

ARTIGO

**Estratégias para tomada de decisão na gestão pública: a experiência através de grupo de trabalho**

Adriana Diva Quaresma Junqueira<sup>1</sup> & Joyce Gonçalves Altaf<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Programa de Pós Graduação em Administração Pública - UFF & <sup>2</sup>Faculdade Machado Sobrinho

Disponível on-line em <[http://www.machadosobrinho.com.br/revista\\_online/index.php](http://www.machadosobrinho.com.br/revista_online/index.php)>

**RESUMO:** O processo de construção do Sistema Único de Saúde no Brasil passa hoje pelo desafio de efetivar a descentralização das políticas de saúde pelo caminho da regionalização. Nesse contexto, um conjunto de normas, estratégias, ações, e instrumentos são utilizados para subsidiar os gestores municipais que precisam tomar decisões que repercutam em melhoria da qualidade de vida da população. Para melhor compreensão do tema, essa pesquisa estudou um grupo de apoio técnico em Vigilância em Saúde na região do Médio Paraíba no Estado do Rio de Janeiro. Para isso, foi utilizada a pesquisa qualitativa com caráter exploratório, investigando a realidade do espaço denominado Grupo de Trabalho de Vigilância (GTVS) em Saúde, apreendendo o que os atores presentes percebem no cenário no qual estão inseridos. Conclui-se que o GTVS cumpre sua função técnica subsidiando os gestores na tomada de decisão.

**Palavras-chave:** Gestão em saúde, regionalização e vigilância em saúde.

**ABSTRACT:** The building process of the Unified Health System in Brazil is now facing the challenge of implementing the decentralization of health policies along the path of regionalization. In this context, a set of norms, strategies, actions, and instruments are used to subsidize municipal managers who need to make decisions that impact on the quality of life of the population. To better understand the theme, this research studied a technical support group in Health Surveillance in the region of the Médio Paraíba in the State of Rio de Janeiro. For this, we used the qualitative research with exploratory character, investigating the reality of the space called Health Surveillance Working Group (HSWG), apprehending what the present actors perceive in the scenario in which they are inserted. It is concluded that HSWG fulfills its technical function by subsidizing managers in decision-making.

**Keywords:** Health Management, Regionalization and Surveillance in Health.

**INTRODUÇÃO**

A elaboração desse artigo considera como referencial teórico a Gestão em Saúde, a Regionalização e a Vigilância em saúde enquanto processo de construção do Sistema Único de Saúde buscando os conceitos e definições que foram debatidos por diversos teóricos, profissionais de saúde e participantes desse grande sistema de saúde que é hoje o SUS.

A Gestão em Saúde definida pela NOB 96, como a responsabilidade pela administração do sistema, seja ela municipal, estadual ou federal, requer uma nova postura e conhecimento dos gestores frente às responsabilidades que precisa assumir para melhor responder as necessidades de saúde da população. Essa gestão das três esferas é também compartilhada em instâncias colegiadas possibilitando a articulação, negociação e planejamento das ações de saúde para o atendimento integral à saúde dos indivíduos e da coletividade.

Nesse sentido, a regionalização é imprescindível para fundamentação teórica desse trabalho, pois essa diretriz é um eixo estruturante para conformação de um sistema que tem como base operativa os serviços municipais de saúde. Na maioria das vezes, os municípios não dispõem de serviços e tecnologias em quantidade e qualidade suficientes para cumprimento das

metas estabelecidas, exigindo dos gestores uma nova postura e domínio das peculiaridades do local e da região onde atua.

A Vigilância em Saúde entra como um terceiro ponto de discussão. Considerado como vasto campo de atuação, a VS é elemento fundamental na intervenção do processo saúde-doença, envolvendo ações assistenciais, a prevenção, a promoção da saúde e possibilitando aos gestores o conhecimento da situação de saúde da população para melhor organizar e planejar o sistema como um todo. Finalmente, se destaca o Grupo de Trabalho de Vigilância em Saúde (GTVS) como objeto dessa pesquisa por ser espaço propositivo e criativo sendo possível avaliar a contribuição técnica para a gestão regional no aprimoramento e qualificação das ações de saúde do SUS.

## GESTÃO EM SAÚDE

A estratégia da descentralização foi adotada por muitos países que optaram pelos princípios de universalidade, equidade e integralidade para organizar seus sistemas de saúde, como é o caso brasileiro. A constituição da rede regionalizada está relacionada com o movimento da descentralização das políticas públicas das áreas sociais, na qual se insere a saúde. Essa foi uma proposta de mudança amplamente debatida nos anos 80, como forma de reestruturar o Estado e a gestão das políticas sociais, que eram altamente centralizadas durante o regime militar (JUNQUEIRA, 1997).

As Normas Operacionais Básicas (NOB) 91 e 93 podem ser consideradas os primeiros instrumentos normativos que privilegiaram a gestão municipal exigindo das unidades sub-nacionais o cumprimento de ações para repasses financeiros e introduzindo estratégias para descentralização político-administrativa do Sistema Único de Saúde (SUS), como a consagração das instâncias colegiadas de pactuação, as Comissões Intergestores, representando a gestão de todas as instâncias de governo no importante papel de deliberar, fiscalizar, fomentar projetos, programas, portarias e intervir sobre conflitos regionais ampliando o debate sobre a saúde da população (CARVALHO, 2012).

No entanto, somente com a NOB 96 se consolidou o modelo de gestão descentralizada e pactuada refletindo na lógica e transformação do modelo assistencial e na organização da oferta de serviços através da criação de incentivos financeiros específicos a determinadas ações. Essa NOB contribuiu de forma especial no desempenho das responsabilidades dos gestores, em cada instância de governo, introduzindo conceitos diferenciados à gestão e gerência do sistema de saúde. Assim, a gestão passou a ser uma função de comando do sistema como um todo, configurando uma competência do poder público. A mudança na compreensão da gestão foi importante incremento das ações de promoção da saúde, conforme descreve o Carvalho (2012, p. 60):

*Esse novo paradigma de gestão configurou um instrumento altamente favorecedor na implantação de novo modelo de atenção à saúde, até mesmo centrado na doença. Nessa transformação, destacamos atenção integral, uma vez que o modelo abarca o conjunto das ações e serviços de promoção, de proteção e de recuperação da saúde.*

A Norma Operacional de Assistência (NOAS) editada em 2002, após ampla discussão e consenso das instâncias colegiadas, introduziu os fundamentos da regionalização tornando os estados, articuladores dessa política. Alguns instrumentos para gestão dão suporte às ações regionais, como o Plano Diretor da Regionalização (PDR) e a Programação Pactuada e Integrada (PPI). Aos estados cabe a coordenação desses instrumentos em conjunto com as regiões de saúde.

Segundo Junqueira (1997, p.34) a transferência de poder que ocorre com o processo de descentralização para as unidades sub-nacionais, é “uma decisão política, denominada política-administrativa ou territorial”. O envolvimento espacial do território e da população a ele adstrita

com sua carga social e cultural definidos requer provisão de serviços e encontra na gestão regional o grande desafio para o cumprimento dos princípios e diretrizes sistêmicos garantindo assim, o atendimento das necessidades de saúde da população.

O Estado brasileiro constituído de unidades federativas tem no município o espaço social e territorial como o local onde se concretizam as ações de saúde, tanto o cuidado as pessoas como na gestão dos serviços de saúde. Kuschnir (2012, p.76-77) abordando a constituição de mecanismos de gestão para o planejamento de redes, para regiões subdivididas em territórios menores afirma que:

*O planejamento da rede regional não é a soma do planejamento de seus distritos... A instituição de uma rede regional é uma construção coletiva a ser desenvolvida em conjunto desde o seu início, na medida em que a atenção à saúde da população da região não é responsabilidade apenas dos distritos, mas da região em sua totalidade.*

Dessa forma, a gestão da região não será o somatório do que se pratica em cada município, será preciso estabelecer uma cooperação mútua entre gestores e tomar decisões conjuntas para implantação de políticas públicas eficazes que sejam capazes de impactar de forma positiva a saúde da população assistida. Dessa forma, alcançar o pressuposto da gestão, que é a melhoria da qualidade de vida das populações.

Visando a concretude da cooperação política entre os entes na busca de atender as necessidades expressas pela população, para o cumprimento de ações integradas, foi editado o Pacto pela Saúde definindo compromissos a serem assumidos pelos diferentes entes federativos utilizando-se como critério, os indicadores da situação de saúde e com reconhecimento das diferenças locais e regionais. As pactuações passaram a ser objetivos da regionalização, um compromisso da gestão regional que precisa inovar com espaços para negociação política e técnica, como a estabelecida nas Comissões Intergestores (CIR) (CARVALHO, 2012).

## REGIONALIZAÇÃO

O tema regionalização no âmbito da saúde tem sido explorado por diversos autores ao longo dos anos com bastante propriedade e não pretendemos com esse artigo sermos inovadores. Portanto, nossa proposta é revisitar o conceito e as bases normativas que serviram como sustentação e desta forma mostrar como tem sido vivenciada, essa experiência, por um grupo de trabalho de vigilância em saúde.

Assim, inicialmente utilizamos o texto constitucional e observamos como se apresenta esse princípio e como se integra as demais diretrizes normativas do Sistema Único de Saúde (SUS). Segundo o artigo 198 da Constituição Federal “as ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada em consonância com as diretrizes da descentralização, atendimento integral e a participação da comunidade” (BRASIL, 1988, p. 91).

Conceitualmente, regionalização está relacionada à organização de regiões delimitadas por alguma característica envolvendo distintos campos do conhecimento, como por exemplo, a epidemiologia e a geografia. O olhar epidemiológico evidencia os modos de viver e adoecer de determinada população em determinado espaço e tempo; a condição geográfica, aliada ao planejamento, busca a ordenação dos serviços de saúde e, assim, atingir metas de qualidade para o cumprimento dos princípios do SUS sob a ótica da racionalidade financeira (DUARTE, 2015).

Como uma estratégia para o cumprimento da descentralização, a regionalização integra o conjunto de princípios organizativos do SUS. Em sua dimensão política e social envolve um conjunto de atores que interagem em determinado território trazendo sua bagagem técnica, política e ideológica. A noção de território ou região, por sua vez envolve o espaço geopolítico onde se consolidam as relações sociais de poder e onde se efetivam as práticas de saúde. Nesse sentido, território supera a dimensão geográfica e outras características como perfil

epidemiológico, demografia e tecnologias disponíveis (DUARTE, 2015; LIMA *et al*, 2012; UNGLERT, 1995).

Historicamente, o processo de se organizar regiões de saúde esteve presente no planejamento de sistemas de saúde internacionais desde o início do século XX. Já no Brasil, a regionalização fez parte do ideário da reforma sanitária brasileira que evidenciava, entre outros temas, a condução das políticas públicas para o setor baseadas numa nova concepção de saúde considerando os determinantes sociais do processo saúde-doença (DUARTE, 2015; TEIXEIRA, 2002).

No início dos anos 90, a noção de sistema de saúde eficiente passava pela construção do espaço-território, representado pelos distritos sanitários. Esse modelo envolvia a concepção de área de abrangência voltada à lógica da Vigilância à Saúde, área de risco caracterizado pelo perfil epidemiológico local, o domicílio que permitia a adscrição da clientela e a acessibilidade. A regionalização seria uma consequência do modelo assistencial proposto voltado para as demandas coletivas presentes nos territórios (UNGLERT, 1995).

Esse processo contribuiu de forma mais intensa para descentralização em âmbito municipal carregado de certa contradição, à medida que, apesar de ser uma proposta democrática voltada às demandas coletivas idealizada pelos reformistas, também atendia aos projetos neoliberais de melhor readequação financeira do sistema de saúde, valorizando a atenção individual (DUARTE, 2015; UNGLERT, 1995).

Na construção desse processo, as Normas Operacionais Básicas (NOB) 91, 93 e 96 dinamizaram a descentralização das ações de saúde, implementando normas para gestão, financiamento e a prestação do cuidado, sem, no entanto, impactar de forma definitiva, sobre o processo de regionalização. A Norma Operacional da Assistência (NOAS) 2001 e 2002 cumpriu o importante papel no fortalecimento do estado como organizador das instâncias regionais, delimitando espaços territoriais para estabelecimento de estratégias como planejamento, programação, entre outras, efetivando as relações intermunicipais (LIMA, *et al.*, 2012; TEIXEIRA, 2002).

Efetivamente foi com a edição do Pacto pela Saúde que estados e municípios avançaram, no processo de regionalização do SUS. Conforme descrito no documento PACTO PELA SAÚDE 2006 - Consolidação do SUS, o componente de Gestão tem como uma de suas prioridades “estabelecer as diretrizes para a gestão do SUS, com ênfase na descentralização e regionalização”. Sobre esse processo o documento explicita:

*Esse Pacto radicaliza a descentralização de atribuições do Ministério da Saúde para os estados e para os municípios, ...reforça a territorialização da saúde como base para organização dos sistemas, estruturando as regiões sanitárias e instituindo colegiados de gestão regional (BRASIL, 2006a).*

Em função dessa normatização, estados e municípios avançaram no processo da regionalização, considerando que cada ente prosseguiu conforme suas especificidades e características territoriais (LIMA *et al*, 2012).

No Estado do Rio de Janeiro, esse processo ocorreu conforme a edição das portarias do Ministério da Saúde, resultando na instituição da atual Assessoria de Integração Regional (AIR), órgão responsável pelo acompanhamento do processo de regionalização e das Comissões Intergestores (CIR). Com a publicação do Decreto Presidencial 7508 de 28 de junho de 2011, os Colegiados de Gestão Regional (CGR) passaram a ser denominados CIR “garantindo o exercício da ação cooperativa entre os gestores nas regiões de saúde, formando um espaço de governança em âmbito regional” (RIO DE JANEIRO, 2015).

A CIR, como instância política requer um conjunto de instrumentos de planejamento, estratégias para uma ação efetiva, que ocorre pelo diálogo entre os gestores e técnicos municipais que compõem a região. As decisões das CIR têm caráter deliberativo e são encaminhadas à

Comissão Intergestor Bipartite (CIB-RJ). Tais decisões são tomadas em plenárias e contam com apoio de Grupos Técnicos (GT), que subsidiam os gestores. Esses grupos de trabalho são formados por técnicos dos municípios e representantes estaduais (RIO DE JANEIRO, 2015).

No Estado foram implantadas nove Comissões, entre elas a CIR do Médio Paraíba. É importante salientar que as regiões de saúde constituídas se organizam em função dos territórios e da oferta de serviços que devem constar de: atenção primária, urgência e emergência, atenção psicossocial, atenção ambulatorial e hospitalar especializada e vigilância em saúde (VS).

## VIGILÂNCIA EM SAÚDE

Diversos autores abordam os diferentes significados da vigilância e seus componentes de atuação: epidemiológico, sanitário, ambiental e saúde do trabalhador. Compreende-se que hoje, no Brasil, a Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS) responsabiliza-se pelas ações de vigilância epidemiológica, prevenção e controle de doenças transmissíveis e crônicas, vigilância ambiental e saúde do trabalhador. Enquanto, a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) responsabiliza-se pelas ações pertinentes a vigilância sanitária (De SETA, 2007, p. 103-106).

Utilizou-se o termo Vigilância em Saúde (VS) enfatizando sua finalidade maior de promover e proteger a saúde e, desta forma, sua proposta como prática sanitária capaz de intervir sobre o processo saúde-doença atuando intersetorialmente e sobre uma base territorial (TEXEIRA, 2002).

A construção da VS foi marcada pela dicotomia entre a saúde individual e coletiva, as ações preventivas e curativas, o que influenciou na história recente da descentralização das ações nesse campo. A implantação do SUS inicialmente favoreceu as ações de caráter assistencial e individual, a ampliação do número das estruturas assistenciais e a gestão. Ações de prevenção e controle permaneceram centralizadas no Ministério da Saúde (BRASIL, 2006b).

Nos anos seguintes após a instituição do SUS, o que se observou foi à reprodução dessas formas fragmentadas aliada a certa maneira de agir no processo de trabalho permanecendo as ações de vigilância, prevenção e controle da doença sem interlocução com a gestão e a assistência à saúde. Era necessário reafirmar a vigilância como integrante da estrutura do SUS, transformando sua prática autocentrada em parte essencial para tomada de decisão dos gestores, dessa vez de forma descentralizada (BRASIL, 2006b).

A edição da NOB 96, e a Portaria Ministerial 1.399/99 situaram a VS entre os eixos de financiamento, definiram as responsabilidades das três esferas de governo, introduziram instrumentos específicos de monitoramento e avaliação e fortaleceram o processo de descentralização da vigilância à medida que os municípios assumiram sua responsabilidade na prevenção e controle das doenças. Enquanto os estados, assumiram seu papel de coordenador e supervisor desse processo (BRASIL, 2006b).

A Programação Pactuada e Integrada (PPI-VS), como instrumento de gestão baseada em critérios epidemiológicos, demográficos, territoriais e de acordo com a capacidade gerencial de cada município e estado, fortaleceu as ações de vigilância em saúde. Ao longo dos anos, o escopo dos indicadores avaliados e os instrumentos de avaliação sofreram diversas modificações. As mudanças ocorreram por diversos problemas, entre os quais a precária estrutura das secretarias de saúde, as demandas políticas, o processo de trabalho, as diferenças regionais e a (in)capacidade de inovar no modelo assistencial (BRASIL, 2006b; De SETA, 2012; TEIXEIRA, 2002).

Com a publicação da NOAS os estados passaram a ser os articuladores das ações regionais. Sob o ponto de vista técnico-assistencial o processo conduzido pelos estados com participação dos municípios organizados, em regiões, permitiu uma melhor articulação para cumprimento de princípios, como a integralidade das ações de saúde, à medida que os municípios de pequeno porte se articularam a outros de maior complexidade. Essa perspectiva, no entanto, não configurou uma mudança nas práticas cotidianas nem uma mudança no modelo assistencial e tampouco atingiu a totalidade das regiões brasileiras (TEIXEIRA, 2002).

Com a implantação do Projeto de Estruturação do Sistema Nacional de Vigilância em Saúde (VIGISUS), a vigilância recebeu uma importante fonte de recursos oriunda de organismos internacionais e buscou fortalecer quatro áreas de atuação, entre elas a capacidade de gestão de estados e municípios. A partir do VIGISUS, o Estado do Rio de Janeiro, se estruturou criando o Centro de Apoio a Gestão de Vigilância em Saúde e, em 2005 implantou os Núcleos Descentralizados de Vigilância em Saúde (NDVS) que foram organizados conforme as regiões de saúde. O objetivo era promover articulações intra e intersetorial e a integração das ações de vigilância da saúde (BRASIL, 2006b; SILVA, 2014)

O autor acima citado acrescenta que:

*Os Núcleos Descentralizados de Vigilância em Saúde (NDVS),..., foram pactuados em 1999 e instituídos através da Resolução SES nº 2736 de 31/05/2005, com vistas a implantação de uma política de suporte regional, estando subordinados desta forma a CAGVS da Subsecretaria de Vigilância em Saúde da Secretaria de Estado de Saúde do Rio de Janeiro” (Silva, 2014, p.13).*

Além das funções de monitoramento e avaliação, o NDVS, participa em Câmaras Técnicas da CIR e tem contribuído para o desenvolvimento de ações a nível regional. Essa participação ocorre dentro dos espaços denominados Grupos Condutores (GC) e Grupos de Trabalho (GT) que tem caráter permanente ou transitório cuja finalidade é o desenvolvimento de estudos, planos e projetos que embasem as discussões das câmaras técnicas da CIR contribuindo, dessa forma para as decisões dos gestores nas instâncias colegiadas num movimento ascendente. (RIO DE JANEIRO, 2015; SILVA, 2104).

## METODOLOGIA APLICADA

### ESTUDO DE CASO

Conforme descrito no portal da saúde do Estado do Rio de Janeiro (SES-RJ, 2015) as Comissões Intergestores Regionais (CIR) são assim denominadas desde a publicação do Decreto Presidencial 7508 de 28 de junho de 2011. Essas estruturas, antes denominadas Colegiados de Gestão Regional (CGR), “são órgãos colegiados criados pelo Pacto pela Saúde, com o objetivo de qualificar o processo de regionalização no SUS, garantindo o exercício da ação cooperativa entre os gestores nas regiões de saúde, formando um espaço de governança em âmbito regional”.

Na Secretaria de Estado do Rio de Janeiro, as CIR estão vinculadas tecnicamente as Comissões Intergestores Bipartites (CIB) e subordinadas pela Subsecretaria Geral do Estado sendo acompanhadas, auxiliadas e orientadas pela Assessoria Integração Regional (AIR).

A Comissão Intergestor Regional do Médio Paraíba é composta de um representante de Nível Central da SES/RJ, indicado pelo Secretário de Estado da Saúde, ou na sua ausência o Secretário Executivo da CIR e pela totalidade dos secretários municipais da região de saúde dos doze municípios que a compõem a saber: Barra do Piraí, Barra Mansa, Itatiaia, Pinheiral, Piraí, Porto Real, Quatis, Resende, Rio Claro, Rio das Flores, Valença e Volta Redonda.

Para sua organização, a CIR é composta por plenária (ordinárias e extraordinárias) instância máxima de deliberações que são encaminhadas à CIB-RJ. Essas plenárias contam com apoio de Câmaras Técnicas Permanentes; a CIR também conta com Grupos Técnicos (GT) permanentes ou não, que embasam questões técnicas subsidiando as ações que são deliberadas em plenária. O GT é formado por profissionais técnicos dos municípios e representantes estaduais. Na CIR-MP para o desenvolvimento de estudos, planos, projetos e demais atividades sobre a Vigilância em Saúde (VS) foi criado o GTVS que em sua composição conta com a participação de membros técnicos dos municípios e do Estado. Como representantes do Estado os técnicos pertencem ao Núcleo Descentralizado de Saúde do Médio Paraíba (NDVS- MP) do qual faz parte a aluna desse curso.

Quanto ao NDVS está subordinado hierarquicamente ao Centro de Apoio e Gestão de Vigilância em Saúde (CGVS) que faz parte da Subsecretaria de Vigilância em Saúde da SES-RJ e representa um marco no processo de regionalização.

## METODOLOGIA

Neste trabalho optou-se por utilizar a pesquisa qualitativa, de natureza empírico-analítica, numa atitude exploratória utilizando o ambiente institucional para investigar a experiência do grupo de trabalho da Vigilância em Saúde (GTVS) que compõe a Comissão Intergestores Regional do Médio Paraíba (CIR-MP).

O ambiente acima referido foi selecionado pelo investigador por ser seu local de trabalho, sendo parte de sua ação profissional e fundamental para o cumprimento dos objetivos do curso de gestão que ora se realiza. Neste sentido, procura-se com a pesquisa, investigar a realidade de um determinado serviço de saúde utilizando uma atitude crítica e dialógica. Esta opção é fruto de constante questionamento sobre os serviços de saúde; uma apropriação do objeto da pesquisa por considerar que dele faz parte o pesquisador enquanto investigador/ator, entretanto, reconhecendo que há limite entre trabalho e pesquisa (DEMO, 1996).

Demo (1996, p. 34) auxilia a compreensão do tema ao citar que a pesquisa qualitativa é uma atividade cotidiana considerada “um questionamento sistemático crítico, criativo, mais a intervenção competente na realidade, ou o diálogo crítico permanente com a realidade em sentido teórico prático”.

A pesquisa qualitativa permite ao pesquisador, conhecer fenômenos de uma dada realidade explorando sua subjetividade conhecendo sua carga de valores e crenças. Tais questões não são sensíveis ou identificáveis através dos dados, números ou estatísticas. Esta dimensão “palpável” é representada pela pesquisa quantitativa para qual se atribui uma ordem objetiva. A realidade é complexa (possui uma carga concreta), e também é abstrata. Neste sentido, pode ser investigada e conhecida em sua subjetividade considerando-se que a “objetividade” não é sua condição única (VIEIRA e TIBOLA, 2005; DEMO, 1996; MINAYO, 1994).

Considerando o debate qualitativo-quantitativo, Minayo (1994) aponta questões interessantes. Estes termos não expressam uma oposição ou mesmo uma continuidade. Não são palavras contraditórias; são antes, formas distintas de se abordar, cientificamente, fenômenos que possuem naturezas distintas.

Nas ciências sociais a investigação de um determinado fenômeno pode refletir uma dinâmica onde há uma relação entre o mundo real e o sujeito que não se traduz na esfera dos números. O que se procura nesta pesquisa é uma aproximação tal com o objeto de pesquisa, que seus significados e o seu “real” sejam apreendidos e melhor estudados. Neste sentido, a ciência social nos aproxima, coerentemente, do nosso objeto (NEVES, 1996). Como dito em Minayo (1994, p.15) “o objeto das ciências sociais é essencialmente qualitativo”.

O pesquisador, presente no meio que investiga, busca uma relação interativa com o meio que estuda para sustentar suas hipóteses e responder seus questionamentos. Na busca de esclarecer suas hipóteses, o investigador pode utilizar um conjunto de recursos metodológicos, entre eles a pesquisa bibliográfica, a pesquisa documental e o questionário (ZANELLA, 2006; NEVES, 1996; MINAYO, 1994).

O objetivo da pesquisa bibliográfica é sustentar o campo de investigação, onde outros teóricos ajudam na composição do tema, inserindo princípios e conceitos permitindo o diálogo crítico, entre teoria e o problema investigado. Neste sentido, recorre-se aos livros, periódicos e artigos retirados em bases de dados da internet como a Bireme. Faz-se destaque para Scielo, principalmente, aos últimos cinco anos.

A pesquisa documental é necessária para compor o campo referente ao processo de regionalização e as estratégias para sua conformação. Assim, retira-se do portal do Ministério da Saúde, portal da saúde do Governo do Estado do Rio de Janeiro e outros que se façam necessários, documentos e legislação para traçar alguns conceitos e definir questões pertinentes a

pesquisa. Outros documentos institucionais referem-se à Comissão Intergestor Regional do Médio Paraíba onde se efetua a pesquisa como relatórios e atas de reuniões.

Outro recurso, necessário e imprescindível para o trabalho, é o do questionário com questões descritivas e preferenciais. A palavra escrita, livre ao entrevistado permite a expressão de sua opinião que será posteriormente analisada. Foi elaborado um questionário dividido em dois blocos seqüenciais com perguntas abertas e fechadas; o primeiro com dados cujo objetivo foi conhecer o perfil do entrevistado e o segundo, onde se buscou apreender as percepções acerca das proposições e conceitos estabelecidos neste trabalho. A seguir as questões foram mapeadas e analisadas (ZANELLA, 2006).

Utilizou-se um questionário com quatro perguntas no bloco dois para dar liberdade de expressão ao participante buscando um aprofundamento do tema investigado e o reconhecimento da importância que cada um atribui ao espaço de articulação e proposição ora denominado “grupo de trabalho”. As três primeiras questões são fechadas, sendo a questão dois e três com necessidade de justificativa, a quarta questão é aberta.

O questionário foi aplicado aos membros do GTVS-MP em reuniões ordinárias considerando-se o regimento em sua composição para selecionar os entrevistados: o secretário executivo da CIR como representante do Estado, a coordenação do grupo de trabalho, atualmente dois funcionários do NDVS-MP e membros técnicos municipais. Adotou-se a posição de entrevistar pessoalmente os participantes e encaminhar o questionário por meio eletrônico aos faltantes das reuniões ordinárias, após consentimento dos seus membros em plenária, com data prevista para entrega. Foram feitos 15 questionários, sendo 12 respondidos. Dois desses foram realizados via correio eletrônico.

Na análise do questionário, após o mapeamento, tendo em vista a possibilidade de uniformidade das respostas foi contruído o mapa dispondo as questões em linhas e nas colunas, os participantes e suas respostas. O objetivo foi verificar a variedade de respostas e percepções, principalmente na segunda seqüência, cujo objetivo foi conhecer a opinião de cada entrevistado a cerca das categorias e conceitos eleitos para este trabalho buscando diferenças e pontos comuns, relacionando-os ao material teórico que serviu de base para esse trabalho (ZANELLA, 2006).

## DISCUSSÕES

A realidade que se buscou apreender nessa pesquisa trás em si a complexidade própria aos objetos sociais na qual se insere o campo da saúde. Essa complexidade foi observada na fala de todos os entrevistados que possuem história de vida e visões de mundo muito particulares apesar de compartilharem suas experiências no espaço denominado GTVS. Nesse contexto, compete ao pesquisador, eleger a categoria para análise, esmiuçar de forma clara e objetiva o que é comum, o que se aproxima e o que se distancia do conhecimento teórico para tecer suas considerações e, posteriormente, as conclusões (ASSIS, *et.al.* 1998).

Assim, tratamos a gestão em saúde, o grupo de trabalho, a Vigilância em Saúde e a regionalização que aparecem nas falas dos entrevistados como categorias. A princípio, o que se questionou aos integrantes do grupo foi se as demandas municipais encontravam-se contempladas nos desdobramentos das reuniões do GTVS. Apenas um entrevistado disse “não” referindo-se as demandas da Vigilância Sanitária, mas concordou que as demandas de Vigilância em Saúde eram contempladas:

*A Vigilância Sanitária é deixada de lado sempre. Só vi um tópico sendo falado... A VISA é mal representada. Depois o GTVS mudou o foco. Antes era só dengue. Hoje, por exemplo, já falamos em sífilis, campanha multivacinal, demora dos resultados... (Entrevistado 9).*

Foi perguntado se o entrevistado observava se o trabalho do GTVS contribuía para tomada de decisão dos gestores no âmbito da CIR. Conforme resposta sim ou não era também questionado o porquê. O que se observou na fala desses atores foi que o GTVS contribuía para

tomada de decisão e que esse trabalho é traduzido na confiabilidade que os gestores têm no grupo:

*O gestor segue a orientação que vem do GTVS. (Entrevistado 4)*  
*Por causa do trabalho do grupo. (Entrevistado 7)*  
*O fortalecimento das decisões no grupo. (Entrevistado 8)*  
*Penso que a credibilidade do GTVS tem sido sim um divisor de águas na relação Gestor/Vigilância em Saúde. Tamanha é a confiabilidade dos gestores nas discussões do GTVS.... (Entrevistado 11)*

No entanto, como cita Kuschnir (2012, p. 77) a “instituição de uma rede regional é uma construção coletiva” e cada gestor de município que integra a região possui sua carga de valores e responsabilidade com a gestão interagindo com a área técnica de forma distinta. Isso é expresso pelos técnicos também de forma distinta. Há técnicos que têm interação com a gestão:

*O nosso lá sempre segue.... o gestor procura saber. A gente leva as demandas pra ele tomar conhecimento. (Entrevistado 4)*  
*O que a gente discutir a gente consegue passar pra CIR. (Entrevistado 12).*

Outros se ressentem de mecanismos de apoio:

*... mas não há feedback e comprometimento do gestor para contemplar essas demandas. (Entrevistado 7)*  
*A falta de apoio de alguns gestores em relação ao Plano contra as Arboviroses,... (Entrevistado 14)*

Ou ainda, outro entrevistado acredita que sensibilizar o gestor do seu município é fácil, mas entende a construção regional como um desafio,

*Uma coisa é sensibilizar um gestor, outra coisa é toda uma região. (Entrevistado 12)*

O grupo técnico cumpre a função de apoio a gestão e dessa forma os gestores tomam atitudes direcionadas à população nos municípios e na região como um todo:

*Porque tudo tem desdobramento.... E é interessante que os próprios gestores tomam conhecimento dessas decisões contribuindo em ações no município revertido a população”. (Entrevistado 1)*  
*Essa é a proposta. Que possa servir de assessoramento para tomada de decisão e a organização regional. (Entrevistado 3)*

Mais que atender a gestão o GTVS provoca entre os participantes o compartilhamento de técnicas, regras, procedimentos refletindo dentro e fora de cada município. Essa questão foi observada quando se questionou o entrevistado se o mesmo observava alguma mudança no processo de trabalho da Vigilância em saúde após a criação do GTVS:

*Cresceu muito... Como o respeito entre, comunicação... Hoje as vigilâncias conversam muito mais que antes do GT. Eles se comunicam muito mais hoje.... (Entrevistado 1).*

*Um exemplo disso é o plano regional de controle do aedes. Porque você não dá conta dessa situação se não tiver mudança no processo de trabalho. (Entrevistado 3)*

*A integração entre as vigilâncias municipais... epidemio, sanitária e ambiental. Até intermunicipal porque você pode tirar a experiência de outros. (Entrevistado 4)*

*As parcerias, o trabalho solidário. O fortalecimento de ações/processos de trabalho pela melhoria do conhecimento técnico e identificação de problemas ou oportunidades em comum. Troca de experiências. (Entrevistado 8)*

*... o trabalho de fronteira dos municípios. Depois do LIRAA a gente discute aqui... a cidade A limítrofe com cidade B... Se tiver alto (LIRAA) ali faz os dois municípios juntos. (Entrevistado 9)*

*Total apoio técnico e importante trabalho em equipe atendendo diferentes realidades. (entrevistado 14)*

O compartilhamento e integração entre os membros do grupo se aplicam aos saberes e na compreensão do campo denominado Vigilância em Saúde. Implica também, na valorização do GTVS e o reconhecimento do processo regionalização:

*Porque essa mudança está trazendo conhecimento, mudança no processo de trabalho principalmente o conceito e o objetivo dessa forma de Vigilância... Nosso trabalho de educação permanente, de observação e isso possibilitou mudança de Organização do SUS pelo menos na Vigilância. (Entrevistado 7)*

*Mudou muito, para melhor. O Grupo Técnico da Vigilância em Saúde é o mais coeso..., os gestores começaram a notar que a Vigilância é um setor de inteligência, que necessita de intersetorialidade e principalmente de ser regionalizada. Como foi o caso o Plano Intersetorial de Contingência de Agravos Transmitidos por Artrópodes. Todos os municípios sentiam a pressão..., porém as discussões calorosas do GT apontaram que este processo não dependia de um setor, mas da união de todos. E isso fez com que os gestores de saúde não quisessem mais assumir sozinhos o controle da situação... O GT de Vigilância é o principal instrumento de regionalização e valorização das políticas de Vigilância em Saúde. (Entrevistado 11)*

A proposta para o GT é que sirva “de assessoramento para tomada de decisão e a organização regional” (Entrevistado 3), assim se pediu que os entrevistados apontassem os desdobramentos gerados pelo GTVS que foram discutidos em plenária da CIR, com os gestores e encaminhados a CIB. Nessa questão não houve consenso entre os membros do grupo, com alguns tendo certeza de sua fala e outros se mantiveram em dúvida:

*...soroterapia, desabastecimento de vacina humana, calendário básico da criança, plano de contingência da dengue, plano de governo, SISPACTO ... (Entrevistado 1)*

*Que eu tenha certeza que foi a CIB não porque a gente acaba não tendo acesso as atas da CIB”. (Entrevistado 2)*

*Plano regional de dengue... a mudança do pensamento que a dengue é uma questão da saúde. (Entrevistado 4)*

*Pólo Regional de UBV, Pólo regional para referência de soro, plano intersetorial de contingência das arboviroses. (Entrevistado 8).*

*Deixa eu lembrar...uma delas que foi bem polêmica foi essa questão do soro.... Já foi pra CIB... (Entrevistado 10).*

*Plano Intersetorial de Contingência dos Agravos Transmitidos por Artrópode; Desabastecimento de imunobiológicos; Discussão sobre polarização de imunobiológicos. (Entrevistado 11).*

Observou-se nas falas que o fluxo das propostas pode ser ascendente e descendente, mas que nem todas as propostas encaminhadas pelo gestor estadual devem ser aceitas pela região sem uma discussão com o grupo técnico.

*A CIR em ata ela envia toda discussão dos GTs ela envia para AIR. De lá tem uma CT da CIB onde as secretárias executivas tipo a Pessoa vão discutir antes da CIB. (Entrevistado 1)*

*Foi discutido na CIB e veio pra cá pra pactuar, pra gente fazer o desenho - quem atenderia quem....nas atas da CIB a gente poderia olhar essas coisas.(Entrevistado 2)*

*Tem assuntos que podem ser resolvidos na própria CIR ou mesmo nas áreas técnicas. Você não tem ente federado regional. As deliberações da CIR não podem ser homologadas. Vai pra CIB pra homologar. A CIB é soberana. (Entrevistado 3).*

*e agora a gente, a gente teve reunião, viu como deveria ser foi pra CIB e agora e aí lá não ficamos satisfeitos como a gente queria e tá voltando e vai ser discutido aqui novamente que isso vale pra outras regiões também... (Entrevistado 11).*

*Algumas demandas, UBV, por exemplo, que não foi pra frente. Foi discutida na CIR, mas quando desceu (proposta CIB para Região), os técnicos viram que não teria viabilidade. A gente começou a brigar por falta de condição. (Entrevistado 12)*

De forma geral as discussões perpassam todos os espaços de articulação e negociação, incluindo as câmaras e grupos técnicos e isso na opinião de um dos entrevistados “acho que ainda pode melhorar” (Entrevistado 3).

## CONCLUSÃO

Conforme nos mostra De Seta (2012) as vigilâncias do campo da saúde tiveram desenvolvimento histórico e institucional de forma desigual ao longo dos anos caracterizando sua base conceitual, seus objetos diferenciados e refletindo em práticas fragmentadas, como observada nos municípios da região pesquisada. Não são todos os componentes da vigilância contemplados como desdobramentos do GTVS. Os componentes, vigilância sanitária ou a saúde do trabalhador, não foram citados como desdobramentos encaminhados a CIR ou a CIB. Essa questão nos mostra o GTVS como espaço ainda em construção e com muitas possibilidades.

Essas possibilidades são avaliadas como positivas quando se percebe a apropriação desse espaço como promotor de mudança de atitudes, coesão do grupo, confiança do gestor e capazes de gerar mudanças no processo de trabalho da Vigilância em saúde dos municípios e na região. Esse foi o caso da construção do Plano de Governo, citado pelos entrevistados, como um processo que gerou mudança no pensamento e na forma de articular ações, intersetorialmente, em benefício da população.

Cabe ressaltar que grupos de trabalho são instrumentos criados para atender uma determinada política ou arranjo organizacional, com objetivo de intervir nos processos de trabalho gerando benefícios a saúde da população (MARTINS, 2003). Assim o GTVS parece cumprir com aquilo que lhe é próprio, entretanto, as possibilidades de melhoria se estendem a

atuação dos sujeitos, técnicos e gestores, que precisam se relacionar de forma mais efetiva para que os fluxos de idas e vindas das informações contemplem a todos os participantes.

A criação de espaços de trabalho em âmbito regional favorece a um novo modo de agir indicando que essa é uma estratégia importante não só a ser estudada, mas, sobretudo a ser utilizada no processo de regionalização. Além do mais, como cita Teixeira (2002) é necessário o fortalecimento das instâncias políticas e técnico-administrativas nos diversos âmbitos da gestão, inclusive municipais capazes de provocar mudanças gerenciais a nível regional que reflitam em modelos de atenção capazes de atender as necessidades de saúde das diversas localidades.

### REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ASSIS, M. M. A., *et. al.* Análise de dados qualitativos em saúde: uma experiência coletiva de classificação. **Sitientibus**. Feira de Santana, n. 18, p. 67-74, jan. /jun. 1998. 168p.
- BRASIL. Constituição da República Federativa do Brasil: promulgada em 5 de outubro de 1988  
In: OLIVEIRA, A. Série **Legislação Brasileira**. Saraiva. São Paulo, 1988.
- \_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Portaria nº 399, de 22 de fevereiro de 2006. Divulga o Pacto pela Saúde 2006 – **Consolidação do SUS e aprova as Diretrizes Operacionais do Referido Pacto**. Brasília, 2006a.  
[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt0399\\_22\\_02\\_2006.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt0399_22_02_2006.html). Acesso: 15/09/2015
- \_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Vigilância em saúde no SUS: fortalecendo a capacidade de resposta aos velhos e novos desafios. MS. SVS. Brasília: MS, 2006b. 228p.
- CARVALHO, A.I.de; BARBOSA, P.R. **Políticas de Saúde: fundamentos e diretrizes do SUS**. 2ª reimp. Florianópolis: Departamento de Ciências da Administração/UFSC;CAPES: UAB, 2012.
- DEMO, P. **Pesquisa princípio científico e educativo**. 9ª ed. Editora Cortez. São Paulo, 1996. 120p.
- De SETA, M. H.; REIS, L.G.da C.; DELAMARQUE, E.V. **Gestão da Vigilância à saúde**. 2ª reimp. Florianópolis: Departamento de Ciências da Administração/UFSC;CAPES: UAB, 2012.
- De SETA, M. H.; REIS. A construção do sistema nacional de vigilância sanitária: uma análise das relações intergovernamentais na perspectiva do federalismo. **Tese de doutorado apresentada ao IMS/UERJ**. Rio de Janeiro, 2007.
- DUARTE L. S. *et al.* Regionalização da saúde no Brasil: uma perspectiva de análise. **Saúde e Sociedade**. São Paulo, v.24, n.2, p.472-485, 2015

- JUNQUEIRA, L. A. P. Novas formas de gestão na saúde: descentralização e intersetorialidade. **Saúde e Sociedade**. São Paulo, v.6, n.2, p.31-46, 1997.
- KUSCHNIR, R.C.; CHORNY, A. M. L. e L. **Gestão dos sistemas e serviços de saúde**. 2ª reimp. Florianópolis: Departamento de Ciências da Administração/UFSC; CAPES: UAB, 2012.
- LIMA, L. D. *et al.*; Descentralização e regionalização: dinâmica e condicionantes da implantação do Pacto pela Saúde no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, 17(7):1903-1914, 2012
- MINAYO, M. C. S. **O Desafio do Conhecimento: Pesquisa Qualitativa em Saúde**. São Paulo. Editora Hucitec, 2004. 269p
- MINAYO, M. C; DESLANES, S. F.; NETO, O.C.; GOMES, R. de S. (org). **Pesquisa Social: teoria, método e criatividade**. Editora Vozes. Petrópolis, 1994. 80p.
- NEVES, J. L. Pesquisa qualitativa – características, usos e possibilidades. **Cadernos de Pesquisas em Administração**. São Paulo, V. 1, Nº 3, 2º SEM. 1996.
- RIO DE JANEIRO. Secretaria de Estado de Saúde. **Portal da Saúde RJ**. In: <http://www.saude.rj.gov.br/comissoes-intergestores-regionais/15266-regimento-interno-da-cir-2.html>. Acesso: 15/09/2015.
- SILVA, M. S. Temas em Regulação em Saúde através de vídeo transmissões dos Projetos de Apoio ao SUS. **TCC**. SÃO PAULO, 2014.
- TEIXEIRA, C. F. Promoção e vigilância da saúde no contexto da regionalização da assistência à saúde no SUS. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 18(Suplemento):153-162, 2002.
- VIEIRA, V.A.; TIBOLA, F. Pesquisa qualitativa em marketing e suas variações: Trilhas para pesquisas futuras. **RAC**, v. 9, n. 2, Abr./Jun. 2005: 09-33
- UNLERT, C. V. de S. **Territorialização em sistemas de saúde**. In: **Distrito sanitário: o processo social de mudança das práticas sanitárias do Sistema Único de Saúde**. 3ª Ed. HUCITEC/ABARASCO. São Paulo/Rio de Janeiro, 1995.
- ZANELLA, L. H. **Metodologia da pesquisa**. Florianópolis: SEaD/UFSC, 2006, 144p.