



UNIVERSIDADE
ESTADUAL DE LONDRINA

BÁRBARA VIEIRA PIMENTEL

**ATORES, ESPAÇOS E INSTRUMENTOS DE GOVERNANÇA
NA REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE BUCAL**

Londrina
2020

BÁRBARA VIEIRA PIMENTEL

**ATORES, ESPAÇOS E INSTRUMENTOS DE GOVERNANÇA
NA REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE BUCAL**

Dissertação apresentada ao Departamento de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Estadual de Londrina como requisito parcial à obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva.

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Brígida Gimenez Carvalho

Londrina
2020

Ficha de identificação da obra elaborada pelo autor, através do Programa de Geração Automática do Sistema de Bibliotecas da UEL

B229 Pimentel, Bárbara Vieira.
Atores, espaços e instrumentos de governança na rede de atenção à saúde bucal / Bárbara Vieira Pimentel. - Londrina, 2020.
128 f. : il.

Orientador: Brígida Gimenez Carvalho.
Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) - Universidade Estadual de Londrina, Centro de Ciências da Saúde, Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, 2020.
Inclui bibliografia.

1. Governança - Tese. 2. Saúde bucal - Tese. 3. Rede de Atenção - Tese. I. Gimenez Carvalho, Brígida . II. Universidade Estadual de Londrina. Centro de Ciências da Saúde. Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva. III. Título.

CDU 614

BÁRBARA VIEIRA PIMENTEL

**ATORES, ESPAÇOS E INSTRUMENTOS DE GOVERNANÇA
NA REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE BUCAL**

Dissertação apresentada ao Departamento de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Estadual de Londrina como requisito parcial à obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva.

BANCA EXAMINADORA

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Brígida Gimenez Carvalho
Universidade Estadual de Londrina

Prof. Dr. Pablo Guilherme Caldarelli
Universidade Estadual de Londrina

Prof. Dr. Rafael Gomes Ditterich
Universidade Federal do Paraná

Londrina, 28 de fevereiro de 2020.

Dedicatória

*Ao Único que é Digno de toda honra e
de toda glória: Jesus Cristo. Sem Ele
jamais teria chego até aqui!*

Agradecimientos

Agradeço primeiramente à Deus que sempre esteve em meu lado no meio de tantas circunstâncias. Hoje concluo essa etapa graças à Ele que colocou um sonho no meu coração e um propósito para minha vida desde o início dessa trajetória. Nunca me desamparou, sempre me concedeu sabedoria, força e garra. E é para Tua honra e glória que conquistei essa vitória!

A minha mãe, mulher forte, guerreira que se desdobrou desde que iniciei a graduação em uma cidade tão distante, para que conseguisse me formar. Hoje tudo que faço é pensando nela e para ela. Sem suas orações joelho no chão, clamando pela minha vida incessantemente, eu não estaria aqui. Gratidão eterna ao maior amor da minha vida!

Ao meu pai, homem íntegro, de coração que não cabe no peito. Meu maior incentivador. Não existe outro que consiga demonstrar um amor tão simples e genuíno, como ele. Sempre me estimulou a correr atrás dos meus sonhos e objetivos e a não desistir nunca.

A minha irmã, uma pessoa que me inspira, me motiva e que relaxa. Ela sempre acreditou em mim, em todas as circunstâncias. Me deu forças quando achava que não era capaz, sempre creu por mim e nessas longas conversas sempre acalmava o meu coração. Minha paz de espírito, minha metade!

Ao meu marido, que esteve presente a cada momento me incentivando e apoiando, além de toda compreensão quando precisei me ausentar para me dedicar integralmente a esse sonho. Obrigada pelo apoio e por sempre evidenciar a quão capacidade e potencial que eu tinha, mesmo no meio das dificuldades. Sem dúvida, representa o que tenho de mais especial na minha vida.

A minha orientadora, Prof. Dra. Brígida, meu suporte por tantos anos, meu contínuo incentivo. Colaborou muito para que eu desenvolvesse autonomia durante o processo da pesquisa, além da pessoa exemplar a quem me inspire academicamente.

Aos meus amigos e familiares, que de forma direta e indiretamente, estiveram presentes nessa trajetória, que encheram meus dias de alegria, diminuíram o fardo e me ofereceram ombro amigo sempre que precisei. Gratidão é o que define tudo!

*"Quem procura ter sabedoria ama a sua
vida, e quem age com inteligência
encontra a felicidade"*

Provérbios 19:8

Apresentação

APRESENTAÇÃO

Apresento nas seguintes páginas um trabalho que visou analisar o processo de governança na Rede de Atenção à Saúde Bucal em uma região do Paraná. Este estudo surgiu a partir de uma inquietação da prática, sendo que este tema despertou meu interesse devido aos processos e dinâmicas que ocorrem nos estabelecimentos de saúde permeados de interesses pessoais, singularidades, perspectivas distintas e modos de prática heterogêneos.

Graduada em Odontologia pela Universidade Federal do Paraná, em 2014, sempre trilhei nos caminhos da saúde coletiva, rompendo o paradigma de uma visão meramente privada, clínica e curativista, perpetuada até hoje na odontologia.

No início de 2015, ingressei na Residência Multiprofissional em Saúde da Família, pela Universidade Estadual de Londrina, na qual pude vivenciar a autêntica prática em saúde coletiva em uma Unidade Básica de Saúde do município em que resido. Foi a partir desse momento que pude exercer minha função de cirurgiã-dentista de forma integral, mediar a organização e compreensão do processo de trabalho da equipe de saúde bucal, ter relacionamentos interpessoais, me relacionar com diferentes categorias profissionais, bem como realizar atendimentos e assegurar o cuidado integral à população adscrita.

Foi diante desse cenário que percebi o quanto o processo de trabalho, a forma de realizar os atendimentos e encaminhamentos, os moldes do acolhimento, as relações interpessoais e posturas diferentes de trabalho afetavam fortemente a resultante final, o cuidado à saúde de forma equânime e integral.

Nesse aspecto, em 2018, quando fui aprovada no Mestrado em Saúde Coletiva, foi o ensejo para tentar compreender e superar minha inquietação em relação às minhas hipóteses no âmbito do processo de trabalho. A pesquisa iria contribuir, apoiar e identificar o cenário, mediados muitas vezes por fragilidades e desafios, que possivelmente existiam na dinâmica do trabalho. No caso, a compreensão sob o olhar da governança foi fundamental para entender a Rede de Atenção à Saúde Bucal de forma completa, na qual fui inserida por esses anos.

Tive a oportunidade de me aprofundar, conhecer e me apropriar muito mais quando me inseri em um grupo de pesquisa que tratava de assuntos pertinentes, sendo um tema que era entusiasmada desde o princípio: Política, planejamento e gestão em saúde. Foram oportunidades ímpares que contribuíram fortemente para meu crescimento profissional, acadêmico e pessoal, além de me apropriar de temas que nunca antes tive aproximação.

Saber que existem diferentes categorias profissionais que abraçam a causa em defesa de um sistema de saúde universal é formidável, me senti acolhida e contemplada.

Portanto, as resultantes de inúmeras pesquisas realizadas, certamente contribuirão, independente de linhas de pesquisas, para a construção de evidências e a constituição do arcabouço do conhecimento em saúde coletiva, tendo aplicabilidade nos espaços de saúde que estamos inseridos.

Resumo

PIMENTEL, Bárbara Vieira. **Atores, espaços e instrumentos de governança na rede de atenção à saúde bucal**. 2020. 128f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) - Universidade Estadual de Londrina, Londrina, 2020.

RESUMO

O estudo objetivou analisar o processo de governança na Rede de Atenção à Saúde Bucal (RASB) em uma região do estado do Paraná, por meio da compreensão sobre o termo governança, caracterização da rede, identificação de atores, espaços, fluxos e análise de instrumentos envolvidos no processo de governança. No primeiro momento, foi realizada pesquisa exploratória, por meio de revisão de literatura e análise documental a fim de analisar em que medida o termo governança tem sido abordado e conceituado na produção científica e nas normas oficiais brasileiras, subdivididas em: Identificação; Busca da literatura (palavras-chave, bases de dados e aplicação de critérios definidos); Avaliação e Análise dos dados. O segundo momento tratou-se de um estudo descritivo e exploratório com obtenção de dados secundários por meio de base de dados, com o objetivo de compreender a organização dos serviços de saúde bucal existentes nos municípios da região, divididos e apresentados em: Identificação; Caracterização; Atividade; Atendimento e Informações gerais; analisados pelo programa *Epi-Info*. No terceiro momento, tratou-se de um estudo de abordagem qualitativa, realizada a identificação de atores, espaços, compreensão de fluxos e instrumentos de governança, por meio da realização de entrevistas semiestruturadas, com informante-chave, o qual identificou novos espaços e atores para sequenciamento de novas entrevistas. A análise dos dados foram segundo os pressupostos do método de análise de discurso e sob a perspectiva teórica da governança proposto por Marques (2013). Diversos conceitos de governança foram encontrados nas publicações científicas, no entanto, poucos foram utilizados para denominar processos referentes à regionalização para a estruturação das Redes de Atenção à Saúde. Percebeu-se a dificuldade de se operacionalizar a descentralização nos contextos locais e as normativas pouco conseguem fortalecer a cooperação e relações de solidariedade entre eles. A organização da RASB se deu por oito tipos de estabelecimentos, tais como: Unidade Básica; Centro de Especialidade; Consultório isolado; Hospital Geral e Especializado, Policlínica, Posto de Saúde e Serviço de Apoio Diagnóstico e Terapêutico. No que concerne à natureza jurídica, 90,5% são de administração pública, sendo 6,7%, entidades sem fins lucrativos e 2,7% entidades empresariais. Quanto ao modelo de gestão, a municipal foi a mais evidente (77,7%), sendo 19,5% gestão dupla e 2,7% estadual. Foi evidente a ausência dos atores não governamentais no processo de governança e a capacidade do ente municipal gerir os assuntos públicos a partir do envolvimento conjunto e cooperativo dos atores sociais, econômicos e institucionais em sua dimensão regional. Foi verificada a predominância das relações informais como instrumento da governança, com o uso de tecnologias para sua comunicação, por meio de *WhatsApp*, *E-mail* e telefone. A inexistência de proximidade e conhecimento das realidades locais, a inexistência de discussões acerca de projetos que atendam a interesses comuns, dificulta a construção de uma relação no âmbito regional sob a perspectiva da governança. É necessária a participação de profissionais da saúde bucal em ações regionais, de forma mais cooperativa e integrada, com a presença de atores estratégicos com capacidade de influenciar o processo de governança e assim superar sua fragmentação e incipiência, com aspiração de promover uma atenção à saúde bucal de forma mais integral e equânime.

Palavras-chave: Governança. Saúde Bucal. Atenção à Saúde. Regionalização. Serviços de Saúde Bucal.

Abstract

PIMENTEL, Bárbara Vieira. **Actors, spaces and governance instruments in the oral health care network**. 2020. 128f. Dissertation (Master in Public Health) - State University of Londrina, Londrina, 2020.

ABSTRACT

The study aimed to analyze the governance process in the Oral Health Care Network (OHCN) in a region of the state of Paraná, by understanding the term governance, characterizing the network, identifying actors, spaces, flows and analyzing instruments involved in the governance process. In the first moment, exploratory research was carried out, through literature review and documentary analysis in order to analyze to what extent the term governance has been approached and conceptualized in scientific production and in official Brazilian standards, subdivided into: Identification; Literature search (keywords, databases and application of defined criteria); Data evaluation and analysis. This was a descriptive and exploratory study with secondary data obtained through a database, with the objective of understanding the organization of oral health services existing in the municipalities of the region, divided and presented in: Identification; Description; Activity; Service and general information; analyzed by the *Epi-Info* program. In a third step, it was a study of qualitative approach the identification of actors, spaces, understanding of flows and governance instruments, through semi-structured interviews, with a key informant, which identified new spaces and actors for sequencing new interviews, was carried out. Data analysis was based on the assumptions of the discourse analysis method and under the theoretical perspective of Marques' governance (2013). Several governance concepts have been found in scientific publications, however, few have been used to refer to processes related to regionalization for the structuring of Health Care Networks (HCN). It was noticed the difficulty of operationalizing decentralization in local contexts and the norms do little to strengthen the cooperation and relations of solidarity between them. OHCN was organized by eight types of establishments, such as: Basic Unit; Specialty Center; Isolated office; General and Specialized Hospital, Polyclinic, Health Center and Diagnosis and Therapy Support Unit. Regarding the legal nature, 90.5% are public administration, with 6.7% being non-profit entities and 2.7% corporate entities. As for the management model, the municipal one was the most evident (77.7%), with 19.5% dual management and 2.7% state. It was evident the absence of non-governmental actors in the governance process and the capacity of the municipal entity to manage public affairs based on the joint and cooperative involvement of social, economic and institutional actors in their regional dimension. The predominance of informal relations as a governance tool was verified, with the use of technologies for their communication, through whatsapp, e-mail and telephone. the lack of proximity and knowledge of local realities, the lack of discussions about projects that meet common interests, hinder the construction of a relationship at the regional level from the perspective of governance. The participation of oral health professionals in regional actions is necessary, in a more cooperative and integrated way, with the presence of strategic actors with the capacity to influence the governance process and thus overcome its fragmentation and incipience, with the aspiration of promoting health care oral care in a more integral and equitable way.

Key words: Governance. Oral Health. Health Care. Regionalization. Oral Health Services.

Lista de Ilustrações

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 - Seleção dos artigos incluídos no estudo.....	52
Figura 2 - Distribuição dos conceitos de governança segundo sua relação com a saúde.....	53
Figura 3 - Gráfico da distribuição das normas jurídicas segundo elementos que as caracterizam.....	64
Figura 4 - Estabelecimentos de Saúde Odontológicos na 17ª Regional de Saúde do Paraná, 2019.....	72

Lista de Quadros

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Descrição dos trabalhos que trouxeram o termo governança relacionado a saúde	54
Quadro 2 - Relação de documentos selecionados	61
Quadro 3 - Tipos de estabelecimentos de saúde da 17ª Regional de Saúde que possuem serviços de saúde bucal, Paraná, 2019.	73
Quadro 4 - Natureza Jurídica dos Estabelecimentos de Saúde da 17ª Regional de Saúde, Paraná, 2019	75
Quadro 5 - Atores, espaços, fluxos e instrumentos de governança	85

Lista de Abreviaturas e Siglas

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AB	Atenção Básica
AC	Alta Complexidade
APS	Atenção Primária à Saúde
APAE	Associação de Pais e Amigos dos Excepcionais
CEO	Centro de Especialidades Odontológicas
CEFIL	Centro de Apoio e Reabilitação dos Portadores de Fissura Labiopalatal
CEREST	Centro de Referência em Saúde do Trabalhador
CIB	Comissão Intergestores Bipartite
CISMEPAR	Consórcio Intermunicipal de Saúde do Médio Paranapanema
CNES	Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
DRAS	Diretoria de Regulação e Avaliação em Saúde
ESB	Equipe de Saúde Bucal
ESF	Estratégia Saúde da Família
LRPD	Laboratório Regional de Prótese Dentária
PR	Paraná
RAS	Redes de Atenção à Saúde
RASB	Rede de Atenção à Saúde Bucal
RS	Regional de Saúde
SADT	Unidade de Apoio Diagnóstico e Terapêutico
MC	Média Complexidade
SADT	Serviço de Apoio Diagnóstico e Terapêutico
SESA	Secretaria de Estado da Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
UBS	Unidade Básica de Saúde
UEL	Universidade Estadual de Londrina

Sumário

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	26
2 REFERENCIAL TEÓRICO	30
2.1 GOVERNANÇA.....	31
2.2 REDES DE ATENÇÃO.....	34
3 OBJETIVOS	39
3.1 OBJETIVO GERAL.....	40
3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	40
4 PERCURSO METODOLÓGICO	41
4.1 PRIMEIRO MOMENTO: DESVELANDO A GOVERNANÇA	42
4.2 SEGUNDO MOMENTO: COMPREENDENDO A COMPOSIÇÃO DA REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE BUCAL	44
4.3 TERCEIRO MOMENTO: ATORES, ESPAÇOS, FLUXOS E INSTRUMENTOS DA GOVERNANÇA	45
5 RESULTADOS E DISCUSSÃO	47
5.1 ARTIGO 1: A diversidade do termo governança: um conceito estruturante do processo de regionalização e constituição das redes de atenção em saúde?	48
5.1.1 Resumo	48
5.1.2 Introdução	49
5.1.3 Metodologia	50
5.1.4 A Literatura Científica Sobre Governança	51
5.1.4.1 Características gerais	51
5.1.4.2 O termo governança no âmbito da saúde.....	54
5.1.4.3 Normas jurídicas sobre regionalização.....	60
5.1.5 Considerações Finais	65
5.1.6 Referências.....	66
5.2 ARTIGO 2: A organização da rede de atenção à saúde bucal em uma região de saúde do Paraná	69
5.2.1 Introdução	69
5.2.2 Método.....	71
5.2.3 Resultados.....	72

5.2.4 Discussão	76
5.2.5 Considerações Finais	78
5.2.6 Referências.....	80
5.3 ARTIGO 3: Atores, espaços e instrumentos de governança na rede de atenção à saúde bucal	82
5.3.1 Introdução	82
5.3.2 Método.....	83
5.3.3 Resultados.....	85
5.3.3.1 Atores.....	85
5.3.3.2 Espaços de governança.....	87
5.3.3.3 Fluxos	89
5.3.3.4 Instrumentos da governança	91
5.3.4 Discussão	95
5.3.5 Considerações Finais	99
5.3.6 Referências.....	101
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	104
REFERÊNCIAS.....	108
APÊNDICES.....	116
APÊNDICE 1 - Roteiro de entrevista - Informante-chave: Coordenador de Saúde Bucal da 17ª Regional de Saúde.....	117
APÊNDICE 2 - Roteiro de entrevista - Coordenadores de Centro de Especialidades Odontológicas.....	118
APÊNDICE 3 - Roteiro de entrevista - Coordenador de Saúde Bucal do município de Londrina.....	119
APÊNDICE 4 - Roteiro de entrevista - Gestor Municipal.....	120
APÊNDICE 5 - Roteiro de entrevista - Regulação.....	121
APÊNDICE 6 - Roteiro de entrevista – Consórcio.....	122
ANEXOS.....	123
ANEXO 1 - Termo de Consentimento Livre Esclarecido.....	124
ANEXO 2 - Parecer Consubstanciado do CEP.....	125
ANEXO 3 - Declaração de Concordância dos serviços envolvidos e/ou instituição	

coparticipante.....	128
ANEXO 4 - Declaração de Pesquisa em Saúde.....	129

1 *Introdução*

1 INTRODUÇÃO

A evolução do sistema de saúde no Brasil avançou de um modelo que anteriormente era considerado excludente e mutilador para um sistema universal, denominado de Sistema Único de Saúde (SUS), no qual a saúde é um direito de todos e um dever do Estado, garantido na Constituição de 1988 (BRASIL, 1988). Ainda que grandes avanços foram conquistados desde sua criação, é notório os desafios que este sistema ainda enfrenta, sendo parte deles, a expressiva desigualdade e heterogeneidade socioeconômica da população em um país com dimensões abrangentes e o subfinanciamento desde sua criação (PAIM *et al.*, 2011).

Como forma de superar alguns desafios, o Brasil estabeleceu que a conformação da assistência à saúde, seria organizada por redes, tendo por objetivo a construção de sistemas integrados de saúde. As redes de atenção à saúde passaram a ser veículo de um novo modo de gestão e organização dos serviços de saúde e facilitadoras da integração do processo de territorialização. No país, esse processo se iniciou em 2000, por meio de normas federais, com objetivo de regionalizar o sistema de saúde, e posteriormente, pelo início das Redes de Atenção à Saúde (RAS), como mecanismo de construção de sistemas integrados (VIANA *et al.*, 2018).

Diante de iniciativas de alguns estados do país, as RAS foram incorporadas oficialmente pelo SUS, somente em 2010, por meio da Portaria Ministerial nº 4.279/2010 (BRASIL, 2010) e do Decreto nº 7.508/2011 (BRASIL, 2011), que complementaram a Lei Orgânica da Saúde nº 8.080/1990 (BRASIL, 1990).

O modelo em Redes estabelece um molde que favorece o processo de regionalização dos serviços de saúde, tendo por objetivo a prestação de cuidados de forma integral, resolutiva, de qualidade, com integração e relações horizontais entre os distintos pontos de atenção, possuindo a Atenção Primária em Saúde (APS) como ordenadora do cuidado ofertado (LAVRAS, 2011; MENDES, 2011).

O sistema de saúde e sua organização em redes regionalizadas e integradas de atenção, tem por finalidade tentar superar um sistema fragmentado, reativo e episódico, além de propiciar maior integração e relação de interdependência entre os serviços em distintos níveis de complexidade. Para isso, é fundamental a existência de um sistema de governança participativo, que oportunize novos modos de interação entre Estado e sociedade, além de associar a descentralização dos serviços à necessidade de integração solidária entre os municípios (MENDES, 2011; GODOI, ANDRADE; MELLO, 2017).

A governança pode ser entendida como um recurso indispensável para o

estabelecimento dos sistemas de saúde. Sendo um processo de ação coletiva, promove a dinâmica de interação entre diversos atores, instituições e normas sociais. Nessa lógica, o envolvimento de diferentes sujeitos com distintos graus de autonomia determinam e executam suas vontades visando atingir um bem comum para uma dada sociedade (GODOI, ANDRADE; MELLO, 2017).

Embora existam inúmeras vertentes de estudos que abordam o tema governança, seu conceito ainda é permeado de imprecisões, sendo aplicado muitas vezes de forma normativa no que concerne à saúde. Entretanto, o sistema de governança pode ser utilizado de diversos modos, de forma que as interações nas tomadas de decisão, articulação de processos, resoluções de conflitos entre sujeitos, bem como as regras do jogo, promovam uma nova dinâmica de decisões (SANTOS; GIOVANELLA, 2014).

No âmbito da saúde bucal, as ações no SUS eram anteriormente ofertadas de forma paralela ao processo de organização dos demais serviços de saúde, com baixo poder de resolubilidade, de maneira que eram incapazes de equacionar os principais problemas da população. Um dos avanços que merece destaque para mudança desse cenário, foi a ampliação da saúde bucal por meio de uma política específica em 2004, a “Política Nacional de Saúde Bucal”, conhecida como Brasil Sorridente, delineada a partir dos princípios do cuidado e da integralidade (BRASIL, 2016).

Com tal política, a saúde bucal passou a ser ofertada de forma mais integral, com inserção de atendimentos mais completos e a criação de uma rede de serviços de atenção em saúde bucal (PUCCA JÚNIOR *et al.*, 2015). Também foi modificado o conceito da assistência à saúde, realizada de modo pontual e isolado, para o de atenção à saúde em que o cuidado integral é fortalecido. Esforça-se ainda para incitar a promoção, prevenção e a avaliação dos agravos bucais, com base em um modelo de gestão articulado com as demais áreas governamentais e a sociedade civil (PARANÁ, 2019).

Entretanto, a inserção do cuidado na perspectiva de rede, ainda perpassa por muitas indefinições quanto à sua funcionalidade, aspectos estruturais, níveis de atenção, sistemas de apoio, bem como as articulações necessárias para o cumprimento de objetivos. Há um distanciamento entre o previsto e a realidade nos diversos níveis de atenção para que o cuidado à saúde bucal se efetive (MELLO *et al.*, 2014).

O modelo de atenção em saúde bucal organizado em rede funciona como alternativa de melhor eficiência de resposta às aspirações e às necessidades individuais e coletivas, no qual compensa a fragmentada e insuficiente existência histórica do Estado no âmbito da saúde bucal coletiva (MELLO *et al.*, 2014). Embora ainda persista o desafio de integração da saúde

bucal na perspectiva de redes, faz-se necessário incorporá-las nos moldes da integralidade do sistema público de saúde (GODOI, ANDRADE; MELLO, 2017).

Nesse aspecto a RASB nacional foi constituída por alguns componentes, os quais formam um arranjo operacional a fim de garantir o cuidado e integralidade em saúde, sendo elas: Atenção básica (Centro de comunicação), pontos de atenção em nível especializado e hospitalar, sistemas de apoio (Diagnóstico e terapêutico, assistência farmacêutica e sistema de informação), sistemas logísticos (identificação de usuários, prontuários, acesso regulador e transportes) e por fim o sistema de governança (BRASIL, 2018).

No Paraná a Rede de Atenção à Saúde Bucal (RASB) surge então, no ano de 2014, como sugestão de política pública para o Estado, como sexta rede temática. Veio como um conjunto de ações que envolvem o controle dos agravos bucais, por meio da promoção e prevenção em saúde e reabilitação integral do paciente (DITTERICH *et al.*, 2019).

O sistema de governança, sendo um elemento constitutivo da RAS, suscita à construção de consensos para sua organização. É de fundamental importância a existência da governança em assuntos referentes a essa rede, inserida nos planos municipais de saúde, presente em pautas e espaços com poder decisório (PARANÁ, 2019). A governança vem com uma proposta de integração e regionalização, de forma a garantir sustentabilidade, justiça social, eficiência e efetividade às suas intervenções (GODOI, ANDRADE; MELLO, 2017).

Tendo em vista a recente estruturação da RASB no Paraná e sua operacionalização no âmbito de uma rede regionalizada, faz-se necessário compreender a condução empreendida na tomada de decisão e a atuação, bem como o uso de mecanismos de articulação dos diferentes atores no planejamento e implantação dessa rede.

Considerando que a integração entre os diversos níveis de complexidade continua sendo um óbice a ser superado na atenção à saúde bucal; que esta apresenta-se descolada da organização dos serviços na perspectiva de rede além da pouca priorização da saúde bucal nas redes temáticas (BRASIL, 2014); e ainda a incipiente aplicação da concepção da governança sobre a estruturação dos serviços de saúde bucal (GODOI *et al.*, 2017), questiona-se:

- Como está organizada a RASB na 17ª RS do Paraná?
- Como ocorre o processo de governança na RASB da 17ª RS do Paraná?

Com intuito de responder estas questões, além de realizar uma análise qualificada do objeto de estudo, a mesma será subsidiada pelo referencial teórico das RAS, sistematizado por Eugênio Vilaça Mendes (2011) e referencial teórico de governança, a partir dos materiais produzidos por Marques (2013, 2019), apresentados a seguir.

2 Referencial Teórico

2 REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 GOVERNANÇA

A origem do conceito de governança vem do latim *gubernare*, que tem por definição o ato de governar, dirigir ou guiar, e pode ser estabelecido como o desenvolvimento de ação coletiva que estabelece a interação entre os atores, a dinâmica, os processos e as relações formais e informais, mediante distintas formas com que uma sociedade ou instituição organizativa define, implementa e determina suas condutas (PIERRE; PETERS, 2000).

Embora a expressão governança exista desde a antiguidade, de acordo com o Banco Mundial (1992), o vocábulo foi propagado internacionalmente com base na publicação do documento *Governance and Development*, na circunstância de realizações institucionais internacionais que exploraram o papel do Estado nesse aspecto, na procura de maior eficiência das políticas públicas (HUFTY; BÁSCOLO; BAZZANI, 2006).

Neste contexto, *governance* foi definida como a habilidade dos governos de efetivar, controlar, e ter autoridade e poder no gerenciamento dos recursos sociais e econômicos de um país, por intermédio do planejamento, da elaboração e da implementação de políticas e de execução de atribuições para o desenvolvimento (GOLÇALVES, 2006).

Apesar da existência de indícios de seu uso desde os primeiros registros escritos, o termo “governança” tornou-se presente na literatura acadêmica e profissional, mais fortemente nas últimas décadas do século XX, doravante às modificações no campo da gestão organizacional e das políticas públicas (PLUMPTRE; GRAHAM, 1999).

Desde então, o uso do termo governança tem sido utilizado nas mais variadas vertentes de estudo, tanto para discutir, por exemplo, aspectos da economia, saúde, educação, quanto à ciência, política e ambiente. A principal razão de seu recente uso em grande proporção se trata da capacidade de contemplar toda a gama de relações e instituições envolvidas na forma de governar, de maneira oposta ao conceito mais restrito de governo, vertente utilizada em suas origens (ANDRADE, 2012).

Isto posto, apesar da concepção apresentada inicialmente, com evidências de controle soberano do governo e hierarquia definida, a compreensão não se restringe, contudo, aos conceitos de gerenciamento e administração do Estado, nos quais as instâncias exercem controle e obediência, nem representa o desempenho eficiente dos órgãos estatais (SANTOS, 1997). De maneira oposta, a governança é uma nova possibilidade ao centralismo decisório,

sugerindo a transferência de uma gestão excêntrica para uma gestão mais dialogada (KNOPP; ALCOFORADO, 2010).

Ainda não há uma definição consensual e estável do conceito de governança, porém, seu uso é cada vez mais difundido. Nesse sentido é essencial delimitar as formas, sua origem e seus usos, propiciar um significado mais claro e torná-lo uma ferramenta operacional (HUFTY; BÁSCOLO; BAZZANI, 2006).

De acordo com França (2012), a governança é um arranjo organizativo para conduzir determinado processo, em que se produzem relações entre diversos atores, não necessariamente de forma hierárquica, pelo contrário, todos têm voz. Respalda-se na multiplicidade de atores, em que suas relações e interações podem ser definidas de modo formal e informal.

É atribuída à governança a forma pela qual as relações se estabelecem, sendo elas congruentes ou não. Destaca-se que, se bem determinada irá produzir efeitos na tomada de decisão em um dado espaço. Todos os interessados conhecem, se responsabilizam e prestam contas sobre as ações (FRANÇA, 2012; JACOBI, 2012).

Refere-se ainda à interação entre atores, de composição pluri-institucional, em que há articulação, cooperação, dinâmica dos processos e as regras do jogo. Essas relações, podem ser pactuadas entre atores da sociedade civil, políticos, arranjos institucionais governamentais, não-governamentais, privados e organizações de distintos segmentos. Refere-se ao meio de se implementar decisões e determinar comportamentos, podendo ser aplicável em diversos níveis: local, municipal, nacional e internacional (COMISSÃO SOBRE GOVERNANÇA GLOBAL, 1996; SANTOS, 1997; HUFTY; BÁSCOLO; BAZZANI, 2006).

De acordo com Plumptre & Graham (1999), a governança envolve a comunicação entre organizações, processos e tradições que pormenorizam como o poder é exercido, como as decisões são realizadas e como os atores reiteram. A governança é a adição das diversas formas pelas quais indivíduos e organizações lidam com temáticas comuns. É um processo em que interesses distintos, análogos ou conflitantes, interagem, podendo eventualmente guiar à ação cooperativa.

Para Ribeiro, Tanaka e Denis (2017), o conceito de governança designa o agrupamento de regras, processos e práticas no que concerne à qualidade do exercício do poder, no tocante à responsabilidade, clareza, concordância e efetividade. Enfatiza medidas de agregar mais pessoas e organizações, com vistas a realizar e promover o máximo de responsabilização de todos os envolvidos.

Marques (2013) defende ainda a concepção de que a inclusão de variados atores em sua multiplicidade, na participação de pactuações e nas definições nos arranjos organizacionais, não garantem horizontalidade. Estes participam das ações mediante seus recursos disponíveis, sendo portanto, a apropriação de recursos de poder, distinta para cada sujeito.

Dessa forma, nem sempre as interações tendem à neutralidade, pois o conjunto de interesses gera, portanto, em um duelo de governança ora compreendida como avanço com inclusão de novos atores e demandas sociais, ora como disparadora de interesses particulares. O maior desafio é o de avançar sem considerar as assimetrias presentes entre os membros, de promover acordos baseados em pontos comuns que possam gerar a evolução dos processos e atos mais cooperativos (IBANHES, 2007).

Parte-se da constatação de que políticas públicas são implicadas de influência de inúmeros atores, arranjos organizativos e instituições de distintos formatos, entretanto, autores discordam se estas transformações são positivas ou negativas. A compreensão da governança, nesse sentido, tem oscilado sob a perspectiva do juízo de valor de “má governança” ou “boa governança” dependendo do ator dominante (MARQUES, 2019).

Ainda para Marques (2019), ambas as visões apresentam inconvenientes, pois resumem a governança aos moldes de positiva ou negativa, oriundas pela hierarquização e soberania do Estado ou redução deste, com maior presença do setor privado ou de entidades associativas.

Esse deslocamento da capacidade estatal, para um segmento mais reducionista, trata-se da percepção de perda de controle do Estado sobre os processos de políticas públicas a partir da emergência e concentração das interações entre os atores estatais, do mercado e da sociedade civil (PIRES; GOMIDE, 2016).

O desmembramento e fragmentação das estruturas burocráticas verticalizadas, além da transição de atribuições e aplicações para a sociedade civil e para o mercado, foi compreendida por Pires & Gomide (2016) como supressão da capacidade estatal, proporcionando maior abertura para o protagonismo do mercado e da sociedade. Porém, apontam que a intensificação das interações entre entes estatais e não estatais na implementação de políticas públicas são fundamentais, resultando em complementariedades e sinergias, e não apenas substituição.

Diante disso, a governança em sua essência se apresenta como acordos provenientes de relações em que não se faz juízo de valor. Ou seja, não possui a pretensão de compreender

a validade ou virtuosidade das interações, mas sim entender que, independente do pacto tratado, todos produzem resultados em termos de identidades e interesses (FRANÇA, 2012).

Portanto, a aplicação do conceito de governança como facilitadora do processo político faz expressar ferramentas e práticas objetivas que permitem a dinâmica do governo, sendo um meio eficaz para gerar resultados produtivos, sem necessariamente utilizar a coerção (GONÇALVES, 2006).

O processo de governança é fundamental para o funcionamento de uma rede regionalizada, sendo componente essencial da rede. Caracterizada por um processo de participação e negociação entre diversos sujeitos com diferentes graus de autonomia em distintos espaços. Representam um grupo diversificado de interesses (públicos e privados) em uma estrutura institucional estável que incentiva relações de cooperação entre governos, agentes, organizações e cidadãos para estabelecer vínculos e redes entre sujeitos e instituições (SANTOS; GIOVANELLA, 2014).

O sistema de governança na RAS tem por objetivo criar estratégias nas organizações que compõem a região de saúde para articular as políticas institucionais e desenvolver a capacidade de gestão. Exercer a governança nas regiões de saúde implica no compartilhamento de estruturas administrativas, de recursos, sistema logístico e apoio, propiciando um processo contínuo de monitoramento e avaliação das Redes de Atenção à Saúde (BRASIL, 2010a).

Dessa forma, adotou-se como um conceito geral utilizado nesse estudo, a definição de Marques (2013, 2019), em que a governança se refere aos processos de governo, à reorientação das formas de relação entre Estado e sociedade ou entre governos, agentes privados e sociedade, abrangendo o exercício do poder. Permite a emergência de outras organizações e a capacidade de ação de vários atores, que não apenas os governamentais, mas também os não governamentais/informais, incluindo agentes privados, comunidades profissionais e movimentos sociais na condução das políticas públicas (MARQUES, 2013).

2.2 REDES DE ATENÇÃO

Os sistemas de atenção à saúde são soluções sociais estipuladas às necessidades de saúde de uma dada sociedade, entretanto, a situação atual de saúde, se mostra por vezes como um sistema fragmentado, desarticulado, heterogêneo, reativo e acessório. Dessa forma, o estabelecimento da organização dos serviços de saúde por meio de uma rede regionalizada,

proporciona coerência entre a situação de saúde e o SUS, sendo, portanto, uma nova configuração na organização do sistema, de forma mais integrada, propiciando efetividade às condições de saúde da população (MENDES, 2011).

As Redes de Atenção à Saúde (RAS) constituem-se em um arranjo de ações e serviços, articulados em níveis de complexidade distintos, interligadas por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, compostas de relações horizontais entre os níveis de atenção, tendo como núcleo de interlocução a APS. Tem como objetivo a garantia da integralidade da assistência à saúde (BRASIL, 2010b).

Mendes (2011), menciona que as RAS possuem três elementos constitutivos: A população, a estrutura operacional e o modelo de atenção à saúde. A população é elemento primordial, sendo agente final do cuidado em saúde; a estrutura operacional é constituída pelos nós das redes e pelas ligações materiais e imateriais que comunicam essas junções e os modelos de atenção à saúde são sistemas lógicos que organizam o funcionamento das RAS.

Para organização das RAS de forma efetiva e com qualidade, estas se apoiam em alguns fundamentos que asseguram resolutividade, sendo estes: Economia de escala, disponibilidade de recursos, qualidade e acesso; integração horizontal e vertical; processos de substituição; territórios sanitários; e níveis de atenção (MENDES, 2011).

Mendes (2011) refere que economia de escala, qualidade e acesso aos diferentes pontos de atenção à saúde determinam a coerência da organização das RAS e necessita de disponibilidade de recursos suficientes para seu desenvolvimento. A integração horizontal ocorre entre unidades produtivas iguais, a fim de obter ganhos de escala e, conseqüentemente, maior eficiência e competitividade, sendo a vertical ao contrário, procede entre unidades produtivas diferentes para formar uma cadeia produtiva com maior agregação de valor.

No que concerne à substituição, esta é definida como rearranjo constante de recursos entre os serviços de saúde para averiguar melhores resultados com menores custos, em conformidade às demandas e necessidades da população com os recursos disponíveis. Diferentes pontos de atenção podem ser reorganizados para gerar melhores resultados sanitários e econômicos (MENDES, 2010).

Os territórios sanitários são fluxos sanitários da população em busca do cuidado em saúde; e os níveis de atenção compõem-se por arranjos produtivos conformados segundo densidades tecnológicas específicas (BRASIL, 2010b; MENDES, 2011).

No que tange especificamente à RASB, diante dos modelos historicamente com baixo poder de resolubilidade à assistência, a proposta das RAS veio com intuito de viabilizar qualidade, eficiência e eficácia na prestação de cuidados odontológicos para a sociedade.

Promove o deslocamento da assistência realizada de forma pontual e isolacionista, propiciando a promoção, prevenção e tratamento dos agravos bucais, por meio de articulação e interação com demais entes com poder decisório (GODOI, ANDRADE; MELLO, 2017; PARANÁ, 2019).

Um avanço que merece destaque é a ampliação da saúde bucal no SUS, por meio de uma política específica e articulada chamada “Brasil Sorridente” - Política Nacional de Saúde Bucal (CAYETANO *et al.*, 2019). Por meio desta, a saúde bucal foi notória zona estratégica e a Coordenação Nacional de Saúde Bucal, para a organização deste novo modelo, alinhado à Política Nacional de Saúde e baseado nos fundamentos da Estratégia de Saúde da Família (ESF). Esta rede de cuidado em saúde bucal foi prevista com eixo nos princípios do cuidado da criança, adolescente, adulto, idoso, com o estabelecimento de fluxos que impliquem ações resolutivas das equipes de saúde, focadas no acolher, orientar, atender e encaminhar (CARRER *et al.*, 2018).

O aumento de Equipe de Saúde Bucal (ESB) junto à ESF tem proporcionado melhoria no acesso, como parte importante da estratégia de expansão e adequação do modelo de atenção à saúde bucal no SUS, e conseqüentemente, permitindo que a rede seja mais bem viabilizada (CAYETANO *et al.*, 2019). A saúde bucal efetivamente se inseriu nessa rede e as maiores evoluções foram no âmbito da institucionalização da política e na infraestrutura dos serviços de saúde bucal, nos três diferentes níveis de atenção (Atenção Básica, Média Complexidade e Alta Complexidade) (CARRER *et al.*, 2018).

Dentre experiências da RASB, o estado de Minas Gerais (MG) e do PR se tornaram destaques de exemplo no país. Vieram promover mudanças na concepção de Redes Temáticas, e, no que concerne à saúde bucal, instituíram diretrizes para a construção de linhas guias de cuidado. Em 2007, a Secretaria de Estado da Saúde (SESA) de MG desencadeou um processo de fortalecimento da APS, por meio de um conjunto de oficinas com o apoio das universidades, para os profissionais da APS dos municípios para a construção das RAS. A RASB de MG foi criada então, pela Deliberação CIB/SUS-MG nº. 1676/2013, com intuito de avançar na integralidade, equidade e universalidade do acesso à atenção no âmbito do SUS. (LUCENA *et al.*, 2016).

A construção da RASB no PR tem se mostrado pioneiro na implementação de programas e políticas, apontado como modelo de organização dos serviços odontológicos no Brasil. Esta condição foi favorecida, diante da marcante presença político-organizacional e normativa da SESA-PR, que delineou estratégias e ações de capacitação para as equipes da APS (DITTERICH *et al.*, 2019).

Estas ações de fortalecimento da APS fazem parte do Programa de Qualificação da APS, conhecido como APSUS, o qual apresenta 3 eixos de ações: investimento, custeio e educação permanente. No fundamento da educação permanente, foram executadas diversas oficinas com o intuito de implementar RAS no PR, utilizando-se estratégia similar à de MG. O modelo da rede de forma completa tem sido discutido desde o início da primeira oficina, possibilitando refletir a delimitação dos serviços nos diferentes níveis de atenção. Vale ressaltar que o estado do PR também se mostrou como pioneiro na inserção das ESB na ESF, antes mesmo da normatização do Ministério da Saúde (LUCENA *et al.*, 2016).

Portanto, o estado do PR vem promovendo mudanças na concepção de Redes Temáticas, instituindo diretrizes para a construção da linha guia da RASB, delineada e lançada em abril de 2014 e atualizada em 2016. A linha guia da RASB apresenta diretrizes, define pontos de atenção e normativas para o atendimento dos pacientes, com estabelecimento de risco coletivo e individual e reforça ainda, a importância do trabalho articulado e em equipe na busca de um trabalho efetivo nos serviços de saúde, com foco na qualidade da atenção e na humanização (PARANÁ, 2016).

A assistência em saúde bucal, organizada em uma rede regionalizada suscita eficiência de resultados no que tange aos interesses individuais e coletivos de uma população, que tenta reparar uma fragmentação e desarticulação dos serviços, quanto das ações em saúde (MELLO *et al.*, 2014). Apesar disso, até então perdura o desafio de integração da saúde bucal na concepção de redes, faz-se necessário suas atribuições nos moldes da integralidade do sistema público de saúde, além de esforços para se tornar uma rede temática efetiva (GODOI, ANDRADE; MELLO, 2017).

As RAS, portanto, são compreendidas no domínio de uma região de saúde, ou de várias delas, que são áreas geográficas constituídas por conjuntos de municípios limítrofes, delimitadas a partir de identidades culturais, econômicas e sociais. Nessas regiões, as ações e serviços são estruturados a fim de atender às demandas dos municípios, assegurando o acesso, a equidade e a integralidade do cuidado, bem como eficiência econômica (BRASIL, 2010b).

A região de saúde, compreende um espaço de cooperação entre atores, que geram parcerias horizontais e verticais, no qual a mobilização de esforços colaborativos e a auto-organização democrática sucedem. A dinâmica política no processo de regionalização está intimamente ligada às relações intergovernamentais e interfederativas das três esferas de poder, requisita portanto, a procura da paridade entre elas, a fim de superar as desigualdades regionais (CONASS, 2018; RIBEIRO, TANAKA; DENIS 2017).

Nesse aspecto, surge o sistema de governança, elemento crucial nas RAS. Entendida como a capacidade de intervenção que envolve diferentes atores, mecanismos e procedimentos para a gestão regional compartilhada da referida rede (RIBEIRO, TANAKA; DENIS 2017).

A proposta das RAS se deu por meio da Portaria nº 4279/2010, na qual são citados instrumentos e mecanismos de natureza operacional de governança, fundamental na operacionalização da rede, tais como: “Roteiros de diagnóstico, planejamento e programações regionais, sistemas de informação e identificação dos usuários, normas e regras de utilização de serviços, processos conjuntos de aquisição de insumos, complexos reguladores, contratos de serviços, sistemas de certificação/acreditação, sistema de monitoramento e avaliação, comissões/câmaras técnicas temáticas, entre outros” (BRASIL, 2010, p.14).

O sistema de governança é um arranjo organizativo que envolve distintos atores, bem como mecanismos e procedimentos para a gestão na perspectiva regionalizada, com vistas ao aumento da interdependência, propiciando resultados sanitários e econômicos para a população. Objetiva-se articular as políticas e desenvolver a capacidade de gestão, bem como o deslocamento de atribuições para os responsáveis locais e para os municípios, a participação cívica dos cidadãos e a utilização das redes (MENDES, 2010).

É de suma importância o processo de governança na região de saúde. Esta precisa ser fortalecida no aspecto da inclusão de diversos atores, além de enfrentar os desafios inerentes à organização das ações e dos serviços, uma vez que a RAS deve ser composta pelos três níveis de atenção para garantir viabilidade operacional de forma tripartite (CONASS, 2018).

Portanto, a governança é um modo que viabiliza a administração e a integração entre os componentes da rede, e é encarregada pelo processo de elaboração, monitoramento, análise e tomada de decisão (RODRIGUEZ *et al.*, 2010). Esta pressupõe a eficácia e equidade, juntamente com mecanismos de atuação que devem pautar a operacionalização da assistência. É um processo interativo de ação coletiva no plano das políticas de saúde (FRENK, MOON, 2013).

3 OBJETIVOS

3.1 OBJETIVO GERAL

Analisar o processo de governança na rede de atenção à saúde bucal na 17ª Regional de Saúde.

3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- 3.2.1 Identificar e analisar os conceitos de governança publicados em periódicos científicos e normas oficiais brasileiras;
- 3.2.2 Mapear e caracterizar a organização da Rede de Atenção à Saúde Bucal na 17ª Regional de Saúde (RS);
- 3.2.3 Identificar atores, espaços, fluxos, instrumentos envolvidos no processo de governança da Rede de Atenção à Saúde Bucal;
- 3.2.4 Analisar os instrumentos envolvidos no processo de governança da Rede de Atenção à Saúde Bucal.

4 *Percurso Metodológico*

4 PERCURSO METODOLÓGICO

Trata-se de um estudo exploratório, com abordagem quanti-quali, realizado por meio de consulta de bases de dados e realização de entrevistas semiestruturadas com atores inseridos nos espaços que operacionalizam o processo de governança na RASB da região.

Estudos com abordagem qualitativa visam obter dados descritivos sobre pessoas e métodos interativos, por meio do contato direto entre o pesquisador e o contexto analisado. Procura compreender os fenômenos de acordo com a perspectiva dos sujeitos, analisando o campo empírico em seu ambiente local (GODOY, 1995). Apresenta, portanto, como matéria-prima, o conhecimento, a experiência, o senso comum e a ação, sendo necessário compreender, interpretar, problematizar e dialetizar (MINAYO, 2012).

Minayo & Sanches (1993), afirmam que essa abordagem está permeada pelo campo da subjetividade e do simbolismo. Verifica-se, dessa forma, uma aproximação substancial entre sujeito e objeto, que visa compreender os motivos e as intenções dos atores, os quais fazem com que as ações, as organizações e as relações sejam significativas.

O presente estudo foi realizado na 17ª RS, localizada na macrorregião Norte do Paraná. Essa região é composta por 21 Municípios: Assaí, Bela Vista do Paraíso, Sertãoópolis, Alvorada do Sul, Cafeara, Centenário do Sul, Florestópolis, Guaraci, Jaguapitã, Jataizinho, Lupionópolis, Miraselva, Pitangueiras, Porecatu, Prado Ferreira, Primeiro de Maio, Tamarana, Cambé, Ibiporã, Londrina e Rolândia. Destes municípios, um município é classificado como de grande porte, três de médio porte e os 14 demais municípios como de pequeno porte. A população da região é de 871.267 habitantes (PARANÁ, 2016).

A presente pesquisa respeita os preceitos éticos contidos na resolução nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 2012), e foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos da instituição em que os autores estão vinculados sob o parecer 3.120.681.

Dessa forma, o presente estudo consistiu em três momentos metodológicos a fim de corresponder aos objetivos e viabilizar os achados dessa pesquisa, descritos a seguir.

4.1 PRIMEIRO MOMENTO: DESVELANDO A GOVERNANÇA

O conceito de governança, conforme apresentado no referencial teórico na presente pesquisa é difundido por inúmeras vertentes de estudo, perpassa por uma gama de

conceituações, abordagens e percepções distintas, sendo portanto, necessária uma análise teórica aprofundada para melhor compreensão. Diante disso, a fim de compreender os diferentes conceitos de governança, foi realizada uma revisão de literatura.

A revisão de literatura buscou desvelar a abordagem do tema na produção científica nacional e internacional, sendo seguidas as seguintes etapas: (1) Identificação do problema; (2) Busca da literatura (com a delimitação de palavras-chave, bases de dados e aplicação dos critérios definidos para a seleção dos artigos); (3) Avaliação e (4) Análise dos dados obtidos.

A busca bibliográfica foi realizada no período de fevereiro a março de 2019, nas bases de dados: Medical Literature Analysis and Retrieval System Online (MedLine), Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (Lilacs) e portal da Scientific Electronic Library Online (SciELO). Como critérios de inclusão foram utilizados artigos que abordam a temática pesquisada, com disponibilidade online do texto na íntegra, nos idiomas português, inglês e espanhol, sem limites de data de publicação. Como critérios de exclusão: livro ou capítulo de livro, estudo de caso, revisões, ensaios de opinião, dissertações, monografias e teses. Na busca dos artigos nas bases de dados selecionadas, utilizou-se o termo “governança”, “governance” e “governanza” como descritores.

A análise documental buscou identificar a governança nas normas oficiais brasileiras relacionadas ao processo de regionalização dos serviços de saúde e consistiu em duas fases: na primeira, ocorreu a localização da fonte e a seleção dos documentos; na segunda, o tratamento das informações recolhidas e sua análise. A identificação dos documentos foi realizada por meio do portal virtual de acesso aberto SAÚDE LEGIS (<http://portal2.saude.gov.br/saudelegis>), na seção Pesquisa de Norma, acessado em dezembro de 2018, utilizando-se a palavra-chave “regionalização”. Esse termo foi selecionado objetivando ampliar a busca, pois a governança constitui um componente das RAS inserida nos documentos que tratam da regionalização. Fizeram parte do estudo os documentos publicados entre o período de 1990 a 2018.

Foram excluídas as normas relativas à transferência de recursos e custeio de serviços específicos, e instrumentos secundários destinados ao detalhamento de portarias que envolvem o financiamento regional, bem como, os que conferiam categorias de gestão aos entes envolvidos.

Após coleta dos documentos, a interpretação dos mesmos foi feita procurando averiguar como as normas identificadas tratam aspectos que envolvem a governança. Para a análise, considerou-se o conceito de governança de Marques (2013).

Explorar como o termo governança tem sido discutido colabora para melhor compreensão dos atores, processos, condutas e desafios no espaço regional com vistas à operacionalização da regionalização e estabelecimento da RASB, primordial na compreensão do presente estudo.

4.2 SEGUNDO MOMENTO: COMPREENDENDO A COMPOSIÇÃO DA REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE BUCAL

Com o propósito de mapear e caracterizar a RASB da região estudada foi realizado um levantamento a partir de dados secundários sobre os serviços de saúde bucal existentes nos 21 municípios da 17ª RS do PR. Para o mapeamento da rede foi utilizado base de dados ‘Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), a partir do acesso aos itens “Consultas/Estabelecimento/Identificação”.

Definiu-se como critério de inclusão todos os estabelecimentos que atendiam o SUS no estado do Paraná e que se localizavam nos municípios que compõem a 17ª RS. Os dados foram coletados e organizados em uma planilha Excel, no que concerne aos serviços de Odontologia da região, divididos e apresentados em cinco grandes áreas conforme o CNES: Identificação, Caracterização, Atividade, Atendimento e Informações gerais.

Quanto à “Identificação”, os campos inclusos foram: Os 21 municípios identificados, número de cadastro no CNES, nome fantasia do serviço, natureza jurídica, tipo de estabelecimento, subtipo de estabelecimento e modelo de gestão. Quanto ao item “Caracterização”, tratou-se da presença de atividade de ensino e pesquisa nos serviços e código da natureza jurídica.

O campo “Atividade” referiu-se à atividade: ambulatorial e/ou hospitalar e o nível de atenção desse serviço. No que se refere ao “Atendimento”, o tipo de atendimento foi inserido, o tipo de convênio, que no caso foram todos os atendidos pelo SUS e o fluxo de clientela (demanda espontânea e referenciada). Como “Informações gerais” dos estabelecimentos de saúde bucal, os itens inseridos foram: Instalações físicas para assistência, quantidade de consultórios, leitos e equipamentos, classificação dos serviços, tipo de unidade e turno de atendimento.

Os resultados foram analisados a partir de frequências absolutas e relativas pelo programa *Epi-Info* versão 7.2.2.6, a fim de caracterizar quantitativamente os serviços de odontologia da RASB da região estudada.

4.3 TERCEIRO MOMENTO: ATORES, ESPAÇOS, FLUXOS E INSTRUMENTOS DA GOVERNANÇA

Para identificação dos atores, espaços envolvidos, compreensão dos fluxos, além de instrumentos pertinentes ao sistema de governança da região, foram realizadas 13 entrevistas. A primeira com um coordenador de saúde bucal, responsável pela 17ª RS, tendo como papel de informante-chave para a identificação de novos atores. Em seguida, foram entrevistados cinco coordenadores de Centros de Especialidades Odontológicas (CEO) dos municípios de Ibiporã, Cambé, Rolândia e Londrina (Município e Universidade).

Por meio das entrevistas realizadas com os coordenadores dos CEO, novos atores foram elencados: Um coordenador de saúde bucal do município sede da região, um gestor municipal de município de pequeno porte e um responsável pela central de regulação de vagas odontológicas especializadas, que tem o papel de regular as vagas e ser elo entre os distintos pontos da rede. Quatro diretores do consórcio intermunicipal de saúde, os quais são realizadas pactuações e parcerias com outras esferas de gestão. Desta forma sucederam-se entrevistas com a diretoria executiva, contábil, financeira, administrativa, de planejamento e atenção em redes de saúde, realizada de forma coletiva, em um único momento.

A entrevista realizada com o gestor de município de pequeno porte, que só possui serviços odontológicos da atenção básica, visou compreender como se dava o fluxo dos usuários desses municípios para os serviços especializados em odontologia na região.

As entrevistas na pesquisa qualitativa são instrumentos primordiais para mapear práticas, valores e concepções em um dado espaço da sociedade. Dessa forma, permitem ao pesquisador imergir no universo desse sujeito entrevistado, coletando indícios da forma como cada indivíduo observa e significa sua realidade. Proporciona elementos consistentes que viabilizem descrever e compreender o fundamento que rege as relações que se estabelecem naquele grupo (DUARTE, 2004).

Para cada grupo de atores foi elaborado um roteiro semiestruturado, contendo questões relacionadas ao tema da pesquisa. As entrevistas foram registradas em gravador de áudio e transcritas na íntegra. Com os dados transcritos, iniciou-se leitura flutuante, ou seja, um primeiro contato com os documentos que foram submetidos à análise, a seleção, a formulação das hipóteses e objetivos, a estruturação de fundamentos que orientaram a interpretação e a preparação efetiva do material (HOFFMAN, 2013). As falas dos entrevistados foram codificadas com a letra P, seguida de um número, de acordo com a ordem em que foram realizadas as entrevistas (P1, P2, ... P12).

Sequencialmente, houve uma leitura analítica-exploratória com o objetivo de extrair unidades de significado para traduzir de uma forma mais categórica o que foi expresso pelos entrevistados. Realizou-se primeiramente a análise individual (ideográfica) e posteriormente a análise geral (nomotética) sendo finalmente, realizada a convergência das unidades de significado a fim de identificar os discursos que continham a mesma perspectiva, bem como as divergências presentes (LIMA, 2016).

A partir da análise geral e convergência dos dados criou-se intencionalmente quatro grandes categorias empíricas para melhor interpretação do material, de modo que houvesse relação com os atores, espaços, fluxos ou instrumentos, além de desafios e fragilidades identificados nos discursos.

A análise de discurso permitiu compreender o sentido e não somente o conteúdo do texto, um sentido que não é traduzido, mas produzido. Teve por finalidade buscar os efeitos de sentido que se pode apreender mediante interpretação (LIMA, 2016).

A análise dos resultados foi realizada sob a perspectiva teórica da governança (MARQUES, 2013), a qual se refere aos processos de governo, à reorientação das formas de relações, com abrangência do exercício do poder já mencionado no presente estudo.

5 Resultados e Discussão

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

5.1 ARTIGO 1: A diversidade do termo governança: um conceito estruturante do processo de regionalização e constituição das redes de atenção em saúde?

Submetido à Cadernos de Saúde Pública

5.1.1 Resumo

Explorar como o termo governança tem sido abordado colabora para melhor compreender os atores, processos, condutas e desafios no espaço regional. Diante disso, o objetivo desse estudo foi analisar como o termo governança tem sido conceituado na produção científica e nas normas oficiais brasileiras. Foram realizadas revisão de literatura e análise documental. A busca bibliográfica utilizou as bases de dados MedLine, Lilacs, Scielo, e o termo “governança” como descritor. A identificação dos documentos foi realizada por meio do portal virtual de acesso aberto SAÚDE LEGIS, na seção Pesquisa de Norma, utilizando-se a palavra-chave “regionalização”. Inicialmente foram encontrados 619 artigos, e após exclusões chegou-se a um total de 40 estudos. A análise dos artigos permitiu identificar 25 variações do conceito de governança, dessas, apenas 12 diferentes conceitos de governança relacionados ao âmbito da saúde. Poucas denominações se referiam à regionalização para a estruturação das RAS. O conceito “governança regional” foi o mais referido para se tratar da regionalização. Foram identificados 57 instrumentos jurídicos oficiais, que após as exclusões, resultaram em 15 documentos analisados. Tanto as publicações como as normativas oficiais centralizam a abordagem da governança na orientação da relação entre os governos para a organização dos serviços de saúde, fica incipiente a relação entre governo e sociedade e com o setor privado. A incorporação do termo governança demonstra a necessidade de novos arranjos na política social e intergovernamental, com a participação social e novas interlocuções entre os atores em busca de parcerias para atingir objetivos comuns.

Palavras-chave: Governança; Regionalização; Assistência à Saúde.

5.1.2 Introdução

No mundo, vários países, tais como Inglaterra, Alemanha e Canadá, buscaram incrementar a eficiência e efetividades dos sistemas de saúde, bem como a disseminação de processos decisórios, articulando a descentralização da política de saúde com a regionalização. Desse modo, tem-se investido na organização da rede de serviços e no fortalecimento de autoridades sanitárias regionais¹.

No Brasil, a regionalização esteve presente dentre os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS) desde a sua criação pela Constituição Federal de 1988. A regionalização caracteriza a forma de atuação do Estado e propõe viabilizar o cuidado adequado em tempo e lugares cabíveis no território, pautados pela cooperatividade entre os entes na distribuição dos serviços e recursos necessários para a integralidade da atenção em saúde^{2,3}. Essa conformação da atenção tem sido pensada por meio da constituição das Redes de Atenção em Saúde (RAS).

A regionalização por meio das RAS adquire importante complexidade no cenário nacional, pois além das diversidades e iniquidades presentes no território brasileiro, destacam-se: o federalismo tripartite, a ocorrência de mudanças socioeconômicas nas últimas décadas e os vários atores envolvidos no financiamento, gestão e prestação de serviços (governamentais e não governamentais)⁴.

Tal diretriz da saúde no Brasil pode ser percebida como um processo técnico-político, com multiplicidade de dimensões, abrangendo, dentre várias outras, a distribuição de poder e as relações estabelecidas entre governos, organizações públicas e privadas e cidadãos, no espaço geográfico^{5,6}. São diversos sujeitos com diferentes graus de autonomia fazendo parte do processo de negociação que caracteriza a governança regional, sendo esta um dos componentes da rede regionalizada⁷.

Como um conceito geral, a governança refere-se aos processos de governo, à reorientação das formas de relação entre Estado e sociedade ou entre governos, agentes privados e sociedade, abrangendo o exercício do poder. Permite a emergência de outras organizações e a capacidade de ação de vários atores, que não apenas os governamentais, mas também os não governamentais/informais, incluindo agentes privados, comunidades profissionais e movimentos sociais na condução das políticas públicas⁸.

A governança ocupa posição de destaque na política de saúde, pois esta envolve a atuação de diversos grupos e organizações para o provimento das ações e serviços de saúde. Representa diversidades de interesses (público e privado), que podem ser organizados e

negociados de acordo com finalidades comuns na garantia do direito à saúde. Dentre os elementos-chave da governança voltada para a consolidação do SUS destaca-se a criação de um ambiente institucional favorável à coordenação e articulação de atores, serviços e ações em prol da universalização nas regiões de saúde⁹.

O conceito de governança, difundido por inúmeras vertentes de estudo, perpassa por uma gama de conceituações, abordagens e percepções distintas, sendo portanto, necessária uma análise teórica, aprofundada, acompanhada de outras categorias conceituais para melhor compreensão, pois a conceituação pura, analisada de forma isolada, não contribui para a clareza da dimensão do objeto de estudo¹⁰.

Explorar como o termo governança tem sido abordado colabora para melhor compreender os atores, processos, condutas e desafios no espaço regional com vistas à operacionalização da regionalização. Diante disso, surgiram os seguintes questionamentos: "Como o termo governança tem sido debatido nas publicações científicas?", "Como a governança aparece no arcabouço legal brasileiro para a implementação do processo de regionalização?", "A forma como o termo governança tem sido tratado colabora para a estruturação das RAS?". Assim, o objetivo desse estudo foi analisar como o termo governança tem sido conceituado na produção científica nacional e internacional e nas normas oficiais brasileiras.

5.1.3 Metodologia

Visando levantar os diferentes conceitos de governança, foram realizadas revisão de literatura e análise documental. A revisão de literatura buscou desvelar a abordagem do tema na produção científica nacional e internacional, seguidas as seguintes etapas: (1) Identificação do problema; (2) Busca da literatura (com a delimitação de palavras-chave, bases de dados e aplicação dos critérios definidos para a seleção dos artigos); (3) Avaliação e (4) Análise dos dados obtidos.

A busca bibliográfica foi realizada nas bases de dados: Medical Literature Analysis and Retrieval System Online (MedLine), Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (Lilacs) e portal da Scientific Electronic Library Online (SciELO), durante fevereiro a março de 2019. Como critérios de inclusão foram utilizados artigos que abordam a temática pesquisada, com disponibilidade online do texto na íntegra, nos idiomas português, inglês e espanhol, sem limites de data de publicação. Como critérios de exclusão: livro ou capítulo de livro, estudo de caso, revisões, ensaios de opinião, dissertações, monografias e

teses. Na busca dos artigos nas bases de dados selecionadas, utilizou-se o termo “governança” como descritor.

A análise documental buscou identificar a governança nas normas oficiais brasileiras relacionadas ao processo de regionalização dos serviços de saúde e consistiu em duas fases: na primeira, ocorreu a localização da fonte e a seleção dos documentos; na segunda, o tratamento das informações recolhidas e sua análise. A identificação dos documentos foi realizada por meio do portal virtual de acesso aberto SAÚDE LEGIS (<http://portal2.saude.gov.br/saudelegis>), na seção Pesquisa de Norma, acessado em dezembro de 2018, utilizando-se a palavra-chave “regionalização”. Esse termo foi selecionado objetivando ampliar a busca, pois a governança constitui um componente das RAS inserida nos documentos que tratam da regionalização. Fizeram parte do estudo os documentos publicados entre o período de 1990 a 2018.

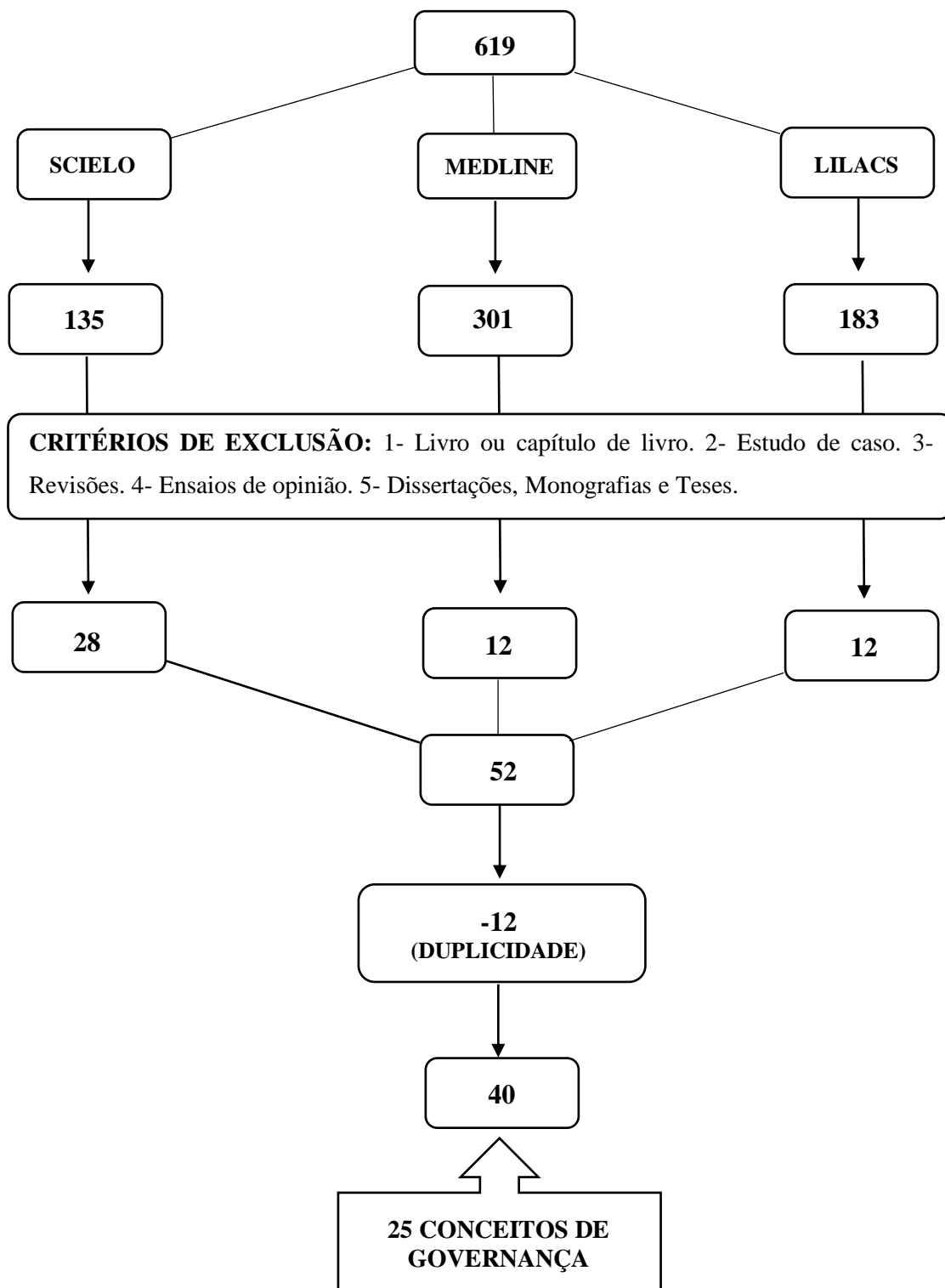
Foram excluídas as normas relativas à transferência de recursos e custeio de serviços específicos, e instrumentos secundários destinados ao detalhamento de portarias que envolvem o financiamento regional, bem como, os que conferiam categorias de gestão aos entes envolvidos.

Após coleta dos documentos, a interpretação dos mesmos foi feita procurando averiguar como as normas identificadas tratam aspectos que envolvem a governança. Para a análise, considerou-se o conceito de governança de MARQUES⁸.

5.1.4 A Literatura Científica Sobre Governança

5.1.4.1 Características gerais

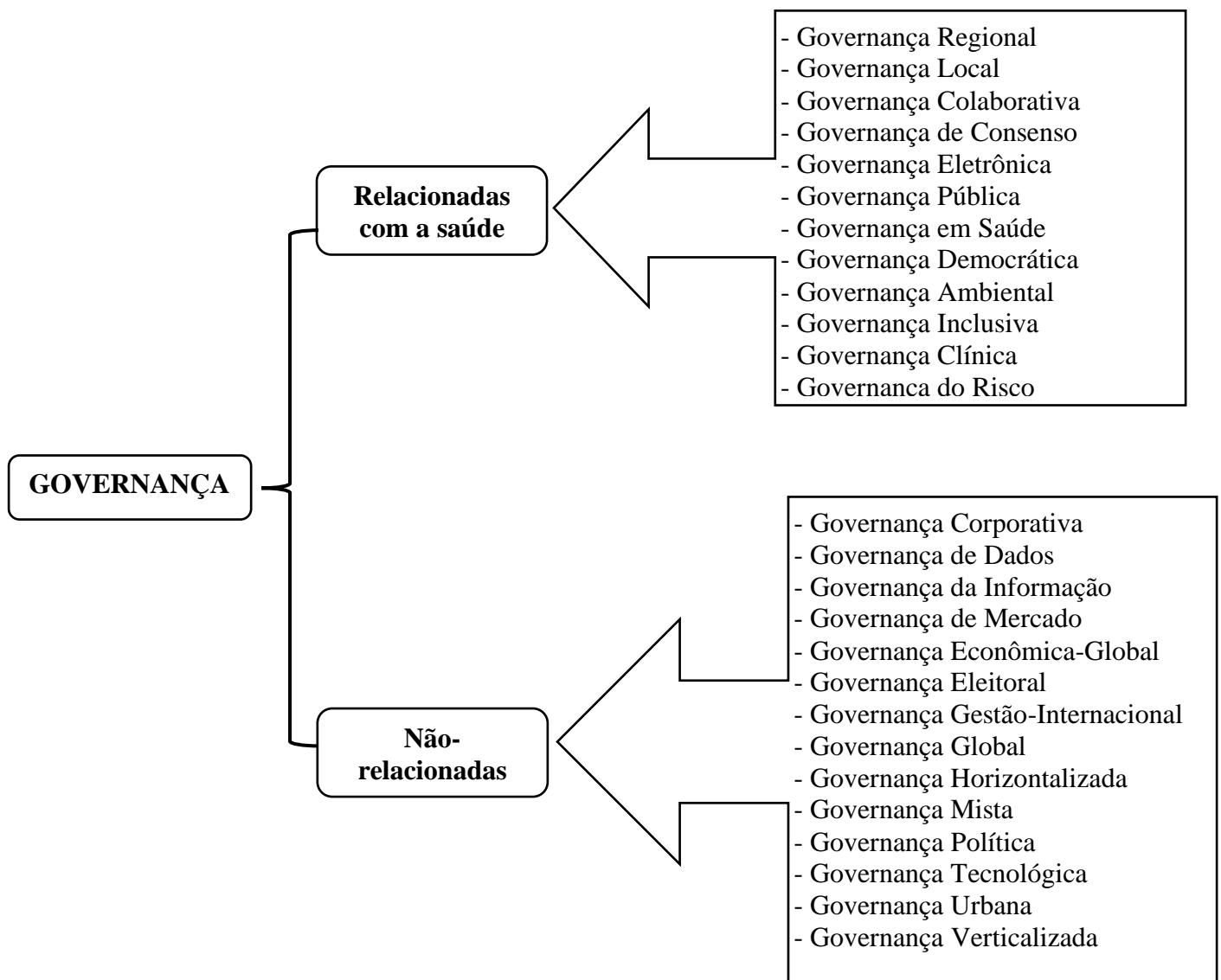
Inicialmente foram encontrados 619 artigos (135 na Scielo, 301 na base de dados MedLine, 183 no Lilacs). Em seguida, a partir do estabelecimento dos critérios de exclusão, chegou-se a 52 artigos (28 artigos na base de dados Scielo, 12 na Lilacs e 12 na MedLine). No entanto, verificou-se que 12 artigos estavam em duplicidade, resultando em um total de 40 estudos que abordavam o tema governança (Figura 1).

Figura 1 - Seleção dos artigos incluídos no estudo.

Fonte: Próprio autor.

A análise dos artigos permitiu identificar 25 variações do conceito de governança. A denominação de cada conceito aparece composta por termos específicos que se associam a palavra governança para caracterizar significados diferentes ou semelhantes. Intencionalmente, foram destacadas duas dimensões: conceitos de governança relacionados ao âmbito da saúde e conceitos de governança não relacionados ao âmbito da saúde (Figura 2).

Figura 2 - Distribuição dos conceitos de governança segundo sua relação com a saúde.



Fonte: Próprio autor.

Destaca-se que muitos conceitos transpõem vários campos e áreas de estudo, sendo caracterizado por um processo dinâmico, maleável e fluído, não possui rigidez somente em um campo, é a propriedade de ser ubíquo. Apesar dessa característica, a análise permitiu

destacar os conceitos de governança que se relacionam com a área da saúde cujos conceitos são o enfoque desse estudo, e portanto, são apresentados a seguir. Os conceitos de governança não relacionados à saúde, de maneira geral, se referiram a práticas voltadas para a administração de empresas, sendo que seu detalhamento não constitui objeto desse estudo.

5.1.4.2 O termo governança no âmbito da saúde

Do total de 40 artigos, em 20 foram encontrados 12 diferentes conceitos de governança no âmbito da saúde. Os artigos foram publicados a partir do ano de 2003, sendo 72,2% (13) a partir de 2016. Quanto aos periódicos, 67% (12) foram publicados na Revista Ciência & Saúde Coletiva. O quadro 1 apresenta a descrição dos trabalhos que trazem o termo governança relacionado à saúde.

Quadro 1 - Descrição dos trabalhos que apresentam o termo governança relacionado à saúde.

ANO	REVISTA	TÍTULO	CONCEITO
2014	Revista Saúde Pública	Regional governance: strategies and disputes in health region management	Governança Regional
2017	Ciência & Saúde Coletiva	A implementação de redes de atenção e os desafios da governança regional em saúde na Amazônia Legal: uma análise do Projeto QualiSUS-Rede	
2017	Ciência & Saúde Coletiva	Percepções de gestores estaduais da saúde sobre o Contrato Organizativo da Ação Pública da Saúde no Ceará, Brasil	
2017	Ciência & Saúde Coletiva	O protagonismo dos Conselhos de Secretários Municipais no processo de governança regional	

Continua...

Continuação Quadro 1.

ANO	REVISTA	TÍTULO	CONCEITO
2018	Ciência & Saúde Coletiva	Governança regional do sistema de saúde no Brasil: configurações de atores e papel das Comissões Intergovernamentais	Governança Regional
2010	Rev Panam Salud Publica	Governança local no sistema descentralizado de saúde no Brasil	Governança Local
2016	Revista de gestão dos Países de Língua Portuguesa	Governança colaborativa na prática	Governança colaborativa
2017	Ciência & Saúde Coletiva	Reflexões teóricas sobre governança nas regiões de saúde	
2016	Ciência & Saúde Coletiva	Mecanismos de governança e o desenho institucional da Secretaria de Saúde do Município do Rio de Janeiro (RJ), Brasil	Governança de Consenso
2017	Revista de Gestão dos Países de Língua Portuguesa	Construindo governança eletrônica de cidades	Governança Eletrônica
2016	Revista de Gestão dos Países de Língua Portuguesa	Práticas de Administração Pública no ambiente cultural dos países de língua portuguesa	Governança Pública
2016	Ciência & Saúde Coletiva	Parcerias na saúde: as organizações Sociais como limites e possibilidades na gerência da estratégia Saúde da Família	
2012	Ciência & Saúde Coletiva	Governança em saúde e ambiente para o desenvolvimento sustentável	Governança em Saúde

Continua...

Continuação Quadro 1.

ANO	REVISTA	TÍTULO	CONCEITO
2018	Revista de Administração Pública (RAP)	Indo além do gerencial: a agenda da governança democrática e a mudança silenciada no Brasil	Governança democrática
2012	Ciência & Saúde Coletiva	Governança em saúde e ambiente para o desenvolvimento sustentável	Governança Ambiental
2012	Ciência & Saúde Coletiva	Governança ambiental e economia verde	
2016	Ciência & Saúde Coletiva	Lideranças comunitárias e o cuidado com a saúde, o meio ambiente e o saneamento nas áreas de vulnerabilidade social	Governança Inclusiva
2003	Professional issue	Clinical governance: The ethical dimension	Governança Clínica
2016	BMC Health Services Research	The involvement of medical doctors in hospital governance and implications for quality management: a quick scan in 19 and an in depth study in 7 OECD countries	
2012	Ciência & Saúde Coletiva	Experiências brasileiras e o debate sobre comunicação e governança do risco em áreas contaminadas por chumbo.	Governança do Risco

Fonte: Próprio autor.

Das diversas definições, o conceito governança regional aparece com maior frequência nas produções (cinco artigos) quando comparado às demais definições. Os termos governança regional, governança local e governança colaborativa foram utilizados para denominar processos referentes à regionalização e constituição das RAS.

Os estudos que trouxeram o termo **governança regional**, a caracterizam como um dos componentes de uma rede regionalizada, reconhecida como um processo de participação e negociação entre diversos sujeitos com diferentes graus de autonomia. Representam um grupo diversificado de interesses (públicos e privados) em uma estrutura institucional estável que incentiva relações de cooperação entre governos, agentes, organizações e cidadãos para estabelecer vínculos e redes entre sujeitos e instituições¹¹.

A **governança local** é entendida no âmbito local, como a oportunidade de construção de bases sólidas, capaz de fornecer suporte técnico, gerencial e político às políticas de saúde. Existem alguns atributos em relação à governança local, que podem ser estabelecidos, tais como: elaboração e execução do orçamento, estabelecimento de prioridades, prestação de contas e fluxo de informações, que permitem afirmar que houve modificações importantes na relação Estado-sociedade, em direção a um padrão mais democrático de exercício do poder local.

Apesar das diferenças das denominações de governança no âmbito local e regional, sugere-se que ambas fazem parte do processo de governança como componente das RAS, pois para que esse processo aconteça em âmbito regional se faz necessário que também esteja estruturado no âmbito local.

Os artigos encontrados trouxeram o conceito de **governança colaborativa** como um trabalho coletivo entre os atores públicos, em que um ou mais órgãos públicos trabalham juntos para o planejamento regional, organizando a oferta de bens públicos e serviços nas RAS¹².

Dentre os termos apresentados, apenas o termo governança regional abrange os atores governamentais e não governamentais, sendo que os demais conceitos enfocam as relações entre os atores governamentais. No entanto, uma característica fundamental da governança consiste nas relações entre os diversos atores envolvidos na consolidação da perspectiva da regionalização. Como um conceito geral, a governança refere-se aos processos de governo, à reorientação das formas de relação entre Estado e sociedade ou entre governos, agentes privados e sociedade, abrangendo o exercício do poder. Permite a emergência de outras organizações e a capacidade de ação de vários atores, que não apenas os governamentais, mas também os não governamentais/informais, incluindo agentes privados, comunidades profissionais e movimentos sociais na condução das políticas públicas⁸.

O enfoque dos artigos nas relações entre governos pode estar influenciado pela própria história de disseminação desse conceito. O termo governança foi debatido internacionalmente a partir da publicação do documento *Governance and Development* do Banco Mundial, em

1992, o qual trouxe a análise do papel do Estado no desenvolvimento das políticas públicas, sendo o termo *governance* definido como a capacidade dos governos de exercer autoridade, controle e poder na administração dos recursos sociais e econômicos de um país¹³.

Para o autor Ferrão¹⁴, as denominações desse termo são decorrentes de alterações estruturais do Estado moderno, reformulação do seu papel e reconfigurações recentes da sociedade para atender as diversas relações entre diversos atores, recentes necessidades de recursos, contratualizações e maior proximidade com o cidadão, reconhecimento da multiplicação das organizações não governamentais, entre outros. Pode-se relacionar a apropriação do conceito de governança com a necessidade de cooperação e coordenação territorial das políticas públicas.

As denominações governança de consenso, eletrônica, pública, em saúde e democrática não foram tratadas com enfoque na estruturação das RAS nos estudos, quando comparados aos já citados anteriormente (regional, local e colaborativa), entretanto, trazem elementos importantes que estão compreendidos na organização das redes, como a organização de parcerias entre diversos atores; o incremento da comunicação entre os serviços e atores; processos de gestão, responsabilidades e competência do governo. Esses conceitos e elementos serão apresentados a seguir.

A **governança de consenso** foi debatida como uma diversidade organizacional na forma de parcerias público-privadas, colegiados multipartites e redes cooperativas¹⁵. Já a **governança eletrônica** se refere ao uso da tecnologia da informação e comunicação, para melhorar a tomada de decisão administrativa, a prestação de serviços aos cidadãos e apoiar outras mudanças organizacionais do governo local, necessárias a um melhor desempenho das atividades do setor público. Implantar um sistema de governança eletrônica visa acrescer em qualidade a governança.

O termo **governança pública** se refere aos processos de gestão do Estado, representa os mecanismos e procedimentos utilizados por este, como sistema de regulação, gerenciamento e prestação de serviços. Ela envolve desde a coordenação, definição de objetivos e metas a serem atingidas até o acompanhamento e a avaliação das ações^{16,17}. A **governança em saúde** foi conceituada como o exercício das responsabilidades e competências substantivas da política pública em saúde, num contexto de novas relações entre governo e sociedade no Estado moderno. É uma função de competência característica do governo, exercida pela Autoridade Sanitária Nacional. Seu propósito é implementar decisões e ações públicas para satisfazer e garantir, no marco do modelo de desenvolvimento nacional adotado, as necessidades e legítimas aspirações em saúde do conjunto dos atores sociais¹⁸.

A **governança democrática** se refere a uma administração dos serviços de saúde direcionada pelo valor público da ação do Estado, sendo relevante a valorização da cidadania. As decisões no âmbito da saúde alinham o interesse público com as políticas e serviços prestados pelo governo à sociedade. Esse processo amplia a legitimidade de governança, obtendo maior equidade no processo decisório ante a contestação dos regimes representativos¹⁹.

Cada uma das denominações de governança citadas não abrangem a diversidade de atores envolvidos no processo de governança, os termos governança pública e eletrônica são utilizados para caracterizar apenas as relações entre atores que fazem parte do serviço público. Já a governança de consenso dá enfoque as relações entre os atores dos serviços públicos e privados. A governança em saúde e democrática se remetem aos atores do serviço público e a sociedade.

Entendendo que a governança compreende a emergência de outras organizações e a capacidade de ação de vários atores, que não apenas os governamentais, mas também os não governamentais para ser desenvolvida⁸, tratar do termo com ênfase em determinados grupos de atores pode fragilizar o seu desenvolvimento no cotidiano dos serviços de saúde, dada a complexidade de fatores e atores envolvidos nesse processo e consequentemente comprometer a conformação das RAS.

Os demais termos, governança ambiental, inclusiva, clínica e do risco, trouxeram conceitos que se distanciam da governança como um dos componentes das RAS. Esses termos foram citados em sete dos 20 estudos encontrados.

De acordo com Jacobi²⁰, a **governança ambiental** além de envolver inúmeros atores (tomadores e não-tomadores de decisões) sobre o meio ambiente, por meio das organizações civis e governamentais, ainda tem como intuito o contínuo desenvolvimento de práticas cujo foco analítico está na noção de poder social que media as relações entre Estado, Sociedade Civil, os mercados e o meio ambiente.

A **governança inclusiva** é a prestação de serviços públicos essenciais à vida de um subcidadão, subincluído nas políticas públicas. No artigo citado, foram descritos instrumentos de governança utilizados em fóruns deliberativos visando o acesso ao saneamento pela comunidade residente em áreas irregulares, em caráter transitório, negociados com outras instâncias como o Ministério Público, órgãos legislativos e executivos²¹.

A **governança Clínica** é uma estrutura por meio da qual as organizações são responsáveis por melhorar continuamente a qualidade de seus serviços e garantir altos padrões de cuidado ao paciente, criando um ambiente que visa a excelência no atendimento clínico.

Constituem um conjunto de práticas a serem aplicadas a todo o sistema de saúde, com objetivo de avaliação em saúde²².

A **governança do risco** surge diante de inúmeros problemas relacionados ao risco e ao meio ambiente e inclui atores governamentais e não governamentais, pesquisadores, representantes institucionais e sociedade civil que reconhecem a relevância de reavaliar situações problema e desenvolver estratégias de ataque à resolução destes.

Portanto, dos 20 artigos que relacionam a governança na área da saúde, oito conceituam esse termo para denominar processos referentes à regionalização e constituição das RAS. Em cinco estudos a governança não se relaciona diretamente ao processo de regionalização, mas traz elementos que permeiam a construção das RAS. Sete estudos trouxeram conceitos que se distanciam da governança como um dos componentes das RAS.

A incipiente produção científica acerca do conceito de governança para a consolidação da regionalização e constituição das redes, pode ser fortalecida com maior discussão, aprofundamento e conseqüente produção científica sobre o assunto. A própria regionalização é reforçada no âmbito da Política Nacional de Saúde somente nos anos 2000 com a Norma Operacional de Assistência à Saúde (Noas), com a publicação do Pacto pela Saúde em 2006⁶ e de maneira mais incisiva a partir de 2011, por novas diretrizes e instrumentos orientadores do planejamento, da gestão intergovernamental e da configuração de redes de atenção à saúde, como o Decreto 7.508, de 28 de junho de 2011. A implementação tardia desse princípio organizativo no SUS fragilizou a capacidade resolutiva dos sistemas locais de saúde, gerou disputas entre os municípios por recursos e acirrou desigualdades entre os entes federativos^{2,3}.

5.1.4.3 Normas jurídicas sobre regionalização

Foram identificados 57 instrumentos jurídicos oficiais, que após as exclusões, resultaram em 15 documentos analisados (Quadro 2). A maioria das normas são portarias (10) e foram publicadas de 1990 a 2017, sendo a maioria publicadas após 2006, dando maior ênfase para a regionalização também após esse período. Esse resultado possui coerência com dois períodos de ciclos políticos de organização do SUS, o primeiro (de 1988 a 2000) que enfoca a descentralização, colocando o ente municipal em destaque, e o segundo (de 2000 até os dias atuais) que marca o início do processo de regionalização e construção das RAS²³.

Quadro 2 - Relação de documentos selecionados.

N	NORMA JURÍDICA	CONTEÚDO
01	Lei 8.080 de 19 de setembro de 1990.	Lei Orgânica da Saúde. Regula as ações e serviços de saúde em todo o território nacional.
02	Portaria GM/MS nº 234 de 07 de fevereiro de 1992.	Norma Operacional Básica 01/92.
03	Portaria GM/MS nº 545, de 20 de maio de 1993.	Norma Operacional Básica 01/93.
04	Portaria GM/MS nº 2.203, de 03 de novembro de 1996.	Norma Operacional Básica 01/96.
05	Portaria GM/MS n.º 95, de 26 de janeiro de 2001.	Norma Operacional da Assistência à Saúde 2001.
06	Portaria GM/MS nº 373, DE 27 de fevereiro de 2002.	Norma Operacional da Assistência à Saúde 2002.
07	Portaria GM/MS 399 de 22 de fevereiro de 2006.	Pacto pela Saúde. Consolidação do SUS e aprova as Diretrizes Operacionais do Referido Pacto.
08	Portaria GM/MS nº 699 de 30 de março de 2006.	Regulamenta as diretrizes operacionais dos pactos pela vida e de gestão.
09	Portaria GM/MS nº 2362 de 06 de dezembro de 2006.	Torna público o termo de compromisso de gestão federal.
10	Portaria GM/MS nº 2691 de 19 de outubro de 2007.	Regulamenta as condições para transferência de recursos financeiros federais referentes ao incentivo para apoiar as ações de regionalização no sistema único de saúde
11	Portaria GM/MS nº 4279 de 30 de dezembro de 2010.	Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).
12	Decreto GM/MS nº 7508 de 28 de junho de 2011.	Regulamenta a Lei 8080/90, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências.
13	Lei Complementar nº 141 de 13 de janeiro de 2012.	Regulamenta o § 3º do art. 198 da Constituição Federal para dispor sobre os valores mínimos a serem aplicados anualmente pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios em ações e serviços públicos de saúde.

Continua...

Continuação Quadro 2.

N	NORMA JURÍDICA	CONTEÚDO
14	Resolução nº 23, de 17 de agosto de 2017.	Estabelece diretrizes para os processos de regionalização, planejamento regional integrado, elaborado de forma ascendente, e governança das redes de atenção à saúde no âmbito do SUS.
15	Resolução nº 37, de 22 de março de 2018.	Dispõe sobre o processo de planejamento regional integrado e a organização de macrorregiões de saúde.

Fonte: Próprio autor.

A redação do conceito de governança foi abordada apenas na Portaria GM/MS nº 4279 de 30 de dezembro de 2010, que estabelece diretrizes para a organização da RAS. De acordo com esse documento, a governança envolve negociação entre os diferentes atores, mecanismos e procedimentos para a gestão regional compartilhada da referida rede. Cita um conceito que caracteriza a governança como complexos mecanismos, processos, relações e instituições por meio das quais os cidadãos e os grupos sociais articulam seus interesses, obrigações e mediam diferenças.

Antes de se instituir as RAS oficialmente (com a Portaria GM/MS nº 4279 de 30 de dezembro de 2010), elementos para a organização do serviço de maneira regionalizada já eram citados nos documentos oficiais em busca da estruturação da descentralização e posteriormente regionalização, como diretrizes do SUS. Os demais documentos não conceituam a governança, mas abordam aspectos que estão relacionados às definições da mesma (Figura 3), evidenciando elementos importantes para a sua efetivação.

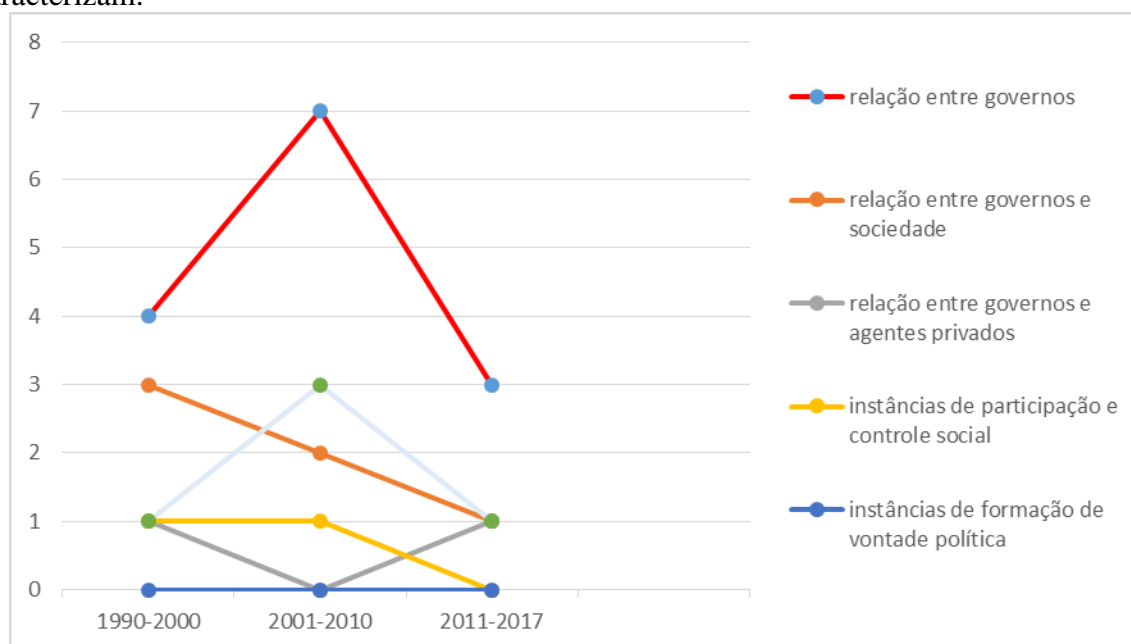
Com o intuito de identificar tais elementos, foram definidos os seguintes eixos de análise baseados no conceito de governança de Marques⁸ adotado nesse artigo: relação entre governos; relação entre governos e sociedade; relação entre governos e agentes privados; relação entre governos, agentes privados e sociedade; instâncias de participação e controle social; instâncias de formação de vontade política; instâncias de negociação e pactuação entre entes governamentais.

Dentre os elementos-chave da governança voltada para a consolidação do SUS destaca-se a criação de um ambiente institucional favorável à coordenação e articulação de atores, serviços e ações em prol da universalização nas regiões de saúde⁹.

Os diversos atores e interesses envolvidos na ação de governar destacam-se nos processos decisórios como componente da face política e organizacional da política de saúde, estabelecendo relações de poder em ambientes institucionais e organizacionais. Tais relações acontecem por meio de espaços denominados arenas, com regras e processos previamente estabelecidos, os quais são decisivos para a construção de uma política. O processo decisório das políticas de saúde no Brasil, no âmbito do SUS, é descentralizado com compartilhamento e divisão de competências entre União, Estados e Municípios, mas ao mesmo tempo unificado nacionalmente²⁴.

Os seguintes instrumentos e arenas compõem o processo decisório das políticas de saúde brasileiras: instâncias de participação e controle social – representados pelos conselhos de saúde de cada uma das esferas de governo, capazes de agir sobre a seleção das demandas em saúde; instâncias de formação de vontade política – representadas pelas conferências de saúde nacionais, estaduais e municipais, periodicamente convocadas, e que constituem espaços de formulação de diretrizes para a construção das políticas de saúde. Delas participam gestores e atores organizados da sociedade civil; instâncias de negociação e pactuação entre os entes governamentais – as principais arenas são os consórcios municipais (entre gestores municipais), comissão intergestores regional (no âmbito regional, vinculada à Secretaria Estadual de Saúde para efeitos administrativos e operacionais), comissões intergestores bipartite (entre gestores municipais e estaduais) e a comissão intergestores tripartite (entre gestores nacional, estaduais e municipais). Assim existem espaços específicos de pactuação em que diferentes atores participam, e que vão caracterizando a ação política na construção de uma política de saúde²⁴.

Figura 3 - Gráfico da distribuição das normas jurídicas segundo elementos que as caracterizam.



Fonte: Próprio autor.

Ao longo do período estudado, percebe-se um enfoque das normativas na orientação da relação entre os governos para a organização dos serviços de saúde, sendo apontada em 14 dos 15 documentos, principalmente naqueles publicados entre 2001 a 2010. Nesse mesmo período, os aspectos referentes à organização das instâncias de negociação entre os entes governamentais tiveram um aumento de sua abordagem nos documentos.

Existe um modo de atuação do Estado Brasileiro que induz a implementação de políticas públicas principalmente por meio de normativas, característica também do setor da saúde. Desse modo essas normativas, dentre diversos elementos, influenciam no modo como determinada política de saúde será efetivada na prática, assim o enfoque nas relações entre os entes governamentais restringe o desenvolvimento de processos de governança necessários para a estruturação das RAS. Em um sistema federativo como o Brasil, é necessário que as diferentes esferas de governo e sociedade civil se articulem e estabeleçam relações de cooperação como parte de um projeto político de saúde que garanta a atenção integral²⁵.

Entre 1990 a 2017, as normas analisadas pouco direcionaram a relação entre governo e sociedade, a qual teve um decréscimo em sua abordagem pelas normativas nos últimos anos, sendo citada por apenas um documento entre 2011 e 2017. E ainda, as instâncias de participação e controle social foram pontuadas por apenas um documento de 1990 a 2000, e um de 2001 a 2010. Ressalta-se que as instâncias de formação de vontade política não foram discriminadas ou sequer citadas pelas normativas referentes ao processo de regionalização.

A instituição do SUS propôs a adoção constitucional da participação popular dentre seus princípios e diretrizes, no entanto, esse princípio é pouco citado nos documentos que buscam propor políticas que visam fortalecer e consolidar esse sistema na prática. A formulação das políticas deve garantir que os interesses públicos sejam atendidos e para isso deve-se estimular a participação da comunidade no planejamento, na execução e na avaliação das ações em saúde. Vale lembrar que o princípio da participação popular também está atrelado a outras ações e políticas, como a erradicação do analfabetismo; a inclusão de conceitos básicos de democracia, cidadania; a participação e a ampliação da capacidade de acompanhamento de desempenho das políticas públicas pelos atores sociais²⁶⁻²⁸.

O direcionamento das relações entre os atores governamentais e agentes privados também são pouco abordadas nos documentos oficiais. Entre 2001 a 2010 nenhum dos documentos encontrados trata dessa relação. Desse modo, a participação do setor privado é pouco regulamentada, permitindo diferentes arranjos dessa relação na organização do sistema de saúde.

Apesar de escassa regulamentação, a participação do setor privado por meio de compras de serviços médicos privados permeou a organização do sistema de saúde brasileiro, permitindo a participação desse setor de maneira suplementar ou complementar²⁹. A relação entre os setores público e privado, especialmente em pequenos municípios, é caracterizada por conflitos e interesses, e configurada por relações pouco simétricas entre gestores e prestadores, que são permitidas e naturalizadas nos espaços institucionais³⁰.

5.1.5 Considerações Finais

Diversos conceitos de governança foram encontrados nas publicações científicas, no entanto, poucos foram utilizados para denominar processos referentes à regionalização para a estruturação das RAS. O conceito governança regional foi o mais referido para se tratar da regionalização, abrangendo os atores governamentais e não governamentais, sendo que os demais conceitos dão enfoque nas relações entre os atores governamentais. As normativas oficiais também centralizam a abordagem da governança na orientação da relação entre os governos para a organização dos serviços de saúde. Nas normas analisadas, fica incipiente a relação entre governo e sociedade e com o setor privado.

Mesmo na relação encontrada entre os governos, percebe-se a dificuldade de se operacionalizar a descentralização nos contextos locais; as normativas orientam a distribuição das competências de cada ente, mas pouco conseguem fortalecer a cooperação e relações de

solidariedade entre os mesmos. Os resultados também auxiliam na compreensão sobre a incipiente participação dos diferentes atores na regionalização e sobre a frágil organização das RAS.

A abordagem do termo governança para a regionalização tem o potencial de contribuir para uma nova dinâmica de relações entre os atores envolvidos na produção de respostas regionais. A incorporação do termo governança demonstra a necessidade de novos arranjos na política social e intergovernamental, com a participação social e novas interlocuções entre os atores em busca de parcerias para atingir objetivos comuns.

5.1.6 Referências

1. Bankauskaite V, Dubois HFW, Saltman RB. Patterns of decentralization across European health systems. In: Saltman RB, Bankauskaite V, Vrangbaek K, organizers. Decentralization in health care: strategies and outcomes. England: Open University Press; 2007. p. 22–43.
2. Noronha JC, Lima LD, Machado CV. O Sistema Único de Saúde – SUS. In: Giovanella L, Escorel S, Lobato LVC, Noronha JC, Carvalho AI, organizadores. Políticas e sistema de saúde no Brasil. 2. ed. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2008. p. 435-472.
3. Viana ALD, Lima LD, Ferreira MP. Condicionantes estruturais da regionalização na saúde: tipologia dos Colegiados de Gestão Regional. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2010;15(5): 2317-2326.
4. Lima LD, Viana ALD, Machado CV. A regionalização da saúde no Brasil: condicionantes e desafios. In: Scatena JHG, Kehrig RT, Spinelli MAS, organizadores. Regiões de Saúde: diversidade e processo de regionalização em Mato Grosso. São Paulo: Hucitec; 2014. p. 21-46.
5. Fleury S, Ouverney AM. Gestão de redes: a estratégia de regionalização da política de saúde. Rio de Janeiro: Editora FGV; 2007. p. 204 .
6. Viana ALD, Lima LD. O processo de regionalização na saúde: contextos, condicionantes e papel das Comissões Intergestores Bipartites. In: Viana ALD, Lima LD, organizadores. Regionalização e relações federativas na política de saúde do Brasil. Rio de Janeiro: Contra Capa; 2011. p.216.
7. Mendes EV. As redes de atenção à saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2010;15(5):2297-2305.
8. Marques E. Government, political actors and governance in urban policies in Brazil and São Paulo: concepts for a future research agenda. *Brazilian Political Science Review*. 2013;7(3):8-35.
9. Lima LD, Albuquerque MV, Scatena JHG. Quem governa e como se governam as regiões e redes de atenção à saúde no Brasil? Contribuições para o estudo da governança regional na saúde. *Novos Caminhos* (8). Pesquisa Política, Planejamento e Gestão das

- Regiões e Redes de Atenção à Saúde no Brasil [Internet]. 2016 [Acesso 03 jun 2019]. Disponível em: www.regiaoeredes.com.br.
10. França LM, Mantovaneli JO, Sampaio CAC. Governança para a territorialidade e sustentabilidade: a construção do senso de regionalidade. *Saúde e Sociedade*. 2012;21(Supl 3):111-127.
 11. Santos AM, Giovanella L. Regional governance: strategies and disputes in health region management. *Revista de Saúde Pública*. 2014;48(4):622-631.
 12. Bretas JN, Shimizu HE. Reflexões teóricas sobre governança nas regiões de saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2017;22(4):1085-1095.
 13. Ribeiro PT, Tanaka OY, Denis JL. Governança regional no Sistema Único de Saúde: um ensaio conceitual. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2017;22(4):1075-1084.
 14. Ferrão J. Governança e Ordenamento do Território. Reflexões para uma Governança Territorial Eficiente, Justa e Democrática. *Prospectiva e Planejamento*. 2010; 17:129-139 .
 15. Ribeiro JM, Alcoforado F. Mecanismos de governança e o desenho institucional da Secretaria de Saúde do Município do Rio de Janeiro (RJ), Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2016;21(5):1339-1350.
 16. Secchi L. Modelos organizacionais e reformas da administração pública. *Revista de Administração Pública*. 2009;43(2):347-69.
 17. Moore J, West RM, Keen J, Godfrey M, Townsend J. Networks and governance: the case of intermediate care. *Health & Social Care in the Community*. 2007;15(2):155-64.
 18. Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) - Representação da OPAS no Brasil. Estratégia de Cooperação técnica da OPAS/OMS com a República Federativa do Brasil, 2008-2012. Brasília: OPAS, 2007. p.76.
 19. Filgueiras F. Indo além do gerencial: a agenda da governança democrática e a mudança silenciada no Brasil. *Revista de Administração Pública*. 2018;52(1):71-88.
 20. Jacobi PR, Sinisgalli PAA. Governança ambiental e economia verde. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2012;17(6):1469-1478.
 21. Juliano EFGA, Malheiros TF, Marques RC. Lideranças comunitárias e o cuidado com a saúde, o meio ambiente e o saneamento nas áreas de vulnerabilidade social. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2016;21(3):789-796.
 22. Ford L. Clinical governance: The ethical dimension. *Musculoskeletal Care*. 2003;1(2): 141-5.
 23. Viana AL, Ferreira MP, Cutrim MAB, Fusaro ER, Souza MR, Mourão L, et al. O Processo de Regionalização no Brasil: influência das dimensões Política, Estrutura e Organização. *Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil*. 2017;17(Supl 1):S27-S43.
 24. Fleury S, Ouverney AM. Política de saúde: uma política Social. In: Giovanella L, Escorel S, Lobato LVC, Noronha JC, Carvalho AI. Políticas e sistema de saúde no Brasil. 2. ed. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2012. p. 25-58.
 25. Baptista TWF. Análise das portarias ministeriais da saúde e reflexões sobre a condução nacional da política de saúde. *Cadernos de Saúde Pública*. 2007;23(3):615-626.

26. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. A construção do SUS: histórias da Reforma Sanitária e do processo participativo. Brasília: Ministério da Saúde; 2006.
27. Menezes JSB. Saúde, participação e controle social: uma reflexão em torno de limites e desafios do Conselho Nacional de Saúde na atualidade. Rio de Janeiro. Dissertação [Mestrado em Ciências em Saúde Pública]. Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz; 2010.
28. Goulart F, coordenador. Inclusão de Cidadãos na Implementação das Políticas de Saúde. Resultados: Laboratório de Inovação sobre Inclusão de Cidadãos na Implementação das Políticas de Saúde. Organização Pan-Americana da Saúde, Conselho Nacional de Saúde. Brasília: 2012.
29. Brasil. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Diário Oficial da União 19 set 1990.
30. Menicucci TMG. Público e privado na política de assistência à saúde no Brasil: atores, processos e trajetória. Belo Horizonte. Tese [Doutorado em Ciências Humanas]. Universidade Federal de Minas Gerais; 2003.
31. Rodrigues W. Planejamento e governança territorial. Uma Reflexão Sociológica a partir do terreno. Cidades, comunidades e territórios. 2005; 10:23-34.

5.2 ARTIGO 2: A organização da rede de atenção à saúde bucal em uma região de saúde do Paraná.

5.2.1 Introdução

A assistência à saúde passou por diversas transformações no decorrer dos anos. Com o advento do Sistema Único de Saúde (SUS), a atenção integral à saúde não se refere somente aos cuidados assistenciais e curativos, mas envolve a promoção, prevenção, tratamento e reabilitação, em todos os ciclos de vida, garantindo maior qualidade de vida à população. A partir disso, a saúde passou a ser desenvolvida no planejamento das políticas públicas, no âmbito da prevenção de agravos e ao cuidado integral (ARAÚJO et al., 2019).

Dessa forma, o SUS como uma política pública, atuante na promoção, prevenção e recuperação da saúde dos cidadãos, propõe a gestão do cuidado e dos serviços de forma solidária e participativa pelos três entes: União, Estados e municípios. Neste aspecto, a concepção de Rede de Atenção à Saúde (RAS) e de modelos de redes, oficialmente incorporada ao SUS mediante Portaria nº 4.279/2010, e do Decreto nº 7.508/2011, que complementaram a Lei Orgânica da Saúde nº 8080/1990 foram fundamentais para organizar a prestação de cuidados (BRASIL, 2010b; BRASIL, 2014; CARRER et al., 2019).

De acordo com Mendes (2009), as RAS são organizações poliárquicas de aglomerados de serviços de saúde, unidos por objetivos comuns de atenção contínua e integral a uma dada sociedade, por meio de ação cooperativa e interdependente. Deve ser coordenada pela Atenção Básica (AB), com qualidade e de modo humanizado, cumprindo, portanto, as responsabilidades sanitárias e econômicas pela população.

A RAS abrange a atenção básica, de média e alta complexidade, os serviços de urgência e emergência, a atenção hospitalar, as ações e serviços das vigilâncias epidemiológica, sanitária, ambiental e assistência farmacêutica. Os serviços de saúde estruturam-se em uma rede com distintos pontos de atenção, constituída por equipamentos de diferentes densidades tecnológicas, distribuídos espacialmente, de forma a garantir a equidade (BRASIL, 2010b).

No âmbito da saúde bucal, as ações no SUS eram anteriormente ofertadas de forma paralela ao processo de organização dos demais serviços de saúde, com baixo poder de resolubilidade, de maneira que eram incapazes de equacionar os principais problemas da população. Um dos avanços que merece destaque para mudança desse cenário, foi a ampliação da saúde bucal por meio de uma política específica em 2004, a “Política Nacional

de Saúde Bucal”, conhecida como Brasil Sorridente, delineada a partir dos princípios do cuidado e da integralidade (BRASIL, 2016).

Com tal política, a saúde bucal passou a ser ofertada de forma mais integral, com inserção de atendimentos mais completos e a criação de uma rede de serviços de atenção, a fim de propiciar a promoção, prevenção e tratamento das doenças bucais, por meio de articulação e interação com demais entes com poder decisório (GODOI, ANDRADE & MELLO, 2017; PUCCA et al., 2015).

Nesse aspecto, surge então, a Rede de Atenção à Saúde Bucal (RASB), no ano de 2014, como sugestão de política pública para o estado do Paraná, como sexta rede temática. Esta veio como um conjunto de ações que envolvem o controle dos agravos bucais, por meio da promoção e prevenção em saúde e reabilitação integral do paciente (DITTERICH et al., 2019). Diante dos modelos historicamente com baixo poder de resolubilidade à assistência, surge como uma proposta de viabilizar maior qualidade, eficiência e eficácia na prestação de cuidados odontológicos para a população (PARANÁ, 2019).

A RASB foi constituída por alguns componentes, os quais formam um arranjo operacional a fim de garantir o cuidado e integralidade em saúde, sendo elas: Atenção básica (Centro de comunicação), pontos de atenção em nível especializado e hospitalar, sistemas de apoio (Diagnóstico e terapêutico, assistência farmacêutica e sistema de informação), sistemas logísticos (identificação de usuários, prontuários, acesso regulador e transportes) e por fim o sistema de governança, semelhante aos princípios das RAS (BRASIL, 2018).

A Linha Guia, como documento norteador na saúde bucal, apresenta diretrizes, define pontos de atenção e normativas para o atendimento de pacientes, com estabelecimento de risco coletivo e individual e ainda reforça a importância do trabalho articulado e em equipe na busca de um trabalho efetivo nos serviços de saúde, com foco na qualidade da atenção e na humanização (PARANÁ, 2016).

Portanto, a assistência em saúde bucal, organizada em uma rede regionalizada suscita eficiência de resultados no que tange aos interesses individuais e coletivos de uma sociedade, o qual tenta reparar uma fragmentação e desarticulação dos serviços das ações em saúde (MELLO et al., 2014). Apesar disso, até então perdura o desafio de integração da saúde bucal na concepção de redes, faz-se necessário suas atribuições nos moldes da integralidade do sistema público de saúde, além de esforços para se tornar uma rede temática efetiva (GODOI, ANDRADE & MELLO, 2017). Mediante a esse contexto, questiona-se: como está organizada a RASB em uma região de Saúde do Paraná? Desta forma este estudo objetivou mapear e caracterizar a organização da RASB em uma região do estado do Paraná.

5.2.2 Método

Trata-se de um estudo descritivo e exploratório, referente aos serviços de saúde bucal, com o propósito de mapear e caracterizar a organização da RASB de uma região de saúde localizada na macrorregião Norte do estado do Paraná. Esta região é composta por 21 Municípios com população estimada de 871.267 habitantes (PARANÁ, 2016).

Foi realizado um levantamento de dados secundários no que concerne aos serviços de saúde bucal existentes nos 21 municípios da 17ª Regional de Saúde (RS). A coleta de dados ocorreu entre março e maio de 2019. Para mapeamento e caracterização da rede foi utilizada a base de dados virtual ‘Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde’ (CNES), a partir do acesso aos itens ‘Consultas/Estabelecimento/Identificação’ (<http://cnes.datasus.gov.br/>).

Definiu-se como critério de inclusão todos os estabelecimentos que atendessem exclusivamente SUS no estado do Paraná e que integrassem o rol dos municípios que compõem a 17ª RS. Os dados foram coletados e organizados em uma planilha do programa *Microsoft Excel*® e analisados de forma descritiva. Os serviços de saúde bucal da região, foram subdivididos e organizados em cinco grandes áreas: Identificação, Caracterização, Atividade, Atendimento e Informações gerais.

No tocante à ‘Identificação’, os campos inclusos foram: 21 municípios agrupados de acordo com o rol da 17ª RS, número de cadastro no CNES, nome fantasia do serviço, natureza jurídica, tipo de estabelecimento, subtipo de estabelecimento e modelo de gestão.

O item ‘Caracterização’ tratou da presença de atividade de ensino e pesquisa nos serviços e código da natureza jurídica. O campo ‘Atividade’ referiu-se à atividade ambulatorial e/ou hospitalar e o nível de atenção desse serviço.

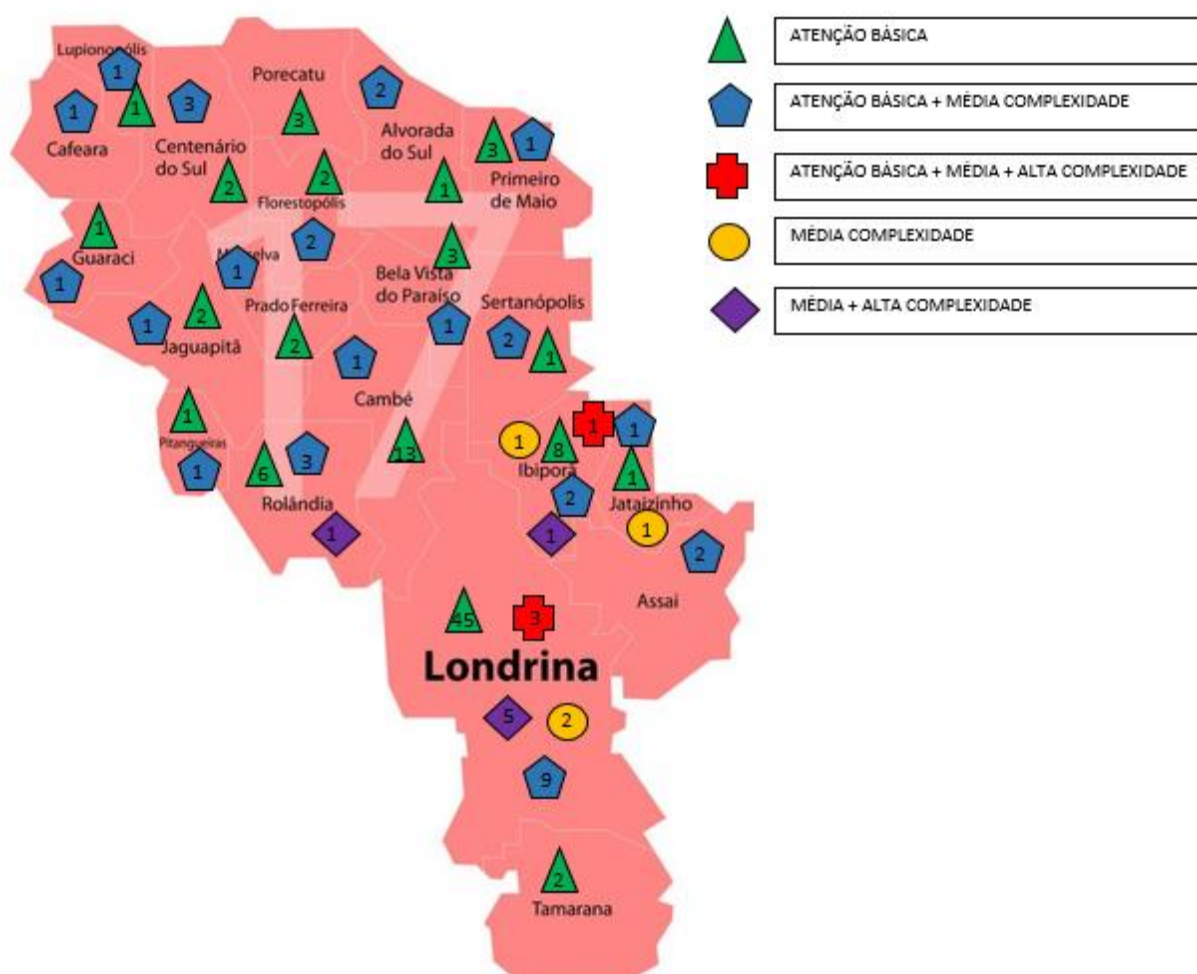
No que se refere ao ‘Atendimento’, o tipo, o convênio (SUS) e o fluxo de clientela (demanda espontânea e referenciada) foram elencados. Como ‘Informações gerais’ dos estabelecimentos, os itens inseridos foram: Instalações físicas para assistência, quantidade de consultórios, leitos e equipamentos, classificação dos serviços, tipo de unidade e turno de atendimento.

Os resultados foram analisados a partir de frequências absolutas e relativas pelo programa *Epi-Info* versão 7.2.2.6, a fim de caracterizar quantitativamente os serviços de odontologia da rede de atenção à saúde bucal da região estudada, bem como suas características, propriedades e atributos.

5.2.3 Resultados

Foram identificados 148 estabelecimentos de saúde nos 21 municípios, distribuídos em cinco subtipos: Atenção Básica (AB), Atenção Básica e Média Complexidade (AB+MC), Atenção Básica, Média e Alta Complexidade (AB+MC+AC), Atenção Média e Alta Complexidade (MC+AC) e Média Complexidade (MC). Desses, a AB predominou com 97 estabelecimentos (65,5%), na sequência a AB+MC com 35 locais (23,6%). Os demais como AB+MC+AC, com cinco pontos de atenção (3,3%); os locais especializados como MC+AC com sete estabelecimentos (4,7%) e por fim a MC com quatro locais (2,7%). A distribuição destes serviços na região está apresentada na Figura 4.

Figura 4 - Estabelecimentos de Saúde Odontológicos na 17ª Regional de Saúde do Paraná, 2019.



Fonte: Próprio autor.

No que concerne aos tipos de estabelecimentos, foram encontradas as seguintes denominações: Policlínica, Centro de Saúde/Unidade Básica, Clínica/Centro de Especialidade, Consultório isolado, Hospital Especializado, Hospital Geral, Posto de Saúde e Serviço de Apoio Diagnóstico e Terapêutico (SADT isolado).

Do tipo mais prevalente, o Centro de Saúde/Unidade Básica esteve em maior número com 116 estabelecimentos de saúde na região (78,3%). Em seguida, a Clínica/Centro de Especialidade com 15 locais (10,1%). Posteriormente, os consultórios isolados caracterizaram 4% e os Hospitais Gerais 3,3%. Seguidos de forma decrescente as Policlínicas (1,3%), Postos de Saúde (1,3%), Hospitais Especializados (0,6%) e Serviço de Apoio Diagnóstico e Terapêutico (0,6%) (Quadro 3).

Quadro 3 - Tipos de estabelecimentos de saúde da 17ª Regional de Saúde que possuem serviços de saúde bucal, Paraná, 2019.

TIPOS DE ESTABELECIMENTOS	QUANTIDADE	%
Centro de Saúde/Unidade Básica	116	78,38%
Clínica/Centro de Especialidade	15	10,14%
Consultório Isolado	6	4,05%
Hospital Geral	5	3,38%
Policlínica	2	1,35%
Posto de Saúde	2	1,36%
Hospital Especializado	1	0,67%
Serviço de Apoio Diagnóstico e Terapêutico	1	0,67%
TOTAL	148	100%

Fonte: Próprio autor.

No tocante à caracterização desses estabelecimentos, destaca-se o predomínio das Unidades Básicas de Saúde, sendo a principal porta de entrada e centro de comunicação com toda a RAS, as quais ofertam atendimentos básicos para toda população na área de abrangência dos 21 municípios.

Entretanto, cabe observar que algumas classificações, recorrente nos dados cadastrados no CNES, apresentam-se inconsistentes no que versa sobre esse tipo de estabelecimento. Termos empregados de forma errônea e duplicada como ‘Unidade de Saúde’ *versus* ‘Posto de Saúde’ (Quadro 1), retratam como espaços distintos de assistência à saúde,

mesmo sendo iguais. O termo ‘Posto de Saúde’, é um conceito antigo que já está incorporado no ‘Centro de Saúde/Unidade Básica’.

No que diz respeito à ‘Clínica/Centro de Especialidade’, esta possui alguns estabelecimentos importantes para a RAS, constituindo-se nos principais Centros de Especialidades (CEO) da região: Ibiporã (1), Rolândia (1), Cambé (1) e Londrina (2), sendo um municipal e um da Universidade. A Associação de Pais e Amigos dos Excepcionais (APAE) de Ibiporã também é um ponto de atenção crucial na região, pelo compromisso ao atendimento integral à pessoa com deficiência.

Os consultórios isolados são caracterizados por espaços destinados à prestação de assistência à saúde pelo cirurgião-dentista. Exemplos como o Sindicato Rural (Centenário do Sul), consultórios odontológicos escola (Bela Vista do Paraíso), dentre outros, são pontos cruciais de assistência odontológica.

Com relação aos hospitais gerais, estes representam em maior número no município de Londrina, sendo apenas dois presentes nos municípios de Ibiporã e Rolândia. Quanto aos hospitais especializados, Londrina possui apenas um de notável referência para a região, o Hospital do Câncer.

As Policlínicas, são pontos de atenção que ofertam a prestação de atendimento ambulatorial em várias especialidades. O Centro de Apoio e Reabilitação de Portadores com Fissura Labiopalatal de Londrina e região é um dos representantes mais significativos para a RAS. E por fim, o Serviço de Apoio Diagnóstico e Terapêutico (SADT), composta por um estabelecimento no qual determina e/ou complementa o diagnóstico, tratamento e a reabilitação do paciente, constituído de um laboratório de prótese dentária, localizado no município de Ibiporã, com o objetivo da reabilitação bucal em todas as suas funções: estética, fonética e mastigação.

Em relação à natureza jurídica, 90,5% são de administração pública, sendo 6,7%, entidades sem fins lucrativos e 2,7% entidades empresariais. Quanto ao modelo de gestão, a municipal foi a mais evidente (77,7%), outras 19,5% são de gestão dupla e 2,7% estadual (Quadro 4).

Quadro 4 - Natureza Jurídica dos Estabelecimentos de Saúde da 17ª Regional de Saúde, Paraná, 2019.

NATUREZA JURÍDICA	QUANTIDADE	%
Administração Pública	134	90,54%
Entidades Empresariais	4	2,70%
Entidades Sem Fins Lucrativos	10	6,76%
TOTAL	148	100%

Fonte: Próprio autor.

Os estabelecimentos de natureza jurídica ‘Administração Pública’ são constituídos majoritariamente por Unidades Básicas de Saúde (UBS), Centros de Especialidades, Consultórios isolados e Hospitais, apresentados de forma decrescente.

No tipo ‘Centro de Saúde/Unidade Básica’ foram identificados 118 locais, os quais atuam na AB de assistência à saúde. No item ‘Clínica/Centro de Especialidade’ destacam-se nove estabelecimentos, tais como: Os CEO da região (Ibiporã, Rolândia, Cambé e Londrina), e alguns Centros odontológicos, presentes em Sertanópolis e Londrina, como o Centro de Referência em Saúde do Trabalhador (CEREST), com gestão estadual.

Evidencia-se ainda o CEO da Universidade Estadual de Londrina (UEL), o qual apresenta administração pública em nível municipal, entretanto, este possui abrangência não somente para a 17ª RS, mas também para outras regiões do estado do Paraná, constituindo-se em assistência de caráter regional. Além de ser uma clínica-escola, da mesma forma funciona como um pronto-atendimento referência para o município.

Portanto, os CEO localizados nos municípios de Ibiporã, Rolândia, Cambé e da UEL são considerados de abrangência regional, já que atendem os munícipes do seu próprio território e ofertam cobertura na prestação de cuidados odontológicos de municípios adjacentes. O CEO do município de Londrina é o único estritamente de abrangência municipal, o qual dispõe de atendimentos de média complexidade somente aos seus munícipes.

No tocante aos consultórios isolados, destinados à prestação de cuidados odontológicos, apenas cinco estabelecimentos foram identificados, os quais atuam de forma isolada e independente.

No aspecto dos ‘Hospitais Gerais’, dois foram identificados como Administração Pública, o Hospital Zona Sul de Londrina e Hospital Universitário Regional do Norte do

Paraná. Estes atuam na Alta Complexidade (AC). Os itens ‘Hospital Especializado’, ‘Policlínica’ e ‘SADT’ não apresentaram natureza jurídica na administração pública.

No que se refere às Entidades sem Fins Lucrativos, há uma variedade de tipos de estabelecimentos, tais como quatro Centros de Especialidades, três Hospitais gerais, um Hospital especializado, uma policlínica e um consultório isolado. Dentre eles, salienta-se importantes pontos de atenção da RAS, como Hospital do Câncer, Hospital Evangélico, Centro odontológico ao excepcional (Getexcel) e Centro de Apoio e Reabilitação dos Portadores de Fissura Labiopalatal (CEFIL), localizados no município de Londrina. Alguns na região, como Hospital Cristo Rei (Ibiporã), Hospital São Rafael (Rolândia), APAE (Ibiporã) e Sindicato Rural (Centenário do Sul) também foram locais apresentados.

Quanto às quatro Entidades Empresariais, aponta-se o predomínio de laboratórios de prótese e alguns centros de assistência odontológica, provenientes dos municípios de Londrina, Jataizinho, Ibiporã e Florestópolis.

5.2.4 Discussão

Apesar da concepção de RAS ser discutida há algum tempo e o modelo de Redes de Atenção (RAS) ter sido implementado a partir de iniciativas individuais em alguns estados do país, esta foi incorporada oficialmente ao SUS apenas em 2010, a partir da Portaria Ministerial nº 4.279/2010, e do Decreto nº 7.508/2011 (BRASIL, 2014).

A maior presença de serviços de saúde bucal na AB pode estar relacionada a esta nova orientação, que encontrou amparo em um processo consistente de organização e fortalecimento, conformado a partir da instituição e expansão da Estratégia Saúde da Família (ESF) desde o final da década de 1990. Casotti et al. (2014), afirma que a expansão da rede de AB de saúde bucal na ESF representou, entre o ano de 2002 e o de 2012, um crescimento em torno de 500%.

A AB tem sido considerada a porta de entrada preferencial do sistema, ordenadora da RAS, sendo o primeiro nível de contato da população adscrita, e portanto, quantitativamente representa um número expressivo de estabelecimentos de saúde, o que corrobora os achados de Cecílio et al. (2012) e Giovanella et al. (2009). Compreende-se ainda que os serviços da AB são considerados estabelecimentos que mais estejam coordenados no que cerne ao aspecto de organização regionalizada (GONÇALVES et al., 2014).

Cabe destacar que a AB atende mais de 85% dos agravos em saúde, e é um engano acreditar que esta seja um serviço de menor complexidade, pois é nesta que se ofertam

tecnologias a mudanças de hábitos, estilos de vida e adoção de comportamentos saudáveis, imprescindíveis para um cuidado contínuo à saúde (MENDES, 2011).

Ainda há um descrédito da população em relação à AB. Estes percebem como um local de meros encaminhamentos, oferta de medicamentos, solicitações de exames e de documentos para concessão de benefícios assistenciais. Acreditam que a competência do generalista opera de forma a substituir a do especialista, posicionando o generalista como subalterno e apenas “renovador de receitas”, com a conduta final de tratamento definida sempre pelo especialista, que detém maior poder (CECÍLO et al., 2012).

Para Mendes (2011), a MC e AC integram maior densidade tecnológica, mas não de maiores complexidades. Nessa perspectiva, gestores, políticos, profissionais e até mesmo o usuário do serviço, tende a uma visão distorcida e um enaltecimento da MC e AC, entendendo que são mais resolutivos, e até realizando encaminhamentos excessivos de forma errônea, banalizando, por conseguinte a AB.

Desta forma, os Centros de Especialidades, como segundo tipo de estabelecimentos em maior proporção nesse estudo, pode ser justificado pelo processo de expansão que estes sofreram nos últimos tempos. O avanço representado pelos CEO (Média Complexidade) no serviço público odontológico decorre, essencialmente, da ruptura com a lógica de ofertar apenas cuidados odontológicos básicos no SUS (AB), integrando tais unidades, a sistemas de referência e contrarreferência (MELLO et al., 2014).

A rede de MC, representada principalmente pelos CEO e Laboratórios Regionais de Prótese Dentária (LRPD), são fundamentais na garantia da integralidade clínica do cuidado: os CEO passaram de 100 unidades em 2004 para 944 unidades em 2012, e os LRPD, de 36 em 2005 para 1.232 em 2012 (BRASIL, 2004).

Ainda que tenha havido importante crescimento da oferta de laboratórios regionais de prótese (LRPD) na última década, poucos municípios adotaram efetivamente sua implantação (BRASIL, 2014). No presente estudo, existem apenas dois laboratórios de prótese, terceirizados (entidades empresariais), não sendo suficientes para a população de abrangência, o que corroboram os achados de Casotti et al. (2014), que retratam a dificuldade dos serviços em garantir a continuidade e a integralidade do tratamento reabilitador, sendo o acesso à especialidade na região Sul aguardada por mais de um ano.

O diagnóstico recorrente é de que a MC se configure em um gargalo do SUS pela insuficiência de oferta, frequentemente como um vazio assistencial. Mesmo havendo carência na oferta de algumas especialidades, experiências demonstram que os ‘vazios’ podem ser superados com novas formas de organização das relações entre a AB e a MC sem aumentar,

necessariamente, a oferta de serviços. Essa integração é de substancial importância a fim de garantir a atenção integral ao cuidado (BRASIL, 2020).

Evidencia-se que há divergências nos dados registrados no CNES. Foram identificados serviços que ainda constavam como ativos, sem ao menos existir; níveis de complexidade classificados de forma inadequada; a desatualização dos dados; o não lançamento de informações sobre abertura ou fechamento de estabelecimentos; bem como o descompasso entre os serviços cadastrados e aqueles de fato existentes. Estes achados se assemelham aos apresentados por Rocha et al. (2018).

No que tange à natureza jurídica, os serviços de saúde públicos ou privados são de relevância pública e estão inteiramente sob regulamentação, fiscalização e controle público. As características da saúde e o papel que o poder público desempenha na garantia de prestações de proteção, promoção e recuperação, e no dever de regular, fiscalizar e controlar todas as suas atividades – sejam públicas ou privadas – demonstra o reconhecimento de sua essencialidade, garantindo-lhe natureza pública, independentemente de sua titularidade (SANTOS, 2015, p. 824).

Diante disso, a administração pública majoritariamente rege a maioria dos estabelecimentos de saúde no SUS, entretanto no presente estudo as entidades empresariais e sem fins lucrativos, se apresentam como alternativas de complementariedade do serviço público na RAS. Resultado semelhante foi apresentado por Viaca et al. (2018).

De maneira mais significativa, os hospitais, as unidades de SADT, policlínicas e alguns consultórios isolados se caracterizam por entidades empresariais (setor privado) e sem fins lucrativos. A lógica desse tipo de natureza administrativa ressalta que alguns hospitais de alta complexidade, como Hospital do Câncer, Hospital Evangélico da região, prestam atendimentos não são exclusivos SUS. Houve um aumento da gestão dupla nos últimos tempos. Nas unidades de SADT e policlínica a natureza jurídica empresarial e sem fins lucrativos também predominou, o que corrobora os achados de Santos (2015).

De acordo com o apresentado, evidencia-se que a Política Nacional de Saúde Bucal trouxe a necessária e oportuna ampliação do número de equipes de saúde bucal e conseqüentemente dos serviços de AB, MC e AC no país, embora os atributos de acesso e integralidade, ainda estejam longe de ser considerados satisfatórios para a população. É evidente a baixa capacidade de oferta dos serviços de atenção de média e alta complexidade (CASOTTI et al, 2014; CHAVES, ROSSI & FREIRE, 2016).

5.2.5 Considerações Finais

Ao analisar os resultados, pôde-se verificar que os municípios em estudo se encontram em processo de consolidação da RASB. Disponibiliza ações e serviços de saúde bucal de modo a seguir os pressupostos de uma rede regionalizada, com uma ampla gama de pontos de atenção à saúde bucal. Entretanto, percebe-se ainda, que há distintos pontos e níveis de atenção na RASB da região permeada de indefinições, perpassando até então, por um necessário processo de articulação e integração dos serviços a fim de garantir a integralidade do cuidado.

Evidencia-se que há oferta de serviços de Odontologia presentes em todos os municípios da região. Apresentam-se com boa distribuição, porém ainda não é possível inferir a existência de uma RAS bem estabelecida. Para a efetivação de uma RASB há necessidade de integração entre os serviços por meio de sistemas de apoio técnico, logístico, de gestão e pactuação, necessitando que o Estado tenha um olhar para os vazios assistenciais e atue no sentido da garantia da integralidade do cuidado.

Os fatores limitantes encontrados para a elaboração deste estudo foram a dificuldade em se obter dados confiáveis de um sistema virtual abarcado de fragilidades, no qual compromete o entendimento da real conformação da RASB.

Apenas com base nas informações cadastradas no CNES, diante de algumas discrepâncias de dados, não é possível inferir de modo real e confiável como se dá o processo de organização dessa rede. Suas limitações são inerentes ao tipo de fonte, pois se tratando de utilização de dados secundários, dependem exclusivamente de definições operacionais, preenchimento correto, sistemática, métodos e organização de dados que podem ser fatores limitantes na busca de dados consistentes que garantirão uma fonte de informação adequada e fidedigna. Sugere-se a realização de novos estudos com metodologias distintas que possam garantir um avanço no real entendimento da conformação da rede.

Os achados deste estudo procuram desvelar alguns fatores que podem colaborar para que a investigação de determinados aspectos dos sistemas de informação em saúde do país se dê com maior segurança e validade. É necessária a veiculação de dados de qualidade e confiabilidade, porém imprecisões neste sistema de informação podem distorcer as informações necessárias para a tomada de decisão representativa e dificultar a formulação de políticas públicas de saúde

Pretende-se, por conseguinte, apontar caminhos que possam contribuir com a consolidação da RASB, como forma de garantir vínculo com a população, longitudinalidade e integralidade do cuidado, por meio de estímulo a novas discussões e estudos sobre o tema.

5.2.6 Referências

- BRASIL. Ministério da Saúde. Blog da Saúde. Entenda o SUS. **Inovação na Atenção Especializada no Brasil**. Disponível em: <http://www.blog.saude.gov.br/index.php/entenda-o-sus/50058-inovacao-na-atencao-especializada-no-brasil>. Acesso em: 12 jan. 2020.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília-DF: **Diário Oficial da União**, 2010.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Implantação das Redes de Atenção à Saúde e outras estratégias da SAS** / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2014.
- CARRER, F.C.A. SUS e Saúde Bucal no Brasil: por um futuro com motivos para sorrir / [Coord.] Fernanda Campos de Almeida Carrer, Gilberto Alfredo Pucca Junior, Maria Ercília de Araújo. [Org.] Dorival Pedroso da Silva, Mariana Gabriel, Mariana Lopes Galante. – São Paulo: **Faculdade de Odontologia da USP**, 2019. 167p.
- CASOTTI, E. et al. Atenção em Saúde Bucal no Brasil: uma análise a partir da Avaliação Externa do PMAQ-A. **Saúde Debate**. Rio de Janeiro, v. 38, n. especial, p. 140-157, out 2014.
- CECÍLIO, L. C. O. et al. A Atenção Básica à Saúde e a construção das redes temáticas de saúde: qual pode ser o seu papel? **Ciência & Saúde Coletiva**, v.7, n.11, p. 2893-2902, 2012.
- CHAVES, S.; ROSSI, T.A; FREIRE, A.M. Implementação de serviços públicos odontológicos especializados no Brasil. In: CHAVES, S.C.L. [org] **Política de saúde bucal no Brasil: teoria e prática**. Salvador: EDUFBA, 2016. p. 227-253.
- DITTERICH, R.G. et al. Construindo os caminhos da saúde bucal no estado do Paraná. In: DITTERICH, R.G.; GRAZIANI, G.F.; MOYSÉS, S.J [orgs.]. **Caminhos e trajetórias da saúde bucal no estado do Paraná**. Londrina: INESCO, 2019. p. 15-37.
- GIOVANELLA, L. et al. Saúde da família: limites e possibilidades para uma abordagem integral de atenção primária à saúde no Brasil. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.14, n.3, p. 783-794, 2009.
- GODOI, H.; ANDRADE, S. R.; MELLO, A. L. S. F. Rede regionalizada de atenção à saúde no Estado de Santa Catarina, Brasil, entre 2011 e 2015: sistema de governança e a atenção à saúde bucal. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 33, n. 9, p.2-13, 2017.
- GONÇALVES, C. R. et al. Recursos humanos: fator crítico para as redes de atenção à saúde. **Revista Saúde em Debate**, v. 38, n. 100, p. 26-34, 2014.
- MELLO, A. L. S. F. et al. Saúde bucal na rede de atenção e processo de regionalização. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 19, n. 1, p. 205-214, 2014.

MENDES, E. V. **As redes de atenção à saúde**. 2. ed. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011.

PARANÁ. Secretaria de Estado da Saúde do Paraná. **Plano Estadual de Saúde Paraná 2016-2019**. Curitiba: SESA, 2016.

PARANÁ. Secretaria de Estado da Saúde do Paraná. **Superintendência de Assistência à Saúde**. Linha guia de saúde bucal. 2ª ed. Curitiba: SESA, 2016.

PARANÁ. Secretaria de Saúde. **Rede de Atenção à Saúde Bucal**. Disponível em: <http://www.saude.pr.gov.br/modules/conteudo/conteudo.php?conteudo=3027>. Acesso em: 08 out. 2019.

ROCHA, T. A. H. et al. Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde: evidências sobre a confiabilidade dos dados. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 23, n. 1, p. 229-240, 2018.

SANTOS, L. A natureza jurídica pública dos serviços de saúde e o regime de complementaridade dos serviços privados à rede pública do Sistema Único de Saúde. **Saúde Debate**. Rio de Janeiro, v. 39, n. 106, p. 815-829, jul-set, 2015.

VIACAVA, F. et al. SUS: oferta, acesso e utilização de serviços de saúde nos últimos 30 anos. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.23, n.6, p.1751-1762, 2018.

5.3 ARTIGO 3: **Atores, espaços e instrumentos de governança na rede de atenção à saúde bucal.**

5.3.1 Introdução

A governança é um elemento fundamental para o estabelecimento de uma rede regionalizada. Como processo de ação coletiva, dispõe de processos em que se articulam atores em determinados espaços, que determinam sua conduta a fim de alcançar um bem comum. No contexto atual dos sistemas de saúde, esse processo engloba vários entes, em distintos graus, e sobrepõe os espaços institucionais do Estado ao incorporar membros da sociedade civil em processos decisórios. Deste modo, a governança assume um papel crucial, por envolver sujeitos com diferentes interesses e graus de autonomia (GODOI, ANDRADE; MELLO, 2017).

O termo governança carrega inúmeras conceituações, que são empregadas em uma gama de abordagens e percepções distintas, utilizada nas mais variadas vertentes de estudos (FRANÇA, BRETAS JÚNIOR; SAMPAIO, 2012). Na presente pesquisa, adotou-se como conceito geral que a governança se trata de padrões de vínculo, interdependência entre atores e instituições, sendo estes conectados por meios formais e informais. Refere-se ao alcance de relacionamento entre Estado e sociedade ou entre governos e agentes privados e sociedade, permitindo a descentralização para além das instituições formais do Estado (MARQUES, 2013; 2019).

A organização das ações em saúde em redes regionalizadas e integradas, a fim de sobrepujar a fragmentação e proporcionar maior integração entre os níveis de atenção, pleiteia uma governança mais participativa. A organização sob a ótica da saúde bucal, na perspectiva de uma rede regionalizada, ainda é um desafio a ser superado (GODOI, MELLO; CAETANO, 2014).

As ações de saúde bucal no Sistema Único de Saúde (SUS) eram anteriormente ofertadas de forma paralela ao processo de organização dos demais serviços de saúde, com baixo poder de resolubilidade, de maneira que eram incapazes de equacionar os principais problemas da população. Um dos avanços que merece destaque para mudança desse cenário, foi a ampliação da saúde bucal por meio de uma política específica em 2004, a “Política Nacional de Saúde Bucal”, conhecida como Brasil Sorridente (BRASIL, 2016).

Com tal política, a saúde bucal passou a ser ofertada no Paraná, de forma mais integral a partir de 2014, com inserção de procedimentos mais completos e a criação de uma rede de

serviços de atenção em saúde bucal (PUCCA JÚNIOR *et al.*, 2015). A inserção do cuidado na perspectiva de rede, ainda perpassa por muitas indefinições quanto sua funcionalidade, aspectos estruturais, níveis de atenção, sistemas de apoio, bem como as articulações necessárias para o cumprimento de objetivos. Há um distanciamento entre o previsto e a realidade nos diversos níveis de atenção para que o cuidado à saúde bucal se efetive (MELLO *et al.*, 2014).

Em face desse contexto, o objetivo deste estudo foi identificar atores, espaços e analisar os instrumentos envolvidos no processo de governança da Rede de Atenção à Saúde Bucal em uma região de saúde do Paraná (PR).

5.3.2 Método

Trata-se de um estudo de abordagem qualitativa com finalidade de compreender o processo de governança da Rede de Atenção à Saúde Bucal na 17ª Regional de Saúde (RS), localizada na macrorregião Norte do PR. Essa região é composta por 21 Municípios: Assaí, Bela Vista do Paraíso, Sertanópolis, Alvorada do Sul, Cafeara, Centenário do Sul, Florestópolis, Guaraci, Jaguapitã, Jataizinho, Lupionópolis, Miraselva, Pitangueiras, Porecatu, Prado Ferreira, Primeiro de Maio, Tamarana, Cambé, Ibiporã, Londrina e Rolândia, sendo um município de grande porte, três de médio porte e os 14 demais de pequeno porte. A população da região é de 871.267 habitantes (PARANÁ, 2016).

Para identificação dos atores, espaços envolvidos, compreensão dos fluxos, além de instrumentos pertinentes ao sistema de governança da região, foram realizadas 13 entrevistas. A primeira com um coordenador de saúde bucal, sendo este responsável pela 17ª RS, tendo como papel de informante-chave para sequenciar novas entrevistas e identificação de novos atores. Diante desse aspecto, atores e espaços foram identificados, sequencialmente entrevistados cinco coordenadores de Centros de Especialidades Odontológicas (CEO), dos municípios de Ibiporã, Cambé, Rolândia e Londrina (Município e Universidade).

Por meio das entrevistas realizadas com os coordenadores dos CEO, outros atores foram elencados: um coordenador de saúde bucal do município sede da região, um gestor municipal e um responsável pela central de regulação de vagas odontológicas especializadas, que tem o papel de regular as vagas e ser um elo entre os distintos pontos da rede.

Outros atores mencionados, foram cinco diretores do consórcio intermunicipal de saúde, com os quais foram realizadas pactuações e parcerias com outras esferas de gestão. Desta forma sucedeu-se uma entrevista coletiva com a participação das diretorias: executiva,

contábil, financeira, administrativa, de planejamento e atenção em redes de saúde. Também foi realizada uma entrevista com o gestor de um município de pequeno porte, que só possuem serviços odontológicos da atenção básica, visando compreender como se dá o fluxo dos usuários desses municípios para os serviços especializados em Odontologia na região.

As entrevistas foram direcionadas a cada ator com questões relacionadas ao tema da pesquisa, pré-formuladas em um roteiro semiestruturado distinto para cada entrevistado, registradas em gravador de áudio e transcritas na íntegra. As informações foram analisadas segundo os pressupostos do método de análise de discurso a fim de compreender o sentido e não somente o conteúdo do texto, um sentido que não é traduzido, mas produzido (LIMA, 2016).

Desse modo, com os dados transcritos, iniciou-se leitura flutuante, ou seja, um primeiro contato com os documentos que foram submetidos à análise, a seleção, a formulação das hipóteses e objetivos, a estruturação de fundamentos que orientaram a interpretação e a preparação efetiva do material (HOFFMAN, 2013). As falas dos entrevistados foram codificadas com a letra P, seguida de um número, de acordo com a ordem em que foram realizadas as entrevistas (P1, P2, ... P12).

Sequencialmente, houve uma leitura analítica-exploratória com o objetivo de extrair unidades de significado para traduzir de uma forma mais categórica o que foi expresso pelos entrevistados. Realizou-se primeiramente a análise individual (idiográfica) e posteriormente a análise geral (nomotética) sendo finalmente, realizada a convergência das unidades de significado a fim de identificar as que continham a mesma perspectiva dentro do discurso do entrevistado, bem como as divergências presentes nos discursos (LIMA, 2016).

A partir da análise geral e convergência dos dados, criou-se intencionalmente quatro grandes áreas de subdivisão para melhor interpretação do material sendo, portanto, enquadradas de modo que houvesse relação com os atores, espaços, fluxos ou instrumentos, além de desafios e fragilidades identificados nos discursos.

A análise dos resultados foi realizada sob a perspectiva da governança de Marques (2013), a qual se refere aos processos de governo, à reorientação das formas de relações, com abrangência do exercício do poder. Permite a articulação de outras organizações e a capacidade de ação de vários atores, que não apenas os governamentais, mas também os não governamentais/informais, incluindo agentes privados, comunidades profissionais e movimentos sociais, os quais exercem seus direitos e obrigações e mediam suas diferenças na condução das políticas públicas.

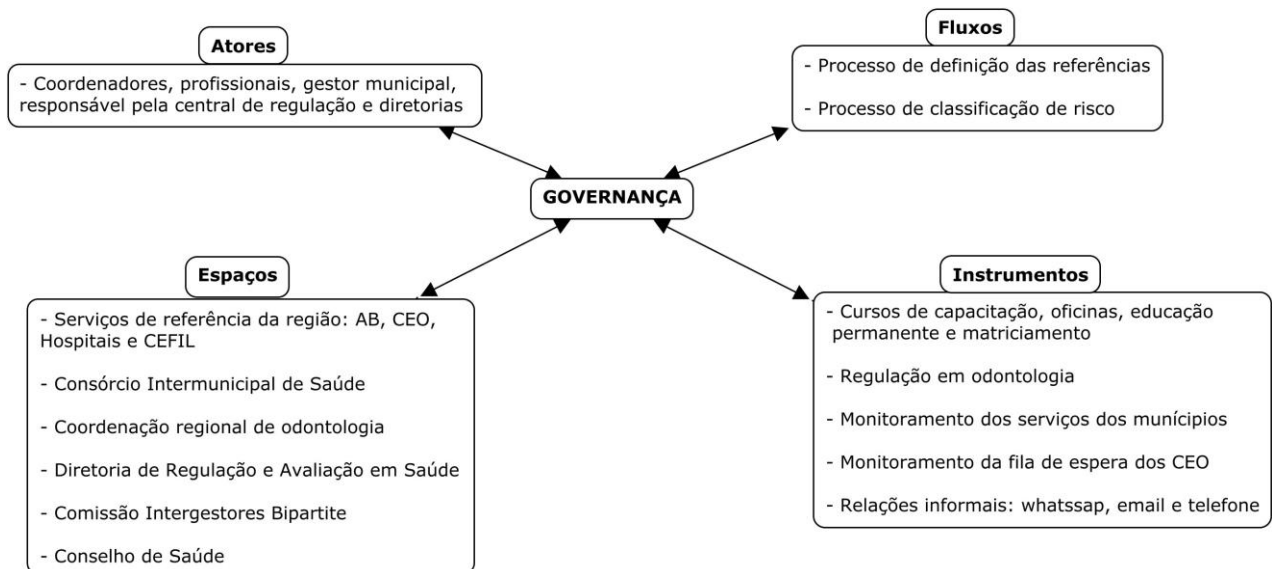
O estudo respeita os preceitos éticos contidos na resolução nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 2012), e foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos da instituição em que os autores estão vinculados sob o parecer 3.120.681.

5.3.3 Resultados

Neste estudo, foram identificados atores cruciais no processo de governança, os espaços em que ocorrem as pactuações e articulação da rede, os fluxos que permeiam esse elo entre os distintos pontos de atenção, bem como identificação dos instrumentos da governança, ilustrados no quadro 5.

Compreende-se que todos elementos são interseccionados entre si, verifica-se uma relação de interação e interdependência uns com os outros, de maneira que haja uma cooperação e contribuição para o desenvolvimento do processo de governança, sendo apresentados de forma separada apenas para fins didáticos.

Quadro 5 - Atores, espaços, fluxos e instrumentos de governança.



Fonte: Próprio autor.

5.3.3.1 Atores

Foram identificados como atores os coordenadores de saúde bucal, coordenadores de CEO, gestores municipais, profissionais, responsável pela central de regulação de vagas

odontológicas especializadas e diretorias executiva, contábil, financeira, administrativa, de planejamento e atenção em redes do Consórcio Intermunicipal de Saúde do Médio Paranapanema (CISMEPAR). Estes foram elencados de acordo com seus papéis fundamentais no processo da governança, além de contribuírem para o fortalecimento dos espaços em que operam.

As funções e responsabilidades de cada ator, seja de coordenação, gestão, regulação e gerência, proporcionam meios que otimizam a governança, seja ela de [...] *fazer interação da atenção básica com a atenção especializada, para eles trabalharem juntos, terem os mesmos objetivos (P4)* seja de proporcionar [...] *apoio, por exemplo, na estrutura do contato entre a Atenção Primária e secretário, para tentar entender todo processo (P1)*.

Esses atores operacionalizam os instrumentos de governança, direcionam e conduzem os serviços e elementos constituintes da Rede, tal como constituírem um arranjo organizativo com finalidade de nortear municípios, [...] *realizar a gestão de insumos de instrumental e lidar com os municípios da microrregião que são consorciados (P2)*. Além disso, viabilizar e desenvolver o fluxo de trabalho, promover a interação e integração dos diferentes pontos de atenção, monitorar os programas pactuados da rede e coordenar o fluxo de encaminhamentos, também foram destacados, os quais oportunizam a governança.

[...] Enfim, a gente faz também a parte de educação permanente, fluxo de encaminhamentos, a gente monitora os programas (P4). Meu papel aqui é de organizar, gerenciar, e fazer com que o fluxo do trabalho se desenvolva (P3).

Reforça-se o papel fundamental do ator responsável pela coordenação de saúde bucal da 17ª RS. Cirurgião-dentista, sendo minoria ou ausentes nas demais regionais, nesta região ele tem papel fundamental como ponto de apoio na rede de saúde bucal, por conhecimento da área e suas reais necessidades; agrega na efetividade da rede e nas ações em saúde bucal, já que há no estado do Paraná esses apoios nas regionais de saúde quase não estão presentes. É de substancial relevância mantê-los nessas posições, para que a saúde bucal se efetive de forma integral.

A educação permanente em saúde foi um destaque não somente na região, mas em todo estado do PR. *O estado ofertou um curso de gestão em saúde bucal, pela Universidade Estadual de Maringá. Foi elaborado um curso de gestão para todos os coordenadores do PR. A Universidade descentralizou esse curso para o estado, para repassar para todos os*

coordenadores municipais. Teve uma terceira etapa que todos interessados puderam participar. Aprender sobre gestão administrativa e financeira, como são as portarias, etc (P1). Ou seja, o processo de qualificação da gestão em saúde bucal ocorreu por meio do envolvimento de gestores regionais, que sensibilizaram os gestores municipais e do mesmo modo reproduziram o processo para as equipes de saúde e multiprofissionais.

A iniciativa do governo em promover educação permanente foi fundamental para capacitar e qualificar os profissionais que atuam nas ações em saúde bucal. Usou uma metodologia de formação, no formato de onda formativa, levando em consideração que boas práticas de gestão podem garantir o aprimoramento das atividades em saúde bucal no SUS. Conseqüentemente, esse processo pode repercutir no avanço da promoção da saúde em nível odontológico da população, com potencial de crescimento, aquisição de conhecimentos, alinhamento e construção coletiva de metas, o qual consolida as redes de atenção à saúde (DITTERICH, GRAZIANI; MOYSÉS, 2019).

5.3.3.2 Espaços de governança

Os atores identificados nesse estudo operam a rede de governança nos seguintes espaços: Atenção Básica (AB), CEO que compõem a Atenção especializada e hospitalar, Centro de Apoio e Reabilitação dos Portadores de Fissura Labiopalatal (CEFIL), Consórcio Intermunicipal de Saúde, espaços de gestão, pactuação e regulação, Comissão Intergestores Bipartite (CIB) e Conselho de saúde.

A AB na região, sendo a porta de entrada e espaço crucial em que se estabelecem as relações com os outros serviços, caracteriza-se por um conjunto de ações no âmbito individual e coletivo, que tem por objetivo desenvolver uma atenção integral que impacte positivamente na situação de saúde das coletividades, sendo constituída portanto em 97 estabelecimentos de saúde em Odontologia, na região estudada.

Essa região possui cinco CEO que compõem a Atenção Especializada, estando dois localizados no município de Londrina (Município e Universidade Estadual de Londrina) e os outros três nos municípios de médio porte da região (Cambé, Rolândia e Iporã), os quais ofertam atendimentos aos seus munícipes e são referência para a população dos municípios da microrregião. *A gente trabalha por microáreas, cada município tem a sua e dentro dela tem os municípios da regional (P1).* Sendo portanto, um municipal, responsável apenas pela demanda própria (Londrina) e quatro regionais (Universidade, Cambé, Rolândia e Iporã), responsáveis pela oferta de atendimentos aos municípios vizinhos.

Os CEO são estabelecimentos de saúde que oferecem tratamento especializado de média complexidade, propiciando a continuidade do trabalho realizado pela rede de AB. Oferecem os serviços mínimos de diagnóstico bucal com ênfase no diagnóstico e detecção do câncer de boca, periodontia especializada, cirurgia oral menor dos tecidos moles e duros, endodontia, prótese, atendimento à pacientes com necessidades especiais, além de especialidades como implantodontia, ortodontia e odontopediatria.

O CEO da Universidade quando comparado com outros CEO da região, tem um diferencial por ser centro de especialidade regional, contempla outras regiões de saúde, abrangendo, portanto, além da 17^a (sede), a 18^a, 19^a e 22^a RS. As vagas ofertadas são divididas em 50% para os usuários do município sede e 50% para os demais municípios das regiões citadas. As vagas ofertadas foram contratualizadas e sua distribuição foi formalizada pela CIB. Esta é um espaço de articulação e pactuação dos gestores municipais e estadual.

Destaca-se a importância do mecanismo de referência e contrarreferência na região, para que os municípios que não possuem CEO em seu território, possam da mesma maneira garantir a atenção integral do cuidado aos seus munícipes.

Outro diferencial importante do CEO da Universidade é que a maioria dos profissionais atuantes são residentes, tendo como especialidades extras a Dentística e a Odontopediatria de alta complexidade, além de ser um espaço de referência de Radiologia e Imaginologia para toda região.

No que concerne à Atenção Hospitalar, a região possui três serviços de referência: Hospital Universitário, Hospital da região Sul do município sede e Hospital do Câncer. Estes contribuem para a realização de procedimentos odontológicos sob anestesia geral para os casos de trauma e de doenças oncológicas.

No que se refere a um ponto de atenção crucial no estabelecimento da rede e referência para pacientes portadores de fissura labiopalatal de Londrina e região, destaca-se o CEFIL. Único centro no Norte do Paraná nesse âmbito, atendendo aproximadamente 60 municípios na reabilitação para a inclusão social do paciente fissurado. *Existe na rede, pacientes que precisam fazer cirurgia de lábio leporino. Essa referência a gente quem faz esse encaminhamento, é todo um processo. Esse paciente encaminha toda a documentação para nós e encaminhamos para fazer cirurgia em Curitiba (P1).*

Cabe ressaltar que apenas um profissional entrevistado citou esse serviço de referência, o que demonstra um desconhecimento por parte dos outros profissionais quanto a presença e funcionamento desse serviço na região.

Quanto ao Consórcio Intermunicipal de Saúde, trata-se de uma organização de ação coletiva dos municípios da região, atuante por meio da ação federativa. Este opera mediante a programas e esses respondem aos interesses do seu coletivo, dos entes que são consorciados, por meio da aquisição de insumos, em especial nas licitações com otimização dos custos. Foi considerado um espaço fundamental no processo de governança por se tratar de um mediador do relacionamento entre diversos atores e espaços integrantes da rede.

A coordenação regional de Odontologia também foi caracterizada como espaço de governança, tendo em vista a realização da gestão, pactuação e processos decisórios na constituição da Rede, que tem por objetivo desenvolver um planejamento estratégico, elaborar políticas que auditem a viabilidade dos planos de ação, monitorar e mensurar resultados, além de otimizar o desenvolvimento de políticas que garantam os processos de saúde.

A Diretoria de Regulação e Avaliação em Saúde (DRAS) refere-se ao espaço de regulação de vagas odontológicas especializadas com objetivo de garantir o acesso nas áreas especializadas, propiciando o ajuste da oferta disponível às necessidades imediatas da população.

Por fim, o conselho municipal de saúde foi apontado como um espaço incipiente de controle social e fragilidade na sua organização. *O controle social é trabalhado dentro dos conselhos de forma bem incipiente. A gente incentiva para ter conselho local de saúde, mas é bem incipiente mesmo, até porque os conselhos não são bem organizados (P7).*

Os espaços apresentados constituem-se em arranjos organizativos que operacionalizam a governança na região. Nestes há o estabelecimento de pactuação, gestão, coordenação, gerenciamento e a relação entre diversos atores na constituição e instrumentalização da RASB.

5.3.3.3 Fluxos

O processo de definição de referência e seus fluxos operam da AB para a Atenção Especializada e desta muitas vezes para a Atenção Hospitalar em casos específicos. Na AB são desenvolvidos procedimentos de ordem clínico-cirúrgico geral, tendo o encaminhamento para a Atenção Especializada em casos de endodontia, periodontia, cirurgia oral menor dos tecidos moles e duros (bucomaxilofacial), estomatologia, prótese e atendimento de pacientes com necessidades especiais.

A comunicação para o encaminhamento de usuários entre a AB e a atenção especializada é feita por escrito, por um documento chamado de “referência”. O retorno do usuário da atenção especializada, relatando o que foi realizado e ainda a orientação sobre a continuidade do cuidado na AB, é feito por meio da “contrarreferência”.

Foi relatado como uma fragilidade marcante no município sede, a contrarreferência ser realizada por intermédio do paciente e não por meios formais como o malote ou sistema informatizado, o que acaba se perdendo. [...] *Então tem perdas, acontece porque não é nada que a gente possa controlar, foge da nossa governabilidade, se a pessoa leva ou não [...] (P5)*

Esse problema não é percebido com os outros municípios, pois a contrarreferência é feita por procedimentos internos, via malote, com redução da possibilidade de não chegar até o serviço contrarreferenciado. *Então a gente preenche a contrarreferência e devolve também. A gente faz via malote, a contrarreferência não vai pelo paciente, a gente tem um fluxo para fazer isso, para não correr risco de perder (P4).*

A mesma coisa dos serviços da atenção secundária para a terciária. Para sair de menor para maior complexidade é mais fácil, mas para retornar às vezes ele não retorna (P8), pois a ausência de contrarreferência quando encaminhado para hospitais é prevalente entre todos os municípios.

No que concerne ao nível de alta complexidade, em casos de realização de procedimentos odontológicos sob anestesia geral em pacientes que não foi possível solucionar na atenção especializada, [...] *a gente monta um processo que vai para o internamento, faz um pedido de exames, nem precisa passar pelo médico, a gente pede tudo por aqui e quando tá tudo pronto, eu encaminho para a DRAS que é um centro de regulação e eles liberam a vaga para o hospital (P3).*

No tocante ao processo de participação do consórcio nos CEO, suas definições e responsabilidades no estabelecimento de fluxos, este garante a organização e a oferta de serviços, que em consenso pactuam em que medida seriam ofertados e disponibilizado os serviços de atendimento especializado na microrregião entre os municípios consorciados. Esse processo ocorre de acordo com um programa de apoio aos CEO, os quais gestores estratégicos definem como esse processo e fluxo ocorrerá.

Outro fluxo destacado foi o realizado pela regulação de vagas odontológicas especializadas, por processo de classificação de risco, que permitiu reordenar a distribuição de vagas por prioridades. Apesar disso, existem algumas fragilidades nesta classificação, sendo que os riscos são enumerados de acordo com aumento gradativo de prioridade no atendimento especializado, porém a fila de maior prioridade (classificada com o número três) dificilmente

teria um término, pela reposição constante desta, a qual favorece que os riscos subsequentes sejam postergados cada vez mais ou nem sejam atendidos, além da decorrência de longas filas de espera.

Enquanto não zerar o risco três, nunca vai passar para o risco dois. Na realidade eu não concordo com isso, se não, não anda mesmo. Nunca vai chegar a vez [...]. Tem pacientes que estão esperando desde 2017, aí quem entrou lá no começo e é risco um, por exemplo, não foi chamado até hoje (P9).

Percebeu-se que o processo de referência e seus fluxos são permeados constantemente de relacionamentos entre os atores de distintos níveis de atenção, suscitando a organização da rede e conseqüentemente a oportunização da governança.

5.3.3.4 Instrumentos da governança

A partir dos atores elencados, espaços e fluxos entre os serviços, identificou-se na região estudada instrumentos e mecanismos que operacionalizam o processo de governança. A realização de cursos de capacitação, oficinas, educação permanente e matriciamento direcionada aos diversos atores da rede (coordenadores, profissionais, técnicos, diretores, secretários de saúde e gestores) foram evidenciados, ainda que ocorridos pontualmente, como expresso na fala:

[...] A relação é mais pontual, tem essa vontade, mas é trabalhoso. Juntar todo mundo, parar serviço, em horário de trabalho. Mas por enquanto é pontual. Às vezes a gente tem, mas reunir todo mundo em uma única reunião é mais difícil (P1).

A Universidade-CEO, também promove capacitações à Rede de Atenção à Saúde, [...] solicitei e veio um professor da Universidade fazer uma capacitação aberta à toda rede (P4). Os profissionais deste serviço também foram referidos com papel fundamental para o matriciamento dos profissionais dos outros CEO: *Quando ele foi criado (CEO-Universidade), foi com esse objetivo, dele fazer esse matriciamento dos outros CEO. Com a*

universidade nós temos um relacionamento bom (P1). O bom relacionamento entre os entes envolvidos, propiciando uma rede mais articulada, favorecendo o processo de governança.

Os complexos reguladores desenvolvidos por meio de sistema de informação e identificação dos usuários e estabelecimento de normas e regras de utilização de serviços, foram identificados na região, determinados por reuniões e comissões formadas com o processo de criação da regulação na odontologia, com revisões periódicas: *Tivemos várias reuniões, fizemos uma comissão para fazer a classificação de risco. Uma comissão pra fazer todo esse papel, várias conversas, reuniões sucessivas, negociações com a DRAS, pra saber como funcionava lá, pra fazer aqui na odonto (P9).*

O monitoramento da fila de espera dos CEO foi um importante instrumento encontrado, que possibilita o acompanhamento do aumento desta fila e propicia estratégias de planejamento, ao passo que há uma medida objetiva da espera deste usuário: *Nós temos um monitoramento, um controle. Eu tenho dados [...] quando eu tenho que conversar com a gestão e pedir mais vagas, ou outra coisa assim, eu não tenho forças pra pedir, sem saber o que eu tenho (P9).*

A regulação evidenciou onde existe maior demanda por atendimento, além de que as informações geradas pelo sistema permitem nortear ações estratégicas para resolver os problemas e propiciar a diminuição das filas de espera.

Ainda quanto ao sistema de monitoramento e avaliação, foi identificado o monitoramento dos municípios, por meio da gestão, de controle e acompanhamento de todos os serviços nos 21 municípios que compõem a rede, realizada pela coordenação regional de Odontologia.

Nós estamos fazendo agora, o que a gente chama de monitoramento de cada município, tudo que tem, desde a equipe de saúde bucal, saúde médica, equipe de enfermagem, a parte de meio ambiente, redes de esgoto, a gente tem tudo em relatórios aqui, a gente consegue ter essa visão geral do município (P1).

Os processos conjuntos de aquisição de insumos também foram importantes instrumentos de governança apresentados pelos atores, pois o próprio consórcio intermunicipal possibilita uma interação maior entre os gestores dos CEO, propiciando a troca de informações, dificuldades, desafios e até mesmo as possíveis escolhas dos insumos.

Um deles é o programa de atenção de apoio aos CEO, que visa à aquisição de insumos em especial nas licitações com otimização dos custos. *O município paga o consórcio, o consórcio repassa o dinheiro do material, aí eles fazem uma licitação e passam esse material para o município para o CEO poder atender (P10)*. Nessa situação o consórcio passa a ser um instrumentalizador desse programa.

Os contratos de serviços também foram instrumentos de governança, já que a organização do programa de apoio aos CEO, além de diversas ferramentas para a execução de aquisição de insumos se dá por meio de contratos, o qual norteia os deveres entre as partes e como o programa será desenvolvido:

A princípio foram adotados convênios para que essa execução de aquisição de insumos fosse concretizada, depois foram organizados por meio de contratos. Então quando a gente tem um programa de interesse desse coletivo consorciado, a gente se utiliza dessa ferramenta do contrato de programa que é pra poder entender quais são as obrigações entre as partes (P12).

Cada município pactuou de acordo com sua população, dentro da sua realidade na época da pactuação o quanto de cotas (valor de repasse) poderiam contribuir para estabelecimento de vagas aos CEO, via contratos. Estes são anuais, mas a questão do objeto em si, tem se mantido. No entanto, há uma aspiração em revisá-los para garantir melhorias no atendimento especializado.

Tanto há uma comissão para rever o contrato que foi feito. Agora querem reavaliar para abrir essa possibilidade de compra, não só insumos. Ele vem se mantendo no mesmo formato, não teve muita alteração. Teve melhorias, uma coisa ou outra, mas alteração do objeto em si, não teve (P11).

Além do apoio por meio do programa, as partes (consórcio e representantes dos municípios consorciados), reforçam uma relação coesa, constituída por participação ativa e decisões conjuntas que podem ser verificadas na fala:

Ficou estabelecido que a gente vai formar um grupo de trabalho que será composto pelo CEO, diretoria do Cismepar e por representantes dos municípios da região (P4). Eles vão fazer licitação, a gente participa, fala do que a gente precisa ou desaprova (P3).

No entanto, fragilidades demonstram-se aparentes entre os municípios de diferentes portes, e de seu relacionamento entre referências e contrarreferenciados, seja pela distância, ou por muitas vezes não se sentirem contemplados em algumas ações. *Às vezes chamam os outros municípios para reunião, mas não é sempre que eles vão, porque geralmente eles têm dificuldade, acabam não indo. Não sei se a informação não chega, ou se é dificuldade de locomoção, é mais longe, tem que ter um transporte (P4). Tem município que até reclama, porque, por exemplo, tem município que tem pouco direito de vagas (P2).*

Apesar da existência de contratos e pactuações formais, foi verificado que as relações entre os diferentes níveis de atenção são estabelecidas majoritariamente de modo informal. Foi constatado que pactuações e ações acordadas sobre determinados casos e serviços, são realizadas via *WhatsApp*, telefone e *e-mail*, ferramentas tecnológicas de importante comunicação. As relações informais são fortemente marcantes na resolução de problemas, e quando há necessidade de troca de informação, resolução de dúvidas e matriciamento de casos, essas relações são as que predominam e influenciam fortemente na governança, como expresso na fala:

Mas assim, são os contatos, as relações informais para agilizar, participar, priorizar, né (P8) [...] O que a gente percebe é que eles acabam qualificando a demanda pela conversa, pelo contato, aquela velha história que a gente vai dizer, quem conhece tal pessoa, contatos por telefone, ou outras formas, tem mais facilidade para ter a vaga (P10).

Uma fragilidade a se considerar nesse caso é que pelas relações predominantemente informais, percebeu-se que há ausência de espaços de discussão entre todos os níveis de atenção, expresso nas falas de vários profissionais: *Espaço de discussão entre todos os níveis não tem [...] A gente faz reuniões de vez em quando e discute alguns problemas, mas assim, nada formalizado (P1). [...] Não tem uma reunião, não participamos efetivamente (P5).*

Outro ponto importante a ser destacado é que, além da ausência de espaços de discussão entre os distintos pontos de atenção da rede, evidenciou-se que a saúde bucal ainda é muito incipiente nos espaços em que operacionalizam a governança, não é participativa. O papel da equipe de saúde bucal ainda está muito atribuído à atendimentos, muitas vezes isolado do restante da equipe. *O dentista se sentou na cadeira e parou de pensar em fazer diferente, tá muito arraigado no sentar no mocho, mecanizado. O profissional não tem noção de rede, é muito fragmentado (P8).*

Esta se apresenta às margens das discussões, além de ter sido apontada como uma categoria com falta de integração com equipes de trabalho e descolada da rede de atenção à saúde. *Muitas vezes não é nada específico da odonto. Isso é uma falha né (P5) [...]. Nessa última CIB não teve nada de odonto especificamente, nada de saúde bucal (P7).*

5.3.4 Discussão

No presente estudo a comunicação e as relações entre os atores inseridos nos espaços que operacionalizam a governança foi considerada incipiente, com momentos pontuais, resultados corroboram a pesquisa de Bretas Júnior & Shimizu (2017). Acredita-se que quanto melhor a comunicação e discussão entre os atores envolvidos, maior o fortalecimento da capacidade de governança em um espaço.

Nesta pesquisa, foi evidente a ausência dos atores não governamentais no processo de governança. Sabe-se que a governança refere-se aos processos de governo, à reorientação das formas de relação entre Estado e sociedade ou entre governos, agentes privados e sociedade, além de permitir a capacidade de ação de vários atores, que não apenas os governamentais, mas também os não governamentais/informais, incluindo agentes privados, comunidades profissionais e movimentos sociais na condução das políticas públicas (MARQUES, 2013).

Considera-se que houve muitas transformações no papel do ente estadual ao longo do tempo. Pires & Gomide (2016) acreditam que não houve mudanças em relação às suas competências, sendo apenas um deslocamento das capacidades estatais, sem perda de centralidade ou relevância. Os achados dessa pesquisa se contrapõem aos achados dos autores supracitados, visto que os resultados apontam que o ente municipal ganhou força e relevância, definido como ator crucial nessa pesquisa, sendo portanto além de executor de serviços, também o gestor, cumprindo papel de regulador, ordenador de fluxos e de arranjos de interação entre atores.

Esta pesquisa dialoga com os estudos de Ribeiro, Tanaka e Denis (2017), que reforçam a natureza federativa das relações intergovernamentais, a autonomia local, descentralização de decisões e responsabilidades quanto ao planejamento e à alocação de recursos nas regiões, característica existente na região estudada. Ficou evidenciada a capacidade do ente municipal em gerir os assuntos públicos a partir do envolvimento conjunto e cooperativo dos atores sociais, econômicos e institucionais em sua dimensão regional.

A pactuação entre diversos entes fortaleceria os vínculos entre os envolvidos, definindo melhor responsabilidades e reforçando institucionalidade no planejamento regional. A regionalização da saúde depende de esforços das três esferas de governo, e só ocorrerá com o fortalecimento dos mecanismos político-institucionais (BRETAS JÚNIOR; SHIMIZU, 2017). Assim, deve-se preponderar pela diminuição de ações que visem à relação hierárquica e verticalizada, ao invés de relações de cooperação e colaboração, que fortalecem a governança.

No que concerne ao Consórcio Intermunicipal de Saúde, cuja função de instrumentalizador do programa de apoio ao CEO e da ação coletiva, voltados para o território regional, evidenciou-se que os pequenos municípios, os quais são implicados nesse processo podem efetivar sua autonomia frente ao processo de descentralização. Com responsabilidades conjuntas de distintos atores, garantem meios de alcance de benefícios coletivos, de maneira cooperativa e solidária, como a garantia de oferta de serviços de forma mais integral (MENDONÇA, ANDRADE, 2018).

O Consórcio Público além de ser um instrumento fomentador, é um viabilizador da própria governança entre os diversos serviços e atores, pois é por meio da mediação de relações e pactuações em prol dos pequenos municípios que se alcança o desenvolvimento das ações, sobretudo nas regiões (HENRICHS, MEZA, 2017).

No presente estudo não houve evidências de estruturação de planejamento regional de forma conjunta e participativa entre os entes. O único momento demonstrado, com decisões conjuntas, foi o momento de pactuação da oferta de vagas, realizada pelo apoio do programa e por meio de contratos junto aos municípios da microrregião.

Entretanto, evidenciaram-se alguns desafios que acabam sendo fatores impeditivos para maior entrosamento entre referências e referenciados. Entre os desafios presentes destacam-se: pouca interação entre municípios de diferentes portes, limitações dos territórios mais distantes, desequilíbrio na distribuição da oferta de serviços entre os municípios da região, inviabilizando o avanço das pequenas localidades, conforme também apontam Mendonça & Andrade (2018). Aponta-se ainda para a inexistência de proximidade e

conhecimento das realidades locais, a inexistência de discussões acerca de projetos que atendam a interesses comuns, o que impede a construção de uma relação no âmbito regional sob a perspectiva da governança.

A CIB e os Conselhos de Saúde foram identificados como espaços de governança incipientes, com pouca discussão entre os gestores estratégicos. A falta de participação da sociedade civil no controle social demonstra fragilidades no processo de governança empreendido. Estes espaços se bem articulados e operantes poderiam contribuir na instância da governança investigada, sendo marco regulatório do processo decisório e da governança nas regiões (GODOI; ANDRADE; MELLO, 2017; BRETAS JÚNIOR; SHIMIZU, 2017).

O cuidado à saúde bucal tem razões o bastante para ser pauta na agenda de discussões sobre a estruturação das redes. Dessa forma, poderia configurar maior representação política nas instâncias CIB e Conselhos de Saúde, as quais agregam poder decisório, a fim de superar as fragilidades identificadas e alcançar uma rede regionalizada de atenção à saúde bucal, menos fragmentada e incipiente (BRETAS JÚNIOR; SHIMIZU, 2017).

Para Bretas Júnior & Shimizu (2017), estas instâncias são espaços nodais no processo da governança, em que reúnem não somente os atores, mas é um espaço de acordos, processos, pactuações, tomada de decisão e elaboração de normas sociais que podem impactar na construção de políticas públicas de forma positiva ou negativa. Desse modo, consistem em espaços de interesse, poder, relações, que influem diretamente no desenvolvimento da governança com vistas à estruturação da rede de saúde bucal.

Estes locais são os únicos espaços deliberativos, porém foi evidenciado nesse estudo que são os menos efetivos para a realização da governança na rede de atenção à saúde bucal. Esses resultados permitem inferir que a RASB ainda é considerada periférica, visto que não foi pautada na agenda do espaço interfederativo (CIB) e nem nos em que comportam a sociedade (Conselho).

De acordo com estudos de Ditterich & Baldani (2015), os quais realizaram análise de documentos técnicos do Conselho Municipal de Saúde, a partir da institucionalização da Política Nacional de Saúde Bucal, verificaram assuntos referentes à saúde bucal foram tratados de forma meramente informativa, sob o ponto de vista organizacional dos serviços de saúde bucal. Os achados demonstraram que existem obstáculos na dinâmica da participação, como a falta de participação dos usuários e trabalhadores da saúde. Além disso, constatou-se pouca interação entre os atores, dificultando à construção de estratégias de planejamento em saúde bucal, corroborando os achados do presente estudo.

Essa evidência reforça a necessidade de a categoria odontológica possuir maior representatividade nos diferentes espaços de decisões, condição esta que, certamente, possibilitaria maior envolvimento com as demais áreas da saúde, incorporando a saúde bucal como parte integrante fundamental da saúde do indivíduo. A presença do cirurgião-dentista como apoiador, reitera o processo de fortalecimento em saúde bucal.

Mesmo após consideráveis avanços que a saúde bucal conquistou nas ações em saúde na rede de atenção, esta ainda está permeada de indefinições, posta à margem nas discussões referentes à organização da atenção à saúde na perspectiva de rede, apresentando-se muitas vezes, descolada do processo.

Historicamente, a formação em Odontologia sempre esteve voltada a um modelo curativista e individualizado, considerada tradicional, segmentada, acrítica e pouco reflexiva. O ensino nas universidades continua a priorizar a formação para o setor privado, mesmo sendo o serviço público o maior empregador de dentistas no Brasil (CARRER, 2019, MELLO, 2004).

Esta formação não condiz com a realidade brasileira, tanto em fatores epidemiológicos e em relação ao modelo de atenção organizado em redes, motivando a reestruturação e o deslocamento desse entendimento para oportunizar o cuidado. Justifica-se, portanto, a pouca participação e o pouco empoderamento dos profissionais na constituição e governança da Rede, oriundo de uma herança de um percurso histórico ineficiente e de fragmentação (MELLO, 2004).

Esses resultados também explicam o porquê da RASB ainda estar numa fase inicial e incipiente no aspecto de organização. A fim de superar esse óbice, faz-se necessário a inserção de pautas sobre universalização e integralidade nos espaços que agregam poder decisório, pela participação de ações regionais mais cooperativa e integrada, para que possa ser incorporada e instituída como rede temática, com a presença de atores estratégicos com capacidade de influência no processo de governança. Estas seriam alternativas de garantir o fortalecimento da saúde bucal na perspectiva de rede que ainda está por se consolidar e otimizar a saúde bucal como direito de cidadania (GODOI; ANDRADE; MELLO, 2017).

Mediante a interação entre os distintos atores que compõem esta rede, verificou-se a predominância das relações informais como instrumento da governança, com o uso de tecnologias para sua comunicação, por meio de *WhatsApp*, *E-mail* e telefone, corroborando achados de Oliveira *et al.* (2019), em que o uso destas foram fortemente evidenciadas. Relatam ainda que existem barreiras operacionais de comunicação que não são resolvidas integralmente com o uso dessas tecnologias.

Discussões de casos e resolução de problemas de modo informal permeiam distintos espaços da rede, ora com benefícios, como propostas de facilidade e rapidez, ora como distanciamento e diminuição de encontros presenciais, fundamentais na interação dos atores com objetivo do cuidado. Deve-se ponderar ao equilíbrio para que não seja fator implicador de problemas mais do que benefícios.

5.3.5 Considerações Finais

Os elementos revelados pela presente pesquisa, puderam contribuir para a identificação dos atores e espaços, bem como analisar os instrumentos envolvidos no processo de governança da Rede de Atenção à Saúde Bucal.

Os atores identificados foram os coordenadores de saúde bucal, coordenadores de CEO, gestores municipais, profissionais, responsável pela central de regulação de vagas odontológicas especializadas e diretorias do consórcio intermunicipal de saúde, sendo estes atuantes nos espaços da Atenção Básica, Atenção Especializada, Hospitalar, Consórcio Intermunicipal de Saúde, espaços de gestão, pactuação e regulação, Comissão Intergestores Bipartite e Conselho de saúde.

Os fluxos que permearam foram da AB para a Atenção Especializada e desta para Atenção Hospitalar, em casos específicos. No que diz respeito aos instrumentos de governança, foram identificados: cursos de capacitação, oficinas, educação permanente e matriciamento, complexos reguladores desenvolvidos por meio de sistema de informação e identificação dos usuários, estabelecimento de normas e regras de utilização de serviços, sistema de monitoramento e avaliação, processos conjuntos de aquisição de insumos e contratos de serviços.

Os fundamentos desse estudo indicam que as contribuições proporcionadas à rede regionalizada de saúde bucal são permeadas por relacionamentos entre os atores de distintos níveis de atenção. E os espaços apresentados constituem-se em arranjos organizativos que operacionalizam a governança. Nestes há o estabelecimento de pactuação, gestão, coordenação, gerenciamento e instrumentalização da rede de atenção à saúde bucal.

Os resultados também permitem classificar esta rede como periférica, considerando que a mesma não se fez presente em nenhuma agenda dos espaços com poder decisório, nem nos espaços interfederativos. Para que ocorra uma efetiva rede regionalizada, as três esferas de governo deveriam trabalhar cooperativamente a fim de fortalecer os mecanismos político-institucionais, com ações de cooperação e colaboração, visando à diminuição de hierarquias.

Considera-se que quanto melhor a comunicação, interação e discussão entre os atores envolvidos, maior o fortalecimento da capacidade de governança em uma rede de atenção.

Embora haja fragilidades na rede, há fatores favoráveis relacionados à existência de pontos de atenção à saúde bucal na região e de certa à organização desses pontos. Destaca-se também a iniciativa do governo em promover ações de educação permanente na gestão da saúde bucal; apoio do consórcio aos municípios consorciados, o qual reforça uma relação com participação ativa e decisões coletivas. Outro fato de destaque é a existência de um profissional cirurgião-dentista na coordenação de saúde bucal da região, elevando por meio de seu conhecimento específico da área odontológica à condução das ações em Odontologia de forma mais integral, sendo um grande diferencial para esta região, o que impacta nas decisões em saúde bucal.

O estabelecimento da rede de atenção à saúde bucal, foi um marco consolidador à medida que se constituiu em um modelo integrado, com ênfase na valorização profissional, no acolhimento e na humanização. Por meio da linha guia, ferramenta que visou contribuir com o trabalho das equipes de saúde bucal dos municípios do Paraná, a rede está sendo construída de forma articulada. No entanto, há ainda alguns desajustes, principalmente no que concerne ao sistema de governança (componente fundamental da rede).

Devido à falta de proximidade dos atores, mediada apenas de modo informal e à inexistência de espaços de discussão, percebeu-se, que há uma falta de conhecimento das realidades locais acerca de projetos que atendam a interesses comuns, o que é um impeditivo à construção de uma relação no âmbito regional sob a perspectiva da governança.

Propõem-se que haja uma reestruturação organizacional para aumentar a integração e interdependência entre os espaços. Cabe, portanto, aos gestores do SUS, nas regiões de saúde coordenar esse ambiente de governança a fim de integrar atores governamentais e não-governamentais para propiciar que os objetivos sejam convergentes e alcançados. A prática da governança precisa ser fortalecida na lógica de inclusão de todos os atores; a intersetorialidade deve ser exercida e haver o controle social sobre os agentes públicos para verificar a responsabilidade e eficácia da ação pública.

Considerando a complexidade das relações, deve ser observada a possibilidade de sua regulamentação ou de normas que as protejam, reduzindo o seu caráter casuístico, amparando-as em regras claras e diminuindo a incerteza e a instabilidade presentes. Nesse sentido, a pesquisa suscita caminhos para a potencialização das interações, articulações, pactuações com vistas à governança, com aspiração de promover uma atenção à saúde bucal

mais integral, menos fragmentada, descolada e incipiente, com ação regional mais cooperativa e integrada na rede.

5.3.6 Referências

- BRASIL. Ministério da Saúde. **Atenção especializada**. Centro de especialidades odontológicas. Brasília: Ministério da Saúde, 2017.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012**. Diretrizes e normas regulamentadoras sobre pesquisa envolvendo seres humanos. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Saúde Bucal**. Brasília: Ministério da Saúde, 2016.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de atenção à Saúde. **Grupo Técnico da Comissão Intergestores Tripartite**. Diretrizes para Organização das Redes de Atenção à Saúde do SUS. 2010a. Disponível em: <https://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2016/maio/18/2-B---Documento-de--Diretrizes-para-Organiza----o-das-Redes-de-Aten----o----Sa--de-do-SUS.pdf>. Acesso em: 03 set. 2019.
- BRASIL. Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010. Estabelece diretrizes para organização da rede de atenção à saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília-DF: **Diário Oficial da União**, 2010b.
- CÂMARA, R. H. Análise de conteúdo: da teoria à prática em pesquisas sociais aplicadas às organizações. **Gerais: Revista Interinstitucional de Psicologia**, v. 6, n. 2, p. 179-191, 2013.
- CARRER, F.C.A. SUS e Saúde Bucal no Brasil: por um futuro com motivos para sorrir / [Coord.] Fernanda Campos de Almeida Carrer, Gilberto Alfredo Pucca Junior, Maria Ercília de Araújo. [Org.] Dorival Pedroso da Silva, Mariana Gabriel, Mariana Lopes Galante. – São Paulo: **Faculdade de Odontologia da USP**, 2019. 167p.
- DITTERICH, R. G. et al. Construindo os caminhos da saúde bucal no estado do Paraná. In: DITTERICH, R. G.; GRAZIANI, G. F.; MOYSÉS, S. J. (Orgs.). **Caminhos e trajetórias da saúde bucal no estado do Paraná**. 1. ed. Londrina: INESCO, 2019. p. 15-37.
- DITTERICH, R.G.; DITTERICH, A.C.R.; BALDANI, M.H. A política de saúde bucal em pauta no Conselho Municipal de Saúde no Município de Nova Friburgo - RJ. **Rev Odontol UNESP**. Mai-Jun, v.44, n.3, p. 143-151, 2015.
- GODOI, H.; MELLO, A. L. S. F.; CAETANO, J. C. Rede de atenção à saúde bucal: organização em municípios de grande porte de Santa Catarina, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 30, n. 2, p. 318-332, 2014.
- GODOI, H; ANDRADE, S. R.; MELLO, A. L. S. F. Rede regionalizada de atenção à saúde no Estado de Santa Catarina, Brasil, entre 2011 e 2015: sistema de governança e a atenção à saúde bucal. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 33, n. 9, p.2-13, 2017.
- HENRICHS, J. A., MEZA, M. L. F. G. Governança multinível para o desenvolvimento regional: um estudo de caso do Consórcio Intermunicipal da Fronteira. **Revista Brasileira de Gestão Urbana**, v. 9, n. 1, p. 124-138, 2017.

- BRETAS JUNIOR, N. B.; SHIMIZU, H. E. Reflexões teóricas sobre governança nas regiões de saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 22, n. 4, p. 1085-1095, 2017.
- LIMA, L. A. N. O Método da Pesquisa Qualitativa do Fenômeno Situado. Uma criação do educador brasileiro Joel Martins, seguida pela Professora Maria Aparecida Vigianni Bicudo. As análises: Idiográfica e Nomotética. **Investigação Qualitativa em Educação**, v. 1, n. 1, p.43-54 , 2016.
- LUCENA, E. H. G. et al. Avaliação externa do PMAQ-CEO: refletindo acerca dos Indicadores de Acesso e Qualidade. In: FIGUEIREDO, N.; GOES, P. S. A.; MARTELLI, P. J. L. (Orgs.). **Os Caminhos da Saúde Bucal no Brasil: um olhar quali e quanti sobre os Centros de Especialidade Odontológicas (CEOs) no Brasil**. 1. ed. Recife: Editora UFPE, 2016, p. 206-220.
- MARQUES, E. C. Government, Political Actors and Governance in Urban Policies in Brazil and São Paulo: Concepts for a Future Research Agenda. **Brazilian Political Science Review**, v. 7, n. 3, p. 8-35, 2013.
- MARQUES, E. C. Notas sobre redes, Estado e políticas públicas. **Cadernos de Saúde Pública**. v. 35, n. 2, p.2-11 , 2019.
- MELLO, A. L. S. F. et al. Saúde bucal na rede de atenção e processo de regionalização. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 19, n. 1, p. 205-214, 2014.
- MENDES, E. V. **As redes de atenção à saúde**. 2. ed. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011. 549 p.
- MENDONÇA, F. F.; ANDRADE, S. K. A. V. Consórcio Público de Saúde como arranjo para relação federativa e o processo de regionalização. **Redes**, v. 23, n. 3, p. 206-224, 2018.
- OLIVEIRA, C.R.F. et al. Conhecimento e uso de mecanismos para articulação clínica entre níveis em duas redes de atenção à saúde de Pernambuco, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 35, n. 4, p.2-16, 2019.
- PAIM, J. et al. The Brazilian health system: history, advances, and challenges. **Lancet**, v. 377, n. 9779, p. 1778-1797, 2011.
- PARANÁ. Secretaria de Estado da Saúde do Paraná. **Plano Estadual de Saúde Paraná 2016-2019**. Curitiba: SESA, 2016.
- PARANÁ. Secretaria de Estado da Saúde do Paraná. **Superintendência de Assistência à Saúde**. Linha Guia de Saúde Bucal. 2. ed. Curitiba: SESA, 2016.
- PIRES, R. R. C.; GOMIDE, A. A. Governança e capacidades estatais: uma análise comparativa de programas federais. **Revista de Sociologia e Política**, v. 24, n. 58, p. 121-143, 2016.
- PUCCA JÚNIOR, G. A. Ten years of a national oral health policy in Brazil: Innovation, boldness, and numerous challenges. **Journal of Dental Research**, v. 94, n. 10, p. 1333–1337, 2015.
- RIBEIRO, P. T., TANAKA, O. Y., DENIS, J. L. Governança regional no Sistema Único de Saúde: um ensaio conceitual. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 22, n. 4, p. 1075-1084, 2017.
- SINCLAIR, D. et al. Riding the third rail: the store of Ontario’s health services restructuring commission, 1996- 2000. Montreal: The Institute for Research on Public Policy, 2005.

TEIXEIRA, L.; MAC DOWELL, M. C.; BUGARIN, M. Consórcios Intermunicipais de Saúde: Uma Análise à Luz da Teoria dos Jogos. **Revista Brasileira de Economia**, v. 57, n. 1, p. 253-281, 2003.

VÁZQUEZ, M. L. N. et al. Organizaciones sanitarias integradas: una guía para el análisis. **Revista Española de Salud Pública**, v. 79, p. 633-643, 2005.

6 *Considerações Finais*

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Percebe-se nos achados deste trabalho que há distintos espaços e níveis de atenção na RASB da região, porém esta ainda é permeada de indefinições, perpassando até então, por um necessário processo de articulação e integração dos serviços na região, a fim de garantir a integralidade do cuidado.

A rede regionalizada de saúde bucal é permeada por constantes relacionamentos e interações entre atores de distintos níveis de atenção. E os espaços identificados constituem-se em arranjos organizativos em que atores operacionalizam o processo de governança. Nestes há o estabelecimento de pactuação, gestão, coordenação, gerenciamento e instrumentalização das RASB. Entretanto, evidenciou-se a incipiente participação dos diferentes atores na regionalização, bem como a frágil relação entre os entes e atores, comprometendo o adequado funcionamento, organização e articulação das RAS.

A governança em uma rede regionalizada tem o potencial de contribuir para uma nova dinâmica de relações entre os atores envolvidos na produção de respostas regionais. Para efetivação do processo de governança nos espaços decisórios reforça a necessidade de reavaliar novos arranjos, com a participação social e novas interlocuções entre os atores em busca de parcerias para atingir objetivos comuns. Embora, perceba-se ainda, a dificuldade de se operacionalizar a governança nos contextos locais, evidenciados nesse estudo.

Como a governança requer a interação entre atores, isso requer futuros acordos e negociações na implementação de políticas públicas, com o envolvimento dos diferentes atores, entre eles, gestores, profissionais da saúde, pesquisadores, sociedade civil, entre outros. É portanto, fundamental o estabelecimento de relações entre esses atores e instituições de forma coesa para que se criem aportes favoráveis de decisão nos espaços locais, expandindo para os estaduais e até nacionais.

No que concerne a RASB na região, o maior desafio ainda é fortalecer essa rede, com ampliação dos pontos de atenção especializados e hospitalar e a parceria com as Universidades, tanto para processos de educação permanente como de oferta de atendimento especializado (CEO).

Ainda que a RASB apresente fragilidades e desafios a serem enfrentados, evidencia-se ainda que o Paraná se apresenta como modelo de organização da RAS. Além de tornar-se pioneiro na implementação de programas e políticas, é considerado exemplo de organização dos serviços odontológicos no Brasil. Embora ainda seja necessário avaliar e aperfeiçoar a

saúde bucal, para que a regionalização se torne efetiva e a governança favoravelmente às RASB estabelecida.

Uma evidência importante da região estudada, refere-se do ao papel fundamental do cirurgião-dentista responsável pela coordenação de saúde bucal da 17ª RS. Sendo uma classe profissional em minoria ou ausente em diversas regionais, este tem papel fundamental como ponto de apoio na RASB. Por conhecimento da área e suas reais necessidades, agrega na efetividade da rede e nas ações em saúde bucal. É de substancial relevância mantê-los nessas posições, para que a saúde bucal se efetive de forma integral.

Ressalta-se que outro ponto favorável na região foram decisões conjuntas de pactuação da oferta de vagas, realizada pelo apoio do programa aos CEO, por meio de contratos do Consórcio junto aos municípios da microrregião. Embora não há evidências de estruturação de planejamento regional de forma conjunta e participativa entre os entes, o consórcio público é um viabilizador da própria governança entre os diversos serviços e atores, pois é por meio da mediação de relações e pactuações em prol dos pequenos municípios é que se alcança o desenvolvimento das ações, sobretudo nas regiões. Enfatiza-se o reforço dessas pactuações e relações de forma conjunta e coletiva para o fortalecimento local.

Os resultados também revelam fatores que podem colaborar para estudos futuros, uma investigação mais aprofundada sobre determinados aspectos da governança nas redes. A região estudada mostra-se à frente em alguns aspectos em relação à muitos outros locais, diante sua organização, pioneirismo e a implementação da linha guia, porém ainda é permeada de muitas fragilidades e desafios a serem superados.

Vale ressaltar que este é um processo em construção e que a RASB precisa ser ampliada, aprimorada e sedimentada para que o Brasil Sorridente se transforme em uma política de Estado e não de governos, e que com isto, resista como política perene principalmente em épocas de crise econômica e política como a que estamos vivenciando atualmente. Esta sofre diretamente influência da gestão municipal, estadual ou regional, no qual pode comprometer a garantia da continuidade no cuidado à saúde. Portanto, é fundamental que a gestão nas suas diferentes esferas, desencadeie e apoie o processo de construção da RASB.

Os fatores limitantes desse trabalho referem-se ao seu próprio desenho, como a dificuldade em se obter dados confiáveis de um sistema virtual abarcado de falhas e fragilidades, o que compromete o entendimento da real conformação da RASB na região.

A pesquisa suscita caminhos para a potencialização das interações, articulações, pactuações com vistas à governança, com aspiração de promover uma atenção à saúde bucal

mais integral, menos fragmentada, descolada e incipiente, com ação regional mais cooperativa e integrada na rede. A governança se revela como uma oportunidade fundamental no debate, acesso, formulação, implementação e avaliação das políticas públicas, em uma coerente forma qualitativa quanto ao exercício e efetivação de democracia social.

A saúde bucal atualmente perpassa por um período de grande turbulência; o acesso à assistência odontológica individual e às ações coletivas de prevenção dos problemas bucais no SUS ainda é incipiente, portanto, apresenta declínio evidente, com risco de sua extinção.

A desmobilização das entidades e da classe odontológica revelam a questão ainda em disputa na nossa sociedade, a saúde bucal como direito. O desmonte está em curso. Reverter esse cenário é um compromisso que deve ser assumido não apenas pelo movimento da Saúde Bucal coletiva, mas por toda a classe odontológica e população brasileira.

Nesse momento, é mais que necessário que a academia, as entidades de classe, organizações da sociedade civil e todos os cirurgiões dentistas se unam em prol da saúde bucal dos brasileiros.

Portanto, o futuro da saúde bucal no SUS dependerá da forma como for equacionado nos próximos anos, o desafio fundamental de fortalecer a sociedade civil, respeitar os movimentos sociais populares e consolidar a democracia. Manter a saúde bucal na agenda da gestão das políticas públicas exigirá esforços; avançar nessa direção implica em encorpar a capacidade de gestão das políticas públicas, da política de saúde e da Política Nacional de Saúde Bucal.

Há a necessidade de repensar a estruturação da RASB. Essa afirmação se deve ao fato de não existir nenhum marco legal jurídico, nenhuma lei, e nenhuma portaria que firme seus princípios, somente uma linha guia. Ressalta-se que a continuidade dessa rede, deve estar de forma transversal junto a outras redes, apresentando pontos em comum e sua complementariedade. Uma rede paralela não se intercepta em nenhum ponto, segue afastada no sentido da integralidade.

Pretende-se, por conseguinte, apontar caminhos que possam contribuir com a consolidação da RASB, promover o rompimento do isolamento da saúde bucal pela participação de uma ação regional mais cooperativa e integrada na rede na perspectiva da governança, como forma de garantir vínculo com a população, longitudinalidade e integralidade do cuidado, por meio do estímulo a novas discussões e estudos sobre o tema.

Referências

REFERÊNCIAS

- ANDRADE, L. O. M. Inteligência de Governança para apoio à Tomada de Decisão. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 17, n. 4, p. 829-832, 2012.
- BANKAUSKAITE, V.; DUBOIS, H. F. W.; SALTMAN, R. B. Patterns of decentralization across European health systems. In: SALTMAN, R. B.; BANKAUSKAITE, V.; VRANGBAEK, K. (Org.). **Decentralization in health care: strategies and outcomes**. England: Open University Press, 2007. p. 22-43.
- BAPTISTA, T. W. F. Análise das portarias ministeriais da saúde e reflexões sobre a condução nacional da política de saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 23, n. 3, p. 615-626, 2007.
- BRASIL. Constituição da República Federativa do Brasil. Lei 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, seção 1, 19 setembro de 1988.
- BRASIL. Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011. Regulamenta a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre organização do Sistema Único de Saúde-SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 28 jun. 2011.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Blog da Saúde. Entenda o SUS. **Inovação na Atenção Especializada no Brasil**. Disponível em: <http://www.blog.saude.gov.br/index.php/entenda-osus/50058-inovacao-na-atencao-especializada-no-brasil>. Acesso em: 12 jan. 2020.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Ministério da Saúde. **A construção do SUS: histórias da Reforma Sanitária e do processo participativo**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.
- BRASIL. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília-DF: Diário Oficial da União 1990; 19 set.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Atenção especializada**. Centro de especialidades odontológicas. Brasília: Ministério da Saúde, 2017.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012**. Diretrizes e normas regulamentadoras sobre pesquisa envolvendo seres humanos. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **A saúde bucal no Sistema Único de Saúde**. Brasília-DF: Ministério da Saúde, 2018.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Saúde Bucal**. Brasília-DF: Ministério da Saúde, 2016.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Implantação das Redes de Atenção à Saúde e outras estratégias da SAS / Ministério da Saúde**. Secretaria de Atenção à Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2014.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de atenção à Saúde. **Grupo Técnico da Comissão Intergestores Tripartite**. Diretrizes para Organização das Redes de Atenção à Saúde do

SUS. 2010a. Disponível em: <https://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2016/maio/18/2-B---Documento-de--Diretrizes-para-Organiza----o-das-Redes-de-Aten----o----Sa--de-do-SUS.pdf>. Acesso em: 03 set. 2019.

BRASIL. Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010. Estabelece diretrizes para organização da rede de atenção à saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília-DF: **Diário Oficial da União**, 2010b.

BRETAS, J. N.; SHIMIZU, H. E. Reflexões teóricas sobre governança nas regiões de saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 22, n. 4, p. 1085-1095, 2017.

CAYETANO, M. H. et al. Política Nacional de Saúde Bucal Brasileira (Brasil Sorridente): Um resgate da história, aprendizados e futuro. **Universitas Odontologica**, v. 38, n. 80, p. 1-23, 2019.

CÂMARA, R. H. Análise de conteúdo: da teoria à prática em pesquisas sociais aplicadas às organizações. **Gerais: Revista Interinstitucional de Psicologia**, v. 6, n. 2, p. 179-191, 2013.

CARRER, F. C. A. et al. Sistema Único de Saúde. In: CARRER, F. C. A.; PUCCA JUNIOR, G. A. (Coord.). **Observatório ibero-americano de políticas públicas em saúde bucal: construindo um bloco por mais saúde bucal**. 1. ed. São Paulo: Faculdade de Odontologia da USP, 2018. p. 10-15.

CASOTTI, E. et al. Atenção em Saúde Bucal no Brasil: uma análise a partir da Avaliação Externa do PMAQ-A. **Saúde Debate**. Rio de Janeiro, v. 38, n. especial, p. 140-157, out 2014.

CECÍLIO, L. C. O. et al. A Atenção Básica à Saúde e a construção das redes temáticas de saúde: qual pode ser o seu papel? **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 7, n. 11, p. 2893-2902, 2012.

CHAVES, S.; ROSSI, T.A; FREIRE, A.M. Implementação de serviços públicos odontológicos especializados no Brasil. In: CHAVES, S.C.L. [org] **Política de saúde bucal no Brasil: teoria e prática**. Salvador: EDUFBA, 2016. p. 227-253.

COMISSÃO SOBRE GOVERNANÇA GLOBAL. **Nossa comunidade global**. 1. ed. Rio de Janeiro: Fundação Getúlio Vargas, 1996.

CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE (CONASS). A governança na região de saúde. 2018. Disponível em: <https://www.conass.org.br/consensus/governanca-na-regiao-de-saude/>. Acesso em: 02 set. 2019.

DITTERICH, R. G. et al. Construindo os caminhos da saúde bucal no estado do Paraná. In: DITTERICH, R. G.; GRAZIANI, G. F.; MOYSÉS, S. J. (Orgs.). **Caminhos e trajetórias da saúde bucal no estado do Paraná**. 1. ed. Londrina: INESCO, 2019. p. 15-37.

DITTERICH, R.G.; DITTERICH, A.C.R.; BALDANI, M.H. A política de saúde bucal em pauta no Conselho Municipal de Saúde no Município de Nova Friburgo - RJ. **Rev Odontol UNESP**. Mai-Jun, v.44, n.3, p. 143-151, 2015.

DUARTE, R. Entrevistas em pesquisas qualitativas. **Educar**, n. 24, p. 213-225, 2004.

FERRÃO, J. Governança e Ordenamento do Território. Reflexões para uma Governança Territorial Eficiente, Justa e Democrática. **Prospectiva e Planejamento**, v. 17, p.130-139, 2010.

FILGUEIRAS, F. Indo além do gerencial: a agenda da governança democrática e a mudança silenciada no Brasil. **Revista de Administração Pública**, v. 52, n. 1, p. 71-88, 2018.

FLEURY, S.; OUVENERY, A. M. **Gestão de redes**: a estratégia de regionalização da política de saúde. 1. ed. Rio de Janeiro: Editora FGV, 2007.

FLEURY, S.; OUVENERY, A. M. Política de saúde: uma política Social. In: GIOVANELLA, L. et al. **Políticas e sistema de saúde no Brasil**. 2. ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2012. p. 25-58.

FORD, L. Clinical governance: The ethical dimension. **Musculoskeletal Care**, v. 1, n. 2, 2003.

FRANÇA, L. M.; MANTOVANELI JUNIOR, O.; SAMPAIO, C. A. C. Governança para a Territorialidade e Sustentabilidade: a construção do senso de regionalidade. **Saúde e Sociedade**, v. 21, supl. 3, p. 111-127, 2012.

FRENK, J., MOON, S. Governance challenges in global health. **New England Journal of Medicine**, v. 368, p. 936-42, 2013.

GIOVANELLA, L. et al. Saúde da família: limites e possibilidades para uma abordagem integral de atenção primária à saúde no Brasil. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.14, n.3, p. 783-794, 2009.

GODOI, H.; MELLO, A. L. S. F.; CAETANO, J. C. Rede de atenção à saúde bucal: organização em municípios de grande porte de Santa Catarina, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 30, n. 2, p. 318-332, 2014.

GODOI, H.; ANDRADE, S. R.; MELLO, A. L. S. F. Rede regionalizada de atenção à saúde no Estado de Santa Catarina, Brasil, entre 2011 e 2015: sistema de governança e a atenção à saúde bucal. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 33, n. 9, p.2-13, 2017.

GODOY, A. S. Introdução à Pesquisa Qualitativa e suas Possibilidades. **Revista de Administração de Empresas**, v. 35, n. 2, p. 57-63, 1995.

GONÇALVES, A. O Conceito de Governança. In: Congresso Nacional de Pesquisa e Pós-Graduação em Direito- CONPEDI, 2006. Manaus, **Anais**. Florianópolis: Editora, 2006.

GONÇALVES, C. R. et al. Recursos humanos: fator crítico para as redes de atenção à saúde. **Saúde em Debate**, v. 38, n. 100, p. 26-34, 2014.

GOULART, F. (Coord.). **Inclusão de Cidadãos na Implementação das Políticas de Saúde**. Resultados: Laboratório de Inovação sobre Inclusão de Cidadãos na Implementação das Políticas de Saúde. Organização Pan-Americana da Saúde, Conselho Nacional de Saúde. Brasília: 2012.

HENRICHES, J. A., MEZA, M. L. F. G. Governança multinível para o desenvolvimento regional: um estudo de caso do Consórcio Intermunicipal da Fronteira. **Revista Brasileira de Gestão Urbana**, v. 9, n. 1, p. 124-138, 2017.

HUFTY, M.; BÁSCOLO, E.; BAZZANI, R. Gobernanza en salud: un aporte conceptual y analítico para la investigación. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 22, p. 35-45, 2006.

IBANHES, L. C. et al. Governança e regulação na saúde: Desafios para a gestão na Região Metropolitana de São Paulo, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 23, n. 3, p. 575-584, 2007.

- JACOBI, P. R. Governança ambiental, participação social e educação para a sustentabilidade. In: PHILIPPI, A. (Org.). *Gestão da Natureza Pública e Sustentabilidade*. 1 ed. São Paulo: Editora Manole, 2012. p. 343-361.
- JACOBI, P. R.; SINISGALLI, P. A. A. Governança ambiental e economia verde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 17, n. 6, p. 1469-1478, 2012.
- JULIANO, E. F. G. A.; MALHEIROS, T. F.; MARQUES, R. C. Lideranças comunitárias e o cuidado com a saúde, o meio ambiente e o saneamento nas áreas de vulnerabilidade social. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 21, n. 3, p. 789-796, 2016.
- BRETAS JUNIOR, N.; SHIMIZU, H. E. Reflexões teóricas sobre governança nas regiões de saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 22, n. 4, p. 1085-1095, 2017.
- KNOPP, G.; ALCOFORADO, F. Governança social, intersetorialidade e territorialidade em políticas públicas: o caso da Oscip Centro Mineiro De Alianças Intersetoriais (CeMAIS). In: Congresso Consad de Gestão Pública, 3, 2010, Brasília, DF, **Anais**. Brasília-DF: Consad, 2010. p. 1-26.
- LAVRAS, C. Atenção Primária à Saúde e a organização em redes regionais de atenção à saúde no Brasil. **Saúde e Sociedade**, v. 20, n. 4, p. 867-874, 2011.
- LIMA, L. A. N. O Método da Pesquisa Qualitativa do Fenômeno Situado. Uma criação do educador brasileiro Joel Martins, seguida pela Professora Maria Aparecida Vigianni Bicudo. As análises: Idiográfica e Nomotética. **Investigação Qualitativa em Educação**, v. 1, n.1, p. 43-54, 2016.
- LIMA, L. D.; ALBUQUERQUE, M. V.; SCATENA, J. H. G.; **Quem governa e como se governam as regiões e redes de atenção à saúde no Brasil?** Contribuições para o estudo da governança regional na saúde. *Novos Caminhos*, n. 8. Pesquisa Política, Planejamento e Gestão das Regiões e Redes de Atenção à Saúde no Brasil. 2016. Disponível em: www.regiaoeredes.com.br. Acesso em: 03 jun. 2019.
- LIMA, L. D.; VIANA, A. L. D.; MACHADO, C. V. A regionalização da saúde no Brasil: condicionantes e desafios. In: SCATENA, J. H. G.; KEHRIG, R. T.; SPINELLI, M. A. S. (Orgs.). **Regiões de Saúde: diversidade e processo de regionalização em Mato Grosso**. São Paulo: Hucitec, 2014. p. 21-46.
- MARQUES, E. Government, political actors and governance in urban policies in Brazil and São Paulo: concepts for a future research agenda. **Brazilian Political Science Review**, v. 7, n. 3, p. 8-35, 2013.
- MARQUES, E. C. Notas sobre redes, Estado e políticas públicas. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 35, Supl. 2, p. 2-11, 2019.
- MELLO, A. L. S. F. et al. Saúde bucal na rede de atenção e processo de regionalização. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 19, n. 1, p. 205-214, 2014.
- MENDES, E. V. **As redes de atenção à saúde**. 2. ed. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011.
- MENDES, E. V. **As redes de atenção à saúde**. 2. ed. Belo Horizonte: Escola de Saúde Pública de Minas Gerais, 2009.
- MENDES, E. V. **As redes de atenção à saúde**. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 15, n. 5, p. 297-2305, 2010.

- MENEZES, J. S. B. **Saúde, participação e controle social**: uma reflexão em torno de limites e desafios do Conselho Nacional de Saúde na atualidade. 2010. Dissertação (Mestrado em Ciências em Saúde Pública). Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2010.
- MENDONÇA, F. F.; ANDRADE, S. K. A. V. Consórcio Público de Saúde como arranjo para relação federativa e o processo de regionalização. **Redes**, v. 23, n. 3, p. 206-224, 2018.
- MENICUCCI, T. M. G. **Público e privado na política de assistência à saúde no Brasil**: atores, processos e trajetória. 2003. Tese (Doutorado em Ciências Humanas). Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2003.
- MINAYO, M. C. S. Análise Qualitativa: teoria, passos e fidedignidade. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 17, n. 3, p. 621- 626, 2012.
- MINAYO, M. C. S.; SANCHES, O. Quantitativo-Qualitativo: Oposição ou Complementaridade? **Cadernos de Saúde Pública**, v. 9, n. 3, p. 239-262, 1993.
- MOORE, J. et al. Networks and governance: the case of intermediate care. **Health & Social Care in the Community**, v. 15, n. 2, p. 155-64, 2007.
- NORONHA, J. C.; LIMA, L. D.; MACHADO, C. V. O Sistema Único de Saúde – SUS. In: GIOVANELLA, L. et al. (Orgs.). **Políticas e sistema de saúde no Brasil**. 1. ed. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2008. p. 435-72.
- OLIVEIRA, C.R.F et al. Conhecimento e uso de mecanismos para articulação clínica entre níveis em duas redes de atenção à saúde de Pernambuco, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 35, n. 4, p.2-16, 2019.
- ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE (OPAS)- Representação da OPAS no Brasil. **Estratégia de Cooperação técnica da OPAS/OMS com a República Federativa do Brasil, 2008-2012**. Brasília: OPAS, 2007. p.76.
- PARANÁ. Secretaria de Estado da Saúde do Paraná. **Plano Estadual de Saúde Paraná 2016-2019**. Curitiba: SESA, 2016.
- PARANÁ. Secretaria de Estado da Saúde do Paraná. **Superintendência de Assistência à Saúde**. Linha guia de saúde bucal. 2ª ed. Curitiba: SESA, 2016.
- PARANÁ. Secretaria de Estado da Saúde do Paraná. **Superintendência de Assistência à Saúde**. Linha Guia de Saúde Bucal. 2. ed. Curitiba: SESA, 2016.
- PARANÁ. Secretaria de Saúde. **Rede de Atenção à Saúde Bucal**. Disponível em: <http://www.saude.pr.gov.br/modules/conteudo/conteudo.php?conteudo=3027>. Acesso em: 08 out. 2019.
- PIERRE, J.; PETERS, B. G. Governance, politics and the state. New York: St. Martin's Press, 2000.
- PIOVESAN, A.; TEMPORINI, E. R. Pesquisa Exploratória: procedimento metodológico para o estudo de fatores humanos no campo da saúde pública. **Revista de Saúde Pública**, v. 29, n. 4, p. 318-325, 1995.
- PIRES, R. R. C.; GOMIDE, A. A. Governança e capacidades estatais: uma análise comparativa de programas federais. **Revista de Sociologia e Política**, v. 24, n. 58, p. 121-143, 2016.

- PLUMPTRE, T.; GRAHAM, J. **Governance and good governance: international and aboriginal perspectives.** Ottawa: Institute of Governance, 1999. Disponível em: <http://dspace.cigilibrary.org/jspui/bitstream/123456789/11075/1/Governance%20and%20Good%20Governance.pdf?>. Acesso em: 03 set.2019
- PUCCA JÚNIOR, G. A. et al. Ten years of a national oral health policy in Brazil: Innovation, boldness, and numerous challenges. **Journal of Dental Research**, v. 94, n. 10, p. 1333–1337, 2015.
- RIBEIRO, J. M.; ALCOFORADO, F. Mecanismos de governança e o desenho institucional da Secretaria de Saúde do Município do Rio de Janeiro (RJ), Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 21, n. 5, p. 1339-1349, 2016.
- RIBEIRO, P. T.; TANAKA, O. Y.; DENIS, J. L. Governança regional no Sistema Único de Saúde: um ensaio conceitual. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 22, n. 4, p. 1075-1084, 2017.
- ROCHA, T. A. H. et al. Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde: evidências sobre a confiabilidade dos dados. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 23, n. 1, p. 229-240, 2018.
- RODRÍGUEZ, C. et al. Gobernanza y salud: significado y aplicaciones en América Latina. **Revista de Salud Pública**, v. 12, p. 151-159, 2010.
- RODRIGUES, W. Planejamento e governança territorial. Uma Reflexão Sociológica a partir do terreno. **Cidades, comunidades e territórios**, v. 10, p. 23-34, 2005.
- SANTOS, A. M.; GIOVANELLA, L. Governança regional: estratégias e disputas para gestão em saúde. **Revista de Saúde Pública**, v. 48, n.4, p. 622-631, 2014.
- SANTOS, L. A natureza jurídica pública dos serviços de saúde e o regime de complementaridade dos serviços privados à rede pública do Sistema Único de Saúde. **Saúde Debate**. Rio de Janeiro, v. 39, n. 106, p. 815-829, jul-set, 2015.
- SANTOS, M. H. C. Governabilidade, Governança e Democracia: Criação da Capacidade Governativa e Relações Executivo-Legislativo no Brasil Pós Constituinte. **Dados**, v. 40, n. 3, p. 335-376, 1997.
- SECCHI, L. Modelos organizacionais e reformas da administração pública. **Revista de Administração Pública**, v. 43, n. 2, p. 347-69, 2009.
- SINCLAIR, D. et al. Riding the third rail: the store of Ontario's health services restructuring commission, 1996- 2000. Montreal: The Institute for Research on Public Policy, 2005.
- TEIXEIRA, L.; MAC DOWELL, M. C.; BUGARIN, M. Consórcios Intermunicipais de Saúde: Uma Análise à Luz da Teoria dos Jogos. **Revista Brasileira de Economia**, v. 57, n. 1, p. 253-281, 2003.
- VÁZQUEZ, M. L. N. et al. Organizaciones sanitarias integradas: una guía para el análisis. **Revista Española de Salud Pública**, v. 79, n.6 , p. 633-643, 2005.
- VIACAVA, F. et al. SUS: oferta, acesso e utilização de serviços de saúde nos últimos 30 anos. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.23, n.6, p.1751-1762, 2018.
- VIANA, A. L. D; LIMA, L. D.; FERREIRA, M. P. Condicionantes estruturais da regionalização na saúde: tipologia dos Colegiados de Gestão Regional. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 15, n. 5, p. 2317-2326, 2010.

VIANA, A. L. D.; LIMA, L. D. O processo de regionalização na saúde: contextos, condicionantes e papel das Comissões Intergestores Bipartites. In: VIANA, A. L. D.; LIMA, L. D. (Orgs.). **Regionalização e relações federativas na política de saúde do Brasil**. Rio de Janeiro: Contra Capa, 2011. p. 216.

WORLD BANK. Governance and Development. Washington: World Bank, 1992. Acesso em: 08 mar 2019.

APÊNDICE 1 - ROTEIRO DE ENTREVISTA

Informante-chave: Coordenador de Saúde Bucal da 17ª RS

1. Qual seu papel quanto coordenador de saúde bucal? Qual suas funções, responsabilidades, funções?
2. Quanto ao nível de Atenção dos estabelecimentos de saúde, cadastrados no CNES, quais tipos de procedimentos são realizados em um local de média complexidade, porém com classificação de Estratégia de Saúde da Família? Ex: estabelecimentos AB + MC?
3. Há alguma descrição de quantos estabelecimentos de saúde constituem a Rede de Atenção à Saúde Bucal da região?
4. No cadastro do CNES há diferença entre a classificação Unidade Básica de Saúde, Centro de Saúde e Posto de Saúde? Existe uma orientação para cadastro no CNES, com diferentes nomenclaturas?
5. Todo município existe um coordenador de saúde bucal, específico? Quais municípios possuem?
6. Quem são os responsáveis pela saúde bucal em cada município que compõe a 17ª RS?
7. Quais são os serviços de referência na região? Média Complexidade e Alta Complexidade? Como se dá esse processo de definição das referências? Quem participa e onde acontece essa articulação?
8. Quantos CEOs e Hospitais existem de referência na Rede de Saúde Bucal e em quais municípios estão localizados?
9. Consórcios participam de alguma forma nos CEOs?
10. Além dos CEOs e Hospitais, há algum outro serviço de referência específico? Ex: Atendimento a pacientes portadores de deformidades congênitas da face; Atenção integral à saúde bucal dos adolescentes em conflitos com a lei; Unidades de Pronto Atendimento, etc?
11. Qual o funcionamento dos fluxos - Se existem instrumentos para operacionalizar esse fluxo?
12. Após o estabelecimento da rede, há algum espaço para discussão, financiamento, cotas de exames, procedimentos, revisão da rede? Como se dá a relação entre os atores? Por meio de algum encontro, fórum, reunião, comissões?

APÊNDICE 2 - ROTEIRO DE ENTREVISTA

Coordenadores dos CEO

1. Qual seu papel quanto coordenador do CEO? Qual suas funções e responsabilidades?
2. Como ocorre o processo de referência e contrarreferência na região?
3. Quem participa e onde acontece essa articulação? Quais são os serviços de referência na região?
4. Como ocorre o fluxo desse processo? É utilizado algum tipo de instrumento para regular esse fluxo?
5. Quem define o que vai ter no CEO? Há um protocolo de atendimento? Se sim, do que se trata esse protocolo? Há alguma fragilidade?
6. Há alguma meta estabelecida de atendimentos, qualidade?
7. Como é estabelecida a relação entre os municípios referenciados para este CEO?
8. Como é ofertada as vagas nas áreas de especialidades, quem define?
9. Quanto ao número de vagas, há algum critério de tamanho populacional?
10. Atualmente, há um número suficiente de profissionais para atender a demanda?
11. Como é feito a regulação? Atende à demanda? Não atende?
12. Há muito tempo de fila de espera para as especialidades?
13. Como os Consórcios participam nos CEO? Como se dá essa participação?
14. Em algum momento tem alguma reunião com os dentistas da rede para discutir sobre monitoramento e avaliação? Sobre alguma demanda levantada por algum profissional, ou pontos da rede?
15. Há algum espaço para discussão sobre financiamento, cotas de exames e vagas, procedimentos, revisão da rede, fluxo de referência e contrarreferência?
16. Como se dá a relação entre os atores? Por meio de algum encontro, fórum, reunião, comissões?

APÊNDICE 3 - ROTEIRO DE ENTREVISTA

Coordenador de Saúde Bucal do município de Londrina

1. Qual foi seu papel quanto coordenadora de saúde bucal do município? Quais eram suas funções e responsabilidades?
2. Quais são os serviços de referência na região? Média Complexidade e Alta Complexidade? Como se dá esse processo de definição das referências?
3. Além dos CEO e Hospitais, há algum outro serviço de referência específico? Ex: Atendimento a pacientes portadores de deformidades congênitas da face; Atenção integral à saúde bucal dos adolescentes em conflitos com a lei; Unidades de Pronto Atendimento ou alguma entidade empresarial, sem fins lucrativos?
4. Quem participa e qual o funcionamento dos fluxos - Existem instrumentos para operacionalizar?
5. Quem define o que vai ter no CEO? Como é ofertada as vagas nas áreas de especialidades? Quanto ao número de vagas, há algum critério de tamanho populacional? Há alguma meta estabelecida de atendimentos, qualidade?
6. Como se dá a relação dos Consórcios nos CEO?
7. Atualmente, há um número suficiente de profissionais para atender a demanda? Há muito tempo de fila de espera para as especialidades?
8. Como se dá a relação entre os atores da Rede? Por meio de algum encontro, fórum, reunião, comissões? Algum espaço de decisão e pactuações? Financiamento, cotas de exames, procedimentos, revisão da rede? Se houver, a odontologia faz parte desses processos?
9. Há algum instrumento e/ou mecanismos de natureza operacional, tais como: roteiros de diagnóstico de uma população, planejamento e programações regionais para discussão da rede de atenção à saúde?

APÊNDICE 4 - ROTEIRO DE ENTREVISTA

Gestor Municipal

1. Como é constituída a rede de atenção à saúde bucal dentro do teu município? Qual sua composição?
2. Quais são os serviços de referência na região? Média Complexidade e Alta Complexidade? Como se dá esse processo de definição das referências, como esse paciente é encaminhado?
3. Como é estabelecida a pactuação com os diferentes níveis de atenção da Rede de Atenção à saúde bucal do teu município?
4. Como se dá a relação dos Consórcios nos CEOs? Há uma pactuação de número de vagas para especialidades, RH? Como isso é distribuído?
5. Como se dá a relação com os demais municípios que compõem a microrregional e o município de referência para sua microárea?
6. Atualmente, há um número suficiente de profissionais para atender a demanda? Há muito tempo de fila de espera para as especialidades?
7. Como se dá a relação entre os atores da Rede? Por meio de algum encontro, fórum, reunião, comissões? Algum espaço de decisão e pactuações? Se houver, a odontologia faz parte desses processos?
8. Há algum instrumento e/ou mecanismos de natureza operacional, tais como: roteiros de diagnóstico de uma população, planejamento e programações regionais para discussão da rede de atenção à saúde, se houver, a odontologia participa desses encontros?
9. Há algum instrumento para operacionalizar os serviços, como discutir normas e regras de utilização de serviços, algum processo conjunto de aquisição de insumos, complexos reguladores e/ou contratos de serviços, em relação a odontologia?
10. Quanto ao Controle Social, há algum mecanismo tais como fóruns regionais, pesquisas de satisfação do usuário, entre outros, cujas informações podem ser transformadas em subsídios de monitoramento e avaliação das políticas de saúde no espaço regional?
11. Com o estabelecimento da rede, há algum espaço para discussão, financiamento, cotas de exames, procedimentos, revisão da rede? Algum sistema de monitoramento e avaliação ou alguma comissão/câmara técnica (de nível regional) temáticas dentro do município?

APÊNDICE 5 - ROTEIRO DE ENTREVISTA

Regulação

1. Quando e por que foi instituído o processo de regulação na odontologia?
2. Qual é seu papel na regulação – DRAS? Quais são suas funções e responsabilidades? Quanto tempo? Houve um treinamento para isso?
3. Como é realizada o processo de regulação? Como funciona? Qual instrumento de regulação vocês utilizam? Sistema? Telefone? Quem faz essa análise?
4. Como é ofertada as vagas nas áreas de especialidades? E na atenção terciária?
5. Quem determina a quantidade de vagas para cada município? Há algum critério populacional?
6. Como se dá a relação dos Consórcios com a regulação de vagas para outros municípios?
7. Há muito tempo de fila de espera para as especialidades? Há algum monitoramento dessa fila de espera? É realizada classificação de risco?
8. Há alguma dificuldade de regulação, pela descrição das referências que os profissionais realizam?
9. Como se dá tua comunicação com os outros pontos de atenção? Tanto dos CEOs e hospitais? Quem demanda?
10. Como se dá a relação entre os atores da Rede? Você como responsável da regulação, participa de algum encontro, fórum, reunião, comissões? Algum espaço de decisão e pactuações, revisão da rede?

APÊNDICE 6 - ROTEIRO DE ENTREVISTA

Consórcio

1. Como os Consórcios participam nos CEOs? Como se dá essa participação?
2. Como foi pactuado os contratos em relação as vagas de especialidades odontológicas? Faz quanto tempo? Esse processo está sendo revisto?
3. Há algum espaço para discussão sobre financiamento, cotas de exames e vagas, procedimentos, revisão da rede, fluxo de referência e contrarreferência?
4. Há algum grupo de trabalho composto pelo CEO, diretoria do CISMENPAR e por representantes dos municípios da região?
5. Como é estabelecida a relação entre os municípios que possuem o convênio?

ANEXO 1 - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Prezado(a) Senhor(a): Gostaríamos de convidá-lo para participar da pesquisa Governança na rede de atenção à saúde bucal, a ser realizada na 17ª Regional de Saúde. O objetivo da pesquisa é o analisar o processo de governança na rede de atenção à saúde bucal na 17ª Regional de Saúde. Sua participação é muito importante e ela se daria da seguinte forma: Entrevistas com perguntas relacionadas ao tema da pesquisa que serão registradas e gravadas em gravador de áudio.

Esclarecemos que sua participação é totalmente voluntária, podendo você: recusar-se a participar, ou mesmo desistir a qualquer momento, sem que isto acarrete qualquer ônus ou prejuízo à sua pessoa. Esclarecemos, também, que suas informações serão utilizadas somente para os fins desta pesquisa e serão tratadas com o mais absoluto sigilo e confidencialidade, de modo a preservar a sua identidade. Reitero que os registros gravados em áudio serão destruídos ao término da pesquisa.

Esclarecemos ainda, que você não pagará e nem será remunerado(a) por sua participação. Os benefícios esperados dizem respeito à contribuição dada para ampliar o conhecimento sobre o processo de governança na rede de atenção à saúde bucal.

Quanto aos riscos, não há riscos para a sua participação, visto que todo conteúdo das gravações serão tratados com sigilo e posteriormente destruídos.

Caso tenha dúvidas ou necessite de maiores esclarecimentos poderá nos contatar através do telefone: (43) 996060120; e-mail: barbarapimentel_4@hotmail.com, ou procurar o Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos da Universidade Estadual de Londrina, situado junto ao LABESC – Laboratório Escola, no Campus Universitário, telefone 3371-5455, e-mail: cep268@uel.br. Este termo deverá ser preenchido em duas vias de igual teor, sendo uma delas devidamente preenchida, assinada e entregue à você.

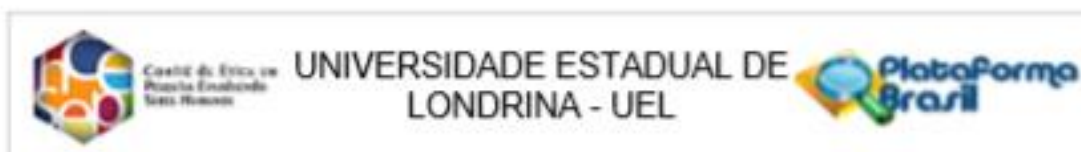
Londrina, ____ de _____ de 2019.

Pesquisador Responsável: Bárbara Vieira Pimentel

_____, tendo sido devidamente esclarecido sobre os procedimentos da pesquisa, concordo em participar **voluntariamente** da pesquisa descrita acima.

Assinatura: _____ Data: _____

ANEXO 2 - PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP



Continuação do Parecer: 3.120.681

assistência de saúde no Brasil e na Itália;- Analisar experiências exitosas de cooperação referentes ao processo de regionalização em saúde no Brasil (macrorregião norte do Paraná) e Itália (região de Marche);

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos: a pesquisadora afirma que os riscos são mínimos considerando que os sujeitos passarão apenas pelo processo de entrevista e todos os cuidados éticos serão tomados

Benefícios: Todos os resultados estão diretamente relacionados aos objetivos de estudo. Verifica-se que a literatura atual, quando trata do processo de regionalização, apresenta em grande os limites e os desafios para que esse processo avance no contexto brasileiro. Portanto, uma das grandes contribuições desse estudo, será apresentar arranjos regionais e de formação de trabalhadores com caráter cooperativo e de cogestão que fortalecem o processo de regionalização.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

A pesquisa está proposta em etapas:

1 Movimento - Levantar e analisar as propostas oficiais (leis, normas e portarias) sobre a cooperação para a regionalização em saúde no Brasil e na Itália. - Levantar e analisar experiências publicadas sobre a cooperação para a regionalização no Brasil e na Itália.

2 Movimento - Analisar o nível de saúde das 22 regiões de saúde do Paraná por meio de indicadores sócio-demográficos e epidemiológicos; Mapear a organização das Redes de Atenção à Saúde.

3 Movimento No Paraná - Entrevistar atores estratégicos no processo de tomada de decisão: a) os gestores do executivo municipal, representados pelos prefeitos; b) gestores de saúde dos municípios, representados pelos secretários de saúde; c) atores envolvidos nas demais instâncias de apoio técnico. Marche - Itália - Entrevistar os trabalhadores envolvidos com o planejamento regional; - Conhecer o processo de planejamento regional.

4 Movimento - Realizar oficinas de trabalho em cada uma das cinco regionais, no intuito de promover a discussão no âmbito regional sobre as estratégias de cooperação; - Divulgar os resultados da pesquisa e intervenção sobre cooperação para a regionalização.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Apresenta folha de rosto assinada pela chefe do departamento de saúde coletiva que é a instituição proponente.

Apresenta TCLE em forma de convite, claro e objetivo, com informações ao possível participante

Endereço: LABESC - Sala 14

Bairro: Campus Universitário

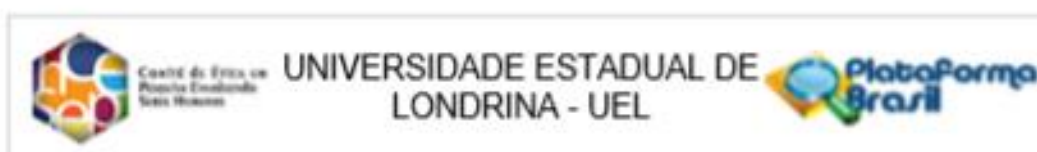
UF: PR

Município: LONDRINA

CEP: 86.057-970

Telefone: (43)3371-5455

E-mail: cep268@uel.br



Continuação do Parecer: 3.120.881

sobre os temas a serem abordados, apenas que será entrevistado.

Apresenta autorização de todas as instituições co-participantes do estudo, nacionais e da Itália.

Apresenta cronograma adequado à proposta do estudo.

Apresenta orçamento detalhado e informa que a origem do financiamento de R\$ 22.608,32 reais poderá ser vinculada a edital da Fundação Araucária. Caso não haja aprovação no edital, o financiamento será próprio.

Apresenta termo de sigilo de confidencialidade devidamente assinado.

Apresenta instrumento de coleta de dados.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Não há.

Considerações Finais a critério do CEP:

Prezado (a) Pesquisador (a),

Este é seu parecer final de aprovação, vinculado ao Comitê de Ética em Pesquisas Envolvendo Seres Humanos da Universidade Estadual de Londrina. É sua responsabilidade imprimi-lo para apresentação aos órgãos e/ou instituições pertinentes.

Coordenação CEP/UEL.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMACOES_BASICAS_DO_PROJETO_1267100.pdf	09/01/2019 14:54:59		Aceito
Outros	termosigilo.pdf	09/01/2019 14:54:02	Fernanda de Freitas Mendonça	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.doc	09/01/2019 14:53:30	Fernanda de Freitas Mendonça	Aceito
Outros	Roteiro.docx	09/01/2019 14:53:14	Fernanda de Freitas Mendonça	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto.docx	09/01/2019 14:43:15	Fernanda de Freitas Mendonça	Aceito
Folha de Rosto	folhaderosto.pdf	30/11/2018 09:50:04	Fernanda de Freitas Mendonça	Aceito

Endereço: LABESC - Sala 14

Bairro: Campus Universitário

UF: PR

Município: LONDRINA

CEP: 86.057-970



UNIVERSIDADE ESTADUAL DE
LONDRINA - UEL



Continuação do Parecer: 3.120.661

Declaração de Instituição e Infraestrutura	regional16.pdf	30/11/2018 08:17:23	Fernanda de Freitas Mendonça	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	regional22.pdf	30/11/2018 08:15:57	Fernanda de Freitas Mendonça	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	regional20.pdf	30/11/2018 08:15:33	Fernanda de Freitas Mendonça	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	regional18.pdf	30/11/2018 08:15:14	Fernanda de Freitas Mendonça	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	regional17.pdf	30/11/2018 08:14:59	Fernanda de Freitas Mendonça	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	asur.pdf	30/11/2018 08:14:47	Fernanda de Freitas Mendonça	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

LONDRINA, 24 de Janeiro de 2019

Assinado por:
Alexandrina Aparecida Maciel Cardelli
(Coordenador(a))

Endereço: LABESC - Sala 14

Bairro: Campus Universitário

CEP: 86.057-970

UF: PR

Município: LONDRINA

Telefone: (43)3371-5455

E-mail: cep268@uel.br

ANEXO 3 - DECLARAÇÃO DE CONCORDÂNCIA DOS SERVIÇOS ENVOLVIDOS E/OU
INSTITUIÇÃO COPARTICIPANTE



**Declaração de Concordância dos Serviços Envolvidos e/ou de Instituição
Coparticipante**

Londrina, 27 de agosto de 2018.


Ilma. Sra. Profa. Dra. Alexandrina Aparecida Maciel Cardelli
Coordenadora do CEP/UEL

Senhora Coordenadora

Declaramos que nós da 17ª Regional de Saúde – Londrina/PR, unidade descentralizada da Secretaria de Estado da Saúde do Paraná, estamos de acordo com a condução do projeto de pesquisa **“Estratégias inovadoras de cooperação para a regionalização em regiões de saúde do Paraná (Brasil) e Marche (Itália)”** sob a responsabilidade de **Brigida Gimenez Carvalho**, nas nossas dependências, devendo a solicitação de informações e agendamento de entrevistas serem acordadas com as respectivas chefias da unidade, tão logo o projeto seja aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo seres Humanos da Universidade Estadual de Londrina, até o seu final em julho de 2021.

Estamos cientes que as unidades de análise da pesquisa serão servidores que ocupam funções na gestão da 17ª Regional de Saúde e, eventualmente, complementação de dados disponíveis em bases públicas, bem como de que o presente trabalho deve seguir a Resolução 466/2012 do CNS e complementares.

Atenciosamente,



José Carlos Moraes
Diretor da 17ª RS

ANEXO 4 - DECLARAÇÃO DE PESQUISA EM SAÚDE



Universidade Estadual de Londrina
Centro de Ciências da Saúde
Mestrado em Saúde Coletiva

Declaração de Pesquisa em Saúde

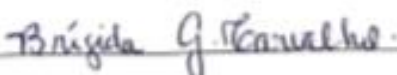
Declaro que a mestranda Bárbara Vieira Pimentel, matriculada no Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Estadual de Londrina, integra a pesquisa “Estratégias de cooperação para a Regionalização em Saúde: os casos do Paraná (Brasil) e Marche (Itália), aprovado no Comitê de Ética em Pesquisa da UEL sob nº 3.120.68/2018.

Em seu trabalho do mestrado intitulado “Governança na Rede de Atenção à Saúde Bucal”, está desenvolvendo dois objetivos desta pesquisa maior: analisar a constituição das redes de atenção à saúde e analisar os mecanismos de integração entre os pontos de atenção. Para o alcance dos objetivos está pesquisando a rede de saúde bucal na 17ª RS, e está em fase de obtenção dos dados (caracterização e mapeamento da Rede de Saúde Bucal, funcionamento dos fluxos, demandas, atendimentos, equipe profissional, processo de referência e contrarreferência, dentre outros aspectos pertinentes ao tema).

Tendo em vista que o Centro de Especialidades da UEL é um dos pontos de atenção da rede de Saúde Bucal desta região, solicito a autorização para que seja realizada entrevista com o coordenador desta unidade.

Sendo o que se apresenta para o momento e à disposição para outros esclarecimentos que se façam necessários.

Atenciosamente



Brígida Gimenez Carvalho (Orientadora)