



TED 52/2017

PROJETO

Aperfeiçoamento do Sistema Único de Saúde / aprimoramento da articulação e cooperação interfederativa para análise, estudos e apoio ao planejamento, regionalização e articulação entre os entes federados frente à gestão do SUS.

Processo SEI 23106.154368/2017-61

META 4

**Análise do processo de regionalização de saúde pactuado na tripartite
em agosto de 2017**

**Versão Preliminar
Janeiro/2019**

**Brasília/DF
2019**

INFORMAÇÕES TÉCNICAS DO TERMO DE EXECUÇÃO DESCENTRALIZADA 52/2017

Processo: 25000.434014/2017-19

Identificação das partes

Ministério da Saúde / Fundo Nacional da Saúde:

CNPJ: 00.530.493/0001-71

Endereço: Esplanada dos Ministérios, Bloco G, Edifício-anexo, 2º andar, Brasília-DF.

UG/Gestão Repassadora: 257001/0001

Entidade: Fundação Universidade de Brasília/DF

CNPJ: 00.038.174/0001-43

Endereço: Campus Universitário Darcy Ribeiro, Brasília-DF

UG/Gestão Receptora: 154040/15257

Identificação dos representantes:

Pelo Ministério: Antônio Carlos Figueiredo Nardi (Secretário Executivo)

Pela Entidade: Márcia Abrahão Moura (Reitora)

Objeto: firmar Cooperação para o desenvolvimento do Programa/Projeto “Aperfeiçoamento do Sistema Único de Saúde / Aprimoramento da articulação e cooperação interfederativa para a Análise, Estudos e Apoio ao Planejamento, à Regionalização e à Articulação entre os Entes Federados frente à Gestão do SUS”, visando ao fortalecimento do Sistema Único de Saúde, conforme especificações técnicas e objetivos constantes do Plano de Trabalho firmado entre as partes, dispondo dos objetivos, metas, especificações técnicas a ele vinculado e prazo de execução, que passa a se constituir em parte integrante do presente Termo.

Ação: Revisão sistemática da categoria governança em nível nacional e internacional.

EQUIPE TÉCNICA

Coordenação da Pesquisa

Magda de Lima Lúcio - Professora Adjunta no curso de graduação em Gestão de Políticas Públicas e nos Programas de Pós-Graduação em Direitos Humanos e Cidadania e Pós-Graduação em Desenvolvimento, Sociedade e Cooperação Internacional da Universidade de Brasília (UnB). Doutora e mestre em Sociologia pela mesma Instituição.

José Marilson Dantas - Professor Adjunto no Departamento de Ciências Contábeis e Atuariais da Universidade de Brasília (UnB). Doutor em Ciência Contábeis pela UnB e mestre em Controladoria e Contabilidade pela Universidade de São Paulo (USP).

Pesquisadores e demais colaboradores

Alínie Rocha Mendes - Possui graduação em Ciências Contábeis pela Universidade de Brasília (UnB), cursando MBA - Governança e Finanças pela Universidade Cruzeiro do Sul.

Anna Paula Antunes Martins – Doutora em Sociologia pela UnB, com mestrado em Sociologia pela UFRGS e graduação em Direito pela UFRGS.

Ana Vitória Silveira Rodrigues – Graduanda em Ciências Contábeis pela Universidade de Brasília (UnB).

Carlos Alberto Simões de Luna – Graduado em Administração pela UNIPÊ e mestrando em Ciências da Educação pela ULHT/Portugal.

Cecília Aguiar Silva Palau – Graduanda em Ciências Sociais pela Universidade de Brasília (UnB).

Clerismar Aparecido Longo - Mestre em História pela Universidade de Brasília (UnB) e graduado em História pela Pontifícia Universidade Católica de Goiás (PUC-Goiás). É Professor Pesquisador II no curso de graduação em Licenciatura em Artes Visuais, modalidade EaD, da UnB.

Edgar Reyes Junior - Professor Adjunto no Departamento de Administração da Universidade de Brasília (UnB). Possui doutorado e mestrado em Administração pela Universidade do Vale do Rio dos Sinos (Unisinos).

Eliane Aparecida da Cruz – Doutoranda em Bioética com mestrado em Direitos Humanos e Cidadania pela Universidade de Brasília (UnB).

João Armando Alves – Graduado em Ciências da Saúde pela Universidade de Brasília (UnB) e mestrando em Saúde Coletiva pela mesma Instituição.

João Gabriel Ramalho da Silva Rosas - É graduando no curso de Comunicação Social, Relações Públicas, pela Universidade Federal da Paraíba (UFPB).

José Dantas Neto de Freitas – Graduando em Ciências Contábeis pela Universidade de Brasília (UnB).

Josivânia Silva Faria – Professora do curso de Administração da UnB. Doutora em Administração pela mesma Instituição.

Josef Felipe Pinto de Oliveira – Graduando em Comunicação Social pela Universidade de Brasília (UnB).

Lara Silva Laranja - Mestra e doutoranda em Desenvolvimento, Sociedade e Cooperação Internacional pela Universidade de Brasília (PPGDSCI/CEAM/UnB). Possui graduação em Direito pelo Centro Universitário de Brasília (UniCEUB).

Lorena Almeida Campos - Professora Assistente no Departamento de Ciências Contábeis da Universidade de Brasília (UnB). Mestre em Ciências Contábeis pela UnB e graduada em Ciências Contábeis pela Pontifícia Universidade Católica de Goiás (PUC-Goiás).

Luiza Raad – Graduanda em Ciências Contábeis pela Universidade de Brasília (UnB).

Rafael Rabelo Nunes – Graduado em Engenharia de Redes pela Universidade de Brasília (UnB). Mestrado e Doutorado em Engenharia Elétrica pela mesma Instituição.

Renata Callaça Gadioli dos Santos - É doutoranda em Desenvolvimento, Sociedade e Cooperação Internacional pelo Centro de Estudos Avançados Multidisciplinares da Universidade de Brasília (PPGDSCI/CEAM/UnB). Possui mestrado e graduação em Geografia pela mesma Instituição.

Rosane Maria Pio da Silva – Professora do curso de Ciências Contábeis da Universidade de Brasília (UnB). Doutora em Administração, com mestrado em Ciências Contábeis, ambos pela UnB.

LISTA DE FIGURAS

FIGURA 1 – CARACTERÍSTICAS SOCIOECONÔMICAS DO BRASIL	12
FIGURA 2 – DIRETRIZES GERAIS PARA A GOVERNANÇA NAS REGIÕES DE SAÚDE.....	14
FIGURA 3 – VARIÁVEIS QUE INFLUENCIAM A CAPACIDADE DA GOVERNANÇA COLABORATIVA.....	16
FIGURA 4 – CRITÉRIOS PARA IDENTIFICAÇÃO DA GOVERNANÇA COLABORATIVA.....	17

SUMÁRIO

CONTEXTUALIZAÇÃO	8
APRESENTAÇÃO.....	10
GOVERNANÇA E REGIONALIZAÇÃO: UMA CORRELAÇÃO NECESSÁRIA ...	11
ANÁLISE DO PROCESSO DE REGIONALIZAÇÃO DE SAÚDE PACTUADO NA TRIPARTITE EM AGOSTO DE 2017	18
A Resolução nº 23, de 17 de agosto de 2017.....	18
Análise da Resolução.....	21
REFERÊNCIAS	23

CONTEXTUALIZAÇÃO

O presente relatório apresenta a sistematização, principais achados e conclusões da META 4 - **Análise do processo de regionalização de saúde pactuado na tripartite em agosto de 2017**, descrita no Termo de Execução Descentralização em tela desenvolvido no âmbito do Projeto "Aperfeiçoamento do Sistema Único de Saúde / Aprimoramento da Articulação e Cooperação Interfederativa para a Análise, Estudos e apoio ao Planejamento, à Regionalização e à Articulação entre os Entes Federativos frente à Gestão do SUS", que visa o fortalecimento do Sistema Único de Saúde (SUS), conforme as especificações técnicas e objetivos constantes no TED firmado entre o Ministério da Saúde e a Faculdade de Administração, Contabilidade, Economia e Gestão de Políticas Públicas (FACE/UnB), bem como o documento pactuado entre a equipe de pesquisadores e a equipe DAI, denominado “**Detalhamento das Metas**”, em março de 2018, conforme abaixo transcrito:

Atividade: Análise sistematizada do processo de regionalização pactuado em agosto de 2017, depreendendo as definições implícitas e explícitas da categoria governança e as suas bases conceituais e operacionais.

Produto: Relatório contendo análise do processo de regionalização pactuado em agosto de 2017, depreendendo as bases conceituais e operacionais da categoria governança.

Prazo para conclusão: 180 (cento e oitenta) dias, a partir da liberação da parcela pertinente.

Planejamento:

Reunião preliminar para apresentação das atividades relativas à meta, 90 (noventa) dias após o início das atividades;

Reunião de apresentação da minuta do relatório para avaliação, 150 (cento e cinquenta) dias após a liberação da parcela.

Apresentação do relatório final contendo as principais conclusões e achados nesta meta, que ora se realiza com este relatório.

No **Termo de Execução Descentralizada** desembolso previsto:

Meta 4 - liberação planejada para julho de 2018 - liberação ainda não efetuada do valor 200.000,00. Parte deste recurso encontra-se liquidado no SIAFI, aguardando liberação da parcela em tela.

Em tempo, vale dizer que consta no TED a entrega da META 4 para dezembro/2018, enquanto no Detalhamento das Metas está para ser entregue em fevereiro/2019. Essa dilatação foi acordada em virtude do atraso no desembolso.

O presente relatório apresenta a análise da Resolução 23, para então iniciar o desenho do instrumento de coleta de dados (entrevistas semiestruturadas) com gestores a serem iniciadas em março/2019. Em tempo, é importante deixar registrado que as reuniões com gestores e conselheiros serão planejadas em conjunto com a equipe do DAI que acompanha o projeto.

Importante ressaltar que a liberação da parcela antes da execução das atividades é fundamental para manutenção da equipe, bem como para viabilizar as condições adequadas para planejamento, preparação e execução das atividades propostas. Lembrando que o trabalho ora em execução é complexo e requer equipe de alta competência e experiência no desenho e execução metodológica.

APRESENTAÇÃO

Durante a primeira década de implantação do SUS, anos 90, pode-se observar um acento nas ações de descentralização. As responsabilidades e atribuições foram redefinidas, e várias funções, antes concentradas na União, foram transferidas para Estados e Municípios. A estratégia de descentralização, prevista na Constituição Federal de 1988, foi fundamental para a expansão da cobertura dos serviços e para melhor alocação de recursos públicos. Entretanto, passados quase 30 anos, observa-se a persistência de desigualdades regionais quanto ao acesso aos serviços de saúde, bem como restam ainda muitas questões não solucionadas quanto à alocação dos recursos públicos. Quanto à integração de serviços, de práticas no território, bem como integração de instituições, ainda se percebe um longo percurso pela frente.

Esta pesquisa busca contribuir com questões relacionadas à gestão e governança do SUS, em particular com a regionalização e o planejamento ascendente, preenchendo lacunas teórico-conceituais, articulando uma base bibliométrica robusta já apresentada nos relatórios anteriores.

Entende-se que o processo de regionalização pode contribuir para melhorar o acesso à saúde no território, uma vez que se pode *in loco*, pelas equipes, verificar os determinantes sociais de saúde tal como se expressam no território. Esse procedimento pode dar mais consistência na definição de portas de entrada, meios tecnológicos a serem utilizados, equilibrando recursos disponíveis. Outro ponto relevante no processo de regionalização é o exercício constante e cotidiano do compartilhamento de responsabilidades.

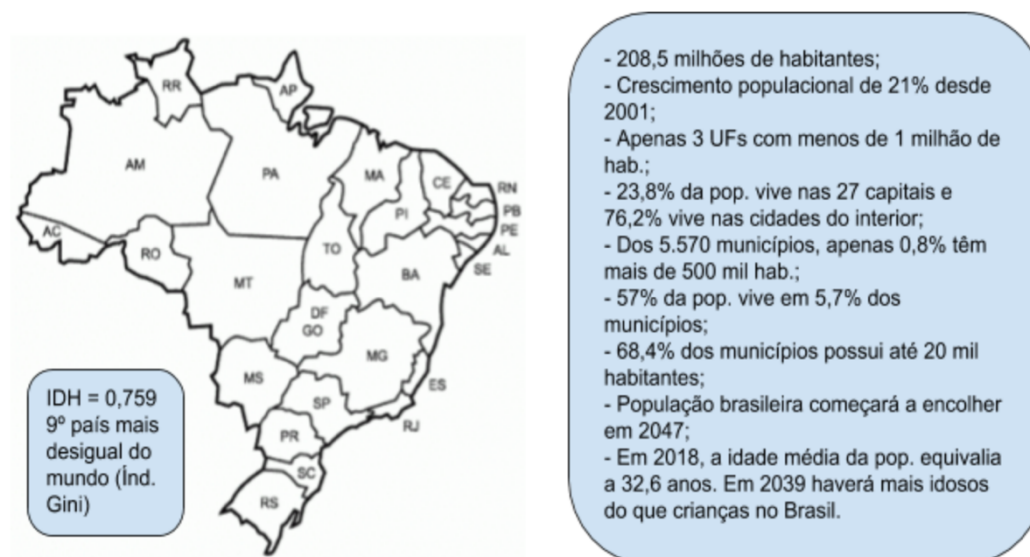
Este relatório analisa a Resolução nº 23 da Comissão Intergestores Tripartite (CIT), de 17 de agosto de 2017, versa sobre o estabelecimento de diretrizes para os processos de Regionalização, Planejamento Regional Integrado, elaborado de forma ascendente, e Governança das Redes de Atenção à Saúde no âmbito do SUS, como parte essencial para cumprimento das metas V, VI e VII.

GOVERNANÇA E REGIONALIZAÇÃO: UMA CORRELAÇÃO NECESSÁRIA

O tema da regionalização está fundamentalmente atrelado ao debate sobre governança, especialmente quando se refere a sistemas de saúde implantados em países com as características do Brasil. Essa correlação conceitual, no entanto, ainda não foi devidamente debatida, quando se trata de implantação de mecanismos cooperativos, seja interinstitucional como interfederativos, para a melhoria da qualidade dos serviços de saúde ofertados em todo o território nacional. Esta pesquisa contribui com esta lacuna, na medida em que, inicialmente, empreende um estudo detalhado e aprofundado sobre o tema governança para, em seguida, cotejá-lo com governança em saúde.

O Brasil possui importantes especificidades no que diz respeito ao contingente populacional, disparidades na densidade demográfica, extensão do território nacional, pluralidade étnica, cultural e relevante desigualdade social, atestada por diversos indicadores sociais, como o Índice de Desenvolvimento Humano e o Índice de Gini. A Figura abaixo aponta um cenário complexo e preocupante para as próximas décadas e reitera a necessidade de estudos como este na medida em que o conteúdo prospectivo pode ser utilizado para a tomada de decisão e os eventuais desenhos e redesenhos do Sistema para atender as mudanças anunciadas.

FIGURA 1 – CARACTERÍSTICAS SOCIOECONÔMICAS DO BRASIL



Fonte: elaboração própria com base em IBGE (2018).

O conceito de regionalização, que está entre os princípios do Sistema Único de Saúde Brasileiro, envolve a perspectiva do contexto no processo de formulação e implementação de políticas públicas. Como veremos a seguir, requer o desenvolvimento de mecanismos de articulação entre órgãos e atores do Estado, dos governos dos distintos entes federativos, da sociedade civil e do mercado.

Portanto, o processo de regionalização não é algo esvaziado de conteúdo prático e requer uma profunda e célere articulação, coordenação e integração de instituições, níveis federativos e agentes da sociedade civil para que possa ser um esteio para a melhoria da oferta em saúde.

A regionalização tem sido desenvolvida na literatura como diretriz para a descentralização dos serviços de saúde, desde os anos 1980. Objetiva, dentre outros propósitos, a "otimização da capacidade instalada, racionalização da assistência, economias de escala, integração de sistemas municipais e superação de barreiras e diferenciais de acesso" (RIBEIRO; TANAKA; DENIS, 2016, p. 1.076). Partindo-se dessas premissas, desenvolveu-se um conjunto de alternativas diversas, algumas delas relacionadas ao reforço da "autonomia local na gestão de iniciativas de associação intermunicipal como os consórcios (...), a hierarquização assistencial por meio de

regulação federal e comando dos estados" (RIBEIRO; TANAKA; DENIS, 2016, p. 1.076).

Os atos normativos federais buscaram dar consistência ao princípio da regionalização previsto na Lei 8080/1990, por meio do estabelecimento da região como a escala de planejamento governamental, o que reforça a definição de governança territorial desenvolvida na Meta III. Para isso, as normativas criadas nos anos 2000 trataram de instrumentos de planejamento de abrangência regional, de critérios para a definição de regiões de saúde, de instâncias de pactuação e cogestão para a provisão de cuidados de média e alta complexidade na região, de mecanismos para a integração de redes cooperativas de atenção que gerassem a articulação de todos os níveis de complexidade.

A regulamentação sobre o princípio da regionalização observou as estratégias governamentais direcionadas para o fortalecimento do federalismo nas relações entre os entes, a autonomia local no estabelecimento de prioridades, bem como para a ampliação da capacidade dos estados e municípios quanto ao planejamento e à alocação de recursos nas regiões. A definição das regiões de saúde considerou aspectos ligados não apenas ao recorte geográfico, mas à identidade cultural dos grupos residentes, às relações econômicas e sociais, à existência de redes de comunicação e à infraestrutura de transporte e deslocamento.

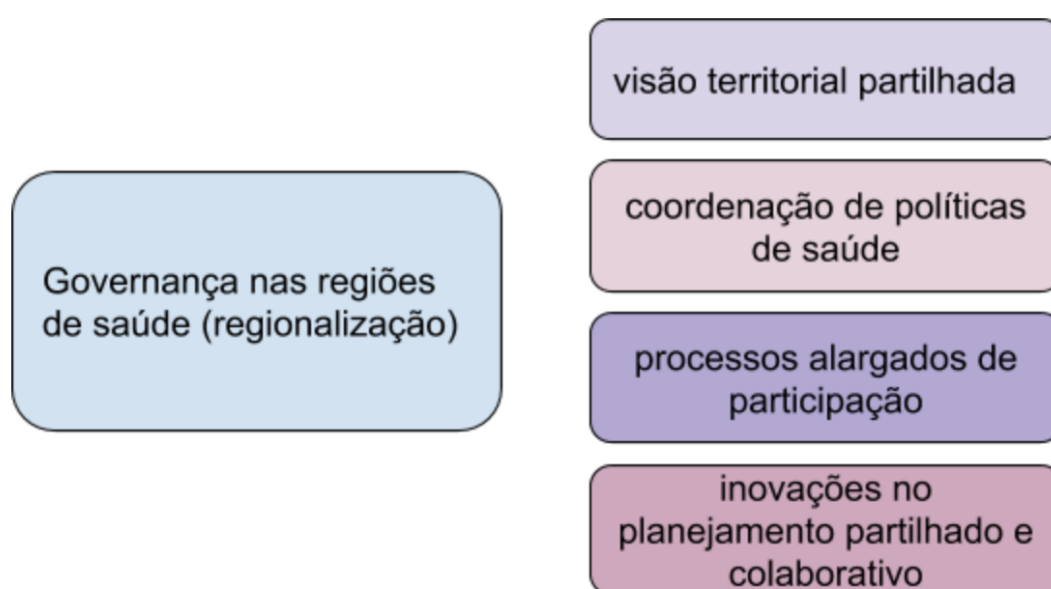
As regiões de saúde são definidas, portanto, em observância ao conceito de território e territorialidade. Portanto, essas definições envolvem critérios geográficos somados a vínculos sociais, de onde se apreendem identidades, socialização comum, compartilhamento de bens materiais e imateriais, de uma história e de um devir.

“Território entendido como conteúdo, meio e processo das relações sociais a partir dos quais se articulam dimensões sociais, em unidade em si e com a natureza exterior ao homem, o processo histórico e a multiescalaridade de dinâmicas territoriais. Territorialidade, como a construção social da realidade territorial num espaço delimitado, recortado” (RIBEIRO; TANAKA; DENIS, 2016, p. 1078).

As regiões de saúde, consideradas espaços físico-sociais, são, em última instância, locus de políticas públicas, onde se constroem objetivos comuns. Nesse sentido, como assinalado anteriormente, ainda que haja identidade, esse espaço não está

livre de conflitos e assimetrias. Portanto, a concretização do princípio da regionalização requer o desenvolvimento de instrumentos de gestão pública voltados para a coordenação de políticas e a cooperação entre atores. Essas são também algumas das mais acentuadas diretrizes da governança, conforme se identificou durante a realização da Meta I desta pesquisa.

FIGURA 2 – DIRETRIZES GERAIS PARA A GOVERNANÇA NAS REGIÕES DE SAÚDE



Fonte: elaboração própria com base em Ribeiro; Tanaka; Denis (2016).

Para operacionalizar diretrizes e desenvolver mecanismos de governança efetiva que permitam a concretização do planejamento ascendente e da regionalização, é fundamental desenvolver, como propõe esta pesquisa, investigação empírica que permita conhecer e analisar os processos de regionalização da ação setorial. Como um campo permeado de discursos e práticas, as regiões de saúde devem ser compreendidas não apenas a partir das normas escritas que as regem, mas por suas representações sociais e interações, entendidas como processos dinâmicos e motivados por fatores endógenos e exógenos.

Vale assinalar que a governança em saúde, embora não tenha contornos bem definidos do ponto de vista conceitual, pode ser desenvolvida como estratégia de gestão das políticas de saúde, tendo em conta o princípio da regionalização, as normativas subsequentes à lei do SUS e, especialmente, as representações e práticas apreendidas no

território definido como região de saúde. Logo, ao invés de uma perspectiva normativa, a adoção da governança, como conceito operacional deste trabalho, propõe uma visão analítica das relações entre atores relevantes no território em que se formulam e implementam as políticas públicas em seu contexto estratégico e institucional.

O contexto institucional é aqui definido como o conjunto de regras formais e informais que influenciam no comportamento entre pessoas e organizações, assim como os modos de interpretar e aplicar essas regras na prática. Cabe aqui ressaltar não apenas as regras informais que muitas vezes são determinadas e influenciadas pela cultura, valores e tradições (CALMON e COSTA, 2013, p. 11)

As redes de políticas públicas são entendidas como

um conjunto de relacionamentos entre atores heterogêneos e interdependentes, que atuam em um mesmo subsistema de políticas públicas a partir de uma determinada estrutura de governança, composta por regras formais, informais e maneiras e formas de interpretá-las e implementá-las (CALMON e COSTA, 2013, p. 15).

Na perspectiva da "governança de redes", descrita por Calmon e Costa (2013), redes de atores heterogêneos em diferentes níveis de governo e na sociedade constituem o objeto de análise. O foco não está nem no governo central nem nas comunidades ou atores locais, e sim na interação entre esses distintos atores, que se relacionam de modo interdependente, fora das perspectivas de autoridade e controle ou de centralização ou descentralização. O sucesso na implementação das políticas públicas se mede pela interação com troca de informações, objetivos e recursos. Afasta-se, portanto, de um modelo *top-down*, segundo o qual a implementação exitosa é aquela em que os resultados se dão conforme o planejado. Por meio da governança em redes, busca-se atingir não apenas os interesses dos atores locais, mas a realização da ação coletiva. É por isso que o arranjo institucional precisa ser robusto e efetivo no sentido de garantir uma infraestrutura de interação nas políticas públicas.

Os aspectos que aumentam a capacidade de governança são, em linhas gerais: o capital social, a institucionalização dos mecanismos de governança, a sustentabilidade desses mecanismos, a estrutura e instrumentos de coordenação, a comunicação e a informação (CALMON e COSTA, 2013).

Além da "governança territorial" e das "redes de políticas públicas", outro conceito capaz de informar a governança no Sistema Único de Saúde é o conceito de "governança colaborativa". O conceito surge com os seguintes objetivos: i. superar contradições presentes nas mais diversas etapas do ciclo (não linear) de políticas públicas; ii. fazer frente às falhas e aos altos custos na implementação; iii. produzir soluções às controvérsias geradas entre os diversos grupos de interesse; iv. reduzir as falhas na prestação de contas e em outras etapas da gestão.

Por meio da governança colaborativa, busca-se o consenso e o envolvimento de atores públicos e privados nos processos de tomada de decisão.

FIGURA 3 – VARIÁVEIS QUE INFLUENCIAM A CAPACIDADE DA GOVERNANÇA COLABORATIVA



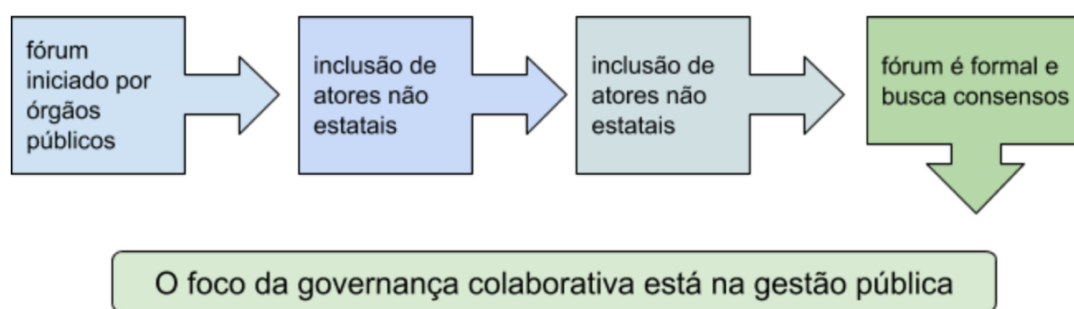
Fonte: elaboração própria a partir de Junior e Shimizu (2016).

A governança colaborativa foi definida como um

arranjo de governo em que um ou mais órgãos públicos se envolvem com instituições não estatais como partes interessadas num processo de tomada de decisão coletiva formal, de consenso orientado, deliberativo e que tem como objetivo fazer ou implementar políticas públicas ou gerência pública de programas ou ativos (JUNIOR e SHIMIZU, 2016, p. 1087).

Da conceituação de governança colaborativa, foi possível definir um conjunto de critérios para que se possa identificar sua efetiva existência em processos de formulação e implementação de políticas de saúde, descritas na figura a seguir:

FIGURA 4 – CRITÉRIOS PARA IDENTIFICAÇÃO DA GOVERNANÇA COLABORATIVA



Fonte: elaboração própria a partir de Junior e Shimizu (2016).

ANÁLISE DO PROCESSO DE REGIONALIZAÇÃO DE SAÚDE PACTUADO NA TRIPARTITE EM AGOSTO DE 2017

A Resolução nº 23 da Comissão Intergestores Tripartite (CIT), de 17 de agosto de 2017, abaixo transcrita, versa sobre o estabelecimento de diretrizes para os processos de Regionalização, Planejamento Regional Integrado, elaborado de forma ascendente, e Governança das Redes de Atenção à Saúde no âmbito do SUS. Portanto, como última fase antes da operacionalização conceitual e metodológica requerida para um substantivo trabalho de campo, com vistas a contribuir para a execução desta Resolução apresentamos algumas considerações.

A RESOLUÇÃO Nº 23, DE 17 DE AGOSTO DE 2017

Estabelece diretrizes para os processos de Regionalização, Planejamento Regional Integrado, elaborado de forma ascendente, e Governança das Redes de Atenção à Saúde no âmbito do SUS.

A COMISSÃO INTERGESTORES TRIPARTITE, no uso das atribuições que lhe confere o inciso I do art. 14-A da Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, e Considerando a 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;

Considerando a Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990, que dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde;

Considerando a Portaria GM/MS nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010, que estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS);

Considerando o Decreto Presidencial nº 7.508, de 28 de junho de 2011, que regulamenta a Lei nº 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;

Considerando a Resolução CIT nº 1, de 29 de setembro de 2011, que 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;

Considerando a Lei Complementar nº 141, de 13 de janeiro de 2012, que regulamenta o § 3 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; estabelece os critérios de rateio dos recursos de transferências para a saúde e as normas de fiscalização, avaliação e controle das despesas com saúde nas três esferas de governo; e revoga dispositivos das Leis nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, e nº 8.689, de 27 de julho de 1993;

Considerando a Portaria GM/MS nº 2.135/GM/MS, de 25 de setembro de 2013, que estabelece diretrizes para o processo de planejamento no âmbito do Sistema Único de Saúde;

Considerando a Resolução CIT nº 3, de 16 de agosto de 2016 (com prazo prorrogado pela Resolução CIT nº 14, de 30 de março de 2017), que constitui Subgrupo de Trabalho Tripartite, no âmbito do Grupo de Trabalho de Gestão da Comissão Intergestores Tripartite, com a finalidade de elaborar proposta de revisão do Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011;

Considerando a Resolução CIT nº 10, de 8 de dezembro de 2016, que dispõe complementarmente sobre o planejamento integrado das despesas de capital e custeio para os investimentos em novos serviços de saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde;

Considerando a Portaria GM/MS nº 1.091, de 27 de abril de 2017, que institui Grupo de Trabalho Tripartite para propor normas e procedimentos voltados ao fortalecimento do processo de planejamento e de transferência dos recursos federais para o financiamento das ações e serviços públicos de saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde, resolve:

Art. 1º Estabelecer diretrizes para os processos de Regionalização, Planejamento Regional Integrado, elaborado de forma ascendente, e Governança das Redes de Atenção à Saúde no âmbito do SUS:

I - Compromisso dos três entes federados na implementação de modelo de atenção à saúde que atenda às políticas pactuadas e às necessidades de saúde da população brasileira;

II - Implementação do processo de planejamento regional integrado visando a organização das RAS com a integração regional das ações e serviços de saúde, em conformidade com a Lei Complementar nº 141/2012;

III - A organização das RAS poderá envolver uma ou mais regiões de saúde, inclusive em mais de um estado, na perspectiva de construção de um espaço regional, onde se complementam e compartilham a oferta de ações e serviços de saúde, integrados por Sistemas Logísticos;

IV - O espaço regional, onde se organiza a RAS, requer a definição dos limites geográficos e base populacional, bem como a definição do conjunto de ações e serviços, garantindo acessibilidade e sustentabilidade operacional;

V - Atenção Básica/Atenção Primária à Saúde como ordenadora das RAS e coordenadora do cuidado, considerando ainda os demais conceitos, fundamentos, atributos e elementos constitutivos das RAS descritos na Portaria GM/MS nº 4279/2010, sem prejuízo de outros que venham ser definidos pela CIT;

VI - Estabelecimento e disponibilização de parâmetros nacionais e regionalizados para orientar o planejamento e a programação das ações e serviços de saúde, considerando a diversidade socioeconômica, geográfica, epidemiológica e sanitária das regiões de saúde brasileiras;

VII - Implementação de gestão de custos em saúde, como componente do processo de gestão e planejamento no SUS;

VIII - O planejamento regional integrado, elaborado de forma ascendente, deve sistematizar a definição das responsabilidades de cada ente federado no âmbito das RAS e do financiamento compartilhado, sem prejuízo das demais definições presentes na legislação vigente;

IX - A alocação de recursos de capital e custeio pelas três esferas de gestão deve respeitar a regionalização e a organização das RAS;

X - A CIB deverá instituir, em espaços regionais onde se organizam as RAS, observadas as realidades locais, Comitês Executivos de Governança das RAS, de natureza técnica e operacional, com o objetivo de monitorar, acompanhar, avaliar e propor soluções para o adequado funcionamento das RAS, contemplando a participação dos diversos atores envolvidos no seu funcionamento e resultados, incluindo os prestadores de serviços, o controle social e representantes do Ministério da Saúde;

XI - A CIB definirá a composição, atribuições e funcionamento dos Comitês Executivos de Governança das RAS;

XII - Os Comitês Executivos de Governança das RAS deverão subsidiar a CIB nas tomadas de decisões acerca do seu espaço regional, no que se refere à implementação das RAS, bem como contribuirão para a efetivação dos acordos pactuados na CIB e CIR;

XIII - A Secretaria de Estado da Saúde fornecerá os meios necessários para o desenvolvimento das atividades dos comitês vinculados às CIB;

XIV - Nos casos de espaços regionais, onde se organizam as RAS, que envolvam mais de um estado, os comitês instituídos pelas CIB terão sua coordenação compartilhada;

XV - As CIB garantirão mecanismos de comunicação, visando à transparência dos processos de Regionalização, Planejamento Regional Integrado e Governança das RAS;

XVI - As CIB deverão fortalecer as CIR como espaço de governança regional e de gestão, envolvendo os três entes federados para a implementação do processo de planejamento regional integrado visando a organização das RAS;

XVII - A CIT definirá diretrizes para a revisão das regiões de saúde com vistas à conformação de regiões resolutivas, que busquem assegurar acessibilidade, integralidade e sustentabilidade operacional das RAS.

Art. 2º As diretrizes definidas nesta resolução deverão ser observadas por todos os gestores do SUS.

Art. 3º A implementação da estratégia de e-Saúde, a metodologia para aplicação dos critérios de rateio estabelecidos no art. 17 da Lei Complementar nº 141/2012 e os mecanismos de transferência de recursos financeiros federais, serão formulados pelo Grupo de Trabalho de Gestão da Câmara Técnica da CIT e submetidos ao seu plenário para pactuação.

Art. 4º Esta Resolução entra em vigor na data de sua publicação.

ANÁLISE DA RESOLUÇÃO

A Resolução traz como elementos centrais para a compreensão da governança pública no Sistema Único de Saúde:

Art. 1º Estabelecer diretrizes para os processos de Regionalização, Planejamento Regional Integrado, elaborado de forma ascendente, e Governança da Redes de Atenção à Saúde no âmbito do SUS:

I – **Compromisso dos três entes federados** na implementação de modelo de atenção à saúde que atenda às políticas pactuadas e às necessidades de saúde da população brasileira; (...)

III – A organização das RAS poderá envolver **uma ou mais regiões de saúde, inclusive em mais de um estado, na perspectiva da construção de um espaço regional**, onde se complementam e compartilham a oferta de ações e serviços de saúde, integrados por Sistemas Logísticos; (...)

X – A CIB **deverá instituir**, em espaços regionais onde se organizam as RAS, observadas as **realidades locais**, **Comitês Executivos de Governança das RAS**, de natureza técnica e operacional, com o objetivo de **monitorar, acompanhar, avaliar e propor soluções** para o adequando funcionamento das RAS, contemplando a **participação dos diversos atores envolvidos no seu funcionamento e resultados**, incluindo os prestadores de serviços, o controle social e representantes do Ministério da Saúde;

XI – A CIB definirá a composição, atribuições e funcionamento dos Comitês Executivos de Governança das RAS;

XII – **Os Comitês Executivos de Governança das RAS deverão subsidiar a CIB nas tomadas de decisões acerca do seu espaço regional**, o que se refere à implementação das RAS, bem como contribuirão para a **efetivação dos acordos pactuados na CIB e CIR**; (...)

XV – AS CIB garantirão **mecanismos de comunicação**, visando à **transparência** dos processos de Regionalização, Planejamento Regional Integrado e Governança das RAS;

XVI – AS CIB deverão fortalecer as **CIR como espaço de governança regional e de gestão, envolvendo os três entes federados** para a implementação do processo de planejamento regional integrado visando a organização das RAS;

XVII – A CIT definirá diretrizes para a revisão das regiões de saúde com vistas à conformação de regiões resolutivas, que busquem assegurar acessibilidade, integralidade e sustentabilidade operacional das RAS (CIT, 2017, p. 1-2, grifo nosso).

A Resolução não atribui uma conceituação de governança pública que deve ser incorporada na instituição dos Comitês Executivos de Governança das RAS, apenas trazendo como objetivos os verbos monitorar, acompanhar, avaliar e propor soluções (estratégias), retomando características introduzidas nos documentos produzidos pelo Tribunal de Contas da União. Portanto, será parte fundamental da pesquisa de campo, nova fase que se inicia em março de 2019, estabelecer vínculos entre o que está sendo executado nas RAS e o estudo realizado até o momento. Espera-se apoiar o Ministério

da Saúde, bem como os Conselhos Nacionais, Estaduais e Municipais na implementação desta Resolução, bem como outras decisões relacionadas.

A descentralização, como princípio do SUS relacionada à regionalização, é reforçada diversas vezes no documento. A criação dos Comitês Executivos de Governança das RAS pelas CIBs e o reconhecimento da CIR como espaço de governança regional e de gestão é harmônico com as diretrizes constitucionais do SUS e dos princípios de governança identificados no levantamento produzido, permitindo o reconhecimento das peculiaridades e especificidades das macro, meso e microrregiões brasileiras, que são consideradas na formulação das regiões de saúde. Há, nessa perspectiva, uma aproximação com o conceito de **governança territorial**.

Nesse sentido, a cooperação entre entes federados se mostra como elemento fundamental para a boa governança e para uma boa gestão. A instituição das atribuições da CIR, CIB e CIT e suas formas de integração estão de acordo com o planejamento ascendente da saúde, do processo de regionalização e dos princípios de governança identificados, muito especialmente com as diretrizes da **governança colaborativa**.

A questão da transparência e de *accountability* são novamente reforçados para o planejamento regional integrado.

A Resolução torna-se notória por trazer a multiatorialidade e a participação destes diversos atores incluídos no funcionamento e nos resultados, elemento pouco percebido nos demais atos normativos analisados nas metas anteriores desta pesquisa. A multiatorialidade está significamente informada pelos princípios da governança em rede, segundo a qual há redes de políticas públicas em que nem Estado nem sociedade figuram como protagonistas, de modo que o foco de interesse está na interação entre os diversos atores.

Em resumo, poderia se retomar a Figura 1, início do documento, onde estatísticas são depreendidas, ao mesmo tempo em que demonstram a urgente necessidade de se fazer estudos aplicados, em que Universidade, Ministério e Gestores estaduais e municipais estejam compartilhando informações, construindo novos olhares para enfrentamento de questões sociais que rebatem diretamente em um projeto de desenvolvimento nacional que seja competitivo sob o ponto de vista de formação de sua força de trabalho, que seja saudável e, ao mesmo tempo, preparada para os desafios que se colocam.

REFERÊNCIAS

ALBUQUERQUE, Mariana; VIANA, Ana Luíza; LIMA, Luciana; FERREIRA, Maria Paula; FUSARO, Edgard; IOZZI, Fabíola. Desigualdades regionais na saúde: mudanças observadas no Brasil de 200 a 2016. *Revista Ciência & Saúde Coletiva*, v. 22, n. 4, p. 1055 - 1064, 2017.

BRASIL. COMISSÃO INTERGESTORES TRIPARTITE. *Resolução nº 37, de 22 de março de 2018*. Dispõe sobre o processo de Planejamento Regional Integrado e a organização de macrorregiões de saúde.

CALMON, Paulo; COSTA, Arthur. Redes e governança das políticas públicas. *Revista de Pesquisa em Políticas Públicas*, n. 1, julho, 2013.

IBGE. *Síntese de indicadores sociais: uma análise das condições de vida da população brasileira*. Coordenação de População e Indicadores Sociais. Rio de Janeiro: IBGE, 2018.

JUNIOR, Nilo; SHIMIZU, Helena. Reflexões teóricas sobre governança nas regiões de saúde. *Revista Ciência & Saúde Coletiva*, v. 22, n. 4, p. 1085 - 1095, 2017.

REIS, Ademar; SÓTER, Ana Paula; FURTADO, Lumena; PEREIRA, Silvana. Reflexões para a construção de uma regionalização viva. *Revista Ciência & Saúde Coletiva*, v. 22, n. 4, p. 1045 - 1054, 2017.

RIBEIRO, Patrícia; TANAKA, Oswaldo; DENIS, Jean-Louis. Governança regional do Sistema Único de Saúde: um ensaio conceitual. *Revista Ciência & Saúde Coletiva*, v. 22, n. 4, p. 1075 - 1084, 2017.