



Universidade Federal da Bahia
Instituto de Saúde Coletiva
Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva
Mestrado em Saúde Comunitária

Sydia Rosana de Araujo Oliveira

DESENVOLVIMENTO DE UM INSTRUMENTO PARA AVALIAR O GRAU DE
IMPLANTAÇÃO DA POLÍTICA DE REGIONALIZAÇÃO.

Salvador
Dezembro 2009



Universidade Federal da Bahia
Instituto de Saúde Coletiva
Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva
Mestrado em Saúde Comunitária

Sydia Rosana de Araujo Oliveira

**DESENVOLVIMENTO DE UM INSTRUMENTO PARA AVALIAR O GRAU DE
IMPLANTAÇÃO DA POLÍTICA DE REGIONALIZAÇÃO.**

Dissertação apresentada ao Colegiado de Pós-Graduação do Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia, como parte dos requisitos para obtenção do título de Mestre em Saúde Comunitária. Área de concentração: Política, Planejamento e Gestão em Saúde.

Orientadora: Carmen Fontes Teixeira

Salvador
Dezembro 2009



Universidade Federal da Bahia
Instituto de Saúde Coletiva
Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva
Mestrado em Saúde Comunitária

BANCA EXAMINADORA:

Maria Ângela Alves Nascimento – UEFS

Ana Luiza Queiroz Vilasbôas – UFBA

Carmen Fontes Teixeira (Orientadora) – UFBA

**A mainha e painho por vislumbraem na educaçã
o maior bem que poderiam dar aos filhos.**

Amo vocês.

AGRADECIMENTOS

A Carmen pela orientação, colaboração e amizade na condução deste processo.

Aos professores do Instituto de Saúde Coletiva pelo conhecimento transmitido, em especial a Ana Luiza Vilasbôas que me conduziu ainda na residência para uma formação em Saúde Coletiva e a Lígia Vieira por tornar possível a ida ao Canadá.

A todos os funcionários do Instituto de Saúde Coletiva pelo apoio e carinho com que sempre me receberam.

Aos colegas de mestrado pelo companheirismo.

Ao Comitê de especialistas que participaram deste trabalho. Muito obrigada.

Aos professores André-Pierre Contandriopoulos, François Champagne e Paul Lamarche pela generosidade, carinho, acolhida e contribuição para este trabalho. Merci.

Aos colegas da Fundação Oswaldo Cruz, em especial a Mitermayer Reis pelo apoio.

Ao Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico – CNPq e Affaires Étrangères et Commerce International Canada – MAECI pelo apoio financeiro para realização deste projeto.

A mainha, painho, Raquel, Simony, Renata, Romulinho e Artur não existem palavras para descrever a importância de vocês em minha vida. Amo vocês.

A Paulo por saber ceder, por entender meus momentos, por me acompanhar, por me amar. Amo você.

LISTA DE FIGURAS E QUADROS

FIGURA 1: MODELO TEÓRICO-LÓGICO DA REGIONALIZAÇÃO DO SUS..... 26

QUADRO 1: AVALIAÇÃO PERCENTUAL DAS QUESTÕES DO EIXO DECISÃO POLÍTICA QUANTO A PERTINÊNCIA EM COMPOR A MATRIZ – AGIR..... 64

QUADRO 2: AVALIAÇÃO PERCENTUAL DAS QUESTÕES DO EIXO TERRITORIALIZAÇÃO, QUANTO A PERTINÊNCIA EM COMPOR A MATRIZ – AGIR..... 64

QUADRO 3: AVALIAÇÃO PERCENTUAL DAS QUESTÕES DO EIXO GESTÃO E PLANEJAMENTO REGIONAL, QUANTO A PERTINÊNCIA EM COMPOR A MATRIZ – AGIR..... 64

QUADRO 4: AVALIAÇÃO PERCENTUAL DAS QUESTÕES DO EIXO ORGANIZAÇÃO DE REDES INTEGRADAS DE SERVIÇOS DE SAÚDE, QUANTO A PERTINÊNCIA EM COMPOR A MATRIZ – AGIR. 65

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AGIR – Avaliação do Grau de Implantação da Regionalização

AIS – Ações Integradas de Saúde

CGR - Colegiado de Gestão Regional

CONASEMS – Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde

CONASS – Conselho Nacional de Secretários de Saúde

CNS – Conferência Nacional de Saúde

DIRES – Diretorias Regionais de Saúde

DS – Distritos Sanitários

MS – Ministério da Saúde

NOB - Norma Operacional Básica

NOAS - Norma Operacional da Assistência à Saúde

OPAS – Organização Pan-Americana de Saúde

PDR - Plano Diretor de Regionalização

PDI - Plano Diretor de Investimento

PPI - Programação Pactuada e Integrada

SES – Secretaria do Estado da Saúde

SUDS – Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde

SUS – Sistema Único de Saúde

SUMÁRIO GERAL

APRESENTAÇÃO 9

ARTIGO 1 CONSTRUÇÃO DO MODELO TEÓRICO-LÓGICO PARA AVALIAÇÃO DA
POLÍTICA DE REGIONALIZAÇÃO DO SUS. 10

ARTIGO 2 DESENVOLVIMENTO E VALIDAÇÃO DE UM INSTRUMENTO PARA
AVALIAR O GRAU DE IMPLANTAÇÃO DA REGIONALIZAÇÃO DO SUS 32

APRESENTAÇÃO

A Regionalização do Sistema Único de Saúde é, atualmente, um tema de importância estratégica no processo de reforma da gestão e da organização dos serviços públicos de saúde despertando o interesse de pesquisadores da área de Política, Planejamento e Gestão em Saúde. A revisão da literatura sobre a produção recente nesta área revelou a existência de uma lacuna no que diz respeito à existência de propostas metodológicas de avaliação que possam ser utilizadas para aferir o grau de implantação da Regionalização do SUS no âmbito estadual, ainda que se tenha identificado estudos de caso, de caráter descritivo e exploratório.

Considerando-se a pertinência de se desenvolver metodologias que possam ser utilizadas em pesquisas avaliativas a serem realizadas nessa linha, foi desenvolvido um estudo com esta finalidade. Este contemplou várias etapas, a primeira das quais implicou na revisão sistemática da literatura nacional e internacional sobre o tema, com o objetivo de construir o Modelo Teórico-lógico da Regionalização como política (policy) de saúde, que pode ser avaliada enquanto um processo político-institucional que contempla a Territorialização, o Planejamento e a Gestão do sistema de saúde Regional e a Organização de Redes Integradas de serviços de saúde no âmbito regional.

Este Modelo subsidiou a segunda etapa do trabalho que consistiu na elaboração de um instrumento a ser aplicado no processo de avaliação do grau de implantação da Política de Regionalização, denominado Quest-AGIR (Avaliação do Grau de Implantação da Regionalização), o qual foi validado por um comitê de especialistas selecionados entre gestores e pesquisadores da temática em todo o país.

Os produtos desse processo estão apresentados sob a forma de dois artigos, o primeiro contendo a exposição do Modelo Teórico-lógico e o segundo expondo a metodologia de construção do Quest-AGIR.

ARTIGO 1

CONSTRUÇÃO DO MODELO TEÓRICO-LÓGICO PARA AVALIAÇÃO DA POLÍTICA
DE REGIONALIZAÇÃO DO SUS.

SUMÁRIO ARTIGO 1

RESUMO	12
ABSTRACT	ERRO! INDICADOR NÃO DEFINIDO.
1 INTRODUÇÃO.....	14
2 MODELO LÓGICO: PONTO DE PARTIDA PARA A AVALIAÇÃO EM SAÚDE 16	
3 CONSTRUÇÃO DO MODELO TEÓRICO-LÓGICO DA REGIONALIZAÇÃO DO SUS	18
4 MODELO TEÓRICO-LÓGICO PARA AVALIAÇÃO DA REGIONALIZAÇÃO DO SUS	20
4.1 A REGIONALIZAÇÃO: POLÍTICA E ESTRATÉGIA DE MUDANÇA DO MODELO DE ATENÇÃO À SAÚDE.....	20
4.2 ELEMENTOS CONSTITUTIVOS DO MODELO TEÓRICO-LÓGICO	21
4.2.1 <i>DIMENSÃO TEÓRICA</i>	21
4.2.2 <i>DIMENSÃO LÓGICA</i>	23
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS	27
REFERÊNCIAS.....	28

CONSTRUÇÃO DO MODELO TEÓRICO-LÓGICO PARA AVALIAÇÃO DA POLÍTICA DE REGIONALIZAÇÃO DO SUS.

Sydia Rosana de Araujo Oliveira

RESUMO

Este estudo tem como objetivo construir o Modelo Teórico-lógico da Política de Regionalização do Sistema Único de Saúde, com o intuito de subsidiar a realização de pesquisa avaliativa do grau de implantação dessa política no âmbito estadual. A metodologia adotada enfatizou a revisão de literatura nacional e internacional acerca da Regionalização de Sistemas de saúde, que permitiu compreender os elementos teóricos para a construção da “dimensão teórica” do Modelo, e a revisão de documentos institucionais do SUS dos quais foram extraídas informações referentes à “dimensão lógica” do mesmo. O Modelo Teórico-lógico construído adota a concepção de Regionalização como um processo político-institucional que contempla a Territorialização, o Planejamento e Gestão Regional e Organização das Redes Integradas de serviços de saúde no âmbito regional e especifica os objetivos proximais e distais desse processo tal como proposto nos documentos revisados. Esse Modelo subsidiará a elaboração de um instrumento de avaliação do grau de implantação dessa Política cuja aplicação nos vários Estados pode vir a contribuir nas tomadas de decisões que visem à superação dos obstáculos e ao aperfeiçoamento desse processo.

Palavras-Chave: Regionalização. Avaliação de Serviços de Saúde. Gestão em Saúde. Planejamento Integral de Saúde. Metodologia.

**CONSTRUCTION OF A THEORETICAL-LOGICAL MODEL: EVALUATION OF
THE REGIONALIZATION OF THE BRAZILIAN UNIFIED HEALTH SYSTEM—
SUS**

ABSTRACT

The aim of this study is to develop a theoretical-logical model for the regionalization of the Brazilian Unified Health System—SUS, in order to provide a framework for evaluational research on the degree of implementation of this program on a state level. The methodology used focused on a review of the Brazilian and international literature on regionalization, which elucidated the theoretical elements for the construction of the Model, and a review of the institutional documents provided by SUS, from which information was extracted regarding the ‘logical dimension’ of regionalization. The Model adopted the concept of regionalization as a political-institutional process covering territorialization, regional planning and management and health services organization networks on a regional level, and specified the proximal and distal objectives of this process as proposed in the documents reviewed. This Model will aid in the development of an instrument for the evaluation of the policy of regionalization, whose application in several Brazilian states can provide decision-making support to help overcome obstacles and perfect this process.

Key-Words: Regional Health Planning. Health Services Evaluation. Health management. Integral Health Planning. Methodology.

1 INTRODUÇÃO

O desenvolvimento das políticas no Brasil vem sendo tema de inúmeros estudos que abordam vários aspectos da problemática dos serviços de saúde em diversas conjunturas. A preocupação com a organização do sistema pode ser identificada, desde o período da 3ª Conferência Nacional de Saúde (CNS), convocada em 1963, na qual se contemplou a difusão de muitas das propostas então em voga no âmbito internacional, como a descentralização e a regionalização dos serviços (MULLER NETO, 1991).

Estas propostas de reorganização das ações governamentais no âmbito da saúde fomentadas na década de 1960, só começam a ser implantadas de fato, em meados da década de 1970, quando alguns municípios insatisfeitos com as deficiências do modelo de saúde hegemônico no país, começaram a formular políticas locais de saúde e a implantar modelos alternativos de organização de serviços (MULLER NETO, 1991). Entretanto, tais iniciativas tomaram força no ano de 1983, com as Ações Integradas de Saúde (AIS), que se iniciam de forma tímida, mas se transformam em uma estratégia fundamental da política de saúde em 1986, com mais de 2.000 municípios aderindo à proposta (PAIM, 2003).

Para além da incorporação das propostas de municipalização e mesmo a proposta de integração de serviços públicos, como previsto nas AIS, o movimento pela Reforma Sanitária Brasileira, gradativamente fortalecido nos anos de 1970 (PAIM, 2008) incluiu a descentralização da gestão como princípio e a regionalização dos serviços como diretriz estratégica para a reorientação do sistema. Nessa perspectiva, a 8ª CNS, realizada em março de 1986, foi o cenário de reivindicações em prol da municipalização considerando-se que os municípios deveriam definir as políticas locais de saúde, com a formulação dos Planos Municipais de Saúde ou Planos Diretores Municipais Integrados.

Antes mesmo da aprovação das propostas apresentadas pelo movimento sanitário na Constituinte em 1988, foi elaborada a proposta de implementação de mudanças político-institucionais que configuraram o Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS). A Bahia foi o primeiro estado a assinar o convênio SUDS e a propor a regionalização territorial/populacional através da criação dos Distritos Sanitários (DS), unidades de planejamento e gestão local dos serviços de saúde que vieram a se constituir em espaços de experimentação metodológica na área de planejamento e programação local (TEIXEIRA *et*

al., 1993), contemplando a territorialização e a mudança na organização dos serviços e na gestão do sistema.

Nesse mesmo período, no âmbito jurídico, ocorreu a aprovação da nova Constituição Federal, que determinava no capítulo relativo à Saúde, que “ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único [...]” (BRASIL, 1988, art. 198). Após a promulgação da Constituição, a descentralização e regionalização constituir-se-ão nas principais estratégias de reorientação do Sistema de Saúde, como expresso na Lei 8080, de 19 de setembro de 1990. Estratégias estas, que estão intimamente relacionadas e articuladas num mesmo processo, não sendo possível falar isoladamente de uma ou de outra (GIACOMINI, 1992).

A implementação dessas estratégias, contudo, só veio a ocorrer a partir de 1993, com a implantação das Normas Operacionais Básicas do Sistema Único de Saúde (NOB 01/93 e NOB 01/96) que desencadearam um processo de descentralização intenso, transferindo recursos federais a estados e, principalmente, a municípios, viabilizando o planejamento da assistência e a organização do modelo de saúde local (SILVA; DOBASHI, 2006).

A ênfase dada ao processo de municipalização durante a década de 1990 trouxe à tona as dificuldades enfrentadas pela grande maioria destes com relação à infra-estrutura de recursos e capacidade de gestão, especialmente nos municípios de pequeno porte, com menos de 20 mil habitantes, que representam cerca de 80% dos municípios do país. De fato, a transferência de recursos e poder de decisão aos municípios produziram, também, um debate sobre a importância da regionalização, retomada como diretriz estratégica pela Norma Operacional da Assistência à Saúde (NOAS) 01/2001 (BRASIL, 2001), posteriormente revisada na NOAS 2002 (BRASIL, 2002). Tanto a NOAS 2001, quanto a NOAS 2002, estimulavam o fortalecimento do papel das Secretarias Estaduais de Saúde, para que as mesmas assumissem a coordenação da regionalização da assistência, organizando redes de cooperação entre os municípios, na tentativa de superar a descentralização prevista nas normas anteriores, e, desta forma, (re)centralizando o processo (MENDES, 2001; TEIXEIRA, 2002; WEIGELT, 2006).

Com a mudança de governo ocorrida no âmbito federal em 2003, estabeleceu-se debate sobre o caráter normativo das NOBS e NOAS, retomando-se a regionalização na publicação de 2006, do Pacto pela Saúde, pela Vida e Pela Gestão, pelo Ministério da Saúde,

que passou a considerá-la eixo estruturante para a gestão do Sistema. Segundo o documento do Pacto, a regionalização visa garantir o direito à saúde da população, reduzindo as desigualdades sociais e territoriais por meio da identificação e reconhecimento das Regiões de Saúde, e da gestão compartilhada com a criação das instâncias regionais que garantem a participação da totalidade dos municípios que compõem a região (BRASIL, 2006a).

O Pacto pela Gestão explicita que a regionalização deve orientar a descentralização das ações e serviços de saúde, os processos de negociação e pactuação entre os gestores, e deve ser apoiada por três instrumentos de planejamento: o Plano Diretor de Regionalização (PDR), o Plano Diretor de Investimento (PDI) e a Programação Pactuada e Integrada da Atenção à Saúde (PPI) (BRASIL, 2006a). A proposta é que o PDR, que já era visto como a ferramenta prioritária na NOAS 2001/2002 seja o instrumento a expressar o desenho final do processo de identificação e reconhecimento das regiões de saúde, em suas diferentes formas, em cada Estado e no Distrito Federal objetivando a garantia do acesso, a promoção da equidade, a garantia da integralidade da atenção, a qualificação do processo de descentralização e a racionalização de gastos e dos recursos (BRASIL, 2006a).

A regionalização no âmbito governamental assume uma perspectiva de estratégia, sendo a forma de operacionalizar, de implementar uma ação, neste caso, a reorganização de serviços e sistemas de saúde. Porém, neste estudo optou-se por entender a regionalização como uma proposta de distribuição de poder (TESTA, 1992), onde se desloca o poder da esfera federal para os Estados, construindo instâncias de poder neste espaço, favorecendo assim, a resolução dos problemas da reorganização do sistema neste âmbito. Esta política vem sendo implantada em todos os estados do país sendo, portanto, pertinente avaliar o grau de implantação desta nas diversas regiões.

Destarte, este estudo tem como objetivo elaborar o **Modelo Lógico** da Regionalização do Sistema Único de Saúde que possa subsidiar a realização de “estudos de caso” ao nível estadual sobre o processo de implementação dessa política.

2 MODELO LÓGICO: PONTO DE PARTIDA PARA A AVALIAÇÃO EM SAÚDE

A necessidade de refletir sobre as intervenções em saúde surge na década de 1970, introduzindo uma teoria na avaliação de programas, denominada “modelização”, que objetiva fornecer racionalidade aos programas, esquematizando o processo da intervenção para atingir os resultados desejados (ROSSI; LIPSEY; FREEMAN, 2004). Weiss (1998) foi a primeira

autora a especificar a necessidade de conceituar os efeitos e a natureza da intervenção, além de demonstrar as vantagens de “modelizar” os programas sociais devido a sua complexidade.

Le Moigne (1990) define “modelização” como a ação de elaboração e de construção intencional, pela composição de símbolos, tornando inteligível um fenômeno complexo. Para Medina e colaboradores (2005, p.43), “‘Modelizar’ significa representar o objeto, seus movimentos e suas relações, tendo por referência uma construção teórica: a teoria do objeto-modelo”. Assim, além da esquematização do objeto, é necessário um segundo momento, de agregação da racionalidade que une suas múltiplas dimensões ou aspectos. Bunge (1974) nomeia este processo de construção de modelo teórico.

Modelo teórico é, pois, um sistema hipotético-dedutivo que concerne a um objeto-modelo, que é, por sua vez, uma representação conceitual esquemática de uma coisa ou situação real ou suposta como tal (BUNGE, 1974). Os objetos-modelo, portanto, fazem parte das teorias científicas e os modelos teóricos encerram objetos-modelo. Vale ressaltar que, ainda que seja possível, ou mesmo desejável que se represente os modelos teóricos através de diagramas, ou de símbolos, é imperiosa a descrição das idéias, dos enunciados que compõem a teoria específica.

No campo da avaliação os diversos autores (WEISS, 1998, MCLAGHLIN; JORDAN, 2004; FRECHTLING, 2007; ROSSI; LIPSEY; FREEMAN, 2004; CHAMPAGNE et al., 2009; MEDINA et al., 2005) são unânimes quanto à necessidade de “modelização” das intervenções, sejam elas de um programa ou de uma política, como o primeiro passo no planejamento de uma avaliação, porém não há consenso quanto ao termo a ser utilizado, podendo ser empregado as diversas terminologias: modelo lógico, teoria do programa, modelo de programa, linha de resultados, mapa de causa, teoria da ação. A expressão comumente utilizada no campo da avaliação é a de modelo lógico, que surge nos anos de 1980, para ajudar a estabelecer e testar as intervenções governamentais no Canadá, bem como, a conceber um instrumento de avaliação adequado (MONTAGUE, 1997).

Para Rossi, Lipsey e Freeman (2004) a teoria do programa é um conjunto de postulados sobre o modo pelo qual o programa produzirá os benefícios sociais esperados e sobre a estratégia e tática que foi adotada a fim de atingir seus objetivos e impactos. O autor divide a teoria do programa em dois passos: Teoria do impacto – é uma teoria causal que descreve uma seqüência de causas/efeitos nas quais certas atividades do programa são as

causas instigadoras e certos benefícios sociais são os efeitos eventualmente produzidos – e Teoria de processo – as estratégias e táticas adotadas a fim de atingir os objetivos.

Segundo Chen (1990), a Teoria do programa pode ser prescritiva ou descritiva, devendo analisar o programa e a lógica de como ela trabalha e porque os componentes da intervenção juntos irão causar os resultados esperados. A Teoria do programa vai demonstrar o modelo causal da intervenção. Weiss (1997), por sua vez, divide a modelização em Teoria de implantação (modelo operacional) a seqüência de implantação, e em Teoria do programa (modelo teórico) as hipóteses sobre o modo que a implantação se transforma em resultados desejados. Esta última se subdividindo, quando a Teoria do programa é encontrada em documentos e fundamentada explicitamente no conhecimento científico, diz-se que ela é ‘Teoria de programa articulada’, quando a teoria não está bem descrita, chama-se ‘Teoria do programa implícita’ ou ‘Teoria tácita’.

Champagne e outros (2009) estabelecem uma descrição semelhante à de Weiss, distinguindo três modelos principais na “modelização” das intervenções: modelo causal, que representa o problema a corrigir e suas causas (análise estratégica); modelo lógico teórico, o avanço lógico entre os objetivos de produção e os objetivos mais distais da intervenção, trazendo todas as conseqüências possíveis da intervenção; e o modelo lógico operacional, estabelecendo a ligação entre as estruturas, os processos e os objetivos de produção, que estão intimamente ligados ao processo. Neste estudo adotar-se-á a expressão Modelo Teórico-lógico, não como denominado por Champagne, mas no intuito de ser um ‘híbrido’, uma combinação dos modelos propostos por este autor e a perspectiva de uma dimensão teórica e uma dimensão lógica (a seqüência das ações que dão concretude a teoria).

3 CONSTRUÇÃO DO MODELO TEÓRICO-LÓGICO DA REGIONALIZAÇÃO DO SUS

A construção de um Modelo Lógico é o ponto de partida para o desenvolvimento de pesquisa avaliativa em saúde. Os autores que trabalham nessa área definem pesquisa avaliativa como um julgamento, mediante a utilização de metodologia científica, sobre as relações que existem entre os diferentes componentes da intervenção (VIEIRA-DA-SILVA, 2005; CONTANDRIOPOULOS et al., 1994). Champagne e outros (2009, p. 39) acrescentam que “a pesquisa avaliativa repousa sobre um trâmite científico que permite a análise e compreensão

das relações causais entre os diferentes componentes da intervenção. Ela visa compreender o como e o porquê dos resultados alcançados.”¹

Para os diversos autores (PARSON, 1977; WHOLEY, 1987; CHAMPAGNE et al., 2009) uma intervenção pode ser concebida como um sistema organizado de ação visando, em um ambiente dado, durante um período de tempo dado, modificar o curso previsível de um fenômeno para corrigir uma situação problemática. Todo sistema organizado de ação pode ser descrito a partir de cinco componentes:

1. Estrutura
2. Atores e suas práticas
3. Processo de ação
4. Finalidades
5. Ambiente\contexto

Neste trabalho, optou-se por realizar a construção do Modelo Teórico-lógico em dois momentos. Para a construção do Modelo realizou-se inicialmente uma revisão dos documentos da política nacional de saúde que tratam da questão da Regionalização, assumindo-se o Pacto pela Gestão como referencial para a análise e identificação dos componentes da estratégia de regionalização. Em seguida, foram categorizadas as informações coletadas em colunas (estrutura, processo e resultados).

Realizou-se então o questionamento de cada componente para a construção da cadeia lógica, descrevendo a seqüência de causa-efeito, entre os elementos, numa lógica articulada em uma série de relações “se-então”. McLaughlin e Jordan (2004, p. 19) denominam este processo de *Forward* ou *backward mapping*.

Em seguida, tratou-se de sistematizar e diagramar os elementos que compõem cada uma das dimensões do Modelo. Na dimensão teórica trabalhou-se a partir da concepção de Regionalização, assumindo-se esta como uma política isto é, uma “proposta de distribuição do poder” (TESTA, 1992, pg. 140). Nessa perspectiva, tomou-se como referência o modelo do ciclo da política proposto por Kingdon (1984) e o modelo político e contingente definido por Denis e Champagne (1997). O primeiro entende a formulação da política como fruto da interação de diferentes atores que identificam problemas e definem objetivos e o segundo

¹ Tradução nossa, a partir do seguinte trecho: “La recherche évaluative repose quant à elle sur une démarche scientifique qui permet d’analyser et de comprendre les relations de causalité entre les différentes composantes de l’intervention. Elle vise donc à comprendre le comment et le pourquoi des résultats.”

considera que o processo de implantação de uma intervenção deve, antes de tudo, ser abordado segundo uma perspectiva política, pois a implantação de uma intervenção dependerá do apoio dos diferentes atores.

A dimensão lógica do Modelo correspondente à operacionalização do processo de regionalização, sendo que a sistematização dos elementos que o compõem foi feita de “trás para frente”, partindo-se do impacto da intervenção até as atividades (processo) e recursos (estrutura), objetivando observar o caminho causal percorrido para que o impacto da intervenção seja percebido, conforme preconizado por Frechtling (2007); McLaughlin e Jordan (2004) e Champagne e outros (2009). Nessa perspectiva, priorizou-se no diagrama construído, a identificação dos Objetivos definidos (proximais) e dos resultados esperados (objetivos distais) com a implementação do processo.

Em síntese, este Modelo corresponde à definição de uma “imagem-objetivo” do processo de regionalização, visando funcionar como referência para apreciação do grau de implantação dos componentes da mesma, quer seja da operacionalização dos processos, quer seja do alcance dos objetivos pretendidos. Os elementos que o compõem serão descritos detalhadamente a seguir.

4 MODELO TEÓRICO-LÓGICO PARA AVALIAÇÃO DA REGIONALIZAÇÃO DO SUS

4.1 A REGIONALIZAÇÃO: POLÍTICA E ESTRATÉGIA DE MUDANÇA DO MODELO DE ATENÇÃO À SAÚDE

Giacomini (1992) define regionalização como “a coincidência em um determinado espaço de um conjunto de recursos, de uma população e de tecnologias apropriadas para o exercício da Vigilância à Saúde” (p. 62), estando intimamente ligada a três conceitos fundamentais: cidadania, territorialização e organização de serviços para resolver problemas de saúde.

Segundo Robayo (1977), regionalização implica na busca de melhor distribuição técnica, espacial, científica e operacional das ações de saúde distribuídas em níveis de atenção articulados entre si com a melhor eficiência, eficácia e efetividade dos serviços e com impacto epidemiológico e social. Contudo Albuquerque, Costa e Silva (2000) consideram-na como uma estratégia para aperfeiçoar a utilização dos serviços e aumentar a efetividade das ações.

De acordo com Giacomini (1992) no âmbito do SUS a efetivação da regionalização surge como um processo de formulação/reformulação da realidade, com uma visão dinâmica, uma idéia de transformação dos serviços de saúde, porém Giovanella e outros (2002) lembram que os princípios orientadores do Sistema Único de Saúde como a regionalização, ainda não são uma realidade no cotidiano da atenção.

Para Fleury e Ouverney (2007) a política de regionalização do SUS está embasada em um arcabouço operacional, a partir de elementos principais os quais orientam o desenvolvimento do padrão de interdependência organizacional desejado entre os municípios, na garantia de acesso universal, equitativo e integral da saúde, a partir da criação de um padrão de organização e gestão compartilhado, o qual deve levar em conta as particularidades regionais e as diversidades existentes no país.

Neste estudo adotou-se a regionalização como o processo de descentralização das ações e serviços de saúde e de negociação e pactuação entre os gestores, garantindo desta forma o direito à saúde da população e a redução das desigualdades sociais e territoriais por meio da identificação e reconhecimento das Regiões de Saúde (BRASIL, 2006b).

4.2 ELEMENTOS CONSTITUTIVOS DO MODELO TEÓRICO-LÓGICO

4.2.1 DIMENSÃO TEÓRICA

O momento de Decisão Política (dimensão Teórica) é o ponto que antecede a operacionalização da intervenção. Esta foi decomposta em três componentes, que são apresentados abaixo, pois a mesma só se desencadeia quando em um **Contexto** específico, qual seja o de construção do SUS, diferentes **Atores** políticos (gestores do sistema) identificam e elegem a Regionalização como solução a um **Problema**, neste caso a iniquidade no acesso da população aos serviços de saúde, dentro de um conjunto de outras soluções possíveis.

4.2.1.1. Problema - Para entender a regionalização é preciso primeiramente definir o problema que motiva esta intervenção, neste caso a iniquidade no acesso da população aos serviços e sistema de saúde. É deste ponto de partida que se pode entender todo o processo de formulação da política de Regionalização, onde os diferentes atores observam a importância de resolver determinado problema e o elegem dentro de uma infinidade de outros. Esta emergência do problema só será possível pela interação estratégica dos atores e pela oportunidade no cenário que se instala esta política.

4.2.1.2. Contexto/Cenário - Frechtling (2007) descreve o contexto como o ambiente no qual o projeto está sendo desenvolvido, ajuda a definir e a delimitar as circunstâncias para as quais os achados podem ser generalizados. No caso da Regionalização do SUS, esta emerge no intuito de responder ao problema da iniquidade no acesso da população ao sistema de saúde, possibilitando, em um espaço de desigualdades regionais e territoriais, como o encontrado no Brasil, a articulação de diversos atores em torno de uma proposta de reorganização dos serviços. O contexto neste momento apresentou-se propício para a adoção compartilhada de uma política centrada na integração dos serviços para garantir a acessibilidade e a integralidade da atenção aos problemas de saúde da população. Deve-se lembrar que o Brasil, um país com dimensões continentais, com grandes desigualdades regionais, optou pela construção de um sistema público de saúde fundamentado em princípios como a universalidade, integralidade e equidade na atenção à saúde, cuja concretização só se afigura possível na medida em que se assumia uma organização de serviços em bases territoriais (MENDES, 2001). A adoção dessa política, embora lógica do ponto de vista da racionalidade técnico-sanitária, só se tornou possível em um momento de convergência de interesses políticos entre gestores municipais, estaduais e o próprio gestor federal, abrindo-se, portanto, uma ‘janela de oportunidade’ para a inclusão da política de Regionalização no Pacto pela Saúde.

4.2.1.3. Atores - Considerar-se-á neste trabalho como atores da construção do SUS e consequentemente da política de regionalização, os trabalhadores do sistema, os gestores, a população, e a mídia, cada um com diversidade de perspectiva a depender do momento. Os trabalhadores do sistema possuem perspectivas diferentes com base em suas ideologias políticas e profissionais que se apresentam de formas mais ou menos explícita a depender do lugar onde se encontram na estrutura de poder no âmbito do sistema. Desse modo, a visão de um profissional que se encontra na “ponta”, na rede de atenção é diferente do que está na gestão do sistema e estas diferenças de perspectivas serão entraves ou possibilidades para o desencadeamento e consolidação de ações voltadas à reorganização do sistema de saúde. O mesmo se dá com a população que muitas vezes, de forma organizada ou não, critica, denuncia, rejeita ou aprova a forma como o sistema está organizado ou como as ações são prestadas, devendo-se levar em conta que os representantes dos usuários muitas vezes lutam apenas pelos interesses de um determinado segmento e não da população em geral. Percebe-se que este jogo que se dá na constituição do sistema leva a horizontes diferentes. Não se pode esquecer ainda, do papel dos gestores do sistema que não necessariamente agem em função dos interesses da população ao implantar uma determinada política e o papel da mídia, este ‘quarto poder’ complexa-

mente habitado por interesses os mais diversos, não necessariamente coincidentes com os da maioria da população.

4.2.2 DIMENSÃO LÓGICA

Esta corresponde ao momento de operacionalização da política que foi construído sob a forma de uma cadeia lógica, descrevendo-se a seqüência de causa-efeito entre os elementos, numa lógica articulada em uma série de relações “se-então”. Neste sentido, considerou-se 3 processos como fundamentais para a implementação da Regionalização, os quais são o ponto de partida para o desenrolar dos objetivos pretendidos com esta intervenção. Os mesmos são descritos abaixo:

4.2.2.1. Estrutura – este componente está relacionado aos recursos materiais, humanos, financeiros e organizacionais, os quais são necessários para a implantação da intervenção.

4.2.2.2. Processo - Compreendendo a política de regionalização enquanto processo, realizou-se sua decomposição em três componentes principais quais sejam: a Territorialização, o aperfeiçoamento do Planejamento e Gestão do sistema regional e a construção de Redes Integradas de serviços de saúde.

a. Território e Territorialização - O conceito de território pode ser definido numa perspectiva de um território-solo (espaço geográfico) ou de um território-processo (espaço de interação e poder) (MENDES *et al.*, 1993). No campo da saúde a proposta mais apropriada é a formulada por Santos e Silveira (2001, p. 247), que definem território como um conjunto interdependente e inseparável entre sistemas de objetos e sistemas de ações, levando em conta a “materialidade, que inclui a natureza, e o seu uso, que inclui a ação humana”. Esta ‘vida’ que o território possui permite diferenciações territoriais, caracterizadas por Santos e Silveira (2001, p. 247) como “os espaços que mandam e os que obedecem”, sendo necessário, para analisar esta questão, identificar as características naturais herdadas, as modalidades de modificações da materialidade e as formas de impacto destas no presente. Imbricado ao conceito de território, aparece a noção de territorialização como o “processo de apropriação do território” (UNGLERT, 1993, p. 225). Este conceito possui definição semelhante ao de comunidade, segundo atores internacionais como Pineault e Daveluy (1995, p. 86-87) que definem comunidade, como: “as interações sociais ao seio da área geográfica”. Uma comunidade

é um território que as pessoas dividem. A esta dimensão territorial, se acrescentam características políticas, sociais, tecnológicas, sanitárias e ambientais que fazem com que uma comunidade nunca seja igual a uma outra e que justificam uma planificação sanitária distinta e específica. Teixeira (2002) retoma as diversas acepções que a territorialização adquiriu ao longo dos anos, a partir da lógica da regionalização: “distrito sanitário”, nos primórdios do processo de reforma do setor (1988-1993); “sistema municipal de saúde”, período subsequente, em que se enfatizou a municipalização (1993-2000) e, a “microrregião de saúde”, proposta de “regionalização da assistência à saúde” (BRASIL, 2001). Estas diversas modalidades de apropriação do território, segundo Paim (1993) contribuem para o trabalho em saúde e possibilitam subsidiar uma nova ordem social mais humana, através de estratégias de transformação das práticas de saúde a partir do território. Retoma-se a lógica da territorialização, mais recentemente como a constituição do **espaço regional** como o locus privilegiado de construção das responsabilidades pactuadas, entre os entes: federal, estadual e municipal, no intuito de propiciar a mudança nas práticas de atenção à saúde.

- b. Planejamento e Gestão Regional** - O planejamento em saúde tem sido designado de diversas formas como um método, uma técnica, ou um cálculo que precede e preside a ação (MATUS, 1993). Vilasbôas (2006), afirma que as definições que traduzem o planejamento como “um método, uma técnica, uma ferramenta de gestão, destacam sua dimensão tecnológica, um conjunto de meios utilizados para desenhar, organizar e acompanhar propostas de ação com vistas à intervenção sobre um determinado recorte da realidade” e que as diferenças entre as definições relacionam-se com o papel que se atribui ao planejamento no âmbito do processo de gestão de uma organização qualquer, inclusive as de saúde. Nesse sentido Matus (1993) afirma que o planejamento é um método de governo, uma ação intencional e reflexiva, mediante a qual o produtor da ação espera conscientemente lograr determinados resultados numa situação de cooperação ou conflito com outros, visando preservar ou alterar a realidade em que vive, necessitando, portanto, uma análise da realidade dirigida para a ação. Para a compreensão mais ampla do lugar ocupado pelo planejamento nesse processo, Matus (1993) elaborou o conceito de **triângulo de governo**, um sistema formado pela articulação de três variáveis, mutuamente condicionadas e interdependentes: **projeto de governo, a capacidade de governo e governabilidade** da situação. O planejamento é um dos componentes da **capacidade de governo** e, desse modo, condiciona e é

condicionado pelo **projeto de governo** e pela **governabilidade do sistema**. No processo de implementação da política de regionalização da saúde, o planejamento apresenta-se com a função de intensificar o fluxo das relações entre os atores que participam da gestão do sistema, podendo vir a constituir-se em um espaço dialógico de formulação de objetivos e estratégias de reorganização dos serviços de saúde no âmbito regional, tendo como base as diretrizes do Pacto pela saúde e do outro a análise da situação de saúde em cada região.

- c. **Redes Integradas de Serviços de Saúde** -_O debate sobre a organização dos serviços de saúde no Brasil vem incorporando a noção de redes, tema que vem despontando nas áreas de Política e Gestão. Estas são vistas como a solução adequada para administrar políticas e projetos onde os recursos são escassos e os problemas complexos, onde existem múltiplos atores envolvidos, os quais se vinculam com objetivo comum (FLEURY; OUVÉRY, 2007). A proposta de integração de serviços por meio de redes reconhece a interdependência dos atores e organizações, em face da constatação de que nenhuma delas dispõe da totalidade dos recursos e competências necessários para a solução dos problemas de saúde de uma população em seus diversos ciclos de vida, tornando-se, portanto, indispensável desenvolver mecanismos de cooperação e coordenação próprios, como forma de alcançar os objetivos compartilhados. Para isto, estes atores necessitam trabalhar ativa e conjuntamente em arranjos de governança comuns, valorizando a criação de redes locais regionais. Para Cecílio (1997), utilizou-se por muitos anos, uma forma de hierarquização dos serviços através do modelo da pirâmide onde a atenção primária era a porta de entrada e os serviços hospitalares ficavam no topo desta. Para o autor, a pirâmide deve ser redesenhada, “arredondada”, dando uma idéia de movimento de múltiplas entradas, explorando novas integrações entre os serviços. As redes devem estar organizadas de forma a proporcionar a população uma facilidade de se locomover dentro do sistema. Por isso a necessidade de uma hierarquização das ações, não no sentido do que é mais importante, mas no sentido de possibilitar as referências e contra-referências no serviço, garantindo a integralidade e a complementaridade dos serviços que são oferecidos aos pacientes.

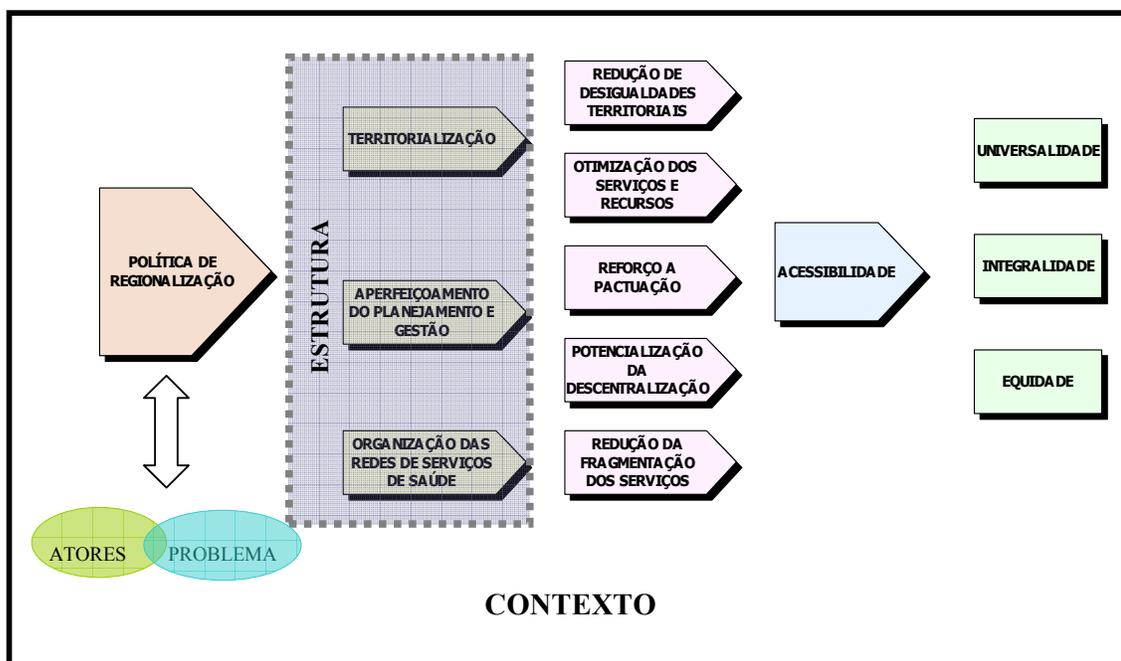
4.2.2.3. Objetivos - Optou-se por realizar uma distinção entre objetivos da intervenção e impactos ou finalidades. Considerou-se que a Regionalização objetiva impactar no sistema, alcançando os princípios finalísticos do SUS: a integralidade, a equidade e a universalidade e

que os objetivos da intervenção podem ser subdivididos entre os de curto ou médio-prazo e os distais. Neste caso, entendeu-se que o objetivo distal da Regionalização é a acessibilidade, atuando de forma direta no problema que a intervenção propõe resolver e que os objetivos mais proximais ou de curto e médio-prazo são os estabelecidos no Pacto, os quais seguem abaixo:

- a. Garantir acesso, resolutividade e qualidade às ações e serviços de saúde cuja complexidade e contingente populacional transcendam a escala local/municipal
- b. Garantir o direito à saúde, reduzir desigualdades sociais e territoriais e promover a equidade, ampliando a visão nacional dos problemas, associada à capacidade de diagnóstico e decisão loco regional, que possibilite os meios adequados para a redução das desigualdades no acesso às ações e serviços de saúde existentes no país
- c. Garantir a integralidade na atenção à saúde, ampliando o conceito de cuidado à saúde no processo de reordenamento das ações de promoção, prevenção, tratamento e reabilitação com garantia de acesso a todos os níveis de complexidade do sistema
- d. Potencializar o processo de descentralização, fortalecendo estados e municípios para exercerem papel de gestores e para que as demandas dos diferentes interesses loco regionais possam ser organizadas e expressadas na região
- e. Racionalizar os gastos e otimizar os recursos, possibilitando ganho em escala nas ações e serviços de saúde de abrangência regional. (BRASIL, 2006a, p. 18-19).

Nesse sentido após descrição dos fundamentos teóricos que compõem o momento de formulação da política (dimensão teórica) e o segundo momento, da implantação da política (dimensão lógica), apresenta-se a configuração do Modelo, conforme Figura 1.

FIGURA 1: Modelo Teórico-Lógico da Regionalização do SUS.



5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O Modelo Teórico-lógico permite uma visão global das necessidades para determinada ação, e pode se tornar uma ferramenta gerencial poderosa para os gestores que decidam utilizá-lo para avaliar o processo de Regionalização. No entanto, podem-se elencar algumas críticas pertinentes à construção e utilização de modelos lógicos em geral, as quais podem ser relacionadas para este Modelo em particular.

O modelo é linear e rígido, não sendo possível capturar mudanças que possam surgir no processo, especificamente com relação aos objetivos a serem alcançados, o que pode vir a alterar as circunstâncias de sua utilização. Por isso este deve ser visto não como algo acabado, mas como algo sempre em construção, podendo-se agregar novas informações ao Modelo de modo a adequá-lo à cada realidade regional. Propõe-se desta forma, novos estudos que possam detalhar os componentes da Regionalização, os quais poderão se dar através de triangulação de métodos, incluindo uma ampliação da revisão da literatura acerca das características do Estado que permita a compreensão da sua estrutura político-administrativa; a caracterização dos atores e do contexto a partir de entrevistas a informantes chaves; e uma análise mais quantitativa das ações realizadas ao longo do processo de implantação, através de questionário aplicado aos gestores e trabalhadores envolvidos no processo nos estados.

Outro ponto que se deve ressaltar neste Modelo é que diversos outros conceitos apresentam-se imbricados ao conceito de acessibilidade, problema central da Regionalização, como eficácia, eficiência e qualidade dos serviços. Cada um destes conceitos poderia ser considerado como uma categoria distinta para os atores envolvidos neste processo, estando a eficácia das ações e serviços potencialmente relacionada aos interesses dos trabalhadores, a eficiência possivelmente relacionada aos interesses dos gestores e a qualidade talvez relacionada com a perspectiva da população usuária. Estes conceitos não foram incluídos no Modelo Teórico-lógico apresentado, mas podem ser pensados em possíveis aprofundamentos deste estudo.

REFERÊNCIAS

ALBUQUERQUE, P. C. de; COSTA, A. M.; SILVA, E. de M. Avaliação da regionalização da assistência perinatal: tipos de estudos e perspectivas para Pernambuco – Brasil. **Revista do IMIP**, v. 14, n. 1, p. 13-23, 2000.

BRASIL. **Constituição (1988)**. Brasília: Senado Federal, 1988.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. **Regionalização da assistência à saúde**: aprofundando a descentralização com equidade no acesso: Norma Operacional da Assistência à Saúde: NOAS-SUS 01/01 e Portaria MS/GM n.º 95, de 26 de janeiro de 2001 e regulamentação complementar / Ministério da Saúde, Secretaria de Assistência à Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2001.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. **Regionalização da assistência à saúde**: aprofundando a descentralização com equidade no acesso: Norma Operacional da Assistência à Saúde – NOAS-SUS 01/02 e Portaria MS/GM n.º 373, de 27 de fevereiro de 2002, e regulamentação complementar / Ministério da Saúde, Secretaria de Assistência à Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. **Diretrizes operacionais dos Pactos pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006a. v. 1.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. **Regionalização Solidária e Cooperativa**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006b. v. 3.

BUNGE, M. Teoria e realidade. São Paulo: Perspectiva. 1974.

CECILIO, L. C. O. Modelos tecno-assistenciais em saúde: da pirâmide ao círculo, uma possibilidade a ser explorada. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 13, n. 3, p. 469-478, 1997.

CHAMPANGE, F. et al. Modéliser les interventions. In: BROUSSELLE, A. et al. **L'évaluation**: concepts et méthodes. Montreal: Université de Montréal, 2009. p. 57-70.

CHEN, H. T. **Theory driven evaluations**. Newbury Park: Sage, 1990.

CONTANDRIOPOULOS, A. P. et al. **Saber preparar uma pesquisa**. São Paulo; Rio de Janeiro: Hucitec; Abrasco, 1994.

DENIS, J. L.; CHAMPAGNE, F. Análise de implantação. In: HARTZ, Z.M.A. (Org.). **Avaliação em saúde**: dos modelos conceituais à prática na análise da implantação de programas. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1997. p. 49-88.

FLEURY, S.; OUVÉREY, A. M. **Gestão de redes**: a estratégia de regionalização da política de saúde. Rio de Janeiro: FGV, 2007.

FRECHTLING, J. A. **Program evaluation**. San Francisco: Jossey Bass, 2007.

GIACOMINI, C. H. A regionalização da saúde. **Divulgação para Saúde em Debate**, n. 8, p. 59-63, 1992.

GIOVANELLA, L. et al. Sistemas municipais de saúde e a diretriz da integralidade da atenção: critérios para avaliação. **Saúde em Debate**, v. 26, n. 60, p. 37-61, 2002.

KINGDON, J. **Agendas, alternatives, and public policies**. Boston: Little Brown, 1984.

LE MOIGNE, J. L. **La modélisation des systèmes complexes**. Paris: Dunod, 1990.

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

MCLAUGHLIN, J. A.; JORDAN, G. B. Using logic models. In: WHOLEY, J. S. et al. **Handbook of practical program evaluation**. San Francisco: Jossey Bass, 2004. cap. 1. p. 7-32.

MEDINA, M. G. et al. Uso de modelos teóricos na avaliação em saúde: aspectos conceituais e operacionais. In: HARTZ, Z. M. A.; VIEIRA-DA-SILVA, L. M. (Orgs.). **Avaliação em Saúde**: dos modelos teóricos à prática na avaliação de programas e sistemas de saúde. Salvador; Rio de Janeiro. EDUFBA; FIOCRUZ, 2005. p. 41-63.

MENDES, E. V. et al. Distrito sanitário: conceito-chave. In: MENDES, E. V. (Org.). **Distrito sanitário**: o processo social de mudança das práticas sanitárias do SUS. São Paulo: HUCITEC, 1993. p. 159-185.

MENDES, E. V. **Os grandes dilemas do SUS**. Salvador: Casa da Qualidade, 2001.

MONTAGUE, S. Les évaluateurs et la mesure du rendement: mettre le modèle logique à disposition du gestionnaire. **Bulletin de la Société Canadienne d'Évaluation**, v. 17, n. 2, p. 1-2, 1997.

MULLER NETO, J. Políticas de saúde no Brasil: a descentralização e seus atores. **Saúde em Debate**, n. 31, p. 54-66, 1991.

PAIM, J. S. A regionalização das práticas de saúde em Distritos Sanitários. In: MENDES, E. V. **Distrito sanitário: o processo social de mudança das práticas sanitárias do SUS**. São Paulo: HUCITEC, 1993. p. 187- 220.

PAIM, J. S. Políticas de saúde no Brasil. In: ROUQUAYROL, M. Z.; ALMEIDA FILHO, N. (Orgs.). **Epidemiologia & Saúde**. 6. ed. Rio de Janeiro: Medsi, 2003. p. 587-603.

PAIM, J. S. **Reforma sanitária brasileira: contribuições para a compreensão e crítica**. Salvador: EDUFBA, 2008.

PARSON, T. **Social systems and the evolution of action theory**. New York: Free, 1977.

PINEAULT, R. ; DAVELUY, C. **La planification de la santé: concepts, méthodes, stratégies**. Montreal: Éditions nouvelles, 1995.

ROBAYO, J. C. Situaciones de cobertura, niveles de atención y atención primaria. **Boletín Sanitario de Panamá**, v. 82, p. 478-90, 1977.

ROSSI, P. H.; LIPSEY, M. W.; FREEMAN, H. E. Expressing and assessing Program Theory. In: ROSSI, P. H.; LIPSEY, M. W.; FREEMAN, H. E. **Evaluation: a systemic approach**. 7. ed. Thousand Oaks: Sage, 2004. p.133-152.

SANTOS, M.; SILVEIRA, M. L. **O Brasil: território e sociedade no início do século XXI**. Rio de Janeiro: Record, 2001.

SILVA, S. F. da; DOBASHI, B. F. Um novo pacto no SUS. **Divulgação para Saúde em Debate**, v. 34, p. 9-17, 2006.

TEIXEIRA, C. F. et al. O contexto político-administrativo da implantação de Distritos Sanitários no estado da Bahia, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 9, n. 1, p. 79-84, 1993.

TEIXEIRA, C. F. Promoção e vigilância da saúde no contexto da regionalização da assistência à saúde no SUS. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 18, supl., p. 153-162, 2002.

TESTA, M. **Pensar em saúde**. Porto Alegre; Rio de Janeiro: Artes Médicas; Abrasco, 1992.

UNGLERT, C. Territorialização em sistemas de saúde. In: MENDES, E. V. **Distrito sanitário: o processo social de mudança das práticas sanitárias do SUS**. São Paulo: HUCITEC, 1993. p. 221-235.

VIEIRA-DA-SILVA, L. M. Conceitos, abordagens e estratégias para a avaliação em saúde. In: HARTZ, Z. M. A. e VIEIRA-DA-SILVA, L. M.(Orgs.). **Avaliação em Saúde: dos modelos teóricos à prática na avaliação de programas e sistemas de saúde**. Salvador; Rio de Janeiro. EDUFBA; FIOCRUZ, 2005. p. 15-39.

VILASBÔAS, A. L. **Práticas de planejamento e implementação de políticas de Saúde no âmbito Municipal**. 2006. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) – Instituto de Saúde Coletiva. Universidade Federal da Bahia. Salvador, 2006.

WEIGELT, L. D. **Política Pública de Saúde: um estudo sobre o processo de implementação da descentralização/regionalização da saúde na região do Vale do Rio Pardo -RS**. 2006. Tese (Doutorado em Desenvolvimento regional) – Universidade de Santa Cruz do Sul. Santa Cruz do Sul, 2006.

WEISS, C. H. How can theory-based evaluation make greater headway? **Evaluation Review**, v. 21, n. 4, p. 501-524, 1997.

WEISS, C. H. Understanding the program. In: WEISS, C. H. **Evaluation**. 2. ed. New Jersey: Prentice Hall, 1998. p. 46-70.

WHOLEY, J. S. Evaluability assessment: developing program theory. In: BICKMAN, L. **Using Program Theory in evaluation**. San Francisco: Jossey Bass, 1987.

ARTIGO 2

DESENVOLVIMENTO E VALIDAÇÃO DE UM INSTRUMENTO PARA AVALIAR O
GRAU DE IMPLANTAÇÃO DA REGIONALIZAÇÃO DO SUS

SUMÁRIO ARTIGO 2

RESUMO	34
ABSTRACT	ERRO! INDICADOR NÃO DEFINIDO.
1 INTRODUÇÃO.....	36
2 ANÁLISE DE IMPLANTAÇÃO DE POLÍTICAS E PROGRAMAS DE SAÚDE: CONCEITOS BÁSICOS	37
3 MODELO TEÓRICO-LÓGICO DA REGIONALIZAÇÃO DO SUS	39
4 METODOLOGIA DE CONSTRUÇÃO DO INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DA REGIONALIZAÇÃO	41
4.1 DESENHO DA PROPOSTA INICIAL DO INSTRUMENTO (MATRIZ-AGIR)..	41
4.2 VALIDAÇÃO DAS PERGUNTAS (MATRIZ - AGIR).....	43
5 DISCUSSÃO E CONCLUSÃO	47
5.1 CONFIABILIDADE DO CONSENSO	47
5.2 CRITÉRIOS E INDICADORES APONTADOS PELO CONSENSO.....	48
REFERÊNCIAS.....	52
APÊNDICES	55
APÊNDICE A – CARTA DE APRESENTAÇÃO AOS ESPECIALISTAS	55
APÊNDICE B – INSTRUTIVO AOS ESPECIALISTAS DE COMO AVALIAR A MATRIZ E VERSÃO PRELIMINAR DA MATRIZ - AGIR.	56
APÊNDICE C: INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DO GRAU DE IMPLANTAÇÃO DA REGIONALIZAÇÃO, QUEST-AGIR (QUESTIONÁRIO DA AVALIAÇÃO DO GRAU DE IMPLANTAÇÃO DA REGIONALIZAÇÃO).	60
ANEXOS	63
ANEXO 1 – LISTA DE EXPERTS PARA VALIDAÇÃO DO INSTRUMENTO DE ANÁLISE DO GRAU DE IMPLANTAÇÃO DA REGIONALIZAÇÃO DO ESTADO DA BAHIA.....	63
ANEXO 2: QUADROS COM PERCENTUAL DAS PERGUNTAS QUE COMPÕEM O QUESTIONÁRIO AGIR.	64

DESENVOLVIMENTO E VALIDAÇÃO DE UM INSTRUMENTO PARA AVALIAR O GRAU DE IMPLANTAÇÃO DA REGIONALIZAÇÃO DO SUS.

Sydia Rosana de Araujo Oliveira

RESUMO

Este estudo tem como objetivo desenvolver e validar instrumento para avaliar o grau de Implantação da Política de Regionalização do Sistema Único de Saúde, no âmbito estadual. A metodologia adotada utilizou-se da técnica de consenso, onde 19 especialistas (gestores e pesquisadores na temática) apreciaram uma Matriz, constituída de um conjunto de 15 “perguntas-mães” e 15 sub-perguntas, as quais foram definidas com base em Modelo Teórico-lógico elaborado a partir da revisão bibliográfica nacional e internacional acerca da Regionalização de sistemas de saúde. Esta matriz foi transformada em um instrumento denominado Quest-AGIR (Avaliação do Grau de Implantação da Regionalização), que uma vez aplicado no processo de avaliação do grau de implantação da Política de Regionalização no âmbito estadual, permitirá classificar os sistemas estaduais de saúde em quatro graus de implantação: Regionalização não implantada; implantação incipiente; implantação parcial e Regionalização implantada.

Palavras-Chave: Regionalização. Avaliação de Serviços de Saúde. Gestão em Saúde. Planejamento Integral de Saúde. Metodologia.

DEVELOPMENT AND VALIDATION OF AN INSTRUMENT TO EVALUATE THE REGIONALIZATION IMPLEMENTATION LEVEL OF THE BRAZILIAN UNIFIED HEALTH SYSTEM—SUS

ABSTRACT

The objective of this study is to develop and validate an instrument to evaluate the degree of implementation of the Regionalization Policy of the Unified Health System—SUS, on a state level. The methodology used was the consensus technique, where 19 specialists (managers and researchers in this field) analyzed a matrix made up of a set of 15 root-questions and 15 sub-questions, which were defined according to the theoretical-logical Model developed based on a review of Brazilian and international literature dealing with the regionalization of healthcare systems. This matrix was the framework for the development of an instrument called Quest-AGIR (Evaluation of the Regionalization Implementation Level), that, once applied with regard to the evaluation of the degree of implementation of the Regionalization Policy on a state level, will make it possible to classify state healthcare systems into four implementation levels: non-implemented regionalization; incipient implementation, partial implementation and implemented regionalization.

Key-word: Regional Health Planning. Health Services Evaluation. Health management. Integral Health Planning. Methodology.

1 INTRODUÇÃO

O debate em torno da organização do sistema público de saúde no Brasil tem incorporado, ao longo dos últimos cinquenta anos, o tema da regionalização dos serviços, cuja importância na agenda política oscilou em diversas conjunturas. Enquanto proposta política, a Regionalização foi incluída no temário da 3ª Conferência Nacional de Saúde, realizada em 1963, mas, somente, em 1988, com a aprovação da nova Constituição Federal, a Saúde é assumida como direito de cidadania e propõe-se que as ações e serviços públicos de saúde integrem uma rede regionalizada e hierarquizada e constituam um sistema único (BRASIL, 1988, art. 198).

O processo de construção do SUS ao longo dos anos de 1990 não privilegiou a Regionalização, desenvolvendo-se “a golpes de portaria” (GOULART, 2001) com ênfase na municipalização da gestão do sistema, induzida pelas Normas Operacionais Básicas do SUS 001/93 e 001/96. A Regionalização é retomada com a elaboração da Norma Operacional da Assistência à Saúde (NOAS) 01/2001 (BRASIL, 2001), e posteriormente revisada na NOAS 2002 (BRASIL, 2002) que estimulavam o fortalecimento do papel das Secretarias Estaduais de Saúde (SES), para que as mesmas assumissem a coordenação da regionalização da assistência, organizando redes de cooperação entre os municípios, e, de certa forma, (re)centralizando o processo de gestão (MENDES, 2001; TEIXEIRA, 2002a; WEIGELT, 2006).

Em 2003, com a mudança do governo e da equipe responsável pela direção nacional do SUS, se estabelece um debate sobre o caráter normativo das NOAS, e desenvolve-se um intenso debate envolvendo representantes das três esferas de gestão do sistema – MS, CONASS e CONASEMS - acerca das estratégias a serem adotadas para se avançar no processo de reorganização do modelo de atenção de modo a garantir a acessibilidade da população aos serviços. Nessa perspectiva, em 2006 foi aprovado e passa a ser implantado o Pacto pela Saúde, pela Vida e Pela Gestão, do Ministério da Saúde (BRASIL, 2006), que considera a regionalização a estratégia estruturante da gestão do Sistema, possibilitando a articulação entre Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde, o reconhecimento e redefinição das bases territoriais do Sistema, com a delimitação das Regiões de Saúde e organização de instâncias de gestão compartilhada, com o intuito de reduzir as desigualdades prevalentes na organização e produção de ações e serviços.

A regionalização vem sendo implantada em todos os estados do Brasil e se propõe a ser uma estratégia eficaz na formação de sistemas de saúde eficientes e de relações intergovernamentais mais cooperativas, porém a complexidade desta intervenção leva à necessidade da realização de investigações que a avalie e permitam mensurar se esta vem sendo implantada conforme prevista.

Nesse sentido, foi realizado um estudo prévio acerca da Regionalização (OLIVEIRA, 2009), que a entende como política de saúde, com o objetivo de construir um Modelo Teórico-lógico que subsidiasse a compreensão dos elementos que compõem esse processo, quais sejam, a decisão política, a partir da qual se desencadeia um processo que envolve a Territorialização, o Planejamento e Gestão regional e a organização de Redes Integradas de serviços de saúde no âmbito estadual.

Dando seguimento a esse estudo, o presente trabalho tem como objetivo **desenvolver e validar um instrumento para avaliar o grau de Implantação da Regionalização do Sistema Único de Saúde, no âmbito estadual**. Inicialmente, será apresentada uma revisão conceitual da análise de implantação e em seguida, apresentar-se-á a metodologia de construção do instrumento para aferir o grau de Implantação da Regionalização, que se utilizou de Modelo Teórico-lógico desta intervenção para elaboração do questionário AGIR, que poderá ser aplicado em todas as unidades da Federação para avaliação desta política.

2 ANÁLISE DE IMPLANTAÇÃO DE POLÍTICAS E PROGRAMAS DE SAÚDE: CONCEITOS BÁSICOS

Utilizou-se neste trabalho o conceito de avaliação, considerado por Contandriopoulos e outros (1997), como julgamento sobre uma intervenção, mediante utilização de metodologia científica, tendo como intenção subsidiar a tomada de decisão. No intuito de julgar o valor de uma intervenção, a análise de implantação é bem apropriada, pois consiste em especificar o conjunto de fatores que influenciam os resultados obtidos após a introdução de uma intervenção (BROUSSELLE et al., 2009; PATTON, 1986; ROSSI; LIPSEY; FREEMAN, 2004).

Os autores classificam a análise de implantação de diversas formas. Champagne e colaboradores (2009) categorizam-na em: 1. Análise dos determinantes contextuais do grau de implantação da intervenção; 2. Análise da influência da variação na implantação sobre os efeitos observados e 3. Análise da influência entre o contexto de implantação e a intervenção

sobre os efeitos observados; Patton (1986) a classifica em cinco categorias: avaliação do esforço; monitoramento; avaliação do processo; avaliação dos componentes e especificação do tratamento.

Estas duas primeiras etapas utilizadas por Patton são equivalentes e assemelham-se a análise de discrepância de Provus (1971), a avaliação de processo de Rossi; Lipsey e Freeman (2004) e a análise tipo 1 de Champagne e outros (2009). Os diversos autores se referem a este momento da avaliação, quando da operacionalização da estratégia, no intuito de medir o grau de implantação da intervenção

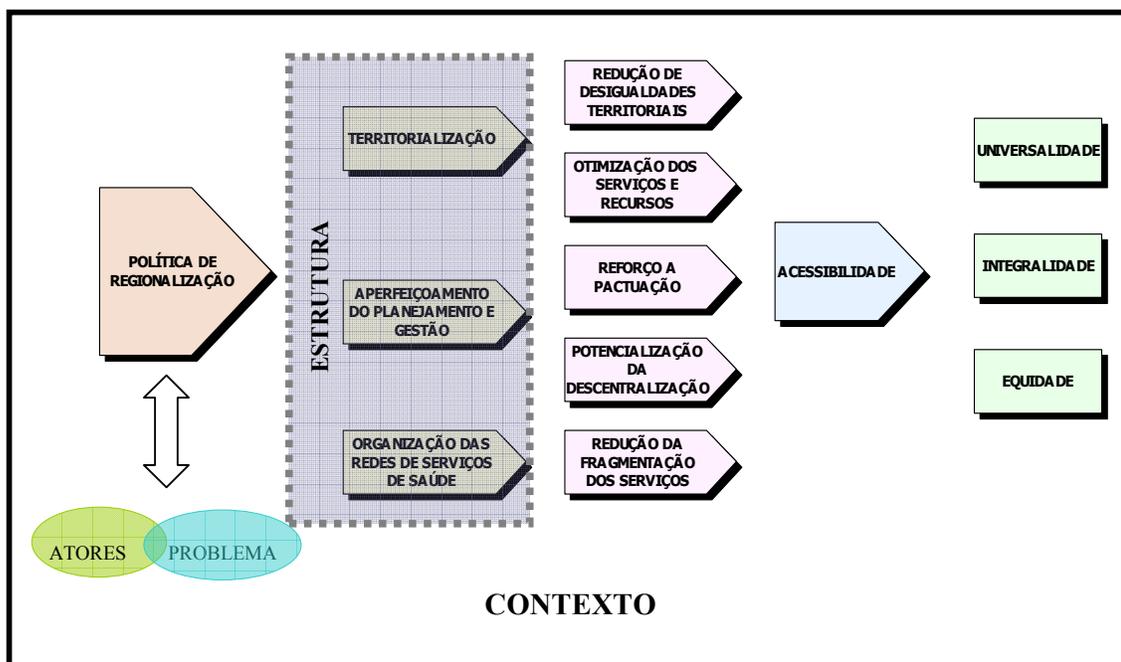
Neste trabalho, utilizou-se como referência para construir uma metodologia de avaliação do grau de implantação da Regionalização, a concepção de “análise de implantação do tipo 1b”, definida por Champagne e colaboradores (2009), a qual visa explicar a diferença entre a intervenção tal como ela foi planejada e a que realmente foi implantada. O detalhamento dos passos que constituem as etapas de um processo dessa natureza foi feito por Leithwood e Montgomery (1980), que propuseram o desenvolvimento de quatro etapas que devem ser desenvolvidas concomitantemente: a) construção do Modelo Lógico; b) Revisão sistemática da literatura para compreensão dos conceitos pertinentes ao tema em estudo; c) descrição das práticas necessárias para o desenvolvimento do processo de intervenção; d) análise comparativa entre o processo real, reconstituído através das informações produzidas e o ideal sistematizado no Modelo Lógico, considerando-se as características do contexto onde se desenvolveu a intervenção.

Seguindo esses passos, percebe-se que é necessário definir a “forma ideal” da intervenção para que se possa medir a distância entre a imagem-objetivo e o processo real. Para tanto, no âmbito desse estudo, foi construído um Modelo Teórico-lógico da Regionalização, a partir da revisão de literatura atinente ao tema e do detalhamento das práticas que compõem o processo de operacionalização, entendido por Champagne como “modelo lógico” que articula meios e fins pretendidos. Posteriormente, foi feita a elaboração de um instrumento para a geração de informações acerca do processo tal como ocorreu na realidade, isto é, um questionário para a produção de dados acerca do processo de Regionalização ocorrido no âmbito estadual, as quais, uma vez analisadas, em função das características contextuais, permitirão a classificação do grau de implantação dessa política.

3 MODELO TEÓRICO-LÓGICO DA REGIONALIZAÇÃO DO SUS

Em trabalho anterior (OLIVEIRA, 2009) foram descritos os procedimentos utilizados para a construção do Modelo Teórico-lógico da Regionalização, bem como o Modelo propriamente dito. Nesse item, apresenta-se em linhas gerais os fundamentos teóricos do Modelo e descreve-se sua configuração, conforme Figura 1.

FIGURA 1: Modelo Teórico-Lógico da Regionalização do SUS.



Para construção do Modelo Teórico-lógico da Regionalização assumiu-se a concepção desta intervenção, como uma política, isto é, uma proposta de distribuição de poder (TESTA, 1992), necessitando assim, conceber o Modelo em dois momentos: o momento da implantação da política (dimensão lógica) no qual se adotou o Pacto pela Gestão como referencial para identificação dos componentes que compõem a Regionalização; e o segundo momento, de formulação da política (dimensão teórica), no qual se tomou como referência o modelo do ciclo da política proposto por Kingdon (1984) entendendo a formulação da política como fruto da interação de diferentes atores que identificam problemas e definem objetivos; e o modelo político e contingente definido por Denis e Champagne (1997) considerando que o processo de implantação de uma intervenção deve, antes de tudo, ser abordado segundo uma perspectiva política, pois a implantação de uma intervenção dependerá do apoio dos diferentes atores.

Como se pode observar na Figura 1, o momento de Decisão Política é o ponto que antecede a operacionalização da intervenção, pois esta só se desencadeia quando em um **Contexto** específico, qual seja, o de construção do SUS, diferentes atores políticos (gestores do sistema) identificam e elegem a Regionalização como solução a um **Problema**, neste caso a iniquidade no acesso da população aos serviços de saúde, dentro de um conjunto de outras soluções possíveis. Esta intervenção só é possível pela interação estratégica dos atores e pela “janela de oportunidade” aberta, no cenário que se instala esta política.

Observa-se ainda, na Figura 1, o momento de operacionalização da política que foi construído sob a forma de uma cadeia lógica, descrevendo-se a seqüência de causa-efeito entre os elementos, numa lógica articulada em uma série de relações “se-então”. Neste sentido, considerou-se 3 processos como fundamentais para a implementação da Regionalização: 1) Territorialização - processo de apropriação do território, onde interações sociais se estabelecem no seio de uma área geográfica, proporcionando uma nova ordem social, através de estratégias de transformação das práticas de saúde a partir do território; 2) aperfeiçoamento do Planejamento e Gestão do sistema regional – intervenção que apresenta-se com a função de intensificar o fluxo das relações entre os atores que participam da gestão do sistema, podendo vir a constituir-se em um espaço dialógico de formulação de objetivos e estratégias de reorganização dos serviços de saúde no âmbito regional; e 3) Organização de Redes Integradas de serviços de saúde - que reconhece a interdependência dos atores e organizações, em face da constatação de que nenhuma delas dispõe da totalidade dos recursos e competências necessários para a solução dos problemas de saúde de uma população em seus diversos ciclos de vida, tornando-se, indispensável desenvolver mecanismos de cooperação como forma de garantir a integralidade e a complementaridade dos serviços.

Estes componentes são o ponto de partida para o desenrolar dos objetivos pretendidos com esta intervenção, tanto os objetivos mais proximais descritos no Pacto pela Gestão, como os mais distais, considerados como finalidade do Sistema Único de Saúde como um todo: Universalidade, Integralidade e Equidade.

4 METODOLOGIA DE CONSTRUÇÃO DO INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DA REGIONALIZAÇÃO

O processo de construção do instrumento de avaliação do grau de implantação da regionalização implicou, inicialmente, na definição preliminar do formato desse instrumento, optando-se por um Questionário¹ semi-estruturado.

A construção do Questionário AGIR² foi feito em dois momentos: a) elaboração preliminar de uma Matriz contendo um conjunto de perguntas relativas às dimensões da Regionalização contempladas no Modelo Teórico-Lógico; b) submissão à validação destas perguntas para um comitê de especialistas, através da técnica Delphos³.

4.1 DESENHO DA PROPOSTA INICIAL DO INSTRUMENTO (MATRIZ-AGIR)

Com base no Modelo Teórico-lógico que orienta esta pesquisa, foi elaborada uma proposta inicial de Questionário (Matriz - AGIR) utilizado-se como ponto de partida o trabalho recente de construção e validação de um Instrumento para avaliar as Funções Essenciais de Saúde Pública-FESP⁴, realizado pelo CONASS (BRASIL, 2007), no qual foi definido um conjunto de indicadores relacionados com cada uma das 11 Funções. Para cada indicador foram estabelecidos padrões de desempenho do que se pretendia alcançar em cada uma das Funções e, para avaliar o desempenho alcançado foram elaboradas “perguntas-mães” (macro questões) relativas a cada padrão, as quais foram desmembradas em sub-perguntas,

¹ O questionário é um instrumento de coleta de dados, constituído por uma série ordenada de perguntas, levando em consideração se estas conseguem captar as informações pertinentes ao objeto de investigação (MARCONI; LAKATOS, 1996). É uma técnica de custo razoável, e tem como vantagem a obtenção de respostas mais rápidas e mais precisas, menor grau de distorção, uniformidade na avaliação e na apresentação das mesmas questões para todas as pessoas. Podem ser desenvolvidos de diferentes formas: perguntas abertas; perguntas fechadas; múltiplas escolhas; de questões com respostas adjetivadas; e com respostas adverbiais. (WORTHEN; SANDERS; FITZPATRICK, 2004). Para a construção de um questionário o avaliador deve considerar se já existem questionários que sejam apropriados para usar no estudo em pauta, porém em estudos com finalidades específicas, provavelmente, o avaliador terá de enfrentar a tarefa de criar o próprio instrumento, para isso utilizará um esboço com as questões a serem respondidas. Caso o questionário tenha que ser enviado por correio, além do rascunho é necessária instrução e carta de apresentação aos respondentes.

² Nome dado ao produto final deste processo.

³ Este modelo foi inspirado no antigo oráculo de Delphus, que foi utilizado pela primeira vez nos anos 50 para a identificação da capacidade soviética em destruir alvos estratégicos americanos. Assim, especialistas foram incentivados a dar suas opiniões sobre a probabilidade, frequência e intensidade de possíveis ataques inimigos, criando assim o método Delphos.

⁴ Este trabalho do CONASS teve como finalidade introduzir e sistematizar o debate acerca das “funções e competências” das Secretarias Estaduais de Saúde, partindo do princípio de que o processo de municipalização desenvolvido na década de 90 conduziu a uma “crise de identidade” (MENDES, 2001) ou a uma “crise da capacidade de governo” (TEIXEIRA, 2002b; PAIM; TEIXEIRA, 2007) que veio a ser enfrentada com a elaboração do Pacto de gestão. No contexto em que foi desenvolvido o trabalho do CONASS, o grupo técnico encarregado do projeto assumiu o desafio de adaptar o Instrumento de Avaliação das FESP, originalmente elaborado para avaliação do desempenho dos Ministérios de Saúde da região das Américas, para ser aplicado no âmbito estadual do SUS, levando em conta, portanto, o caráter federativo do sistema de saúde brasileiro.

permitindo desta forma, a organização de um processo desconcentrado de “auto-avaliação”⁵ da Gestão estadual do SUS.

Assim, em nosso estudo utilizou-se o termo eixo para se referir aos indicadores, que são os elementos chave do instrumento, e um padrão para descrever o ótimo desejável, no nosso caso, o mais próximo da implantação da Regionalização. Cada eixo foi pautado nos três processos incorporados ao Modelo Teórico – lógico da Regionalização: Territorialização, Planejamento e Gestão Regional e Organização de Redes Integradas de serviços de Saúde, porém percebeu-se a necessidade de incluir uma quarta dimensão, a Decisão Política, pois não se pode entender a implantação sem o momento de formulação que o antecede.

Desta forma, a regionalização foi dividida em quatro eixos: 1) Adoção da política de regionalização do SUS estadual (Decisão Política); 2) Critérios para a delimitação dos territórios (Territorialização); 3) Planejamento e Gestão Regional e 4) Organização de Redes Integradas de serviços de saúde, que serviram de base para a construção de uma Matriz preliminar para Avaliar o Grau de Implantação da Regionalização no SUS estadual, denominada MATRIZ – AGIR, com o objetivo de contemplar as questões fulcrais para o julgamento da implantação da Regionalização no SUS estadual.

Foram elaboradas 15 “perguntas-mães” (macro-questões) e 15 sub-perguntas, as quais tentam aferir a implantação ou não da regionalização, a partir de uma lógica gradual, na qual as perguntas foram definidas para compor a Matriz a partir de um sequenciamento de tarefas.

Nesse sentido, o eixo 1 tomou como ponto central a dimensão política, e adotou como expressão desta dimensão a elaboração do Plano Diretor de Regionalização, acreditando que a existência deste instrumento no âmbito da Secretaria Estadual de Saúde revela a importância que se concedeu à política de Regionalização e possibilita à SES reorientar sua relação com os municípios, comprometendo-se a descentralizar poder (para os Colegiados de Gestão Regional) e apoiar a reorganização da atenção a saúde, através das Redes integradas de serviços. As seis sub-perguntas derivadas da pergunta-mãe deste eixo abordam, portanto, os diversos aspectos e momentos do processo de elaboração do PDR no âmbito da SES,

⁵ Chama a atenção o fato de que o Instrumento de avaliação das FESP adaptado pelo CONASS vem sendo utilizado em “Oficinas de Auto-avaliação das FESP”, organizadas pelo Gestor estadual contando com a participação de representantes da equipe de condução político-institucional do SUS, membros do Conselho Estadual de Saúde, pesquisadores convidados e representantes de organizações de trabalhadores do SUS. Desse modo, os resultados alcançados com a aplicação do Instrumento em cada Estado não são comparáveis, na medida em que a avaliação feita pelos participantes da Oficina embute no processo alto grau de subjetividade com relação ao alcance dos padrões definidos pelo CONASS.

enfazando a participação ou não de diversos atores e a articulação do PDR com os demais instrumentos de planejamento previstos no Pacto, quais sejam, o Plano Diretor de Investimentos – PDI e a Programação Pactuada Integrada – PPI.

Já o eixo 2 investiga a articulação entre a decisão política e a delimitação dos territórios regionais definidos pela Secretaria Estadual de Saúde e explicitados no PDR. A pergunta-mãe questiona acerca da existência e da natureza dos critérios que informaram a delimitação desses territórios. As sub-perguntas, por sua vez, explicitam os critérios mais comumente referidos na literatura acerca de Regionalização, convocando, portanto, os informantes-chave a revelar em que critérios foram efetivamente utilizados na territorialização realizada em seu Estado. Permite, por exemplo, que se identifique se a territorialização foi baseada em uma mera divisão cartográfica⁶ ou se a divisão do território levou em conta uma concepção de “território-processo”, incluindo a população com sua dinâmica econômica, cultural e política.

No eixo 3 definiu-se oito macro-questões que interrogam sobre a conformação das instâncias de Planejamento e Gestão Regional as quais permitem ao informante aferir a relação do ente estadual com os atores envolvidos no processo de construção da Regionalização, avaliando a constituição de espaço dialógico de formulação de objetivos e estratégias de reorganização dos serviços de saúde no âmbito regional e a construção de estruturas de suporte para a implementação da política em cada região. Além das macro-perguntas, uma sub-pergunta fez-se necessária no intuito de interrogar ao informante se há avaliação de suas próprias ações e se as mesmas possibilitam a tomada de decisão.

Por fim, a pergunta-mãe do eixo 4 indaga o informante quanto a organização dos serviços de atenção a partir de cinco macro-questões que detalham a realização de atividades dirigidas à organização e funcionamento das redes integradas de serviços de saúde, especificando, inclusive, aspectos relacionados com o financiamento, a avaliação e o estabelecimento de fluxo de referência e contra-referência de usuários e informações.

4.2 VALIDAÇÃO DAS PERGUNTAS (MATRIZ - AGIR)

O conceito de validade é abordado como sendo o grau em que um instrumento mostra-se apropriado para mensurar o que supostamente ele deveria medir. Assim, quando se

⁶ O que significaria a adoção de uma concepção de Território como “território-solo”. Ver Unglert, apud Oliveira (2009).

submete um instrumento ao procedimento de validação, na realidade não é o instrumento em si que está sendo validado, mas o propósito pelo qual o instrumento está sendo usado (POLIT; BECK; HUNGLER, 2004).

Para a determinação da validade do instrumento múltiplas medidas podem ser empregadas, no entanto, neste estudo, optou-se por trabalhar a validação através de técnica de consenso, destacando-se o método delphos⁷ como proposta (LANDETA, 1999; WRIGHT; GIOVANAZZO, 2000; SOUZA; VIEIRA-DA-SILVA; HARTZ, 2005). Os passos a serem seguidos para a operacionalização dessa técnica incluem: a) construção preliminar do instrumento de produção de dados; b) seleção do grupo de especialistas no tema sob avaliação; c) submissão do instrumento à apreciação dos especialistas convidados; d) consolidação e tratamento estatístico das respostas, e) caso necessário, operacionaliza “rodadas” sucessivas e novas análises estatísticas; f) análise da apreciação feita pelos especialistas e consolidação do Instrumento, o que constitui a validação propriamente dita.

Primeiro momento: seleção dos especialistas e encaminhamento da Matriz

A seleção do grupo de especialistas foi realizada a partir da solicitação a um especialista na área para identificação de profissionais de referência no debate nacional sobre o tema, levando em consideração os seguintes critérios: especialistas das diversas regiões do país, com experiência nos três níveis de gestão do sistema de saúde e/ou acadêmicos com reconhecida produção científica sobre a temática (ANEXO 1).

Este especialista ‘chave’ fez a indicação de 22 nomes para integrar o comitê de juízes, não sendo possível em muitos dos casos fazer uma distinção destes se pesquisador ou gestor, pois a maioria transita nas duas áreas, porém optou-se por classificá-los naquela área de maior expressividade em sua trajetória profissional e desta forma estabeleceu-se uma paridade em relação ao número de gestores do âmbito federal, estadual e municipal, assim como o número de pesquisadores na área.

A cada um dos especialistas selecionados foi enviada, via correio eletrônico, uma carta de apresentação (APÊNDICE A) convidando-os a participarem da conferência de consenso e

⁷ A abordagem recente do método Delphos, segundo Landeta (1999) objetiva obter de um grupo de pessoas selecionadas, uma opinião coletiva qualificada sobre determinadas questões, utilizando a aplicação de questionários, suas respostas são tratadas estatisticamente, e os resultados repassados aos participantes para uma segunda rodada de questionários. Este procedimento de novas rodadas de questionários e análises estatísticas dar-se-á quantas vezes forem necessárias até que se alcance um grau de consenso considerado satisfatório.

uma carta de esclarecimento com instrutivos de como proceder para a avaliar a “MATRIZ – AGIR” anexa ao instrutivo (APÊNDICE B), que continha as perguntas a serem incluídas no Questionário final de avaliação. Não foram necessárias sucessivas rodadas de envio do questionário aos especialistas, porém preservou-se o anonimato dos respondentes⁸ e foi dado tratamento estatístico à avaliação.

Os especialistas foram convidados a analisar os itens e julgar se estes eram abrangentes e representativos, e, ainda, se o conteúdo de cada item se relacionava com aquilo que se deseja medir através da apreciação de cada pergunta que foi incluída na versão preliminar do Quest – AGIR. O procedimento de avaliação da Matriz implicava que o especialista atribuisse notas relativa à pertinência da inclusão do indicador na mesma em uma escala de 0 (zero) a 3 (três) sendo: 0 = não pertinente (não incluir), 1= pouco pertinente, 2 = pertinente, 3 = muito pertinente.

Segundo momento: processamento da devolução da Matriz

Dos 22 especialistas aos quais foi submetida à versão preliminar, 19 responderam a solicitação sendo a pontuação sugerida pelo avaliador colocada na coluna denominada “pontos atribuídos aos critérios”, os quais foram consolidados a partir do **banco de dado Stata** e transformados em frequências, a partir do que os comentários ou observações realizados por cada especialista foram analisados.

Terceiro momento: apreciação dos resultados do processo de validação

Foi identificado que todos os critérios propostos na versão preliminar foram percentualmente considerados pelos especialistas como pertinentes ou muito pertinente para compor o questionário final. Das 15 macro-questões (“perguntas-mães”) apresentadas para consenso dos especialistas, todas foram consideradas pertinentes e integram o questionário AGIR e apenas uma das 15 sub-perguntas: “*O processo de elaboração do PDR contou com assessoria técnica especializada?*”, do eixo decisão política, foi excluída, pois este foi o único critério que obteve menos de 75 % de seu percentual considerado pertinente ou muito pertinente. Considerou-se, então, que o mesmo não possuía consenso entre os especialistas.

⁸ O anonimato das respostas e o fato de não haver uma reunião presencial reduzem a influência de fatores psicológicos, como por exemplo, os efeitos da capacidade de persuasão, a relutância em abandonar posições assumidas e a dominância de grupos majoritários em relação a opiniões minoritárias, além de permitir maior tempo de reflexão aos especialistas. Um ponto negativo, entretanto, é que devido a múltiplas rodadas o consenso pode levar muito tempo para ser alcançado.

No eixo decisão política, as macro-questões obtiveram 100% de aprovação pelos especialistas para que compusessem o questionário final, e as cinco sub-perguntas obtiveram uma frequência de resposta em relação a nota muito pertinente sempre mais presente do que a nota pertinente (QUADRO 1).

Em relação ao eixo territorialização, estabeleceu-se consenso quanto a todos as questões, porém as seis sub-perguntas não obtiveram respostas por parte de um especialista. Em suas observações, ele explicitou que acredita que uma análise qualitativa seria mais pertinente para aferição do processo. Os demais especialistas consideraram os critérios pertinentes ou muito pertinentes em sua maioria, exceto um dos especialistas que atribuiu nota 1 (pouco pertinente) para o item 2.1.1 e 2.1.5 (QUADRO 2).

Ao considerar o eixo Gestão e Planejamento, observou-se na resposta de alguns especialistas a possibilidade de não inclusão de alguns critérios, sendo avaliado todos os indicadores por pelo menos um especialista como pouco pertinente e os critérios 3.3, 3.4, 3.5 e 3.7 como não pertinente. Mesmo com o julgamento por parte de alguns especialistas da não inclusão destes critérios, optou-se por permanecer com os mesmos no questionário devido aos comentários, os quais serão analisados na seção discussão (QUADRO 3).

Um amplo consenso se estabeleceu quanto à pertinência da dimensão Organização das Redes Integradas de Serviços de Saúde. Dos oito critérios avaliados, metade obteve 100% de aprovação como muito pertinente e os demais critérios obtiveram o grau de concordância entre os especialistas acima de 89%, levando a todos os indicadores serem incluídos na versão final (QUADRO 4).

Com base em todo esse processo, pode-se apresentar como produto deste trabalho o Instrumento de Avaliação da Regionalização, Quest-AGIR (Questionário da Avaliação do Grau de Implantação da Regionalização) contendo, além do núcleo central das perguntas validadas, o padrão relativo a cada dimensão do processo (APÊNDICE C).

Este questionário objetiva ser aplicado nos diversos estados do país, permitindo aos mesmos num processo de auto-avaliação definir o grau de Implantação da Regionalização em sua região. Esta definição se dará a partir da apreciação dos estados às perguntas contidas no questionário, respondendo SIM ou NÃO a cada critério.

Após a ponderação dos critérios pelo estado, o mesmo deverá realizar um somatório, produzindo assim um escore final (percentual), quanto ao grau de implantação da Regionalização, conforme cálculo abaixo:

$$\text{Escore Final} = \frac{\text{Pontuação obtida}^9}{\text{Pontuação Máxima}^{10}} \times 100$$

Este cálculo permitirá uma classificação considerando quatro graus de implantação da Regionalização: I) Regionalização Implantada: 75 a 100%; II) implantação parcial: 50 a 74%; III) implantação incipiente: 25 a 49% e IV) Regionalização não implantada: 0 a 24%.

5 DISCUSSÃO E CONCLUSÃO

Os resultados apresentados neste estudo serão discutidos sob duas perspectivas: confiabilidade dos dados obtidos e critérios/indicadores apontados pelo consenso para avaliar o grau de Implantação da Regionalização a partir de seus resultados.

5.1 CONFIABILIDADE DO CONSENSO

O alto índice de concordância obtido na aplicação do método confere validade ao consenso. Estudos que utilizam Delphos como metodologia também destacam como importantes, além do grau de concordância, questões relacionadas à condução do método, como: composição do grupo de especialistas, formulação dos instrumentos utilizados na coleta de dados, número de rodadas e perdas ao longo do estudo (SPINOLA, 1997). Neste trabalho os dois últimos itens: número de rodadas e perdas ao longo do estudo não foram detalhados, pois o estudo não necessitou de diversas rodadas, havendo apenas uma rodada de aferição dos especialistas para adoção do consenso, e apenas uma perda em todo o questionário.

5.1.1. CARACTERIZAÇÃO DOS JUÍZES

Do total de juízes (22), 19 deles responderam a solicitação de avaliar a versão preliminar da MATRIZ. Acredita-se que o quantitativo atingido seja capaz de tornar válida a Matriz, pois quando se trata do número de juízes que poderão compor o grupo, não

⁹ Somatório da pontuação obtida de cada eixo

¹⁰ Somatório da pontuação máxima de cada eixo

encontramos tanto na literatura nacional como na internacional, a determinação de um número exato de participantes. Este quantitativo é justificado pelo fenômeno que se estuda e pelos critérios que o pesquisador estabelece para a formação do grupo de especialistas.

Nesta pesquisa, considerou-se a procedência institucional e geográfica dos especialistas, embora não tenha sido possível, como inicialmente previsto, compor o grupo proporcionalmente de acordo com a distribuição das regiões. A formação final contou com representantes de quatro regiões brasileiras, sendo seis da região nordeste, quatro da região sul, sete da região sudeste e dois da região centro-oeste, porém um dos especialistas possui relação direta com uma Universidade do Norte do país.

Em relação à inserção profissional dos juízes, pode-se verificar uma dupla inserção na maioria dos casos, porquanto os especialistas estão inseridos tanto na pesquisa, quanto na gestão, poucos possuindo uma única inserção. Nesse aspecto, optou-se por classificá-los de acordo com o último vínculo institucional, sendo seis pesquisadores, cinco gestores municipais, quatro gestores estaduais e quatro gestores nacionais.

5.1.2. FORMULAÇÃO DO INSTRUMENTO UTILIZADO NA COLETA DOS DADOS

A principal contribuição deste estudo está relacionada à forma como os indicadores foram construídos, a partir da discussão dos critérios, observando os componentes da regionalização. Desta maneira, torna-se mais clara a relação entre o que se pretende avaliar e o indicador a ser utilizado.

Outro ponto que chama a atenção é o pequeno número de critérios, pois se optou neste estudo, apesar da complexidade da política de regionalização, por uma matriz simples que permitisse a aplicação em todos os estados e que pudesse, mesmo levando em conta as diferenças regionais, apreender a realidade da regionalização em todos os locais do país. Poder-se-ia inclusive pensar em incluir no Quest-AGIR, indicadores regionais que seriam aplicados de acordo com as características dos estados a serem pesquisados.

5.2 CRITÉRIOS E INDICADORES APONTADOS PELO CONSENSO

Algumas observações e sugestões foram feitas pelos especialistas que, de modo geral consideraram muito pertinente todo o instrumento, do qual se eliminou apenas um critério (O

processo de elaboração do PDR contou com a assessoria técnica especializada) após a avaliação.

Na dimensão decisão política, um deles sugeriu a inclusão de pergunta sobre a atualização do PDR e PPI, demonstrando desta forma o monitoramento desde sua formulação, sobre a abrangência da política e se a mesma atinge apenas os sistemas de serviço ou também o sistema de saúde, além da reestruturação das Diretorias Regionais de Saúde (DIRES), devido à regionalização.

Avaliando a dimensão territorialização, outro especialista apresentou como proposta a criação de um novo indicador que permitisse a caracterização da gestão e da participação nas regiões. Outra proposta diz respeito à inclusão de critério relativo à regionalização administrativa, a qual não considero pertinente, pois a lógica que rege uma territorialização meramente administrativa, muitas vezes confronta-se com a lógica da territorialização pautada na população e na identificação desta população com o território.

Ainda em relação à dimensão territorialização, um dos juízes comentou acerca da necessidade de se observar a territorialização numa perspectiva participativa, considerando o processo de territorialização como um espaço de construção participativa da região. Sendo assim, considerou-se pertinente a inclusão de indicadores relativos à realização de conferências regionais de saúde, entendidas como um espaço deliberativo para a construção das demandas emanadas da região de saúde. Outro aspecto colocado para a discussão foi a aplicação de questões abertas que pudessem qualificar os critérios para a regionalização. Considerando que em estudos futuros que utilizem a metodologia aqui apresentada possam ser incluídas entrevistas a informantes-chave, esta qualificação poderá vir a ser praticada.

Discutiu-se ainda, a dimensão planejamento e gestão regional, propondo-se a inclusão de um critério relativo ao relacionamento das instâncias regionais do SUS e o nível central da Secretaria Estadual de Saúde, no intuito de observar se a cultura de centralização está sendo superada à medida que avança o processo de regionalização. Sugeriu-se também uma questão que possa avaliar o grau de institucionalização dos CGR, identificando se os mesmos foram instituídos por portaria ou qualquer instrumento jurídico emanado pela Secretaria de Saúde do Estado.

Outra proposta, no eixo Planejamento e gestão regional, trata da construção de orçamento participativo nas regiões de saúde. A análise dessa proposta exige que se distinga a noção de orçamento participativo que vem sendo desenvolvida a partir de experiências municipais nas quais a população participa de oficina e fóruns nos quais se define o destino dos recursos financeiros do orçamento municipal, e a possibilidade de se construir um processo de “orçamentação integrada” conjugado ao processo de programação (PPI). A primeira proposta é completamente factível e depende da vontade política dos gestores municipais. A segunda também é factível, já que o próprio Pacto da Saúde prevê a coordenação do processo de programação financeira por parte dos municípios que integram a região.

Ainda no eixo Planejamento e Gestão regional, um dos juízes propõe o desmembramento do Planejamento e da Gestão, enfatizando, inclusive, que não se trata meramente de ‘Gestão de sistemas’, senão que de capacidade de governo, ou, no entendimento do autor, de ‘Governança do sistema’.

Nos comentários dos especialistas chama a atenção na dimensão Organização das Redes Integradas de serviços de saúde, a proposta de inserção de indicador sobre sistemas de apoio à regionalização como: a regulação assistencial na Secretaria de estado. Outro ponto que merece destaque é a perspectiva adotada por alguns juízes que sugeriram que se incluam perguntas e indicadores que ajudem a avaliar se a lógica de organização do sistema regional está baseada na expansão e fortalecimento da atenção primária, o que significa investigar se vem ocorrendo a implantação da estratégia de saúde da família com todos os seus desdobramentos do ponto de vista do apoio logístico.

Vale registrar ainda, a sugestão de inclusão de uma outra dimensão no Quest-AGIR, quais sejam, perguntas-mãe, indicadores e padrões relativos à constituição de **redes de formação de pessoal em saúde**, entendidas como espaço de interação entre instituições formadoras e organizações voltadas à educação popular em saúde.

Para finalizar, cabe destacar que estudos posteriores pretendem ser desenvolvidos pela autora, com o apoio da Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS), que demonstrou interesse no aprofundamento desta temática, com possível divulgação dos resultados. Observa-se como pertinente para estudos futuros integrar alguma das propostas dos especialistas, sejam enquanto perguntas abertas ou a partir de entrevistas semi-estruturadas a

gestores e técnicos envolvidos com esta temática no âmbito estadual, incluindo indicadores específicos que possam apreender as diversidades existentes nas várias regiões do país.

REFERÊNCIAS

BRASIL. **Constituição (1988)**. Brasília: Senado Federal, 1988.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. **Regionalização da assistência à saúde**: aprofundando a descentralização com equidade no acesso: Norma Operacional da Assistência à Saúde: NOAS-SUS 01/01 e Portaria MS/GM n.º 95, de 26 de janeiro de 2001 e regulamentação complementar / Ministério da Saúde, Secretaria de Assistência à Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2001.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. **Regionalização da assistência à saúde**: aprofundando a descentralização com equidade no acesso: Norma Operacional da Assistência à Saúde – NOAS-SUS 01/02 e Portaria MS/GM n.º 373, de 27 de fevereiro de 2002, e regulamentação complementar / Ministério da Saúde, Secretaria de Assistência à Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. **Diretrizes operacionais dos Pactos pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão**. Brasília: M.S., 2006. v. 1.

_____. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **A gestão da saúde nos Estados**: avaliação e fortalecimento das funções essenciais. Brasília: CONASS, 2007.

BROUSSELLE, A. et al. **L'évaluation**: concepts et méthodes. Montreal: Université de Montreal, 2009.

CHAMPANGE, F. et al. Modéliser les interventions. In: BROUSSELLE, A. et al. **L'évaluation**: concepts et méthodes. Montreal: Université de Montréal, 2009. p. 57-70.

CONTANDRIOPOULOS, A. P. et al. Avaliação na área de saúde: conceitos e métodos. In: HARTZ, Z. M. A. (Org.). **Avaliação em saúde**: dos modelos conceituais à prática na análise da implantação de programas. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1997. p. 29-48.

DENIS, J. L.; CHAMPAGNE, F. Análise de implantação. In: HARTZ, Z.M.A. (Org.). **Avaliação em saúde**: dos modelos conceituais à prática na análise da implantação de programas. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1997. p. 49-88.

GOULART, F. A. de A. Esculpindo o SUS a golpes de portaria... - considerações sobre o processo de formulação das NOBs. **Ciência e Saúde Coletiva**, São Paulo, v. 6, n.2, p. 292-298, 2001.

KINGDON, J. **Agendas, alternatives, and public policies**. Boston: Little Brown, 1984.

LANDETA, J. **El Método Delphi** - una técnica para previsión de la incertidumbre. Barcelona: Editorial Ariel, 1999.

LEITHWOOD, K. A.; MONTGOMERY, D. J. Evaluating program implementation. **Evaluation review**, v. 4, n. 2, p. 193-214, 1980.

MARCONI, M. D. A.; LAKATOS, E. M. **Técnicas de pesquisa**: planejamento e execução de pesquisas, amostragens e técnicas de pesquisas, elaboração, análise e interpretação de dados. 3.ed. São Paulo: Atlas, 1996.

MENDES, E. V. **Os grandes dilemas do SUS**. Salvador: Casa da Qualidade, 2001.

OLIVEIRA, S. R. de A. **Construção do modelo teórico-lógico para avaliação da política de regionalização do SUS**. Dissertação (Mestrado em Saúde Comunitária) – Universidade Federal da Bahia. Salvador, 2009.

PAIM, J. S.; TEIXEIRA, C. F. Configuração institucional e gestão do Sistema Único de Saúde: problemas e desafios. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 12, p.1819-1829, nov. 2007.

PATTON, M. Q. **Creative Evaluation**. 2º ed. Newbury Park: Sage, 1986.

POLIT, D. F.; BECK, C. T.; HUNGLER, B. P. Análise quantitativa. In: POLIT, D. F; BECK, C. T.; HUNGLER, B. P. **Fundamentos de pesquisa em enfermagem**: métodos, avaliação e utilização. 5. ed. Porto Alegre: Artmed, 2004. p.167-98.

PROVUS, M. M. **Discrepancy Evaluation**. Berkley: McCutchan, 1971.

ROSSI, P. H.; LIPSEY, M. W.; FREEMAN, H. E. **Evaluation**: a systemic approach. 7. ed. Thousand Oaks: Sage, 2004.

SPINOLA, A.W. P. **Técnica prospectiva Delphi**: abordagem teórico-prática. São Paulo: SM, 1997.

SOUZA, L. E. P. F. de; VIEIRA-DA-SILVA, L. M.; HARTZ, Z. M. A. Conferência de Consenso sobre a imagem-objetivo da descentralização da atenção à saúde no Brasil. In: HARTZ, Z. M. A.; VIEIRA-DA-SILVA, L. M. **Avaliação em saúde**: dos modelos teóricos à prática na avaliação de programas e sistemas de saúde. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005. p. 65-102.

TEIXEIRA, C. F. Promoção e vigilância da saúde no contexto da regionalização da assistência à saúde no SUS. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 18, supl., p. 153-162, 2002a.

TEIXEIRA, C. F. Descentralização do SUS: múltiplos efeitos, múltiplos olhares. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 7, n. 3, p. 423-426, 2002b.

TESTA, M. **Pensar em saúde**. Porto Alegre; Rio de Janeiro: Artes Médicas; Abrasco, 1992.

WEIGELT, L. D. **Política Pública de Saúde**: um estudo sobre o processo de implementação da descentralização/regionalização da saúde na região do Vale do Rio Pardo -RS. 2006. Tese (Doutorado em Desenvolvimento regional) – Universidade de Santa Cruz do Sul. Santa Cruz do Sul, 2006.

WORTHEN, B. R.; SANDERS, J. R.; FITZPATRICK, J. L. **Avaliação de programas: concepções e práticas**; tradução Dinah de Abreu Azevedo- São Paulo: Gente, 2004.

WRIGHT, J. T. C.; GIOVANAZZO, R. A. **Delphi** – uma ferramenta de apoio ao planejamento prospectivo. Disponível em: <<http://www.iea.usp.br/iea/tematicas/futuro/projeto/delphi.pdf>>. Acesso em: 20 de out. 2008.

APÊNDICES

APÊNDICE A – Carta de Apresentação aos especialistas



Universidade Federal da Bahia
Instituto de Saúde Coletiva
Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva
Mestrado em Saúde Comunitária

Assunto: Solicitação para Apreciação da Pertinência das Perguntas a serem incluídas na Matriz - AGIR (Avaliação do Grau de Implantação da Regionalização) no SUS Estadual

Salvador, 3 de setembro de 2009

Caro Senhor,

Eu, Sydia Rosana de Araújo Oliveira, mestranda do Programa de Pós Graduação em Saúde Coletiva, do Instituto de Saúde Coletiva da UFBA, estou desenvolvendo uma investigação acerca do processo de Regionalização do SUS no âmbito estadual, sob a orientação do Profa. Carmen Fontes Teixeira.

A fase inicial dessa pesquisa contempla a elaboração de um instrumento de análise da implantação da política de Regionalização, cuja versão preliminar precisa ser validada por um comitê de especialistas na área. Seu nome foi incluído na relação dos participantes desse Comitê, dada sua experiência em pesquisa e gestão de políticas e sistemas de saúde em nosso país. Por meio desta venho, portanto, convidá-lo a apreciar a pertinência das perguntas que foram incluídas na versão preliminar da Matriz – AGIR (Avaliar o Grau de Implantação da Regionalização) no SUS Estadual. (anexa), atribuindo uma nota de zero a três (0 a 3)¹² a cada uma das perguntas (coluna eixos/indicadores), de acordo com sua relevância para a avaliação da implantação da Regionalização.

Sendo assim, solicito ao senhor o julgamento das perguntas da matriz, antecipando que o mesmo não tomará mais que 15 minutos do seu tempo. Caso não seja possível sua colaboração, peço a gentileza de indicar outro especialista que eu possa contactar para incluir no Comitê.

Mui respeitosamente,

Sydia Rosana de Araújo Oliveira
sydia@bahia.fiocruz.br

Carmen Fontes Teixeira
carmen@ufba.br

¹² Para atribuição da nota deverá ser considerada a legenda abaixo:

0 = impertinente

1 = pouco pertinente

2 = pertinente

3 = muito pertinente

APÊNDICE B – Instrutivo aos especialistas de como avaliar a Matriz e versão preliminar da Matriz - AGIR.



Universidade Federal da Bahia
Instituto de Saúde Coletiva
Programa de Pós-Graduação de Saúde Coletiva
Mestrado em Saúde Comunitária

PROJETO DE PESQUISA: Desenvolvimento e Validação de Instrumento para Avaliar o Grau de Implantação da Política de Regionalização.

PESQUISADORES: Sydia Rosana de Araujo Oliveira - Mestranda
Carmen Fontes Teixeira - Orientadora

Instruções para os participantes do Comitê de Especialistas, convidados a avaliarem a Pertinência das Perguntas a serem incluídas na **MATRIZ - AGIR** (Avaliação do Grau de Implantação da Regionalização) no SUS Estadual.

Caro participante,

A versão preliminar da Matriz - **AGIR** conta de um conjunto de perguntas organizadas em 4 eixos, correspondentes às dimensões do processo de implantação da Política de Regionalização do SUS Estadual (conforme quadro teórico da pesquisa supracitada). Esses eixos/dimensões são:

- 1. Adoção da política de Regionalização do SUS Estadual (DECISÃO POLÍTICA)**
- 2. Critérios para a delimitação dos territórios (TERRITORIALIZAÇÃO)**
- 3. Gestão e Planejamento regional**
- 4. Organização das Redes Integradas de Serviços de Saúde.**

Para a avaliação do grau de implantação de cada uma das dimensões do processo de Regionalização, elaboramos perguntas que serão aplicadas a informantes-chaves, selecionados entre gestores e técnicos que trabalham no nível central e regional das secretarias estaduais de saúde, bem como informantes-chave selecionados entre gestores e técnicos no nível de gestão municipal (CGR).

Solicitamos a V.S. que leia com atenção cada uma das perguntas e atribua uma nota de 0 a 3 na coluna NOTA sendo: **0 = não pertinente (não incluir); 1= pouco pertinente; 2 = pertinente; 3 = muito pertinente.**

Agradecemos antecipadamente.

Versão Preliminar da MATRIZ - AGIR

Nº	EIXOS/INDICADORES	NOTA	OBSERVAÇÕES
1.	ADOÇÃO DA POLÍTICA DE REGIONALIZAÇÃO DO SUS ESTADUAL		
1.1	A SES dispõe de um Plano Diretor de Regionalização?		
1.1.1	<u>Caso afirmativo:</u> 1 O PDR foi elaborado com a participação dos gestores municipais?		
1.1.2	O processo de elaboração do PDR contou com assessoria técnica especializada?		
1.1.3	O processo de elaboração do PDR foi articulado à elaboração do PDI?		
1.1.4	O processo de elaboração do PDR foi articulado à elaboração da Programação Pactuada e Integrada (PPI) em cada região?		
1.1.5	O PDR contempla a redefinição das funções e competências do nível central da SES e do nível regional?		
1.1.6	O PDR foi discutido e aprovado nas instâncias colegiadas do SUS estadual (CES, CIB, Colegiados de Gestão Regional – CGR)		
2.	CRITÉRIOS PARA A DELIMITAÇÃO DOS TERRITÓRIOS		
2.1	O PDR contempla a explicitação dos critérios utilizados para a delimitação dos territórios regionais?		
2.1.1	<u>Caso afirmativo, são critérios:</u> 1 A distribuição da população no território do Estado?		
2.1.2	As dinâmicas das redes de transporte e de comunicação entre os municípios?		
2.1.3	A capacidade instalada e a distribuição da rede de serviços de saúde?		
2.1.4	As facilidades de acesso (fluxos) da população aos serviços de saúde?		
2.1.5	O respeito à identidade cultural, econômica e social dos diversos grupos populacionais identificados no território estadual?		
3.	GESTÃO E PLANEJAMENTO REGIONAL		
3.1	A SES elaborou algum instrumento/documento de referência contendo a composição, organização, funcionamento e finalidade dos CGR?		
3.2	A SES incentiva a constituição dos CGR?		

3.3.	O CGR é composto por todos os gestores municipais de saúde dos municípios que integram a Região de Saúde e por representantes do gestor estadual?		
3.4.	O CGR opera como espaço permanente de pactuação e co-gestão solidária, garantindo e aprimorando a aplicação dos princípios do SUS?		
3.5.	A SES coordena a articulação entre os diversos atores envolvidos no processo de planejamento e gestão regionalizada do SUS estadual?		
3.6.	A SES definiu um grupo responsável pelo monitoramento do processo de execução do PDR?		
3.7.	A SES prioriza os investimentos (PDI) para a ampliação da oferta das ações e dos serviços de saúde com base na avaliação da PPI?		
3.8.	A SES produz regularmente relatórios de avaliação do processo de implementação do PDR?		
3.8.	<u>Caso afirmativo:</u> 1 São tomadas decisões e executadas ações no sentido de promover os ajustes necessários ao processo de Regionalização?		
4.	ORGANIZAÇÃO DAS REDES INTEGRADAS DE SERVIÇOS DE SAÚDE		
4.1.	A SES realiza seminários/oficinas regionais envolvendo os diversos atores institucionais no âmbito regional com o objetivo de promover a Organização das Redes Integradas de serviços de saúde?		
4.2.	A SES e os CGR realizam o planejamento de ações voltadas à organização e funcionamento de Redes Integradas de atenção à saúde no âmbito regional?		
4.2.	<u>Caso afirmativo:</u> 1 Realiza o levantamento da capacidade instalada e do perfil de oferta de serviços em cada microrregião do estado?		
4.2.	2 Contempla a definição de problemas e grupos prioritários no processo de Organização de Redes Integradas?		
4.2.	3 Estabelece os fluxos da demanda populacional aos serviços de média e alta complexidade, com a definição de serviços assistenciais de referência?		
4.3.	A SES e os CGR promovem a identificação		

	das necessidades e estabelece fluxo de referência para outros estados, no caso de serviços não disponíveis no território estadual?		
4.4.	A SES estabelece mecanismos de financiamento que incentivem as redes de serviços de saúde no sistema estadual de saúde		
4.5.	A SES promove o monitoramento e avaliação periódica do acesso, cobertura, qualidade e efetividade da rede de serviços de saúde identificando os problemas existentes e as dificuldades a serem enfrentadas para a consolidação de um modelo de atenção coerente com os princípios do SUS e adequado à realidade sanitária do estado?		

APÊNDICE C: Instrumento de Avaliação do grau de Implantação da Regionalização, Quest-
AGIR (Questionário da Avaliação do Grau de Implantação da Regionalização).

DADOS GERAIS E INSTITUCIONAIS	
1. DATA	
2. N° QUESTIONÁRIO:	
3. INSTITUIÇÃO:	
4. ENDEREÇO:	
5. TELEFONE:	6. FAX:
7. ENDEREÇO ELETRÔNICO:	
DADOS DO RESPONDENTE	
8. GÊNERO:	
9. IDADE, em anos:	
10. CATEGORIA PROFISSIONAL:	
11. ESCOLARIDADE:	
12. CARGO QUE OCUPA:	
13. TEMPO DE SERVIÇO:	
PREENCHER AS RESPOSTAS NA COLUNA A DIREITA COM SIM OU NÃO	
EIXO 1 – DECISÃO POLÍTICA	
Padrão	
A secretaria estadual de saúde:	
<ul style="list-style-type: none"> • Dispõe de uma política de Regionalização no Estado; • Dispõe dos instrumentos norteadores da Regionalização; 	
1.1. A SES dispõe de um Plano Diretor de Regionalização?	
Caso afirmativo:	
1.1.1. O PDR foi elaborado com a participação dos gestores municipais?	
1.1.2. O processo de elaboração do PDR foi articulado à elaboração do PDI?	
1.1.3. O processo de elaboração do PDR foi articulado à elaboração da Programação Pactuada e Integrada (PPI) em cada região?	
1.1.4. O PDR contempla a redefinição das funções e competências do âmbito central da SES e do âmbito regional?	
1.1.5. O PDR foi discutido e aprovado nas instâncias colegiadas do SUS estadual (CES, CIB, CGR)	
EIXO 2 – TERRITORIALIZAÇÃO	
Padrão	
A secretaria estadual de saúde:	
<ul style="list-style-type: none"> • Estabelece critérios para a territorialização do Estado • Promove a aplicação desses critérios no processo territorialização no estado. • Desenvolve articulação entre os territórios 	

2.1. O PDR contempla a explicitação dos critérios utilizados para a delimitação dos territórios regionais?	
Caso afirmativo, são critérios:	
2.1.1. A distribuição da população no território do Estado?	
2.1.2. As dinâmicas das redes de transporte e de comunicação entre os municípios?	
2.1.3. A capacidade instalada e a distribuição da rede de serviços de saúde?	
2.1.4. As facilidades de acesso (fluxos) da população aos serviços de saúde?	
2.1.5. O respeito à identidade cultural, econômica e social dos diversos grupos populacionais identificados no território estadual?	
EIXO 3 – PLANEJAMENTO E GESTÃO REGIONAL	
<p>Padrão</p> <p>A secretaria estadual de saúde:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Promove a constituição das instâncias de gestão dos sistemas regionais (CGR) • Desenvolve estratégias de articulação entre os gestores regionais para o planejamento e programação das ações e serviços • Coordena o ajuste do processo de regionalização em parceria com os gestores municipais 	
3.1. A SES elaborou algum instrumento/documento de referência contendo a composição, organização, funcionamento e finalidade dos CGR?	
3.2. A SES incentiva a constituição dos CGR?	
3.3. O CGR é composto por todos os gestores municipais de saúde dos municípios que integram a Região de Saúde e por representantes do gestor estadual?	
3.4. O CGR opera como espaço permanente de pactuação e co-gestão solidária, garantindo e aprimorando a aplicação dos princípios do SUS?	
3.5. A SES coordena a articulação entre os diversos atores envolvidos no processo de planejamento e gestão regionalizada do SUS estadual?	
3.6. A SES definiu um grupo responsável pelo monitoramento do processo de execução do PDR?	
3.7. A SES prioriza os investimentos (PDI) para a ampliação da oferta das ações e dos serviços de saúde com base na avaliação da PPI?	
3.8. A SES produz regularmente relatórios de avaliação do processo de implementação do PDR?	
Caso afirmativo:	
3.8.1. São tomadas decisões e executadas ações no sentido de promover os ajustes necessários ao processo de Regionalização?	
EIXO 4 – ORGANIZAÇÃO DE REDES DE INTEGRADAS DE SERVIÇOS DE SAÚDE	
<p>Padrão</p> <p>A secretaria estadual de saúde dispõe:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Coordena a organização de redes integradas de serviços de saúde nas regiões • Estimula os municípios a se envolver na organização de redes de atenção a saúde; • Desenvolve estratégias de apoio e fortalecimento da infra-estrutura que facilitem o desempenho dos serviços 	

4.1. A SES realiza seminários/oficinas regionais envolvendo os diversos atores institucionais no âmbito regional com o objetivo de promover a Organização das Redes Integradas de serviços de saúde?	
4.2. A SES e os CGR realizam o planejamento de ações voltadas à organização e funcionamento de Redes Integradas de atenção à saúde no âmbito regional?	
Caso afirmativo: 4.2.1. Realiza o levantamento da capacidade instalada e do perfil de oferta de serviços em cada microrregião do estado?	
4.2.2. Contempla a definição de problemas e grupos prioritários no processo de Organização de Redes Integradas?	
4.2.3. Estabelece os fluxos da demanda populacional aos serviços de média e alta complexidade, com a definição de serviços assistenciais de referência?	
4.3. A SES e os CGR promovem a identificação das necessidades e estabelece fluxo de referência para outros estados, no caso de serviços não disponíveis no território estadual?	
4.4. A SES estabelece mecanismos de financiamento que incentivem as Redes Integradas de serviços de saúde no sistema estadual de saúde?	
4.5. A SES promove o monitoramento e avaliação periódica do acesso, cobertura, qualidade e efetividade da rede de serviços de saúde identificando os problemas existentes e as dificuldades a serem enfrentadas para a consolidação de um modelo de atenção coerente com os princípios do SUS e adequado à realidade sanitária do estado?	
COMENTÁRIOS GERAIS	

Classificação segundo escore:

- I) Regionalização Implantada: 75 a 100%;
- II) Implantação parcial: 50 a 74%;
- III) Implantação incipiente: 25 a 49%
- IV) Regionalização não implantada: 0 a 24%.

ANEXOS

ANEXO 1 – Lista de experts para validação do instrumento de análise do grau de implantação da Regionalização do estado da Bahia.

Especialista	Procedência Geográfica	Área de atuação
Especialista 01	Pernambuco	Pesquisadora
Especialista 02	Rio Grande do Sul/ Pará	Pesquisador
Especialista 03	Minas Gerais	Pesquisador
Especialista 04	São Paulo	Pesquisador
Especialista 05	São Paulo	Pesquisador
Especialista 06	Rio Grande do Sul	Pesquisador
Especialista 07	Minas Gerais	Gestor Municipal
Especialista 08	Rio Grande do Sul	Gestora Municipal
Especialista 09	Bahia	Gestor Municipal
Especialista 10	Ceará	Gestor Municipal
Especialista 11	São Paulo	Gestor Municipal
Especialista 12	Bahia	Gestora Estadual
Especialista 13	Bahia	Gestor Estadual
Especialista 14	Rio de Janeiro	Gestor Estadual
Especialista 15	Mato Grosso	Gestor Estadual
Especialista 16	Rio Grande do Sul	Gestor Nacional
Especialista 17	Pernambuco	Gestor Nacional
Especialista 18	Brasília	Gestor Nacional
Especialista 19	São Paulo	Gestor Nacional

ANEXO 2: Quadros com percentual das perguntas que compõem o questionário AGIR.

QUADRO 1: Avaliação percentual das questões do eixo Decisão Política quanto a pertinência em compor a Matriz – AGIR.

Questões	Percentual
1.1. A SES dispõe de um Plano Diretor de Regionalização?	100
1. 1. 1. <u>Caso afirmativo:</u> O PDR foi elaborado com a participação dos gestores municipais?	100
1. 1. 2.O processo de elaboração do PDR foi articulado à elaboração do PDI?	89.48
1. 1. 3.O processo de elaboração do PDR foi articulado à elaboração da Programação Pactuada e Integrada (PPI) em cada região?	91.74
1. 1. 4.O PDR contempla a redefinição das funções e competências do âmbito central da SES e do âmbito regional?	94.74
1. 1. 5.O PDR foi discutido e aprovado nas instâncias colegiadas do SUS estadual (CES, CIB, CGR)	89.47

QUADRO 2: Avaliação percentual das questões do eixo Territorialização, quanto a pertinência em compor a Matriz – AGIR.

Questões	Percentual
2.1. O PDR contempla a explicitação dos critérios utilizados para a delimitação dos territórios regionais?	100
2. 1.1. <u>Caso afirmativo, são critérios:</u> A distribuição da população no território do Estado?	89.48
2. 1.2. As dinâmicas das redes de transporte e de comunicação entre os municípios?	94.74
2. 1.3. A capacidade instalada e a distribuição da rede de serviços de saúde?	94.74
2. 1.4. As facilidades de acesso (fluxos) da população aos serviços de saúde?	94.74
2. 1.5. O respeito à identidade cultural, econômica e social dos diversos grupos populacionais identificados no território estadual?	89.48

QUADRO 3: Avaliação percentual das questões do eixo Gestão e Planejamento Regional, quanto a pertinência em compor a Matriz – AGIR.

Questões	Percentual
3. 1.A SES elaborou alguma atividade de referência contendo a composição, organização, funcionamento e finalidade dos CGR?	89.48
3. 2.A SES incentiva a constituição dos CGR?	84.21

3. 3.O CGR é composto por todos os gestores municipais de saúde dos municípios que integram a Região de Saúde e por representantes do gestor estadual?	84.21
3. 4.O CGR opera como espaço permanente de pactuação e co-gestão solidária, garantindo e aprimorando a aplicação dos princípios do SUS?	78.94
3. 5.A SES coordena a articulação entre os diversos atores envolvidos no processo de planejamento e gestão regionalizada do SUS estadual?	89.48
3. 6.A SES definiu um grupo responsável pelo monitoramento do processo de execução do PDR?	94.74
3. 7.A SES prioriza os investimentos (PDI) para a ampliação da oferta das ações e dos serviços de saúde com base na avaliação da PPI?	84.21
3. 8.A SES produz regularmente relatórios de avaliação do processo de implementação do PDR?	94.74
3.8.1. Caso afirmativo: São tomadas decisões e executadas ações no sentido de promover os ajustes necessários ao processo de Regionalização?	84.21

QUADRO 4: Avaliação percentual das questões do eixo Organização de Redes Integradas de serviços de saúde, quanto a pertinência em compor a Matriz – AGIR.

Questões	Percentual
4. 1.A SES realiza seminários/oficinas regionais envolvendo os diversos atores institucionais no âmbito regional com o objetivo de promover a Organização das Redes Integradas de serviços de saúde?	89.48
4. 2.A SES e os CGR realizam o planejamento de ações voltadas à organização e funcionamento de Redes Integradas de atenção à saúde no âmbito regional?	94.74
4.2.1. Caso afirmativo: Realiza o levantamento da capacidade instalada e do perfil de oferta de serviços em cada microrregião do estado?	100
4.2.2. Contempla a definição de problemas e grupos prioritários no processo de Organização de Redes Integradas?	100
4.2.3. Estabelece os fluxos da demanda populacional aos serviços de média e alta complexidade, com a definição de serviços assistenciais de referência?	100
4. 3.A SES e os CGR promovem a identificação das necessidades e estabelece fluxo de referência para outros estados, no caso de serviços não disponíveis no território estadual?	89.48
4. 4.A SES estabelece mecanismos de financiamento que incentivem as Redes Integradas de serviços de saúde no sistema estadual de saúde?	94.74
4. 5.A SES promove o monitoramento e avaliação periódica do acesso, cobertura, qualidade e efetividade da rede de serviços de saúde identificando os problemas existentes e as dificuldades a serem enfrentadas para a consolidação de um modelo de atenção coerente com os princípios do SUS e adequado à realidade sanitária do estado?	100

