

ANÁLISE DO MODELO VIGENTE DE GOVERNANÇA REGIONAL COM FOCO NA VIGILÂNCIA SANITÁRIA

ANALYSIS OF THE CURRENT REGIONAL GOVERNANCE MODEL FOCUSING ON HEALTH SURVEILLANCE
ANÁLISIS DEL MODELO VIGENTE DE GOBERNANZA REGIONAL CON FOCO EN LA VIGILANCIA SANITARIA

Antônio Augusto Vieira de Aragão ¹

Henrique Fernandes Câmara Neto ²

José Luiz Correia de Araújo Júnior ³

Como Citar:

Aragão AAV, Câmara Neto HF, Araújo Júnior JLC. Análise do modelo vigente de governança regional com foco na vigilância sanitária. *Sanare (Sobral, Online)*. 2022; 21(1):29-40.

Descritores:

Governança; Gestão em Saúde; Vigilância Sanitária; Política de Saúde; Saúde Pública.

Descriptors:

Governance; Health Management; Health Surveillance; Health Policy; Public Health.

Descriptores:

Gobernanza; Gestión de Salud; Vigilancia Sanitaria; Política de Salud; Salud Publica.

Submetido:

19/07/2021

Aprovado:

02/05/2022

Autor(a) para Correspondência:

Antônio Augusto Vieira de Aragão
End: Rua das Acácias SN, São Cristóvão
CEP - 56512-380 - Arcoverde - PE
E-mail: augustoapevisa@gmail.com

RESUMO

A Vigilância Sanitária (Visa) deve ser vista como prioridade na agenda governamental, pois engloba atividades de natureza interfederativa e intersetorial. Este estudo objetiva analisar o processo de Governança Regional relacionado ao modelo vigente de gestão de Visa, em Comissões Intergestoras Regionais (CIRs). Trata-se de um Estudo de Caso realizado por intermédio das análises e interseção de explanações geradas das entrevistas semiestruturadas de um grupo selecionado com 12 experts inseridos em Visa. A partir das informações obtidas, triangulação, análise dos dados documentais e observação, gerou-se a Matriz para Análise da Dimensão Política de Governança nas CIRs. Os resultados mostraram que a Governança Regional direcionada à Visa é conflitiva; além disso, não existem etapas para fortalecer e operacionalizar a Visa. As CIRs mostraram-se com pouca resolutividade, caracterizadas pela presença de atores institucionais sem poder de decisão, o que provoca um vácuo na governança. Concluiu-se que é imprescindível definir novas estratégias e mecanismos que proporcionem maior cooperação entre os entes federados; quanto à utilização dos recursos, o modelo de gestão não é operacional, pois apresenta grandes discrepâncias, é anacrônico e incongruente. É provável que essas incorreções sejam parte de um cenário causado pela austeridade adotada no Sistema Único de Saúde, disposta na Emenda Constitucional n.º 95/2016.

1- Médico Veterinário pela Universidade Federal Rural de Pernambuco (UFRPE). Fiscal Sanitário da Agência Pernambucana de Vigilância Sanitária (Apevisa). Especialista em Saúde Pública pela Universidade de Pernambuco (UPE). MBA em Auditoria em Saúde (Unopar). Mestre e Doutor em Saúde Pública pelo Instituto Aggeu Magalhães (IAM - Fiocruz). Aluno de Pós-doutorado em Saúde Pública pelo Instituto Aggeu Magalhães (IAM - Fiocruz). Recife, Pernambuco, Brasil. E-mail: augustoapevisa@gmail.com. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-5495-1923>

2- Engenheiro Civil pela Universidade de Pernambuco. Doutor em Saúde Pública pelo Instituto Aggeu Magalhães/Fundação Oswaldo Cruz. Professor do Instituto Federal de Pernambuco e Tecnologista do Instituto Aggeu Magalhães (IAM). Recife, Pernambuco, Brasil. E-mail: hcamara@cpqam.fiocruz.br. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-7653-3597>

3- Médico pela Universidade Federal de Pernambuco, Mestre e Doutor em MA in Health Management, Planning and Policy pela University of Leeds. Professor Adjunto da Universidade Federal de Pernambuco (UFPE). Tecnologista/docente e pesquisador do Instituto Aggeu Magalhães (IAM-Fiocruz) em Recife, Pernambuco, Brasil. E-mail: josearaujo@cpqam.fiocruz.br. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-3600-7260>

ABSTRACT

Health Surveillance (Vigilância Sanitária, Visa) should be priority in the governmental agenda, as it encompasses activities of both interfederative and intersectoral nature. This study aims to analyze the Regional Governance process related to the current Visa management model, in Regional Interagency Committees (Comissões Intergestoras Regionais, CIRs). This is a Case Study, carried out through the analysis and intersection of explanations generated from semi-structured interviews, of a selected group of 12 experts inserted in Visa. From the information obtained, triangulation, analysis of documentary data, and observation, the Matrix for Analysis of the Political Dimension of Governance in the CIRs was generated. The results showed that Regional Governance directed at Visa is conflicting; furthermore, there are no steps to strengthen and operationalize Visa. The CIRs showed little resolution, characterized by the presence of institutional actors without decision-making power, causing a vacuum in governance. We concluded that it is essential to define new strategies and mechanisms that provide greater cooperation between federated entities; as for the use of resources, the management model is not operational, as it presents major discrepancies, is anachronistic, and incongruous. It is likely that these inaccuracies are part of a scenario caused by the austerity adopted in the Unified Health System, provided for in the Constitutional Amendment no. 95/2016.

RESUMEN

La Vigilancia Sanitaria (Visa) debe ser vista como prioridad en la agenda gubernamental, pues abarca actividades de naturaleza interfederativa e intersectorial. Este estudio tiene como objetivo analizar el proceso de Gobernanza Regional relacionado al modelo vigente de gestión de Visa, en Comisiones Intergestoras Regionales (CIRs). Se trata de un Estudio de Caso, realizado por medio de los análisis e intersección de explicaciones generadas de las entrevistas semiestructuradas, de un grupo elegido con 12 expertos inseridos en Visa. A partir de las informaciones obtenidas, triangulación, análisis de los datos documentales y observación, se generó la Matriz para Análisis de la Dimensión Política de Gobernanza en las CIRs. Los resultados mostraron que la Gobernanza Regional direccionada a la Visa es conflictiva; además a eso, no existen etapas para fortalecer y operacionalizar la Visa. Las CIRs se mostraron con poca resolución, caracterizadas por la presencia de actores institucionales sin poder de decisión, lo que provoca un vacío en la gobernanza. Se concluye que es imprescindible definir nuevas estrategias y mecanismos que proporcionen mayor cooperación entre los entes federados; en lo que dice respecto a la utilización de los recursos, el modelo de gestión no es operacional, pues presenta grandes discrepancias, es anacrónico e incongruente. Es probable que esas incorrecciones sean parte de un escenario causado por la austeridad adoptada en el Sistema Único de Salud, presente en la Emenda Constitucional nº 95/2016.

.....

INTRODUÇÃO

A Vigilância Sanitária (Visa), quando colocada em foco, e, sobretudo, diante de momentos de enfrentamento de graves problemas de saúde pública, deveria ser vista como uma prioridade na agenda governamental em saúde. Além de ter caráter prioritário, compreende um conjunto de instituições do setor saúde cuja finalidade é controlar riscos provenientes dos processos produtivos, pois engloba atividades de natureza interinstitucional e multiprofissional que demandam conhecimentos de diversas áreas do saber que, de forma articulada, intercomplementam-se^{1,2}.

A sua regionalização, como princípio fulcral para viabilizar os mecanismos de financiamento e repasses que vêm sendo implementados, reforça a necessidade de aumento da capacidade política e de

gestão em Visa para a criação de um Sistema Nacional de Vigilância Sanitária (SNVS) mais eficiente para alcançar seus objetivos de promover e proteger a saúde da população^{3,4}.

Os novos modelos de gestão podem ser aplicados, por gestores, como ferramentas de solução de problemas, desenvolvidos para aumentar a efetividade, a eficiência e a eficácia, e também destinam-se a resolver problemas e desafios (negociação/decisão) de ações e podem propiciar uma nova maneira de ver uma situação, resultando em uma mudança positiva⁵.

Nos anos 2000, surgiram instâncias de deliberação que aprimoraram o conceito de regionalização, fortalecendo as correlações de interdependência e responsabilização sanitária entre os entes estadual e municipais⁶. A mais importante foi a institucionalização das Comissões Intergestoras

Regionais (CIRs), que objetivam criar um fluxo contínuo de negociação/decisão entre os Municípios e a autoridade sanitária estadual, dentro do contexto, mas que aponta para uma lacuna na governança^{7,8}.

Este cenário mostra a emergência de novos papéis institucionais, que, mediante a crise permanente do sistema de saúde, reforçada pela carência crônica agudizada de recursos para custear a ampliação dos serviços, com objetivo de garantir ações, impõem às autoridades sanitárias integralizar os serviços disponíveis nas três esferas de governo, pois as alianças intergovernamentais e intersetoriais são vitais para compreender as competências necessárias para implementar essas ações, e também um motivo em trazer essa discussão para os espaços político e técnico, a qual deve ser debatida em colegiados^{6,9-11}.

Assim, a governança regional deve trazer à baila as formas de exercício da autoridade e os processos de incorporação dos interesses sociais na agenda de governo, bem como um processo de participação e negociação, que expõe a pluralidade de interesses (público e privado) em um quadro institucional equilibrado que concede relações de cooperação entre governos, organizações e agentes, com uma configuração a construir elos entre indivíduos e instituições, podendo ser aplicada como ferramenta analítica para a investigação e transformação dos processos de formulação de políticas e gestão de sistemas de saúde^{8,12,13}.

Essa situação prescinde de uma análise complexa da dinâmica da Governança Interfederativa^{7,14}; nesse ponto, a concepção de Visa na operação do SNVS tem uma característica que a define com um caráter regional, que se incorpora às suas ações. Diante da carência de pesquisas que tratem desse objeto, este estudo objetiva analisar o processo de Governança Regional relacionado ao modelo vigente de gestão, no que tange à Visa, em CIRs.

METODOLOGIA

Trata-se de um Estudo de Caso¹⁵ no qual os resultados surgiram das análises e interseção de explicações geradas das entrevistas semiestruturadas¹⁶ realizadas com um grupo selecionado de 12 técnicos com nível superior (*experts*) inseridos em Visa; dentre esses, um especialista opera na academia. O parâmetro para a escolha desses *experts* foi alicerçado nas suas posições estratégicas e capacidade de gestão que exerciam nos setores da saúde, na Macrorregional,

bem como em buscar uma maior representatividade em razão de suas produções intelectuais e conhecimento das práticas relacionadas às ações de Visa.

O cenário de investigação desta pesquisa compreende a área da III Macrorregional de Saúde, em Pernambuco-PE, localizada na região do semiárido nordestino – que engloba as jurisdições de três Gerências Regionais (VI, X e XI Geres) –, integrada por 35 municípios e uma população estimada em 830 mil habitantes¹⁷. Foi realizada entre os meses de dezembro de 2019 a maio de 2021.

Os dados foram gerados para assegurar um processo de acúmulo, exaustão dos levantamentos e análise sistemática. Este trabalho orientou-se pela seguinte sequência: 1) Coleta e tratamento dos dados provenientes dos documentos; 2) Definição das perguntas condutoras das entrevistas semiestruturadas; 3) Realização das entrevistas com *experts* em Visa; 4) Transcrição e tratamento dos dados provenientes das entrevistas; 5) Triangulação e análise dos dados documentais, das entrevistas semiestruturadas; 6) Observação não participante em reuniões.

O levantamento documental proporcionou a triangulação das informações obtidas nas entrevistas, conferindo maior robustez ao estudo¹⁸. A pesquisa documental foi baseada em publicações oficiais: Leis Federais n.º 8.080/90 e n.º 9.782/99; Portaria do Ministério da Saúde (MS) n.º 2.607/05; Decreto Estadual (PE) n.º 20.786/98 (Código Sanitário Estadual); Lei Estadual (PE) n.º 13.077/06; e Resolução n.º 1.734/11; Diário Oficial da União; Secretaria Estadual de Saúde (SES-PE); Conselho de Secretários Municipais de Saúde; dos Planos Diretores Estadual e Municipal de Visa, Relatórios Anual de Gestão, Protocolos e Documentos da Política Estadual e Municipal de Visa, concernentes ao período estudado. Foram analisadas as pautas e atas de 12 reuniões em CIRs, nas três Geres sob a jurisdição da III Macrorregional.

As entrevistas com os 12 *experts* foram realizadas no mês de abril de 2021 e transcritas pelos autores desta pesquisa. Em seguida, foram analisadas por intermédio da técnica de “Análise de Conteúdo”, que se mostra por meio de um conjunto de instrumentos metodológicos, em um sucessivo aperfeiçoamento, usado para discursos diversificados¹⁹. Aplicou-se a técnica de Análise de Conteúdo denominada “Condensação de Significados”²⁰. A estratégia objetiva à abreviação dos significados detectados nas entrevistas, buscando uma configuração

sintética, sem perder sua estrutura. Decidiu-se pela vertente Análise de Conteúdo Convencional²¹. Esse tipo de configuração é mais adequado quando a teoria existente ou literatura de pesquisa sobre um determinado fenômeno possui parâmetros limitados²².

A partir dos roteiros e transcrições obtidas nas entrevistas e observação em CIRs, decidiu-se por agrupar as informações coletadas, adaptadas da análise da Governança Regional⁶⁻⁸. Dessa forma, gerou-se a Matriz para a Análise da Dimensão Política de descentralização e Governança nas CIRs, no que diz respeito à Visa (Quadro 1), nos níveis político-institucional e organizacional, com subdimensões e respectivos indicadores. Os dados foram categorizados e classificados a partir das quatro Dimensões da Matriz de Análise quanto ao nível Macrorregional de Saúde: Dinâmica da política de descentralização e da Governança Regional; Relações Interfederativas; Alocações de Recursos; e Ações específicas e Sistema de Logística.

No momento inicial da análise, os dados foram organizados com o material coletado do diário de campo, pautas e atas das CIRs das três Geres. Num momento seguinte, esse material foi classificado, as pautas e atas foram observadas de forma detalhada,

sendo selecionados os pontos com estruturas relevantes e ideias centrais alusivas às ações de Visa; então, foram compiladas e classificadas a partir das dimensões da Matriz de Análise.

Por fim, essas estruturas foram comparadas, realizando-se, em seguida, a verificação dos diversos dados das dimensões da Matriz para Análise. A partir desse ponto, os resultados foram observados por meio das ações em CIRs relacionadas às ações e práticas de Visa, com enfoque para a mesma, quanto à Dimensão Governança.

O material transcrito foi verificado e classificado²³; os fundamentos mais relevantes e fulcrais (núcleo de sentido) foram escolhidos, organizados e categorizados com base nas subdimensões da Matriz apresentada no Quadro 1, que alicerçou o processo de investigação.

Para a análise final dos dados²³, foi organizado o entrecruzamento das variadas informações coletadas²⁴, complementado com as pautas e atas das CIRs das Geres em estudo, que estavam correlacionadas à temática da Visa, constatando-se as convergências e divergências, diferenças e complementaridades, associando-se com o referencial teórico para uma apurada compreensão analítica e crítica do cerne da pesquisa.

Quadro 1 – Matriz para a análise da dimensão política de descentralização e Governança Regional nas CIRs, relacionada à Visa

| Componentes da Governança | Nível político-institucional | Nível organizacional |
|--|--|---|
| Subdimensão | Parâmetros | Parâmetros/Indicadores |
| Dinâmica da política de descentralização e da Governança federativa, no contexto da macrorregião de Saúde | Estratégias políticas e governamentais para fortalecer a Visa municipal na macrorregião de Saúde – Regiões VI, X e XI Geres, para a tomada de decisão. | Organização da agenda de Reuniões CIR. |
| | | Agenda discutida na CIR. Ator social. |
| | | Influência de Gestores Municipais de Saúde (GMS) em CIR, na pactuação. |
| | | Tipo de gestão que norteia a política. |
| | | Papel das Câmaras Técnicas (CT) e das CIRs, por informações estratégicas. |
| | | Definição de papéis em esferas de gestão no Sistema Nacional de Visa. |
| | | Comunicação entre colegiado e população quanto à condução das Visas. |
| Acordo interfederativo entre Municípios. | | |

| | | |
|--|---|--|
| Relação interfederativa no contexto da macrorregião de Saúde | Estratégias governamentais utilizadas pelos entes federados para fortalecer a Governança Regional para descentralizar as ações de Visa na macrorregião de saúde – VI, X e XI Geres. | Forma de inter-relação da Geres na CIR para fortalecer as ações da Visa. Condução da negociação. Ator principal. |
| | | Inter-relações direcionadas às ações de Visa. Acompanhamento das pactuações. |
| | | Desenho político-territorial como fator de negociação nas VI, X e XI Geres. Necessidade de reorganização territorial. |
| | | Alternativas locorregionais em aprimorar cooperação interfederativa entre Visas. |
| | | Posicionamento de Gestores Municipais no processo decisório do colegiado. |
| Alocações de recursos no contexto da macrorregião de Saúde | Estratégias utilizadas pela União, Estados e Municípios. Financiamento para a Visa municipal. | Opção locorregional em fortalecer a Visa. |
| | | Monitoramento, avaliação e supervisão das ações e práticas das Visas municipais, por parte da Regional de Saúde, pela CIR. |
| | | Avaliação, pela CIR (alocação/utilização de recursos financeiros), pelos entes federados vinculados à Visa municipal. |
| Ações específicas e sistema de logística no contexto da macrorregião de Saúde | Estratégias para operacionalizar ações/práticas para fortalecer as Visas entre as esferas de governo. | Otimização contínua de ações específicas para as Visas municipais. |
| | | Contratação e capacitação de profissionais de Visa, em âmbito municipal. |
| | | Conformidade com o Decreto n.º 20.786/98 (PE). |
| | | Diante das deficiências estruturais, buscar possíveis estratégias de superação. |

Fonte: Elaboração própria, com base em Aragão⁷, Santos⁸ e Silveira Filho et al.⁶.

Esta pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto Aggeu Magalhães (CEP-IAM/Fiocruz-PE), em 09 de abril de 2021, sob CAEE n.º 42522620.0.0000.5190/2021 – Conselho Nacional de Saúde (CNS), conforme Resolução n.º 441/11 e n.º 466/12, do CNS.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Em relação aos pontos de importância para fortalecer a Visa, apresenta-se a consolidação dos tópicos apresentados e pactuados das análises das CIRs, associados aos respectivos produtos obtidos nas entrevistas semiestruturadas com os *experts*.

A Dinâmica da Governança Interfederativa, no contexto da III Macrorregional de Saúde, e os pontos de significância da Visa, estão apresentados no Quadro 2:

Quadro 2 – Atividades empreendidas na III Macrorregional de Saúde quanto à dinâmica da Governança Regional e aos tópicos de significância em relação à Visa nas CIRs

| Núcleo de Sentido (Dimensões) | Consolidado das pautas e atas CIR e entrevistas semiestruturadas |
|---|---|
| Dinâmica de Governança | Parâmetros |
| Estrutura organizacional e regularidade das Reuniões CIRs. Como é estabelecida a agenda do colegiado. | Verificou-se que todas as CIRs, em todas as Geres, são organizadas pelas Câmaras Técnicas e ocorrem regularmente todos os meses; porém, às vezes há alterações nas datas. Os membros estaduais participam de forma assídua; os membros municipais, não. Ocorre ata de frequência nas reuniões. A demanda da agenda vem do Nível Central. |
| Influência de Gestores Municipais (GMSs) nas CIR. | Existe maior influência dos GMSs dos três municípios-sede das VI, X e XI Geres, nas reuniões. |
| Modelo de descentralização de Visa e como é sua implementação na gestão. | Existe um modelo pouco eficiente de descentralização regional, mas se verifica pouca articulação na esfera municipal, principalmente nos menores municípios |
| Importância das CIRs no Processo de planejamento para fortalecimento das Visas. | Praticamente é inexistente, só se limitando a apresentar tópicos. Se o assunto apresentado é do interesse dos maiores municípios ou de todos, é rapidamente pactuado. |
| Desempenho da Apevisa na descentralização das ações de Visa dentro do SNVS. | Existe, porém, atualmente, só está se limitando às inspeções e fiscalizações, quando solicitadas pelos Municípios. |
| Comunicação entre colegiado e população em ações de Visa. | Não existe feedback entre a população e o colegiado em relação às ações e práticas de Visa. |
| Estruturação das Visas nas VI, X e XI Geres, como acordo interfederativo entre Municípios. Próximas etapas e fortalecimento das Visas. | Praticamente não existe acordo interfederativo entre Municípios. O que ocorre é uma grande fragilidade e total falta de estruturação das Visas municipais. As Visas limitam-se às fiscalizações e não são observadas novas etapas para o fortalecimento delas. |

Fonte: Elaboração própria, com base em Aragão⁷.

Embora as CIRs se mostrem como profícuas ferramentas de decisão colegiada no espaço regional e fóruns de discussão e elaboração de estratégias, para preencher esse vácuo na governança^{7,8}. A Dinâmica da Governança Interfederativa¹³ se explica como um fenômeno ou uma categoria analítica, e apresenta-se de forma conflitiva. A configuração organizacional da III Macrorregional de Saúde mostra que não existe o cargo de Gestor Macrorregional, o que corrobora que essa está acéfala para a tomada de decisão nesse patamar.

Diante da estrutura organizacional e regularidade das reuniões das CIRs na III Macrorregional de Saúde, os colegiados são conformados por dois representantes da Secretaria Estadual de Saúde (SES-PE): o Gerente Regional de Geres (GRG), o Coordenador Regional de Regulação (CRR), e todos os respectivos Gestores Municipais de Saúde (GMS) de cada Geres.

As reuniões CIRs, em todas as três Geres, são

formalizadas e registradas, porém, não são paritárias, são somente informativas, sem espaços para a Visa. E estão restritas somente às questões técnicas regionais, demonstrando uma grande desarticulação política em âmbito regional.

Quanto à Influência dos GMSs nas CIRs, todos os experts estão de acordo que ocorre um padrão semelhante de organização e regularidade nas três CIRs, mas não há espaços para pactuações da Visa, a capacidade resolutiva é mínima, as reuniões são tipificadas pela presença de atores institucionais sem poder de decisão e resolutividade, principalmente os GMSs dos menores municípios, o que acarreta uma lacuna (vácuo) na governança.

Modernos modelos de gestão podem auxiliar gestores a obter uma percepção mais clara da gestão, ao mitigar complexidades e incertezas⁵. Contudo, a forma de descentralização de Visa e a sua implementação na gestão mostram que a esfera municipal é sempre o elo mais frágil^{2,3}. O que se

apresenta na III Macrorregional de Saúde é um modelo ineficiente de descentralização regional, e também baixa articulação na esfera dos pequenos municípios, gerando um enfraquecimento das Visas.

O desempenho da Agência Pernambucana de Vigilância Sanitária a (Apevisa) no processo de descentralização das ações de Visa dentro do SNVS deveria ser o princípio fundamental^{3,4}, mas não se observa a elaboração de novas etapas, aparentemente está estabilizada, limitando-se apenas às inspeções e fiscalizações, quando solicitadas pelos municípios.

A comunicação entre colegiado e população, quanto às ações e práticas de Visa, mostra que, em sua totalidade, não há feedback entre a população e o colegiado. Isso é proveniente de uma burocracia exorbitante, o que demonstra a imprescindibilidade da elaboração de novas expertises para aumentar o nível de governança nos espaços das CIRs. Para isso, é importante criar uma mobilização da população, para reivindicar uma atuação consoante com a finalidade e propósitos desses órgãos.

As relações interfederativas, no contexto da III Macrorregional de Saúde, no que se refere à Visa, estão explanadas no Quadro 3.

Quadro 3 – Atividades desempenhadas pela III Macrorregional de Saúde, no que diz respeito às relações interfederativas e aos pontos importantes, com foco na Visa

| Núcleo de sentido (Dimensão) | Consolidado das pautas e atas CIR e entrevistas semiestruturadas |
|---|---|
| Relações Interfederativas | Parâmetros |
| Maneira de inter-relação da Geres nas CIRs para fortalecer as ações estratégicas e práticas da Visa. Condução da negociação. Ator principal. | O ator articulador que conduz as discussões, geralmente o Gestor da Geres, através da CT. As relações interfederativas não são cooperativas, demonstram uma governança conflitante, quando o tema está relacionado ao financiamento e prioridade das principais ações. A pactuação em relação à Visa é praticamente inexistente. |
| Inter-relações entre as esferas de gestão direcionada ao processo de descentralização das ações de Visa. Acompanhamento das pactuações realizadas. | É totalmente verticalizada, vem do Nível Central. Fica limitada à simples apresentação de temas. O Gestor Regional é o interlocutor. Os Gestores Municipais (GMSs) dos municípios-sede têm nítida influência por terem sempre maior domínio nas deliberações do colegiado. |
| Desenho político-territorial como fator facilitador de negociação nas VI, X e XI Geres. Necessidade de mudança na reorganização territorial. | A XI Geres, por ser mais recente, possui o desenho mais atualizado. É imprescindível que haja uma reorganização territorial nos municípios da VI Geres, por ter vasta área territorial. A X Geres mostra o melhor desenho territorial porque os municípios apresentam características socioculturais e políticas semelhantes. |
| Implementação de alternativas locais para aprimorar intersectorialidade e cooperação interfederativa entre Visas municipais, e fortalecer regionalização, descentralização e resposta social do colegiado. | É inexistente a cooperação em Nível Intermunicipal nas Geres. Existe intersectorialidade com o Ministério Público e outros órgãos (Polícias Militar e Civil). Torna-se imperativa a maior qualificação e capacitação dos GMSs, porque não há critérios para a escolha desses gestores, que ainda não conseguiram superar a lógica municipalista. Os coordenadores municipais de Visa se limitam apenas às ações dentro dos seus municípios. |
| Relações de compartilhamento entre as Secretarias Municipais de Saúde (SMSs) e posicionamento dos GMSs dentro do processo decisório do colegiado para as Visas. | As relações mostram-se inexistentes. Os GMSs atuam de forma individualizada. O compartilhamento entre coordenadores fica limitado à comunicação via telefone, WhatsApp ou quando ocorre alguma esporádica reunião informativa na Apevisa. |

Fonte: Elaboração própria, com base em Aragão⁷.

Esse cenário regional de saúde não consolida a estrutura dessas relações interfederativas nas CIRs, entre os gestores e coordenadores municipais de Visa, em virtude da total verticalidade das ações, portanto, não tem como propor novas abordagens quanto ao planejamento e à alocação dos recursos nas regiões⁶. É imprescindível definir novas estratégias que proporcionem maior cooperação entre os entes federados porque não existe uma instância macrorregional com poder para tal, o que reforça esse vácuo na Governança. No todo, o que se apresenta, de forma nítida, é uma total desarticulação política entre os gestores regionais e municipais, complexificando as tomadas de decisão.

É importante enfatizar que a descentralização, por si só, não é capaz de viabilizar as diretrizes e princípios do SUS: várias vezes, gera efeitos paradoxais. Contudo, as forças centrípetas geradas por essa descentralização podem causar um funcionamento autárquico, reforçando uma fragmentação incongruente no sistema, e acarretando um processo de municipalização com baixo nível e duvidosa capacidade de solidariedade e de integração entre as partes^{8,25,26}. No que diz respeito ao relacionamento entre as esferas de gestão, quanto ao processo de descentralização das ações de Visa, observa-se que é verticalizada, pois a demanda vem do Nível Central. Então, não há pactuação, fica limitada às simples apresentações de tópicos e esclarecimentos.

Quanto ao Desenho político-territorial como fator facilitador de negociação nas VI, X e XI Geres, esse quadro tem sido agravado pela interferência de atores em âmbitos central/estadual, que não atuam no processo de governança regional, comprometendo a operacionalidade das ações de Visa; fica limitado apenas às demandas verticalizadas que vêm do Nível Central. Esse desenho está obsoleto. Na VI Geres, a área é vasta, o que acarreta morosidade, além de aumento de custos de deslocamento. A X Geres tem o desenho mais robusto e organizado, por ter menor área territorial. E, quanto à XI Geres, embora tenha sido criada recentemente, o seu desenho é um pouco mais adequado, mas também apresenta inconsistências.

É inquestionável a relevância da regionalização^{8,9} para que as Visas atuem de forma sistêmica e resolutiva, com a região de saúde sendo o centro direcionador das bases entre os serviços dos diferentes entes federados, em relação à implantação de alternativas locais para otimizar a intersectorialidade e cooperação interfederativa entre Visas municipais, para a capacitação de RH, e fortalecer a regionalização, descentralização e resposta social do colegiado. As alianças intergovernamentais e intersectoriais são fulcrais para a compreensão acerca das competências necessárias para implementar essa ação^{7,11,14}. Verifica-se que existe, por demanda, uma intersectorialidade com o Ministério Público e Polícias Militar e Civil, mas a cooperação em âmbito intermunicipal, nas Geres, é inexistente. Os coordenadores municipais de Visa se limitam apenas às ações dentro dos seus próprios municípios, e mesmo assim de forma precária.

As características das relações de confiança e compartilhamento entre as SMSs, e o posicionamento dos GMSs, por meio dos coordenadores municipais de Visa, dentro do processo decisório do colegiado direcionado às ações de Visa, mostram que essas relações são inexistentes. Os GMSs atuam de maneira individualizada. O compartilhamento entre coordenadores fica limitado à comunicação via telefone, WhatsApp, ou quando ocorre alguma esporádica reunião informativa na Apevisa.

Quanto à alocação de recursos para a III Macrorregional de Saúde, em relação ao desenvolvimento para as ações e práticas de Visa, elas podem ser visualizadas no Quadro 4.

Quadro 4 – Atividades executadas na III Macrorregional de Saúde em relação à alocação de recursos e aos tópicos de importância para desenvolvimento das ações e práticas de Visa

| Núcleo de sentido (Dimensão) | Consolidado das pautas e atas CIR (apresentação e pactuação) e entrevistas semiestruturadas |
|--|---|
| Alocação de recursos | Parâmetros |
| Alternativas locais do colegiado em otimizar investimentos, focando nas ações de Visa, em virtude da contínua contração de recursos para a saúde. | Diante da contínua contração de recursos para a saúde, pela União e pelo Estado, como colegiado em relação às ações de Visa, não são visualizadas alternativas locais, mesmo com maior controle econômico e financeiro para solucionar problemas de recursos, para aprimoramento dos investimentos, objetivando ao fortalecimento da Visa, não obstante tendo em vista um robusto movimento de responsabilização sanitária. |

| | |
|---|--|
| Apoio, pela CIR, da implantação/ implementação das ações específicas à Visa. | Verificação de pouca ocorrência de supervisão das ações e práticas nas Visas municipais, por parte da Apevisa, na Gerência Regional de Saúde pela CIR. |
| Monitoramento e avaliação por meio da CIR. Processo de alocação e utilização de recursos vinculados à Visa, por meio de entes federados. | As Geres não monitoram nem acompanham a transferência de recursos financeiros vinculados às Visas municipais. Não existe feedback por parte do MS em relação às Geres (ficam isoladas), via SES-PE. Os recursos são repassados diretamente aos Municípios através do teto Financeiro de Vigilância em Saúde. |

Fonte: Elaboração própria, com base em Aragão⁷.

Com o Pacto de Gestão de 2006, ocorreu a substituição das normas operacionais básicas e das portarias que as regulamentavam, por um conjunto de portarias ministeriais, o que não acarretou mudança para a maioria dos recursos financeiros destinados às ações de Visa; com isso, o Teto Financeiro da Visa ficou substituído pelo Teto Financeiro de Vigilância em Saúde³ – mas devido ao fato de os recursos serem repassados diretamente aos Municípios através do Teto Financeiro de Vigilância em Saúde. As Geres não têm como monitorar nem fazem o acompanhamento de transferência de recursos financeiros vinculados às Visas municipais. Não existe *feedback* por parte do MS em relação às Geres (ficam isoladas), via SES-PE.

A importância da operacionalização das ações específicas e dos Sistemas de Logística para a Visa, no contexto da III Macrorregional de Saúde, para fortalecê-la e assegurar a sua configuração, está exposta no Quadro 5.

Quadro 5 – Operacionalização dos Sistemas de Logística para a consolidação da regulação sanitária e das ações e práticas específicas de Visa na III Macrorregional de Saúde

| Núcleo de sentido (Dimensão) | Consolidado das pautas e atas CIR (apresentação e pactuação) e entrevistas semiestruturadas |
|--|---|
| Sistema de logística | Parâmetros |
| Otimização da acessibilidade e continuidade de ações específicas para as Visas municipais. | Cada município tem sua coordenação de Visa, a qual é supervisionada em suas ações pelo Estado, por meio da Apevisa. Vê-se que o tema Visa quase não é abordado em pauta, nada é pactuado. Não há comunicação entre as Visas. |
| Cadastramento de estabelecimentos e de profissionais, pelas Visas, na III Macrorregional, com a finalidade de operacionalizar as ações em âmbito municipal. | Há cadastramento de estabelecimentos e profissionais de saúde, bem como fiscalização sanitária, pelo Sistema de Informação (Sevisa) da Apevisa, por intermédio do Cadastro Nacional de Especialidades de Saúde (CNES). A implantação do Sevisa mostra-se complicado, mesmo em nível estadual, e os municípios não têm o menor domínio sobre este. |
| Conformidade com o proposto pelo Código Sanitário (Dec. 20.786/98, do Estado de Pernambuco). | Os municípios-sede possuem seus próprios Códigos Sanitários, mas os demais municípios da III Macrorregional de Saúde têm sua regulação sanitária regida e em conformidade com o Código Sanitário Estadual. |
| Diante das restrições impostas e das deficiências de RH e estruturais, na conjuntura atual. Possíveis estratégias de superação. | São observadas graves deficiências estruturais e na captação e capacitação de RH. Não são verificadas novas estratégias com a finalidade de superar os problemas crônicos das Visas municipais. |

Fonte: Elaboração própria, com base em Aragão⁷.

A regulação sanitária é um exercício de poder, por isso a Visa detém o dito “Poder de Polícia” que lhe permite limitar o exercício dos direitos individuais em benefício do interesse público. Compreende-se, assim, que o “Poder” é um condão para o cumprimento do “Dever” que tem o Estado de proteger a saúde¹. Com exceção dos municípios-sede das Geres que possuem seus Códigos Sanitários municipais, todos os outros têm sua regulação

sanitária regida e em conformidade com o Código Sanitário Estadual, acarretando lacunas quando se trata de ações específicas para cada município, pois cada um possui suas próprias particularidades.

Na procura pela segurança sanitária, a Visa, como braço especializado do Estado para a Regulação em Saúde, deve buscar tecnologias de intervenção, informações, metodologias e estratégias alinhadas com o conhecimento científico atualizado e os valores estabelecidos na nossa Constituição². Destarte, o problema mor é detectado nas graves deficiências na captação e capacitação de RH, também nas infraestruturas, até mesmo nas básicas, bem como na total falta de comunicação entre as Visas municipais.

CONCLUSÃO

Este estudo analisou a dinâmica de Governança, no âmbito da III Macrorregional de Saúde de Pernambuco, direcionada ao modelo de gestão da Visa, com relevo nas peculiaridades e implementação das ações das Visas municipais, com o propósito de averiguar sua conformidade no que concerne à configuração interinstitucional. Comprovou que a Governança se mostra conflitiva, apresentando um padrão similar nas três Geres em pauta.

As reuniões CIRs das XI, X e VI Geres, respectivamente, demonstraram aspectos similares, limitadas simplesmente a questões técnicas regionais. Ainda que formalizadas e registradas, são meramente informativas, sem espaço para pactuações para a Visa. Apresentaram capacidade resolutiva irrelevante e são singularizadas pela presença de atores institucionais sem poder de decisão, o que ocasiona um vácuo (hiato) na governança, além de não existir uma instância macrorregional. Faz-se indispensável a elaboração de novas soluções colegiadas nas CIRs, o trâmite primordial para incrementar a implementação de um modelo de gestão satisfatório, eficiente e eficaz para a Visa, que elimine a verticalidade em operacionalizar suas ações.

Não são verificadas novas etapas para consolidar e operacionalizar a Visa, porque a Apevisa, as CTs e as CIRs não têm poder de convencimento para demonstrar a magnitude dessas ações e práticas de Visa em relação à sua configuração interinstitucional, e das respectivas responsabilizações aos GMSs, e respectivos coordenadores municipais de Visa, que, por sua vez, são subordinados aos gerentes

municipais de Vigilância em Saúde, os quais, por muitas vezes, não são capacitados para exercer tais funções, além de não priorizarem as Visas.

A operacionalização do modelo de gestão vigente instituído pelo MS, por meio da Anvisa, direcionado às Visas estaduais, que, por sua vez, supervisionam as Visas municipais, apresenta grandes discrepâncias, é anacrônico, incongruente, inadequado, porque foge à governabilidade. Destarte, torna-se fundamental estabelecer inovadoras estratégias e mecanismos que propiciem maior cooperação entre os entes federados, quanto à aplicação de ações e recursos, pois, muitas formas de ação são obsoletas, e, quanto aos recursos, muitos, quando são recebidos, por várias vezes não são aplicados, o que gera e impele a uma sequência de não operacionalidade para a Visa.

O desenho territorial da III Macrorregional de Saúde, embora recente, é desconexo, e não traz funcionalidade em relação à Visa. Torna-se, portanto, imprescindível uma reorganização em todas as três Geres. O desenho da VI Geres, especificamente, precisa ser revisto, em virtude de sua grande extensão, visto que faz fronteira com três estados (Alagoas, Paraíba e Bahia).

Faz-se imperativo focar o panorama apresentado pela Visa na III Macrorregional de Saúde, porque, nessa situação desfavorável desde 2016, para a sua otimização, é imprescindível o apoio social e político, diante de uma população desfavorecida e vulnerabilizada, no interior no semiárido pernambucano, num cenário econômico e político adverso.

Também é provável que essas incorreções constatadas sejam parte de um cenário ainda mais amplo no país, em relação à condição desfavorável de natureza intergovernamental que se particulariza por grandes adversidades na saúde pública, decorrentes de uma crise institucional e ampla alteração das políticas do Governo Federal, com disposições de austeridade adotadas no Sistema Único de Saúde, dispostas na Emenda Constitucional n.º 95/2016.

Tendo em vista que esse cenário é inevitavelmente contingencial, mostra-se a necessidade de novas avaliações focadas para as ações e práticas de Visa, com a finalidade de retificar tais distorções, inefetividades, ineficiências e ineficácias, adequando-as às carências dos segmentos populacionais a que se reservam.

AGRADECIMENTOS

Ao Instituto de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fiocruz-PE, e aos *experts* que se propuseram a participar desta pesquisa, o que proporcionou a sua plena viabilização e execução.

CONTRIBUIÇÃO DOS AUTORES

Antônio Augusto Vieira de Aragão contribuiu com o delineamento e a realização da pesquisa, redação e revisão crítica do manuscrito. **Henrique Fernandes Câmara Neto** contribuiu com o delineamento da pesquisa, ajustes e revisão crítica do manuscrito. **José Luiz Correia de Araújo Júnior** contribuiu com o delineamento da pesquisa, redação, ajustes e revisão crítica do manuscrito.

REFERÊNCIAS

1. Aragão AAV, Oliveira SRA. O Poder do Poder de Polícia à Luz do Direito Sanitário e da Vigilância Sanitária. *Sanare* [Internet]. 2018 [cited 2021 Jun 9];17(1):58-64. Available from: <https://sanare.emnuvens.com.br/sanare/article/view/1223>
2. Costa EA. *Vigilância Sanitária Proteção e Defesa da Saúde*. 2. ed. São Paulo: Sociedade Brasileira de Vigilância de Medicamentos (Sobravime); 2004.
3. Seta MH, Silva JAA. A Gestão da Vigilância Sanitária. In: Seta MH, Pepe VLE, Oliveira GO, organizadores. *Gestão e Vigilância Sanitária: modos de pensar e fazer*. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2006. p. 195-217.
4. Steinbach A, Schwengber LMK, Martins C, Dutra A, Venâncio D. Mapeamento da produção científica em gestão da vigilância sanitária no período 2000 a 2010. *Rev Eletr Gest Saúde* [Internet]. 2012 [cited 2021 Jun 6];3(3):919-40. Available from: <https://periodicos.unb.br/index.php/rgs/article/view/130/124>
5. Assen MV, Gerben VDB, Pietersma P. *Modelos de Gestão: os modelos que todo gestor deve conhecer*. São Paulo: Ed. Pearson Prentice Hall; 2010.
6. Silveira Filho RM, Santos AM, Carvalho JA, Almeida PF. Ações da Comissão Intergestores Regional para gestão compartilhada de serviços especializados no Sistema Único de Saúde. *Physis* [Internet]. 2016 [cited 2021 Jun 8];26(3):853-78. Available from: <https://www.scielo.br/j/physis/a/NvwtMHkTpHWJC3SbvqxZ6zy/?lang=pt&format=pdf>
7. Aragão AAV. *Análise da Governança nos Colegiados Regionais em relação à Rede Cegonha na III Macrorregional de Saúde em Pernambuco* [tese]. Recife: Instituto Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz; 2019.
8. Santos AM. *Gestão do cuidado na microrregião de saúde de Vitória da Conquista - BA: desafios para constituição de rede regionalizada com cuidados coordenados pela Atenção Primária à Saúde* [tese]. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz; 2013.
9. Santos L, Campos GWS. SUS Brasil: a região de saúde como caminho. *Saúde e Soc* [Internet]. 2015 [cited 2021 Jun 8];24(2):438-46. Available from: <https://www.scielo.br/j/sausoc/a/V4TTj93jqVrPzDzfnycNndj/?lang=pt&format=pdf>
10. Duarte CMR, Pedroso MM, Bellido JG, Moreira RS, Viacava S. Regionalização e desenvolvimento humano: uma proposta de tipologia de regiões de saúde no Brasil. *Cad Saúde Pública* [Internet]. 2015 [cited 2021 Jun 8];31(6):1163-74. Available from: <https://www.scielo.br/j/csp/a/FGVz3pwQ7gGjDr4d5TKCLZf/?lang=pt&format=pdf>
11. Albuquerque TIP, Franco de Sá RMP, Araújo Júnior JLC. Perspectivas e desafios da “nova” Política Nacional de Promoção da Saúde: para qual arena política aponta a gestão? *Ciênc Saúde Colet* [Internet]. 2016 [cited 2021 Jun 5];21(6):1695-705. Available from: <https://www.scielo.br/j/csc/a/PVfV6mDR7FJQxHnMYxDmSF/?format=pdf&lang=pt>
12. Fleury S, Ouverney ALM, Kronemberger TS, Zani FB. Governança local no sistema descentralizado de saúde no Brasil. *Rev Panam Salud Pública* [Internet]. 2010 [cited 2021 Jun 9];28(6):446-55. Available from: <https://www.scielosp.org/pdf/rpsp/2010.v28n6/446-455>
13. Santos AM, Giovanella L. Governança regional: estratégias e disputas para gestão em saúde. *Rev Saúde Pública* [Internet]. 2014 [cited 2021 Jun 10];48(4):622-31. Available from: <https://www.scielo.br/j/rsp/a/fPbZYq5dFrmkHdLTDgrbpzm/?lang=pt&format=pdf>
14. Aragão AAV, Oliveira SRA, Medeiros KR, Gurgel Júnior GD. O Panorama da III Macrorregional de Saúde em Pernambuco Análise da governança em colegiados regionais do programa Rede Cegonha. In: Gurgel Júnior GD, Pacheco HF, SRA Oliveira, Santos FAS, organizadores. *Mecanismos de governança e regulação pública no SUS – Programa Rede Cegonha: experiências e desafios institucionais* [Internet]. Recife: Ed. UFPE; 2021 [cited 2021 Jun 10].
15. Yin RK. *Estudo de Caso: planejamento e método*. 3. ed. Porto Alegre: Bookman; 2005.

16. Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. São Paulo: Hucitec; 2010.

17. Governo do Estado de Pernambuco. Secretaria Estadual de Saúde [Internet]. [cited 2021 Jun 9]. Available from: <http://portal.saude.pe.gov.br/>

18. Minayo MCS. Introdução: conceito de avaliação por triangulação de métodos. In: Minayo MCS, Assis SG, Souza ER, organizadores. Avaliação por triangulação de métodos: abordagem de programas sociais. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2005.

19. Bardin L. Análise de conteúdo. Lisboa: LDA: Edições 70; 2009.

20. Kvale S, Brinkmann S. Interviews: Learning the craft of qualitative research. California: Sage Publications; 2009.

21. Hsieh H-F, Shannon SE. Three Approaches to Qualitative Content Analysis. Quality Health Res J [Internet]. 2005 [cited 2021 Jun 9];15(9):1277-88. Available from: <http://qhr.sagepub.com/content/15/9/1277>

22. Kondracki NL, Wellman NS. Content analysis: Review of methods and their applications in nutrition education. J Nutr Educ Behav [Internet]. 2002 [cited 2021 Jun 8];34(4):224-30. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/12217266/>

23. Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. São Paulo: Hucitec; 2010.

24. Flick U. Triangulation in qualitative Research. In: Flick U, Kardoff EV, Steinke I, organizadores. A Companion of qualitative research. London: SAGE; 2004.

25. Carnoy M. Estado e Teoria Política. 17. ed. Campinas: Papirus; 2013.

26. Spedo SM, Tanaka OU, Pinto NRS. O desafio da descentralização do Sistema Único de Saúde em município de grande porte: o caso de São Paulo, Brasil. Cad Saúde Pública [Internet]. 2009 [cited 2021 Jun 9];25(8):1781-90. Available from: <https://www.scielo.br/j/csp/a/8964rLb3ZfDWSTBjHpG6yf/?lang=pt&format=pdf>