



Ciência & Saúde Coletiva

ISSN: 1413-8123

cecilia@claves.fiocruz.br

Associação Brasileira de Pós-Graduação
em Saúde Coletiva
Brasil

Eri Shimizu, Helena; Sodário Cruz, Mariana; Bretas Júnior, Nilo; Schierholt, Sergio
Ricardo; Massa Ramalho, Walter; Ramos, Maíra Catharina; Santos Mesquita, Monique;
Nunes Silva, Everton

O protagonismo dos Conselhos de Secretários Municipais no processo de governança
regional

Ciência & Saúde Coletiva, vol. 22, núm. 4, abril, 2017, pp. 1131-1140

Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva

Rio de Janeiro, Brasil

Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=63050551011>

- Como citar este artigo
- Número completo
- Mais artigos
- Home da revista no Redalyc

redalyc.org

Sistema de Informação Científica

Rede de Revistas Científicas da América Latina, Caribe, Espanha e Portugal

Projeto acadêmico sem fins lucrativos desenvolvido no âmbito da iniciativa Acesso Aberto

O protagonismo dos Conselhos de Secretários Municipais no processo de governança regional

The prominent role of Councils of Municipal Health Secretariats in the regional governance process

Helena Eri Shimizu¹
Mariana Sodário Cruz¹
Nilo Bretas Júnior¹
Sergio Ricardo Schierholt¹
Walter Massa Ramalho¹
Maíra Catharina Ramos¹
Monique Santos Mesquita¹
Everton Nunes Silva¹

Abstract *This study aims to analyze the perception of managers of the Councils of Municipal Health Secretariats (COSEMS) and their contributions to the health regionalization process. We conducted thorough interviews with presidents of COSEMS of the states of Mato Grosso do Sul, Paraná, Ceará, Tocantins and Minas Gerais. Data were analyzed with Iramuteq software, which generated a dendrogram with three themes: The first thematic axis: the prominent role of COSEMS in the regional governance process, which includes class 1 – COSEMS’ leadership in the process of regionalization, and class 3 – The strategic experience of the regional agreement process. The second thematic axis includes the challenges to the provision of health care in the regions, consisting of class 2, which shows how to meet community needs, and class 4, which shows the local support carried out by COSEMS’ teams. The third thematic axis consists of class 5, which describes the operational aspects of the provision of health care in the region. COSEMS play an important role in the regionalization process, especially because they have an organic performance and leadership. Its organic performance in these areas has ensured its legitimacy and leadership. It is a daily construction that ensures the advancement of collaborative governance in health regions.*

Key words Regionalization, Governance, Health

Resumo *O estudo tem como objetivo analisar a percepção dos gestores dos Conselho de Secretários Municipais (COSEMS) e as suas contribuições para o processo de regionalização em saúde. Foram realizadas entrevistas em profundidade com os presidentes dos COSEMS dos Estados de Mato Grosso do Sul, Paraná, Ceará, Tocantins e Minas Gerais. Os dados analisados com o “software Iramuteq”, que gerou um dendograma com o primeiro eixo temático: o protagonismo dos COSEMS no processo de governança regional que contém a classe 1, a liderança do COSEMS no processo de regionalização, e a classe 3, a experiência estratégica do processo de pactuação regional. E o segundo eixo temático, os desafios para provisão da atenção à saúde nas regiões, composto pela classe 2, que aborda como atender as necessidades da comunidade, e pela classe 4, que demonstra o apoio local realizado pelas equipes dos COSEMS. O terceiro eixo temático, composto pela classe 5, descreve os aspectos operacionais da provisão da atenção à saúde na região. No processo de regionalização, os COSEMS têm importante protagonismo, sobretudo porque possuem atuação orgânica e liderança. Trata-se, pois, de construção cotidiana que garante o avanço da governança colaborativa nas regiões de saúde.*

Palavras-chave Regionalização, Governança, Saúde

¹ Departamento de Enfermagem, Faculdade de Ciências da Saúde, Universidade de Brasília. Asa Norte, Campus Darcy Ribeiro. 70910-900 Brasília DF Brasil. shimizu@unb.br

Introdução

No Brasil, a descentralização da gestão em saúde para o ente municipal pode ser entendida como uma estratégia de democratização e de incorporação de novos atores no sentido de garantir maior protagonismo dos municípios¹. Dentre os avanços alcançados, podemos destacar a ampliação do acesso da população aos serviços, principalmente da Atenção Básica, e as melhoras consideráveis nos indicadores de saúde nacionais². E, dentre as dificuldades, a desigualdade de condições políticas, técnicas, financeiras e de saúde nos municípios brasileiros tornou o processo extremamente complexo. A competição entre os entes federados, por vezes, não possibilitou a necessária autonomia municipal nem na gestão dos equipamentos existentes nos seus limites territoriais nem nos recursos financeiros disponibilizados².

Todavia, mesmo considerando as dificuldades na mensuração exata das melhoras decorrentes das ações e serviços de saúde da gestão descentralizada, é evidente que tal processo representou avanços na formulação das políticas públicas de saúde quando agregou grande número de diferentes atores distribuídos por todo o território nacional, sendo grande parte deles ligada à esfera municipal, porque passaram a assumir mais diretamente pela provisão do direito à saúde³⁻⁵.

Contudo, tem-se verificado que os municípios, isoladamente, não conseguem prover todas as ações e serviços requeridos pela população para garantir a integralidade da atenção, seja pela insuficiência de recursos financeiros, humanos, logística e porte populacional, visto que cerca de 50% deles possuem população inferior a dez mil habitantes. Ademais, há algum tempo se reconhece que a municipalização, em parte, tem contribuído para fragmentação do sistema de atenção à saúde, que poderia ser superada pela regionalização⁵. É nessa perspectiva, baseada, principalmente, na maior racionalidade no uso dos recursos, que o tema regionalização da saúde vem assumindo maior importância no debate do aprimoramento das políticas no âmbito do SUS⁶.

Assim, depois de acumuladas mais de duas décadas de sucessão de normatizações federais que visaram induzir a descentralização [na década de 1990, foram publicadas quatro Normas Operacionais Básicas (NOB); em 2001, a Norma Operacional da Assistência à Saúde (NOAS, reformulada em 2002); em 2006, o Pacto pela Saúde], e mais recentemente a regionalização, com a publicação do Decreto nº 7.508/11, que define a necessidade da regionalização com propósito de

racionalizar os recursos e garantir a integralidade da atenção para toda a população brasileira⁷. No entanto, existem grandes dificuldades para operacionalizar tal Decreto, que requer investimentos políticos mais contundentes para avançar no processo de descentralização e regionalização em saúde no país.

Os Conselhos de Secretários Municipais (COSEMS), que foram criados para reforçar o processo de municipalização, têm trabalhado enfaticamente nos últimos tempos para dirimir a fragmentação do sistema de saúde com a finalidade de prover as ações e os serviços necessários para a população. Nessa perspectiva, a regionalização tem sido apontada por esses atores como um caminho possível. Todavia, o processo de regionalização não é tarefa fácil, pois se constitui como arena política onde ocorre disputa de diversos projetos⁸.

O Decreto nº 7.508/11 define a “Região de Saúde como um espaço geográfico contínuo constituído por agrupamentos de municípios limítrofes, delimitado a partir de identidades culturais, econômicas e sociais e de redes de comunicação e infraestrutura de transportes compartilhados, que tem como finalidade integrar a organização, o planejamento e a execução de ações e serviços de saúde, visando garantir a integralidade da atenção à saúde”⁹.

A regionalização é uma contrução política permanente, que envolve a descentralização com a participação de todos os entes federados, num processo de pactuação e compartilhamento das responsabilidades de uma região de saúde, na lógica de território sanitário¹⁰⁻¹³. Assim, enquanto região de saúde, é preciso consolidar a regionalização não somente com base nas normas, mas mormente nas práticas, na abrangência das ações e dos serviços e na responsabilidade compartilhada.

Contudo, observam-se características heterogêneas das regiões de saúde, que refletem as diferentes capacidades financeiras, administrativas e operacionais para a prestação da atenção. Nesse contexto, os COSEMS têm assumido a árdua tarefa de ajudar a gerir uma rede de serviços heterogênea e não integrada institucionalmente e com oferta insuficiente, sobretudo de serviços na média complexidade. São escassos os estudos que investigam a atuação dos COSEMS no processo de regionalização, mas são atores estratégicos na construção cotidiana desse processo junto aos municípios.

Assim sendo, este estudo tem como objetivo analisar a percepção dos presidentes dos CO-

SEMS sobre o processo de regionalização, bem como suas fragilidades e potencialidades.

Método

Trata-se de estudo qualitativo, realizado junto aos COSEMS dos estados do Mato Grosso do Sul, do Paraná, do Ceará, do Tocantins e de Minas Gerais. Estes estados foram escolhidos intencionalmente devido a investimentos singulares realizados no processo de regionalização, mais detidamente que acompanha o arcabouço normativo e legal estabelecidos para a governança no SUS.

Foram realizadas entrevistas em profundidade com os presidentes dos COSEMS, doravante “gestores dos COSEMS”, que tinham experiência de no mínimo três meses na função e atuação destacada junto aos municípios. Foram excluídos os presidentes de COSEMS com menos de três meses de experiência e com baixa atuação junto aos municípios.

Utilizou-se um roteiro de entrevista semiestruturado que abordava os seguintes aspectos: o papel dos COSEMS no processo de regionalização, o processo de regionalização, a construção do planejamento regional, bem como a participação dos municípios no planejamento regional e da participação dos conselhos no âmbito da regionalização. Ressalte-se, os entrevistados podiam falar livremente sobre estes tópicos. As entrevistas tiveram duração de cerca de 60 minutos, e todas foram transcritas na íntegra.

A análise dos dados foi realizada com auxílio do *software* IRAMUTEQ versão 0.6. É um programa informático, gratuito, que realiza diferentes tipos de análise de dados textuais, como a lexicografia básica que faz o cálculo de frequência de palavras, até análises multivariadas como classificação hierárquica descendente¹⁴.

Para este estudo, realizou-se a Classificação Hierárquica Descendente (CHD), na qual se destacam as palavras, a frequência com que aparecem e suas associações em classe de palavras, que permite destacar o campo comum ou mais consensual para o grupo social estudado. As classes geradas a partir da classificação hierárquica descendente representam o contexto de sentido das palavras e podem demonstrar as representações ou os elementos de representações sobre determinado objeto social¹⁴.

Em outras palavras, o *software* coloca em destaque mundos lexicais de palavras-pletas que têm por referência um mesmo núcleo de sentido. Uma espécie de *estrutura de texto* produzido por

um grupo de sujeitos que demonstra certa “semântica partilhada acerca de um mesmo objeto”. O dendograma da Figura 1 sintetiza os eixos e as classes de palavras destacadas, mas que requerem análise hermenêutica para se compreender o texto e o contexto de produção de significados.

Outra análise realizada pelo *software* foi a de similitude, demonstrada na Figura 2, que possibilita identificar as coocorrências entre as palavras, e seu resultado traz indicações da conexão entre as palavras, que auxilia na identificação da estrutura da representação do objeto para os sujeitos envolvidos¹⁴.

O projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Ciências da Saúde e todos os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Resultados

Neste estudo, as cinco entrevistas analisadas tiveram aproveitamento de 71,22% pelo *software* IRAMUTEQ, considerado satisfatório¹⁴. O primeiro eixo temático denominado de protagonismo dos COSEMS no processo de governança regional, contém as classes 1 e 3. A classe 1 (15,9%) aborda a liderança do COSEMS no processo de regionalização, já a classe 3 (19,6%) trata da experiência estratégica do processo de pactuação regional. O segundo eixo temático, composto pelas classes 2 (24%) e 4 (21,9%) foi denominado de os desafios para provisão da atenção à saúde nas regiões. O terceiro eixo temático é composto apenas pela 5 (18,5%). A classe 2 aborda como são atendidas as necessidades da comunidade, a classe 4 analisa o apoio local realizado pelas equipes do COSEMS e, por fim, a classe 5 descreve os aspectos operacionais da provisão da atenção à saúde na região.

Do primeiro eixo temático, a classe 1 trata da importância da liderança dos COSEMS no processo de regionalização, que inclui o seu papel de articulador dos diversos atores que participam dessa governança. Alguns espaços são percebidos pelos gestores do COSEMS como estratégicos para formulação e operacionalização das políticas e ações de saúde para as regiões. Primeiro, as reuniões dos conselhos de secretários municipais nas regiões são espaços profícuos para o compartilhamento das tomadas de decisões para as regiões. Ademais, os apoiadores são considerados figuras-chave para resolver os problemas do cotidiano, no sentido de dar o suporte necessário aos municípios. Segundo, as CIR também são considerados *locus*

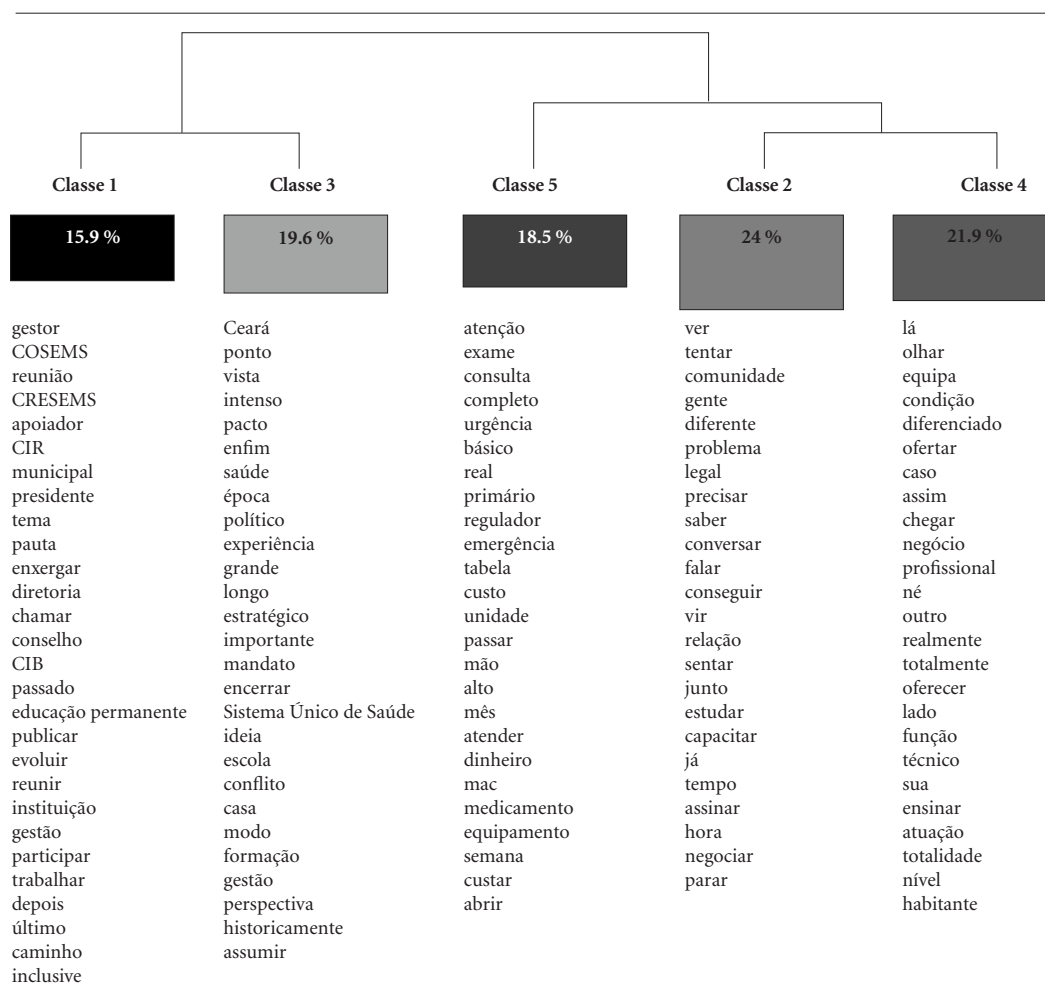


Figura 1. Dendrograma acerca da percepção dos presidentes dos COSEMS acerca do processo de regionalização em saúde.

potentes para pactuação das ações e serviços necessários para as regiões. A organização das reuniões para discussão de temas atinentes à região são compreendidos como essenciais para o compartilhamento das tomadas de decisões coletivas com a finalidade de suprir as necessidades da população. Terceiro, as CIB têm ajudado no processo de governança regional, contudo consideram que a condução das pautas tem sido considerada muito centralizada, o que tem impossibilitado o maior protagonismo dos COSEMS.

Quarto, os conselhos de saúde também são percebidos como atores importantes para participar das tomadas de decisões no âmbito das regiões de saúde, contudo, é apontada a necessidade de chamá-los, de forma mais enfática, para essa arena, pois sua participação é bastante tímida no âmbito das regiões de saúde, visto que o foco principal ainda são os municípios ou o estado.

Em relação à classe 3, no que se refere à experiência de regionalização, destaca-se o caso do Ceará, o qual é classificado pelos gestores dos COSEMS como intenso do ponto de vista da pactuação e do compartilhamento das ações e serviços. Todavia, foi percebido também como espaço de disputas e conflitos, embora seja uma importante estratégia para formação da governança do sistema de saúde. Por fim, menciona-se que essa experiência histórica trouxe novas perspectivas para a gestão do SUS.

Do segundo eixo temático, a classe 5 trata dos aspectos operacionais da provisão da atenção à saúde na região. Verifica-se que os COSEMS têm atuado para que a população da região tenha acesso aos serviços de saúde necessários, que vai desde os básicos (consultas, exames, procedimentos) ofertados pela Atenção Primária até os especializados e de urgência e emergência. Trata-



A classe 2 aborda o papel do COSEMS na articulação e negociação para a provisão das ações e serviços para as regiões de saúde. Evidencia-se que há grandes dificuldades para compartilhar as ações e os serviços de saúde necessários (consultas, exames, procedimentos, medicamentos). Alguns municípios apresentam melhor infraestrutura de serviços públicos de saúde do que outros. Entretanto, a disponibilidade para ajudar o município com menor capacidade é variada, bem como as formas de provisão das ações e serviços. Por exemplo, al-

A classe 4 investiga o apoio local feito pelos COSEMS nas regiões/municípios, que, segundo os gestores, envolve o estar junto (lá) para olhar, equipar. Trata-se de apoio técnico e logístico, que envolve também a capacitação dos profissionais para a gestão das regiões de saúde.

A análise de similitude demonstrada na Figura 2 destaca a palavra *gente* no centro, que representa os apoiadores dos COSEMS que estão em

permanente conexão com o *estado*, com os *municípios*, com as *regiões de saúde* e com o próprio *processo* de regionalização.

Discussão

Os resultados demonstram que os gestores dos COSEMS compreendem que a entidade tem papel relevante no processo de regionalização, sobretudo como um dos atores que contribuem para a governança da região de saúde. Uma das limitações deste estudo diz respeito ao método empregado, de cunho qualitativo, que permite a apreensão do processo, mas não possibilita a generalização dos resultados. Outra limitação é o número reduzido de gestores dos COSEMS entrevistados. Todavia, este estudo traz contribuições para refletir sobre a atuação dos COSEMS, pois a regionalização se associa positivamente, principalmente ao grau de articulação destes com as secretarias estaduais de saúde, no que tange à divisão de responsabilidades gestoras e aos desenhos regionais adotadas em cada estado¹⁰. Ademais, o acúmulo histórico dos COSEMS na interação com os municípios, principalmente nos espaços de pactuação do SUS, Câmaras Técnicas e Comissões Intergestoras Regionais, além da presença cotidiana dos apoiadores nas regiões, tem colaborado para tornar essa convivência uma expressão de vida^{11,12,15}.

No primeiro eixo temático deste estudo foram apontados diversos espaços e atores que interagem e se aglutinam para desenvolver a regionalização, alguns por meio da liderança dos COSEMS. Desses, os regionais são destacados como lugares profícuos para a pactuação regional, pois reúnem diversos gestores municipais para que coloquem suas necessidades e discutam as possibilidades de compartilhamento de soluções^{11,12,15}. Em realidade, é nesse fórum que são decididos como são realizados o provimento das necessidades de saúde da população dos municípios que apresentam diversas demandas^{11,12,15}.

As Comissões Intergestoras Regionais, por serem espaços permanentes de deliberação de decisões, também foram considerados potentes, mormente porque têm trazido uma via de acesso do município para o lócus da regionalização e aumenta, em parte, seu poder de atuação nos processos de pactuação¹⁰. Entretanto, esses espaços, apesar da sua potência, ainda são insuficientes, com construção política frágil e morosa para o dinamismo da realidade cotidiana, que requer decisões rápidas e constantes¹⁰.

Verificou-se também neste estudo que os conselhos de saúde são atores imprescindíveis, sobretudo os estaduais, mas apresentam participação frágil no processo de regionalização. Nesse sentido, os conselhos parecem reproduzir as práticas desenvolvidas em outros âmbitos, notadamente nos municípios, exceto em alguns casos, de atuação burocratizada e distanciada das necessidades de saúde da população^{16,17}. Esses dados demonstram a necessidade de comprometê-los, de forma mais contundente para essa arena política. Além disso, cabe a esses conselhos maior diálogo com a população da região, com os movimentos sociais, para que tomem parte do território onde vivem e participem da construção do desenvolvimento regional^{16,17}. Nessa perspectiva, compreende-se que a consciência e a identidade regional abrangem a identificação dos habitantes com sua região, tanto dentro como fora dela¹⁸⁻²⁰. Estudos demonstram os efeitos positivos da governança regional quando é culturalmente apropriada, a participação é equitativa, muito embora sempre exista a dificuldade de apreender as necessidades das populações estigmatizadas e pobres²¹.

Em relação à atuação das CIB, verificou-se que há o reconhecimento da importância do envolvimento do estado para o desenvolvimento das regiões de saúde, todavia, a condução desse processo tem ocorrido de forma prescritiva, limitando o protagonismo e a capacidade de outros atores que convivem com a realidade cotidiana^{5,10,17}. A participação do estado no processo de regionalização é fundamental, muito embora, por vezes, tímida para as necessidades de verdadeiro desenvolvimento regional⁵. Em realidade, o processo de regionalização tem sofrido forte indução política exercida pelos entes federal e estadual, com predomínio de uma agenda centralizada que pode prejudicar o desenvolvimento loco-regional^{5,10,17}.

Notadamente, no âmbito das regiões, caberia aos governos estaduais a responsabilidade de coordenar o processo de planejamento do qual os municípios fazem parte como entes políticos autônomos¹³. Nessa lógica, a regionalização assume dupla perspectiva no contexto das relações interfederativas: descentralização para os estados e centralização (ou recentralização) para os municípios.

Nessa direção, aponta-se a necessidade de se avançar na construção da autonomia técnico-política das regiões, reconhecendo-as como espaços vivos e legítimos, capazes de avançar nas tomadas de decisões mais equânimes entre os municípios e reduzir as desigualdades regionais e melhorar

o acesso aos serviços de saúde à população^{5,15-18}.

Apreendeu-se neste estudo que, apesar das fragilidades das instâncias de governança do SUS para o desenvolvimento da regionalização em saúde, a experiência pioneira do Ceará mostrou-se emblemática, como um processo que envolveu diversos atores para negociação e pactuação das tomadas de decisões para as regiões de saúde²². A diversidade e a intensidade da participação dos diversos atores no processo de tomada de decisão acerca do provimento das necessidades das regiões mostraram-se muito robustas para o exercício democrático²².

O Contrato Organizativo da Ação Pública (COAP) assinado apenas por dois estados até o momento, dentre eles, o do Ceará, é considerado um instrumento potente e necessário para formalizar a pactuação das estratégias, do financiamento e das ações e serviços para as regiões²². Contudo, como também foi visto neste estudo, existe um grande temor quanto à responsabilização, especialmente dos municípios, que já assumem diversos encargos, até mais do que previsto na legislação²². Nesse sentido, fica evidente que os entes federados não avançaram satisfatoriamente na responsabilização dos compromissos atinentes ao COAP²². É mister a necessidade de maior aprofundamento sobre formas de contratualização para provimento do direito à saúde para a população.

Outro aspecto apontado como entrave para o processo de regionalização, trazido de forma mais enfática no segundo eixo temático deste estudo, foram as dificuldades para a provisão da atenção à saúde nas regiões. Dentre elas, figura o financiamento insuficiente, num cenário de disputas de projetos e fragmentação dos recursos disponíveis². Em outras palavras, as mudanças na alocação de recursos advindas da implementação da descentralização não têm sido satisfatórias para modificar o padrão de desigualdade no acesso aos bens e serviços de saúde nas diferentes regiões de saúde. Nesse processo, os gestores dos COSEMS, juntamente com os demais atores responsáveis pelo processo de regionalização, se veem diante da tarefa de auxiliar a gerir uma rede de serviços heterogênea e não integrada e com oferta insuficiente de serviços, sobretudo na média complexidade¹.

Além disso, há que se problematizar que a implementação de políticas definidas pelas esferas federal e estadual, de um lado, tem sido vista como ponto negativo, pois o município se sente compelido a ampliar seus serviços para obter maior repasse, uma vez que essas políticas estão

vinculadas a incentivos financeiros. Isso aumenta a responsabilidade dos municípios, principalmente em relação ao comprometimento do orçamento municipal para além do previsto na legislação, conforme já foi discutido neste estudo. De outro lado, a ampliação dos gastos com a saúde e a adoção de medidas relacionadas à reorganização da atenção decorreram mais de respostas a iniciativas nacionais do que próprias do nível local. Isto aponta a importância da definição de políticas por parte do nível central na condução de ações locais e, por outro lado, pode revelar as limitações da gestão municipal ou de sua insuficiência técnica na proposição de ações visando melhorias na atenção à saúde.

Existem diversas maneiras de prover as ações e os serviços para as regiões. Uma delas é o consórcio regional, que não garante a integração do sistema, mas tem sido um arranjo possível. Essa forma de arranjo tem possibilitado a interação entre os diferentes níveis assistenciais e os municípios de menor porte com os de médio ou grande, considerado importante passo para a garantia do acesso a outros serviços e de interação entre os municípios e os serviços que são prestados, visando permitir maior número de oferta de ações e serviços de saúde para a região¹. Estudos recentes têm apontado os consórcios como um meio de racionalização dos recursos escassos, particularmente na aquisição de medicamentos^{23,24}.

Outra forma de provisão de ações e serviços são as pactuações regionais, com a utilização do instrumento da Programação Pactuada Integrada (PPI), mas que são bastante morosas e frágeis. Há necessidade de revisão de fluxos e pactuação de referências regionais, que cada vez mais são construídas de forma não compartilhada, especialmente pelos estados e municípios de maior porte⁵.

Verificou-se neste estudo que os apoiadores do COSEMS auxiliam os gestores municipais no enfrentamento das cobranças de ações e serviços de saúde feitas pelas comunidades locais, que nem sempre podem ser atendidas¹⁴. Isso envolve a necessidade de diálogo para que a comunidade entenda as limitações da gestão e, preferencialmente, não a judicialize. Os custos com a judicialização, principalmente de medicamentos, têm sido exorbitantes²³, onerando sobremaneira os municípios, e ainda desorganiza as prioridades de necessidades da própria comunidade. Trata-se de enfrentamento complexo no cotidiano, pois a maioria dos municípios, especialmente os de pequeno porte, confrontam-se com a falta de recursos, a pressão da demanda feita pela comunidade,

a pressão do mercado que envolve o fetiche da tecnologia e ainda a ação política partidária. Essa complexidade requer o esforço do fortalecimento da governança regional.

Desta feita, além das diferenças de possibilidade de ofertas entre as regiões, há que se qualificar as demandas, enfrentar as demandas reprimidas, e ainda dirimir o “SUS paralelo”, que advém da necessidade dos gestores comprarem serviços de outros municípios diretamente porque não conseguem resolver as suas demandas no âmbito da região.

Além disso, os gestores dos COSEMS afirmaram que têm assumido o suporte técnico e operacional nas regiões, que envolve o cuidar da região cotidianamente, por meio da oferta de recursos tecnológicos e humanos^{11,12}. Conforme demonstrado na análise de similitude deste estudo, os apoiadores têm potencializado o protagonismo dos COSEMS, que com a capacidade criativa e inovadora, permitem muitos encontros, que têm resultado em construção de projetos singulares, de forma solidária, nas regiões; além da ampliação da autonomia de algumas regiões e capilarização e rapidez das informações e decisões balizadas por discussões que ocorrem no âmbito das CIR^{11,12}.

Apesar dos entraves ainda existentes, o Decreto nº 7.508/11 tem trazido a possibilidade de ampliar a intensidade do processo democrático por meio da pluralidade de atores participantes nas tomadas de decisões acerca dos assuntos que lhes dizem respeito. Esse tipo de prática democrática foi idealizado pelos participantes da Reforma Sanitária brasileira, mas ainda encontra dificuldade de ser operacionalizada nos espaços de controle social, especialmente nos conselhos de saúde^{16,17}. Notadamente têm sido resgatadas em outros âmbitos da governança do SUS como nos espaços de construção da regionalização, que

requer convivência solidária entre os entes federados, como forma de construir inter-relações profícuas frente às diferentes características regionais e inter-regionais, com reconhecimento das diferenças e a possibilidade de se criarem propostas singulares para cada microrregião¹³.

A prática da construção do consenso proposta por Habermans²⁵, que privilegia o diálogo e a comunicação é necessária para esse tipo de processo. Há que se construir o que tem sido chamado de governança colaborativa, cujo propósito é trazer várias partes interessadas em fóruns comuns para participar na tomada de decisões orientada para o consenso²⁵.

O desenvolvimento de lideranças é elemento imprescindível da governança, também é necessário para o exercício de negociação cotidiano para o avanço do processo²⁶⁻²⁸. Nessa lógica, os COSEMS, enquanto um grupo de gestores municipais interessados no desenvolvimento regional, para além da racionalidade para ofertas de serviços de saúde, emerge como um dos atores estratégicos para a construção da regionalização^{11,12}.

Considerações Finais

Os resultados deste estudo permitiram verificar que a governança do processo de regionalização tem alcançado alguns avanços, na qual os COSEMS têm importante protagonismo, especialmente porque estão em conexão com diversos espaços de formulação e ação, bem como com atores estratégicos do SUS. Todavia, o aprimoramento do processo de regionalização requer a articulação de todos os envolvidos na organização do sistema de saúde regional integrado. Trata-se, pois, de construção cotidiana visando assegurar o avanço da governança colaborativa nas regiões de saúde.

Colaboradores

HE Shimizu participou da concepção do estudo, coleta, análise e discussão dos dados. MS Cruz e N Bretas Júnior participaram da coleta e discussão dos dados. SR Schierholt e WM Ramalho participaram da discussão dos dados. MC Ramos e MS Mesquita participaram da organização dos dados. EN Silva participou da revisão final do artigo.

Referências

1. Pinafo E, Carvalho BG. Descentralização da gestão: caminho percorrido, nós críticos e perspectivas. *Cien Saude Colet* 2016; 21(5):1511-1524.
2. Duarte LS, Pessoto UC, Guimarães RB, Heimann LS, da Rocha Carvalheiro J, Cortizo CT, Ribeiro EAW. Regionalização da saúde no Brasil: uma perspectiva de análise. *Saúde Soc* 2015; 24(2):472-485.
3. Viana ALD, Lima LD. O processo de regionalização na saúde: contextos, condicionantes e papel das Comissões Intergestoras Bipartites. In: Viana AL d'Ávila, Lima LD, organizadores. *Regionalização e relações federativas na política de saúde do Brasil*. Rio de Janeiro: Contra Capa; 2011. p. 11-24.
4. Lima LD, Viana ALD, Machado CV, Scatena JHG, Kehrig RT, Spinelli MA. A regionalização da saúde no Brasil: condicionantes e desafios. In: Scatena JHG, Kehrig RT, Spinelli MA, organizadores. *Regiões de Saúde: diversidade e processo de regionalização em Mato Grosso*. São Paulo: Hucitec; 2014. p. 565.
5. Dourado DA, Elias PEM. Regionalização e dinâmica política do federalismo sanitário brasileiro. *Rev saúde pública* 2011; 45(1):204-211.
6. Kuschner R, Chorny AH. Redes de atenção à saúde: contextualizando o debate. *Cien Saude Colet* 2010; 15(5):2307-2316.
7. Chebli ICF, Paiva MG, Stephan-Souza AI. O arcabouço jurídico-normativo do processo de descentralização e regionalização da saúde: percurso de sua consolidação. *Revista APS* 2010; 13(Supl. 1):75-83.
8. Mello GA, Ibañez N, Viana ALD. Um olhar histórico sobre a questão regional e os serviços básicos de saúde no Estado de São Paulo. *Saúde Soc* 2011; 20(4):853-866.
9. Brasil. Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2001. 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. *Diário Oficial da União* 2011; 29 jun.
10. Lima LD, Viana ALA, Machado CV, Albuquerque MV, Oliveira RG, Iozzi FL, Scatena JHG, Mello GA, Pereira AMM, Coelho APS. Regionalização e acesso à saúde nos estados brasileiros: condicionantes históricos e político-institucionais. *Cien Saude Colet* 2012; 17(11):2881-2892.
11. Peres AMMA, Dutra MJ, Santos MRC, Caldas M, Fontoura PR, Pinheiro R. *Apoiadores Regionais: uma experiência brasileira*. Rio de Janeiro: CEPESC, IMS/UERJ/COSEMS/RJ, OPAS; 2014.
12. Carpintéro MCC. O Projeto Apoiaadores e a regionalização: nossa alma e nosso labor. In: Pereira AL, Pereira Filho FNB, Monti JFC, Silveira LT, Louvison MCP, Pereira MTC, Akerman M, organizadores. *Regionalização é o caminho: reflexões, diálogos e narrativas sobre as regiões de saúde no Estado de São Paulo*. São Paulo: Phyxis Editorial; 2015. p. 28-35.
13. Machado CV, Lima LD, Viana ALA, Oliveira RG, Iozzi FL, Albuquerque MV, Scatena JHG, Mello GA, Pereira AMM, Coelho APS. Federalismo e política de saúde: comissões intergovernamentais no Brasil. *Rev Saude*

- Publica* 2014; 48(4):642-650.
14. Camargo BV, Justo AM. IRAMUTEQ: um software gratuito para análise de dados textuais. *Temas em Psicologia* 2013; 21(2):513-518.
 15. Pereira AL, Pereira MTC. Síntese das narrativas de apoiadores dos COSEMS/SP sobre a regionalização. In: Pereira AL, Pereira Filho FNB, Monti JFC, Silveira LT, Louvison MCP, Pereira MTC, Akerman M, organizadores. *Regionalização é o caminho: reflexões, diálogos e narrativas sobre as regiões de saúde no Estado de São Paulo*. São Paulo: Phyxis Editorial; 2015. p. 20-27.
 16. Shimizu HE, Moura LM. As representações sociais do controle social em saúde: os avanços e entraves da participação social institucionalizada. *Saúde Soc* 2015; 24(4):1180-1192.
 17. Shimizu HE, Silva JR, Moura LMM, Bermudez XPD, Odeh MM. A estrutura das representações sociais sobre saúde e doença entre membros de movimentos sociais. *Cien Saude Colet* 2015; 20(9):2899-2910.
 18. Spedo SM, Pinto NRS, Tanaka OY. A regionalização intramunicipal do Sistema Único de Saúde (SUS): um estudo de caso do município de São Paulo-SP, Brasil. *Saúde Soc* 2010; 19(3):533-546.
 19. Silva EC, Gomes MHA. Impasses no processo de regionalização do SUS: tramas locais. *Saúde Soc* 2013; 22(4):1106-1116.
 20. Mendes A, Louvison MCP, Ianni AMZ, Leite MG, Feuerwerker LCM, Tanaka OY, Duarte L, Weiller JAB, Lara NCC, Botelho LAM, Almeida CAL. O processo de construção da gestão regional da saúde no estado de São Paulo: subsídios para a análise. *Saúde Soc* 2015; 24(2):423-437.
 21. Ciccone DK, Vian T, Maurer L, Bradley EH. Linking governance mechanisms to health outcomes: A review of the literature in low-and middle-income countries. *Soc Sci Med* 2014; 117:86-95.
 22. Mascarenhas GC, Shimizu HE. Os Desafios do Planejamento Regional Compartilhado à Luz do Decreto nº 7.508: um estudo de caso Sobral – Ceará. In: Silva RM, Jorge MSB, Silva Junior AG, organizadores. *Planejamento, gestão e avaliação nas práticas de saúde*. Ceará: EdUECE; 2016. p.72-93
 23. Amaral SMS, Blatt CR. Consórcio intermunicipal para a aquisição de medicamentos: impacto no desabastecimento e no custo. *Rev Saude Publica* 2011; 45(4):799-801.
 24. Diniz D, Machado TRC, Penalva J. A judicialização da saúde no Distrito Federal, Brasil. *Cien Saude Colet* 2014; 19(2):591-198.
 25. Habermas J. *Teoria de la acción comunicativa*. Buenos Aires: Taurus; 1989. Vol. 2.
 26. Forest PG, Denis JL. Real Reform in Health Systems: An Introduction. *Journal of Health Politics, Policy and Law* 2012; 37(4):576-586.
 27. Ansell C, Gash A. Collaborative governance in theory and practice. *J of Public Admin Research and Theory* 2008; 18(4):543-571.
 28. Junior NB, Shimizu HE. Planejamento regional compartilhado em Minas Gerais: avanços e desafios. *Saúde Debate* 2015; 39(107):962-971.

Artigo apresentado em 30/05/2016

Aprovado em 04/08/2016

Versão final apresentada em 13/10/2016