UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
FACULDADE DE MEDICINA DE RIBEIRÃO PRETO

Pedro Silveira Carneiro

Regionalização na região de Ribeirão Preto – um olhar sobre o
Contrato Organizativo de Ação Pública

Ribeirão Preto
2018

PEDRO SILVEIRA CARNEIRO

Regionalização na região de Ribeirão Preto – um olhar sobre o
Contrato Organizativo de Ação Pública

Tese apresentada à Faculdade
de Medicina de Ribeirão Preto
da Universidade de São Paulo,
Departamento de Medicina
Social, para obtenção do título
de Doutor.

Área de concentração: Saúde na
Comunidade

Orientador:
Prof^aDr^aAldaísaCassanhoForster

Ribeirão Preto
2018

Autorizo a reprodução e divulgação total ou parcial deste trabalho, por qualquer meio convencional ou eletrônico, para fins de estudo e pesquisa, desde que citada a fonte.

FICHA CATALOGRÁFICA

Carneiro, Pedro Silveira

Regionalização na região de Ribeirão Preto – um olhar sobre o Contrato Organizativo de Ação Pública. Ribeirão Preto, 2018.

p.62 : il. ; 30cm

Tese apresentada à Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, Departamento de Medicina Social, para obtenção do título de Doutor.

Versão Corrigida. Versão Original disponível no Departamento de Medicina Social da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto - USP

Área de concentração: Saúde na Comunidade

Orientador: Forster, Aldaísa Cassanho

1. Gestão em saúde 2. Regionalização 3. Descentralização

Carneiro, Pedro Silveira

Regionalização na região de Ribeirão Preto – um olhar sobre o
Contrato Organizativo de Ação Pública

Tese apresentada à Faculdade
de Medicina de Ribeirão Preto
da Universidade de São Paulo,
para obtenção do título de
Doutor, Programa de Pós-
Graduação em Saúde na
Comunidade.

Aprovado em / /2018.

Banca Examinadora

Prof^a. Dr^a. _____

Instituição: _____ Assinatura _____

Prof^a. Dr^a. _____

Instituição: _____ Assinatura _____

Prof^a. Dr^a. _____

Instituição: _____ Assinatura _____

DEDICO ESTE TRABALHO

A todos os trabalhadores, gestores e militantes da reforma sanitária

Que, mesmo em momentos como o atual, seguem construindo aquilo que, como dizia Sergio Arouca, constituiu um projeto civilizatório dentro da sociedade brasileira.

AGRADECIMENTOS ESPECIAIS

À Professora Aldaísa

Pela paciência com o andamento desta pesquisa, com seus altos e baixos

À Tânia Silva Gomes Carneiro

Por seguir em frente comigo mesmo frente a carga que este trabalho sobrepôs em nossa família

João Pedro

Que mesmo sem saber falar, diz tanto do que é a vida

AGRADECIMENTOS

Agradeço a todos que contribuíram para tornar essa pesquisa possível.

Ao pessoal do DRS XIII, sempre muito prestativo nas minhas necessidades para a realização da pesquisa

Aos participantes da pesquisa, atores da gestão regional, já que não haveria pesquisa sem a sua colaboração

À Maria Eulália, dirigente da Assessoria Técnica do HCFMRP, pela paciência com minhas idas e vindas no decorrer deste doutorado

Fernanda e Lidia, por realizarem as entrevistas e transcrições, sem vocês esta pesquisa não seria possível

“Temos que aprender a viver com a diversidade, com o coletivo. E será assim que vamos construir nosso projeto, sabendo que, embora muitas vezes possamos errar, não vamos errar nunca o caminho que aponta para a construção de uma sociedade brasileira mais justa.”

Sérgio Arouca

RESUMO

CARNEIRO, P. S. Regionalização na região de Ribeirão Preto – um olhar sobre o Contrato Organizativo de Ação Pública. 2018. Tese (Doutorado) – Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo. Ribeirão Preto, 2018.

O presente estudo buscou discutir, a partir das percepções dos atores que atuaram em sua construção, o processo de discussão e composição dos COAP das regiões de saúde que compõe o DRS XIII – Ribeirão Preto, além de discutir os motivos para sua não implementação pelos gestores na região. Tomamos como ponto de partida a teoria de Matus do planejamento estratégico e do pensamento estratégico como críticas ao planejamento normativo. O cenário de estudo foi composto pelo grupo de trabalho criado para trabalhar o COAP e as CIR pertencentes à região do DRS-XIII, cujo pólo é Ribeirão Preto-SP. Foi realizada uma análise documental baseada nas atas das CIR no período em que foi realizado o trabalho relativo ao COAP, além de entrevistas com os gestores. A coleta de dados da análise documental ocorreu em janeiro e fevereiro de 2015, enquanto as entrevistas foram realizadas nos meses de novembro e dezembro de 2017, sendo realizadas entrevistas com 11 sujeitos. O instrumento de entrevista foi semiestruturado, abordando aspectos relativos a questões previstas na regulamentação do COAP e aproveitando questões que surgiram na análise documental. Utilizamos a abordagem qualitativa, usando como método de análise de dados a análise de conteúdo. Nas temáticas que emergiram encontramos as dificuldades apontadas pelos sujeitos na construção do COAP. Surgiram questões pertinentes às relações entre os entes das diferentes esferas, a presença de lógicas e relações marcadas pelas diferenças de capacidade técnica e pela dificuldade de construção de um consenso. A pesquisa identificou que o planejamento continua utilizando a série histórica de procedimentos para obter acesso quantitativo aos recursos tecnológicos, olhando pouco para as necessidades de saúde da população.

Palavras chave: Gestão em saúde, Regionalização, Descentralização

ABSTRACT

CARNEIRO, P. S. Regionalization in the Ribeirão Preto region – a look on the Public Action Organizational Contract. 2018. Tese (Doutorado) – Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo. Ribeirão Preto, 2018.

The present study sought to discuss, from the perceptions of the subjects acting on its construction, the process of discussing and composing the COAP in the health region of Regional Health Department XIII – Ribeirão Preto, and also knowing the motives for the failure to implement the COAP by the regional management. This understanding was built based on Matus' theory of strategic planning and strategic thought as a criticism on normative planning. The study setting was the work group for the COAP discussion and of the CIR belonging to the region of the Regional Health Department XIII, which is based on Ribeirão Preto-SP. We undertook a documental analysis of the registry of the CIR meetings for the period on which the work on COAP was realized, and interviewed the representatives of municipal and regional management involved. Data collection for documental analysis happened between January and February 2015, and interviews happened in November and December, 2017, with 11 subjects. The interview instrument was semi-structured, involving aspects related to matters that were written into the norms for the COAP, and aspects that came up during the documental analysis. We utilized a qualitative approach and content analysis as the method for analysis. Results show the difficulties pointed by subjects in the construction of the COAP. Matters pertaining the relations between agents of different level of management, with the presence of logics and relations marked by differences in technical capacity and policy views, making consensus difficult. Results also indicate that planning continues to use the previous production information to access technological resources, rather than using health necessities as a basis.

Key words: Health Management, Regional Health Planning, Decentralization

LISTA DE TABELAS

Tabela 1	Excerto da tabela de consolidação da Média Complexidade ambulatorial utilizado pelo grupo de trabalho do COAP	33
----------	---	----

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 Distribuição dos municípios do DRS- XIII nas regiões de 27
saúde

LISTA DE SIGLAS

APS - Atenção Primária à Saúde

BVS - Biblioteca Virtual em Saúde

CGR - Colegiado de Gestão Regional

CIB - Comissão Intergestores Bipartite

CIR – Comissão Intergestores Regional

CIT - Comissão Intergestores Tripartite

COAP - Contrato Organizativo de Ação Pública

CONASEMS - Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde

CONASS - Conselho Nacional de Secretários Estaduais de Saúde

DRS - Departamento Regional de Saúde

INAMPS - Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social

LILACS - Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde

MEDLINE - Literatura Internacional em Ciências da Saúde

MS - Ministério da Saúde

NOAS - Norma Operacional da Assistência à Saúde

NOB - Norma Operacional Básica

PAB - Piso da Atenção Básica

PS - Plano de Saúde

PPI - Programação Pactuada Integrada

SciELO – Scientific Electronic Library Online

SUS - Sistema Único de Saúde

Conteúdo

1. INTRODUÇÃO	15
1.1 Justificativa	22
2. OBJETIVO	24
2.1 Objetivo geral:.....	24
2.2 Objetivos específicos:.....	24
3. REFERENCIAL TEÓRICO	25
3.1 O pensamento estratégico como crítica ao planejamento normativo	25
4. MATERIAL E MÉTODO	29
4.1 Local de estudo	29
4.2 Sujeitos do estudo	29
4.3 Percorso Metodológico	30
4.4 Análise dos dados.....	31
5 – Resultados e Discussão.....	33
5.1 – Analise documental.....	33
5.2 – Entrevistas com os representantes dos colegiados	37
5.2.1 – As questões técnicas do COAP e a dificuldades de sua operação:.....	38
5.2.2 – As questões políticas do COAP como uma dificuldade para seu andamento	43
5.2.2 – O conflito interfederativo como entrave para o COAP	47
6 – Considerações Finais	51
Referências	53
Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	61

1. INTRODUÇÃO

“(...) o planejamento não é outra coisa que tentar submeter a nossa vontade o curso encadeado dos acontecimentos cotidianos, os quais determinam uma direção e uma velocidade à mudança que inevitavelmente experimenta um país em decorrência de nossas ações”(Matus, 1993, p.09).

Conforme exploramos no Mestrado (CARNEIRO, 2013), o Sistema Único de Saúde (SUS) brasileiro teve como diretrizes desde a sua concepção a descentralização e a regionalização, elementos essenciais para que as políticas de saúde e os princípios do sistema pretendidos se tornassem realidade. Os princípios de descentralização com direção única em cada esfera e de participação da comunidade (princípios estes lançados pelo movimento de Reforma Sanitária) foram incluídos na Constituição de 1988 e, mais tarde, seriam determinantes na forma que o sistema de saúde tomaria (BRASIL, 1988). Na lei 8080 de 19 de setembro de 1990, o artigo 7º prevê:

II - integralidade de assistência, entendida como um conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema;

IX - descentralização político-administrativa, com direção única em cada esfera de governo:

a) ênfase na descentralização dos serviços para os municípios;

b) regionalização e hierarquização da rede de serviços de saúde” (BRASIL, 1990a).

Assim, a partir de um pensamento de racionalidade econômica sistêmica, no qual se entendia que para haver integralidade na atenção, nem todos os municípios teriam tudo (em termos de serviços), surge a idéia de níveis de atenção e hierarquização dentro de regiões de saúde regionalizadas, daí regionalização. A implantação dessa diretriz teria, no entanto, que respeitar o princípio federativo, de direção única em cada esfera. Em outras palavras, era necessário respeitar a governabilidade dos atores em cena. (CARNEIRO, 2013)

Em sua teoria do planejamento, Carlos Matus nos convida a abandonar o pensamento normativo do planejamento, para assumir o planejamento como uma forma de potencializar a ação sobre o real, gerando direcionalidade no

que de outra forma seria a manifestação das eventualidades da vida (MATUS, 1993). Para tanto, ele coloca como essencial entender que o planejamento ocorre dentro de, e deve levar em consideração, um sistema em que mais de um ator age e planeja, cooperando ou opondo-se uns aos outros – consideração essa incorporada nos princípios lançados na constituição de 1988.

Outra questão presente desde a concepção do nosso sistema de saúde é a que se refere à participação social, da gestão colegiada em todos os níveis (BRASIL, 1990b). Questão essa que Gastão Wagner de Souza Campos (bem mais recentemente) nos convida a revisitar para pensarmos em co-gestão e intersubjetividade, no sentido de construir espaços coletivos formados por sujeitos e formadores de sujeitos (CAMPOS 2000, 2003).

Apesar da previsão desde o início de uma gestão compartilhada e um planejamento ascendente e participativo que operassem com descentralização e regionalização, não era essa a realidade vivida pelos entes federados. Os dispositivos de controle social e participação começavam a se organizar e os municípios buscavam entrar na gestão do sistema. Apesar das diretrizes previstas para o sistema (descentralização, regionalização), não existiam instrumentos através dos quais o planejamento desses movimentos sistêmicos pudesse ocorrer. (CARNEIRO, 2013)

Os instrumentos para atuação dos municípios no sistema surgem com a edição das Normas Operacionais Básicas (NOB) e, posteriormente, das Normas Operacionais de Assistência à Saúde (NOAS). Segundo Bueno e Mehry (1996), a NOB91 apresenta importantes retrocessos ao manter a lógica de financiamento através de convênios para pagamento de procedimentos (ferindo fortemente a autonomia de gestão pretendida dentro do princípio de descentralização). Ainda segundo esses autores, a NOB93 busca recuperar esta prerrogativa ao adotar como questão central a municipalização dos serviços e estabelecer situações transitórias de gestão incipiente, parcial e semiplena, que apontassem para uma situação mais definitiva na qual o município pudesse assumir o papel de gestor pleno do sistema.

É nesse momento que os municípios e estado passam a gestores do sistema de saúde, sendo criados mecanismos importantes, com o financiamento baseado em repasses automáticos fundo a fundo. São também constituídas a Comissão Intergestores Bipartite (CIB) e a Comissão Intergestores Tripartite (CIT), importantes instâncias colegiadas de decisão dentro da lógica federativa do (então incipiente) Sistema Único de Saúde (FERREIRA; FORSTER, 2011).

A função de gestor da saúde do município é consolidada com a NOB96, que responsabiliza esse nível de gestão pela situação de saúde da população, que afirma também a centralidade da atenção básica na organização do sistema (FERREIRA; FORSTER, 2011).

Apesar de descentralizar parte dos recursos, com o Piso da Atenção Básica (PAB), por exemplo, as NOBs ainda mantêm uma forte característica de centralidade da União nas decisões das políticas através do financiamento, gerando no período um movimento de descentralização com a cara de uma desconcentração de serviços sem a correspondente descentralização de poder (SCATENA; TANAKA, 2001), com uma forte municipalização dos serviços e importante ampliação da rede básica, mas com os elementos de gestão ainda fortemente ligados às políticas federais.

Concretamente, a adesão a essas normativas se processaram com diversas lacunas, com uma habilitação burocrática; critérios conflitantes entre municípios e estados na organização do funcionamento do sistema; financiamento baseado na lógica da oferta mediante apresentação de série histórica; desenvolvimento insuficiente do planejamento ascendente como um dificultador da organização do sistema; uma atenção básica com pouca capacidade de resolução (FERREIRA; FORSTER, 2011).

Podemos acrescentar nesse resgate, para além dos instrumentos e normativas, que o processo de reordenamento institucional do SUS “não foi linear, podendo ser identificados diferentes momentos” (VIANA & MACHADO, 2008) que influenciaram esses processos como significativo pano de fundo

presente nos processos de descentralização e nos demais processos de organização do sistema.

Um primeiro momento, de 1990 a 1992, caracteriza-se pela construção inicial do novo Ministério da Saúde (MS), contra uma resistência remanescente do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS). Um segundo momento, de 1993 a 1996, no qual ocorre a extinção do INAMPS e progressivo fortalecimento da Secretaria de Assistência à Saúde (SAS) do Ministério da Saúde, (VIANA & MACHADO, 2008) e corresponde ao período em que são lançados os processos de descentralização, conforme descrito acima.

A partir daí, influenciado pela agenda mais geral de reforma do Estado, inicia-se, no momento subsequente, um processo de enxugamento e fragmentação institucional, com uma diversificação de ações correndo paralelamente à fragmentação (VIANA & MACHADO, 2008), período esse que corresponde ao momento de edição das Normas Operacionais de Assistência a Saúde (NOAS) no começo dos anos 2000. A partir de 2003, inaugura-se um novo momento nessa transição institucional, em que se percebe um esforço de reestruturação organizacional com a reorganização de diversos departamentos do MS e diminuição da fragmentação (VIANA & MACHADO, 2008), sendo esse o cenário institucional de construção do Pacto pela Saúde.

As NOASs são editadas e lançadas em 2001 e 2002 e foram direcionadas para ajustes ainda no processo de descentralização, agregando instrumental de ordenamento, teoricamente, na busca da equidade do sistema. Neste novo cenário, a descentralização (que é um dos temas centrais das NOASs) passa a ser direcionada para as estratégias de construção de um regionalismo muito vinculado às ações da assistência em cada região. Em outros termos, estas novas normas procuravam evitar uma excessiva fragmentação e ampliar a racionalidade econômica sistêmica, estabelecendo articulações institucionais por meio de módulos assistenciais (COSEMS-SP, 2008).

As NOASs enfatizaram o processo de regionalização e a ampliação do acesso da população à atenção especializada em saúde, através da organização de sistemas e fluxos de referência intermunicipal e interestadual. Entretanto, as diversas realidades loco-regionais colocaram os gestores da saúde frente a enormes desafios na busca da garantia da atenção integral, os quais não podiam ser superados, sobretudo em função da rigidez com que foram criadas essas normativas (SILVA & DOBASHI, 2006).

Em termos gerais, podemos colocar a década de 1990-2000 como um período centrado na municipalização da saúde, com o período subsequente de 2000 à atualidade como um período da regionalização da saúde, com surgimento de diretrizes para o financiamento e da integralidade assistencial, regionalização essa inicialmente colocada pelas NOASs com a posterior estruturação do ponto de vista político no Pacto pela Saúde (ELIAS; DOURADO, 2011).

O Pacto pela Saúde publicado em 2006, construído a partir de um acordo interfederativo, articula três dimensões: o Pacto pela Vida, o Pacto em Defesa do SUS e o Pacto de Gestão. (BRASIL, 2007). No âmbito da regionalização, o Pacto propõe que:

As Regiões de Saúde são recortes territoriais inseridos em um espaço geográfico contínuo, identificadas pelos gestores municipais e estaduais a partir de identidades culturais, econômicas e sociais, de redes de comunicação e de infra-estrutura de transporte compartilhada no território. A região de Saúde deve organizar a rede de ações e serviços de saúde a fim de assegurar o cumprimento dos princípios constitucionais de universalidade no acesso, equidade e integralidade do cuidado. A organização da Região de Saúde deve favorecer a ação cooperativa e solidária entre gestores e o fortalecimento do controle social (BRASIL, 2006a, p. 19).

Destaca-se aqui a questão da cooperação intergovernamental entre os gestores (co-gestão), questão essa que não recebe a mesma ênfase nas normativas anteriores. Assim, o Pacto apresenta um novo momento na regionalização brasileira ao resgatar o conteúdo político desse processo ao mesmo tempo em que coloca que a organização territorial do sistema deve levar em conta a diversidade em busca de complementaridade de ações (MACHADO et al, 2010).

Mais recentemente, o Decreto nº 7.508 de junho de 2011 regulamenta a região de saúde, conceituando-a como:

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, com a finalidade de integrar a organização, o planejamento e a execução de ações e serviços de saúde.

Importante destacar que esse conceito de região de saúde vem atrelado a idéia de uma “rede regional de ações e serviços de saúde”, que podem ser entendidas como

arranjos organizativos de unidades funcionais de saúde, pontos de atenção e apoio diagnóstico e terapêutico, onde são desenvolvidos procedimentos de diferentes densidades tecnológicas que, integrados através de sistemas de apoio e de gestão, buscam garantir a integralidade do cuidado (LAVRAS, 2011, p 872).

buscando superar a fragmentação, que se manifesta no âmbito regional principalmente como ausência de articulação entre as instâncias da gestão e entre os serviços de saúde. Essa superação necessita, nesse âmbito, a cooperação regional dos municípios e a qualificação e estruturação (a nível municipal) da Atenção Primária à Saúde (APS) para a coordenação do cuidado ofertado e organização do sistema (LAVRAS, 2011).

Juntamente com as novas regiões de saúde nascem os Colegiados de Gestão Regional (CGR), que passam a ser o espaço fundamental de articulação da regionalização, através da reunião entre secretários municipais de saúde e representantes do(s) gestor(es) estadual(ais):

O Colegiado de Gestão Regional constitui-se num espaço de decisão através da identificação, definição de prioridades e de pactuação de soluções para a organização de uma rede regional de ações e serviços de atenção à saúde, integrada e resolutiva. O Colegiado deve ser formado pelos gestores municipais de saúde do conjunto de municípios e por representantes do(s) gestor(es) estadual(ais), sendo as suas decisões sempre por consenso, pressupondo o envolvimento e comprometimento do conjunto de gestores com os compromissos pactuados. O Colegiado deve instituir processo de planejamento regional, que defina as prioridades, as responsabilidades de cada ente, as bases para a programação pactuada integrada da atenção à saúde, o desenho do processo regulatório, as estratégias de

qualificação do controle social, as linhas de investimento e o apoio para o processo de planejamento local (BRASIL, 2006a, p. 21).

Assim, o CGR passa a ser o espaço que consolida a dinâmica política entre os entes federados no nível das regiões de saúde, a exemplo do papel cumprido por CIB e CIT em seus respectivos níveis (ELIAS; DOURADO, 2011).

Os CGR assumem, conforme sua implementação avança, um papel privilegiado como espaço de negociação, de incorporação da visão e das demandas municipais como parte da dinâmica regional, trazendo importantes contribuições para a gestão regional (ALBUQUERQUE, M.V. et al. 2011) embora carregados de questões e ambiguidades nas relações entre os entes (CARNEIRO, 2013).

Nesse mesmo contexto, tendo em vista a necessidade de processos de planejamento regional, é concebida e regulamentada em 2006 a atual política para o planejamento no SUS, o PlanejaSUS. A regulamentação prevê para os municípios, entre outras, a atribuição de participação no processo de planejamento regional de forma articulada, integrada e participativa, com a aplicação e adaptação às realidades locais das metodologias, processos e instrumentos pactuados no âmbito do PlanejaSUS (BRASIL, 2009a).

A regulamentação ressalta em seu texto que, em conformidade com o planejamento regional definido no Pacto pela Saúde, os Planos Estaduais e Municipais devem conter as prioridades e responsabilidades definidas regionalmente nos Colegiados de Gestão Regional (BRASIL, 2009a).

Avançando nos sucessivos momentos (e movimentos) normativos, o Decreto 7508/2011 define que a colaboração entre os entes federativos para a organização da rede interfederativa de atenção à saúde será firmado por meio de Contrato Organizativo da Ação Pública da Saúde (COAP). Define, ainda, que o objeto do COAP será a responsabilidade dos entes federativos de uma Região de Saúde na integração e na organização da rede de serviços e ações de saúde, de forma a garantir assistência integral aos usuários. (BRASIL, 2011)

Define o COAP como

acordo de colaboração firmado entre entes federativos com a finalidade de organizar e integrar as ações e serviços de saúde na rede regionalizada e hierarquizada, com definição de responsabilidades, indicadores e metas de saúde, critérios de avaliação de desempenho, recursos financeiros que serão disponibilizados, forma de controle e fiscalização de sua execução e demais elementos necessários à implementação integrada das ações e serviços de saúde (BRASIL, 2011)

Acrescentando, portanto, uma série de tarefas aos gestores e à gestão de saúde na região, definindo ainda que ele será construído pela integração do planejamento e será definidor das responsabilidades conjuntas e de cada gestor na rede de saúde da região, assim como o acompanhamento e avaliação do planejamento, a definição dos recursos financeiros e o controle e fiscalização da execução. (BRASIL, 2011)

Ao buscar integrar planejamento, responsabilidades assistenciais, fluxos, recursos financeiros, e avaliação e acompanhamento, podemos ver que se trata de um instrumento ambicioso nos seus papeis. Fica claro que o processo de construção e implementação dos COAP nas diversas regiões de saúde será determinante no caminhar do Sistema de Saúde. Será, no entanto, que esse novo instrumento será capaz de cumprir com suas atribuições? Serão as regiões de saúde e seus atores capazes de incorporar todas essas atribuições? Em que medida reproduz a lógica normatizante dos instrumentos anteriores? Estes são os questionamentos que o presente estudo pretende abordar.

1.1 Justificativa

Dentro da atual regulamentação para a gestão do SUS, o COAP se destaca como o instrumento privilegiado da regionalização e do planejamento regional, representando a política de articulação e pactuação entre os entes federados. Como definidor das responsabilidades e dos fluxos dentro da rede, se assume como um instrumento de fundamental importância na gestão regional.

No momento de início dos trabalhos deste projeto, não haviam estudos publicados sobre o COAP. Uma busca bibliográfica realizada em outubro de 2013 na Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS) e na Scientific Electronic Library Online

(SciELO), tendo como termo “Regionalização” não retornou nenhum artigo relativo ao COAP. Apesar da regionalização se configurar como importante campo de estudos, merecendo uma mesa e um painel no recente 2º Congresso Brasileiro de Política, Planejamento e Gestão em Saúde da ABRASCO, as publicações recentes sobre o tema têm focado as configurações e o desenvolvimento dos Colegiados de Gestão Regional.

Desde então, surgiram alguns estudos que avaliaram os atores que participam de sua construção assim como o próprio processo de construção de COAPs e a percepção desses atores sobre o processo. Ainda não houve trabalhos que avaliassem o cumprimento dos objetivos previstos para o instrumento (que são muitos e diversos).

No decorrer da exploração do campo de pesquisa, pudemos acompanhar o trabalho realizado em torno do COAP na região estudada. No entanto, em 2015 os órgãos colegiados da região optaram por deixar de trabalhar o COAP. Isso nos levou ao desafio de incluir entre os objetivos da pesquisa a questão da não implementação do COAP.

Esperamos que as questões a serem estudadas na pesquisa aqui proposta contribuam para o acúmulo de uma literatura crítica para o fortalecimento da gestão regional e sirvam de base para novas pesquisas que virão para responder os novos questionamentos que certamente emergirão no decorrer do estudo.

2. OBJETIVO

2.1 Objetivo geral:

Discutir, a partir das percepções dos atores que atuaram em sua construção, o processo de discussão e a composição dos COAP das regiões de saúde inseridas no DRS XIII – Ribeirão Preto.

2.2 Objetivos específicos:

Caracterizar o entendimento dos participantes em relação ao COAP no que diz respeito aos papéis previstos de pactuação e regionalização.

Identificar e analisar a percepção que esses atores tem do papel das CIR no processo de construção do COAP.

Discutir, a partir das percepções dos atores, os motivos da não implementação do COAP pelos gestores na região.

3. REFERENCIAL TEÓRICO

3.1 O pensamento estratégico como crítica ao planejamento normativo

Conforme exploramos na introdução a regionalização nasce a partir da necessidade de se construir um sistema universal e integral a partir de recursos finitos. Desde o lançamento da lei 8080 com a ideia de hierarquização, de níveis de assistência à saúde, existe uma racionalidade econômica implícita: a pequena vila não realizará todos os serviços possíveis (ou disponíveis, ou necessários) de atenção à saúde.

Em verdade, essa racionalidade está fortemente presente em parte significativa da literatura relacionada à gestão e planejamento: a necessidade do “melhor uso possível” dos recursos através da priorização de sua alocação, as questões de eficiência, custo benefício, etc. No nosso caso de interesse – o estudo do sistema de saúde brasileiro – cabe destacar as correntes que culminaram (instrumentalmente, ao menos), no método CENDES/OPAS (Centro de Desarrollo/ Organización Pan-Americana da Saúde) de planificação em saúde(RIVERA, 1992).

Com a confluência dos movimentos preventivista, da medicina comunitária e das teses cepalinas com relação ao desenvolvimento, no Brasil da década de 60, temos o surgimento de uma proposta para o setor saúde centrada em um pensamento economicista de eficiência na utilização de recursos. (RIVERA, 1992) Esse pensamento encerrava em si uma série de graves contradições, duramente criticadas durante a década de 70 por diversos autores, entre eles Carlos Matus e Mário Testa.

A partir das críticas, a planificação sanitária passa por um processo de enriquecimento, com uma expansão metodológica e discursiva e incorporação de elementos da administração e das ciências políticas, evoluindo da economia para a política. (RIVERA, 1992)

Matus (1992) caracteriza essas práticas em que a definição de objetivos, recursos e ações não surgem a partir do comportamento social concreto, mas a partir de um modelo tecnocrático de decisão que superpõe a ele normas

técnicas, feito por técnicos de forma abstrata num mundo ideal, como “planejamento normativo”. A ele o autor contrapõe o planejamento estratégico situacional, no qual “planeja quem faz” e é incorporado o caráter interativo da planificação. Assim, o elemento governabilidade passa a fazer partedo pensamento estratégico. Nas palavras do próprio Matus “A planificação situacional refere-se à arte de governar em situação de poder compartilhado” (MATUS, 1992, P.107).

Testa, em intenso diálogo com Matus, desenvolve a ideia de que existem atores, individuais e coletivos, que desenrolam o “drama estratégico” dentro de um cenário. “Um ator individual é um sujeito que tem interesses no setor saúde e que ocupa uma posição que o coloca em situação de peso dentro do mesmo” (TESTA, 1995, p.49). Esses atores, interagindo a partir da ação social, constituem o espaço social onde se desenrola essa ação.

No que diz respeito à teoria do planejamento, podemos apontar que diversas correntes se desenvolveram a partir dessa base teórico metodológica e desembocaram em diversas “escolas”, apontadas por Rivera e Artmann(2010), em interessante debate com diversos outros autores.

No entanto, para este estudo nos interessa mais a forma como essas e outras críticas a um pensamento economicista irão também ser incorporados no SUS desde seu principio, dentro de um federalismo que nasceu junto ao processo constituinte. A lei 8080/90 já previa como atribuição da direção nacional do SUS a elaboração do planejamento estratégico em nível nacional, em cooperação com estados e municípios, sendo esse planejamento previsto como ascendente e participativo (ROCHA, 2011).

Assim, concordamos com Rivera e Artmann (2010), ao partirmos do principio de que, numa situação concreta em que distintos atores sociais tensionam seus projetos, além de reconhecer os conflitos e os temas nele contidos, é necessário criar a capacidade de escuta do diferente e ampliar a interação e a negociação.

Está implícito, quando o Estado Brasileiro coloca a descentralização com direção única em cada esfera no arcabouço legal que cria o SUS, um sistema

que(pelo menos, teoricamente) respeita a governabilidade dos atores envolvidos no processo.

Mas, nesse caso, que atores seriam esses? No Brasil, a partir da constituição de 1988, o Estado está organizado em um federalismo cooperativo, com o ingresso dos municípios como entes federados e a transferência para o poder local de encargos e recursos para o provimento de bens e serviços aos cidadãos. Junto com os estados federados e a União, os municípios compõem a estrutura particular de federação que foi a opção do Brasil. No caso da saúde, a lei 8080 prevê que a descentralização ocorrerá com “ênfase na descentralização dos serviços para os municípios” (ELIAS; DOURADO, 2011).

As tentativas de concretizar esses princípios, com seus avanços e dificuldades, foram ocorrendo conforme descrito na introdução. De forma geral, podemos dizer que os vários processos organizativos para o sistema de serviços de saúde, desencadeados a partir da lei 8080, foram deslocando sua centralidade para o espaço loco-regional, enfatizando a ampliação do papel dos municípios na execução e avaliação da política de saúde (FERREIRA et al. 2011).

Nesse mesmo contexto, podemos apontar que é incorporado na política de planejamento do SUS um conjunto de pontos prioritários para o funcionamento desse planejamento, a saber:

Adoção das necessidades de saúde da população como critério para o processo de planejamento no âmbito do SUS; Integração dos instrumentos de planejamento, tanto no contexto de cada esfera de gestão como no SUS como um todo; Institucionalização e fortalecimento do Sistema de Planejamento do SUS, com adoção do processo de planejamento, neste incluído o monitoramento e a avaliação, como instrumento estratégico do SUS (ROCHA, 2011, p.271).

E, não menos importante, “Cooperação entre as três esferas de gestão para o fortalecimento e a equidade no processo de planejamento no SUS” (ROCHA, 2011, p. 271), reafirmando o que foi colocado em diversos momentos, em que o espaço regional nos parece ser o espaço privilegiado

para a concretização dessa cooperação a partir de uma lógica mais solidária e articulada.

Finalizando, do ponto de vista conceitual, cabe frisar que, a partir do explicitado, entendemos como atores do processo de regionalização no cenário objeto de estudo os entes federados ali representados pelos seus respectivos gestores. Estes estariam aqui colocados como sujeitos sociais, na concepção de Testa: “indivíduo que possui – é possuído por – uma ideologia.” (TESTA, 1995). É a partir desses entendimentos que o presente estudo irá se desenvolver.

4.MATERIAL E MÉTODO

4.1 Local de estudo

Os locais de estudo foram as regiões de saúde pertencentes à região do Departamento Regional de Saúde - DRS-XIII, cujo polo é o município de Ribeirão Preto. Foram definidas três regiões de saúde para os 26 municípios pertencentes ao DRS: Horizonte Verde; Aquífero Guarani e Vale das Cachoeiras (Quadro 1).

Quadro 1:Distribuição dos municípiosdo DRS- XIII nas regiões de saúde

Região	MUNICÍPIOS INTEGRANTES
Horizonte Verde	Barrinha, Dumont, Guariba, Jaboticabal, Monte Alto, Pitangueiras, Pontal, Pradópolis, Sertãozinho
Aquífero Guarani	Cravinhos, Guataporá, Jardinópolis, Luiz Antonio, Ribeirão Preto, Santa Rosa do Viterbo, São Simão, Serra Azul, Serrana, Santa Rita do Passa Quatro
Vale das Cachoeiras	Altinópolis, Batatais, Brodósqui, Cajurú, Cássia dos Coqueiros, Santa Cruz da Esperança, Santo Antonio da Alegria

Fonte: Departamento Regional de Saúde – DRS-XIII, 2015.

Ao optarmos por abordar essa região, entendemos que teríamos um adequado acesso aos gestores e obteríamos uma adesão adequada para a finalidade do estudo.

4.2 Sujeitos do estudo

Os sujeitos do estudo previstos foram os entes federativos pertencentes às regiões de saúde, representadas pelos gestores dos municípios e pelo representante da gestão estadual atuantes no período em que o COAP foi trabalhado, somando 27 sujeitos potenciais. No decorrer do estudo, optamos por também realizar entrevista com informante chave que coordenou o grupo de trabalho relativo ao COAP na região estudada, com objetivo de esclarecer pontos da análise documental.

Foram submetidos à entrevista todos os representantes que concordarem em participar da pesquisa. Para tal, foi assinado Termo de

Consentimento Livre e Esclarecido. Será garantida a confidencialidade do material, que foi gravada e ficará sob guarda dos pesquisadores no Departamento de Medicina Social da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto – USP, e será utilizada somente com fins de pesquisa científica. Nenhuma identidade dos sujeitos do estudo será divulgada. Será garantida a possibilidade de desligamento do estudo a qualquer momento.

As entrevistas foram realizadas por profissionais contratados especificamente para esse fim, evitando que a relação com o pesquisador (formada no decorrer da exploração do campo) interfira com as informações prestadas na entrevista.

4.3 Percurso Metodológico

O presente trabalho utilizou uma metodologia qualitativa, pois se propõe a estudar um objeto que se encontra no campo dos significados e percepções. Ao discutir essa abordagem científica, Minayo (MINAYO & SANCHES, 1993), coloca que “é exatamente esse nível mais profundo (em constante interação com o ecológico) — o nível dos significados, motivos, aspirações, atitudes, crenças e valores, que se expressa pela linguagem comum e na vida cotidiana — o objeto da abordagem qualitativa.” Coloca também que “a[abordagem qualitativa] adequa-se a aprofundar a complexidade dos fenômenos, fatos e processos particulares e específicos de grupos mais ou menos delimitados em extensão e capazes de serem abrangidos intensamente”, sendo esse o caso do objeto deste estudo.

Além disso, parte-se do entendimento, para construir essa pesquisa, que o pesquisador não é alheio ao processo, como um observador neutro, sendo ele próprio um sujeito do processo que estuda (nesse caso, a gestão do Sistema de Saúde), estando exposto às mesmas amarras de entendimento que os sujeitos estudados (MAYKUT & MOREHOUSE, 1994). Parte-se também do entendimento de que esse é um fenômeno que deve ser estudado no cenário em que se manifesta, não sendo possível nem desejável estudá-lo em ambiente controlado ou artificial (MAYKUT & MOREHOUSE, 1994; POPE & MAYS, 2000).

A coleta de dados foi dividida em duas fases, com a análise documental e entrevista com informante chave na primeira fase, informando a construção do instrumento de entrevista da segunda fase, para entrevista com os gestores.

Na primeira fase, foram obtidos e analisados documentos pertinentes à elaboração do COAP, como atas de reuniões, normativas estaduais e federais, instrumentos do planejamento, resoluções e deliberações da CIT e CIB, e documentos relativos às CIR. Foram incluídos todos os documentos guardados em arquivo digital institucional da DRS relativo ao trabalho com o COAP, assim como as atas oficiais das reuniões das CIR do período em que o trabalho foi realizado.

Além de fazer parte da pesquisa em si, a análise documental dos documentos pertinentes foi utilizada também para qualificar a construção do instrumento de entrevista dos gestores.

O instrumento utilizado para coleta de dados da segunda fase foi a entrevista. Uma entrevista nada mais é do que uma conversa com um propósito (MAYKUT & MOREHOUSE, 1994), e, nesse caso, o propósito das entrevistas foi esclarecer aspectos da percepção dos sujeitos em relação às interações e aos processos relativos à construção do COAP. Assim, esse instrumento explorou a percepção sobre o trabalho desenvolvido em relação à construção do COAP na região. As entrevistas foram semi estruturadas utilizando instrumento construído previamente (Anexo 2).

4.4 Análise dos dados

Utilizamos para tratamento dos dados qualitativos a análise temática (dentre as possibilidades metodológicas da análise de conteúdo). No conjunto das técnicas da análise de conteúdo, a análise por categoria é a mais antiga e a mais utilizada na prática. Funciona por operações de desmembramento do texto em unidades, em categorias segundo reagrupamentos analógicos. Entre as diferentes possibilidades de categorização, a investigação dos temas, ou análise temática, é rápida e eficaz na condição de se aplicar a discursos diretos e simples (BARDIN, 1995, p. 153).

Para a análise dos dados, as entrevistas foram transcritas na íntegra, sendo realizada análise dos transcritos, procedendo inicialmente com a identificação de unidades de significado, que posteriormente foram categorizadas em temáticas a exploradas analiticamente tanto através de análise das convergências (aquilo em que os participantes concordam) como de divergências (as discordâncias entre as diversas entrevistas). (MAYKUT & MOREHOUSE, 1994)

Para evitar a exposição da identidade dos sujeitos, as falas que foram citadas durante o trabalho foram referidas por números atribuídos aleatoriamente para cada sujeito do estudo, sendo essa atribuição de conhecimento somente do pesquisador.

5 – Resultados e Discussão

5.1 – Análise documental

Foram obtidos os materiais utilizados pelo Grupo de trabalho para estudo do COAP, bem como os produtos do trabalho do grupo e as atas das CIR no período relativo ao funcionamento do grupo. A análise das atas das CIR no período foi a forma encontrada de analisar o andamento do Grupo, tendo em vista este não possuir atas. O Grupo foi criado em março de 2013, e foram obtidas 81 atas das reuniões das três CIR da região, no período de março de 2013 a agosto de 2015. O referido grupo, segundo apresentação realizada nas CIR pela equipe técnica da DRS, se reuniu nove vezes em 2013, 14 vezes em 2014, e duas vezes em 2015.

Através da análise das atas foi possível acompanhar a evolução desse Grupo, que inicialmente foi constituído como “Grupo Técnico do COAP” em 03/13, com representantes dos gestores das três CIR (um titular e um suplente de cada CIR), com apoio técnico do setor de planejamento do DRS XIII (dois representantes).

Foi proposta em setembro nas CIR a alteração do grupo para que trabalhasse em eixos, sendo aprovados os seguintes eixos: Eixo político; Eixo jurídico; Eixo financeiro; Eixo assistencial. Cada eixo teve gestores definidos como responsáveis, ainda segundo as atas. As menções seguintes nas atas de novembro e dezembro de 2013 focam em cobranças para o preenchimento pelos municípios de planilhas que alimentariam o trabalho do grupo.

No decorrer do ano de 2014, o grupo segue se reunindo, porém só sendo mencionado nas atas das CIR duas vezes, primeiro informando sobre a necessidade de envio de planilhas com informações pelos municípios e num momento onde foram redefinidos os membros representantes de cada CIR. Em ambas as menções como “Grupo de trabalho do COAP assistencial”, não constando das atas os encaminhamentos dos demais eixos, dando a entender que os demais eixos não caminharam. Este entendimento foi posteriormente confirmado pelas entrevistas.

Na primeira reunião de 2015, volta a ser mencionada nas atas das CIR uma “retomada dos trabalhos do grupo de trabalho do COAP assistencial”, novamente com a definição dos membros que fariam parte do grupo. Novamente são mencionados prazos para preenchimentos de planilhas que seriam enviadas pelos municípios para serem trabalhadas pelo grupo. As entrevistas deixam que claro que esse processo se dá num contexto de importante dificuldade técnica dos municípios em levantar e analisar as informações, conforme discutiremos na análise das entrevistas.

Posteriormente, consta nas atas das CIR uma discussão sobre as dificuldades de preenchimento das informações pelos municípios. Ainda segundo as atas, fica definida a suspensão dos trabalhos do grupo, em agosto/15. A justificativa registrada é a dificuldade de priorizar os trabalhos de coleta de informação frente a outras questões nos municípios, assim como dificuldades técnicas de parte dos municípios em levantar a informação, questões essas que também surgem nas entrevistas conforme analisaremos mais para frente.

Nos documentos analisados, fica evidente que essa finalização dos trabalhos não foi definida a partir de um plano de trabalho negociado previamente. As entrevistas deixam claro que essa suspensão dos trabalhos foi um resultado do processo que foi progressivamente perdendo o sentido.

Ao buscarmos nos documentos definições relativas à dinâmica de trabalho acordada no grupo, encontramos apenas a priorização da Média Complexidade como objeto inicial de estudo, levando à solicitação de preenchimento de planilhas pelos municípios. Esse trabalho seria desenvolvido mediante um calendário de reuniões mensais, que no ano de 2015 não foi cumprindo. Na apresentação final sobre os trabalhos do grupo nas CIR em agosto de 2015, a justificativa apresentada para isso é o não preenchimento das planilhas nos prazos solicitados por todos os municípios.

Entre os materiais utilizados pelo grupo para organizar inicialmente os trabalhos estavam três resoluções da Comissão Intergestores Tripartite relativas aos elementos do COAP, seis apresentações da Secretaria Estadual

de Saúde de São Paulo sobre a construção do COAP, quatro normativas ministeriais relativas a elementos do COAP, três documentos relativos a construção do COAP em outros Estados. Com relação à esses materiais, chama a atenção que todos são dos anos de 2012 e 2013, não sendo encontrado no material analisado normas mais recentes que instruísem a construção do COAP.

As resoluções e normativas mencionadas são na maioria compostas por definições de fluxos burocráticos de aprovação dos elementos do COAP, e as apresentações são apresentações sobre o COAP e seus componentes, vindas de níveis mais centrais de gestão.

Vale ressaltar que nesse mesmo período foram publicadas as portarias relativas às redes (urgência, cegonha, crônicos, etc.), que comporiam o COAP, porém as portarias relativas a essas redes não fizeram parte do material utilizado pelo grupo de trabalho. Da mesma forma, os instrumentos de planejamento (Planos, programações e relatórios) da região não fizeram parte da documentação utilizada pelo grupo de trabalho. Fica claro na análise das entrevistas que essas questões efetivamente não foram incorporadas na discussão do GT.

No geral, os materiais apontam para um processo bastante voltado para atendimento de funções normativas, sem que sejam apontados caminhos estratégicos para o COAP na região pelos atores envolvidos.

Com relação aos produtos do grupo de trabalho, o que encontramos foram tabelas de procedimentos codificados de acordo com o código da tabela SUS com quantitativos separados por municípios, sendo parte dos documentos estudados as tabelas enviadas pelos municípios e uma tabela de consolidação. Os procedimentos elencados estavam focados na média complexidade ambulatorial. A partir das apresentações presentes no material analisado é possível perceber que a priorização da discussão da média complexidade ambulatorial foi uma decisão tomada dentro do próprio grupo de trabalho. As entrevistas corroboram com esta percepção.

Podemos ver na Tabela 1 um pequeno recorte da tabela de consolidação.

Tabela 1: Excerto da tabela de consolidação da Média Complexidade ambulatorial utilizado pelo grupo de trabalho do COAP

População 2013-IBGE		1.977		2.599		6.386		7.056	
		S.C.Esperança		C.Coqueiros		S.A.Alegria		Guataporá	
Código	Forma de organização	Necessidade	Coef. Mil hab	Necessidade	Coef. Mil hab	Necessidade	Coef. Mil hab	Necessidade	Coef. Mil hab
01	Ações de promoção e prevenção em saúde	33	16,69	71	27,32	79	12,37	23	3,26
0101	Ações coletivas/individuais em saúde	33	16,69	71	27,32	79	12,37	23	3,26
010101	Educação em saúde	24	12,14	70	26,93	78	12,21	23	3,26
010104	Alimentação e nutrição	9	4,55	1	0,38	1	0,16	0	0,00
02	Procedimentos com finalidade diagnóstica	12.363	6.253,41	22.369	8.606,77	35.080	5.493,27	34.948	4.952,95
0201	Coleta de material	42	21,24	68	26,16	188	29,44	32	4,54
020101	Coleta de material por meio de punção/biopsia	40	20,23	62	23,86	187	29,28	32	4,54
020102	Outras formas de coleta de material	2	1,01	6	2,31	1	0,16	0	0,00
0202	Diagnóstico em laboratório clínico	9.498	4.804,25	16.268	6.259,33	27.073	4.239,43	23.396	3.315,76
020201	Exames bioquímicos	6.425	3.249,87	10.697	4.115,81	16.168	2.531,79	13.742	1.947,56
020202	Exames hematológicos e hemostasia	1.130	571,57	2.681	1.031,55	2.735	428,28	4.789	678,71
020203	Exames sorológicos e imunológicos	150	75,87	1.032	397,08	2.957	463,04	1.349	191,18
020204	Exames coprológicos	327	165,40	363	139,67	843	132,01	333	47,19
020205	Exames de uroanálise	550	278,20	612	235,48	2.478	388,04	1.322	187,36
020206	Exames hormonais	650	328,78	492	189,30	741	116,04	843	119,47
020207	Exames toxicológicos ou de monitoração terapêutica	36	18,21	25	9,62	15	2,35	21	2,98
020208	Exames microbiológicos	80	40,47	202	77,72	149	23,33	705	99,91
020209	Exames em outros líquidos biológicos	20	10,12	36	13,85	456	71,41	25	3,54
020210	Exames de genética	6	3,03	5	1,92	4	0,63	13	1,84
020211	Exames para triagem neonatal	80	40,47	72	27,70	62	9,71	119	16,87
020212	Exames imunohematológicos	80	40,47	76	29,24	480	75,16	156	22,11
0203	Diagnóstico por anatomia patológica e citopatologia	523	264,54	581	223,55	731	114,47	550	77,95
020301	Exames citopatológicos	500	252,91	461	177,38	671	105,07	488	69,16
020302	Exames anatomopatológicos	23	11,63	120	46,17	60	9,40	62	8,79
0204	Diagnóstico por radiologia	972	491,65	2.321	893,04	2.986	467,59	6.704	950,11

A tabela original possui colunas para todos os 26 municípios, e linhas para os procedimentos de todos os grupamentos da tabela SUS, num total de 54 colunas e 135 linhas, sendo excessivamente extensa para ser demonstrada aqui. Porém, o que se percebe é que o foco dos trabalhos do grupo foi a quantificação de procedimentos a serem incluídos no contrato. Possivelmente isso explique as dificuldades, já que, como coloca Roesse et al. “(...) torna-se difícil a programação procedimental sem um planejamento estratégico concomitante, que leve em conta o perfil e as prioridades relativas aos problemas, necessidade e demandas reais.”

O foco no uso da designação da tabela SUS pode indicar que a preocupação do grupo era a negociação de teto financeiro, embora não foi possível concluir isso somente a partir da análise documental realizada, já que o grupo de trabalho não produziu atas. No entanto, outros trabalhos, como Roese et al. (2015) e Mendes et al. (2015), apontam para esse foco no contingenciamento de recursos tecnológicos e financeiros em processos de regionalização relacionados ao COAP.

As entrevistas, no entanto, esclarecem que de fato havia essa preocupação de quantificar recursos tecnológicos e financeiros a serem distribuídos mediante o COAP.

5.2 – Entrevistas com os representantes dos colegiados

Após aprovação da realização da pesquisa pelos CIR e pelo comitê de ética, a coleta das entrevistas ocorreu nos meses de novembro e dezembro de 2017, sendo realizada por duas pessoas contratadas para esse fim mediante auxílio para pesquisa.

Foi feito contato telefônico e por e-mail com os sujeitos a serem entrevistados. A partir desse contato foram agendadas as entrevistas de forma a compatibilizar da melhor forma possível a disponibilidade dos gestores e das pesquisadoras, com muitas das entrevistas sendo realizadas no município dos gestores, mas com algumas utilizando momentos em que os gestores estavam em Ribeirão Preto em outros compromissos. Em todos os casos foi garantido uso de espaço que possibilitasse uma entrevista reservada.

As entrevistas foram realizadas e gravadas em arquivos digitais, após anuência do entrevistado pelo termo de consentimento livre e esclarecido, sendo guiadas por um roteiro e posteriormente transcritas literalmente, preservando-se a fidedignidade das informações.

Dos 27 sujeitos possíveis para entrevista, foram realizadas entrevistas com 11 representações dos colegiados. Embora tenha sido possível entrar em

contatos com todas as representações por e-mail ou ligação, somente esses 11 concordaram em participar da pesquisa.

Não obstante o número de entrevistas ficar abaixo da metade dos sujeitos totais, consideramos que a saturação das temáticas que emergiram do material produzido foi bastante satisfatória, com uma convergência grande do sentido das falas, inclusive com quase nenhum dissenso entre as falas dos sujeitos.

Numa breve apresentação dos sujeitos que participaram da pesquisa, temos 45% de homens e 55% de mulheres, com uma média de idade de 50 anos. Em média, os participantes estão a 10 anos na gestão em saúde. As entrevistas se distribuíram de forma homogênea entre os CIR estudados.

No decorrer da análise das falas dos sujeitos, emergiram três grandes temas: “As questões técnicas do COAP e a dificuldades de sua operação”; “As questões políticas do COAP como uma dificuldade para seu andamento”; “O conflito interfederativo como entrave para o COAP”. Assim, buscaremos discutir os resultados encontrados agrupados dentro dessas três temáticas.

5.2.1 – As questões técnicas do COAP e a dificuldades de sua operação:

Na fase inicial, a percepção do trabalho feito pelo grupo é positiva, sendo colocado pelos sujeitos como um momento de retomar os acordos firmados anteriormente na PPI, conforme vemos nas seguintes falas:

Sujeito 1: ...havia uma parte que era para organizar os serviços, né, fazer a revisão da programação, da PPI, fazer a tentativa da montagem do instrumento.

Sujeito 8: Foi constituído esses grupos e começaram esse trabalho é... inicialmente com o levantamento que... que a gente entendeu que teria que ter um ponto de partida, que seria... aquilo que já está pactuado, né?! Principalmente a PPI, embora a PPI de 2007/2008 não foi revista até hoje mas é o que se tinha, né. (...) como ponto de partida.

Sujeito 3: No momento inicial, a tentativa foi só de analisar e rever a PPI. Só que como a PPI foi feita na tabela antiga, e nós, na época já estávamos trabalhando com a tabela unificada, teve essa ideia de

pegar os procedimentos da tabela... ao mesmo tempo olhar para a PPI e olhar para a produção. Foi a base inicial que agente achou para trabalhar.

Assim, as entrevistas confirmaram a impressão que surgiu na análise documental de que o foco inicial seria a produção e pactuação de procedimentos. Surgiu também nas falas que esse momento inicial foi proveitoso na visão dos gestores entrevistados, como um momento onde puderam ter contato com o que já havia pactuado, coisa que normalmente dificilmente é feita no cotidiano da gestão.

Não obstante, geralmente também foi trazido pelos sujeitos que mesmo esse momento inicial foi marcado por diversas dificuldades técnicas por parte dos municípios de analisar e mesmo registrar as informações de produção e demanda:

Sujeito 2: ...isso foi uma das limitações do grupo... porque você se depara com uma infinidade... de situações e de condições que... não te dão um rumo pra você organizar esses dados e leva-los até um ponto que seja possível pactuar entre os diversos gestores municipais e junto com o gestor estadual... um formato definitivo. Então o grupo fez várias reuniões tentando achar o fio da meada aí... que orientasse o trabalho... mas infelizmente não conseguiu. Eu já previa isso desde o início... que seria muito... praticamente impossível chegar a uma conclusão... chegar a um denominador... em razão da... da enormidade de dados.

Sujeito 4: Teve também muita divergência em entendimento de preenchimento de informações... a drs pedia uma informação... o município apresentava outra... até por falta... não era por má vontade não... por falta de entendimento e... o processo... de consultas é muito complexo né... tabela sigtap... então muita gente não tinha.. não sabia nem como mexer com essa ferramenta.

Sujeito 8: Nesses processos de levantamento de demandas, né, que o município sente dificuldades, né?! Em fazer esse levantamento. E ter clareza daquilo que ele realmente necessita. E qual é a necessidade da sua população. Até por uma questão é... ligada ao referenciamento de... de procedimentos, de consultas de maior complexidade, que às vezes o município não tem e ele coloca num sistema de regulação e aí ele perde um pouco o controle sobre isso, dessas demandas, né...

Sujeito 3: Agente estipulava prazos pra devolução dessas planilhas preenchidas, analisadas. E cada vez que essas planilhas chegavam, chegavam com inconsistência, elas tinham que ser devolvidas novamente... alguns municípios nunca apresentaram planilha nenhuma... então isso foi dificultando o trabalho em si.

Podemos ver, como observamos no mestrado (CARNEIRO, 2013), que seguem havendo dificuldades no nível municipal com as questões técnicas e

de planejamento. Isso também foi observado no diagnóstico do planejaSUS (BRASIL,2009) e vem sido apontado na literatura como uma questão dentro da construção do SUS já há algum tempo. Por exemplo Paim e Teixeira (2007), colocam como dificuldade na institucionalidade do SUS a ausência de gestão profissionalizada, por falta de quadros que acumulem as competências necessárias para as múltiplas e complexas funções, com manutenção de importante amadorismo na gestão.

As entrevistas também confirmaram que a expectativa do grupo era de constituir uma grade de demanda a partir dos dados de produção, conforme discutido na análise documental. Surgem nas falas dos sujeitos diversas dificuldades no levantamento e entendimento dos dados sendo trabalhado pelo GT, que priorizou a discussão da média complexidade ambulatorial, com relação a demanda nas especialidades:

Sujeito 7: Mas o que que realmente você precisa? Qual que é realmente o seu desejo? Quanto você precisa dessa especialidade? Quanto que você precisa na... na cardiologia? Quanto que 'cê' precisa na dermatologia? Quanto que 'cê' precisa em cada área? E a gente acabava atrasando muito esse processo porque? Porque as respostas não vinham. (...) você trabalhar com aquilo que existe e precisar de... de saber qual é o real, o que realmente tem naquela fila, naquele município, era praticamente impossível.

Isso reforça a ideia que discutimos na análise documental de que sem um planejamento estratégico concomitante (Roese et al,2015), não é possível trabalhar de forma estática as demandas por procedimentos. Novamente nos parece surgir aqui um viés normativo por parte dos atores envolvidos.

Ainda, surge nas falas que a expectativa desse momento inicial já se constituía carregada pela busca de recursos, sejam financeiros ou assistenciais (expressos como “cotas” de procedimentos pelos sujeitos, ou seja, vagas de encaminhamento e realização de procedimentos). Essas expectativas surgem aparentemente a partir das percepções, já presentes no momento inicial, de insuficiência de recursos:

Sujeito 1: ...a ppi, para começar, ela vinha com uma defasagem muito grande, ela precisa ser revisada sempre e ela não é revisada continuamente, mas tem essa revisão... por vários motivos, porque não há uma informação adequada da necessidade da população dentro dos municípios, há uma dificuldade tanto do registro da

informação quanto da capacitação do funcionário que registra essa informação de capacidade, adequadamente, para que se tenha os dados para poder avaliar as necessidade, ponto... segundo ponto, as pactuações do gestores são assinadas na lógica da captação de recursos, não na lógica da necessidade. Então se um ultrassom abdômen total vale mais que um ultrassom de braço, mesmo que eu tenha mais necessidade do musculoesquelético do braço, eu vou pactuar mais o ultrassom e depois eu negocio dentro do município, é mais ou menos essa a lógica.

Sujeito 4: ...tem certas especialidades que o município pequeno ele fica amarrado... e... não tem outra referência pra ser encaminhado... então a gente acreditava que com a... com o acontecimento do coap isso ia facilitar um pouco... a gente ia ter a liberdade de negociar com outro prestador.

Sujeito 6: ...acaba usando recurso próprio, próprio, próprio e aí “cê” acaba estragando uma outra, um outro setor dentro da prefeitura, porque eu falo que é estragar, você não ter o dinheiro pra asfaltar uma cidade porque “cê” usou pra pagamento de a média complexidade.

Sujeito 11: ...ia organizar uma coisa que a gente precisa se organizar ainda né... a gente cada vez tá ficando mais aquém... precisando [de vagas e] não tem. S11

Essa questão de uma certa expectativa e até uma certa disputa em torno dos recursos tecnológicos e financeiros parece ser um dos principais entraves no processo do COAP, já que ela ocorre num espaço onde a dinâmica não é majoritariamente solidária (CARNEIRO, 2013), conforme iremos abordar mais aprofundadamente nos temas seguinte.

Ainda nas falas sobre esse momento inicial e sobre os levantamentos de dados, nas falas dos sujeitos o papel do DRS é colocado como instrumental para direcionar o trabalho, organizando os dados iniciais e a revisão da PPI:

Sujeito 1: O drs apoiou, o drs mediu, o drs trouxe orientação.

Sujeito 2: ...o drs... entendeu a tarefa de que era preciso... (...) ele entendeu essa tarefa e assumiu o protagonismo que se espera de uma entidade como ela é... que tem uma importância na articulação regional.

Sujeito 4: [a DRS] assumiu um papel assim... grande... (...) ela foi uma grande articuladora pra gente... entre os municípios... e principalmente também pelo gestores novos... que tavam começando... porque eu já vinha de outras experiências apesar de não estar como secretária... eu estava como subdiretora... então eu sempre participei... mas foi o papel... a drs foi muito importante nesse processo...

Ainda sobre o papel do DRS, podemos ver nas falas seguintes que existia uma certa dependência da orientação técnica por parte dos município,

que cumpriam as tarefas conforme definidas pela coordenação do grupo. Embora isso seja visto de forma positiva pelos sujeitos, entendemos também isso apontar para o viés normativo e não estratégico do processo, já que teoricamente o planejamento no SUS deveria se dar de forma acendente.

Sujeito 10: ...a gerência desse grupo pela [técnica responsável]... da drs... (...) ela que montou segundo o colegiado... então o horizonte verde se reunia e ela determinava... toda... ela já vinha com todos os requisitos necessários pra montar assim o perfil do município... as características epidemiológicas... e tudo o mais (...) então foi muito bem direcionado... ela... ela nos ajudou a montar assim um perfil... uma característica... bem profunda do nosso município... mas ela que deu todas as diretrizes ali... ela já vinha com todas as... as.. a organização desse trabalho.

Sujeito 5: [a DRS] que direcionam os município, né, marcava as reuniões, tinha uma pessoa, assim, lá que parecia muito interessada, e... e... os município realmente tavam indo, marcava as reuniões eles compareciam e era um trabalho assim... é... um trabalho conjunto mesmo, os municípios... dava tarefa pros município fazer, a gente trazia, a gente fazia e levava pronto.

Como fica claro nas falas acima, aquilo que apontamos no mestrado, de que existe uma expectativa diferenciada com relação a coordenação regional dos processos de gestão pelo DRS, sem que os municípios se enxerguem plenamente como sujeitos da regionalização (CARNEIRO, 2013) parece se manter. É preciso apontar, no entanto, que isso não é homogêneo entre os municípios.

Apesar das dificuldades técnicas, surge nas falas que no decorrer do trabalho com o COAP foi possível chegar no Mapa, mesmo que com limitações. Embora os sujeitos atribuam importância para a produção do mapa, e tragam como algo positivo que ficou de produto do processo, surge também com um viés normativo, conforme vemos nas falas abaixo.

Sujeito 8: O mapa de saúde foi discutido, foi elaborado, né, até num... num primeiro momento a Secretaria de Estado ela também se... se integrou nessa, nesse processo, né... e o primeiro ponto que foi demandado, que foi orientado, que deu as diretrizes foi a confecção dos mapas de saúde. Isso foi feito.

Sujeito 1: A gestão que elaborou o mapa de saúde, elaborou de uma forma que..., em alguns casos, quase que cartorial, porque pediram para entregar... porque a drs falou que era importante, mas também com a falta de profundidade nos conceitos.

Sujeito 9: Nós fizemos um mapa assistencial... mas ele não é muito... a realidade que a gente gostaria. Mas é uma... um esqueleto... é um

corpo... né? São paulo... utilizou o nosso mapa até pra dar exemplo... pro restante do estado.

Sujeito 2: Os mapas foram todos trabalhados... vistos e aprovados. Agora o mapa... ele também traz uma limitação muito grande... que na época foi discutida e eu insisti muito com isso.... porque o mapa feito naquela ocasião, no dia seguinte já estaria desatualizado, né? Porque é muito dinâmico... serviços são criados e serviços são fechados... praticamente todos os dias... todas as semanas na região... então o mapa precisaria de uma base informatizada... e de uma atualização permanente.

Novamente o que as falas trazem são um mapa que não é construído ascendentemente pelos atores regionais, mas uma tarefa que é cumprida a partir de um viés normativo, sem que sejam definidas responsabilidades nem formas de acompanhamento e atualização do trabalho.

5.2.2 – As questões políticas do COAP como uma dificuldade para seu andamento

Surgem nas falas, juntamente com as dificuldades técnicas mencionadas na temática anterior, dificuldades de ordem política, seja na forma da rotatividade dos participantes devido a trocas dentro das gestões municipais, seja devido a contingências políticas partidárias:

Sujeito 1: Houve muita troca de gestor, gestor novo, gestor que não era da área, as vezes o gestor, ele não é capacitado para ser gestor, ele não tem nem curso, ele pode ser, né, até um peão de obra, ou, ou... não desmerecendo a profissão, né, mas não é da área, o fazendeiro ganhar para prefeito e ele põe um peão de secretário de saúde, é possível acontecer isso, porque é alguém de confiança dele, e aí sem esse entendimento de saúde pública, sem experiência na gestões...

Sujeito 8: Porque o tempo da gestão municipal não é o mesmo tempo da gestão estadual e federal, né, as eleições são... né?! Então, quer dizer, isso complica um pouco essa relação. Quando chega no momento de você fazer uma pactuação, tá num processo de mudança de gestão, né, e depois daqui a pouco, daqui dois anos vem a mudança de gestão do outro ente. Isso também são complicações. E não há, né, infelizmente não há essa... existe uma dissolução de continuidade nesses processos aí.

Sujeito 4: (...) como eu te expliquei... como muda prefeito... então muda secretário e consequentemente sua equipe... né.. então por isso a troca... e um dos motivos também... (...) que... o grupo

enfraqueceu... é realmente a não adesão nas reuniões do... do grupo técnico... eram só poucos municípios que faziam a lição de casa.

Sujeito 1: Quando me passaram a gestão, quando eu fiz a transição, me passaram assim "olha, a drs pediu, nós entregamos o mapa, foi um presente que a gente deixou para a outra gestão", ué... não tem... não tem que ser presente isso, tem quer é... um retrato da saúde para, enfim, para discutir e para ver o que a gente vai pactuar, quer dizer, faz parte do trabalho, não é presente para nada.

Conforme podemos observar nas falas, a questão da rotatividade da gestão gera descontinuidade nos processos de gestão e planejamento, sem que seja garantida uma continuidade.

Outro ponto importante que fica claro nas falas a seguir é que as interferências políticas acabam priorizando disputas de caráter menor, sem que sejam priorizadas agendas de pactuação que tenham como princípio a interdependência federativa da regionalização em saúde.

Sujeito 2: Na região também um pouco desse viés político de não... não querer... que determinado gestor de uma cidade... por ser de um partido político assim... ou mesmo o instrumento que vai ser assinado pelo outro gestor municipal ou pelo gestor estadual... como se estivesse emprestando prestígio... um pro outro né... e eu não quero emprestar prestígio pro meu vizinho porque ele é de outro partido.

Sujeito 6: Então ficava uma situação que aí poderia virar político. Entendeu? Ah, tá, eu to ajudando Santa Cruz, aí poderia chegar a ouvir do legislativo que eu estou ajudando Santa Cruz, mas ninguém vê como gestor, como saúde. Aí já ve que eu estou ajudando o prefeito de Santa Cruz! Não, não é isso, gente. É coisa de secretário pra secretário. É coisa particular da saúde ali, não tem nada a ver com política. Então, aí começa... assim, pode se... pensar-se outras coisas. Então, acabava a gente engessando pra esse lado também...

A questão da contaminação política partidária das dinâmicas de planejamento e gestão do SUS não é nova, já tendo sido apontada no mestrado (CARNEIRO, 2013) e também por outros autores (PAIM; TEIXEIRA, 2007). As prioridades políticas no nível municipal estão mais ligados a ganhos políticos no curto prazo e na operação de trocas fisiológicas do que ao funcionamento do sistema de saúde.

Nas falas também fica claro que existem dificuldades de ter o COAP como uma prioridade política dos atores em cena, com o assunto sendo pouco incorporado na agenda regional, sendo mantido mais como um informe do trabalho do GT. Isso explica o que encontramos na análise documental, com poucas menções relativas ao COAP nas atas analisadas.

Sujeito 1: Então... o grupo fazia um trabalho e era apresentado na CIR... né... mas nunca se dava um andamento deliberativo.

Sujeito 2: Essa impressão que fica da leitura das atas é... corresponde à realidade... é um tema que parecia que as pessoas queriam evitar... a impressão que eu tinha era essa... ninguém queria muito falar desse assunto.... um assunto complicado...

Sujeito 4: Então vão... vão aparecendo as prioridades... que vai acontecendo... muda a portaria... vem programa... então... [o COAP] foi ficando pra trás...

Sujeito 5: Não se discutiu muito não... só se comentava, as vezes, quando ia haver uma reunião, então se falava tal dia vai ter essa reunião do coap... nunca se discutiu muito não...

Sujeito 9: [O COAP] consta pouco nas atas... porque a gente tava discutindo mais em grupos... né... com dificuldade de informações pelo municípios... então eu vejo assim... que... nós discutimos... mas não o tanto que deveríamos...

Surge nas falas uma questão relacionada a isso que é a questão de que “não havia dinheiro novo” no COAP, ou seja, não seriam disponibilizados recursos adicionais para as necessidades levantadas, e isso é colocado como uma questão que é determinante para a falta de avanço na discussão do COAP, de certa forma explicando por que ele não foi uma prioridade política.

Sujeito 4: Chega na parte financeira você não tem dinheiro novo... então esbarra... então acredito que ficou também parado por aí... (...) deveria ter uma sequência nessas demandas... mas... não teve...

Sujeito 6: Então não tem dinheiro novo, como é que vai reajustar tudo isso, então isso foi uma das coisas que pesou bem no COAP pro negócio não fluir.

Sujeito 8: Não tem dinheiro novo, não tem dinheiro novo... essa fala já vinha, né, desde a... do início da gestão estadual e federal. E depois também veio... chegou num ponto de transição também, né?! Num ponto de transição de governo. E aí essas coisas complicam ainda mais. As discussões interfederativas ficam mais complicadas.

Esse achado é condizente com o de Moreira et al. (2017), onde uma análise da percepção de gestores com assento na Bipartite apontam que “o investimento de novos recursos por parte da União e dos Estados, começa a

assumir, na percepção dos entrevistados, a posição de principal obstáculo para a implementação do COAP”. Assim, nos parece que essa questão não é uma exclusividade da região estudada.

Adicionalmente, apesar da discussão do GT do COAP ter focado em elementos da tabela SUS, fica claro nas falas dos sujeitos que o financiamento foi pouco discutido e não se chegou a consensos com relação a recursos a serem pactuados.

Por contraste, na mesma época em que esse trabalho estava se desenrolando, foram discutidas na região as Redes temáticas (Urgência, Cegonha, etc). Os sujeitos colocam que essa discussão foi priorizada e foi levada a conclusão, porém como assunto separado do COAP, sem integração. E o motivo apontado dessa mudança de prioridades é justamente a disponibilização de recursos.

Sujeito 8: ...o trabalho foi direcionado pras redes né, aí deixou-se um pouco essa questão do “COAP” de lado e direcionou pras redes porque havia pressa em elaborar os planos pra submeter à apreciação aí na CIB e enviar pro Ministério pra habilitar esses serviços, esses... porque era a única fonte de dinheiro novo que tinha.

Sujeito 1: ...o gestor, ele procura a lógica da captação de recursos, “eu vou entrar na rede de urgência e emergência porque eu quero recurso”, “eu vou aceitar um programa do estado mesmo que eu não tenha necessidade ou demanda porque eu quero a captação de recursos... (...) era notório... todo mundo falava não vai ter dinheiro novo a não ser que seja mediante as redes de atenção à saúde... você incorpora alguma coisa na rede e a rede tem um dinheiro... se não, não tem dinheiro novo... então sem dinheiro novo... os gestores municipais... começaram a deixar o coap de lado... não era mais prioridade... por que? porque não ia ter recurso.

Sujeito 9: por que que... nós paramos com o coap e começamos a discutir rede? por que discutir rede tinha um... um atrativo... muito bom... dinheiro... e quem conseguia construir as redes conseguia alguns recursos.

Não obstante a importância das redes, essa opção de preencher os critérios para ter acesso a única fonte de recursos, “dinheiro novo” nos termos usados pelos sujeitos, mostra novamente o viés normativo da dinâmica regional, onde as definições vindas do nível central e não um planejamento acendente ordenam as ações e a priorização dos recursos.

5.2.2 – O conflito interfederativo como entrave para o COAP

Vai ficando claro nas falas dos sujeitos que o trabalho com o COAP vai progressivamente saindo da pauta. A percepção dos sujeitos gira em torno de uma percepção, as vezes mais clara, as vezes mais vaga, de que os conflitos interfederativos não permitiam um consenso. É consensual nas entrevistas a percepção de que não haveria consenso interfederativo e que a discussão progressivamente perdeu o sentido.

Sujeito 1: ...como no coap os três entes federados precisam assinar, a relação interfederativa precisa estar extremamente alinhada, e não estava, ai nós tínhamos no estado de são paulo um... uma dissonância política [com o nível federal] já, né, um processo eleitoral antecipado.

Sujeito 2: Eu acho que o coap... já nasceu condenado... porque ele pressupõe uma... um estado de relação interfederativa que não existe na prática. Então... as questões interfederativas... principalmente de natureza política inviabilizaram [o COAP] (...) havia a questão política... que infelizmente interfere muito quer dizer... gestor estadual em conflito com gestor nacional... né que apontava pra uma impossibilidade de avançar na assinatura.

Sujeito 5: Chegamos a perguntar [sobre a continuidade do COAP], assim em reunião de [CIR], a resposta foi que não foi só aqui, que todas as regionais, é ..., pararam e então ribeirão não ia continuar sozinho... essa foi a resposta.

Sujeito 9: ...o coap... é necessário que seja feito... entre os três entes... daria pra gente começar a fazer... se a gente estabelecer uma agenda? Eu não tenho dúvida que daria... mas também tem muita coisa que nós dependemos de outros fóruns... que não é só o nosso... então.. por mais que o município tenha autonomia e o drs também tem... esse é um processo que não da pra fazer sozinho.

Conforme vemos nas falas, houve a percepção de que as discussões foram chegando num ponto onde a ausência de envolvimento dos níveis superiores de gestão impossibilitava o avanço das discussões. Se, conforme entende Matus, planejar estrategicamente é imprimir direcionalidade aos processos, podemos ver que isso não ocorre na discussão do COAP.

É colocado pelos sujeitos também a que a insegurança relacionada as dificuldades técnicas transborda como insegurança política, surgindo das falas

uma percepção de medo frente a assinatura do COAP, já que não se tinha segurança de que os dados disponíveis eram fidedignos para uma pactuação.

Sujeito 2: O terceiro ponto que inviabilizou foi justamente a dificuldade técnica... a falta de um rumo... a falta de um método que permitisse chegar num instrumento pelo menos.

Sujeito 9: Não dá pra gente assinar um coap... se a gente não tem muito clareza dele... você não assina um contrato... nem eu... e nem ninguém... se a gente não tem certeza do contrato que nós estamos assinando. Olha eu vou assinar um contrato que você vai fazer cinco mil consultas... olha... você assina? Tá bom... cinco mil consultas do que? Não, eu preciso de cinco mil consultas... do que? Não eu preciso de dois mil só de ortopedia... tem certeza? Não. Então você assina? Não.

Sujeito 3: Agente alertava, gente, dessa vez não é um acordo, vai ser um contrato assinado. Então se vc assinar que vc vai mandar dez, não adianta vc mandar cem. E acho que essas coisas foram fomentando... todo mundo foi ficando meio receoso, por um lado não tinha diretriz, por outro lado não tinha parâmetro... e não tinha segurança da necessidade apontada. Agente fala isso também diante da dificuldade do preenchimento. Município, hora que começou a olhar sua produção, viu que tinha coisas que ele fazia, que não aparecia, não era registrada. E coisas que ele não fazia e estava sendo registrada.

Novamente, fica claro aquilo colocado por Roese et al. (2015), de que não é possível fazer uma programação de procedimentos sem que esta esteja atrelada a um processo de planejamento mais completo. Não obstante, é interessante observar como a dificuldade técnica reforça de diversas formas a dificuldade política, e vice-versa. Realmente é imprescindível enxergar o processo de planejamento como técnico e político.

Por fim chega-se na suspensão dos trabalhos do Grupo, sem que essa suspensão tenha nas falas dos sujeitos um motivo ou uma ruptura muito clara, surgindo como certa perda de sentido do trabalho frente as dificuldades técnicas de compor parâmetros e planejar ofertas e às dificuldades políticas de se chegar num consenso, conforme as falas abaixo.

Sujeito 2: o cenário das relações interfederativas não é propício para um instrumento tão avançado e tão moderno como o coap é... né... que deveria sim... ser estruturado numa condição em que os entes federativos fossem de fato autônomos... independentes... e donos das suas decisões né?

Sujeito 8: Então, foi suspenso porque não teve... não teve... É, como eu te coloquei no começo, a gente precisaria de diretrizes, né, de ferramentas que o próprio ministério deveria tá nos fornecendo, né?! Então houve todo o problema de mudança de gestão no governo

federal, né, nesse período, é... também um período pré eleitoral pros municípios, né?! É... então... já se... já se iniciando... uma série de questões que culminaram pra que essa questão fosse sendo... deixada em segundo plano.

Sujeito 11: A gente via que não ia virar de nada... que... o coap ia correr e não tava nem se falando disso... no estado não estava se falando disso então a gente... ia em reunião em são paulo com o... COSEMS... também ninguém lá tava mexendo com isso... porque o estado não tava dando um norte... o estado tinha que dá um norte pra gente... ajudar a gente nessa parte... mas não... então foi... morreu... morreu em todo o estado eu acho.

Surgiram nas falas uma certa reticência dos diversos níveis de gestão, seja enquanto falta de diretrizes – do ponto de vista técnico – seja na falta de prioridade da pauta – do ponto de vista político – de forma que foram comuns expressões com o sentido de que o COAP “foi morrendo” ou “não ia virar”, deixando claro que a pauta foi progressivamente abandonada nos diversos níveis sem que houvesse uma decisão com relação a ela.

Não obstante, surge como consenso na fala dos sujeitos a necessidade de se recompor acordose pactuações regionais, de se ter um acordo interfederativo que viabilize a relação entre os entes na composição do SUS:

Sujeito 1: NÃO É POSSÍVEL FAZER O SUS SEM PACTO FEDERATIVO, se vai ser pelo coap, se é outro mecanismos, se é outro instrumento, não sei, mas não é possível tocar o sus dessa forma.

Sujeito 2: Pensando na questão da integralidade né... no princípio da integralidade... porque nenhum município sozinho consegue garantir esse princípio... é preciso que haja mesmo uma... somação né... (...) de capacidades de municípios de uma mesma região... de um estado e do ministério... pra que você possa se aproximar.... do cumprimento do principio da integralidade.... então acho que é uma ferramenta que não pode ser esquecida.

Sujeito 5: TINHA QUE HAVER OUTRA PROGRAMAÇÃO, OUTRA FORMA, né, de... de mudar isso... que nós tamos prejudicado até hoje, quando a gente fala em ppi com os município, “não... mas não vale mais aquela ppi, foi em 2008”, tudo bem, mas não foi feita outra coisa, pra mim ainda vale... por isso eu acho que tinha que esse contratinho que, que tinha que ter ido pra frente.

Sujeito 11: ...a gente precisa repactuar toda a saúde... tá errado... se a gente tá... tem que mexer em atenção básica... não tem recurso para atenção básica... média complexidade... a rede faz até a mais do que precisava ser feito entendeu? Mas só que nosso recurso está todo em ribeirão... eu acho que já ta na hora de ter essa nova pactuação.

Fica claro nas falas dos sujeitos de que há uma percepção sobre a importância do COAP e da pactuação regional. Não obstante essa percepção, o que observamos no decorrer das temáticas é que não foi possível, para os atores envolvidos, construir a ferramenta e constituir a pactuação necessária para que uma nova pactuação regional fosse possível.

Essa impossibilidade não foi exclusividade da região estudada. Ouverney et al (2017) exploram as agendas dos diversos estados brasileiros e apontam para o COAP como “uma política com elevado índice de insucesso, apontando para a presença de condicionantes que estão além da diversidade dos contextos regionais e que não foram contemplados na estratégia nacional”, apontando para uma realidade nacional que corrobora as falas dos sujeitos com relação ao pouco envolvimento das diversas instâncias.

6 – Considerações Finais

De forma geral, os achados do estudo apontam para a manutenção de lógicas fundamentalmente normativas de planejamento regional na discussão do COAP na região estudada. Na análise documental, os documentos estudados focam apenas em aspectos do acesso quantitativo à recursos tecnológicos, sem uma avaliação prévia do perfil de necessidades em saúde da população assistida.

Ainda com relação a análise documental, podemos comentar que a consolidação das demandas regionais foi feita a partir da simples soma das informações prestadas por cada município, sem uma lógica efetivamente regional.

Percebeu-se que a descentralização da gestão no nível regional e estadual por meio do instrumento COAP não foi alcançada; a pesquisa identificou que o planejamento continua utilizando a série histórica de procedimentos para obter acesso quantitativo aos recursos tecnológicos, olhando pouco para as necessidades de saúde da população.

Mesmo esses dados de produção não foram disponibilizados por todos os municípios no decorrer dos trabalhos do grupo, que pode ser indicativo de disparidades e dificuldades na incorporação de tecnologias de gestão, problema este que não é recente no nosso sistema de saúde (PAIM;TEIXEIRA,2007).

Até certo ponto, nossa pesquisa foi um reencontro com diversas das dificuldades e dos conflitos que documentamos no mestrado (CARNEIRO, 2013), com a lógica da regionalização seguindo na ausência de uma sólida cooperação entre os entes e sempre num viés normativo.

Adicionalmente, os tensionamentos que observamos nas relações entre os entes (CARNEIRO, 2013) parecem surgir aqui amplificados, o que não é surpreendente tendo em vista o quanto as tensões políticas se intensificaram no Brasil como um todo a partir de 2014. Não seria de se esperar que essas tensões simplesmente não contaminassem o campo da Saúde.

Não obstante, construir uma regionalização mais sólida segue sendo um desafio central para o SUS, como os próprios sujeitos da pesquisa reconhecem. Fundamentalmente, isso segue dependendo de qualificação e agregação de quadros e capacidades técnicas nos diversos níveis de gestão, em especial no nível municipal.

No entanto, é preciso apontar que não é realista esperar a construção de uma regionalização solidária numa realidade marcada pela insuficiência de recursos financeiros e tecnológicos, onde os agentes políticos das diversas esferas estão mais interessados em acúmulo de capital político do que em soluções republicanas.

Assim, me parece necessário apontar que a capacidade do SUS de avançar nessa questão dependerá da nossa capacidade de construir novas formas de organizar e distribuir recursos dentro do sistema, e também de construir novas formas de disputar e pactuar o uso desses recursos. Segue sendo cada vez mais essencial planejar, e planejar tendo clareza dos distintos interesses dos atores em cena.

Referências

ALBUQUERQUE, M.V.; MELLO, G.A.; IOZZI, F.L. O processo de regionalização em saúde nos estados brasileiros In: VIANNA, A.L.D.; LIMA, L.D. (orgs.) Regionalização e relações federativas na política de saúde no Brasil. Rio de Janeiro: Contra Capa, 2011. p. 136-172.

BRASIL. **Constituição (1988)**. Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília, 1988.

BRASIL. Lei federal no. 8080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. **Diário oficial da União**, Brasília, 19 set. 1990a.

BRASIL. Lei federal no. 8142, de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde – SUS e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e da outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, 29 dez. 1990b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria executiva. Coordenação de apoio à gestão descentralizada. **Diretrizes operacionais para os Pactos pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão**. Brasília. Editora do Ministério da Saúde. 2006a.p. 19 e 21.

Brasil. Ministério da Saúde. Diretrizes para a implantação de Complexos Reguladores / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Regulação, Avaliação e Controle de Sistemas.– Brasília: Ministério da Saúde, 2006b.68 p. – (Série A. Normas e Manuais Técnicos

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Regulação, Avaliação e Controle de Sistemas. Diretrizes para a programação pactuada e integrada da assistência à saúde / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Regulação, Avaliação e Controle de Sistemas.– Brasília : Ministério da Saúde, 2006c.148 p. – (Série B. Textos Básicos de Saúde)

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Departamento de Apoio à Descentralização. **Regionalização solidária e cooperativa: orientações para sua implementação no SUS**. Brasília: , 2007.
48 p. – (Série A. Normas e Manuais Técnicos) (Série Pactos pela Saúde; v. 3)

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Subsecretaria de Planejamento e Orçamento. Sistema de Planejamento do SUS: uma construção coletiva: organização e funcionamento. 3. ed. Brasília : Ministério da Saúde, 2009a.

BRASIL. Ministério da Saúde. O SUS de A a Z: garantindo saúde nos municípios / Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2009b, 3. ed.344 – (Série F. Comunicação e Educação em Saúde)

BRASIL. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para assuntos Jurídicos. DECRETO Nº 7.508, de 28 de junho de 2011. 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.

BUENO, W.S.; MERHY, E. E. Os equívocos da NOB 96: uma proposta em sintonia com os projetos neoliberalizantes? CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE ON-LINE, UMA PROPOSTA EM CONSTRUÇÃO.**Anais eletrônico...** 1996.Disponívelem:<<http://www.uff.br/saudecoletiva/professores/merhy/artigos-14.pdf>> Acesso em: 10 dez. 2011.

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

CAMPOS, G.W. deS.**Saúde Paidéia.** São Paulo:Hucitec, 2003.

CARNEIRO, P.S. A dinâmica de três Colegiados de Gestão Regional – Um olhar sobre a regionalização e pactuação. Ribeirão Preto, 2013.Dissertação apresentada à Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, Departamento de Medicina Social, para obtenção do título de Mestre.

CONSELHO DE SECRETÁRIOS MUNICIPAIS DE SAÚDE DO ESTADO DE SÃO PAULO -COSEMS-SP.Cadernos de Regionalização.**O olhar municipal:** Desafios da implantação do Pacto pela Saúde e da regionalização solidária e cooperativa em São Paulo. Vol. 1 2008.

ELIAS, P. E. M., DOURADO, D. de A. Sistema de saúde e SUS. In: IBAÑEZ, N.; ELIAS, P. E. M.; SEIXAS, P. H. D. (Orgs). **Política e Gestão Pública em Saúde.** São Paulo: Hucitec, 2011. p.102-125.

FERREIRA, J. B. B., FORSTER, A. C. Epidemiologia e políticas de saúde. In: FRANCO, L. J.; PASSOS, A. D. C. (Orgs). **Fundamentos de Epidemiologia**. 2. ed. Barueri, SP: Manole, 2011. p. 319-337.

FERREIRA, J. B. B. et al. O processo de descentralização e regionalização da saúde no estado de São Paulo. In: IBÁÑEZ, N.; ELIAS, P. E. M.; SEIXAS, P. H. D. (Orgs). **Política e Gestão Pública em Saúde**. São Paulo: Hucitec, 2011. p. 731-762.

GOYA, Neusa et al. . Percepções de gestores estaduais da saúde sobre o Contrato Organizativo da Ação Pública da Saúde no Ceará, Brasil. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro , v. 22, n. 4, p. 1235-1244, abr. 2017 . Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232017002401235&lng=pt&nrm=iso>. acessos em 10 jul. 2017. <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232017224.26982016>.

LAVRAS, C. Atenção Primária à Saúde e a Organização de Redes Regionais de Atenção à Saúde no Brasil. **Saúde e Sociedade**. São Paulo, v.20, n.4, p.871, 2011.

MACHADO, C. V. et al. O planejamento nacional da política de saúde no Brasil: estratégias e instrumentos nos anos 2000. **Ciência&SaúdeColetiva**. Rio de Janeiro, 15(5), p. 2367-2382, 2010.

MAYKUT, P., MOREHOUSE R. Beginning Qualitative Research: a filosofic and practical guide. The Farmer Press Teacher's Library: 6. RoutledgeFalmer, London, 1994.

MINAYO M.C.S., SANCHES O. Quantitativo-qualitativo: oposição ou complementaridade. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 1993; 9: 239-262.

MINAYO, M. C. de S. (org). **Pesquisa Social**: teoria, método e criatividade. 22. ed. Rio de Janeiro: Vozes, 2003.

MATUS, C. Carlos Matus e o planejamento estratégico situacional. In: RIVERA, F. J. (Org.) **Planejamento e Programação em Saúde**: Um enfoque estratégico, 2. ed., São Paulo: Cortez, 1992.

MATUS, C. **Política, planejamento e governo** – Tomo 1. Brasília: IPEA, 1993.

MOREIRA, Marcelo Rasga; RIBEIRO, José Mendes; OOVERNEY, Assis Mafort. Obstáculos políticos à regionalização do SUS: percepções dos secretários municipais de Saúde com assento nas Comissões Intergestores Bipartites. *Ciênc. saúde coletiva*, Rio de Janeiro , v. 22, n. 4, p. 1097-1108, Apr.2017

OOVERNEY, Assis Mafort; RIBEIRO, José Mendes; MOREIRA, Marcelo Rasga. O COAP e a Regionalização do SUS: os diversos padrões de implementação nos estados brasileiros. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro , v. 22, n. 4, p. 1193-1207, abr. 2017

PAIM, J. S.; TEIXEIRA, C. F. Configuração institucional e gestão do Sistema Único de Saúde: problemas e desafios. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, vol.12 suppl. Nov. 2007.

POPE C.; MAYS N. *Qualitative Research in Health Care*, BMJ Books London 2000.

RIVERA, F. J. (Org.) **Planejamento e Programação em Saúde**: Um enfoque estratégico, 2. Ed. , São Paulo: Cortez, 1992.

RIVERA, F. J. U.; ARTMANN, E. Planejamento e gestão em saúde: histórico e tendências com base numa visão comunicativa. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, 15(5), p. 2265-2274, 2010.

ROCHA, J. S. Y. Da Cedes-Opas ao planejaSUS: teoria e prática do planejamento em saúde no Brasil. O processo de descentralização e regionalização da saúde no estado de São Paulo. In: IBÁÑEZ, N.; ELIAS, P. E. M.; SEIXAS, P. H. D. (Orgs). **Política e Gestão Pública em Saúde**. São Paulo: Hucitec, 2011. p. 261-284.

ROESE A., T. E. GERHARDT, MIRANDA A. S. Análise estratégica sobre a organização de rede assistencial especializada em região de saúde do Rio Grande do Sul *SAÚDE DEBATE* Rio de Janeiro, v. 39, n. 107, P. 935-947, OUT-DEZ 2015

SANTOS, Lenir. Região de saúde e suas redes de atenção: modelo organizativo-sistêmico do SUS. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro , v. 22, n. 4, p. 1281-1289, abr. 2017 . Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232017002401281&lng=pt&nrm=iso>. acessos em 10 jul. 2017. <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232017224.26392016>.

SCATENA, J. H. G.; TANAKA, O. Y. Os instrumentos normalizadores (NOB) no processo de descentralização da saúde. **Saúde e Sociedade**. v.10 n.2 São Paulo. 2001. p. 47-74.

SILVA, S.F. DOBASHI, B.F. Um novo Pacto no SUS. **Revista Divulgação em Saúde para Debate**. Série CONASEMS/ CEBES. Rio de Janeiro. n. 34, p. 9-17, maio 2006.

VIANA A. L. D., MACHADO C. V. Proteção social em saúde: um balanço dos 20 anos do SUS. **Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, 18 [4]: 645-684, 2008.

TESTA, M. **Pensamento estratégico e a lógica de programação**: o caso da saúde. São Paulo: Hucitec, 1995. p. 15 – 97

Anexo 1

ROTEIRO DE ENTREVISTA SEMI ESTRUTURADA – INFORMANTE CHAVE

A ideia da entrevista é entender os encaminhamentos relativos ao Contrato Organizativo de Ação Pública (COAP) realizados na gestão 2012-2015, e mais especificamente sobre o grupo de trabalho criado na região para trabalhar o COAP. Assim, gostaríamos de fazer algumas perguntas relativas a esse tema, a seguir:

- Fale sobre o processo de criação do grupo de trabalho do COAP
- Como ele foi constituído? Na sua percepção qual o papel que o DRS assumiu? E os gestores?
- Como foi definido o que seria trabalhado pelo grupo?
 - O que foi priorizado no momento inicial?
 - Por que foi optado pela análise dos procedimentos da tabela SUS de média complexidade? O que o grupo pretendia produzir?
- De forma geral, como caminhou o trabalho do grupo?
- Os dados trabalhados foram obtidos de que forma pelos municípios? Quais as bases de dados utilizadas?
- Segundo as atas, foram redefinidos os representantes do grupo em duas ocasiões. O que levou a essa recomposição do grupo?
- De que forma foram discutidos os encaminhamentos do grupo nos CGRs?
- Por que ele foi suspenso?
- Os demais grupos, que analisariam os outros eixos do COAP, surgiram inicialmente nas atas e depois não foram mais discutidos. O que houve com eles? Eles também foram encerrados?
- Foram discutidas as redes no grupo de trabalho? Houve articulação entre o que se estava discutindo no grupo e a construção das redes?
- Na sua percepção por que não houve assinatura do COAP?

Anexo 2

ROTEIRO DE ENTREVISTA SEMI ESTRUTURADA – GESTORES

Entrevista número: ____ Data: _____

Início: ____ Término: _____

Entrevistado: _____

Masculino () Feminino () Idade: _____ anos

Quanto tempo trabalha como gestor de saúde: _____ anos/meses

Quanto tempo trabalha no atual posto de gestor: _____ anos/meses

A ideia da entrevista é entender os encaminhamentos relativos ao Contrato Organizativo de Ação Pública (COAP) realizados na gestão 2012-2015. Assim, gostaríamos de fazer algumas perguntas relativas a esse tema, a seguir:

- No decorrer da gestão, foram constituídos alguns grupos de trabalho relativos ao COAP nos Colegiados de Gestão Regional (que depois passaram a ser chamados de CIR).
 - Na sua percepção, como foi o trabalho que foi realizado por esses grupos de trabalho?
 - Na sua percepção, qual o papel que o DRS assumiu? E os gestores municipais?
- Na análise documental, foi possível verificar que houve reuniões do GT do COAP para discutir os aspectos técnicos.
 - Chegaram a ser discutidos na região os principais componentes do COAP – Mapa de Saúde, Programação Geral das Ações e Serviços de Saúde (PGASS)?
 - Foram discutidas as responsabilidades orçamentárias e financeiras?
- No trabalho que realizamos de análise documental, encontramos poucas menções sobre o trabalho do COAP nas atas dos CGRs/CIRs.
 - Em sua percepção como se deu a discussão sobre o COAP nos CGR/CIR?
 - O trabalho do GT do COAP foi apresentado e discutido?
- Segundo as atas, foram redefinidos os representantes do grupo de trabalho do COAP - assistencial em duas ocasiões.

- Na sua percepção, o que levou a essa recomposição do grupo?
 - Em 2015, o grupo foi suspenso. Na sua percepção, por que ele foi suspenso?
- No mesmo período, houve a construção das redes temáticas na região (Urgência, Cegonha, etc.).
 - Na sua percepção, houve articulação entre o que se estava discutindo sobre a construção das redes e o que se estava discutindo sobre COAP?
- Na análise documental, foi possível perceber que não se chegou a um consenso com relação à assinatura do COAP na região.
 - Na sua percepção, por que não houve assinatura do COAP?

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Pesquisador responsável:

Nome: Pedro Silveira Carneiro

Doutorando pelo Departamento de Medicina Social

Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto/USP

E-mail: pscarneiro@gmail.com

Telefone: (16)981005965

Prezado (a) senhor (a),

O(A) senhor(a) está sendo convidado(a) para participar como voluntário(a) de uma pesquisa intitulada ***“Regionalização na região de Ribeirão Preto – um olhar sobre o Contrato Organizativo de Ação Pública”***. Esta pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa, que tem a finalidade de proteger eticamente o participante, e está sendo realizada por pesquisadores do Departamento de Medicina Social da Universidade de São Paulo – Ribeirão Preto. Ela tem como objetivo geral analisar o processo de construção dos Contratos Organizativos de Ação Pública (COAP) na região da DRS XIII (Ribeirão Preto).

Sua participação consistirá em responder a uma entrevista que será áudio-gravado e transcrita posteriormente, podendo gastar em média 40 minutos e será realizada no local onde o Sr(a) trabalha, ou outro local de sua conveniência. As informações fornecidas contribuirão para melhorar o conhecimento sobre o processo de regionalização do Sistema Único de Saúde. Os resultados estarão à sua disposição quando finalizada a pesquisa.

Para participar deste estudo o(a) Sr.(a) não terá nenhum custo, nem receberá qualquer tipo de pagamento/bonificação por participação nesta pesquisa. O(A) Sr.(a) será esclarecido(a) sobre o estudo em qualquer aspecto que desejar e estará livre para participar ou recusar-se a participar do mesmo. Poderá retirar seu consentimento ou interromper a participação a qualquer momento. Sua participação é voluntária e a recusa em participar não acarretará qualquer penalidade ou modificação na forma em que é tratado(a) pelos pesquisadores.

Os pesquisadores irão tratar sua identidade com padrões profissionais de sigilo, com a garantia de que todas as informações fornecidas serão utilizadas apenas na construção da pesquisa, os resultados poderão ser apresentados em eventos científicos, em oficinas e na mídia e ficará sob a guarda dos pesquisadores, podendo ser requisitada a todo o momento pelo (a) Sr.(a). O(A) Sr.(a) não será identificado em nenhuma publicação que possa resultar deste estudo.

Este termo de consentimento encontra-se impresso em duas vias, sendo que uma via será arquivada pelos pesquisadores responsáveis, no Departamento de Medicina Social da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (FMRP-USP), e a outra será fornecida ao(à)

Sr.(a). As duas vias deste Termo devem ser assinadas e rubricadas em todas as páginas pelo(a) Sr.(a) e pelo pesquisador.

Os procedimentos adotados nesta pesquisa obedecem aos Critérios da Ética em Pesquisa com Seres Humanos conforme Resolução no. 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde. Nenhum dos procedimentos usados nesta pesquisa oferece riscos à sua dignidade. Poderá haver algum incomodo devido ao tempo necessário para responder a entrevista, que será devidamente acautelado pelos pesquisadores. Caso haja danos decorrentes dos riscos previstos ou por quebra de sigilo ou confidencialidade, o pesquisador assumirá a responsabilidade pelos mesmos. Em caso de eventuais danos decorrentes desta pesquisa, garantimos o direito à indenização por agravo imediato ou posterior, direto ou indireto, conforme as leis vigentes neste país.

Após estes esclarecimentos, solicitamos o seu consentimento de forma livre para participar desta pesquisa. Portanto preencha, por favor, os itens que se seguem.

Eu, _____, portador do documento de Identidade _____ fui informado(a) dos objetivos do estudo ***“Regionalização na região de Ribeirão Preto – um olhar sobre o Contrato Organizativo de Ação Pública”*** de maneira clara e detalhada e esclareci minhas dúvidas. Sei que a qualquer momento poderei solicitar novas informações e modificar minha decisão de participar se assim o desejar.

Declaro que concordo em participar desse estudo. Recebi uma via deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e me foi dada à oportunidade de ler e esclarecer as minhas dúvidas.

Ribeirão Preto, _____ de _____ de 201__.

_____ Nome	_____ Assinatura do participante	_____ Data
_____ Nome	_____ Assinatura do pesquisador	_____ Data

Em caso de dúvidas com respeito aos aspectos éticos deste estudo, você poderá consultar o CEP/CSEFMRP – Comitê de Ética em Pesquisa Comitê do Centro de Saúde Escola Dr. Joel Domingos de Machado da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto/USP pelo telefone (16) 3315-0000 (de segunda a sexta-feira, das 8 às 17h) ou pelo e-mail csecuiba@fmrp.usp.br. Endereço: Rua Teresina, 690 – Sumarezinho.