

# *Os grupos condutores na governança e implementação da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência no SUS*

Katia Suely Queiroz Silva Ribeiro<sup>1</sup> (ORCID: 0000-0003-4647-6496) (katiaribeiro.ufpb@gmail.com)

Grace Kelly Filgueiras Freitas<sup>2</sup> (ORCID: 0000-0002-6720-9947) (grace.freitas@ufes.br)

Gilma Correa Coutinho<sup>2</sup> (ORCID: 0000-0002-1915-5913) (gilma.coutinho@ufes.br)

Adriane Pires Batiston<sup>3</sup> (ORCID: 0000-0002-9567-7422) (abatiston@gmail.com)

Larissa Riani Costa Tavares<sup>4</sup> (ORCID: 0000-0002-2474-435X) (larissarct@ufscar.com)

Milena Maria Cordeiro de Almeida<sup>5</sup> (ORCID: 0000-0001-8065-4298) (milena.cordeiro@ufba.br)

Neidimila Aparecida Silveira<sup>6</sup> (ORCID: 0000-0002-5495-3478) (neidimila@gmail.com)

Angela Kemel Zanella<sup>7</sup> (ORCID: 0000-0001-5363-2173) (angelakemelzanella@gmail.com)

<sup>1</sup> Universidade Federal da Paraíba. João Pessoa-PB, Brasil. <sup>2</sup> Universidade Federal do Espírito Santo. Vitória-ES, Brasil.

<sup>3</sup> Universidade Federal de Mato Grosso do Sul. Campo Grande-MS, Brasil. <sup>4</sup> Universidade Federal de São Carlos. São Carlos-SP, Brasil.

<sup>5</sup> Universidade Federal da Bahia. Salvador-BA, Brasil. <sup>6</sup> Universidade Federal de Alfenas. Alfenas-MG, Brasil.

<sup>7</sup> Universidade Federal de Santa Maria. Santa Maria-RS, Brasil.

Recebido em: 16/02/2021 Revisado em: 11/08/2021 Aprovado em: 12/11/2021

**Resumo:** A Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência estabeleceu a criação de Grupos Condutores Estaduais visando implementar Diretrizes Clínicas e Protocolos e acompanhar as ações desta Rede. O objetivo deste trabalho foi investigar o papel dos grupos condutores na governança e implementação da referida Rede, analisando sua constituição e ações realizadas. Realizou-se pesquisa descritiva, com abordagem qualitativa, multicêntrica, avaliando a fase de implementação da política, realizada nas cinco regiões do país; analisaram-se documentos publicados entre abril/2012 a dezembro/2018, relacionados aos grupos condutores em oito estados. Emergiram duas categorias como resultado da análise de conteúdo: instituição e composição dos grupos condutores e ações realizadas pelos grupos. Identificou-se a instituição de grupo condutor específico para a Rede em seis estados, e em dois estados a condução realiza-se pelos Grupos Estaduais das Redes de Atenção à Saúde. Observou-se heterogeneidade na composição dos grupos e na realização das atribuições previstas, refletindo indefinições da portaria e desafios de cada estado para a regionalização, participação social, planejamento, acompanhamento e monitoramento da rede. Entretanto, destacou-se o protagonismo destes Grupos enquanto espaço de governança gerencial. Salienta-se a necessidade da continuidade de investimentos financeiros, políticos e de gestão para garantir resolutividade, governança e gestão democrática da Rede.

► **Palavras-chave:** Saúde da pessoa com deficiência. Políticas públicas de saúde. Serviços de saúde. Governança.

DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-73312022320315>

## Introdução

A Política Nacional de Saúde da Pessoa com Deficiência, em 2002, foi um marco referencial na conquista de direitos, acesso à saúde e inclusão das pessoas com deficiência (PcD) no Brasil. Apresentou as diretrizes para organização de uma rede regionalizada, descentralizada e participativa, sob responsabilidade da gestão estadual, como estratégia na garantia do cumprimento da programação pactuada e integrada das ações voltadas às PcDs no Sistema Único de Saúde (SUS). Esta política faz referência à evolução do conceito relativo às PcDs, das Organizações das Nações Unidas (ONU) e Mundial da Saúde (OMS), apresentando a deficiência como um constructo social influenciado por fatores de ordem biológica, psicológica e social. Baseia-se na garantia do direito à cidadania das PcDs, com igualdade de acesso a melhores condições de vida, inclusão social e desenvolvimento socioeconômico (BRASIL, 2002), extrapolando a perspectiva biomédica, usando referências do modelo social da deficiência, e, incorporando diretrizes na perspectiva da atenção integral à saúde.

A partir desses marcos, alguns outros avanços aconteceram, porém mais voltados para questões de melhorias no acesso e no cumprimento dos direitos a elas resguardados, havendo a necessidade do fortalecimento e acompanhamento das políticas públicas voltadas à essa população, embora sua efetividade não tenha sido avaliada (TOMAZ *et al.*, 2016).

Em 2011 foi publicado o Plano Viver Sem Limites – Plano Nacional dos Direitos da Pessoa com Deficiência, representando outro importante avanço, organizado em quatro eixos de atuação, incluindo acesso à educação, inclusão social, acessibilidade e atenção à saúde. No eixo saúde, uma das diretrizes é a ampliação e qualificação da rede de atenção à saúde da PcD, sobretudo os serviços de habilitação e reabilitação. Propõe assistência a essas pessoas de forma integral, prevenção e diagnóstico precoce das deficiências, elaboração de diretrizes terapêuticas específicas e a reabilitação, articuladas em todos os níveis de atenção e serviços de saúde (BRASIL, 2011).

A proposta da Rede de Atenção à Saúde (RAS) é uma resposta aos sistemas fragmentados de atenção, organizados através de pontos isolados e sem comunicação, inviabilizando uma atenção contínua e integral à saúde (MENDES, 2010). A fragmentação dos sistemas de saúde afeta principalmente a resposta às condições crônicas, com efeitos sociais e econômicos, ao exemplo do atraso no diagnóstico,

controle, e, conseqüentemente, pior evolução dos casos (MENDES, 2010). Assim, o formato da RAS representa uma possibilidade de superação do modelo fragmentado de atenção à saúde, objetivando ofertar cuidado integral e contínuo à essa população, sob coordenação da Atenção Básica.

Em 2012, foi criada a Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência (RCPCD), instituída pela Portaria nº 793/2012 (BRASIL, 2012). No artigo 5º desta Portaria estão apontadas as fases para a operacionalização da implantação desta Rede, destacando-se, na fase de adesão, a constituição do Grupo Condutor Estadual da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência (GCPCD).

A referida Portaria estabelece que o GCPCD deve ser coordenado pela Secretaria de Saúde Estadual ou Distrital, Conselho dos Secretários Municipais de Saúde (COSEMS), contando com apoio institucional do Ministério da Saúde. Define, no artigo 9º, as atribuições do Grupo Condutor (GC): acompanhamento das ações de atenção à saúde definidas por cada componente da Rede e implantação de diretrizes clínicas e protocolos (BRASIL, 2012).

Ressalta-se a relevância do GC nas ações voltadas à PcDs, devendo exercer papel importante na governança gerencial da Rede, juntamente com outros entes. A governança é o arranjo organizativo que permite a gestão dos demais componentes das RAS, gerando a cooperação entre os atores sociais envolvidos na rede temática da atenção à saúde, no sentido de obter resultados sanitários e econômicos para a população em questão (MENDES, 2010). No entanto, a Portaria não define como o GC deve ser constituído e como será feito o acompanhamento da Rede por este órgão, ficando a cargo de cada unidade da federação definir a composição do grupo, organizar e planejar sua execução, de acordo com sua realidade, devendo, contudo, assegurar uma gestão democrática, como um dos pressupostos do modelo de atenção em rede (TUON; REIS; CERETTA, 2017). A análise da implementação da RCPCD, a partir dos GCs, permitirá conhecer o perfil dos agentes implementadores, as diferenças e semelhanças regionais e as potenciais mudanças e desafios do processo de implementação.

Com base no exposto, propõe-se investigar o papel dos Grupos Condutores na implementação da RCPCD, a partir da análise do seu papel de governança, com base na sua constituição e nas ações realizadas, tendo como referência a Portaria 793/2012.

## Metodologia

Trata-se de uma pesquisa documental, descritiva, com abordagem qualitativa, multicêntrica, realizada nas cinco regiões do país a partir da análise de documentos publicados no período de abril de 2012 a dezembro de 2018, relacionados aos Grupos responsáveis pela condução da RCPCD em oito unidades da federação, segundo regiões: Região Norte – Amazonas (AM), Região Nordeste – Bahia (BA) e Paraíba (PB), Região Centro-oeste – Mato Grosso do Sul (MS), Região Sudeste – São Paulo (SP), Espírito Santo (ES) e Minas Gerais(MG) e Região Sul – Rio Grande do Sul (RS).

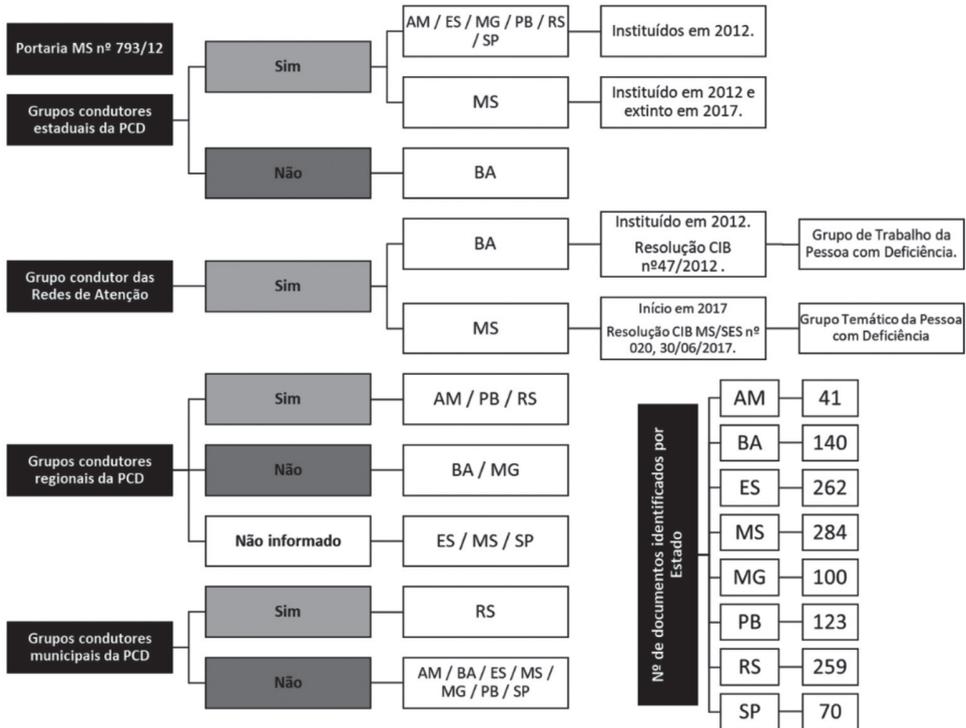
O presente estudo é parte integrante do projeto de pesquisa Avaliação da Rede de Cuidados Integral à Pessoa com Deficiência no SUS – Redecin Brasil, aprovado na Chamada CNPq/MS/SCTIE/DECIT/SAS/DAPES/CGSPD nº 35/2018. Situa-se no campo da análise de política, na perspectiva do ciclo da política, modelo de análise que permite o entendimento em profundidade das fases deste ciclo (VIANA; BAPTISTA, 2012). Está centrado na fase de implementação, momento em que se combinam questões estratégicas, políticas, múltiplos atores e interesses e revelam-se possibilidades reais de concretização da política formulada (DALFIOR; LIMA; ANDRADE, 2015). A análise está focada nos GCs, considerando o papel dos mesmos como governança gerencial e agentes implementadores da RCPCD, buscando compreender como questões institucionais e de contexto interferem no processo de implementação da Rede (LOTTA, 2012).

Para o alcance dos objetivos, foram elencados como documentos a serem analisados as portarias estaduais instituindo os GCPCD, as atas e resoluções das reuniões realizadas pelas Comissões Intergestores Bipartite e Tripartite - CIB e CIR, pelo GCPCD e/ou pela Área Técnica da PcD, bem como Planos de Ação estadual, regional e municipal da RPCD, referentes ao período anteriormente mencionado.

Inicialmente foi realizado contato com os representantes das Secretarias Estaduais de Saúde (SES) e posteriormente dos GCs, a fim de apresentar o estudo e solicitar anuência para participação na pesquisa e elaborou-se um instrumento para a coleta dos dados. Posteriormente, procedeu-se à busca dos documentos disponíveis na íntegra nos sítios oficiais ligados à SES e GC. Após a organização e leitura do material captado nesta primeira etapa, identificaram-se lacunas de informações em alguns dos estados investigados, sendo, então, solicitado ao coordenador do GC a disponibilização dos documentos não encontrados nos sítios públicos, esgotando-se

as possibilidades de obtenção das informações pertinentes. O número de documentos encontrados por estado encontra-se na figura 1.

**Figura 1.** Fluxograma analítico sobre os GCPCD incluídos na pesquisa documental



A análise dos dados foi realizada pela técnica de análise de conteúdo proposta por Bardin (2011). Os dados obtidos foram discutidos com base nos pressupostos das Redes de Atenção à Saúde e do aporte teórico da Análise de Implementação.

O projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal da Paraíba, sob o parecer de número 3.348.643, em 27 de maio de 2019, respeitando as prerrogativas da Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012.

## Resultados e Discussão

A análise de conteúdo deu origem a duas categorias baseadas nos objetivos do estudo: instituição e composição dos GCs e ações realizadas pelos GCs.

## Instituição e composição dos GCs

Os GCs são representantes do sistema de governança, componente das RAS, parte da estrutura operacional dessas. Além desse sistema, a estrutura operacional das RAS compõe-se do centro de comunicação (Atenção Primária à Saúde), dos pontos de atenção secundários e terciários e dos sistemas logísticos. Nos estados, o sistema de governança institucional se materializa nas Comissões Intergestores Bipartite (CIB), mas a governança gerencial efetiva-se através dos GCs das redes temáticas e dos comitês gestores, grupos executivos, grupos transversais e os comitês de mobilização social de especialistas dos compromissos das redes temáticas (MENDES, 2010).

Os GCs atuam na implementação da Rede, sendo responsáveis pelas articulações com os atores envolvidos nesta, sejam públicos ou privados, através da construção de diagnósticos, elaboração do desenho das redes e estabelecimento de prioridades (BRASIL, 2014).

A análise documental, revelou, em relação à instituição dos GCs, que seis dos GCs investigados (75%) são destinados exclusivamente ao acompanhamento da RCPCD, possuindo documentos que garantem sua instituição, e dois (25%), BA e MS, possuem Grupos Condutores Estaduais das Redes de Atenção à Saúde (GCRAS), contando com o grupo de trabalho da RCPCD (Figura 1). Sob o ponto de vista de coordenação dos GCs pelas SES e COSEMS (BRASIL, 2012), os oito estados atendem à Portaria 793/2012.

Salienta-se que no estado do MS existiu o GCPCD entre 2012 e 2017, porém, através da Resolução/CIB nº020 (Mato Grosso do Sul, 2017), este grupo passou a integrar o GCRAS, que conta com o Grupo Temático da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência. Embora os estados do MS e da BA não tenham um grupo específico para a RCPCD, o Grupo de Trabalho e o Grupo Temático da PcD (MATO GROSSO DO SUL, 2017), pertencentes aos GCRAS destes estados, funcionam regularmente e realizam o acompanhamento das ações da RCPDC (Figura 1).

Em alguns estados, AM, RS e PB, existem, ainda, os Grupos Condutores Regionais da Pessoa com Deficiência (GCRPCD). Nos estados de SP e MS, consta a criação de grupos regionais em 2012 e 2017, respectivamente, porém nenhum documento de homologação destes grupos foi encontrado. Verificou-se que a organização da RCPCD em SP seguiu, efetivamente, a regionalização em 17 Redes Regionais de Atenção à Saúde (RRAS), mas não ficou claro, nos documentos analisados, se a condução foi realizada por Grupos Condutores Regionais (GCR),

por Câmaras Técnicas ou organizações similares em cada regional. Destaca-se que, no estado da PB, não foram encontrados documentos que comprovem a instituição dos GCR, porém nas atas das reuniões do GCPCD, esses grupos eram mencionados. A existência de Grupos Condutores Municipais da PcD, previstos na Portaria 793/2012, foi identificada apenas na cidade de Porto Alegre-RS.

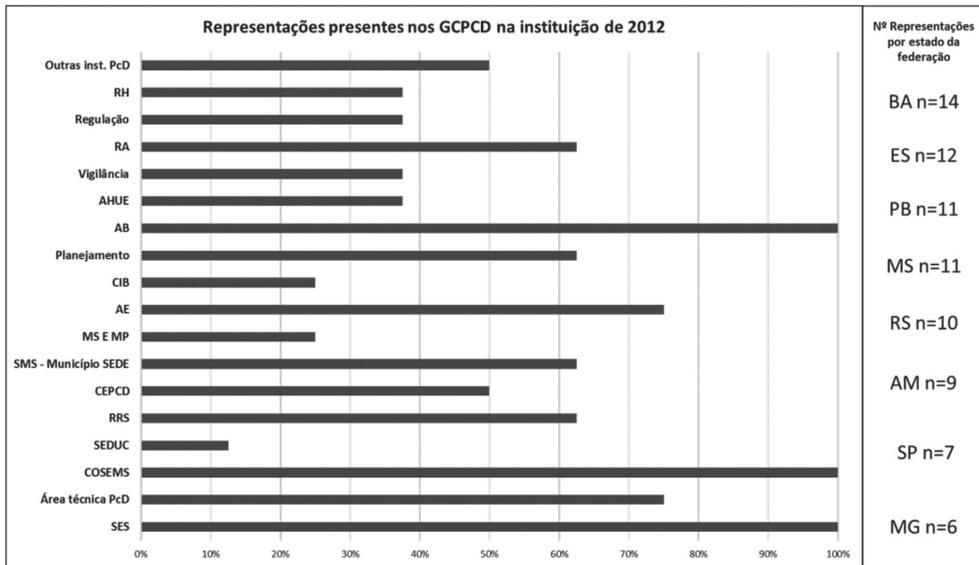
Não foi possível avaliar se GC próprios da PcD ou incluindo todas as redes temáticas, foram mais ou menos eficientes na governança da RCPCD, embora reconheça-se que o último formato não esteja em consonância com a Portaria nº 793/2012 (BRASIL, 2012). Um dos desafios apontados para a implementação das Redes é que os GCs exerçam seu papel de articulador, interlocutor, negociador, avaliador e responsável pela tomada de decisão. Devendo-se estimular o protagonismo desses grupos e dotá-los de apoio político (BRASIL, 2014). A decisão de instituir um GC para todas as redes suscita o questionamento acerca da capacidade concreta desses grupos exercerem este papel para todas as redes temáticas. Diferentemente dos grandes consensos que são observados na formulação de uma política, no momento de implementação se descobre a potencialidade desta, a partir dos atores que apoiam, das disputas de grupos e interesses relacionados. Na implementação se inicia um novo processo decisório, voltado para a aplicabilidade mais imediata da política, com menor intervenção dos grupos sociais que sustentaram a formulação (VIANA; BAPTISTA, 2012).

A operacionalização de uma política costuma sofrer alterações nos contextos onde ela ocorre. Muitas vezes, os implementadores da política identificam a necessidade de adequar a política formulada à sua realidade, a fim de que as intenções se transformem em resultados concretos (DALFIOR; LIMA; ANDRADE, 2015). Talvez seja este o caso das alterações observadas no processo de implantação da RCPCD, particularmente no que tange à instituição dos GCs, cuja indefinição da composição na política formulada deixa lacunas, abrindo espaço para que os implementadores tomem as decisões de acordo com seus interesses ou contexto. A divisão institucionalizada entre os que formulam e os que implementam a política pode estar relacionada a uma não identificação de pontos-chave da operacionalização da política (VIANA; BAPTISTA, 2012).

No formato de GCRAS parece haver um número menor de representação social das PcD e de representação intersetorial. A organização em RAS implica no compromisso com a gestão democrática, participativa e ético-politicamente comprometida, com participação social ativa por meio dos Conselhos de Saúde e outras representações

(TUON; REIS; CERETTA, 2017). A ausência desta participação denuncia uma fissura no trabalho em Rede, considerando-se o potencial destes Conselhos, tanto ampliando a eficiência da ação das políticas públicas, quanto na promoção do caráter democrático da gestão do Estado (FLEURY; OUVERNEY, 2007).

**Figura 2. Representações presentes no GCPCD na instituição de 2012**



Em relação à composição dos GCs, observou-se uma pluralidade com semelhanças e diferenças entre os estados. Ressalta-se a representatividade da SES, em seus diferentes segmentos, assim como do COSEMS, em todos os grupos. Além disso, há representatividade da Área Técnica da PcD, das Regionais de Saúde e das Redes de Atenção à Saúde em 62,5% dos grupos. A representação da Atenção Especializada está presente em 75% dos grupos e dos Conselhos/Fundação Estaduais da Pessoa com Deficiência em 50% dos grupos (Figura 2).

Entre as semelhanças e diferenças dos grupos, salienta-se: a presença da representação da Secretaria Estadual de Educação no estado do AM; do Ministério Público no RS; da CIB no ES; da Área de Atenção Hospitalar/Urgência e Emergência e Vigilância na BA e PB; da Regulação na BA, PB e MS; Recursos Humanos da área da Saúde na BA, ES e PB; bem como a presença de outras instituições ligadas à pessoa com deficiência no RS e ES (Figura 2).

Observamos que a representação das instituições de controle e participação social da PcD nos GCs está mais bem definida nos documentos encontrados nos estados do RS e ES. No entanto, embora não fosse mencionado nas portarias de composição dos demais estados, foi possível observar a participação destas representações em atas e outros documentos relacionados aos grupos.

Essa heterogeneidade revela indefinições da Portaria sobre a composição do GCPCD, desencadeando arranjos institucionais variados, possíveis fragilidades no espaço da governança e no processo de implementação da política. É o caso da representação das CIB, presente apenas em um estado, sendo um dos entes responsáveis pela pactuação da organização e o funcionamento das ações e serviços de saúde integrados na Rede e da regulação (37,5% dos estados), que tem um papel específico na governança da Rede, como facilitadora de acesso e garantidora de equidade (BRASIL, 2014).

Considerando o GC como um importante espaço de governança da RCPCD, destaca-se a relevância da representação das PcD neste Grupo. A participação é importante força social capaz de apontar prioridades e formulação de políticas para a promoção da saúde como um direito, de forma equânime, democrática e participativa. A representação social em Conselhos de Saúde está em crescimento desde sua garantia na Lei 8.142/90, fazendo deste um espaço para fiscalização de ações e dinamização do controle social (CRUZ *et al.*, 2012). A participação social nas ações de saúde impacta em formulações estratégicas e planejamento dessas ações. É um mecanismo onde a sociedade organizada se introduz no Estado, seja para (co) gerir, fiscalizar, propor etc. Bernardes & Araújo (2012) afirmam que é necessário considerar a deficiência à luz da realidade social, visando a construção progressiva de políticas públicas mais justas, efetivas e eficazes.

A representação política das PcD é uma conquista e pauta internacional, tendo como marco a Declaração de Direitos Humanos dessa população, da Organização das Nações Unidas. No Brasil, essa conquista se dá em um contexto de redemocratização do país, impulsionada pela Constituição Federal de 1988, e culmina com a criação, em 1990, de conselhos municipais, estaduais e federais, além de experiências municipais de orçamento participativo, baseados nas diretrizes de tratados internacionais de proteção e promoção dos direitos humanos (PEREIRA, 2014). Em 1999, instituiu-se o Conselho Nacional dos Direitos da Pessoa com Deficiência, CONADE, composto, paritariamente, por representantes da sociedade civil e do poder público, incluindo

representantes de conselhos estaduais e municipais, com o objetivo de acompanhar o planejamento e avaliar a execução das políticas setoriais relativas à PcD, além da elaboração e a execução das propostas orçamentárias e o desempenho dos programas e projetos da política nacional (BRASIL, 1999).

Mesmo assim, o fortalecimento dos mecanismos de governança gerencial, especialmente no que se refere aos conselhos de saúde e participação da sociedade seguem sendo desafios quanto à implementação da RCPCD e demais redes temáticas de atenção à saúde (BRASIL, 2014). Vale ressaltar que, recentemente, de forma antagônica à perspectiva do fortalecimento da participação social, na gestão do presidente Jair Bolsonaro, houve o enfraquecimento da proposta pré-existente dos conselhos, comitês e comissões de participação e controle social no governo federal, por meio do Decreto 9759/2019, o que ameaçou a existência do CONADE (BRASIL, 2019). Entretanto, mesmo antes da ameaça do governo Bolsonaro, não havia representação dos conselhos PcD em todos os GCs. Conforme se observa na Figura 2, a participação social através dos Conselhos só acontece em metade dos estados investigados (AM, ES, PB e RS).

### **Ações dos Grupos Condutores**

De acordo com o artigo 5º da Portaria 793/2012 a operacionalização da implantação da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência será composta por 4 fases: I- Diagnóstico e desenho da Rede da Pessoa com Deficiência; II- Adesão à RCPCD; III- Contratualização dos Pontos de Atenção; e IV - Implantação e acompanhamento pelo Grupo Conductor Estadual da RCPCD (BRASIL, 2012). Observamos que, na maioria dos estados, a execução das fases I, II e III se deram, ou se intensificaram, a partir da criação dos Grupos Condutores Estaduais, podendo-se justificar a constituição precoce destes Grupos, ao papel que lhes foi atribuído de impulsionar a implantação da Rede, como será destacado a seguir.

Verifica-se, em documentos do Ministério da Saúde publicados posteriormente à Portaria 793/2012, uma orientação no sentido de que os GCs sejam espaços de elaboração dos Planos de Ação das Redes (BRASIL, 2014), o que também foi apontado por Casanova et al. (2017). Os Grupos investigados no presente estudo efetivamente atuaram no sentido de impulsionar a elaboração dos Planos de Ação Regional (PAR) em vários estados, onde esses planos foram essenciais para definição de objetivos, planos e metas a serem alcançadas por estes estados (CASANOVA *et al.*, 2017).

Embora dar suporte às regiões de saúde na elaboração dos PAR não estivesse previsto na Portaria como função dos GCs, oferecer esse suporte revela-se de suma importância, considerando a falta de cultura de planejamento em algumas regiões de saúde, com dificuldades no uso de instrumentos de planejamento, que pode resultar na falta de adesão da região à implantação da RCPCD (BAHIA, 2013).

Observa-se uma heterogeneidade nos estados analisados, quanto à implementação da RCPCD, no aspecto temporal explicitado na Portaria, bem como na instituição de GC nas esferas estaduais e regionais. Entretanto, verifica-se uma homogeneidade quanto ao momento de instituição destes grupos, uma vez que em todos os estados, os GCs foram implantados no ano da publicação da Portaria, em 2012, correspondendo ao início desse processo de implantação (Figura 1).

Na Fase I de operacionalização, que compete o diagnóstico e desenho da RCPCD, consta a pactuação do PAR e a elaboração dos Planos de Ação Municipal (PAM) dos municípios integrantes da Comissão Intergestores Regional (CIR). Constatou-se terem sido elaborados PARs nos estados do MS, PB e SP, enquanto AM, ES e MG optaram pela elaboração de Planos de Ação Estadual. Na Bahia, a área técnica da PcD elaborou um documento equivalente ao Plano de Ação Estadual, no formato de Plano Diretor da RCPCD do estado, no qual constam as Diretrizes da RCPCD, aprovadas como Resolução CIB nº 167/2013 (BAHIA, 2013). Os estados do MS e RS possuem Planos de Ação Estadual e Regional, em todas as regiões. Dos PAM também previstos na Portaria, foi encontrado registro apenas em Porto Alegre/RS, na Ata nº 03 do GCPCD (RIO GRANDE DO SUL, 2013).

Destacam-se, no presente estudo, as distintas realidades regionais, pela característica continental do país, demandando a instituição de instâncias de governança regionais como espaços de reinterpretação e gestão das políticas estaduais nos diferentes territórios sanitários regionais, convocando o que Mendes (2011) denomina de regionalização cooperativa. Esse processo de regionalização ajusta-se a uma definição de regiões de saúde como recortes territoriais inseridos em um espaço geográfico contínuo, identificadas pelos gestores municipais e estaduais a partir de características culturais, econômicas e sociais, de redes de comunicação e infraestrutura de transportes compartilhadas do território (MENDES, 2011). Nesse processo de regionalização, a presença ou não do diagnóstico e desenho da Rede, com atualizações, nos diferentes territórios, pode ser um determinante do nível de operacionalização da RCPCD nos estados investigados. Além disso, a própria

implantação da política é um processo complexo, que demanda um conhecimento de múltiplas variáveis, de comportamento independente e não linear, a exemplo das diferenças nas organizações das regiões de saúde, atores envolvidos na implementação, dentre outras (VIANA; BAPTISTA, 2012).

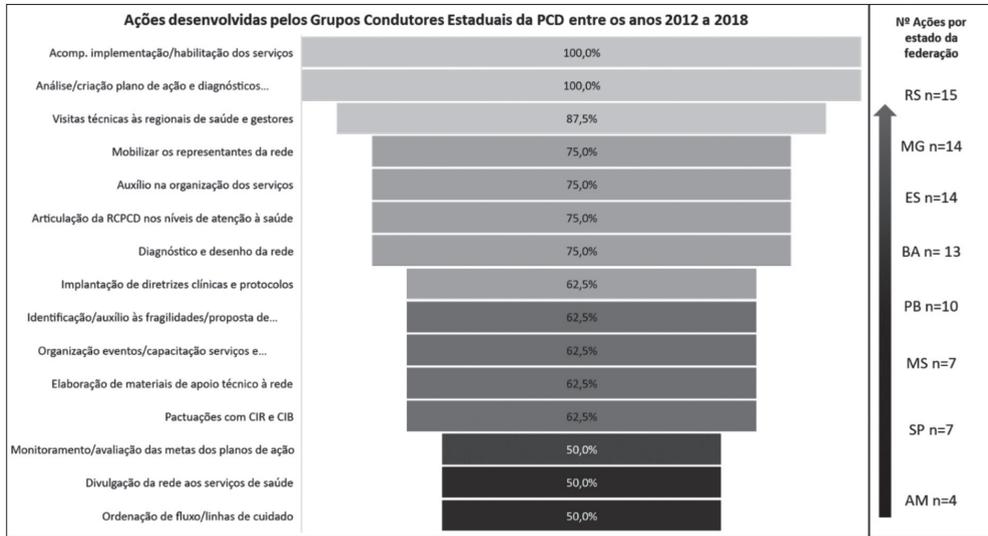
Cabe ressaltar a relevância da governança regional como estratégia política regional, com capacidade para responder aos desafios contemporâneos e à perda de função dos governos centrais em nível das regiões de saúde (RIBEIRO; TANALKA; DENIS, 2017). Assim, fortalecer essas regiões assegurando sua governança, com autonomia para elaborar seus planos de ação e fazer suas pactuações, destaca-se como importante papel dos GCs. Observamos que as ações de gestão propostas por alguns estados pelos GCPCD promoveram uma articulação das diferentes regiões de saúde buscando atender às demandas da população e qualificar os serviços envolvidos na RCPCD.

Embora tanto a Política Nacional de Atenção à Saúde da PcD (BRASIL, 2002), quanto a Portaria que institui a RCPCD (BRASIL, 2012) prevejam a descentralização da atenção à saúde das PcD, incluindo a gestão da atenção, com a operacionalização de rede regionalizada, descentralizada e hierarquizada de serviços de reabilitação, verificou-se, na presente pesquisa, um padrão que privilegia a formação de GC estaduais e regionais, com pouca descentralização para municípios. Avança-se, assim, na perspectiva de regionalização, como previsto na organização da Rede de Atenção à Saúde (RAS), mas as pactuações entre o Estado e os municípios no processo de regionalização da RCPCD ficam menos evidentes. Essa centralização no planejamento das ações estaduais/regionais referentes à RCPCD pode repercutir nas equipes profissionais que atuam nos pontos de atenção da rede, gerando falta de conhecimento sobre a mesma, desarticulação de ações e inviabilizando o cuidado integral e continuado à saúde das PcD (MACHADO *et al.*, 2018). Ademais, o processo de municipalização, ou a radicalização desse, com a chamada autarquização dos municípios, sem estruturação orgânica do espaço regional, também pode levar à fragmentação das ações, com o município expandindo a atenção à saúde sem articulação regional, pulverizando recursos públicos e gerando ineficiências (MENDES, 2011).

Na fase IV, que consiste na implantação e acompanhamento pelo GCPCD, pode-se observar que é delegado a este grupo a função de organizar e acompanhar as ações da RCPCD. Assim, realizou-se uma busca nos documentos analisados a fim de compreender como cada GCPCD se organizou e realiza suas ações, no intuito de

atender às demandas previstas na Portaria e as demais que surgiram conforme houve a implementação da RCPCD.

**Figura 3.** Ações desenvolvidas pelos Grupos Condutores Estaduais da PCD entre os anos 2012 a 2018.



Na Figura 3, é possível observar as principais ações realizadas pelos GCs. Pode-se observar que em atenção à Portaria, os GCs de cinco estados que registraram a implementação de diretrizes e protocolos clínicos, são eles: BA, ES, MG, PB e RS. Comprendemos que a existência de diretrizes e protocolos clínicos é importante para melhorar a qualidade da atenção à saúde, reduzindo ações inadequadas, facilitando o acesso, a organização dos fluxos, aprimoramento terapêutico e tecnológico da assistência (CORRÊA, 2011) à PcD.

No contexto de organização dos serviços da RCPCD, destacamos as ações de diagnóstico e desenho da rede, ordenação de fluxos e linhas de cuidado e auxílio na organização dos serviços executados pelos estados da BA, ES, PB, RS e SP. Além dessas, o GC realiza ações que envolvem o processo de análise e criação do plano de ação estadual e planos de ação regional e diagnósticos situacionais, que fazem parte da fase I da implantação da rede, mas que foram realizadas após a criação do GC, ou foram revisadas, reescritas ou complementadas. Esta realidade foi encontrada nos estados AM, ES, MS, RS e PB.

Não existem evidências empíricas sobre que modelo de desenho institucional das Redes permite alcançar um maior grau de integração dessas, mas são propostos alguns atributos para uma boa governança, como a abrangência de governança de toda a rede, sob a perspectiva sistêmica no processo decisório estratégico, a responsabilidade com a população adscrita e a coordenação entre as diferentes instituições que compõem a RAS, para assegurar a consistência da proposta e objetivos. Além disso, o desenho institucional e o ente de governança da RAS devem viabilizar sistemas gerenciais eficazes como o processo de territorialização, o planejamento estratégico, o sistema de contratualização e o sistema de monitoramento e avaliação (MENDES, 2011).

Na atuação dos GCs no monitoramento das ações realizadas dentro da rede, observamos a ocorrência de ações de monitoramento e avaliação das metas dos planos de ação, executadas pelos estados de AM, MG, PB, RS e SP; identificação e auxílio às fragilidades encontradas na rede, proposição de soluções, presentes nos documentos dos estados da BA, ES, MS, MG e RS realização de visitas técnicas às regionais de saúde e aos gestores dos serviços identificadas em todos os estados analisados, exceto SP; e, por fim, acompanhamento das ações relacionadas às construções/ampliações/implementação/habilitação dos serviços realizadas por todos os GCs analisados.

Observa-se que, as atribuições e grande parte das ações realizadas pelos GCPCD se assemelham às atribuições e ações dos GCRAS, uma vez que estes também necessitam elaborar um diagnóstico situacional de saúde, um desenho da rede e a identificação dos diversos pontos de atenção especializados nos diferentes níveis de atenção, regionalizados conforme a divisão do território (BRASIL, 2015). A exemplo dos GCPCD, os GCRAS realizam ações de acompanhamento e monitoramento da rede, visando à construção de objetivos das prioridades estaduais, regionais e locais, de forma compartilhada e democrática envolvendo a articulação dos serviços e o compromisso da gestão (BRASIL, 2014).

Entre as ações de articulação dos serviços e divulgação da RCPCD, foram encontradas ações destinadas à mobilização dos representantes da rede realizadas na BA, ES, MG, RS e SP; já a divulgação da rede aos serviços de saúde foi citada nos documentos de todos os estados, exceto em SP. As ações de articulação dos serviços da RCPCD juntamente com os diferentes níveis de atenção à saúde foram citadas nos documentos de todos os GCs, com exceção dos estados de Amazonas e Mato Grosso do Sul.

O investimento nas pessoas e equipes é um dos aspectos a serem considerados no processo de implementação das RAS (BRASIL, 2014). Nessa perspectiva, os GCs participantes deste estudo assumem esse papel. Verificaram-se ações de capacitação, formação e apoio técnico à RCPCD, bem como ações de organização de eventos e capacitação dos serviços e profissionais da rede realizadas nos estados de BA, ES, MG, PB e RS. Alguns exemplos destas ações foram: Seminários Estaduais da Pessoa com Deficiência (RS), Encontro Estadual de Apoio à Atenção Básica (BA), capacitações aos integrantes dos GCPCD, e aos serviços da rede, Curso de capacitação da Reabilitação em regionais de saúde (RS). Ações de elaboração de materiais de apoio técnico à rede foram descritas pelos GCPCD nos estados ES, MS, PB, RS e SP.

Observou-se uma lacuna no que diz respeito ao suporte do Ministério da Saúde aos GCs, considerando que a Portaria 793/2012 lhe atribui a mobilização dos dirigentes do SUS em cada fase, a coordenação e apoio à organização dos processos de trabalho voltados à implantação/implementação da RCPCD, identificação e apoio à solução de possíveis pontos críticos de cada fase e o monitoramento e avaliação do processo de implantação/implementação da RCPDC (BRASIL, 2012). Não foram explicitados, nos documentos analisados, como o MS realiza as mesmas e qual o suporte ofertado aos GCs.

Por fim, em relação à contratualização e adesão dos pontos da rede, o GC é peça chave na operacionalização destas ações em parceria com as CIRs e CIB, que são instâncias de governança institucional das RAS. Foram identificadas pactuações com CIR e CIB, visando organizar a inserção, habilitação, implantação, saída de serviços da RCPCD, assim como garantir as instâncias deliberativas do coletivo e da execução das ações de saúde (BRASIL, 2014) que envolvem à PcD, nos estados de BA, ES, MG, PB, RS e SP. Embora não tenham sido encontradas evidências documentais afirmando as pactuações nos demais estados, haviam indícios em atas, resoluções e outros documentos de CIR e CIB de que tal ação ocorre em todos os estados.

## Considerações finais

Os resultados do estudo demonstram avanços e desafios no processo de implementação da RCPCD no que diz respeito aos Grupos Condutores. A instituição do GC foi uma das primeiras ações realizadas na implementação dessa Rede, indicando a necessidade que os implementadores da política identificaram de

adequação do processo às suas realidades locais e guardando coerência com o papel previsto para os GCs, em outros documentos oficiais, de colaborar desde o início do processo com a implementação da Rede (MENDES, 2010; BRASIL, 2014).

Apesar dos distintos arranjos na composição dos GCs, observou-se o protagonismo destes Grupos enquanto espaço de governança gerencial da Rede, revelando a importância dos mesmos na perspectiva de uma regionalização cooperativa, com fortalecimento da colaboração no processo de pactuação articulada entre regiões de saúde.

A despeito da previsão de que os GCs façam o acompanhamento das ações de atenção à saúde definidas para cada componente da Rede, observa-se que o esforço maior destes Grupos, no período analisado, tem sido no sentido de dar suporte às regiões de saúde para a elaboração dos PAR e ampliação da Rede, revelando a necessidade de envidar esforços na direção da articulação e integração da Rede, bem como na implementação de diretrizes e protocolos clínicos contribuindo para superar a fragmentação do cuidado.

Verificou-se, também, a ausência dos GCs municipais, apontando limites na descentralização para os municípios, podendo repercutir no trabalho das equipes de saúde dos diversos pontos da Rede e, conseqüentemente, no funcionamento desta.

Dada a centralidade dos GCs na implementação da RCPCD, identifica-se a necessidade de conferir a estes entes uma pluralidade de representações, incluindo a participação social, sobretudo pela presença dos Conselhos de Saúde e representação de PcD, garantindo a gestão democrática dessa Rede.

Por fim, parece que o processo de implementação da RCPCD e as ações propostas pelo GC refletem desafios históricos e singulares de cada unidade federativa para a regionalização, em que pese a participação social, o planejamento, o acompanhamento e o monitoramento da rede. A qualificação dos trabalhadores e o suporte do Ministério da Saúde aos GCs são mecanismos essenciais no processo de implementação da RCPCD, que poderiam ser potencializados a partir de parcerias estabelecidas com as CIRs e CIB.

Cabe ressaltar que este estudo se restringiu à análise documental, podendo ter limitado a compreensão acerca do papel do GC na governança e implementação da RCPCD. Os resultados apresentados permitem conhecer o caminho percorrido até o momento para implementação da RCPCD com base na atuação dos GCs e também demonstram a necessidade da continuidade de investimentos financeiros,

políticos e de gestão para que a RCPCD possa efetivamente se organizar de forma resolutiva e integral.<sup>1</sup>

## Referências

BAHIA. *Resolução CIB nº 065/2016*, de 5 de maio de 2016. Aprova o Regimento Interno do Grupo Condutor Estadual de Redes de Atenção à Saúde do Estado da Bahia. 2016. Disponível em: [http://www5.saude.ba.gov.br/portalcib/images/arquivos/Resolucoes/2016/RES\\_CIB\\_065\\_2016.pdf](http://www5.saude.ba.gov.br/portalcib/images/arquivos/Resolucoes/2016/RES_CIB_065_2016.pdf) Acesso em: 04 abr 2020.

BAHIA. *Resolução CIB nº 167/2013*, de 27 de maio de 2013. Aprova as diretrizes da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência no Estado da Bahia, 2013. Disponível em: <http://www2.saude.ba.gov.br/cib/arquivos/Resoluções da CIB/2013/211ª Reunião da CIB/RES CIB 167.2013 I.pdf> Acesso em: 04 abr 2020.

BARDIN, L. *Análise de conteúdo*, 70ª Edição. Lisboa: Edições, 2011.

BERNARDES, L. C. G.; ARAÚJO, T. C. C. F. Deficiência, políticas públicas e bioética: percepção de gestores públicos e conselheiros de direitos. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 17, p. 2435-2445, 2012.

BRASIL. *Decreto nº 3.298*, de 20 de dezembro de 1999. Regulamenta a Lei n. 7.853, de 24 de outubro de 1989, dispõe sobre a Política Nacional para a Integração da Pessoa Portadora de Deficiência, consolida as normas de proteção, e dá outras providências, 1999. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/decreto/d3298.htm#:~:text=D3298&text=DECRETO Nº 3.298%2C DE 20,proteção%2C](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/d3298.htm#:~:text=D3298&text=DECRETO Nº 3.298%2C DE 20,proteção%2C) Acesso em: 05 jun. 2020.

BRASIL. *Decreto nº 9.759*, de 11 de abril de 2019. Extingue e estabelece diretrizes, regras e limitações para colegiados da administração pública federal. *Diário Oficial da União*, Brasília, 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional dos Secretários de Saúde. *A atenção primária e as redes de atenção à saúde*, 2015. Disponível em: <https://www.conass.org.br/biblioteca/pdf/A-Atencao-Primaria-e-as-Redes-de-Atencao-a-Saude.pdf> Acesso em: 07 jun. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Decreto nº 7.612, de 17 de novembro de 2011. Institui o Plano Nacional dos Direitos da Pessoa com Deficiência - Plano Viver sem Limite. *Diário Oficial da União*, Brasília, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Implantação das Redes de Atenção à Saúde e outras estratégias da SAS*, 2014. Disponível em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/implantacao\\_redes\\_atencao\\_saude\\_sas.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/implantacao_redes_atencao_saude_sas.pdf) Acesso em: 07 jun. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.060, de 5 de junho de 2002. Institui a Política Nacional de Saúde da Pessoa Portadora de Deficiência. *Diário Oficial da União*, Brasília, 2002. Disponível em: [https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica\\_nacional\\_saude\\_pessoa\\_deficiencia.pdf](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_saude_pessoa_deficiencia.pdf) Acesso em: 05 jul. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. *Implantação das Redes de Atenção à Saúde e outras estratégias da SAS*. Brasília: MS; 2014. Disponível em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/implantacao\\_redes\\_atencao\\_saude\\_sas.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/implantacao_redes_atencao_saude_sas.pdf) Acesso em: 05 jul. 2020.

BRASIL. Portaria nº. 793, de 24 de abril de 2012. Institui a Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência no âmbito do Sistema Único de Saúde. *Diário Oficial da União*. 2012. Disponível em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt0793\\_24\\_04\\_2012.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt0793_24_04_2012.html) Acesso em: 21 abr. 2020.

CASANOVA, A. O. *et al.* A implementação de redes de atenção e os desafios da governança regional em saúde na Amazônia Legal: uma análise do Projeto QualiSUS-Rede. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 22, p. 1209-1224, 2017.

CORRÊA, R. A. Diretrizes: necessárias, mas aplicáveis? *Jornal Brasileiro de Pneumologia*, v. 37, n. 2, p. 139-141, 2011.

CRUZ, P. J. S. C. *et al.* Desafios para a participação popular em saúde: reflexões a partir da educação popular na construção de conselho local de saúde em comunidades de João Pessoa, PB. *Saúde e sociedade*, v. 21, p. 1087-1100, 2012.

DALFIOR, E. T.; LIMA, R. C. D.; ANDRADE, M. A. C. Reflexões sobre análise de implementação de políticas de saúde. *Saúde em Debate*, v. 39, n. 1, p. 210-225, 2015.

FLEURY, S.; OUVERNEY, A. M. Gestão de redes: a estratégia de regionalização da política de saúde. In: \_\_\_\_\_. *Gestão de redes: a estratégia de regionalização da política de saúde*. 2007. p. 204-204.

LOTTA, G. S. *O papel das burocracias do nível da rua na implementação de políticas públicas: entre o controle e a discricionariedade*. Implementação de políticas públicas. Teoria e prática. Belo Horizonte: Editora PUCMINAS, 2012.

MACHADO, W.C.A. *et al.* Integralidade na rede de cuidados da pessoa com deficiência. *Texto & Contexto-Enfermagem*, v. 27, n. 3, 2018.

MATO GROSSO DO SUL. *Resolução CIB MS/SES nº 020*, 30 de junho de 2017. Campo Grande, 2017.

MENDES, E. V. As redes de atenção à saúde. Brasília: OPAS, 2011. 549 p.: il. Disponível em: [https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/redes\\_de\\_atencao\\_saude.pdf](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/redes_de_atencao_saude.pdf) Acesso em: 05 jun. 2020.

MENDES, E.V. As redes de atenção à saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 15, n. 5, p. 2297-2305, 2010.

PEREIRA, S. O. Para não ser o etcetera: Conselho dos Diretos da Pessoa com Deficiência. *Democracia e Saúde*. 2014.

RIBEIRO, P. T.; TANAKA, O. Y.; DENIS, J. L. Governança regional no Sistema Único de Saúde: um ensaio conceitual. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 22, p. 1075-1084, 2017.

RIO GRANDE DO SUL. *Ata nº 03 do Grupo Condutor da Pessoa com Deficiência*. Porto Alegre; 2013.

TOMAZ, R. V. V. *et al.* Políticas públicas de saúde para deficientes intelectuais no Brasil: uma revisão integrativa. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 21, p. 155-172, 2016.

TUON, L.; REIS, L. R.; CERETTA, L. B. Rede de cuidado à pessoa com deficiência. In: TUON, L.; CERETTA, L. B. (Orgs.). *Rede de cuidado à pessoa com deficiência*. 1. ed. Tubarão: Copiart, 2017.

VIANA, A. L.; BAPTISTA, T. W. F. *Análise de políticas de saúde*. Políticas e sistema de saúde no Brasil. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz/CEBES, 2012, p. 59-87.

## Nota

<sup>1</sup> K. S. Q. S. Ribeiro: concepção e projeto, análise e interpretação dos dados; redação do artigo; aprovação final da versão a ser publicada. G. K. F. Freitas, G. C. Coutinho, L. R. C. Tavares e M. M. C. de Almeida: análise e interpretação dos dados; redação do artigo; aprovação final da versão a ser publicada. A. P. Batis-ton, N. A. Silveira e A. K. Zanella: redação do artigo; aprovação final da versão a ser publicada.

## *Abstract*

### *The conducting groups in the governance and implementation of the Care Network for People with Disabilities in the SUS*

The Care Network for People with Disabilities established the creation of State Conducting Groups to implement Clinical Guidelines and Protocols and monitor the actions of this Network. This work aimed to investigate the role of conducting groups in the governance and implementation of the referred Network, analyzing its constitution and actions taken. Descriptive research was carried out, with a qualitative, multicentric approach, evaluating the implementation phase of the policy, carried out in the five regions of the country; documents published between April/2012 and December/2018 were analyzed, related to conducting groups in eight states. Two categories emerged as a result of the content analysis: institution and composition of the driving groups and actions carried out by the groups. The institution of a specific conduction group for the Network was identified in six states, and in two states the conduction is carried out by the State Groups of the Health Care Networks. Heterogeneity was observed in the composition of the groups and in the accomplishment of the foreseen attributions, reflecting the lack of definitions of the ordinance and challenges of each state for regionalization, social participation, planning, follow-up and monitoring of the network. However, the protagonism of these Groups was highlighted as a space for managerial governance. The need for continuity of financial, political and management investments is highlighted to guarantee resolution, governance and democratic management of the Network.

► **Keywords:** Health of the person with a disability. Public health policies. Health services. Governance.

