

ESCOLA DE GOVERNO DE SAÚDE PÚBLICA DE PERNAMBUCO
RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE COLETIVA COM ÊNFASE EM
GESTÃO DE REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE

LUCIANA CARLA FERREIRA DA ROCHA

ANÁLISE DA PARTICIPAÇÃO DOS GESTORES MUNICIPAIS DE SAÚDE NAS
REUNIÕES DA COMISSÃO INTERGESTORA DA V REGIÃO DE SAÚDE DE
PERNAMBUCO NOS ANOS DE 2016 E 2017

GARANUNHS – PE

2018

LUCIANA CARLA FERREIRA DA ROCHA

ANÁLISE DA PARTICIPAÇÃO DOS GESTORES MUNICIPAIS DE SAÚDE NAS
REUNIÕES DA COMISSÃO INTERGESTORA DA V REGIÃO DE SAÚDE DE
PERNAMBUCO NOS ANOS DE 2016 E 2017

Projeto elaboração para Conclusão da Residência
Multiprofissional em Saúde Coletiva com ênfase
em Redes de Atenção à Saúde
Orientação: MSc. Naiana Soares de Souza

GARANHUNS – PE

2018

Análise da participação dos gestores municipais de saúde nas reuniões da Comissão Intergestora da V Região de Saúde de Pernambuco nos anos de 2016 e 2017

Luciana Carla Ferreira da Rocha**

Ma. Naiana Soares de Souza***

RESUMO

O artigo discorre sobre a Comissão Intergestora Regional (CIR) da V Região de Saúde de Pernambuco e a participação dos gestores municipais de saúde nesse espaço. É uma pesquisa de cunho quantitativo que utilizou, para coleta de dados, os documentos oficiais das reuniões da CIR, pautas e atas de frequência e reunião, do período de janeiro de 2016 a dezembro de 2017. Tais documentos foram analisados de acordo com o método de Bardin, e por fim dividido em duas categorias: frequências dos gestores municipais de saúde nas reuniões da CIR e; quantidades de pactuação realizadas nas reuniões. Os dados adquiridos revelaram que o período de agosto a outubro do ano de 2016 não atingiu o mínimo de participação dos gestores nas reuniões da CIR para pactuar propostas. Porém, em 2017, todas as reuniões realizadas obtiveram mais de 50% da frequência dos gestores municipais, por conseguinte o percentual de aprovação das pactuações foi maior que o ano anterior, mesmo com esta mudança, municípios próximos da sede continuaram com baixa frequência ao contrário de municípios distantes, com mais de 90km da sede, mostrando que a distância não é fator impeditivo para a frequência dos gestores nas reuniões. Vale salientar que devido a existência de um quórum mínimo de 11 municípios para aprovação das pactuações, a ausência dos gestores não afeta apenas o seu município, mas prejudica diretamente as pactuações que beneficiam os outros municípios, e conseqüentemente o fortalecimento da regional a qual faz parte.

Palavras-chave: Comissão Intergestora. Pactuação. Gestores de Saúde. Região de Saúde

*Artigo apresentado para conclusão do curso de Residência Multiprofissional em Saúde Coletiva com ênfase em gestão de redes de atenção à saúde, da Escola de Governo de Saúde Pública de Pernambuco, Recife.

** Graduada em Serviço Social pela Universidade Federal de Pernambuco, e residente em Saúde Coletiva com ênfase em gestão de redes de atenção à saúde pela Escola de Governo de Saúde Pública de Pernambuco, Recife. E-mail: luckcarla19@hotmail.com.

*** Mestra em Ciências farmacêuticas pela Universidade Federal de Alagoas. Atua como farmacêutica no Hospital Regional Dom Moura. E-mail: nagari.bc@gmail.com.

Análise da participação dos gestores municipais de saúde nas reuniões da Comissão
Intergestora da V Região de Saúde de Pernambuco nos anos de 2016 e 2017

Luciana Carla Ferreira da Rocha**

Ma. Naiana Soares de Souza***

ABSTRACT

The article discusses the Regional Interactive Commission (CIR) of the V Health Region of Pernambuco and the participation of municipal health managers in this area. It is a quantitative research that used, for data collection, the official documents of the meetings of the CIR, schedules and minutes of attendance and meeting, from January 2016 to December 2017. These documents were analyzed according to the Bardin method, and finally divided in two categories: frequencies of the municipal health managers in the meetings of the CIR and; agreed upon at the meetings. The acquired data revealed that the period from August to October of 2016 did not reach the minimum participation of the managers in the meetings of the CIR to negotiate proposals. However, in 2017, all the meetings held obtained more than 50% of the frequency of the municipal managers, therefore the approval percentage of the agreements was higher than the previous year, even with this change, municipalities near the headquarters continued with low frequency, unlike municipalities distant, with more than 90km from headquarters, showing that distance is not a factor preventing attendance of managers in meetings. It is worth mentioning that due to the existence of a minimum quorum of 11 municipalities to approve pacts, the absence of managers does not only affect their municipality, but directly affects the agreements that benefit the other municipalities, and consequently the strengthening of the regional one that makes part.

Keywords: Interactive Commission. Pact. Health Managers. Health Region

1. INTRODUÇÃO

O Sistema de Saúde brasileiro surgiu com a finalidade de garantir o acesso universal aos serviços e ações de saúde para toda população. E de acordo com o modelo federativo vigente no país, as competências e responsabilidades referentes à matéria saúde, sejam ações, serviços, políticas, entre outros, são fragmentadas e distribuídas entre as esferas federal, estadual e municipal, o que resulta na autonomia desses entes¹.

É no cenário dos princípios da descentralização e regionalização contidos na Lei 8.080/90 que se podem observar as competências adquiridas pelos entes, bem como, as articulações entre si no que tange à saúde. O princípio da descentralização tem por objetivo propiciar uma maior participação e autonomia dos municípios nos assuntos da saúde, porém, este processo não envolve apenas a transferência de serviços, mas também de responsabilidades, poder e recursos da esfera federal para a estadual e a municipal². Essa transferência de responsabilidades e recursos entre os entes federativos se efetiva através do princípio da Regionalização, na qual vem sendo aprimorada como estratégia para o fortalecimento da articulação entre os gestores no âmbito do processo de discussão, negociação, pactuação Interfederativa³.

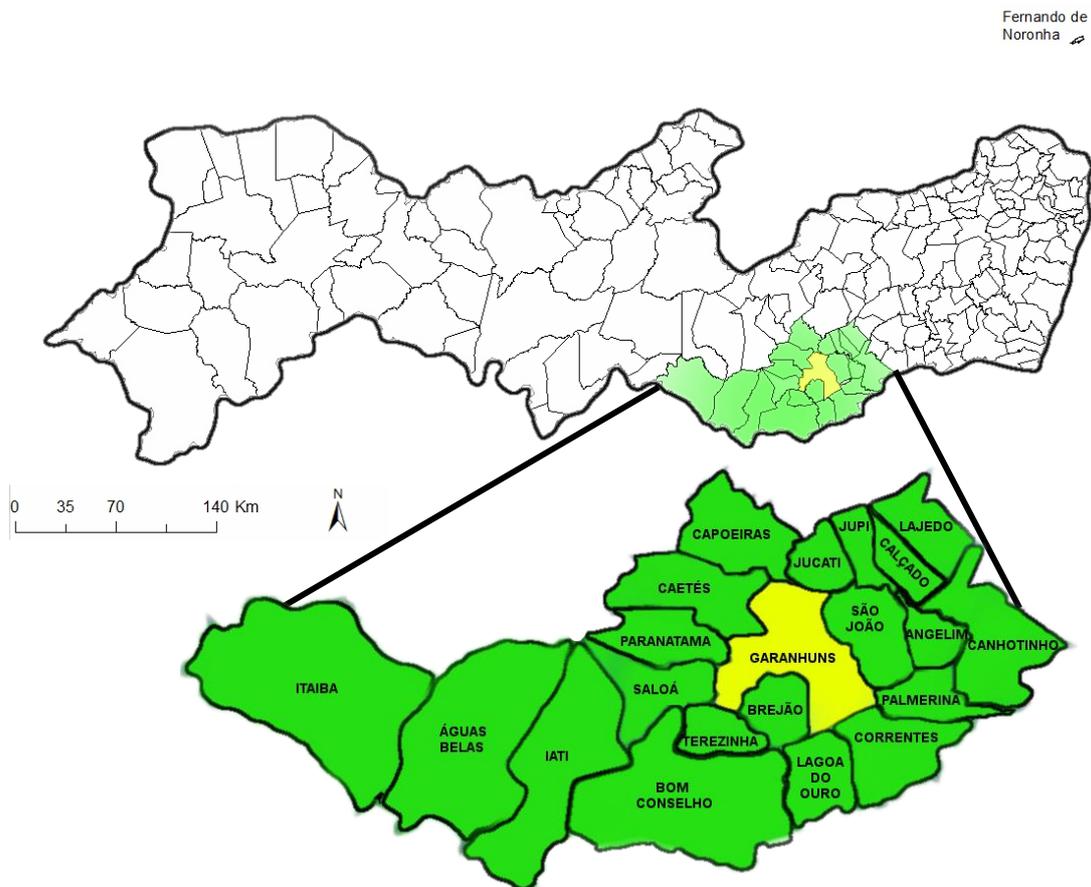
Continuando da premissa de competências e responsabilidades dos entes no âmbito da descentralização e da regionalização, o município, por ser um dos membros federativos, direito e deveres, além do papel fundamental na prestação de ações e serviços de saúde no âmbito local e regional. E é a partir do agrupamento de vários municípios limítrofes, cujos possuem características semelhantes, seja cultural, econômica, social, entre outros aspectos, que é possível uma maior integração na organização, planejamento e execução das ações e serviços de saúde para a população⁴.

É através dos processos de descentralização e regionalização que se possibilita aos municípios, que compõem uma determinada Região de Saúde, uma relativa autonomia nas decisões em matéria da saúde local. A citada Região de Saúde é definida, segundo o Decreto 7508/2011, como espaço geográfico contínuo constituído por agrupamentos de municípios limítrofes e possui a finalidade de integrar a organização, o planejamento e a execução de ações e serviços de saúde⁵.

Em âmbito pernambucano, o Estado possui 12 Regiões de Saúde, sendo a V Região (Figura 1) o local de estudo deste trabalho. A referida Região é composta por 21 municípios e

está localizada no agreste do Estado, em sua extensão territorial há comunidades quilombolas, tribos indígenas e assentamentos rurais, sua Sede está situada na cidade de Garanhuns, localizada a 231,5 Km de distância de Recife, capital do Estado.

Figura 1: Mapa do Estado de Pernambuco com destaque aos municípios da V Região de Saúde.



Fonte: Mapa adaptado, Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco, 2017.

1.1 Comissão Intergestora Regional (CIR)

Como forma de garantir e aprimorar os princípios do Sistema único de Saúde (SUS), os gestores municipais de saúde devem constituir uma Comissão Intergestora Regional (CIR), devendo utilizar este espaço para discutir, negociar e pactuar melhorias para a saúde de seus municípios. Além do que, o município é o responsável pela integralidade da atenção à saúde de sua população, exercendo essa responsabilidade de forma solidária com o Estado e a União⁶. Assim, a CIR pode ser vista como um cenário propício para a execução do protagonismo e empoderamento do gestor municipal de saúde, articulando e recrutando benefícios para o município⁷.

1.2 Estrutura e Funcionamento da CIR da V Gerência Regional de Saúde-GERES/PE

A dinâmica da CIR deve ser pautada nas normas contidas no Regimento Interno, cujo foi instituído através da Resolução CGR V GERES nº1284, de 1º de setembro de 2008, a qual define a CIR como um espaço de decisão através de identificação e definição de prioridades, relacionadas a ações e serviços de atenção à saúde de forma que apresentem resolutividade e integração. A referida resolução também define as competências da Comissão, bem como, sua composição, devendo a Presidência ser ocupada pelo (a) Gerente da V Gerência Regional de Saúde (GERES), e a Vice-Presidência pelo gestor municipal de saúde eleito pelos demais, tendo a vigência da gestão o prazo de dois anos. Também faz parte da composição da CIR, a Câmara Técnica formada por técnicos das secretarias municipais de saúde e técnicos da V GERES, cuja função é analisar e emitir parecer técnico das propostas que serão levadas para pactuação na plenária.

As reuniões da CIR possuem um calendário próprio, sendo definido sempre na última reunião do ano, o calendário para o ano seguinte. As datas estabelecidas devem ser pactuadas e aprovadas por 50% mais 1 dos presentes, ou seja, os gestores de saúde possuem previamente as datas das próximas reuniões. Tais reuniões são realizadas ordinariamente uma vez por mês, no período de fevereiro a dezembro, totalizando 11 encontros por ano, porém, pode haver, quando necessário, convocação para reunião extraordinária por parte de seu Presidente, Vice-Presidente ou requerimento da maioria simples de seus membros⁸.

Os assuntos a serem discutidos nas reuniões devem seguir um fluxo específico, primeiramente, deverão ser submetidos à Câmara Técnica para serem avaliados, e caso habilitados através de parecer técnico, prosseguem como item de pauta da próxima reunião. Ao findar de cada reunião, é elaborada uma ata que será lida no início da sessão seguinte, e assinada pelos gestores, caso o conteúdo seja aprovado.

2. MATERIAIS E MÉTODOS

2.1 Coleta de Dados

Este estudo trata-se de uma pesquisa de cunho quantitativo, cujo elemento estudado foi às reuniões da Comissão Intergestora Regional na V Região de Saúde de Pernambuco, no

período janeiro de 2016 a dezembro de 2017. O estudo teve como objetivo realizar uma análise sobre a dinâmica das reuniões da CIR e a participação dos gestores municipais de saúde nesse processo. Foi um trabalho submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da Associação Caruaruense de Ensino Superior e Técnico- ASCES e aprovado sob o Parecer nº 2.668.377.

Foi utilizado levantamento documental para coleta de dados. Os documentos utilizados foram às pautas de discussão, as atas de frequência e reunião e os regimentos interno da CIR e da Câmara Técnica. A coleta de dados obedeceu à ordem cronológica dos fatos, e as informações contidas nas pautas foram demandas oriundas dos técnicos da V GERES e dos gestores municipais.

Foram analisados os conteúdos de 22 pautas, as quais são compostas pelos itens Informes, que são informações oriundas das coordenações V GERES com intuito de informar determinada situação e/ou irregularidades sobre os municípios aos seus gestores; e Pactuações, que são propostas levadas pelos municípios para votação seguindo o fluxo contido no Regimento Interno da CIR. Também foi analisado um total de 27 atas de frequências e 27 atas reuniões, as quais estavam organizadas por data, constando os nomes dos presentes municípios, gestores de saúde e suas respectivas assinaturas, bem como, o detalhar das reuniões.

A pesquisa documental foi guiada por uma matriz de coleta, processamento e análise de dados, organizados em ordem cronológica e depois categorizados de acordo com a análise temática de seu conteúdo⁹. Com isso foram divididas em duas categorias: 1) Frequência dos gestores de saúde nas reuniões da CIR; e 2) Pactuações aprovadas para pactuação em CIR.

3. RESULTADO

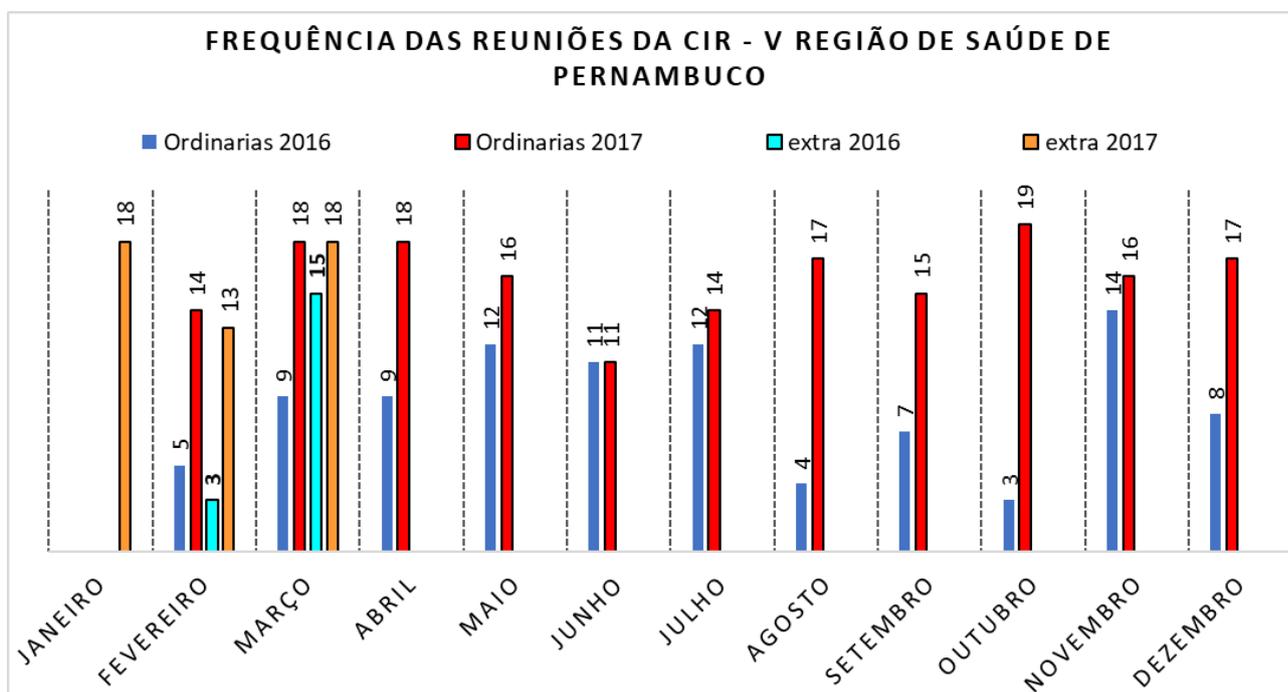
3.1. Frequência dos gestores de saúde nas reuniões da CIR

No período de janeiro de 2016 a dezembro de 2017 ocorreram 27 reuniões da CIR V GERES, destas, 22 foram reuniões ordinárias e 5 extraordinárias, tendo estas últimas

convocadas pela Presidente da CIR, de acordo com as atas analisada não houve reunião com a presença de todos os 21 municípios desta região de saúde no período analisado.

Em 2016, ocorreram 13 reuniões, sendo 02 extraordinárias, ocorridas em fevereiro, a qual não teve quórum para pactuação, e março que contou com a presença de 15 gestores. Observou-se ainda que os meses de fevereiro, agosto, setembro e outubro, apresentaram frequência insuficiente para pactuação das propostas levadas a estas reuniões. Em contrapartida, no ano de 2017, houve 11 reuniões ordinárias e 3 extraordinárias, com um aumento significativo da presença dos municípios nesse espaço, obtendo frequência superior a 50% em todas as reuniões. Em janeiro de 2017 houve convocação para uma reunião extraordinária e, teve presença de mais de 80% dos gestores municipais, porém, o mês de janeiro correspondeu ao recesso das atividades da CIR, sendo sua utilização somente em casos de reuniões extraordinárias, que pode ser visualizado no Gráfico 1.

Gráfico 1- Frequência dos gestores municipais de saúde nas reuniões da Comissão Intergestora Regional V



GERES no período de janeiro de 2016 a dezembro de 2017.

Fonte: O autor

Na pauta das reuniões extraordinárias eram prevalentes às demandas provenientes da V GERES, fato que gerava interesse maior dos gestores municipais, promovendo assim uma alta frequência, especificamente pautas referentes à implantação de projetos que visavam

beneficiar a população, a exemplo do mutirão de cirurgias de catarata, parceria do Estado com a Fundação Altino Ventura, contemplando todos os 21 municípios. Entretanto, a reunião extraordinária ocorrida em fevereiro de 2016, continha apenas 3 assinaturas, contudo, não foi localizada, nos documentos analisados, a pauta oficial relacionada a esta atividade, impossibilitando identificar o conteúdo abordado na reunião.

Em sequência, na Tabela 1, que se refere ao total de frequência mensal dos municípios por ano, observa-se em 2016, que os municípios de Águas Belas, Bom Conselho, Brejão, Calçado, Correntes, Itaíba, Jucati, Lagoa do Ouro, Lajedo, Palmeirina e São João tiveram frequência inferior a 50%. Mas houve municípios como Jupi e Terezinha que não tiveram frequência registrada.

No consolidado das frequências de 2016 e 2017 (27 reuniões), 7 municípios tinham baixa participação nas reuniões, inferior a 50%, destacando-se o município de Jupi com participação em apenas 07 reuniões neste período. Em seu regulamento a CIR não apresenta nenhuma forma de repreensão específica para ausências dos seus membros nas reuniões, com isso passa a ser visualizada como um espaço cujo presença dos gestores pode ser facultativa.

3.2 Propostas levadas para pactuação em CIR

No período analisado neste trabalho foram enviadas por demanda municipais 107 pactuações, e por demanda da gerência regional 15 pactuações, com aprovação total de 87% das pactuações levadas a CIR, é possível ver a informação detalhada por município na Tabela 2. Uma das justificativas prováveis para não aprovação das demais propostas levadas, se dá pela ausências dos gestores de saúde nas reuniões, pois de acordo com o regulamento a ausência do autor da proposta inviabiliza sua pactuação, bem como a falta de quórum nas reuniões, esta última situação pode ser evidenciada através das 3 propostas levadas pela V GERES no ano de 2016 que não foram pactuadas devido a tal situação.

No ano de 2016 forma levadas 73 propostas para serem pactuadas, com a aprovação de 82% destas, enquanto que no de 2017 tiveram apenas 49 pactuações sugeridas, sendo 05 advindas da V GERES, apesar da redução de 33% no número de envio de propostas, houve um maior índice de aprovação, 94% de aprovação das pactuações levadas. Observa-se que

mesmo ocorrendo uma redução em relação ao ano anterior, as propostas a serem pactuadas obtiveram um aproveitamento maior

É interessante observar que os membros que mais levaram pactuações foram, o município de Garanhuns, com 31 propostas com 97% aprovadas, a V regional de Saúde com 15 pactuações e 80% de aprovação e o município de Lajedo, com 12 propostas e aprovação de 75%.

Tabela 1- Total das frequências dos 21 municípios da VGERES nas reuniões da CIR nos anos de 2016 e 2017

ANO MUNICÍPIOS	2016		2017		2016/2017	
	TOTAL	%	TOTAL	%	TOTAL	%
Águas Belas	6	46%	13	93%	19	70%
Angelim	8	62%	12	86%	20	74%
Bom Conselho	4	31%	9	64%	13	48%
Brejão	3	23%	11	79%	14	52%
Caetés	10	77%	11	79%	21	78%
Calçado	4	31%	8	57%	13	44%
Canhotinho	10	77%	11	79%	21	78%
Capoeiras	7	54%	11	79%	18	67%
Correntes	5	38%	7	50%	12	44%
Garanhuns	9	69%	12	86%	21	78%
Iatí	10	77%	10	71%	20	74%
Itaíba	4	31%	8	57%	12	44%
Jucati	3	23%	10	71%	13	48%
Jupi	0	0%	7	50%	7	26%
Lagoa do Ouro	5	38%	12	86%	17	63%
Lajedo	6	46%	11	79%	17	63%
Palmeirina	3	23%	12	86%	15	56%
Paranatama	7	54%	9	64%	16	59%
Saloá	7	54%	14	100%	21	78%
São João	1	8%	12	86%	13	48%
Terezinha	0	0%	14	100%	14	52%

Fonte: O autor

4. DISCUSSÃO

Na categoria “Frequência dos gestores de saúde nas reuniões da CIR”, analisando as reuniões ordinárias, pode-se perceber que em 2016 houve baixa participação dos gestores em comparação a 2017, respectivamente 94 e 175, dado que representa um aumento de 86% no total de frequência das reuniões de 2017. Em 2016 houve eleições municipais, cujo período eleitoral da região costuma a se estender de julho a outubro, que por sua vez correspondem aos meses de menores índices de participação das reuniões, podendo ser um dos motivos da ausência do gestor nesse período.

A análise das atas de frequência também possibilitou a identificação dos municípios que mais participaram das reuniões, desmembrando-os de acordo com seu percentual de frequência no período total analisado. No grupo de municípios que tiveram aproveitamento em mais de 75% de presença, estão os municípios de Caetés, Canhotinho, Garanhuns e Saloá, em quanto o município de Jupi, localizado a menos de 26 km do município sede da V Regional, participou de menos de 30% das reuniões, em contrates geográfico, temos o município de Itaíba, considerado o mais distante, a 121,9 Km, com participação em 44% das reuniões. Vale salientar que em 2016, Jupi e Terezinha ficaram ausentes de todas as reuniões ocorridas nestes anos. Porém, em 2017, Terezinha frequentou todas as reuniões ocorridas, tanto ordinárias quanto extraordinárias.

Diante do exposto, pode-se afirmar que a distância entre os municípios e a cidade sede das reuniões não pode ser considerado fator limitante para à frequência dos gestores nas reuniões da CIR, ao passo que os municípios mais distantes de Garanhuns possuem um nível de participação relevante quando comparados aos mais próximos.

Em relação à categoria “Propostas levadas para pactuação em CIR” o fator a ser destacado, é que no período de dois anos 19% dos 21 municípios não levaram propostas para votação na CIR, pode-se dizer que o espaço propício para articulação e exercício de governança dos gestores de saúde não foi utilizado de maneira produtiva. Também foi observado que a maioria das propostas foi demandas dos municípios, cujas propostas perpassavam desde pactuações referentes à infraestrutura, como construção de uma Unidade Básica de Saúde, à implantação de serviços como de Equipe de Saúde Bucal.

Ganha destaque nessa categoria, o grupo de propostas não pactuadas, cujas justificativas contidas nas atas das reuniões, foram às ausências dos gestores municipais de saúde, nas reuniões de votação de suas propostas. Esta é uma norma clara contida no artigo 3º do Regimento Interno da CIR, cujas pautas referentes a pleitos de municípios somente serão colocadas em discussão quando o município interessado estiver presente. No período pesquisado também houve 6 reuniões que não puderam ter votação de propostas devido a falta de quórum, situação preconizada no artigo 11º do Regimento, cujo afirma que as reuniões serão iniciadas com a presença mínima de 50% dos seus membros. Observa-se diante do apresentado, que a ausência do gestor interfere diretamente na dinâmica de pactuação da CIR, seja ela como gestor autor ou participante.

É importante que os gestores se apropriem do ambiente da CIR, tendo conhecimento de sua importância como uma local de articulação e discussão, trazendo para si a responsabilidade não só com seu município, mas com a região ao qual está inserido, visto que sua presença nas reuniões não traz apenas benefícios para o seu município, como também para a sua região fortalecendo as redes de saúde ao qual está inserido¹⁰.

É interessante salientar que, a ausência de pactuações pode estar ligada ao desconhecimento do gestor em relação ao fluxo estabelecido na Comissão Intergestora Regional, dificultando para este a elaboração e andamento de suas propostas. Porém, outro fato relevante é a falta de quórum nas reuniões, levando a crer que alguns gestores ainda desconhecem sua importância como elo fomentador no Sistema Único de Saúde. Esta afirmação ganha subsídios quando relacionada ao estudo realizado por Sueza Oliveira, em 2016, sobre a “Dinâmica de uma Comissão Intergestora Regional em Goiás”, no qual aponta que a frequência nas reuniões da CIR está relacionada diretamente ao perfil profissional desse Gestor, que muitas vezes não possuem qualificação técnica, e estão na função de secretário municipal de saúde, por indicação política¹¹.

Diante desses fatores apontados por Oliveira, pode-se dizer que esta é uma realidade vivida não apenas em Goiás, mas em diversos municípios brasileiros, inclusive na V Região de Saúde de Pernambuco. Assim, como estratégia para uma boa gestão da saúde, é de suma importância oferecer aos gestores, de forma dinâmica, um espaço de aprendizado sobre conhecimentos básicos de Gestão em Saúde e sobre a CIR.

5. CONCLUSÃO

A CIR é o cenário ideal para os gestores exercerem o seu protagonismo e suas competências como gestor municipal de saúde, contudo a pesquisa nos mostra que os gestores ainda não aproveitam adequadamente este espaço para articular, discutir e planejar as ações de saúde para a população. Frequentar as reuniões não deve ser suficiente, deve haver maior participação do gestor nas articulações e discussões durante as reuniões a fim de angariar benefícios para seu município.

Foi visto que municípios que participaram ativamente das reuniões, levando propostas para pactuação e com frequência mais assídua, conseguiram mais recursos em prol à saúde de seus munícipes, e também ajudavam o fortalecimento da regional. seja através de ações ou serviços de saúde, como exemplo, Garanhuns, que apresenta grande número propostas levadas para votação, apresenta boa frequência, e é o município sede da V GERES. É importante destacar que as propostas levadas beneficiam de forma mais ativa seus munícipes, mas não impede de serem utilizados pelos demais, uma vez que as pactuações são em prol da saúde pública e utilizadas como instrumentos para fortalecimento da rede.

É importante que os gestores entendam que a CIR é o primeiro passo para que se possam conseguir recursos que poderão torna-se serviços e ações que beneficiam a vida da população. Tendo em vista que as propostas aprovadas na CIR serão levadas para a Comissão Intergestora Bipartite (CIB) e em alguns casos para a Comissão Intergestora Tripartite (CIT), se aprovadas nestas instâncias tornam-se aptas a avaliação e posterior execução, através da liberação dos recursos necessário para tal.

Além disto, este espaço também fornece uma maior visibilidade das demandas locais, sendo instrumento de discussão e troca de conhecimentos que possibilitam o fortalecimento da rede, melhorando a eficiência e a resolutividade do serviço. Cabe aos gestores de saúde membros dessa Comissão se reconhecerem como os atores principais desse cenário, aproveitando ao máximo esse espaço para pôr em prática o que a Constituição Federal de 1988 enfatiza em seu artigo 196, de que “a saúde é um direito de todos, e dever do Estado”.

REFERÊNCIAS

1. Ministério do Planejamento, Desenvolvimento e Gestão (Brasil), Escola Nacional de Administração Pública, Curso Federalismo Fiscal no Brasil: o federalismo brasileiro. Brasília: DF; 2017.
2. Lecovitz E, Lima LD, Machado CV. Política de saúde nos anos 90: relações intergovernamentais e o papel das Normas Operacionais Básicas. *Revista Ciência Saúde Coletiva*, v. 6, n. 2, 2001, p. 269-291.
3. Ministério da Saúde (Brasil), Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa, Departamento de Articulação Interfederativa. A Regionalização na Saúde e os mecanismos de governança sistêmica do SUS: os espaços de governança interestadual. Brasília: DF; 2013. [acesso em 2017 mar20]. Disponível em: <http://portalarquivos.saude.gov.br/images/pdf/2015/julho/21/NT2107.pdf>.
4. Brasil. Constituição, 1988. Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília: Senado Federal; 1988.
5. Brasil. Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011. Regulamenta a Lei n. 8080, 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 da outras providências. Brasília, DF; 2011. [acesso em 2017 nov17]. Disponível em: http://planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/decreto/D7508.htm.
6. Ministério da Saúde (Brasil), Colegiado de Gestão Regional na Região de Saúde Intraestadual: orientações para organização e funcionamento. Série B. Textos Básicos de Saúde Série Pactos pela Saúde 2006, v.10, Brasília: DF; 2009. [acesso em 2017 mar26]. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pacto_saude_volume10.pdf.
7. Ribeiro JDT, Bezerra AFB. O protagonismo dos gestores locais de saúde diante da Emenda Constitucional n. 29: algumas reflexões, *Saúde Soc.* São Paulo: SP; 2013 v.22, n.4, p.1014-1023. [acesso em 2017 jan 20]. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-12902013000400005&script=sci_abstract&tlng=pt.
8. V Gerência Regional de Saúde de Pernambuco. Resolução CGR V GERES Nº1284, de 01 de setembro de 2008. Regimento Interno da Comissão Intergestora Regional. Secretaria de Saúde de Pernambuco. 20 fev de 2017.

9. Bardin L. Análise de conteúdo. Lisboa, Portugal: Edições 70; 2011.
10. Viana ALA, Lima LD, Ferreira MP. Condicionantes estruturais da regionalização na saúde: tipologia dos Colegiados de Gestão Regional. [acesso em 2017 mar26]. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v15n5/v15n5a07.pdf>>.
11. Oliveira, SAS. A dinâmica de uma Comissão Intergestora Regional (CIR) em Goiás. Goiânia: Universidade Federal de Goiás; 2016. 99 p.[acesso em 2017 mar15]. Disponível em: <https://repositorio.bc.ufg.br/tede/bitstream/tede/7581/5/Disserta%C3%A7%C3%A3o%20-%20Sueza%20Abadia%20de%20Souza%20Oliveira%20-%202016.pdf>.