abarca 47% da América latina, com um contingente populacional, de 190.732.694 habitantes distribuídos pelos seus mais de 5 mil municípios (PAIM et al., 2011). Sua grandeza abarca um elevado grau de heterogeneidade social, cultural, econômica e de capacidade financeira e administrativa entre as regiões (MOROSINI, 2014). Esse contexto presente também nos municípios repercute diretamente sobre a resposta estatal as demandas de saúde á população, sobretudo no tocante aos problemas de articulação, continuidade do cuidado e integralidade, em face da fragmentação das ações e potencial aumento da iniquidade observado na década de noventa no âmbito do processo de municipalização.

Tal cenário fortaleceu a necessidade de implantação e implementação de arranjos organizacionais que possibilitassem maior capacidade resolutiva para o atendimento integral e equitativo da população de responsabilidade sanitária do município, a saber: a regionalização. Este princípio organizativo do SUS preconiza o estabelecimento de Regiões de Saúde, mediante consórcios intermunicipais objetivando a cooperação na alocação e destinação de recursos de poder e organização dos serviços em Redes de Atenção à Saúde (RAS) (LIMA e VIANA, 2011).

Países como Inglaterra, Alemanha e Itália, passaram por um processo de descentralização em sincronismo com a regionalização (BANKAUSKAITE, et al., 2007). No qual os governos regionais, foram fortalecidos e munidos de autonomia para o planejamento e execução de políticas de saúde. Esse arranjo organizacional associado à distribuição de recursos de poder com maior ênfase ao governo regional possibilitou a implantação, com maior potencial de resolutividade, de redes de serviços (LIMA, et al., 2012). No âmbito nacional houve um forte descompasso entre descentralização e regionalização dirimindo a eficiência e eficácia das políticas de saúde devido a maior fragmentação técnica, operacional e organizacional com a escala de produção municipal (SANTOS e CAMPOS, 2015).

4.2 GOVERNANÇA PÚBLICA EM SAÚDE

O conceito de governança corporativa surgiu e se desenvolveu dentro do contexto do setor privado no momento em que as empresas, anteriormente geridas por seus donos, detentores do capital, passam a serem administradas por terceiros, ou seja, os donos se distanciam do processo decisório e conferem autonomia e poder a um administrador para o planejamento e execução. Desse contexto emerge a atitude conflituosa entre as partes, detentores de recursos de poder distintos, devido a possibilidade dos interesses dos administradores e proprietários serem divergentes. Norteadas pela premissa da diminuição de conflitos e delineamento dos planos, a governança se aplica como possibilidade ao exercício da cooperação entre as partes (BRASIL, 2013).

O processo de Reforma do Estado, acentuado na década de 90, apontava para a necessidade de conferir maior eficiência e eficácia à máquina pública brasileira, associado ao contexto de redemocratização. Esse processo estrutural que ocorreu em duas gerações de reforma fomentou a inclusão da governança no setor público, como possibilidade a: garantia que o foco das ações sejam as demandas sociais, repercutindo sobre a maior responsabilidade da organização com os beneficiados; clareza e transparência no compartilhamento de informações, principalmente para a população, esclarecendo sobre riscos e benefícios das decisões; e, definição das lideranças, baseadas em competências pessoais (BRASIL, 2013; IFAC, 2013).

Assim, a governança, no setor público, pode ser definida como o processo de avaliação, delineamento e monitoração das ações gestoras realizadas mediante a atuação cooperativa entre os atores institucionais envolvidos, tendo como objeto do processo, a resposta estatal às demandas sociais, baseadas em políticas públicas (BRASIL, 2013). Ainda, a governança pode ser caracterizada como sendo decorrente da atividade coletiva, com atores detentores de graus de poder distintos, sendo um processo claro, racional e incluído em contínua aprendizagem (AGUILLAR, 2009) no processo decisório de natureza colegiada e participativa.

Diante disso, a governança se torna, no discurso das instituições ligadas diretamente ao processo de Reforma do Estado, em escala internacional, como algo essencial para o bom funcionamento das ações e serviços de saúde, pois, a forma como se deu o processo de descentralização para os níveis subnacionais, dirimiu a capacidade cooperativa intermunicipal e em contrapartida fortaleceu as relações de competição por alocação de recursos, observadas na primeira geração de reforma, no processo de municipalização da saúde no Brasil. Esse cenário refletiu diretamente sobre as relações intermunicipais de regionalização, que no

contexto brasileiro estão fragilizadas e com baixo poder de resolutividade. Dificultando, por sua vez, a conformação de uma região de saúde como uma unidade, permeada pelos princípios da universalidade e equidade do acesso (VIANA, KUSHNIR, 2010).

Como espaços institucionais, no âmbito da saúde, em que a governança é uma possibilidade ao bom exercício das funções públicas, pode-se citar as Comissões Intergestores Regionais e os Conselhos Municipais de Saúde, ambientes onde há a participação de atores sociais representantes de diversos grupos sociais. Nesses espaços de caráter deliberativos formalmente, os interesses (públicos e privados) são conflituosos, todavia, passíveis de consenso, mediante negociação e pactuação, norteada pelo sentimento dos agentes públicos de responderem às demandas sociais por ações e serviços de saúde em tempo hábil e local oportuno (VIANA e LIMA, 2011).

Diante da importância da governança para a eficácia e eficiência da administração pública, o Tribunal de Contas da União (BRASIL, 2010), baseado em profunda e vasta análise da literatura, definiu um conjunto de características que se fazem presentes no conceito de “boa governança de políticas públicas”, no contexto da saúde, a saber:

- Institucionalização: conceito diretamente ligado ao princípio da legitimidade, as políticas públicas, necessitam de arcabouço legal que norteie as ações a serem realizadas, os espaços de deliberação e as responsabilidades dos atores sociais envolvidos no processo decisório;
- Planos e Objetivos, referente a operacionalização da política pública, estando em conformidade com as intervenções deliberadas à ação estatal, nesse escopo são analisadas a viabilidade e eficiência das ações demandadas e os recursos necessários a sua concretização;
- Participação que infere a responsabilização e sentimento de pertencimento daqueles envolvidos no processo decisório, sendo este aspecto diretamente dependente do grau de participação, devendo estar presente em todas as fases do ciclo de políticas públicas;
- Capacidade Organizacional e Recursos referem-se à dinâmica das ações que serão realizadas pelas organizações para se chegar aos objetivos pactuados, permeado pela alocação e disponibilidade de recursos em tempo hábil a sua necessidade de utilização;
- Coordenação e Coerência são essenciais para a consolidação da missão da política pública, com liderança que tenha a capacidade de ser articuladora das partes e

apaziguadora de conflitos de interesses, fortalecendo dessa forma a organização como uma unidade;

- Monitoramento e Avaliação, o caráter de aprendizagem contínua da governança infere a necessidade constante de monitoramento e avaliação de todo o processo envolvido no ciclo de políticas públicas, fornecendo subsídios aos delineamentos futuros que garantam maior eficiência e eficácia;
- Gestão de Riscos e Controle Interno, a complexidade do processo de execução de uma política pública está passível de um conjunto de possíveis falhas, devendo a instituição estar munida de capacidade administrativa e de recursos para resposta as falhas e alcance dos objetivos, o controle interno se refere à capacidade da organização de aumentar seu potencial de resolutividade mediante sincronismo das ações com os objetivos; e
- *Accountability* envolve a atitude de responsabilização dos atores sociais envolvidos com o objetivo da organização, mediante, principalmente, transparência, comunicação e fluxo anterógrado e retrógrado de informações.

Estudos apontam que a maturidade do processo de governança pública em saúde em nível regional, quanto a sua coordenação, cooperação e conflito apresenta disparidades entre os entes federados estaduais. Indo desde a governança da regionalização coordenada e cooperativa com institucionalidade avançada, como em Minas Gerais, São Paulo e Paraná, até a governança da regionalização de caráter indefinido e institucionalidade incipiente, como no estado do Amazonas e Roraima (LIMA, et al., 2012).

Ainda, o estado de Pernambuco apresenta uma governança da regionalização coordenada, todavia conflitiva, com institucionalidade intermediária. A etiologia dessa grande variedade de experiências de governança está enraizada no fato da autonomia dos estados e municípios para conduzirem o processo de regionalização nos seus territórios, estando influenciados por contextos históricos, sociais, políticos e culturais distintos. Soma-se a esse fato, a multiplicidade de situações de saúde distribuídas pelo território nacional (LIMA, et al., 2012).

4.3 COMISSÃO INTERGESTORES REGIONAL

A alternativa governamental de materializar o SUS, mediante prioridades sanitárias verticais, vinculados a recursos e burocratização excessiva das relações intergovernamentais, baseados em sucessivas normas do Ministério da Saúde gerou um conjunto de iniquidades. Dessa forma, em 2006 é lançado o Pacto pela Saúde, mediante portaria ministerial, que surge como uma alternativa inovadora para a fragmentação e desarticulação entre os entes federados e suas formas de executar as ações e serviços de saúde para a população de sua responsabilidade. Esse acordo interfederativo, retomou a regionalização como eixo norteador, inferindo a cooperação intergovernamental como prerrogativa essencial para a eficiência no alcance dos objetivos sanitários de forma solidária (LIMA et al., 2012; VIANA et al., 2010).

Nesse panorama são estabelecidos os Colegiados de Gestão Regional (CGR) como um espaço, institucional, com regimento próprio, de pactuação entre os municípios que fazem parte de uma região de saúde, com vistas a conformação de redes de atenção a saúde no âmbito regional. Os membros formais desse espaço de governança regional são os representantes do executivo em saúde municipais, a saber, os secretários municipais de saúde e a representação regional do executivo estadual em saúde, a saber, o gerente da Gerência Regional de Saúde. O processo de implantação e implementação dos Colegiados de Gestão Regional, após a indução pelo pacto, ocorreu de forma bastante heterogênea nas regiões brasileiras, apresentando extremos entre consolidação e incipiência, sendo exemplo deste a região norte do país (VIANA et al., 2010).

No ano de 2011 é lançado o Decreto 7.508, esse marco legal fomenta a essencialidade da consolidação de regiões de saúde para o exercício solidário do planejamento e execução, entre os entes federados. Nesse documento são trazidas as orientações para a criação das regiões de saúde e do seu respectivo espaço de governança pública, a Comissão Intergestores Regional (CIR). Esse órgão colegiado apresenta atribuições análogas às conferidas pelo Pacto pela Saúde aos Colegiados de Gestão Regional. Dessa forma, a CIR, preenche um vazio de governança no nível regional, sendo parte integrante e primordial para o fortalecimento da ação cooperativa, em ambiente institucional e estável, onde os atores sociais interdependentes, mediante a ação social exercem influência sobre o processo decisório do colegiado (SANTOS e GIOVANELLA, 2014).

4.4 RECURSOS DE PODER

As demandas sociais por ações e serviços de saúde se configuram de forma distinta entre os municípios brasileiros, refletindo o contexto socioeconômico da respectiva

população, semelhante a bolsões de necessidades de saúde contidos em um contexto mais amplo de demandas de saúde da população em sua totalidade (GUIMARÃES e GIOVANELLA, 2004). O Sistema Único de Saúde, por ser um sistema nacional com ações e serviços compartilhados entre os entes federados, apresenta-se também, sujeito as variações locais de poder econômico e capacidade administrativa inferindo á ação cooperativa entre os municípios.

Estes têm nos espaços institucionais de deliberação do SUS, como as Comissões Intergestores regional, o potencial de negociação e pactuação dos arranjos organizativos do sistema de saúde regional, de forma a apresentar resolutividade às demandas de saúde da população (VIANA et al., 2010; NORONHA, 2008). O processo de pactuação, nesse espaço, apresenta-se regido por normas, conferindo legitimidade ao processo. Essas normas, desenvolvidas pelos representantes sociais formuladores da política de saúde, afetam o processo decisório, pois habilitam e desabilitam, ampliam e limitam as ações e poderes dos atores sociais envolvidos (PAULILLO e MELLO, 2005).

Nesse âmbito, cada ator tem o objetivo de atender aos seus interesses e aumentar seu poder de negociação, mediante, o aumento dos seus recursos de poder em cada contexto. Podendo ser alcançado, através de diversos meios, como: capacidade de coordenar e aglutinar outros atores em uma única missão; fortalecer seu status social e político; gerenciar informações estratégias entre os atores. Os recursos de poder, envolvidos no processo de negociação, podem ser categorizados, segundo Paulillo e Mello (2005), em:

- Constitucionais: estão contidas nesse escopo as regras e normas que regem o processo, sendo um importante indutor de mudanças nos mais variados domínios do processo decisório;
- Políticos: estes recursos estão relacionados a delimitação e redistribuição, determinada pelos recursos constitucionais, de responsabilidades e poder de decisão entre os atores;
- Financeiros: atividades de alocação de recursos financeiros em conformidade com o objetivo das ações e as etapas do processo de produção em saúde; aumento ou diminuição da demanda e suas relações com as cotas de serviços de maior densidade tecnológica e custo financeiro; ganhos de produtividade; redução nos custos de produção das ações e serviços;
- Tecnológicos: avanços tecnológicos na área da saúde e sua inclusão na rede; meio de gerenciamento de informação entre os atores;

- Organizacionais: aspectos administrativos das etapas do processo de produção das ações e serviços de saúde e a sua influência para o alcance dos objetivos da rede, consórcios entre atores, infraestrutura dos pontos de atenção próprios e conveniados e a sua repercussão para o processo de produção;
- Jurídicos: ajuizamento das ações dos atores sociais envolvidos; e
- Simbólicos: referente ao acúmulo de conhecimentos e experiências do ator social na sua trajetória de vida, incluindo influências da educação, formação, família, crenças e valores.

O sistema de governança se apresenta imbricado nas relações de poder entre os atores, explicitando, frequentemente, relações assimétricas devido à distribuição desigual dos recursos de poder entre os atores (PAULILLO e MELLO, 2005). Onde, no contexto dos espaços de governança interfederativos em saúde, o conteúdo do processo decisório, geralmente, envolve recursos financeiros e recursos organizacionais, em detrimento das pactuações, baseados em estudos de caráter epidemiológicos locais, sobre ações e serviços demandas para a população, bem como o seu impacto (COELHO e PAIM, 2005).

5. METODOLOGIA

5.1 CARACTERIZAÇÃO DO ESTUDO

Trata-se de um estudo de caso, de abordagem qualitativa e quantitativa, sobre a governança regional em saúde quanto aos atores sociais presentes nas reuniões do colegiado e os recursos de poder que fazem parte das deliberações da Comissão Intergestores Regional da XI Região de Saúde de Pernambuco. Essa metodologia se justifica, pois se trata de um estudo de uma unidade, delimitada temporalmente e espacialmente dentro de um contexto maior que é o sistema de governança pública em saúde. Sendo fonte de análise e reflexão para compreensão do contexto das deliberações em saúde, subsidiando pesquisas posteriores sobre a temática (VENTURA, 2007).

O objeto de estudo desse trabalho é a dinâmica do processo decisório em saúde dentro do contexto de governança da Comissão Intergestores Regional da XI Região de Saúde de Pernambuco. Esse estudo norteia-se pelas seguintes perguntas: Quais os atores sociais e recursos de poder presentes no espaço de governança pública da Comissão Intergestores Regional? Qual implicação, desse contexto, para o processo de regionalização?

A fonte de dados dessa pesquisa foram as atas das reuniões ordinárias e extraordinárias, ou seja, fontes secundárias de dados, sendo sua análise exclusivamente realizada, visando a responder as perguntas norteadoras da pesquisa, sendo apresentados, posteriormente, de forma pública. Os atores sociais envolvidos no processo decisório, resultados da pesquisa, serão classificados segundo categorias (Quadro 1) tendo a sua identidade preservada. A Gerência Regional de Saúde, como representação estatal do nível executivo em saúde do estado de Pernambuco, consentiu a receber essa pesquisa, mediante a liberação da carta de anuência institucional.

5.2. CARACTERIZAÇÃO DO LOCAL DA PESQUISA

A XI Região de Saúde é composta por 10 municípios, distintos entre si quanto a número de habitantes, Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) e índice de Gini. Metade dos municípios apresentam IDH baixo (IDH entre 0,500 e 0,599) e o restante, estão classificados em IDH médio (IDH entre 0,600 e 0,699). Estando todos os municípios com IDH abaixo da média do Brasil, que para o ano de 2010 era de 0,69.

O índice de Gini é um instrumento que esclarece sobre o grau de concentração de renda em determinados grupo, ou seja, a diferença de rendimento entre os mais pobres e os mais ricos. O índice pode variar de 0, considerado estado de igualdade de distribuição de

renda, e 1 como o extremo da desigualdade. No ano de 2010, todos os municípios da XI Região de Saúde apresentaram índice de Gini abaixo do valor nacional e do estado de Pernambuco que alcançaram, respectivamente, 0,60 e 0,63. Tabela 01

Tabela 1 - Características demográficas e econômicas dos municípios da XI Região de Saúde do estado de Pernambuco. 2010.

Município	População	Índice de Desenvolvimento Humano	Índice de Gini
Betânia	12.003	0,559	0,55
Calumbi	5.648	0,571	0,54
Carnaubeira da Penha	11.782	0,573	0,56
Flores	22.169	0,556	0,50
Floresta	29.285	0,626	0,52
Itacuruba	4.369	0,595	0,46
Santa Cruz da Baixa Verde	11.768	0,612	0,51
São José do Belmonte	32.617	0,610	0,54,
Serra Talhada	79.232	0,661	0,56
Triunfo	15.006	0,670	0,56

Fonte: Atlas do Desenvolvimento Humano no Brasil, 2010; elaboração do autor.

5.3 COLETA E ANÁLISE DOS DADOS

A técnica utilizada, como metodologia para a coleta de dados será a análise documental, especificamente, as atas das reuniões ordinárias e extraordinárias da Comissão Intergestores Regional, por serem consideradas o registro do contexto das deliberações dessa comissão (SOUZA, 2011). Quanto ao recorte temporal, foram incluídas como fonte para esse estudo as atas das reuniões que ocorreram no período de novembro de 2014 a novembro de 2015. A coleta de dados foi estruturada da seguinte forma:

- 1) leitura das atas das reuniões ordinárias e extraordinárias da Comissão Intergestores Regional;
- 2) Classificação dos atores sociais presentes nas reuniões ordinárias e extraordinárias do colegiado, de acordo com a ata da reunião; Quadro 1
- 3) Classificação, dos recursos de poder encontrados como objeto do debate nas reuniões ordinárias e extraordinárias do colegiado, segundo Paulillo e Mello (2005). Quadro 2;

4) Contextualização, baseado em literatura, das implicações dos resultados encontrados para o processo de regionalização.

Quadro 1

Classificação dos atores sociais envolvidos no processo de governança regional em saúde.

Classificação	Descrição
Gestor Público Municipal	Secretario Municipal de Saúde Secretário Adjunto de Saúde
Técnico Municipal	Profissional, do quadro de recursos humanos do município, que esteja na qualidade de representante da administração pública municipal.
Técnico Regional	Profissional, do quadro de recursos humanos da Gerência Regional de Saúde, que esteja na qualidade de ouvinte/participante na CIR.
Técnico Estadual	Profissional, do quadro de recursos humanos da Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco, que esteja na qualidade de representante da esfera estadual na CIR.
Prestador Privado	Profissional, do quadro de recursos humanos do prestador privado, que esteja na qualidade de representante da organização.
Técnico Rede Própria	Profissional, do quadro de recursos humanos da Rede Própria do Estado e/ou Município, que esteja na qualidade de ouvinte/participante na CIR.
Sociedade Civil	Cidadão, sem vínculos com a administração pública municipal e/ estadual, que esteja na qualidade de ouvinte/participante da CIR.

Fonte: elaboração do Autor. (2016)

Quadro 2

Tipos de recursos de poder.

Recursos de poder	*Descrição
Constitucionais	Regras e normas legitimadas.
Políticos	<i>Status</i> público atribuído pelo Estado, poder de representação de um ator coletivo, poder de aglutinação de um ator coletivo.
Financeiros	Financiamento adequado; incentivo fiscal modificado ou concedido, subsídio modificado ou concedido, postergação de pagamentos; crescimento da demanda; crescimento da produção; ganhos de produtividade; redução nos custos de produção e/ou transação.
Tecnológicos	Conhecimento adquirido, emprego de tecnologias gerencial e da informação; controle de processos; certificação.
Organizacionais	Infra-estrutura institucional; informações compartilhadas; parcerias, consórcios, informações ocultadas; proximidade de fornecedores e/ou de consumidores; terceirização e sub-contratação.
Jurídicos	Direitos de propriedade intelectual.
Simbólicos	Educação, aspectos familiares, estrutura social, crenças, instituições, valores espirituais e materiais transferidos e rotina setorial.

Fonte: *Adaptado de Paulillo e Mello (2005); elaboração do autor.

6. RESULTADOS

Dentro do recorte temporal da pesquisa, ocorreram 14 reuniões da Comissão Intergestores Regional (CIR), sendo 12 de caráter ordinária, e 2 extraordinárias. Dessa forma, foram incluídas como fonte de coleta de dados 14 atas, iniciando com a 111ª reunião, que ocorreu no mês de novembro de 2014 e finalizando na 124ª reunião, que aconteceu no mês de novembro de 2015 (Tabela 2). A frequência de participação dos atores sociais é apresentada em medidas de dispersão, a saber: valor mínimo e valor máximo. Dessa forma, o valor máximo de participantes nas reuniões do colegiado foi de 48 atores sociais e valor mínimo de 17 atores sociais, como apresentado na Tabela 2. O menor número de participantes foi encontrado nas duas reuniões extraordinárias, enquanto nas reuniões ordinárias esse quantitativo apresentou variações dentro dos limites citados anteriormente.

A análise das atas das reuniões da CIR, quanto aos atores sociais presentes nesse espaço deliberativo, inferiu a necessidade de incluir duas categorias que não estavam previstas na metodologia (Quadro 1), referente a classificação dos atores sociais, a saber: Gestor Público Regional, que diz respeito ao ator social que ocupa o cargo de gerência da XI Gerência Regional de Saúde; e, Convidado, como aquele que recebe, formalmente, do setor de planejamento da GERES um convite para estar presente no momento da reunião.

O valor máximo de participação do Gestor público municipal, ou seja, secretário municipal de saúde, ator social com poder de voz e voto segundo o regimento da CIR, nas reuniões do colegiado foi de 8 gestores e valor mínimo de 4 gestores. Já o Gestor público regional esteve presente em 11 reuniões ordinárias e 1 extraordinária, no período estudado. Quanto ao Prestador Privado, representante formal de empresa que apresenta contratualização com a esfera pública municipal, estadual ou ambas, o mesmo participou de 7 reuniões do colegiado. Tendo, como valor máximo de participação nas reuniões um total de 7 prestadores e valor mínimo de 1 prestador (Tabela 2 e 3).

A categoria de ator social Técnico da Regional, ou seja, profissional com vínculo empregatício com a XI Gerência Regional de Saúde, apresentou como valor máximo de participantes nas reuniões do colegiado o total de 13 Técnicos regionais e valor mínimo de 3 técnicos. Sendo o ator social com maior número absoluto de participação nesse espaço de governança regional.

Tabela 2- Distribuição dos atores sociais por reunião da Comissão Intergestores Regional da XI Região de Saúde de Pernambuco. Nov 2014 – Nov 2015

Distribuição dos atores sociais por reunião														
Ator Social	111 ^a	112 ^a	113 ^a	114 ^a	^b 115 ^a	116 ^a	117 ^a	118 ^a	119 ^a	120 ^a	121 ^a	122 ^a	^b 123 ^a	124 ^a
Gestor Público Municipal	7	7	4	8	6	4	7	7	6	5	4	8	7	7
Gestor Público Regional	1	1	1	1	0	1	1	1	1	0	1	1	1	1
Técnico Municipal	5	8	7	8	3	5	7	2	3	7	3	4	3	2
Técnico Regional	6	5	10	7	3	7	8	11	11	13	7	13	4	8
Técnico Estadual	0	1	0	3	0	1	0	1	2	0	1	1	1	0
Técnico Federal	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0
Prestador Privado	0	0	1	4	3	0	0	0	0	0	3	7	1	1
Técnico Rede Própria	1	1	1	1	2	1	1	1	1	0	1	1	0	0
Sociedade Civil	0	3	0	5	0	7	7	6	4	1	2	13	0	0
Convidado	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1	1	0	0	1
Total de Participantes	20	26	24	38	17	26	32	29	28	27	23	48	17	20

Fonte: Atas das reuniões da Comissão Intergestores Regional; elaboração do autor. (2016). ^b Reunião extraordinária.

O Técnico municipal, representante da administração pública municipal de saúde, apresentou como valor máximo de participação um total de 8 e mínimo de 2 técnicos por reunião da comissão (Tabela 3). Quanto a Sociedade civil, aquele ator social sem vínculo empregatício com a administração pública municipal e estadual presente na reunião na qualidade de ouvinte, esteve presente em 9 reuniões da CIR, com valor máximo de 13 e valor mínimo de 3 atores por reunião do colegiado (Tabela 2 e 3).

Tabela 3 - Valor máximo e mínimo da participação do ator social em uma reunião da Comissão Intergestores Regional da XI Região de Saúde de Pernambuco. Nov 2014 – Nov 2015

Ator Social	Máximo	Mínimo
Gestor Público Municipal	8	4
Gestor Público Regional	1	0
Técnico Municipal	8	2
Técnico Regional	13	3
Técnico Estadual	3	1
Técnico Federal	1	0
Prestador Privado	7	1
Técnico Rede Própria	1	0
Sociedade Civil	13	3
Convidado	1	0

Fonte: Atas das reuniões da Comissão Intergestores Regional; elaboração do autor. (2016)

A estruturação das etapas do processo de realização da reunião do colegiado, instituído mediante regimento próprio, inferiu a necessidade de classificação do recurso de poder em dois grupos, levando-se em consideração a forma como este é posto no processo de cada reunião da CIR. Dessa forma, o primeiro domínio se refere aos recursos de poder compartilhados, como aqueles que são objeto da pauta, todavia não foram sujeitos a deliberação entre os atores sociais que apresentam poder de voz e voto do colegiado. O segundo grupo é referente aos recursos de poder, contidos na pauta, propostos à discussão e deliberação dos atores sociais com poder de voz e voto, segundo o regimento do colegiado.

Diante disso, no âmbito do compartilhamento evidenciou-se a presença em 13 (12 ordinárias e 1 extraordinária), do total de reuniões incluídas nesse estudo, do recurso de poder Organizacional, descrito como: informações compartilhadas entre os atores. Quanto ao fluxo de informações, pode-se observar que a GERES representada pelos atores sociais gerente e/ou técnicos da instituição e o Prestador Privado posicionam-se como emissores do respectivo recurso de poder, enquanto que o município, ou seja, os atores sociais gestor público e/ou técnico do município se posicionaram como receptor da informação (Quadro 3).

No que se refere ao conteúdo e quantidade do recurso de poder Organizacional - informações compartilhadas observa-se um padrão inverso entre as reuniões ordinárias e extraordinárias. Onde, nas reuniões ordinárias o maior quantitativo encontrado foi do recurso de poder Organizacional - informações compartilhadas. Os mesmos, fazendo referencia a diversas etapas do processo da realização de ações e prestação de serviços de saúde para a população de responsabilidade sanitária dos municípios, que compõem a XI Região de Saúde, de forma direta ou indireta, mediante a esfera privada (Quadro 3).

Já nas reuniões extraordinárias, há menor quantidade do recurso de poder Organizacional - informações compartilhadas, bem como, quando este recurso está presente, o mesmo apresenta um conteúdo restrito a pontos de maior influência no processo de deliberação para a implantação e/ou implementação operacional dos pontos de atenção a saúde. Nesse espaço, em especial, é dada maior ênfase a processos de negociação/pactuação entre os atores presentes (Quadro 3 e 4).

Quadro 3 – Recursos de poder compartilhados na Comissão Intergestores Regional da XI Região de Saúde de Pernambuco, Nov 2014 – Nov 2015

Reunião	Recurso de Poder	Descrição	Fluxo/Sentido
111 ^a	Organizacional	Informações: ampliação da realização de cirurgias pelo hospital regional; situação dos municípios quanto a utilização das cotas dos serviços prestados por uma O.S.	GERES-Mun.
112 ^a	Organizacional	Informações: situação da implantação do serviço de urgência e emergência loco-regional; recursos financeiros de origem estadual para a atenção primária.	GERES-Mun.
113 ^a	Organizacional	Informações: processo de distribuição de imunobiológicos pela coordenação do PNI regional; período para envio de relatórios de gestão em saúde dos municípios.	GERES-Mun.
114 ^a	Organizacional	Informações: disponibilidade e prerrogativas para o acesso a serviços de reabilitação por uma O.S.; tecnologia de radiocomunicação para o serviço de urgência e emergência loco-regional.	GERES-Mun.; Prest.Priv-Mun.
*115 ^a	Não Houve	Não Houve	Não Houve
116 ^a	Organizacional	Informações: processo de trabalho de uma O.S.; parcerias para as atividades de laboratório de referencia regional para algumas endemias.	GERES-Mun.; Prest.Priv-Mun.
117 ^a	Organizacional	Informações: contexto das pactuações que ocorreram em um evento com a representação das administrações públicas municipais em saúde.	GERES-Mun.
118 ^a	Organizacional	Informações: prazo para realização das conferências municipais de saúde; prestador privado que realiza exames complementares de rastreamento do câncer de mama.	GERES-Mun.; Prest.Priv-Mun.
119 ^a	Organizacional	Informações: fluxo de acesso da paciente gestante ao hospital regional; ações de vigilância ambiental estaduais e sua descentralização para a regional; situação dos indicadores municipais referentes ao pacto pela saúde de estadual.	GERES-Mun.; Prest.Priv-Mun.
120 ^a	Organizacional	Informações: cronograma de visitas dos técnicos da regional nos municípios; contexto dos municípios quando ao fornecimento de informações orçamentárias no sistema de informação do Ministério da Saúde.	GERES-Mun.; Prest.Priv-Mun.

121 ^a	Organizacional	Informações: diminuição da oferta de serviços do hospital regional devido ao plano de contingenciamento estadual.	GERES-Mun.; Prest.Priv-Mun.
122 ^a	Organizacional	Informações: evento de fortalecimento de práticas humanizadas no período gravídico-puerperal; resultados das fiscalizações das salas de vacinas dos municípios;	GERES-Mun.
*123 ^a	Organizacional	Informações: processo de habilitação de unidades móveis de urgência e emergência sob a administração municipal.	GERES-Mun.
124 ^a	Organizacional	Informações: implantação e implementação de pontos de atenção a saúde mental contidos no desenho da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS)	GERES-Mun.

Fonte: Atas das reuniões do Colegiado de Gestão Regional; elaboração do autor. *Reuniões extraordinárias. (2016)

No tocante aos recursos de poder sujeitos a deliberação dos atores sociais envolvidos no processo decisório em saúde da CIR, observou-se uma maior frequência, do recurso de poder Organizacional, com descritor: infraestrutura institucional, em 4 reuniões do colegiado, tendo como proponente, em 3 destas, o Município, e em uma reunião a GERES. Já o recurso de poder Financeiro, com descritor: financiamento adequado, semelhantemente ao anterior, foi objeto de deliberação do colegiado em 4 reuniões, tendo como proponente, o Prestador privado, representante da esfera privada (Quadro 4).

O recurso de poder Organizacional, com descritor: parceria, esteve presente em 3 reuniões do colegiado, sendo proposto, por três atores coletivos isoladamente, a saber: município, GERES e Instituição Pública de Ensino Superior. Na mesma frequência, o recurso de poder Financeiro, com descritor: cotas, esteve presente em 3 reuniões do colegiado, tendo como proponente nos três momentos o Município, visando a readequação do número de consultas e exames complementares realizados por unidades da administração direta ou indireta vinculadas a Secretaria Estadual de Saúde às demandas do ente federado municipal (Quadro 4).

O recurso de poder Tecnológico, com descritor: controle de processo teve como proponente a GERES, estando presente como objeto das deliberações do colegiado em dois momentos. Nestes, o conteúdo da pactuação entre os atores sociais com direito de voz e voto fez referência a datas e respectivos horários para realização de reunião entre os Gestores Públicos Municipais e capacitações para os Técnicos Municipais. O recurso de poder Tecnológico com descritor: emprego de tecnologia gerencial esteve presente em uma reunião do colegiado, tendo como proponente o município, fazendo referência à realização de reuniões entre os Gestores Públicos Municipais. Na mesma frequência, o recurso de poder Organizacional, com descritor: recursos humanos esteve presente como objeto de pactuação do colegiado, sendo proposto pela GERES (Quadro 4).

Na análise do conteúdo de recursos de poder por natureza da reunião, observa-se a predominância do recurso de poder Financeiro-financiamento adequado na reunião extraordinária, tendo como proponentes os respectivos Prestadores privados com contratualização com a administração pública municipal que faz parte da XI Região de Saúde de Pernambuco. Ainda, em duas reuniões ordinárias não houve nenhum processo de negociação/pactuação, estando presente somente o compartilhamento de recursos de poder, descritos anteriormente (Quadro 4).

Quadro 4 – Recursos de poder negociados/pactuados nas reuniões da Comissão Intergestores Regional da XI Região de Saúde de Pernambuco. Nov 2014 – Nov 2015

Reunião	Recurso de Poder	Descrição	Proponente
111°	Organizacional	Infraestrutura Institucional: construção de uma unidade básica de saúde em um município.	Mun.
112°	Organizacional	Infraestrutura Institucional: construção de uma unidade de reabilitação para pessoas com deficiência em um município.	Mun.
113°	Organizacional	Infraestrutura Institucional: implantação de equipe de saúde bucal no PSF em um município.	GERES; Mun.
	Tecnológico	Controle de Processo: repactuação sobre o dia e horário das reuniões da CIR.	GERES
114°	Organizacional	Recursos Humanos: reestruturação da comissão de educação regional.	GERES
*115°	Financeiros	Financiamento adequado: reequilíbrio econômico-financeiro do contrato que trata de cirurgias eletivas que são realizadas pelo prestador privado (que apresenta contrato com o município sede) aos municípios da regional.	Prest. Priv.
	Tecnológico	Emprego de tecnologia Gerencial: realização de reunião somente com os secretários municipais de saúde, antes da reunião do colegiado regional.	Mun.
116°	Não houve	Não Houve	Não Houve
117°	Financeiros	Cotas: readequação no número de exames de radiografias por raio-x realizadas para os municípios pelo Hospital Regional, utilizando o critério populacional para cálculo.	Mun.
118°	Financeiros	Cotas: readequação no número de exames de radiografias por raio x realizadas para os municípios pelo Hospital Regional, utilizando o critério populacional para cálculo.	Mun.
	Financeiros	Cotas: remanejamento de cotas de exames complementares e consultas especializadas realizadas pela própria unidade (UPA), independente da autorização do secretário municipal.	Mun.
	Organizacional	Parceria: entre município sede da regional e regional para levantamento de informações sobre processo de implementação de pontos do serviço de urgência e emergência móvel.	Mun.
119°	Tecnológico	Controle de Processo: data para realização de capacitação quanto à investigação de óbitos fetais e infantis nos municípios; data para realização de capacitação referente ao sistema de informação de imunobiológicos.	GERES
120°	Organizacional	Infraestrutura Institucional: implantação de uma equipe de matriciamento da Estratégia de Saúde da Família.	GERES
121°	Financeiros	Financiamento Adequado: reequilíbrio econômico-financeiro do contrato que trata dos serviços que são prestados pelo prestador privado (serviço especializado em saúde mental) aos municípios da regional.	Prest. Priv.
	Organizacional	Parcerias: disponibilização de automóveis, de urgência e emergência, pelos municípios para o hospital regional.	GERES

Continuação do Quadro 4

122°	Financeiros	Financiamento Adequado: reequilíbrio econômico-financeiro do contrato que trata dos serviços que são prestados pelo prestador privado (serviço especializado em saúde mental) aos municípios da regional.	Prest. Priv.
	Organizacional	Parcerias: disponibilização dos municípios para o hospital regional de automóveis de atendimento de urgências e emergências, sendo o abastecimento de combustível de responsabilidade do hospital regional.	GERES
	Organizacional	Parcerias: oferta de serviços ambulatoriais disponibilizados pela cooperação entre Universidade Estadual de Pernambuco, administração pública municipal e gerência regional de saúde aos municípios da regional de saúde.	Instituição Pública de Ensino Superior
*123°	Financeiros	Financiamento Adequado: reequilíbrio econômico-financeiro do contrato que trata dos serviços que são prestados pelo prestador privado (serviço especializado em saúde mental) aos municípios da regional.	Prest. Priv.
124°	Não houve	Não Houve	Não Houve

Fonte: Atas das reuniões do Colegiado de Gestão Regional; elaboração do autor. *Reuniões extraordinárias. (2016)

7. DISCUSSÃO

A criação das regiões de saúde, mediante o decreto nº 7508, inferiu a necessidade de implantação de instrumentos gerenciais que possibilitassem a negociação e pactuação entre os atores sociais da esfera pública, privada e terceiro setor, ligados aos processos de demandar ações e serviços de saúde no âmbito regional. Nesse panorama, tem-se a Comissão Intergestores Regional (CIR) como um colegiado norteado por regimento próprio, caracterizando um ambiente de deliberação entre as representações legais dos municípios que fazem parte da região, no sentido de viabilizar a política de saúde a nível regional (CARNEIRO et al 2014). Processo este caracterizado como governança regional em saúde (SANTOS e GIOVANELLA, 2014).

No colegiado, através da ação social atores individuais e coletivos influenciam no processo decisório em saúde, com vistas à primazia dos seus interesses (DE CARVALHO FIGUEIREDO e PAULILLO, 2005). Nessa pesquisa, observou-se uma variedade de atores sociais, como agentes da esfera pública municipal, estadual, e federal, bem como, representantes da sociedade civil e setor privado presentes nas reuniões. Tal contexto sugere que o ambiente do colegiado é permeável a participação de atores sociais além daqueles definidos pelo regimento da CIR. Apesar do poder de voto ser do gestor público municipal, a presença de outros atores sociais, abre o diálogo para etapas do processo de produção de ações e serviços de saúde a nível regional, que não estão contempladas na agenda do colegiado possibilitando o surgimento de alternativas para impasses ao fortalecimento de processos de planejamento e execução loco-regional em saúde.

Esses resultados corroboram com os de Vianna e Lima (2013), referente a um estudo sobre a conformação dos Colegiados de Gestão Regional (CGR), no estado do Rio de Janeiro utilizando como meios de coleta de dados entrevista semiestruturada e análise documental, dentre os quais constava as atas das reuniões do CGR. Os autores verificaram a presença de uma variedade de atores sociais na arena de negociação do colegiado, como, prestadores privados, sociedade civil representada por membros de instituições de pesquisa e ensino, representantes de categorias profissionais, além daqueles membros formais, como secretário municipal de saúde e gestor regional. Para os autores, a justificativa para esse contexto reside no fato da necessidade de informações para a tomada de decisão em saúde.

Segundo Freury et al. (2010), a presença dos respectivos atores sociais no processo de governança regional é o resultado do rearranjo político administrativo brasileiro, baseado na reorientação das atividades estatais e no crescimento da atuação do setor privado e terceiro setor em políticas sociais antes exercidas de forma exclusiva, e centralizada, pelo Estado. Ocorrendo, dessa forma, os processos de descentralização político-administrativo para os municípios e posterior aglutinação destes em regiões de saúde. Essa mudança na escala de produção de serviços de saúde, essencialmente associada a redistribuição de poder gerou mudanças nas relações entre municípios, estado, esfera privada e população (SANTOS 2012; VIANA et al., 2010).

Dentre os atores sociais, a esfera privada, mediante os prestadores privados de serviços de saúde, tem se tornado um ator com grande influência política e técnica nos espaços decisórios. Esse fato decorre, principalmente, da insuficiência crônica de vagas para exames complementares e consultas especializadas na rede pública própria, que repercute diretamente sobre o tempo no qual o paciente permanece na fila de espera. Tal contexto impulsiona o mesmo a buscar os serviços no setor privado, que se organiza no sentido de ofertar os serviços mais lucrativos presentes no vazio assistencial da esfera pública (SANTOS e GIOVANELLA, 2014; COELHO, 2011).

Diante dessa vantagem competitiva, a esfera privada encontra um ambiente ótimo para a sua atuação e crescimento. Nesse trabalho evidenciou-se a presença do prestador privado em 7 das 14 reuniões do colegiado regional que foram objeto de análise. Vale salientar que, tal ator social se posicionou, no processo decisório, de forma ativa, como proponente no compartilhamento de recursos de poder. Bem como, na inclusão na agenda do colegiado, do debate sobre o recurso de poder Financeiro, voltado ao reequilíbrio econômico-financeiro de contratos entre a esfera pública municipal e prestadores privados que foram discutidos e

deliberados nas duas reuniões extraordinárias do colegiado que ocorrem no período de tempo estudado.

Contexto semelhante foi encontrado por Coelho (2011), em uma pesquisa cujo objetivo foi analisar as relações entre os atores da esfera pública e esfera privada em duas regiões de saúde do estado do Espírito Santo. No qual pode-se observar uma preponderância dos atores da esfera privada no planejamento regional em saúde. Para a autora, esse panorama, é reflexo, em parte, da fragilidade dos órgãos administrativos regionais em exercer atividades de planejamento loco-regional, pois os mesmos se situam na arena política em saúde como um interlocutor entre o nível administrativo estadual e os prestadores privados. Dirimindo, dessa forma, o potencial dessa instância de se posicionar de forma ativa no processo decisório em saúde, principalmente quanto à influência exercida pela esfera privada.

Esta, mediante os prestadores privados, tem sua participação na execução de ações e serviços de saúde trazida em lei, tendo a mesma, caracterizado tal participação como sendo de caráter complementar e inserido no planejamento em saúde, com vistas a primazia do coletivo e resposta as necessidades de saúde da população de responsabilidade sanitária do ente federado contratante. Dessa forma, estando o interesse privado subordinado ao interesse público. De acordo com Santos (2012), o ponto central do debate, não é a defesa do distanciamento da atuação do setor privado na área da saúde, mas sim, a definição e fortalecimento de formas de regulação dessa parceria pela esfera pública, para que, apesar do cunho econômico, a esfera privada exerça sua atividade de cuidado em saúde orientada pelos princípios de direito do seu contratante, ou seja, o paciente, mediante a administração pública.

A XI região de saúde do estado de Pernambuco é formada por 10 municípios, dessa forma, a constituição do colegiado regional tem como membros formais, 10 gestores municipais de saúde e o gestor público regional. Na análise da presença desse ator social nas reuniões da CIR, pode-se observar que em nenhuma das 14 reuniões incluídas nesse estudo, o número total de gestores municipais foi equivalente ao número de municípios. Esses dados vêm ao encontro dos resultados evidenciados por Santos e Giovanella (2014) e Vianna e Lima (2013) em um estudo de caso sobre o sistema de governança de regiões de saúde no estado da Bahia e Rio de Janeiro, respectivamente.

Vale salientar que o gestor público municipal é conhecedor das potencialidades e fragilidades administrativas e financeiras, bem como, das peculiaridades epidemiológicas e necessidades de saúde da população de sua responsabilidade sanitária. Devendo posicionar-se na CIR quanto à conformação dos seus respectivos pontos de atenção a saúde e as formas de

articulação destes com a rede de atenção a saúde regional, de forma a garantir o cuidado integral ao cidadão.

Levando-se em consideração que o processo de negociação do colegiado é de forma compartilhada, onde maioria simples (50% mais 1), norteia os rumos dos processos das etapas de execução dos serviços de saúde pode-se inferir, de forma alinhada com Santos e Giovanella, (2014), que a ausência do gestor público municipal no espaço de deliberação regional influencia negativamente no planejamento regional em saúde, e na conformação de uma rede de atenção em consonância com a dinâmica loco-regional. Ainda, vale mencionar a reflexão de Wendhausen e Cardoso (2007), sobre a complexidade do processo decisório no qual a inclusão do contexto local na agenda do processo decisório da arena política depende, em parte, da participação ativa do representante legal do ente federado.

Segundo Coelho e Paim (2005), no âmbito das políticas públicas de saúde, no qual a complexidade estrutural e de processo é inerente, a informação estratégica e gerencial caracteriza-se como um recurso de poder divisor de forças dentro da arena política. Levando em consideração a fragilidade financeira e econômica para as diversas etapas de operacionalização das ações e serviços de saúde a nível loco-regional de forma integrada infere-se a necessidade de um processo decisório imbuído de embasamento técnico contextualizado. Nesse panorama, a análise da categoria de recursos de poder compartilhados entre os atores sociais presentes no processo de governança regional da CIR mostrou a presença, em 13 das 14 reuniões analisadas, do recurso de poder Organizacional – com descritor: informações compartilhadas.

Todavia, o conteúdo desse recurso de poder, no colegiado estudado, foi voltado principalmente para o esclarecimento quanto a fluxos assistências, distribuição de insumos, e obrigações burocráticas municipais difundidas pelos técnicos regionais e prestadores privados, o que, por sua vez, justifica o elevado número desses atores sociais nas reuniões analisadas. Esses resultados seguem alinhados aos encontrados por Carneiro et al. (2014), em um estudo, de cunho qualitativo, no qual foi analisado a dinâmica do processo decisório em colegiados de gestão regionais de saúde da cidade de Ribeirão Preto – SP, sob a ótica do gestor público municipal. No qual, observou-se um posicionamento ativo da representação do nível estadual do executivo em saúde na condução e coordenação das demandas para os atores sociais dos municípios.

A reflexão sobre a natureza do recurso de poder Organizacional – informação compartilhada no contexto do colegiado demonstra que as informações com potencial de subsidiar o planejamento estratégico, bem como, a avaliação e monitoramento da execução de

ações e serviços intergovernamentais e cooperativos tiveram menor espaço nas discussões. Ou seja, uma dissonância entre o conteúdo das informações compartilhadas da natureza das negociações e pactuações que são realizados nesse espaço de governança. Assim, percebe-se que o ambiente de governança regional instituído como um espaço inovador de negociação e deliberação entre os entes municipais com vistas a conformação de ações e serviços de saúde na estrutura de redes de atenção a saúde, tem se posicionado como um ambiente onde o fluxo de informação se posiciona de forma mais proeminente do que o debate e deliberação para a consolidação da RAS.

Essas características são análogas às encontradas por Santos e Giovanella (2014), na região de saúde de Vitória da Conquista – BA, no qual os autores consideram que a etiologia para esse panorama está, em parte, atrelado ao posicionamento do gestor público municipal no espaço de governança, sendo esse posicionamento reflexo da sua capacidade técnica e política de influenciar no processo decisório em saúde, bem como a sua autonomia executiva dentro do seu município. Na CIR, diante da disputa de interesses, aqueles gestores públicos municipais sem formação específica na área de gestão em saúde pública ou experiência no cargo, cedem seu poder de voz, aqueles que se posicionam de forma ativa, omitindo e aglutinando sua opinião aqueles mais bem situados no contexto. Dessa forma, diante de assimetrias de recursos de poder, há uma subordinação do potencial de deliberação e cooperação do colegiado regional a interesses e contextos de atores individuais.

No âmbito dos recursos de poder objeto das deliberações e negociações encontrou-se um contexto mais heterogêneo do que aqueles compartilhados entre os atores. Houve uma preponderância, na pauta, do recurso de poder Organizacional, com descritor: infraestrutura institucional. Todavia, vale salientar que, as deliberações quanto à infraestrutura institucional foram colocados na plenária como projetos estruturados *a priori*, para homologação, não estando incluído nesse momento discussões sobre metas, responsabilidades, recursos e fluxo assistencial entre esses pontos de atenção à saúde e a rede de atenção regional. Tal situação foi análoga para as deliberações, tendo como objeto outros recursos de poder como, o Organizacional-parceria, Financeiro-cotas, Tecnológico-emprego de tecnologia gerencial, entre outros.

Esse contexto fortalece o pensamento de que, apesar do espaço de governança apresentar-se como uma possibilidade a cooperação, os entes federados exercem influência no processo decisório de forma unilateral, desintegrados da ótica de um planejamento regional, perpetuando um contexto de diversos sistemas de saúde municipais isolados (VIANA et al., 2010). A etiologia dessa situação pode ser explicada através da análise da estrutura

institucional, pois segundo Mello (2004), estas mediante mudanças nas regras e normas oportuniza ou limita a atuação dos atores sociais no processo decisório.

Entretanto, em que pese à relevância do contexto loco-regional de governança para a sua própria sustentabilidade como estratégia gerencial inovadora e resolutiva, cabe aqui ressaltar o panorama através do qual a região de saúde veio a ser instituída como estratégia de governança essencial para a diminuição da fragmentação do Sistema Único de Saúde. Segundo, Viana et al., (2010) uma primeira reflexão refere-se a operacionalização do processo de descentralização político administrativo brasileiro, no qual, maior ênfase foi dada a transferência de recursos e encargos para os municípios, respondendo mais as prerrogativas, estruturais, de enxugamento do tamanho do estado, do que o estabelecimento de um plano político de desenvolvimento loco-regional.

Segundo, a execução de um processo de descentralização de recursos e encargos sem levar em consideração as peculiaridades do território tornaram mais frágeis as linhas de coesão do processo. Pois, a aplicação de estratégias verticais do nível federal, vinculadas a recursos específicos, em um sistema nacional caracterizado pela heterogeneidade política, financeira, cultural, administrativa, e de necessidade de saúde posiciona, o gestor público municipal no espaço de governança em uma situação paradoxal de subordinar suas demandas municipais, pela oferta estatal.

Dessa forma, temos um contexto de mudanças nas atribuições e relações de poder entre os entes federados estatais e não-estatais, norteados mediante leis verticais que colocam em condições iguais, entes desiguais. O que torna, segundo Viana et al. (2010), a capacidade de conduzir políticas públicas a nível local altamente dependente das condições municipais prévias, principalmente, aquelas relacionadas à capacidade financeira, administrativa e operacional do ente federado. Logo, de acordo com Lima et al. (2012), sobre a sustentabilidade dos processos de regionalização como alternativa à fragmentação das ações e serviços de saúde, afirma “as políticas setoriais, particularmente a descentralização e a regionalização, só poderão ter viabilidade se articuladas a políticas de desenvolvimento regional de médio e longo prazo”.

8. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Entender as peculiaridades do processo decisório em saúde quanto aos atores sociais que participam dessa etapa da materialização da política pública, bem como o conteúdo das deliberações, é uma etapa primordial para o aprofundamento sobre a dinâmica de governança nos espaços institucionais do Sistema Único de Saúde. Mediante a reflexão sobre os resultados dessa pesquisa no qual se observou uma fragilidade de adesão a governança regional dos secretários municipais de saúde, em contraponto a presença de mais técnicos estaduais e municipais, bem como, maior fluxo de informações e poucas deliberações pode-se inferir que o processo decisório em saúde, quanto ao seu corpo robusto de decisões não migrou para o espaço da CIR, com a simples criação, mediante decreto presidencial, desse ambiente de governança.

A etiologia para esse contexto perpassa as fronteiras da região de saúde, pois estão associadas, em parte, ao processo operacional das reformas administrativas ocorridas no Brasil a partir da década de 90, no qual o município foi protagonista, em detrimento do planejamento regional. Sendo a região de saúde, trazida ao debate político, após longa trajetória de execução de ações e serviços de saúde de forma isolada e desarticulada entre os entes federados municipais. Dessa forma, a regionalização, semelhante a municipalização tornou-se dependente dos contextos econômicos, culturais e administrativos presentes *a priori* no território.

Essa pesquisa está centrada nos atores sociais e recursos de poder objeto de negociação, através da análise documental, necessitando, de outras pesquisas que possam, a partir dos achados dessa análise, responder aos seguintes questionamentos: qual o motivo, atribuído pelo gestor público municipal, a sua contínua ausência desse espaço de deliberação? O gestor público municipal se sente incluído dentro do processo decisório? Qual a autonomia técnica e política desse ator social para fazer frente às demandas municipais dentro de um contexto de rede regionalizada e integrada?

Ainda, vale salientar a carência na literatura científica de estudos que analisem a complexidade do processo decisório em saúde nas arenas políticas das Comissões Intergestores Regionais em seus diversos aspectos. Pesquisas essas que tem o potencial de subsidiar a criação de estratégias gerenciais que respondam as fragilidades impostas internamente e externamente a essa comissão, consolidando esta como uma estratégia com autonomia e capacidade de responder as necessidades de saúde dentro do território regional de forma cooperativa e solidária.

9. REFERÊNCIAS

- ABRÚCIO F. L. *A coordenação federativa no Brasil: a experiência do período FHC e os desafios do governo Lula*. **Rev Sociol Polit.** 2005; 24: 41–67.
- AGUILLAR, L. F. *Gobernanza: normalización conceptual y nuevas cuestiones*. **Barcelona: ESADE**; Cátedra Liderazgo y Gobernanza Democrática, 2009.
- ALCÂNTARA, F. H. C. *As reformas legais e o processo de descentralização*. **Revista de Sociologia e Política**, Curitiba, PR, v. 19, n. 39, p. 197-210, jun. 2011.
- ARRETCHE M. *Federalismo e relações intergovernamentais no Brasil: a reforma dos programas sociais*. **Dados.** 2002; 43: 431– 58.
- BANKAUSKAITE, V.; DUBOIS, H. F. W.; SALTMAN, R. B. *Patterns of decentralization across European health systems*. In: Saltaman RB, Bankauskaite V, Vrangbaek K, organizadores. *Decentralization in health care: strategies and outcomes*. **Maidenhead: Open University Press**; 2007. p. 22-43.
- BRASIL. Tribunal de Contas da União. *Referencial básico de governança: Aplicável a Órgãos e Entidades da Administração Pública*. Brasília: 2013.
- BRASIL. Tribunal de Contas da União. *Referencial para avaliação de governança em políticas públicas*. Brasília: TCU, 2014. 91 p.
- BRASIL. Tribunal de Contas da União. *Referencial básico de governança*. Brasília. TCU, 2013. 91 p.
- 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**, Rio de Janeiro, v. 38, n. 100, p. 57-68, Mar. 2014.
- COELHO, A.P.S. *O público e o privado na regionalização da saúde: processo decisório e condução da política no Estado do Espírito Santo* [dissertação de mestrado]. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública; 2011.
- COELHO, R. C. *Estado, governo e mercado*. 2ª edição-reimpressão – Florianópolis: Departamento de Ciências da Administração/UFSC, 2012.
- COELHO, T. C. B.; PAIM, J. S. *Processo decisório e práticas de gestão: dirigindo a Secretaria da Saúde do Estado da Bahia, Brasil*. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 5, p. 1373-1382, Oct. 2005.
- DELZIOVO, C. R. *Colegiado de Gestão Regional Desafios e Perspectivas: Relato de Experiência*. **Saúde Transform. Soc.**, Florianopolis, v. 3, n. 1, p. 102-105, jan. 2012.
- DE CARVALHO FIGUEIREDO, J.; PAULILLO, L. F. *Uma abordagem institucional para redes organizacionais*. **Revista de Economia e Administração**, v. 4, n. 4, 2005.
- DOMINGUEZ, B. *Regionalização é o caminho*. **RADIS**, nº 145. Out. 2014.v

- FARAH, M. F. S. *Parcerias, novos arranjos institucionais e políticas públicas no nível local de governo*. **RAP- Revista de Administração Pública**, v.35, n.1, p.119-144, jan-fev. 2001.
- FILIPPIM, E. S.; ABRUCIO, F. L. *Quando descentralizar é concentrar poder: o papel do governo estadual na experiência catarinense*. **RAC**, Curitiba, v. 14, n. 2, p. 212-228, 2010.
- FLEURY, S. et al. *Governança local no sistema descentralizado de saúde no Brasil*. **Rev Panam Salud Publica**. 2010; 28 (6): 446–55.
- GUIMARÃES, L.; GIOVANELLA, L. *Entre a cooperação e a competição: percursos da descentralização do setor saúde no Brasil*. **Rev Panam Salud Publica**. 2004; 16(4):283-8.
- HUFTY, M.; BÁSCOLO, E.; BAZZANI, R. *Gobernanza en salud: un aporte conceptual y analítico para la investigación*. **Cad Saude Publica**. 2006; 22(Supl):S35-45.
- IFAC. International Federation of Accountants. *Governance in the public sector: a governing body perspective*. In International public sector study n° 13., 2001. Kushnir R, Chorny AH. *Redes de atenção à saúde: contextualizando o debate*. **Cienc Saude Coletiva**. 2010; 15(5): 2307-16.
- LIMA, L. D. et al. *Descentralização e regionalização: dinâmica e condicionantes da implantação do Pacto pela Saúde no Brasil*. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro , v. 17, n. 7, p. 1903-1914, July 2012 .
- LIMA, L. D.; VIANA, A. L. D. *Descentralização, regionalização e instâncias Intergovernamentais no Sistema Único de Saúde*. In: VIANA, A. L. D e LIMA, L. D (Org.). *Regionalização e relações federativas na política de saúde do Brasil*. Rio de Janeiro: Contra Capa, 2011. p. 39-63.
- LIMA, L. D. et al. *Regionalização e acesso à saúde nos estados brasileiros: condicionantes históricos e político-institucionais*. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro , v. 17, n. 11, p. 2881-2892, Nov. 2012.
- MELLO, F. O. T. *As metamorfoses da rede de poder agroindustrial sucroalcooleira no Estado de São Paulo: da regulação estatal para a desregulação*. Dissertação (Mestrado) São Carlos: UFSCar. 2004. 175 p
- MELLO, F.; PAULILLO, L. F. *Metamorfoses da rede de poder sucroalcooleira paulista e desafios da auto-gestão setorial*. **Agricultura em São Paulo**, São Paulo, v. 52, n. 1, p. 41-62, jan.-jun. 2005.
- MÉNY, I. *Politique Comparée*. Les démocraties Allemagne, États-Unis, France, Grande-Bretagne; Italie. Paris, Monchrestien. 5^a édition. 1996.
- MOROSINI, L. *Sementes da Reforma Sanitária*. **RADIS**, n° 145. Out. 2014.v.
- NORONHA J. C.; LIMA L. D.; MACHADO, C. V. *O Sistema Único de Saúde – SUS*. In: Giovanella L, Escorel S, Lobato LVC, Noronha JC, Carvalho AI, organizadores. *Políticas e sistema de saúde no Brasil*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2008. p.435-72.

PAIM, J. et al. *O sistema de saúde brasileiro: história, avanços e desafios*. **THE LANCET**. London, p.11-31, maio. 2011.

PIOLA, S. et al. *Financiamento do Sistema Único de Saúde: trajetória recente e cenários para o futuro*. Porto Alegre, **RS: Análise Econômica**, ano 30, n. especial, p. 9-33, set. 2012.

SANTOS, L.; ANDRADE, L. O. M.. *Redes interfederativas de saúde: um desafio para o SUS nos seus vinte anos*. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 3, p. 1671-1680, Mar. 2011.

SANTOS, L. *Sus: desafios político-administrativos da gestão interfederativa da saúde. Regionalizando a descentralização*. 2012. 266 f. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva). Faculdade de Ciências Médicas. Universidade de Campinas, São Paulo. 2012.

SANTOS, L.; CAMPOS, G. W. S. SUS Brasil: a região de saúde como caminho. **Saúde soc.**, São Paulo, v. 24, n. 2, p. 438-446, June 2015 .

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

SOUZA, J.; KANTORSKI, L. P.; LUIS, M. A.V. *Análise documental e observação participante na pesquisa em saúde mental*. **Revista Baiana de Enfermagem**, Salvador, v. 25, n. 2, p. 221-228, maio/ago. 2011.

SOUZA, C. *Governos locais e gestão de políticas sociais universais*. **São Paulo em Perspectiva**, São Paulo, v. 18, n. 2, p. 27-41. 2004.

VENTURA, M. M. *O estudo de caso como modalidade de pesquisa*. **Revista da Sociedade de Cardiologia do Estado do Rio de Janeiro**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 5, p. 383-386, set./out. 2007.

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

VIANA A. L. A.; LIMA L.D.; FERREIRA, M. P. *Condicionantes estruturais da regionalização na saúde: tipologia dos Colegiados de Gestão Regional*. **Cienc Saude Coletiva**. 2010; 15 (5): 2317-26.

VIANNA R. P.; LIMA L. D. *Colegiados de Gestão Regional no estado do Rio de Janeiro: atores, estratégias e negociação intergovernamental*. **Physis**31. 2013; 23 (4): 1025-1049.

WENDHAUSEN, Á.; CARDOSO, S. M. *Processo decisório e Conselhos Gestores de Saúde: aproximações teóricas*. **Rev. bras. enferm.**, Brasília, v. 60, n. 5, p. 579-584, Oct. 2007.