



UNIVERSIDADE
ESTADUAL DE LONDRINA

SÔNIA CRISTINA STEFANO NICOLETTO

**AS COMISSÕES INTERGESTORES REGIONAIS E A
GESTÃO INTERFEDERATIVA NO NORTE DO PARANÁ,
2011 A 2013**

Londrina, Paraná

2015

SÔNIA CRISTINA STEFANO NICOLETTO

**AS COMISSÕES INTERGESTORES REGIONAIS E A
GESTÃO INTERFEDERATIVA NO NORTE DO PARANÁ,
2011 A 2013**

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Estadual de Londrina, como requisito parcial para a obtenção do título de Doutora em Saúde Coletiva.

Orientador: Prof. Dr. Luiz Cordoni Junior

Londrina, Paraná

2015

**Catálogo elaborado pela Divisão de Processos Técnicos da Biblioteca
Central da Universidade Estadual de Londrina**

Dados Internacionais de Catalogação-na-Publicação (CIP)

N643c Nicoletto, Sônia Cristina Stefano.

As comissões intergestores regionais e a gestão interfederativa no norte do Paraná, 2011 a 2013 / Sônia Cristina Stefano Nicoletto. – Londrina, 2015.
180 f. : il.

Orientador: Luiz Cordoni Junior.

Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) – Universidade Estadual de Londrina, Centro de Ciências da Saúde, Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, 2015.

Inclui bibliografia.

1. Política de saúde – Paraná – Teses. 2. Sistema Único de Saúde (Brasil) – Teses. 3. Regionalização da medicina – Teses. 4. Gestão em saúde – Teses. 5. Saúde pública – Teses. I. Cordoni Junior, Luiz. II. Universidade Estadual de Londrina. Centro de Ciências da Saúde. Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva. III. Título.

CDU 614.2(816.2)

SÔNIA CRISTINA STEFANO NICOLETTO

AS COMISSÕES INTERGESTORES REGIONAIS E A GESTÃO
INTERFEDERATIVA NO NORTE DO PARANÁ, 2011 A 2013

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Estadual de Londrina, como requisito parcial para obtenção do título de Doutora em Saúde Coletiva.

COMISSÃO EXAMINADORA

Prof. Dr. João Henrique Gurtler Scatena
Universidade Federal de Mato Grosso

Prof. Dr. Nicanor Rodrigues da Silva Pinto
Universidade Federal de São Paulo

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

Prof^a. Dr^a. Célia Regina Rodrigues Gil
Universidade Estadual de Londrina

Orientador: Prof. Dr. Luiz Cordoni Junior
Universidade Estadual de Londrina

Londrina, 26 de fevereiro de 2015.

*Dedico este trabalho:
À minha família. A Moisés Mugnaini Nicoletto, esposo
amoroso, e a meus filhos Bianca Stefano Nicoletto e
Gustavo Stefano
Nicoletto, alegrias da minha vida.*

AGRADECIMENTOS

A Deus que dispensa amor, paz e misericórdia. Frutos essenciais em minha vida. Que permitiram em meio às dificuldades inerentes à vida cotidiana e ao trabalho não desistir do sonho de doutorado.

Ao meu orientador professor Dr. Luiz Cordoni Junior por quem tenho profunda admiração. Desde 1998 quando o conheci na Universidade Estadual de Londrina tem sido meu mestre no processo do conhecimento científico. Orientou a minha dissertação de mestrado e agora a tese de doutorado. Sempre com propriedade e respeito estimulou a minha reflexão. Sua sabedoria colaborou para que eu me tornasse uma pesquisadora singular.

Às amadas professoras Dra. Elisabete de Fátima Polo de Almeida Nunes e Dra. Brígida Gimenez Carvalho pelo acolhimento, gentileza e ensino. Ações que foram imprescindíveis no caminhar desta tese. Também agradeço pelas valiosas contribuições que fizeram na qualificação deste trabalho.

Ao professor Dr. João Henrique Gurtler Scatena pelas relevantes contribuições na qualificação e pela minuciosa revisão do texto da tese.

Ao professor Dr. Nicanor Rodrigues da Silva Pinto pela avaliação do presente trabalho na qualificação trazendo importantes reflexões.

À professora Dra. Elisabete de Fátima Polo de Almeida Nunes pelo incentivo para concorrer a Chamada Universal MCTI/CNPq nº 14/2012. Não só incentivou mas também dispensou tempo no processo de submissão. Movimento este que resultou no apoio financeiro a esta pesquisa do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq).

À Eliane Cristina Lopes Brevilheri e Moisés Mugnaini Nicoletto por terem colaborado no processo de realização dos grupos focais com os gestores municipais de saúde.

Às professoras Dra. Brígida Gimenez Carvalho e Dra. Fernanda de Freitas Mendonça e a Doutoranda Carolina Milena Domingos pela colaboração no processo das entrevistas com os representantes do gestor estadual das regionais de saúde.

À Bianca Stefano Nicoletto por conseguir materializar em ilustrações as ideias do modelo teórico-explicativo.

AGRADECIMENTOS (CONTINUAÇÃO)

À professora Dra. Selma Maffei de Andrade, coordenadora do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, por conduzir o doutorado com competência e responsabilidade, agregando qualidade ao programa.

À Sandra Lage, da secretaria do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, pelo apoio e gentileza.

Às professoras Dra. Ana Maria Rigo Silva, Dra. Mara Lúcia Garanhani, Dra. Monica Maria Bastos Paoliello, Dra. Regina Kazue Tanno de Souza e aos professores Dr. Alberto Durán González, Dr. Arthur Eumann Mesas, Dr. Marcos Aparecido Sarria Cabrera pelas provocações realizadas nos seminários de teses que permitiram reflexões, agregando qualidade ao processo de aprendizagem do doutorado.

Aos colegas de doutorado Ana Carolina B. de Almeida Lopes, Crysthianne Consolo de Almeida Bari, Edmarlon Giroto, Fernanda da Silva Floter Godoy, Maira Sayuri Sakay Bortoletto, Marcela Maria Birolim, Maria Regiane Trincaus, Mathias Roberto Loch e Renata Maciulis Dip pelo respeito e carinho. Muitos deles hoje posso chamar de amigos.

Ao Secretário de Estado da Saúde do Paraná Dr. Michele Caputo Neto e aos diretores da 18ª Regional de Saúde de Cornélio Procópio, primeiramente Dr. Reinaldo Lavorato e, depois Dr. Edimar A. Santos pelo apoio à pesquisa.

Aos Secretários(as) Municipais de Saúde e representantes da gestão estadual nas Comissões Intergestores Regionais pela confiança e apoio à pesquisa.

Ao Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq) pelo apoio financeiro a esta pesquisa.

Por fim, agradeço a todos que direta ou indiretamente dispensaram apoio e incentivo para que fosse possível a materialização desta pesquisa.

*A vida não questionada não merece ser
vvida.*

Sócrates

*Minha vida é um todo indivisível, e todas as
minhas atitudes encontram-se umas com as
outras; e todas elas se elevam no meu amor
insaciável pela humanidade.*

Mahatma Gandhi

NICOLETTO, Sônia Cristina Stefano. **As Comissões Intergestores Regionais e a Gestão interfederativa no norte do Paraná, 2011 a 2013**. Londrina, Paraná. 2015. 180p. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva). Universidade Estadual de Londrina.

RESUMO

No Brasil, a política de saúde requer um sistema universal, integral, com participação social, financiado pelo Estado. O Sistema Único de Saúde (SUS) tem como diretrizes organizacionais a descentralização e a regionalização. Em regiões de saúde quando se aposta na construção de Rede de Atenção em Saúde (RAS) há relevância a gestão interfederativa. A Comissão Intergestores Regional (CIR) é o espaço para o desenvolvimento das inter-relações dos atores para a tomada de decisão sobre a RAS. Diante disso, o estudo foi desenvolvido com objetivo de compreender as CIR da macrorregião norte do Paraná no âmbito da gestão interfederativa. Com abordagem qualitativa, tem duas dimensões, uma exploratória e descritiva, outra compreensiva. Os dados são das atas das CIR, de grupos focais com gestores municipais e de entrevistas com representantes da gestão estadual. Para análise utiliza-se a hermenêutica-dialética que permite a interpretação dos dados cotejando-os com o referencial teórico, em uma ação objetivada, para ultrapassar o discurso manifesto e compreender os significados. As CIR foram tomadas como jogo social fundamentado na teoria de Carlos Matus. A categoria poder teve destaque. A política de saúde paranaense foi apresentada como cenário. As pautas das CIR estavam permeadas por demandas das políticas nacional e estadual. Os representantes da gestão estadual eram os principais condutores das reuniões, seguindo as orientações da Secretaria de Estado da Saúde do Paraná (SESA/PR). Os assuntos, organizados em dezoito temas, foram mais informados do que deliberados. A rotatividade e o despreparo de gestores municipais dificultam a construção de um coletivo coeso. A dinâmica de trabalho dos gestores municipais foi apontada como estressante e sem valorização. O prefeito não participa diretamente da CIR, mas é um ator importante dado o poder político que detém. A dinâmica das CIR tem sido, em alguns casos, discutir e rediscutir uma problemática, sem resolver ou efetivar a solução. A distribuição do poder é assimétrica e a vontade de uns prevalece sobre a dos demais. Existem conflitos, mas eles acontecem mais fora das reuniões. Alguns acordos foram firmados com apatia. A Rede Mãe Paranaense e a Rede de Urgência e Emergência estavam sendo construídas, mas sem um eficiente sistema de governança. Alguns “arranjos” e “movimentos” como o Conselho de Secretários Municipais de Saúde, a SESA/PR e o Ministério da Saúde interferem diretamente nas pautas e nas reuniões. Outros, como o prestador hospitalar, o Consórcio Intermunicipal de Saúde, o Conselho de Saúde e o Ministério Público interferem mais na execução das decisões. Alguns nós no cenário do SUS precisam ser enfrentados referentes à sociedade, à política, à gestão e ao planejamento. Para desconstruir hegemonias que operam contra o SUS é importante a implantação de colegiados de gestão nos pontos de atenção das RAS, integrados com as CIR, formando uma Rede de Colegiados de Gestão Regional. Mas tanto nos colegiados de gestão como nas CIR o processo decisório necessita ser estabelecido dentro de acordos solidários em torno da missão de garantir o direito à saúde, integral e com qualidade, para a população.

Palavras Chave: política de saúde, Sistema Único de Saúde, regionalização, gestão em saúde, gestão interfederativa, gestor de saúde.

NICOLETTO, Sônia Cristina Stefano. **The Regional Interagency Committees and the Inter-federative Management in the North of Parana, 2011 to 2013.** Londrina, Paraná. 2015. 180p. Thesis (Doctorate in Collective Health). State University of Londrina.

ABSTRACT

In Brazil, the health policy requires a system which is universal, integral, and with social participation, funded by the State. The Single Health System (*Sistema Único de Saúde - SUS*) organization guidelines are related to decentralization and regionalization. In health regions, when betting in the building of a Health Attention Network (*Rede de Atenção em Saúde - RAS*), the inter-federative management is relevant. The Regional Interagency Committee (*Comissão Intergestores Regional - CIR*) is the area responsible for developing the inter-relationship of players for RAS decision-making. In face of this aspect, the present study was developed with the objective to understand the CIRs in the Northern macro-region of Paraná, in the scope of inter-federative management. Its qualitative approach has two dimensions, an exploratory and descriptive one, and a comprehensive one. Data were obtained from CIR minutes, from focal groups with municipal managers, and from interviews with state management representatives. In the analysis, the hermeneutical-dialectic method is used, allowing for the interpretation of data comparing it with the theoretical reference, in an objective action, to overcome the manifest discourse and understand its meanings. CIRs were considered a social game founded on Carlos Matus theory. The power category was emphasized. The health policy in Paraná was presented as a scenario. The CIR guidelines contained demands in both national and state policies. Representatives from state management were the principal conductors in meetings, according to the guidelines from the Paraná State Health Secretariat (*Secretaria de Estado da Saúde do Paraná - SESA/PR*). The subjects, organized in eighteen topics, were more of an informational character than discussed about. Rotation and unpreparedness of municipal managers hinder the construction of a cohesive collective. The work dynamics from the municipal managers were considered as stressful and not appreciated. The mayor is not a direct participant in CIR, but is an important player due to the political power he holds. In some cases, the CIR dynamics have been to debate and re-debate an issue, without solving it or developing a solution. Since the power distribution is asymmetrical, the will of a few overcome the will of others. There are conflicts, but most of them take place outside the meetings. A few agreements were signed with apathy. The *Rede Mãe Paranaense* and the *Rede de Urgência e Emergência* were being built, but without an effective governance system. A few “arrangements” and “movements”, such as the Health Municipal Secretary Council (*Conselho de Secretários Municipais de Saúde*), SESA/PR and the Ministry of Health directly interfere in the guidelines and meetings. Others, such as the hospital provider, Health Intermunicipal Consortium, Health Council and the Public Ministry interfere even more in the execution of the decisions. A few of us in the SUS scenario need to be confronted regarding society, politics, management and planning. In order to deconstruct hegemonies operating against the SUS, it is important to implement management collegiates in RAS attention points, integrated with CIR, forming a Regional Management Collegiate Network. Yet, both in the management collegiate and CIR, the decision process needs to be established with solidary agreements with the mission of ensuring the right to integral and quality health services for the population.

Key Words: health policy, Single Health System, regionalization, health management, inter-federative management, health manager.

NICOLETTO, Sônia Cristina Stefano. **Las Comisiones Inter-gestores Regionales y la Gestión inter-federativa en el norte de Paraná, 2011 a 2013.** Londrina, Paraná. 2015. 180p. Tesis (Doctorado en Salud Colectiva). Universidade Estadual de Londrina.

RESUMEN

En Brasil, la política de salud requiere un sistema universal, integral, con participación social, financiado por el Estado. El Sistema Único de Salud (SUS) tiene como directrices organizacionales la descentralización y la regionalización. En regiones de salud cuando se apuesta en la construcción de Red de Atención en Salud (RAS) hay relevancia de la gestión inter-federativa. La Comisión Inter-gestores Regional (CIR) es el espacio para el desarrollo de las interrelaciones de los actores para la toma de decisión sobre el RAS. En ese contexto, el estudio fue desarrollado con el objetivo de comprender las CIR de la macro-región norte del Paraná en el ámbito de la gestión inter-federativa. Con abordaje cualitativo, tiene dos dimensiones, una exploratoria y descriptiva, otra comprensiva. Los datos son de las actas de las CIR, de grupos focales con gestores municipales y de entrevistas con representantes de la gestión estatal. Para el análisis se utiliza la hermenéutica-dialéctica que permite la interpretación de los datos cotejándolos con el referencial teórico, en una acción objetivada, para sobrepasar el discurso manifiesto y comprender los significados. Las CIR fueron tomadas como juego social fundamentado en la teoría de Carlos Matus. La categoría poder tuvo destaque. La política de salud paranaense fue presentada como escenario. Las pautas de las CIR estaban permeadas por demandas de las políticas nacional y estatal. Los representantes de la gestión estatal eran los principales conductores de las reuniones, siguiendo las orientaciones de la Secretaría de Estado de la Salud de Paraná (SESA/PR). Los asuntos, organizados en dieciocho temas, fueron más informados que deliberados. La rotación y la incompetencia de gestores municipales fueron indicadas como estresantes y sin valoración. El alcalde no participa directamente de la CIR, pero es un actor importante a causa del poder político que conlleva. La dinámica de las CIR ha sido, en algunos casos, discutir y re-discutir una problemática, sin resolver o efectivizar la solución. La distribución del poder es asimétrica y la voluntad de algunos se sobrepone a los demás. Existen conflictos, los cuales se dan con más frecuencia fuera de las reuniones. Algunos acuerdos fueron firmados con apatía. La Red Madre Paranaense y la Red de Urgencia y Emergencia estaban siendo construidas, no obstante, sin un eficiente sistema de gobernanza. Algunos “arreglos” y “movimientos” como el Consejo de Secretarios Municipales de Salud, la SESA/PR y el Ministerio de la Salud interfieren directamente en las pautas en esas reuniones. Otros, como el prestador hospitalario, el Consorcio Intermunicipal de Salud, el Consejo de Salud y el Ministerio Público interfieren más en la ejecución de las decisiones. Algunos de los nudos en el escenario del SUS que necesitan enfrentamiento se refieren a la sociedad, a la política, a la gestión y al planeamiento. Para deconstruir hegemonías que operan contra el SUS, es importante la implantación de colegiados de gestión en los puntos de atención de las RAS, integrados con las CIR, formando una Red de Colegiados de Gestión Regional. Por otra parte, tanto en los colegiados de gestión como en las CIR el proceso decisorio necesita ser establecido dentro de los acuerdos solidarios en torno a la misión de garantizar el derecho a la salud, integral y con calidad, para la población.

Palabras clave: política de salud, Sistema Único de Salud, regionalización, gestión en salud, gestión inter-federativa, gestor de salud.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 – Macro Contexto da Gestão Interfederativa.....	55
Figura 2 – Gestão Interfederativa na Região de Saúde	57
Figura 3 – Gestão Interfederativa e a Comissão Intergestores Regional	59
Figura 4 – Distribuição das 22 Regionais de Saúde/Regiões de Saúde nas quatro macrorregiões: leste, oeste, noroeste e norte, Paraná, 2012.....	75
Quadro 1 – Temas sobre instâncias de governo e respectivos assuntos, Comissões Intergestores Regionais (CIR), macrorregião norte do Paraná, 2011 ...	81
Quadro 2 – Temas vigilância em saúde e saúde do trabalhador e respectivos assuntos, Comissões Intergestores Regionais (CIR), macrorregião norte do Paraná, 2011.....	83
Quadro 3 – Temas sobre educação e respectivos assuntos, Comissões Intergestores Regionais (CIR), macrorregião norte do Paraná, 2011	85
Quadro 4 – Temas sobre estruturas, processos e Redes de Atenção à Saúde (RAS) com os respectivos assuntos, Comissões Intergestores Regionais (CIR), macrorregião norte do Paraná, 2011.....	87

LISTA DE TABELAS

- Tabela 1 – Distribuição dos membros das Comissões Intergestões Regionais (CIR) segundo representações, macrorregião norte do Paraná, 201165
- Tabela 2 – Reuniões das Comissões Intergestores Regionais (CIR) e gestores municipais segundo total, deixou de ser Secretário Municipal de Saúde (SMS), pouca participação, selecionados para os grupos focais (GF), macrorregião norte do Paraná, 201166
- Tabela 3 – Perfil dos gestores municipais de saúde participantes dos grupos focais, Comissões Intergestores Regionais (CIR), macrorregião norte do Paraná, 201278

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACS	Agente Comunitário de Saúde
APS	Atenção Primária em Saúde
APSUS	Programa de Qualificação da Atenção Primária à Saúde
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CER	Compensação de Especificidades Regionais
CEREST	Centro de Referência em Saúde do Trabalhador
CFRHCMR	Centro Formador de Recursos Humanos Caetano Munhoz da Rocha
CGRS	Colegiado de Gestão Regional em Saúde
CIB	Comissão Intergestores Bipartite
CIB/PR	Comissão Intergestores Bipartite do Paraná
CIB-Regional	Comissão Intergestores Bipartite Regional
CIES	Comissões Permanentes de Integração Ensino-Serviço
CIR	Comissão Intergestores Regional
CIS	Consórcio Intermunicipal de Saúde
CISNOP	Consórcio Intermunicipal de Saúde do Norte do Paraná
CIT	Comissão Intergestores Tripartite
CMS	Conselho Municipal de Saúde
CNES	Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
CNPq	Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico
COAP	Contrato Organizativo da Ação Pública da Saúde
COMSUS	Programa Estadual de Apoio aos Consórcios Intermunicipais de Saúde
CONASEMS	Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde
CONASS	Conselho Nacional de Secretários de Saúde
COSEMS	Conselho de Secretários Municipais de Saúde
CPS	Consórcio Paraná Saúde
CRESEMS	Conselho Regional de Secretários Municipais de Saúde
DOGES	Departamento Nacional de Ouvidoria
DVAGS	Divisão de Atenção e Gestão em Saúde
DVVGS	Divisão de Vigilância em Saúde
EPS	Educação Permanente em Saúde
ESF	Estratégica da Saúde da Família
FNS	Fundo Nacional de Saúde
HORUS	Sistema Nacional de Gestão da Assistência Farmacêutica

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS (CONTINUAÇÃO)

HOSPSUS	Programa de Apoio aos Hospitais Públicos e Filantrópicos do Paraná
IAFB	Incentivo à Assistência Farmacêutica Básica
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
LOS	Leis Orgânicas da Saúde
MS	Ministério da Saúde
NASF	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
NOAS	Norma Operacional de Assistência à Saúde
NOB	Normas Operacionais Básicas
PAS	Programação Anual de Saúde
PCCS	Plano de Cargos, Carreiras e Salários
PDR	Plano Diretor de Regionalização
PEPS	Polos de Educação Permanente em Saúde
PES	Planejamento Estratégico Situacional
PGASS	Programação Geral das Ações e Serviços de Saúde
PMDB	Partido do Movimento Democrático Brasileiro
PNST	Política Nacional da Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora
PPI	Programação Pactuada e Integrada
PSDB	Partido da Social Democracia Brasileira
RAS	Rede de Atenção à Saúde
RAG	Relatório Anual de Gestão
RSB	Reforma Sanitária Brasileira
RENAME	Relação Nacional de Medicamentos Essenciais
RENASES	Relação Nacional de Ações e Serviços de Saúde
RMP	Rede Mãe Paranaense
RS	Região de Saúde
SAMU-192	Serviço Móvel de Urgência
SARGSUS	Sistema de Apoio ao Relatório de Gestão
SB	Saúde Bucal
SCAERA	Seção de Ações Estratégicas e Redes de Atenção
SCAPS	Seção de Atenção Primária
SCINE	Seção de Insumos Estratégicos
SCNES	Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS (CONTINUAÇÃO)

SCRACA	Seção de Regulação, Controle e Avaliação e Auditoria
SCVGE	Seção de Vigilância Epidemiológica
SCVSAT	Seção de Vigilância Sanitária, Ambiental e Saúde do Trabalhador
SE	Sala de Estabilização
SESA/PR	Secretaria de Estado da Saúde do Paraná
SGEP	Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa
SIAB	Sistema de Informação da Atenção Básica
SIASUS	Sistema de Informações Ambulatorias do SUS
SIHSUS	Sistema de Internação Hospitalar do SUS
SIS	Sistema de Informações em Saúde
SISAGUA	Sistema de Informação de Vigilância da Qualidade da Água para Consumo Humano
SISCOLO	Sistema de Informação do Câncer do Colo do Útero
SISMAMA	Sistema de Informação do Câncer de Mama
SISNEP	Sistema Nacional de Ética em Pesquisa
SISPACTO	Sistema de Informação do Pacto pela Saúde
SMS	Secretário Municipal de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
TCG	Termo de Compromisso de Gestão
TCGM	Termo de Compromisso de Gestão Municipal
TFD	Tratamento Fora Domicílio
UAPSF	Unidade de Atenção Primária Saúde da Família
UCIN	Unidade de Cuidados Intermediários Neonatológicos
UEL	Universidade Estadual de Londrina
UPA	Unidade de Pronto Atendimento
USAIMC	Unidades de Saúde da Mulher e da Criança
UTIP	Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica
VIGIASUS	Programa de Qualificação da Vigilância em Saúde no Paraná
VS	Vigilância em Saúde

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO: PESQUISADORA E PESQUISA.....	17
1. INTRODUÇÃO	20
2. REFERENCIAL TEÓRICO	23
2.1 O ESTADO CAPITALISTA E A POLÍTICA DE SAÚDE BRASILEIRA	23
2.2 A ORGANIZAÇÃO DO SUS: DESCENTRALIZAÇÃO E REGIONALIZAÇÃO	26
2.3 A GESTÃO EM SAÚDE: UM POUCO DA PRODUÇÃO EXISTENTE.....	33
2.3.1 Definindo a Gestão Interfederativa e as Comissões Intergestores.....	40
2.4 TEORIA DO JOGO SOCIAL: PENSAMENTOS DE CARLOS MATUS	42
2.5 O PODER NAS RELAÇÕES SOCIAIS	51
3. O ILUMINAR DA PESQUISA: MODELO TEÓRICO-EXPLICATIVO.....	55
4. OBJETIVOS.....	61
4.1 OBJETIVO GERAL.....	61
4.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	61
5. CONSIDERAÇÕES METODOLÓGICAS	62
5.1 PRIMEIRA DIMENSÃO DA PESQUISA: EXPLORATÓRIA E DESCRITIVA	63
5.2 SEGUNDA DIMENSÃO DA PESQUISA: COMPREENSIVA.....	64
5.2.1 A Coleta de Dados	64
5.2.1.1 Primeiro Momento de Coleta de Dados.....	66
5.2.1.2 Segundo Momento de Coleta de Dados.....	67
5.2.2 Transcrição e Codificação dos Dados.....	68
5.2.3 Proposta Teórico-Metodológica de Análise dos Dados Empíricos	69
5.3 OS ASPECTOS ÉTICOS E O FINANCIAMENTO.....	72
6. RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	73
6.1 O CONTEXTO DA POLÍTICA PÚBLICA DE SAÚDE DO PARANÁ	73
6.2 AS COMISSÕES INTERGESTORES REGIONAIS (CIR)	78
6.2.1 O Perfil dos Participantes da Pesquisa	78
6.2.2 Primeira Dimensão: Explorando a Agenda de Debates	80
6.2.3 Segunda Dimensão.....	93

6.2.3.1 A Materialidade: Um Espaço Real.....	93
6.2.3.2 Os Atores do Jogo Social das CIR	98
6.2.3.3 A Dinâmica do Processo Decisório	109
6.2.3.4 O Caso de Rede de Atenção à Saúde	115
6.2.3.4.1 Rede Mãe Paranaense.....	115
6.2.3.4.2 Rede de Urgência e Emergência	119
6.3 ARRANJOS E MOVIMENTOS QUE PERMEIAM OS PROCESSOS DECISÓRIOS DAS CIR.....	122
6.3.1 Prestador de Serviço: O Hospital	123
6.3.2 Consórcio Intermunicipal de Saúde.....	128
6.3.3 Conselho de Saúde.....	132
6.3.4 Ministério Público	135
6.4 DESTACANDO ALGUNS NÓS NO CENÁRIO DO SUS RELACIONADOS À SOCIEDADE, À POLÍTICA, À GESTÃO E AO PLANEJAMENTO.....	137
CONSIDERAÇÕES FINAIS	142
REFERÊNCIAS.....	149
APÊNDICES.....	167
APÊNDICE A – Roteiro para os Grupos Focais e Entrevistas	168
APÊNDICE B – Correspondência para o Secretário de Estado da Saúde.....	170
APÊNDICE C – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	172
APÊNDICE D – Termo de Confidencialidade e Sigilo	173
ANEXOS	174
ANEXO A – Ofício de Autorização do Secretário de Estado da Saúde.....	175
ANEXO B – Parecer do Comitê de Ética.....	176
ANEXO C – Mapa Estratégico da Secretaria de Estado da Saúde.....	177
ANEXO D – APSUS Atenção Primária de Qualidade em Todo o Paraná	178
ANEXO E – Mapa Estratégico do COMSUS.....	179
ANEXO F – HOSPSUS Programa de Apoio aos Hospitais Públicos e Filantrópicos do Paraná	180

APRESENTAÇÃO: PESQUISADORA E PESQUISA

Ao considerar que a vida vivida, especialmente nos campos do trabalho e da educação, influencia a produção teórica de um pesquisador, passo a fazer um breve relato dos principais aspectos de minha trajetória teórico-prática.

Nasci, concluí a graduação em enfermagem (1983), a licenciatura em enfermagem (1985) e trabalhei na área hospitalar no estado de São Paulo. Em 1989, ao mudar de estado civil, de solteira para casada, vim para o estado do Paraná. Em 1991 ingressei na Secretaria de Estado da Saúde do Paraná (SESA/PR), lotada na 18ª Regional de Saúde, para atuar no Centro Regional de Especialidades de Cornélio Procópio. De 1993 a 1998, também, coordenei turmas dos cursos descentralizados de auxiliar e técnico de enfermagem do Centro Formador de Recursos Humanos Caetano Munhoz da Rocha (CFRHCMR) da SESA/PR.

Após ter acumulado experiências nas áreas hospitalar, ambulatorial especializada e de ensino de enfermagem, percebi que apesar de ter participado de vários cursos de aperfeiçoamento não havia cursado uma especialização. Ao analisar as possibilidades, entendi que estava muito próxima da Universidade Estadual de Londrina (UEL), de renome. Assim, fiz o processo seletivo, cursei e concluí a especialização em saúde coletiva em 1998. A experiência foi tão relevante que logo em seguida participei do processo seletivo do mestrado.

Tanto na especialização como no mestrado em saúde coletiva pesquisei sobre os Consórcios Intermunicipais de Saúde do Paraná. Pois, como em 1994 o Centro Regional de Especialidades foi transformado no Consórcio Intermunicipal de Saúde do Norte do Paraná (CISNOP), a experiência que estava vivenciando referia-se a consórcios intermunicipais.

Ao concluir o mestrado em 2002, estava tão fascinada com a integração que estava desenvolvendo entre o serviço e a universidade, que passei a participar de grupos de pesquisas da UEL.

O Prof. Dr. Luiz Cordoni Junior, ex-secretário estadual de saúde do Paraná, com quem não tive o privilégio de trabalhar enquanto gestor, pois cheguei ao estado após o seu exercício de governo, tem sido meu orientador, meu mestre, desde a especialização em saúde coletiva.

Além do meu orientador, também fui tendo o privilégio de conhecer e desenvolver pesquisas juntamente com outros professores da Universidade Estadual de Londrina como Prof. Dr. Marcio José de Almeida, Profa. Dra. Elisabete de Fátima Polo de Almeida Nunes, Profa. Dra. Brígida Gimenez Carvalho e Prof. Dr. Alberto Durán González.

Em outras instituições de ensino ministrei aulas na graduação de enfermagem e em cursos de especialização.

Também concluí as especializações em educação profissional na área da saúde (2003) e em auditoria, controle e avaliação de serviços e sistemas de saúde (2007).

Em 2003, considerando que necessitava de novos desafios no campo do trabalho, requeri a minha transferência do CISNOP para a 18ª Regional de Saúde de Cornélio Procopio, na Seção de Regulação, Controle, Avaliação e Auditoria (SCRCA), passando a participar da equipe técnica que assessora a gestão dos 21 municípios da região de saúde.

Com o acúmulo de mais essa experiência, agora na área de gestão em saúde, em 2010, decidi participar do processo seletivo do doutorado em saúde coletiva da UEL.

Em 2011, com a mudança do organograma da Secretaria de Estado da Saúde do Paraná, passei a atuar na Seção de Ações Estratégicas e Redes de Atenção (SCAERA).

Em síntese, ao longo dos anos em que atores individuais e coletivos estão atuando na construção do Sistema Único de Saúde (SUS), eu, como um destes atores sociais, em minha trajetória teórico-prática estou em cena, no jogo social, tentando colaborar com a consolidação do SUS.

Muitos são os pensadores que influenciam a minha trajetória. Mas quando vislumbro sobre a coerência entre a teoria e a prática penso em Paulo Freire. Quando reflito sobre o ser singular que sou lembro de Cecilia Meirelles por dizer que "o vento é o mesmo, mas sua resposta é diferente em cada folha".

Na dissertação de mestrado, ao tomar como objeto de pesquisa os Consórcios Intermunicipais de Saúde do Paraná, discuti a regionalização das especialidades médicas. Agora, no doutorado, ao tomar como objeto de pesquisa as Comissões Intergestores Regionais (CIR), continuo a refletir sobre a regionalização da saúde, agora com o enfoque na gestão interfederativa.

Comecei o doutorado com um projeto, um plano, intitulado: “Comissões Intergestores Regionais do Norte do Paraná: modo operativo”. Passei por um processo de muita aprendizagem, com momentos de sofrimento e desânimo, mas também com muito crescimento e alegrias. Como em todo processo não se consegue controlar todas as variáveis, neste também havia incertezas. Mas, ao final desse surgiu a tese intitulada: “As Comissões Intergestores Regionais e a Gestão Interfederativa no Norte do Paraná”. O que isso significa? Que iniciei o doutorado, com incômodos que observava nos modos de se produzir a gestão compartilhada em uma Comissão Intergestores Regional (CIR), e terminei compreendendo a complexidade e a relevância da gestão interfederativa, nas regiões de saúde, dentro do cenário do SUS. Assim, nas páginas seguintes apresento o resultado do meu caminhar pelo doutorado.

1. INTRODUÇÃO

O Sistema Único de Saúde (SUS) vem sendo construído entre os que defendem a saúde como um direito de cidadania e, portanto, dever do Estado, como previsto constitucionalmente, e os que possuem interesses que o sistema de saúde seja restritivo e regido por leis de mercado (ANDRADE, 2012). Para que o SUS seja legitimado como legalmente constituído é preciso, além de viabilizar a universalização e a integralidade da atenção em saúde, enfrentar obstáculos políticos e de gestão em saúde (CAMPOS, 2007).

Em relação ao campo da gestão em saúde, mesmo havendo uma relevante construção teórica, permanece a tarefa difícil e inesgotável de repensar um modelo para o sistema de saúde (CAMPOS, 2005; SANTOS, 2009) que seja dinâmico e aplicável nas diferentes realidades brasileiras. Principalmente quando se aposta na construção de Redes de Atenção em Saúde (RAS) em regiões de saúde para garantir a integralidade da atenção à saúde para a população (MENDES, 2010; 2011). Porque a regionalização da saúde é um processo político e depende da adoção da gestão por consenso permeada por mecanismos que possam favorecer as inter-relações dos atores, com distribuição de poder (SANTOS; ANDRADE, 2009).

A Constituição da República Federativa do Brasil de 1988, além de definir que as ações e os serviços de saúde devem ser integrados em rede regionalizada e hierarquizada, também incluiu os municípios como entes federados (BRASIL, 1988). Nesse novo cenário, Abrucio (2005) salienta que a saúde passou a ser a política pública de maior relevância a ser desenvolvida frente ao quadro federativo brasileiro. Porque na dinâmica da gestão interfederativa é preciso garantir a autonomia dos entes federados ao mesmo tempo em que se produz cooperação ante o compartilhar de responsabilidades sanitárias e, nesse processo, há aspectos políticos, ideológicos e econômicos que, em geral, produzem competições e divergências (MATOS, 2007).

Nesse contexto destacam-se os gestores municipais de saúde que assumem a direção de secretarias de saúde e, portanto, protagonizam a esfera da tomada de decisões tanto em nível municipal como na regionalização. Neste caso, o processo de construção de Redes de Atenção à Saúde (RAS) depende muito da maturidade política e administrativa desses atores sociais (CAMPOS, 2009).

Os espaços institucionalizados para o desenvolvimento dos consensos entre os entes federados e para a definição das regras da gestão interfederativa são as comissões intergestores – a Comissão Intergestores Tripartite (CIT), a Comissão Intergestores Bipartite (CIB) e a Comissão Intergestores Regional (CIR) (BRASIL, 2011b). As CIR constituem-se em espaços privilegiados em uma região de saúde para discussão, negociação e pactuação a respeito da organização e do funcionamento da RAS (BRASIL, 2012b).

A CIT e as CIBs, mediante deliberações, têm influenciado os rumos da construção do SUS (MATOS, 2007). No entanto, com problemas na dinâmica desses espaços, uma vez que Vasconcelos (2005) demonstrou que não havia horizontalidade nas negociações e pactuações entre os gestores, acabando por produzir dinâmicas mais burocráticas do que políticas, focalizando o financiamento do sistema de saúde, que é importante, mas sem priorizar os problemas da própria gestão interfederativa. O autor concluiu que o poder, muitas vezes, era assimétrico, subjugando alguns interesses de atores, comprometendo a legitimidade do pacto coletivo, pondo em questionamento a potência da representatividade nesses espaços.

Diante do exposto, emergiu a proposta da presente pesquisa que adota como objeto as Comissões Intergestores Regionais (CIR) no âmbito da gestão interfederativa. Ao se tomar esse objeto existe a consciência de que se trata de um fenômeno complexo, coletivo, portanto de difícil apreensão e compreensão; mesmo assim, que necessita ser investigado, analisado, buscando trazer à luz suas potencialidades, mas também as fragilidades, que possivelmente existem.

O problema de pesquisa precisa ser um incômodo vivenciado pelo pesquisador que ocasiona inconformismo e impulsiona para a busca de conhecimentos para superação da realidade (SANTOS, 2000; SEVERIANO, 2002). Assim, frente ao desconforto referente à Comissão Intergestores Regional (CIR) surgiram as seguintes interrogações: Quais são as prioridades de discussões dos gestores de saúde no âmbito das CIR? Como estão organizadas as CIR? Como acontece o processo decisório nas CIR? As decisões tomadas no âmbito das CIR são concretizadas ou há interferências?

Assim, na tentativa de responder os questionamentos expostos, a presente investigação foi concebida e desenvolvida tendo como pressuposto que as produções da Comissão Intergestores Regional (CIR), lócus institucionalizado da

cogestão, são essenciais para a organização regionalizada de uma atenção em saúde, tendo como perspectiva ofertar ações e serviços de saúde integrais e com qualidade para os cidadãos.

A presente tese tem um referencial teórico que parte do cenário do estado capitalista e da política de saúde brasileira ressaltando a dificuldade em se construir uma política pública universal, definida constitucionalmente, frente aos interesses de mercado. Depois entra especificamente na organização do SUS com destaque para a regionalização da saúde. Passa pelo campo da gestão em saúde e especificamente na gestão interfederativa. Ainda para compor as bases teórico-conceituais são apresentados determinados pensamentos de Carlos Matus sobre a Teoria do Jogo Social e algumas reflexões sobre as relações de poder destacando determinadas contribuições de Mario Testa.

Ao desenvolver o referencial teórico engendrou-se um modelo teórico-explicativo que está ilustrado em três figuras.

Em seguida estão descritos o objetivo geral – compreender as Comissões Intergestores Regionais (CIR) da macrorregião norte do Paraná no âmbito da gestão interfederativa – e os objetivos específicos.

A pesquisa tem uma abordagem qualitativa com a apresentação das considerações metodológicas em duas dimensões – uma exploratória e descritiva e a outra compreensiva, com a opção da hermenêutica-dialética para a análise do material empírico.

Nos resultados e discussão primeiramente é apresentado o contexto da política pública de saúde do Paraná, como cenário desta pesquisa. A seguir são desenvolvidas reflexões sobre as Comissões Intergestores Regionais (CIR) com enfoques na agenda de debates, na materialidade, nos atores envolvidos e na dinâmica desses espaços de cogestão. Depois são expostos “arranjos” e “movimentos” que permeiam os processos decisórios das CIR. Por último estão alguns nós do cenário do SUS que foram destacados pelos atores desta pesquisa.

Para finalizar são apresentadas as considerações finais com reflexões referentes aos resultados avaliados como mais relevantes, passando por sugestões que possuem o objetivo de contribuir para a realidade existente.

2. REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 O ESTADO CAPITALISTA E A POLÍTICA DE SAÚDE BRASILEIRA

A política social é um fenômeno próprio ao modo capitalista de produzir e reproduzir-se diante do reconhecimento das desigualdades sociais causadas na sua concretude (BEHRING; BOSCHETTI, 2007). Para diminuí-las, um sistema de proteção social é financiado pelo Estado para a provisão de bens e serviços primordiais aos cidadãos (VIANA; MACHADO, 2008). Como esse sistema é influenciado pela política econômica do país é importante compreender o contexto em que a política social está sendo construída, especialmente no caso da política de saúde.

De maneira dicotômica pode-se inferir que há duas tendências na forma de se construir políticas sociais, uma residual, para excluídos, outra universal, buscando a justiça social. Esta diz respeito à adoção pelo Estado de políticas públicas com equidade diante das disparidades sociais que há entre os cidadãos no estado capitalista (ROZENFELD, 2009).

No caso da saúde, uma demanda que diz respeito à vida, não se consegue respostas aceitáveis no contexto de políticas públicas residuais, com valorização do mercado (BENTO, 2003). Nesse campo é mais adequada a implantação de políticas universais, pois os consumidores, em sua maioria, sob a lei do mercado, comportam-se com egocentrismo, individualidade, imediatismo, deixando de lado os sentimentos, as emoções, o benefício da coletividade social (MATUS, 2005).

No Brasil, a política de saúde estabelecida pela carta magna de 1988, como um sistema de saúde financiado pelo Estado, universal, com participação social e com as ações sobre a determinação social da saúde, legitima a saúde como direito de cidadania (BRASIL, 1988; GIOVANELLA et al., 2012). Trata-se de uma proposta alicerçada no novo modelo de proteção social e na nova forma de fazer gestão das políticas públicas (FLEURY; OUVENEY, 2012), que traz “como projeto a construção contra-hegemônica de um novo patamar civilizatório, o que implica uma profunda mudança cultural, política e institucional capaz de viabilizar a saúde como um bem público” (FLEURY, 2009, p.748).

Por isso o SUS tem sido apontado como a única e verdadeira proposta de reforma do Estado, ocorrida nos últimos anos, em favor da pessoa humana, por

deslocar o plano econômico do Estado em favor do cidadão, valorizando sua condição humana e sua dignidade (SANTOS; ANDRADE, 2009). Portanto trata-se de uma Reforma do Estado entendida no sentido de redefinição das funções e do modo de intervenções econômica e social do Estado (BENTO, 2003).

Um aspecto importante com a construção de políticas sociais universais é a possibilidade de se produzir a 'desmercadorização' na medida em que todos os cidadãos, independentemente de sua participação no mercado de trabalho, têm direitos sociais (BENTO, 2003, p.35). Mas não basta esta produção, é preciso que os serviços públicos tenham tanta qualidade quanto os serviços oferecidos pela iniciativa privada, caso contrário, a superioridade da qualidade da oferta privada provoca divisão social entre os clientes do mercado e os do Estado, recaindo para os últimos o estigma de pobreza (BENTO, 2003). Também os valores democráticos e igualitários tendem a ser desacreditados diante da valorização da eficiência do mercado em contraposição à ineficiência do Estado (COHN, 2003). Mas não é simplesmente um contra outro, porque "a esfera estatal não se caracteriza mais como sendo o monopólio do espaço de existência da esfera pública" (COHN, 2003, p.14). Há no Estado situações em que "os interesses da economia de mercado e de seus representantes [...] estão mais voltados para regular ou aumentar a produção econômica" (MÜLLER NETO, 2010, p.109).

A disputa entre o público e o privado no âmbito do SUS está posta. Constitucionalmente há liberdade para a iniciativa privada atuar no campo da saúde, em que o setor privado pode complementar as ações e os serviços de saúde, por meio de contrato de direito público ou convênio, tendo preferência as entidades filantrópicas e as sem fins lucrativos, para garantir a integralidade da atenção em saúde oferecida aos cidadãos (CARVALHO, 2013). O problema é que essa complementaridade do setor privado vem avançando, por meio dos hospitais filantrópicos, organizações sociais e outros, sem adequada regulamentação, fiscalização e controle do poder público (FLEURY; OUVÉNEY, 2008; SANTOS N., 2013).

Além disso, Bahia (2008) alerta sobre o aumento de pagamentos de planos de saúde, com recursos públicos, para servidores dos governos federal, estaduais e municipais, potencializando os serviços de saúde prestados por essas empresas privadas e filantrópicas.

Portanto o modelo de oferta de ações e de serviços de saúde baseado no mercado e o subfinanciamento do SUS estão produzindo influências para organizar um SUS integral para pobres, com baixa qualidade, e um SUS complementar para os detentores de planos privados de saúde (SANTOS, 2008). Essa dicotomia, apontada por Bahia (2008, p.1388), vem sendo cunhada com “as expressões ‘SUS dependente’ e ‘SUS não dependente’ [...]”.

Na década de 1990 houve o paradoxo da tentativa de implementar as políticas sociais de caráter universal em um contexto de ajuste econômico restrito. O governo central retoma o controle restringindo os gastos dos governos subnacionais sobre determinadas políticas públicas, como a saúde (ROCHA, 2013). Com as políticas econômicas buscavam-se a “estabilização monetária e o controle da inflação, associados às medidas tendentes a diminuir o gasto público e ao enxugamento da máquina administrativa” (MÜLLER NETO, 2010, p.97). O discurso estatal construído foi a favor do individualismo pragmático, com o abandono das pessoas com suas demandas sociais à própria sorte ou dependendo de uma rede comunitária solidária (SOARES, 2002).

Nesse período houve predomínio de uma agenda de reforma estatal com enfoque na redução do tamanho da administração pública, com consequente diminuição da prestação direta de serviços (MACHADO, 2007). Portanto, o contexto heterogêneo em que vem sendo materializado o movimento sanitário, principalmente nos anos noventa, aponta que o ideal pretendido está longe de ser alcançado (MATTOS, 2009).

Infelizmente, a mesma lógica da década de 1990 vem tomando força no século XXI. Portanto, o cenário de construção do sistema de saúde brasileiro continua permeado por uma disputa ideológica em favor do projeto neoliberal, com um rearranjo das relações do Estado com a sociedade, em bases distintas daquelas pressupostas pelos formuladores do SUS (FLEURY, 2009). Inclusive, como nos últimos anos os governos progressistas deixaram de alocar mais recursos no sistema de saúde brasileiro, reforçou-se a ideologia neoliberal (CARVALHO, 2013). Nesse contexto aumentou o descrédito da população sobre a capacidade do governo em transformar o projeto da reforma sanitária em realidade (CAMPOS, 2007; FLEURY, 2007; CARVALHO, 2013).

É nesse cenário nacional complexo, permeado por disputas, que a gestão em saúde vem sendo produzida. Portanto, para transformar a realidade, uma das

necessidades é “conter o caráter patogênico do capital e redirecionar o Estado para regular o mercado, garantindo os direitos sociais conquistados na Constituição de 1988” (PAIM; TEIXEIRA, 2007, p.1827).

2.2 A ORGANIZAÇÃO DO SUS: DESCENTRALIZAÇÃO E REGIONALIZAÇÃO

O processo de construção e organização do sistema público de saúde brasileiro, após mais de 20 anos, já permitiu significativa ampliação do acesso da população a ações e serviços de saúde (CARVALHO, 2013). Mas diante das dimensões do projeto da Reforma Sanitária Brasileira, ele ainda é considerado inacabado (GUIZARDI; CAVALCANTI, 2010a).

A partir da Constituição Federal de 1988 e das Leis Orgânicas da Saúde (LOS) nº 8.080/90 e nº 8.142/90, uma profusão de arranjos administrativos foi sendo adotada. A

organização e o funcionamento do SUS se inserem na ótica do direito administrativo democrático, um direito dialogando com a democracia, fundado muito mais nas interações, consensualidades e horizontalidade do que na hierarquia e na autoridade, com a cooperação e a solidariedade pautando sua organização jurídico-administrativa, forçando a instituição de uma administração pública operada por consenso (SANTOS L., 2013, p.17).

Mas os desafios são permanentes nessa organização jurídico-administrativa do sistema com, vistas à estruturação de um sistema integral, com valorização da vida, tentando combinar de maneira inteligente a descentralização e a regionalização da atenção à saúde (SANTOS; ANDRADE, 2009; SANTOS L., 2013).

Na década de 1990, a descentralização foi hegemônica no processo de organização do sistema de saúde brasileiro, marcada pela publicação de normas operacionais básicas (NOB) (DOURADO, 2010).

A NOB 01/91 foi estabelecida de maneira vertical, sem debates, desrespeitando a normatização do SUS, com centralização da gestão do sistema de saúde na esfera federal e transferências de recursos para as esferas subnacionais por meio de pagamentos por produção de serviços, na mesma lógica dos pagamentos aos prestadores de saúde privados (CARVALHO; MARTIN; CORDONI JUNIOR, 2001; DOURADO, 2010).

A NOB 01/93, diferentemente da NOB 01/91, foi editada em uma conjuntura política favorável ao movimento municipalista (DOURADO, 2010). Houve a

instituição de três modalidades de gestão para os municípios (incipiente, parcial e semiplena) e duas para os estados (parcial e semiplena). Com essa norma foram instituídas as Comissões Intergestores Tripartite e Bipartite (CIT e CIB) (CARVALHO; MARTIN; CORDONI JUNIOR, 2001; DOURADO, 2010).

Para avançar na descentralização foi editada a NOB 01/96, que implantou uma forma de repasse financeiro com transferências de fundo a fundo e definiu os papéis dos três níveis de governo (CARVALHO; MARTIN; CORDONI JUNIOR, 2001), visando clarear as responsabilidades dos entes federados e, assim, diminuir os conflitos (DOURADO, 2010). Também ficaram definidas duas modalidades para a gestão municipal (plena da atenção básica e plena do sistema) e duas para a gestão estadual (gestão avançada do sistema e gestão plena do sistema) (CARVALHO; MARTIN; CORDONI JUNIOR, 2001).

A NOB 01/96 permitiu um intenso processo descentralizatório, buscando “promover e consolidar o pleno exercício, por parte do poder público municipal (...) a função de gestor da atenção à saúde dos seus munícipes” (BRASIL, 1997, p.6). Esse processo de descentralização político-administrativa possibilitou certa redistribuição do poder e o fortalecimento da política de saúde municipal (VIANA; MACHADO, 2008).

Nesse sentido, a descentralização da gestão tem sido considerada uma experiência relevante no campo da gestão pública, apesar das disputas e dos conflitos que existiram e existem na sua concretude (VASCONCELOS; PASCHE, 2006).

No entanto, o processo intenso de descentralização trouxe alguns efeitos colaterais. Um deles refere-se à dinâmica política do federalismo sanitário, pois a prática da relação direta do ente federal com os municípios enfraqueceu as relações entre as esferas estaduais e municipais, trazendo dificuldades tanto para o comando dos serviços de saúde como para o estabelecimento de responsabilidades (DOURADO, 2010). Também é impossível que 5.600 municípios brasileiros consigam atender suas populações integralmente, em todos os níveis do SUS, sendo este um dos alicerces para a regionalização das ações e dos serviços de saúde (CARVALHO, 2013).

Assim sendo, em 2001, é publicada a primeira edição da Norma Operacional da Assistência à Saúde (NOAS/2001) com a intenção de definir preceitos para a regionalização no SUS. Mas logo foram identificados problemas em sua

operacionalização. Portanto, depois de um processo de discussão entre as três esferas de governo a NOAS é reeditada em 2002 (GUIMARÃES, 2005; DOURADO, 2010). Nela foram propostos como instrumentos de gestão o Plano Diretor de Regionalização (PDR) e a Programação Pactuada e Integrada (PPI), como uma forma de garantir o acesso dos cidadãos às ações e aos serviços de saúde em uma região, procurando garantir a integralidade da atenção em saúde (VASCONCELOS; PASCHE, 2006).

Com a NOAS/2002 não se conseguiu enfrentar a fragmentação do sistema de saúde, levantando debates acerca do esgotamento do modelo de normas operacionais, buscando construir uma nova concepção normativa (SANTOS; ANDRADE, 2009; DOURADO, 2010).

Assim, em 2006, é definido o Pacto pela Saúde, por meio da portaria ministerial nº 399/GM, com três componentes: Pacto pela Vida, Pacto em Defesa do SUS e Pacto de Gestão do SUS. Esse último prioriza, entre outras questões, a adoção da regionalização, o revigorar do processo de planejamento e a revisão do processo normativo com a descentralização das decisões para o âmbito dos espaços de cogestão nos estados (BRASIL, 2010a). Substituiu-se a habilitação pelo compromisso, com instrumento firmando acordos e pactos entre os gestores da saúde, na tentativa de construir um modelo de gestão interfederativo, cooperativo e consensual para o SUS (SANTOS; ANDRADE, 2009). Esse cenário, ao mesmo tempo em que permitiu desenvolver acordos de cooperação técnica entre municípios, estado e união, também gerou resistências e lutas de interesses entre esses entes federados (TREVISAN; JUNQUEIRA, 2007).

Em 2011, com a publicação do decreto nº 7.508 regulamentando a Lei nº 8.080/90, busca-se proporcionar ao processo de gestão do SUS maior transparência, segurança jurídica nas relações interfederativas e controle social (BRASIL, 2011b). Procurou-se trazer clareza sobre as responsabilidades dos entes federativos nas regiões de saúde para “regular a estrutura organizativa do SUS, o planejamento de saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa” (BRASIL, 2011b).

O decreto nº 7.508 define a oferta no âmbito do SUS, de ações e serviços de saúde, por meio da Relação Nacional de Ações e Serviços de Saúde (RENASES), com definição das responsabilidades municipais e estadual, bem como apresenta a Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME), que compreende a

seleção e a padronização de medicamentos indicados para atendimento de doenças ou de agravos (BRASIL, 2011b; 2012c; 2012d).

Para Santos e Andrade (2009), como o SUS é produzido por meio de uma rede interfederativa de ações e serviços, necessita ser instrumentalizado em contratos de ação pública plurilateral. Neste sentido, no artigo 2º do decreto nº 7.508, está proposto o Contrato Organizativo da Ação Pública da Saúde (COAP) definido como

acordo de colaboração firmado entre entes federativos com a finalidade de organizar e integrar as ações e serviços de saúde na rede regionalizada e hierarquizada, com definição de responsabilidades, indicadores e metas de saúde, critérios de avaliação de desempenho, recursos financeiros que serão disponibilizados, forma de controle e fiscalização de sua execução e demais elementos necessários à implementação integrada das ações e serviços de saúde (BRASIL, 2011b, p.4).

O COAP tem sido entendido como um instrumento formal, necessário para corresponsabilizar os entes federados, com aplicabilidade processual, tendo em vista que as condições epidemiológicas, demográficas e socioeconômicas são dinâmicas. Assim, os consensos podem acontecer tanto durante a formulação dos planos de saúde, como também durante a sua execução, com questões operativas, financeiras e administrativas que serão pautas durante o processo para discussão e pactuação nos colegiados interfederativos (SANTOS; ANDRADE, 2009). No COAP estarão definidas por meio da Programação Geral das Ações e Serviços de Saúde (PGASS) todas as ações de assistência à saúde (da atenção básica e especializada), de promoção, de vigilância (sanitária, epidemiológica e ambiental), de assistência farmacêutica, constantes da RENASES e RENAME a serem realizadas na região a partir das prioridades definidas no planejamento regional integrado (BRASIL, 2011b; 2012c; 2012d).

No breve relato sobre o processo de organização e construção do SUS constata-se dois movimentos, um que procura respeitar o conceito de sistema descentralizado, com autonomia do município, com enfoque na estratégia saúde da família, e outro, com a estruturação de ações e serviços de saúde em uma Rede de Atenção à Saúde (RAS). Nesse processo, municípios com possibilidades de produzir procedimentos de maior complexidade são referências para os demais (FLEURY; OUVREY, 2012).

A RAS compreende um conjunto de ações e serviços de saúde, articulados nos vários níveis de complexidade do sistema de saúde, de maneira crescente, visando garantir a integralidade da atenção à saúde (BRASIL, 2010b; 2011b). Essa é uma ideia antiga, pois a organização de sistema de saúde em rede com um centro primário de saúde dotado de serviços de medicina preventiva e curativa, conduzido por médicos generalistas está posto no informe Dawson, publicado em 1920, por solicitação do governo inglês (DAWSON, 1964). Mas na atualidade a aposta na RAS está relacionada com a crise contemporânea dos sistemas de saúde fragmentados, havendo um movimento com o envolvimento de vários países, como Canadá, Estados Unidos, França, Alemanha, Suécia, Holanda, Reino Unido, Espanha, Chile e Brasil, na direção da construção de redes, com evidências de que esta organização de ações e serviços de saúde melhora os resultados sanitários e econômicos (MENDES, 2011).

Mesmo havendo evidências nos vários países sobre a relevância da construção de redes é preciso observar as diferenças que existem entre os sistemas de saúde de cada país. Por exemplo, no sistema de saúde americano

não se coloca a questão da regionalização – intrinsecamente derivada dos princípios de universalidade e equidade dos sistemas universais. Os sistemas integrados americanos são, por definição, destinados aos que podem pagar, com planos diferenciados que pressupõem acesso desigual e naturalmente não incorporam as questões da saúde pública e da ação sobre os condicionantes sociais, próprias do Estado (KUSCHNIR; CHORNY, 2010, p.2308).

No Brasil, um sistema universal, financiado pelo Estado, tem como pressupostos a cooperação e o planejamento integrado entre os entes federados, considerados potencialidades desse tipo de sistema. Mas, tem também pontos fracos como: “perda da autonomia política dos mais fracos, negociação infundável, cooptação dos mais fracos, acomodação diante das negociações e desequilíbrio de poder”. Estas fragilidades precisam ser reconhecidas e permanentemente saneadas (SANTOS; ANDRADE, 2011, p.1674).

Nesse sentido é construída uma rede interfederativa que é diferente da RAS. A primeira é o todo, o continente, e a segunda, uma parte desse todo, ou o conteúdo (SANTOS; ANDRADE, 2011; MOREIRA, 2011). Rede interfederativa está relacionada com a gestão intergovernamental, que não se trata de uma simples relação entre os entes federados, mas uma gestão cooperada e solidária, na qual há

planejamento integrado e financiamento tripartite (SANTOS; ANDRADE, 2011).
Reforçando o conceito, rede de serviços ou de atenção à saúde é

a interconexão, integração, interação, interligação dos serviços, em todos os níveis de densidade tecnológica do sistema de saúde, dotada de elementos técnico-sanitários e organizacionais que permitam uma gestão racional, eficiente, sistêmica e harmônica, com o objetivo de garantir o direito à saúde da pessoa humana (SANTOS; ANDRADE, 2011, p.1675).

Assim, enquanto a RAS integra equipes de saúde, unidades básicas de saúde, centros de saúde e hospitais, a rede interfederativa possui colegiados formados por atores políticos que deliberam sobre o sistema de saúde (SANTOS; ANDRADE, 2011).

Portanto a integração, quando pensada na perspectiva de sistema de saúde, baseia-se em três vertentes: “a estrutural (modificação das fronteiras das organizações), a clínica (modificações nas práticas profissionais) e a da cooperação (novos formatos de negociação e de acordos entre atores e organizações)” (HARTZ; CONTANDRIOPOULOS, 2004, p.S332-S333).

Nessa visão de rede em vez da gestão ser realizada por meio de estruturas isoladas, por gerências de serviços de saúde, procura-se desenvolver uma governança sistêmica, para integrar a APS aos outros pontos de atenção, bem como com os sistemas de apoio e os sistemas logísticos da rede. Portanto, a governança é um sistema transversal com o qual se governam sinergicamente os componentes da RAS, impondo a missão, a visão e os objetivos pactuados (MENDES, 2011).

Ao trazer o conceito de governança para as RAS depara-se com uma discussão epistemológica. Os termos ingleses *governance* ou *good governance*, no campo político, vêm recebendo diferentes traduções: governança ou governabilidade ou governabilidade democrática (FLEURY, 1996). “Qualquer cientista social sabe que as imprecisões conceituais são indicadores sensíveis da polêmica que se está travando em um dado campo do conhecimento” (FLEURY, 1996, p.187). Para alguns a governabilidade está relacionada com a noção de crise de governo (FLEURY, 1996). Secchi (2009) explica que como a governança prevê mudança no papel do Estado, com parcerias público-privadas para o desenvolvimento de ações governamentais, o termo é relacionado ao neoliberalismo.

Apesar dos conceitos de governança e governabilidade serem polêmicos e terem suas ambiguidades e peculiaridades, ambos podem ser aplicados em

conjunto, pois “aspectos gerenciais e técnicos compreendidos na noção de governança são pouco explicativos quando dissociados do ambiente político sobre o qual incidem” (BENTO, 2003, p.88). Portanto neste presente trabalho está sendo adotado tanto o conceito de governabilidade como o de governança, conforme definidos abaixo.

Governabilidade no sentido de ter condições políticas para exercer as funções do estado e capacidade de governo para poder transformar o proposto em realidade (MATUS, 2005). Também diz respeito “à liberdade de ação do ator frente às variáveis que controla ou não controla durante o processo”. Quanto maior o número de variáveis controladas por um ator, maior sua governabilidade (MÜLLER NETO, 2010, p.152).

O emprego do termo governança está relacionado com a defesa de sua ressignificação, na direção de deixar

o formato das relações entre Estado e sociedade ou entre setor público e setor privado na produção de bens e serviços públicos com vistas a maior eficiência para se referir a propostas de aprofundamento democrático. Nesse último sentido a governança está relacionada à participação dos membros da sociedade nos processos decisórios mais amplos e na gestão pública. Governança democrática ou participativa envolve, assim, a constituição de mecanismos democráticos e deliberativos como forma de corrigir déficits democráticos e garantir *accountability* (GADELHA, 2012, p.68).

Nesse contexto a governança defendida pelo Ministério da Saúde no âmbito das RAS refere-se aos processos de negociação permanente que acontecem em uma região de saúde e passam pelos conselhos de saúde e pelas conferências de saúde (ANDRADE, 2012).

Também o conceito de governança, expresso na regionalização da saúde, considerado no presente trabalho, refere-se a

capacidade dos atores integrantes da política de construir um quadro institucional estável que favoreça a cooperação e a participação de uma ampla gama de atores, marcado pelo estabelecimento de relações cooperativas entre atores, instituições, agentes e cidadãos, onde é possível estabelecer uma direção ou rumo voltado para a consecução de metas e objetivos claramente definidos e acordados. Em suma, a regionalização implica numa mudança no exercício de poder (redistribuição de poder) no interior da política de saúde o que se traduz na introdução de novos atores, objeto, normas e processos, governado/liderado por diferentes orientações/ideologias. (VIANA et al., 2010, p.9).

Por fim, reitera-se que na organização do SUS é importante tanto a descentralização político-administrativa responsável como a regionalização da saúde com gestão compartilhada e solidária entre os três entes federados. Mas essa cooperação depende da produção permanente de consensos entre os gestores da saúde, negociando as soluções dos problemas, conciliando as decisões políticas com as práticas produzidas segundo a demanda de saúde da população, com monitoramento e avaliação do processo, para que caso seja necessário ocorram mudanças nos rumos (MENDES, 2011).

2.3 A GESTÃO EM SAÚDE: UM POUCO DA PRODUÇÃO EXISTENTE

No campo da gestão pública não há modelos, fórmulas prontas adaptáveis a qualquer cenário ou contexto. Aliás, quando se fala de modelo, sua materialização depende de conseguir seguir seu padrão, suas normas. Na condução de políticas públicas há certa necessidade de seguir normas operacionais, mas certamente, não são suficientes; é preciso incluir formulações referentes à vida coletiva, à cultura política e aos padrões de articulação, coordenação e cooperação entre os atores sociais (BENTO, 2003). Para isso é importante ter competência para governar. Mas para Matus (2005) o cenário da gestão pública se apresenta, muitas vezes, decepcionante, com baixa qualidade, estagnada, sem foco nos problemas sociais, que crescem velozmente, sem desenvolver a organização e a capacidade de seu pessoal para governar.

É preciso que as organizações públicas não sejam alienadas, mas tenham compromisso e solidariedade com o interesse público, pois elas são

componentes fundamentais das complexas sociedades atuais e responsáveis pela garantia dos próprios direitos democráticos de cidadania, em última instância. Não há que negar as críticas às 'disfunções' da administração pública, nem a tensão permanente entre democracia e burocracia, mas tampouco negar seu peso no papel provedor do Estado social e garantidor dos direitos democráticos (MÜLLER NETO, 2010, p.109).

Especificamente no campo da saúde, Testa (2006) argumenta que as instituições de saúde são hipercomplexas; portanto, seus problemas são maximizados, havendo necessidade de um processo de trabalho diferente dos padrões mecanicistas (RIVERA; ARTMANN, 2003). Nesse contexto, um desafio tanto teórico como político está em compreender como as organizações de saúde

materializam-se, percebendo os autogovernos dos trabalhadores que afetam a micropolítica (CECÍLIO, 2010b). Assim, a “gestão das instituições de saúde é responsabilidade ética de todos, pois a realidade (institucional) é necessariamente uma produção compartilhada” (GUIZARDI; CAVALCANTI, 2010b, p.1261), ou seja, há necessidade do compartilhamento dos diferentes conhecimentos para o desenvolvimento da gestão em saúde (SOUZA; CONTANDRIOPOULOS, 2004).

O modelo de gestão da saúde, ao mesmo tempo em que precisa permitir a autonomia dos entes federativos, necessita produzir a interdependência e a cooperação interfederativa (SANTOS L., 2013). Isto está pautado na própria diversidade dos municípios brasileiros, com sua maioria (71%) com menos de 20 mil habitantes (SANTOS; ANDRADE, 2009).

Também a complexidade no setor saúde está em ter que dar conta da integralidade da atenção à saúde diante de um subfinanciamento. Há uma demanda infinita por ações e serviços de saúde, enquanto os recursos são escassos (FERRAZ; VIEIRA, 2009). A suficiência de financiamento é importante, mas a eficiência da sua utilização é indissociável. Deste modo, não se pode ficar alimentando posições polares entre os que consideram somente o financiamento insuficiente para a saúde pública e, portanto, a solução simples é aumentá-lo e, os que ficam só no discurso da ineficiência do Estado em fazer o seu uso (CARVALHO, 2013). Mas é preciso alocar mais recursos no setor saúde e usá-lo com eficiência, desenvolvendo uma gestão adequada, sem desvio de dinheiro, sem corrupção.

Nesse sentido, modelos de gestão com caráter pluricêntrico vêm sendo propostos para tentar romper com as resistências e transformar as instituições de saúde (CAMPOS, 2005; MARTINS, 2008; CECILIO, 2010a). Eles são apoiados não somente nos aspectos macrosociais, mas também em “perspectivas de análise que valorizem particularmente os aspectos microssociais e relacionais/comunicacionais, presentes no cotidiano dos serviços de saúde, assim como o papel dos sujeitos na dinâmica organizacional” (SÁ; AZEVEDO, 2010, p.2346). Sempre na busca de superar o aspecto restritivo das teorias administrativas, pautadas nas técnicas fordistas e tayloristas de produção científica, ampliando a democratização da gestão (BENTO, 2003; CAMPOS, 2005), uma vez que o gerencialismo que foi importado do setor privado para o público impôs a funcionalização da força de trabalho e a razão instrumental tomou força no âmbito do SUS (CECÍLIO, 2010b). Esse cenário é difícil de ser enfrentado, pois segundo Matus (2005) o impressionismo circunstancial, isto

é, a inclinação para réplicas mecânicas, quando marca fortemente uma realidade, os que estão envolvidos nela têm dificuldades para vê-la de maneira diferente.

Portanto para contrapor esse gerencialismo há uma valorização da institucionalização de espaços coletivos nas práticas cotidianas de gestão e de atenção à saúde. Escóssia (2009) salienta espaços como: colegiados gestores, assembleias – de trabalhadores e usuários –, reuniões de equipe, oficinas, entre outros. Onocko Campos (2003), baseada em Campos (1998), propõe a organização de espaços para a tomada de decisões coletivas, destacando arranjos (colegiados de gestão e unidades de produção; apoio matricial; equipe de referência, adscrição de usuário) e dispositivos (oficinas de planejamento, cursos, treinamentos, formação, análise, supervisão institucional, assembleias, entre outros). Todas essas propostas podem viabilizar a democratização das relações de poder e possibilitar a superação da assimetria decisória, garantindo aos trabalhadores o acesso à informação e tempo para discutir, planejar e deliberar sobre os processos de trabalho, produção da saúde e gestão (GUIZARDI; CAVALCANTI, 2010b).

Segundo Cecílio (2007), além da organização de espaços coletivos, para mudanças concretas nos modos de gestão e de organizar o cuidado em saúde precisa-se ter a capacidade de

aprender a interrogar o mundo do trabalho, antes de propor, aprioristicamente, conceitos e/ou modos muitos prescritivos de se fazer a gestão. Os dispositivos de gestão, se é que podemos chamá-los assim, são o próprio ato de interrogar. Talvez o mais difícil seja não pretender penetrar nesse mundo já armado com fórmulas, definições prévias de modelos, métodos ou arranjos de intenções ‘democratizantes’, e conseguir construir uma postura de interrogação do mundo do trabalho, no seu dia-a-dia concreto (CECÍLIO, 2007, p.348).

Para Cecílio (2011) a gestão do cuidado está relacionada à organização das tecnologias de saúde para atender as necessidades singulares das pessoas, em todo o ciclo de vida, buscando produzir segurança e autonomia para uma vida feliz. Essa gestão é concebida em três dimensões: profissional, organizacional e sistêmica (CECÍLIO, 2009; 2011).

A profissional diz respeito ao encontro singular entre trabalhador e usuário, espaço de potência, de liberdade do profissional, com influência da sua postura, como ele vê o outro e produz o vínculo. Essa dimensão é considerada o ‘núcleo duro’ da gestão do cuidado, no qual as ‘estratégias gerenciais’ tentam penetrá-lo

para moldá-lo, tanto pelos gestores do SUS como na perspectiva privada, empresarial (CECÍLIO, 2009).

A dimensão organizacional está interpenetrada pela profissional e vice-versa, mas é mais complexa, refere-se à dinâmica das relações da equipe, dos arranjos organizacionais. Essas dimensões – profissional e organizacional – ocupam a centralidade do trabalho gerencial (CECÍLIO, 2009).

Por fim, a dimensão sistêmica que é compreendida como

o conjunto de serviços de saúde, com suas diferentes funções e diferentes graus de incorporação tecnológica e os fluxos que se estabelecem entre eles. Tais fluxos serão definidos por protocolos, controlados por centrais de vagas ou de marcação de consulta, sempre na perspectiva de garantir o acesso dos usuários às tecnologias de cuidado de que necessitam, por meio da constituição e gestão de complexas 'redes de cuidado' institucionais, operadas por intermédio de processos formais de referência e contrarreferência, que propiciem a circulação das pessoas por um conjunto articulado de serviços de saúde, de complexidades diferentes e complementares entre si (CECÍLIO, 2009, p.549).

A estruturação dessa última dimensão tem sido considerada imprescindível para a consolidação do SUS, no entanto é preciso reconhecer que as três são inseparáveis (CECÍLIO, 2009).

Nessa estruturação a aposta está alicerçada na gestão colegiada com a organização de colegiados de gestão em todos os espaços e níveis do sistema de saúde em busca de

uma espécie de garantia de inovação da gestão, que deveria resultar em efetivas mudanças no paradigma clássico da administração pública, com suas bem conhecidas e denunciadas mazelas de rigidez, baixa comunicação, autoritarismo, alienação dos trabalhadores, e, mais importante, na insensibilidade para com as necessidades dos usuários (CECÍLIO, 2010a, p.558).

Com a inclusão da representação dos trabalhadores nos colegiados de gestão procura-se construir uma prática sanitária menos alienada e mais cuidadora e solidária (CECÍLIO, 2010a). No entanto, esta proposta, como todas as outras, encontra entraves na sua materialização. Tem se observado que, às vezes, os representantes não se comunicam com os representados e, também, os colegiados de Unidades de Saúde recebem interferências de demandas da Secretaria Municipal de Saúde (CECÍLIO, 2010a). Nesse contexto, em vez dos colegiados gestores serem construídos como instrumentos democráticos de gestão, para emancipação e autonomia das equipes de saúde, podem assumir um arranjo que produza mais

controle dos trabalhadores de saúde, diante de diretrizes governamentais (CECÍLIO, 2010a).

Apesar desse risco, Campos (1998, p.864), mesmo que em uma proposta um pouco diferente, defende que a gestão colegiada é um “novo Modelo de Gestão para Sistemas e Estabelecimentos de saúde”. Nesse modelo seriam criadas unidades de produção para substituir os departamentos dos organogramas dos serviços de saúde. Cada unidade de produção conta com um coordenador, o qual compõe o colegiado geral de direção. Este, ao mesmo tempo em que é um espaço de compartilhamento dos projetos das unidades de produção, também tem a tarefa de integrar os projetos e prioridades de instâncias como os conselhos de saúde, no qual os representantes de organizações sociais participam, tentando articular aquilo que a descentralização do poder tenderia a bloquear ou a fragmentar. Uma das potencialidades desse método seria a “criação de um sistema informal de Educação Continuada do estilo Paidéia (educação integral), graças à multiplicação dos espaços onde se trocam informação, se intercambiam saberes e se discutem problemas” (CAMPOS, 1998, p.870).

Ao trazer para o campo da saúde, o método Paidéia, conforme a noção grega, isto é, como formação integral do ser humano, busca

apoiar e, ao mesmo tempo, avaliar o desenvolvimento de pessoas e de instituições segundo três critérios fundamentais: 1) Reconhecer que uma das finalidades principais da política, da gestão e do trabalho humano é a construção de bem-estar e justiça social. 2) A política, a gestão e o trabalho deveriam ser julgados também por sua capacidade de construir os maiores coeficientes possíveis de autonomia e de liberdade para as pessoas e instituições. 3) Assegurar a resolução de conflitos e a elaboração de contratos entre interesses e valores diferentes sem o uso da violência, mas graças ao uso de instrumentos de convencimento e de negociação (CAMPOS, 2006, p.26-27).

O método Paidéia, ao atuar nos sujeitos, os quais vivem em uma sociedade organizada por leis e valores, pode ampliar a capacidade de cada um agir sobre o mundo em que vive, inclusive, sobre a organização de saúde em que atua, com o intuito de promover democracia e bem-estar-social para a coletividade (CAMPOS, 2006). Nessa construção de sujeitos, os padrões dominantes de subjetividade podem ser desconstruídos (CAMPOS, 2003).

Ferreira Neto et al. (2011) argumentam que no campo da Saúde Coletiva a subjetividade vem tendo as funções de

construção política de atores sociais para a reforma, a intersubjetividade no cuidado e na gestão e a produção da autonomia [...]. As três apontam na direção de viabilizar a plena realização dos princípios do SUS, reconhecendo o caráter eminentemente político desse projeto. Logo, não se trata aqui de uma subjetividade entendida como interioridade psicológica, mas da produção de subjetividades atravessadas pela dimensão política (FERREIRA NETO et al., 2011, p.838).

A formação Paidéia do sujeito permite o exercício da práxis. Esta não é reduzida à simples aplicação de um conhecimento, de um saber, mas um fazer consciente que reconhece a ação e a autonomia do outro (CAMPOS, 2011).

A cogestão, uma proposta de gestão democrática, pode ser aplicada em equipes de trabalho, colegiados de gestão, entre outros. Nesses espaços, ao circular a informação, considerando os interesses e desejos dos participantes, por meio da escuta e da comunicação, há a possibilidade da tomada de decisão compartilhada sobre as prioridades, os projetos e os pactos. Nesse processo, embora haja a produção de subjetividade e busca de autonomia, o coletivo transcende cada um dos sujeitos que o constitui, produzindo inter-relações de respeito e solidariedade (CAMPOS, 2005).

As responsabilidades pela gestão são tipificadas por Campos (2007) como macro e micro-sanitária. A primeira conforma-se na regionalização do sistema de saúde, com definição de competência entre os entes federados, estabelecendo no âmbito das comissões intergestores, planos regionais, com monitoramento e avaliação da gestão interfederativa. A responsabilidade micro-sanitária refere-se à reorganização do processo de trabalho em saúde (CAMPOS, 2007). Nesse espaço pode-se construir um novo paradigma de gestão, no qual se “reconheça e conviva com a autonomia relativa dos trabalhadores, mas que desenvolva formas de controle sobre o trabalho segundo a perspectiva dos usuários e também tomando em consideração o saber estruturado sobre saúde” (CAMPOS, 2010, p.2342).

Rivera (2003a), com um olhar um pouco diferente, propõe a gestão pela escuta. A partir de um diálogo entre o enfoque do Planejamento Estratégico Situacional (PES) de Matus com a Teoria da Ação Comunicativa de Habermas, constrói o planejamento com abordagem comunicativa. Dessa interlocução surgem desdobramentos, entre eles, a liderança e a negociação dentro da perspectiva da análise cultural (RIVERA; ARTMANN, 2003). Com a liderança se procura não dominar, impor, mas inspirar, mobilizar os trabalhadores de saúde à inovação, ao

desenvolvimento de comprometimento com a missão da organização. Nesse novo paradigma há necessidade de articular uma visão estratégica aos atributos da comunicação e negociação (RIVERA, 2003a). Em relação à negociação o ideal é que seja desenvolvido um processo criativo comunicacional, sendo um modelo desestruturado. “A questão central é conseguir gerar a máxima quantidade de ideias ou opções de ensejar acordos de alcance variado, para além da busca de uma única forma ou da fixação em um único tipo de resposta” (RIVERA, 2003b, p.243).

Paim (2010) reconhece as contribuições de Habermas, principalmente diante de sua crítica à ação racional e pelas contribuições que a Teoria do Agir Comunicativo tem em dinâmicas de consensos no âmbito da saúde. Entretanto, considera o contexto do Brasil diferente daquele da Europa, da Alemanha, para o qual a teoria foi criada. O autor, concordando com Mario Testa, questiona a aplicação da teoria em alguns contextos brasileiros. Segundo ele

há dúvidas quanto a sua pertinência numa política de regionalização quando gestores deixam de cumprir os pactos acordados ou num hospital de emergência em que profissionais de saúde protelam o atendimento com omissão de socorro. Nestes casos, o tempo consumido na construção do consenso e na busca de entendimento pode custar a vida de outras pessoas. Portanto, a análise situacional, a planificação estratégico-situacional, a programação, o pensamento estratégico e o planejamento comunicativo oferecem, numa perspectiva pluralista, várias possibilidades de utilização na dependência de cada situação concreta (PAIM, 2010, p.2280).

Rivera e Artmann (2010b, p.2284) reconhecem a necessidade de não ser ingênuo diante de “situações de falsos consensos, de correlações de forças assimétricas”, no entanto, não há como ser estratégico em todo tempo. Contra argumentam que Habermas vê a possibilidade da teoria ser aplicada no Brasil, mas somente diante de investimentos na educação e nas competências comunicativas das pessoas (RIVERA; ARTMANN, 2010b).

Para Merhy (2006) em uma organização de saúde existe a possibilidade do não-compartilhamento de atores com a missão institucional, sendo estes “ruídos” presentes no cotidiano do trabalho em saúde. Nesse contexto, o gestor de saúde necessita ter capacidade de escuta, tentando construir consenso e “ânimo cooperativo” dos atores em prol da missão (MERHY, 2006, p.103), reconhecendo as disputas de poder entre os atores. Destaca-se que o poder de decisão, de liderança, está para aquele que no momento histórico “está ali porque é o gestor formal da maquinaria [...] que expressa um certo bloco político, que disputa e ocupa espaço no

interior do Estado” (MERHY, 2004, p.17). Entretanto, todos os atores sociais em certo grau governam e interferem na produção da saúde (MERHY, 2006).

Desse modo, ao se tentar aplicar um modelo de gestão estarão presentes as tensões constitutivas do campo político e do modelo de atenção hegemônico, processos em permanente construção e desconstrução, permeados por conflitos, conforme os atores sociais que estão em cena (MERHY, 1999).

Merhy (2010) também aposta na democracia e na construção solidária de ações e serviços de saúde entre as esferas de governo para transformar a realidade da saúde brasileira e defende

a noção de que as contribuições de diferentes pensadores devem ser incorporadas em uma ‘caixa de ferramentas’ dos gestores, para que possam olhar para essas ofertas de pensamento como possibilidades de ampliar sua capacidade de governo, diante dos múltiplos tipos de problemas que enfrentam, ali, no seu dia a dia [...] inclusive indo em direção ao cotidiano da gestão nas redes de serviços de saúde (MERHY, 2010, p.2275).

Parece que a proposta de Merhy (2010) é relevante. Os modelos de gestão poderiam ser apreendidos e experimentados pelos gestores do SUS, para que estes possam, dependendo do contexto, aplicá-los com reflexão, criatividade e responsabilidade para garantir a saúde aos cidadãos brasileiros.

2.3.1 Definindo a Gestão Interfederativa e as Comissões Intergestores

Com a promulgação da Constituição Brasileira em 1988, o Estado federal foi mantido, isto é, trata-se de República Federativa, mas agora tendo também os municípios como unidades federativas, com necessidade de redesenhar as relações interfederativas (ABRUCIO, 2005; SANTOS L., 2013). Nesse novo arranjo, além da obrigação de fortalecimento dos municípios para eles assumirem suas responsabilidades, também, passa ser necessário produzir estratégias de integração dos três entes federados (FLEURY; OUVENEY, 2012).

O conceito contemporâneo de federalismo diz respeito à articulação, em base territorial, dos poderes central, regional e local, buscando construir complexas alianças, com o estabelecimento de obrigações mútuas, mas tentando preservar os valores e os interesses singulares dos atores políticos (ROCHA, 2013).

Portanto, a construção do SUS, no contexto de estado federalista, pressupõe divisão de responsabilidades e funções entre a união, os estados e os municípios,

estes com muitas diversidades quanto ao tamanho, população e condições socioeconômicas (MENDES, 2011). Assim sendo a gestão interfederativa precisa ser construída dentro de valores que respeitem as diferenças dentro da unidade (SANTOS L., 2013). Unidade no sentido, de nos espaços de cogestão, pactuar, compartilhar ações em comum e não focalizar nos valores e interesses ambíguos dos atores (ROCHA, 2013). Para esse arranjo complexo de gestão, mecanismos de articulação necessitam ser implantados, com a coordenação das interdependências e a ampliação da participação (FLEURY; OUVENEY, 2012).

Assim, no âmbito do SUS, espaços para a tomada de decisões articuladas entre os entes federados vêm sendo institucionalizados. A Comissão Intergestores Tripartite (CIT), no âmbito nacional, e a Comissão Intergestores Bipartite (CIB), no âmbito estadual, como já dito foram implantadas a partir da NOB 01/93 (CARVALHO; MARTIN; CORDONI JUNIOR, 2001; ABRUCIO, 2005). Os Colegiados de Gestão Regional (CGR) foram estabelecidos com o Pacto pela Saúde (BRASIL, 2010a). A partir do Decreto 7.508 de 2011, a CIT e a CIB passam a ter força legal, e ainda foram institucionalizadas as Comissões Intergestores Regionais (CIR) nas regiões de saúde, substituindo os CGR (BRASIL, 2011b).

Elias (2008) salienta que foram relevantes as implantações das CIT e CIB como espaços de negociação das esferas de governo, mas o valor está nelas conseguirem promover relações horizontais. Essa mesma lógica precisa prevalecer nas CIR para que consigam alcançar o propósito de serem lócus das pactuações das regras de organização do sistema de saúde nas regiões de saúde, para que na união das responsabilidades se consiga garantir o acesso do cidadão às ações e aos serviços de saúde integrais, com ordenação e monitoramento dos fluxos da oferta regionalizada (BRASIL, 2011b).

Dessa forma encerram-se as breves considerações sobre a gestão interfederativa e comissões intergestores que foram aqui destacadas por serem relevantes no contexto deste trabalho.

Até o momento foram realizadas algumas reflexões sobre o Estado capitalista e a política de saúde brasileira, a organização do SUS (descentralização e regionalização), a gestão em saúde com definições da gestão interfederativa e das comissões intergestoras. Com os recortes teóricos realizados busca-se alicerçar o presente estudo dentro de uma visão pluralista, concordando com Ferreira Neto et

al. (2011, p.840) que consideram “a pluralidade teórica e disciplinar da saúde coletiva um de seus atributos mais fecundos”.

Permanentemente os autores brasileiros da saúde coletiva, da gestão, fazem diálogo com teorias de pensadores de outros países, ação relevante e imprescindível para o avanço da compreensão do campo da saúde brasileira. Na atualidade um exemplo diz respeito a Habermas, principalmente relacionado à sua Teoria do Agir Comunicativo (ARAGÃO, 2002). Todavia, como Cecílio (2010b) assinala, é necessário também não deixar de lado a vitalidade de pensadores como Carlos Matus e Mario Testa, com relevantes contribuições no campo do planejamento e da gestão em saúde.

Concordando com isso, foram incorporados às bases teórico-conceituais deste trabalho determinados pensamentos de Carlos Matus sobre a Teoria do Jogo Social e reflexões sobre o poder nas relações sociais, com destaque para conceitos de Mario Testa.

2.4 TEORIA DO JOGO SOCIAL: PENSAMENTOS DE CARLOS MATUS

Antes de entrar propriamente em alguns conceitos e reflexões de Matus salienta-se o reconhecimento de críticas que foram realizadas à sua teoria, aliás, como ocorre com toda teoria. Por exemplo, Merhy (2004) ressalta a importância do Planejamento Estratégico Situacional (PES), mas concorda com Mario Testa que apesar da construção importante de Matus em relação ao ator social, com suas intencionalidades e seus modos de agir na construção da própria realidade, ela acaba tecnicando o agir, sugerindo métodos para a ação. Rivera (2003a, p.10) também reconhece o “patrimônio inexorável” de Matus para o campo do planejamento e da gestão em saúde, mas argumenta que com o iluminar da Teoria do Agir Comunicativo de Habermas, há possibilidades de agregar a comunicação, como o próprio Matus acaba fazendo em parte quando apresenta o estilo Gandhi de fazer política. Nesta perspectiva, se produz uma postura dialógica, na qual é considerado o mundo da vida dos atores, permitindo construir acordos coletivamente (RIVERA, ARTMANN, 2003).

Na Teoria do Jogo Social proposta por Matus há realmente cálculos interativos para serem aplicados pelos jogadores nas jogadas, mas que não serão considerados neste estudo. Contudo, como o cerne da teoria de Matus diz respeito

ao ato de governar no campo do jogo social e suas construções possuem potencial explicativo para a política e a gestão em saúde (ZAMBRANO, 2005; MÜLLER NETO, 2010), optou-se por incluir esses postulados, considerados relevantes para dialogar com os dados empíricos do presente trabalho.

Para Matus (2005) o mundo social está em permanente construção. Um mundo que no presente se modifica, mas com as marcas do passado, da história vivida, que orienta o futuro.

São muitos e complexos os elementos da realidade social que interferem na construção de uma sociedade, entre eles estão os valores, as ideologias, os bens e serviços oferecidos no mercado, os sistemas construídos, a dinâmica das instituições/organizações, os partidos políticos, os artefatos da vida quotidiana, os sonhos acerca do futuro, as motivações, os problemas a serem enfrentados, a comunicação, o poder de uns e a fraqueza de outros (MATUS, 2005).

Na sociedade criam-se leis, alteram-se regras que, em geral, não podem ser modificadas por um homem, mas somente pela força da intencionalidade coletiva. Com ela procura-se superar a individualidade, porque há conscientemente o compartilhar dos desejos, das intenções sociais. Essa dinâmica ao mesmo tempo em que é produzida pelos homens modifica-os. Portanto, o homem realiza sua prática em dois mundos inter-relacionados: o externo e o interno (MATUS, 2005).

O mundo interior do homem, que é construído quando ele se relaciona com outros, na convivência social, com a reflexão crítica sobre o mundo exterior, depende de sua formação intelectual e emocional (MATUS, 2005).

Essa estruturação do mundo interior do homem gera três características muito importantes aos seres humanos: a tomada de consciência da existência do outro, a capacidade de reflexão crítica e a sensibilidade emocional. A conjunção das mesmas cria e reforça a intencionalidade coletiva. Surge daí o conceito de jogo social. O jogo social implica obrigatoriamente conceitos de coletividade, de agregação de seres humanos em cooperação, concorrência, conflito, empatia ou antipatia. Nessa coletividade, eu faço algo como parte do nosso fazer (MATUS, 2005, p.279).

O jogo social é um sistema criativo, raramente com aspectos determinísticos. É criativo no sentido do homem ter a possibilidade de descobrir algo novo, com o pensamento, com a ação, isto é, a qualidade que possui para dar respostas por meio da proliferação de possibilidades inovadoras diante dos desafios postos na vida (MATUS, 2005, 2007b). Assim, há variáveis imprecisas, incertas e mutáveis inerentes à complexidade da prática social, incertezas que existem no próprio jogo

pré-definido, mas também devido a esse mundo interior do homem, que cria permanentemente e altera o jogo (MATUS, 2005). Diante dessa complexidade do jogo social é preciso compreender a insuficiência das ciências naturais, verticais, da interdisciplinaridade, do corte departamental-vertical, aceitando o conceito de ciências horizontais ou ciências da ação (MATUS, 2005, 2007b).

Nas ciências naturais há o “sujeito explicante” e o “objeto explicado”, sujeito como agente mecânico, sem criatividade, com a ação voltada ao campo experimental, formal (MATUS, 2005, p.52). Para a prática social são necessários atores e não sujeitos, que estabelecem uma interação com sentidos e motivos tão importantes ou até mais que o simples efeito da ação, pois além de penetrarem nas ciências, adentram no mundo dos valores, do juízo humano e das paixões (MATUS, 2005).

O exercício de uma função pública, de direção, tomada como uma prática social, portanto, precisa ultrapassar a formação especializada e se apropriar das ciências horizontais (MATUS, 2005). O cientista, ao se tornar um mero observador da realidade não é um ator direto das transformações sociais, mas o dirigente político, ao protagonizar o jogo social, assume a posição de um ator social, transformando a realidade (MATUS, 2005).

Mas reconhecer a insuficiência das ciências naturais para explicar e iluminar os problemas sociais não significa negar sua importância, que leva a um paradoxo entre o teórico e o homem prático. O intelectual, teórico, ao posicionar-se como observador, nega o homem de ação, o qual participa e age no jogo social modificando-o. O homem prático nega a teoria convencido de estar realizando a melhor ação, com sua experiência, caso de um político comum que substitui os métodos e técnicas de governo pelo senso comum (MATUS, 2005). Agindo assim, não compreende que a prática pode mostrar a aparência da realidade, mas em geral, oculta sua essência, portanto age na superfície, reproduzindo por imitação as ideias dominantes (MATUS, 2005).

O político prático, mesmo quando tem formação científica, converte-se num pragmático assim que ingressa na atividade política, e dá as costas à ciência. A ciência passa a ser o seu pecado da juventude. Na universidade, esteve dominado pelo juízo analítico. Na atividade prática madura, submete-se ao juízo intuitivo. Essa mudança, porém, não é natural nem inevitável. [...]. É, simplesmente, uma relação primária, ou bruta, entre a teoria e a prática. É um indício do abismo que há entre ambas, no mundo da política (MATUS, 2005, p.52).

Alguns líderes esclarecidos podem até tentar se apoiar no conhecimento científico, porém outros nunca o usarão, não farão a conexão entre os dois jogos – ciência e intuição (MATUS, 2005).

O fato de a prática política estar carente de teoria significa que o

paradigma das ciências não se converte, *ipso facto*, em paradigma da prática, ou seja, em paradigma tecnológico. Dois obstáculos impedem que essa conexão seja plena e oportuna. Um: os paradigmas científicos verticais não podem converter-se, no campo social, em paradigmas da prática política sem uma teoria da ação e sem tecnologias da ação. Dois: os paradigmas científicos circulam, embora com significativo atrito, dentro do jogo das ciências, e levam muito tempo para ultrapassar essas fronteiras e penetrar no jogo da política (MATUS, 2005, p.497).

A tomada de decisões para a formulação de uma política deveria ser embasada na informação científica existente, mas também, dentro dos valores da comunidade, das suas preferências.

A limitação cognitiva de líderes leva muitas vezes a uma ação intuitiva e não analítica. As informações das ciências verticais são dadas como se eles pudessem compreender todas e usá-las sem erros, mas isso não acontece. Inclusive, são tantas informações que a mente humana não consegue efetividade na prática, provocando uma sobrecarga de informações, produzindo desinformação (MATUS, 2005).

Diante disso Matus apresenta uma teoria de governo, como uma ciência horizontal, na qual governo é sinônimo de condução, sendo:

a arte e a ciência do ator para mobilizar organizações e cidadãos no jogo social, processando problemas conflituosos que atravessam todos os compartimentos das ciências, a partir de variáveis imprecisas, incertas e mutáveis, com o propósito de construir possibilidade para o seu projeto de jogo (MATUS, 2005, p.34).

No conceito de governo a “arte” diz respeito ao juízo intuitivo, às experiências e às capacidades inatas do líder, mas que necessitam dos métodos de governo. “Ciência” devido à necessidade de teorizar o jogo social. “Ator” como aquele capaz de protagonizar o processo de produção social, com suas motivações pessoais e sociais (MATUS, 2005).

Para governar propõe-se o triângulo de governo, com a articulação de três variáveis diferenciadas, mas inter-relacionadas:

(a) o projeto de governo, entendido como a proposta de meios e objetivos que se compromete com uma mudança rumo à situação esperada; (b) a capacidade de governo, que exprime a perícia para

conduzir, manobrar e superar as dificuldades da mudança proposta; (c) a governabilidade do sistema, que sintetiza o grau de dificuldade da proposta e do caminho que é preciso percorrer, e que é verificável por meio do grau de aceitação ou rejeição do projeto e da capacidade dos atores sociais para respaldar suas motivações favoráveis, adversas ou indiferentes (MATUS, 2005, p.485,486).

A materialidade do ato de governar dependerá não somente do emprego do triângulo de governo, mas do estilo político. Os estilos indicados de modos de se fazer política são representados por três personagens: Chimpanzé, Maquiavel e Gandhi.

O Chimpanzé é baseado no projeto individual, isto é “o fim sou eu” (MATUS, 2007a, p.18). Um estilo autoritário, no qual um manda e os outros obedecem. As características deste estilo são

extremo individualismo da luta pelo poder; alto valor da rivalidade individual; hipervalorização da força e da agressão como critério de superioridade e eleição do chefe; alto valor da ameaça do outro em um sistema altamente competitivo; o valor zero do projeto social; a reconciliação como modo de reparar o dano causado ao destituído e de estabilizar a submissão ao chefe; geração de alta tensão na comunidade a despeito do uso da reconciliação (MATUS, 2007a, p.19).

Parece que esse estilo que visa o enriquecimento pessoal e o fazer política para manter o poder, com a evolução das sociedades vem perdendo força (MATUS, 2007a).

No estilo Maquiavel o fim justifica os meios, de outra maneira, adapta os meios à superioridade do projeto escolhido. “Tudo gira em torno de um projeto e de uma ideologia que exigem mando e subordinação” (MATUS, 2007a, p.21). Quem governa decide pelo cidadão, que deve obedecer ou sair de cena. As características desse estilo são

alto valor da luta por projetos conflitivos; alto valor da ameaça do outro; alto valor do projeto em relação ao indivíduo e ao chefe; uso da violência em defesa de objetivos considerados superiores; total subordinação dos meios à superioridade dos fins; desigualdade no exercício dos direitos individuais e pessoais (MATUS, 2007a, p.22).

Por fim o estilo Gandhi é baseado na força moral e no consenso. O líder, que não é superior, representa o consenso do coletivo, é respeitado sem exercer a força física. Quando há conflitos, o outro precisa ser escutado, há necessidade de diálogo, de negociação cooperativa, procurando eliminar as desigualdades (MATUS, 2007a). As características desse estilo são

credibilidade da palavra apoiada no exemplo pessoal do líder; baixa valorização, pela chefia, da rivalidade individual; baixo valor à ameaça do outro; proibição da violência e do engano; abolição do conceito de inimigo; alto valor do projeto; alto valor do consenso e da cooperação; predomínio da força dos valores humanos e das grandes majorias; o líder é o primeiro dentre os iguais, só prega o que pratica (MATUS, 2007a, p.25).

Os três estilos políticos são expostos separadamente, mas na realidade social, não se encontra puramente um estilo. Dependendo do caráter do líder, de seus interesses e do contexto e das condições em que pratica a política, aparecerá uma combinação dos estilos. Matus apresenta três possibilidades de combinações

(1) forte dose do estilo puro chimpanzé com alguma dose do estilo Maquiavel e muito pouco do estilo Gandhi, gerando um conflito social de alta intensidade [...]; (2) o estilo Maquiavel dominante exige importante dose do estilo Chimpanzé, muito do seu próprio estilo e quase nada do estilo Gandhi. Esse estilo frequentemente leva a um alto grau de conflito, conforme a dose do tipo chimpanzé e o conteúdo do projeto [...]; (3) o estilo Gandhi é um caso muito especial. Quase não tem história, pois trata os homens em sociedade não como são, mas como deveriam ser [...] baseia-se na elevação dos valores humanos, na cooperação e na solidariedade [...], mas a política estilo Gandhi, pelo menos na terra, necessita de alguma dose do estilo Chimpanzé e do estilo Maquiavel (MATUS, 2007a, p.25-27).

Também, os problemas agudos, as crises, levam a um estilo reativo de governo, imediatista, consumindo muito mais tempo do ator para apagar incêndios, do que para prevenir e conseguir enfrentar as dificuldades quando elas ainda estão em sua gênese, com conseqüente abuso do juízo intuitivo (MATUS, 2005).

Como visto, o jogo social é um sistema complexo, criativo, portanto com várias possibilidades de produzir respostas aos problemas sociais. Há uma insuficiência das ciências naturais, verticais, necessitando das ciências horizontais para a ação social. Nesse cenário, Matus propõe uma teoria de governo, uma ciência horizontal, mas que dependerá do estilo do ator político para a materialização de sua aplicação. Assim, cada jogo social é um jogo, necessitando de análise.

Para analisar um jogo social Matus (2005) propõe um olhar para os seguintes conceitos: (1) genoestruturas, são as regras do jogo que delimitam o espaço possível de ação; (2) fenoestruturas, as acumulações conseguidas no jogo social; (3) ações, produções realizadas pelos atores, estão relacionadas com a dinâmica do jogo; (4) ator, que está situado em um jogo.

Não há muita variação na genoestrutura, nas regras do jogo social, pois em geral os atores sociais, acumuladores de maior poder, se estão satisfeitos, defendem e mantêm o estabelecido. Quando os insatisfeitos conseguem mudar as regras do jogo isso significa uma grande mudança histórica (HUERTAS, 1996; MATUS, 2005).

Portanto, as regras do jogo social são de desigualdade, diferentes, por exemplo, das de um jogo esportivo, em que as regras visam à equidade, a garantia da igualdade de condições entre os competidores (HUERTAS, 1996).

No campo da genoestrutura, que define o que é permitido, reconhecido ou proibido no jogo social, há necessidade de compreensão dos conceitos de liberdade e igualdade. O máximo de liberdade é incompatível com o máximo de igualdade. Assim, na democracia, a regra política procura combinar as proporções de liberdade e igualdade máximas possíveis, com sacrifícios em ambas as partes. Liberdade é a liberdade para produzir jogadas e igualdade é o produto do uso da liberdade. Dialeticamente a igualdade é o que permite a liberdade. Em sociedades marcadas pelas diferenças, os mais fortes e mais bem dotados usam a liberdade para produzir desigualdades. Portanto, as regras do jogo social devem estar ao lado da igualdade. Contudo, a igualdade entre os atores sociais é muito difícil de ser alcançada, sempre há regras vantajosas para uns e prejudiciais para outros, desigualando o grau de liberdade de cada um (MATUS, 2005).

As fenoestruturas ou capital social são acumulações sociais, produções construídas na história, como exemplos: os acontecimentos políticos relacionados com o poder político; os econômicos, que podem produzir capital financeiro; as produções científicas, gerando acervo de conhecimentos. Essas acumulações interferem no jogo social (MATUS, 2005).

As ações, produções realizadas pelos atores, podem ser estratégicas e/ou geradoras de acordos. A estratégica visa beneficiar um jogador ou grupo de jogadores, pode ser aberta ou velada. Quando for velada é preciso compreender se foi uma manipulação, uma ocultação intencional, ou se trata de um engano inconsciente, neste caso são vítimas tanto o enganador como o enganado. Aqui o estilo político que sobressai é o Maquiavel (MATUS, 2005). Na ação geradora de acordos ou comunicativa, segundo terminologia de Habermas, há uma intenção coletiva com benefício comum, com acordos. O maior emprego do estilo Gandhi de fazer política favorece esse tipo de ação (MATUS, 2005).

Quando um ator político deflaga uma ação, toma uma decisão pública diante dos objetivos e metas de governo, surgem efeitos positivos e negativos, um intercâmbio de problemas. Porque ao mesmo tempo em que produz o benefício de sua meta atingida, pode criar novos problemas ou intensificar alguns existentes. Vivencia-se uma dinâmica complexa onde uma ação pode beneficiar uns e prejudicar outros. O que é problema para um, para o outro pode ser um bom negócio (MATUS, 2005).

Portanto, a realidade social é diferente para os atores, que possuem poder próprio, mesmo que estejam dentro de um mesmo jogo, pois as posições são diferentes e cada um é marcado pela sua personalidade, moral, formação intelectual, capacidades cognitivas e intuitivas, motivações, experiências e interesses. Portanto, as circunstâncias vividas moldam diferentemente cada pessoa, conforme o seu entendimento da realidade, da situação. “Cada ator vê a realidade com seus próprios óculos” (MATUS, 2005, p.177).

Além de cada ator ter uma percepção própria, também a explicação da realidade é incompleta. Ninguém é capaz de compreender todos os pontos de vista, há sempre certa cegueira situacional. Não se enxerga o que está fora: (1) do foco de atenção, pois cada ator tem interesses e uma capacidade cognitiva; (2) do campo de compreensão, limitado ao vocabulário e conceitos do ator; (3) da referência, pois é grande a dificuldade de uma pessoa ver a realidade com os óculos do outro; (4) da possibilidade de percepção, relacionada com os preconceitos e pré-julgamentos de cada um; (5) do foco temporal, é difícil ver o que está distante do tempo; (6) da capacidade de aceitação, não se vê o que é rejeitado, desagradável para a pessoa; (7) dos hábitos inveterados de ver e conhecer, há distorções na razão humana, com destaque para o impressionismo circunstancial, o desvio em direção aos sinais fortes e a inclinação ao raciocínio baseado em réplicas mecânicas (MATUS, 2005).

Sem as diferenças das percepções dos atores não seria um jogo social, não haveria conflitos e necessidade de cooperação (MATUS, 2005).

A cooperação pode ser aberta ou limitada. A aberta está no plano da transparência, com informações claras e colaboração. No caso da limitada há opacidade na comunicação e falta de informações (MATUS, 2005).

Os conflitos podem estar relacionados ao jogo devido aos jogadores terem objetivos diferentes dentro do jogo e/ou por uns lutarem pela manutenção do jogo, pela dominação, e outros desejarem a transformação das regras (MATUS, 2005). Ou

ainda podem ser gerados pelas desigualdades e nebulosidades das inter-relações devido a diferenças cognitivas, emocionais e de interesses. A cognitiva diz respeito aos diversos modos de conhecer a realidade. Neste caso o argumento é o meio para se alcançar o consenso. A emocional está relacionada às posições favoráveis ou contrárias nas situações do jogo social, por luta pelo poder, bem como, da simpatia e antipatia das pessoas nas relações. Aqui há necessidade de um controle emocional que leve ao acordo consensual. O conflito de interesses ocorre quando uns são beneficiados e outros são prejudicados com a resposta para a situação, sendo estabelecida por força, imposição que pode levar ao confronto e à necessidade de negociação (MATUS, 2005).

Para finalizar e sintetizar o recorte dado aos pensamentos de Matus (2005) neste trabalho, salienta-se que o jogo social não é equitativo, apresenta barreiras, que de certa maneira já foram tocadas, mas que precisam estar claras, pois causam desigualdades. São elas:

(a) cognitivas, que limitam o acesso à educação, à produção de conhecimentos e ao conhecimento acumulado; (b) políticas, que limitam o peso dos jogadores e distribuem desigualmente a capacidade de produzir jogadas; (c) econômicas, que limitam a capacidade de demanda no mercado, dissociam as necessidades das demandas, distribuem desigualmente o patrimônio econômico e reforçam as desigualdades políticas; (d) organizacionais, que limitam a produção coletiva em sua eficiência, eficácia e propósitos; (e) comunicativas, que limitam o acesso às posições de diálogo e tornam confusas e opacas as conversações entre jogadores (MATUS, 2005, p.355).

Mesmo tendo consciência dessas barreiras existentes, difíceis de ser enfrentadas na realidade social, Matus (2005) idealiza um jogo social no qual há democracia política e os jogadores possuem liberdade de escolher seus representantes, existindo igualdade de oportunidade para participar das jogadas. “Há um mecanismo democrático de regulação social que equilibra as contradições” (MATUS, 2005, p. 354). Não há barreiras comunicativas, pois o ator que fala e o que escuta se entendem, coexiste uma interação comunicativa transparente (MATUS, 2005).

Esse jogo social ideal, equitativo, na prática não se produz, pois vivencia-se um mundo marcado por desigualdades sociais e pelo exercício do poder com fortes influências dos estilos políticos Chimpanzé e Maquiavel. Assim, interessa aqui destacar a centralidade da categoria poder, a qual tem relevância para este estudo,

pois trata-se de compreender as inter-relações entre atores para a tomada de decisão no lócus da gestão interfederativa, espaço permeado por relações de poder.

2.5 O PODER NAS RELAÇÕES SOCIAIS

Nas reflexões realizadas até aqui o poder está presente, contudo se considera que há necessidade de maior destaque e ponderações sobre esta categoria.

O poder faz-se presente ao longo da história da humanidade. Pode ser conceituado como a capacidade de fazer uma decisão transformar-se em realidade (LORDÊLO; PONTES, 2009). Ou ainda como “direito de agir, de decidir, de mandar [...] autoridade, governo de um país [...] conjunto de atribuições que alguém pode exercer em função do seu cargo” (FERREIRA, 2014, sp). Para que não haja abuso do uso de poder uma forma seria a “democratização institucional por meio da cogestão e do agir comunicativo, instituindo-se formas de prática compartilhada da clínica e dos processos educativos, o direito de defesa, a liberdade de opinião e de associação” (CAMPOS, 2011, p.3037).

O poder pode se dar mediante uma ferramenta, como é o caso do dinheiro. Mas o exercício do poder não se resume ao instrumento, no suborno por exemplo, pois depende se o outro irá ou não se comportar conforme quem exerce o poder deseja. Assim, o “poder social não é uma coisa ou a sua posse: é uma relação entre pessoas” (BOBBIO; MATTEUCCI; PASQUINO, 1998, p.934). Portanto, ao mesmo tempo em que o poder subordina também traz a possibilidade de oposição, o vislumbre de transformar a realidade, modificar as inter-relações (GIOVANELLA, 1990).

Nesse campo, o Estado é considerado a instância mais representativa do poder “na medida em que sobrepõe a todas as demais manifestações de poder disseminadas na sociedade, sejam elas coletivas ou individuais” (LORDÊLO; PONTES, 2009, p.85).

Contudo o poder precisa ser visto não só no Estado, mas em toda a sociedade, visto que no âmbito privado da vida, os interesses dominantes podem progressivamente ocupar os espaços da sociedade, incorporarem-se ao modo de produzir do Estado e permearem tanto o setor privado como as políticas públicas (GIOVANELLA, 1989). Há uma relação entre poder e cultura, na qual podem ser

construídas duas possibilidades, uma da cultura como conjunto legítimo de valores de uma sociedade e outra da cultura transformada em dominação (FLEURY; FISCHER, 1996 apud RIVERA, 2003a).

O exercício do poder está alicerçado em várias determinações, não somente nas diferenças das classes sociais.

No capitalismo, o Poder Social funda-se nas relações de produção, mas sustenta-se de inúmeras e variadas maneiras, não estando nem personificado em poucos indivíduos, nem materializado apenas nos aparelhos de Estado. É relação desigual que se sustenta pela repressão, pelo consentimento, pela persuasão, por valores morais e raízes culturais, normas de conduta, pela organização material da cultura, pelos meios de comunicação de massa, pelo carisma, através da crença, do afeto, pela lei, saber, conhecimento científico, pela competência funcional da autoridade, pelas disciplinas (o adestramento e controle dos corpos) (GIOVANELLA, 1990, p.142).

Testa (1992), em seu pensamento estratégico, procura demonstrar as relações de poder existentes na realidade. Apresenta três vertentes do poder: técnico, administrativo e político.

O poder administrativo corresponde às atividades enquanto processos que manejam recursos (incluídos os supostos recursos humanos). [...] O poder técnico recorre às diversas formas de conhecimento – formal ou informal, científico ou popular, do campo da biologia, da medicina, da saúde, da administração e das outras disciplinas que permitem configurar um modelo teórico integrativo – que tem a ver com a teoria e a prática das atividades de saúde e que são do interesse dos grupos que, por diversas razões, se encontram em contato com essas atividades. Por fim, o poder político tem a sua disposição uma gama ampla de recursos de tipo muito distinto que as diversas circunstâncias das conjunturas sociais definem e incluem os votos, as filiações, as discussões em âmbitos decisórios – o parlamentar, por exemplo –, as mobilizações, o apoio de grupos sociais, a pressão que se pode exercer em forma corporativa – o lobbysmo –, a violência (TESTA, 1995, p.38).

Para a análise estratégica do poder administrativo, manipulação dos recursos humanos e financeiros, é preciso compreender quem controla suas fases e intervém sobre elas. Em relação ao financiamento desvelar o manejo na origem da fonte, no acesso à informação e na destinação. Quanto maior o controle por parte de um mesmo grupo social sobre as diferentes fases do fluxo de financiamento, maior o poder administrativo acumulado por esse grupo. Para exercer esse poder usam-se os recursos administrativos, isto é, as normas estabelecidas, a forma de gestão, a organização dos serviços de saúde (GIOVANELLA, 1989).

O poder técnico, que trata da capacidade de gerar, aprovar, manipular conhecimentos e informações de características distintas, está concentrado em determinados grupos sociais. Quando esses impedem uma comunicação, uma transmissão de um conhecimento seja para outra pessoa, ou outros grupos, ou mesmo para a população, geram poder técnico. Portanto é necessário analisar como esse poder está distribuído, quem são os atores e grupos sociais que detêm maior poder técnico (GIOVANELLA, 1989).

Esse poder técnico proposto por Testa tem, em certo aspecto, congruência com o poder da comunicação apresentado por Matus. O poder da comunicação está no plano do entendimento entre as pessoas, com “disputas pela transparência, opacidade e controle da interação humana através da linguagem” (MATUS, 2005, p.322). A transparência comunicativa geralmente é escassa, a opacidade pode ser intencional, usada pelos atores dominantes, ou natural, quando há deficiência na comunicação (MATUS, 2005). “A liberdade de conversação no jogo social só é compatível com a democracia” (MATUS, 2005, p.323).

O poder político subordina os poderes técnico e administrativo, assumindo formas de dominação (TESTA, 1995). Trata da capacidade de uns conseguirem mobilizar grupos sociais em prol de seus interesses (GIOVANELLA, 1989).

Ao entender política “como tudo o que está relacionado com a distribuição, deslocamento ou conservação de poder, e o Estado entendido como a maior organização política” (GIOVANELLA, 1990, p.137), pode-se compreender que nos estilos políticos Chimpanzé e Maquiavel de fazer política o poder é muito usado. No primeiro, em benefício próprio, mantendo o governo e anulando os rivais e, caso haja necessidade de fazer um sucessor, este deve garantir-lhe proteção. No segundo estilo, o poder é a fonte de privilégios para alguns (MATUS, 2007a).

Esses estilos políticos parecem estar presentes na realidade política vivenciada, quando Campos (2006) salienta que

o exercício da política tem colocado a luta pelo poder à frente do compromisso de governar a polis de maneira equânime e justa. Predomina um realismo político que considera ingênua qualquer postura que não traga para o centro do palco a conquista e manutenção do poder, tomadas como um fim em si mesmo. [...] Com isso, a proteção social, a distribuição de renda, a segurança pública, o modelo de gestão do campo da saúde ou da educação, tudo é submetido à racionalidade da luta pelo poder. O interesse particular de grupos ou de pessoas em concentrar poder tem predominado sobre o interesse coletivo de se ter governos com capacidade para assegurar o bem-estar (CAMPOS, 2006, p.26).

Portanto, o poder que vem tendo centralidade no campo das políticas de saúde não pode ser menosprezado. Em sua materialização esculpe a exclusão, nega o direito à saúde. Nesse cenário Bahia (2010) salienta que

a questão principal não é a da substituição da política pela ética, por uma moralidade racional ou pela economia. Não se trata de eliminar ou atenuar o poder e muito menos retroceder às posições de intolerância ou condescendência com visões, interesses e valores discordantes e sim de constituir formas de poder compatíveis com o planejamento comunicativo e com a democracia política e social (BAHIA, 2010, p.2282).

No âmbito do sistema de saúde brasileiro, mesmo com a estruturação de instâncias com regras coletivas, como os colegiados gestores, permanece a dinâmica do exercício de poder, com necessidade de fortalecer os atores e horizontalizar as relações de poder (FLEURY; OUVÉRY, 2012). Portanto, ao se organizar redes, com dependências e interdependências, é preciso sanear os “poderes centralizados, imposições, desnível de mando” (SANTOS; ANDRADE, 2011, p.1673). Porque apesar do poder estar distribuído, em certa medida, entre todos nas organizações de saúde, ainda se encontra centralizado em alguns atores (RIVERA, ARTMANN, 2003).

Porém o combate a essa centralidade não é tarefa fácil, na medida em que os atores lutam constantemente pelo poder, que “reside na desigualdade das regras de jogo, que confere vantagens para uns e desvantagens para outros” (MATUS, 2005, p.320).

Para finalizar, em relação ao poder, tanto Matus como Testa idealizam uma realidade. Para Matus “a abolição ideal das desigualdades representaria a abolição do poder” (MATUS, 2005, p.320), já para Testa, na sociedade, o ideal seria eliminar

todas as relações de dominação, todas as formas de poder existentes, através da constituição de formas organizativas, participativas e democráticas. Essa nova sociedade é uma sociedade solidária na relação entre as pessoas e transparente enquanto conjunto social (GIOVANELLA, 1989, p.79).

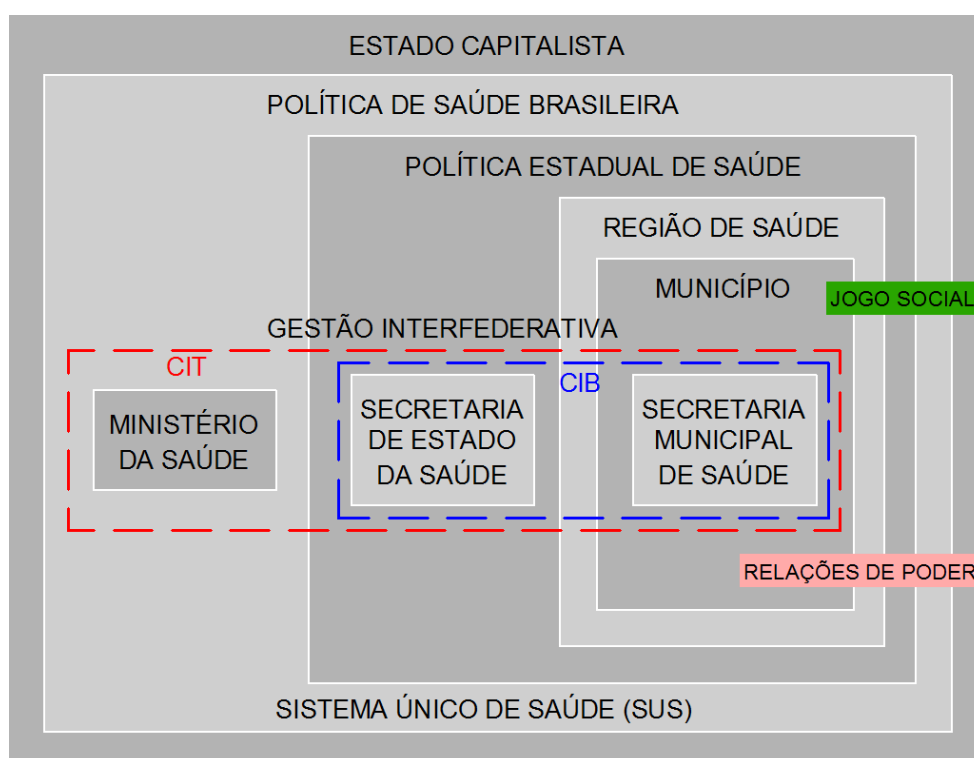
3. O ILUMINAR DA PESQUISA: MODELO TEÓRICO-EXPLICATIVO

Para melhor compreensão do objeto deste estudo – as Comissões Intergestores Regionais (CIR) – no campo da gestão interfederativa, engendrou-se um modelo teórico explicativo ilustrado nas figuras 1, 2 e 3.

Certamente tal modelo tem limitações, como qualquer outro “modelo” que tenta explicar realidades complexas e subjetivas. Além disso, como aponta Matus (2005), não há uma maneira única para a observação de uma realidade, pois, com suas variáveis subjetivas, sempre dependerá da posição do analista, do propósito almejado, de seu capital intelectual.

A perspectiva macro na qual a gestão interfederativa é produzida está ilustrada na figura 1 e explicada a seguir.

Figura 1: Macro Contexto da Gestão Interfederativa.



Fonte: Elaborado pela autora, 2014.

O Brasil, Estado capitalista, tem sido fortemente influenciado pelo ideário neoliberal, cenário que vem afetando a política de saúde brasileira, fundamentada no princípio da universalização. Isso prejudica fatores internos do SUS como a cultura e a estrutura organizacional, o financiamento, a gestão e o estilo de liderança

(OPAS, 2011). Assim sendo, há três eixos prioritários que permanecem na agenda da construção do SUS: conseguir efetivar o direito à saúde com financiamento adequado, ampliar a cobertura e o acesso da população aos serviços de saúde e desenvolver processos de organização do sistema de saúde através das inter-relações dos entes federados por meio dos atores do Ministério da Saúde, das secretarias estaduais e municipais de saúde (BAHIA, 2005). Esse último eixo está alicerçado no arranjo federativo brasileiro que traz para a política de saúde a necessidade da articulação das três instâncias governamentais, com mecanismos de negociação e cooperação para potencializar os recursos sanitários e garantir a integralidade da atenção à saúde da população.

No âmbito nacional e nos estados os espaços de interação dos entes federados são, respectivamente, a Comissão Intergestores Tripartite (CIT) e a Comissão Intergestores Bipartite (CIB). “Nessas instâncias são negociadas prioridades e recursos, bem como definidas estratégias de descentralização e transferência de recursos e os instrumentos de planejamento e gestão compartilhada” (FLEURY et al., 2010, p.447).

O Ministério da Saúde (MS) por meio de leis, decretos e portarias induz muitos dos movimentos dos estados e dos municípios no âmbito do SUS. Inclusive com portarias vem definindo regras de financiamento para programas específicos. Essa “excessiva normatização infralegal ministerial, muitas vezes, desrespeita as autonomias estaduais e municipais e desconsidera os consensos” (SANTOS; ANDRADE, 2009, p.119).

Os estados brasileiros investem em ações visando concretizar seus planos de governo, mesmo que esses, em alguns momentos, sejam divergentes ou sobreponham-se ao do MS e, mesmo, aos planos de saúde municipais.

Os municípios dentro de seus interesses, na mesma lógica dos estados, procuram materializar seus planos de saúde por meio das Secretarias Municipais de Saúde, pois, com a descentralização, os municípios assumiram responsabilidades sobre a saúde da população.

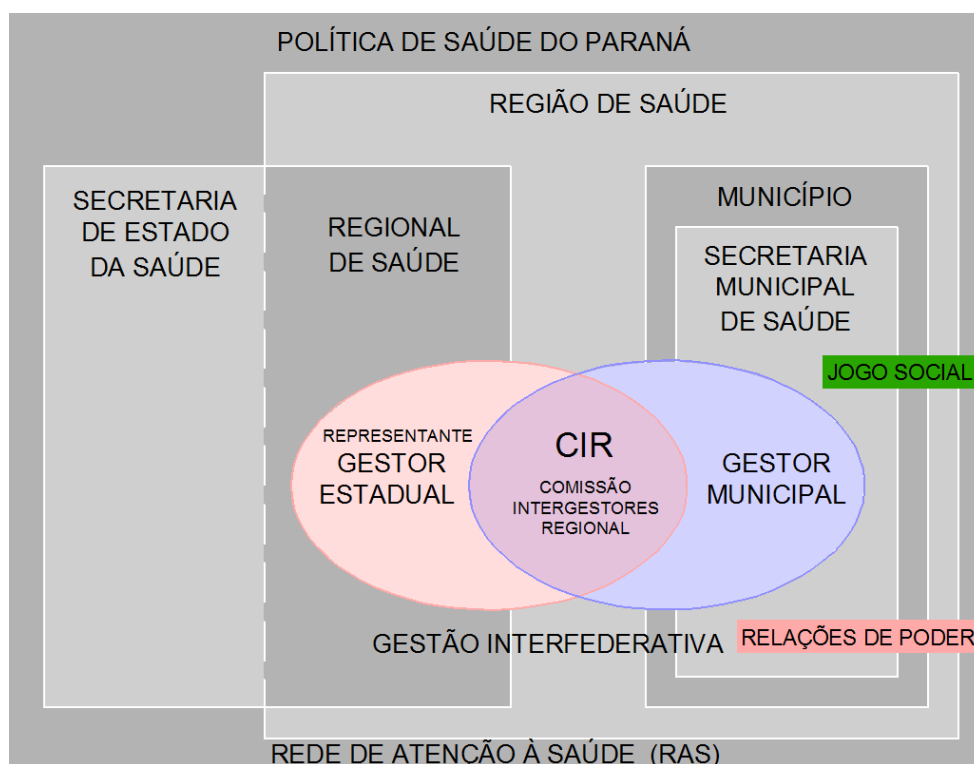
Cada território no âmbito da política nacional de saúde é pensado, constituindo-se em uma categoria importante. Na municipalização o território é tomado como um espaço com delimitação política, no qual o poder público local é soberano. Nas regiões de saúde, que envolvem acordos entre vários municípios, surgem questões relacionadas ao poder e à democracia, que produzem um

“movimento sócio-territorial”, ao estabelecer um território permeado pela luta política (GUIMARÃES, 2005, p.1023).

O macro contexto da gestão interfederativa está permeado por jogos sociais, pois como jogo social implica obrigatoriamente o conceito de coletividade, cada arranjo coletivo tem a possibilidade de produzir o seu jogo como: Ministério da Saúde, secretarias estaduais e municipais, entre outros. Os atores nesses coletivos podem desenvolver relações interpessoais tanto de cooperação, solidariedade, empatia, como de antipatia, concorrência, gerando conflitos com lutas de poder (MATUS, 2005). Portanto nesses jogos sociais há relações de poder que precisam ser consideradas quando da análise da gestão interfederativa, tentando compreender as formas de poder, as correlações de forças, entre outras.

A figura 2 ilustra a gestão interfederativa em uma região de saúde, trazendo como exemplo o contexto da política de saúde paranaense, estruturada em uma Secretaria de Estado da Saúde que comanda uma regional em cada região de saúde.

Figura 2: Gestão Interfederativa na Região de Saúde.



Fonte: Elaborado pela autora, 2014.

A região de saúde (RS) está definida como

espaço geográfico contínuo constituído por agrupamentos de Municípios limítrofes, delimitado a partir de identidades culturais, econômicas e sociais e de redes de comunicação e infraestrutura de transportes compartilhados, com a finalidade de integrar a organização, o planejamento e a execução de ações e serviços de saúde. [...] serão instituídas pelo Estado, em articulação com os Municípios [...] deve conter, no mínimo, ações e serviços de: (I) atenção primária; (II) urgência e emergência; (III) atenção psicossocial; (IV) atenção ambulatorial especializada e hospitalar e (V) vigilância em saúde (BRASIL, 2011b, p.4-6).

Como visto, a própria definição de região de saúde demonstra a complexidade da tarefa de se construir a Rede de Atenção em Saúde (RAS) que pode estar organizada em uma ou várias regiões de saúde de acordo com as pactuações realizadas nas comissões intergestores (BRASIL, 2011b). Assim sendo, a organização da RAS, pensada no âmbito da regionalização, não pode ser engessada em um único formato, principalmente, frente às diferenças dos municípios brasileiros.

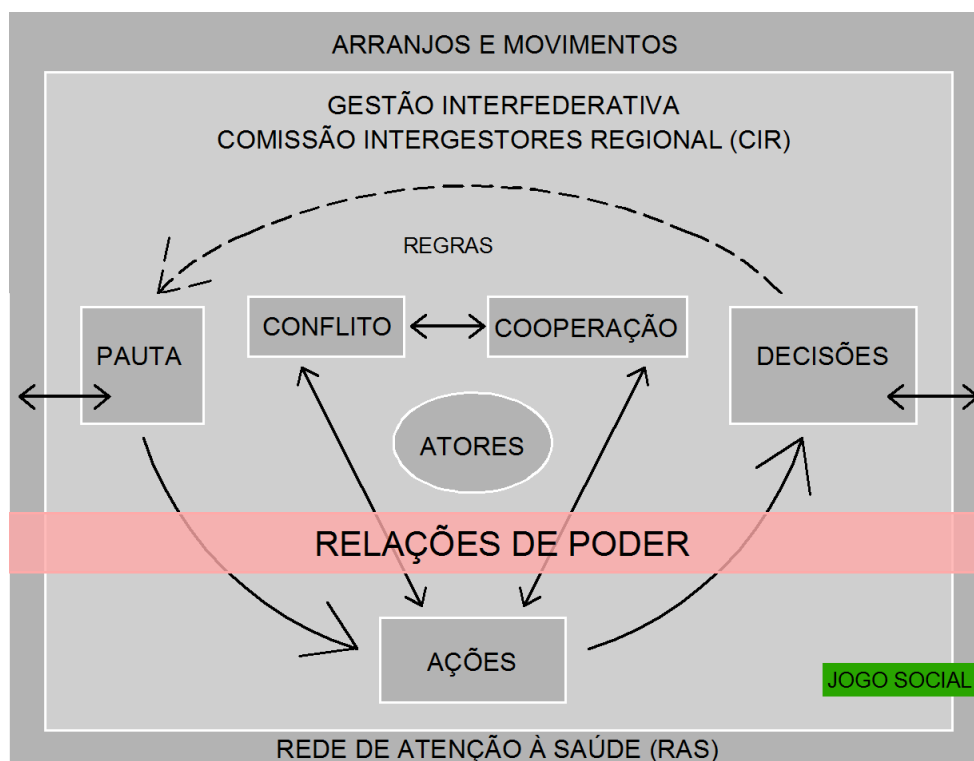
Também nessa construção é preciso respeitar a demanda dos cidadãos. Nesse sentido o Estado precisa garantir à população o direito de acesso às ações e aos serviços de saúde que necessitam (MATTOS, 2009). Para Minayo (2010a, p.331) “necessidade diz respeito ao que já se formou, que não pode ser desfeito e passou a ser a base para toda atividade emergente do sujeito individual e coletivo”. Assim, a autora salienta que se está diante de um paradoxo, porque da mesma maneira que no SUS é preciso ser produzido uma atenção à saúde conforme as necessidades dos cidadãos, também, ao ofertar algo, muitas vezes na lógica de mercado, pode fazer disso uma necessidade.

Para desenvolver a gestão interfederativa em uma região de saúde foi institucionalizada a Comissão Intergestores Regional (CIR) que é o lócus da relação intergovernamental regional, com pactuações e decisões sobre a organização da RAS (FLEURY; OUVREY, 2012).

Essa dinâmica é única, incerta, como todo jogo social, com relações de poder, disputas, influenciada diretamente pelas ações coletivas e individuais dos atores sociais (MATOS, 2005).

Assim, diante da relevância da Comissão Intergestores Regional (CIR), no contexto da gestão interfederativa regional, faz jus tentar compreender suas produções conforme ilustra a figura 3.

Figura 3: Gestão Interfederativa e a Comissão Intergestores Regional.



Fonte: Elaborado pela autora, 2014.

A Comissão Intergestores Regional (CIR) é um colegiado de gestão, vinculado à Secretaria Estadual de Saúde, que apoia seus aspectos administrativos e operacionais, sendo que as pactuações nesse fórum precisam observar as diretrizes da Comissão Intergestores Bipartite (CIB) (BRASIL, 2011b).

Neste presente trabalho a CIR é tomada na perspectiva de um jogo social, o qual tem regras, acumulações, ações (produções) e atores (MATUS, 2005). Neste caso os atores que possuem poder de decisão no colegiado gestor são representantes da gestão estadual e os gestores municipais de saúde da região de saúde.

As regras aqui se referem tanto ao regimento interno da própria CIR como às regras do arcabouço legal do SUS, que definem o que é permitido, reconhecido ou proibido no jogo.

As acumulações estão relacionadas tanto aos próprios conhecimentos, que vêm sendo apreendidos com os processos de realização das reuniões das CIR, como ao capital social dos atores que produzem jogadas nas CIR.

As inter-relações dos atores com poder de decisão, no âmbito da CIR, podem ser de conflito e/ou cooperação e o agir de cada ator pode estar dentro dos preceitos do SUS ou não. Esses podem receber influências da ação de outros atores sociais que não detêm o poder de decisão no âmbito da CIR. Se nesse processo de inter-relações de atores, em uma região de saúde, resultar em cooperação para materializar as metas e objetivos de uma RAS, haverá uma maior governança regional.

Ainda que dentro dos preceitos do SUS, caso as pautas (prioridades da agenda de saúde) e as decisões produzidas pelos atores nas reuniões da CIR (intencionalidades dos gestores sobre a organização da atenção à saúde) sofram interferências de “arranjos” e “movimentos” que tenham interesses particulares, o processo de organização das ações e dos serviços de saúde, da RAS, perderá força legal, podendo prejudicar a efetividade do direito à saúde do cidadão.

Neste trabalho o termo “arranjo” está sendo usado para designar uma combinação de atores em um coletivo no âmbito do SUS. Sendo que esse coletivo pode ter poder de decisão, como no caso das comissões intergestores, ou não, como as câmaras técnicas formadas pelas próprias comissões. Esses “arranjos” podem ser instituídos, estabelecidos formalmente por normas, decretos e leis ou não. A Comissão Intergestores Bipartite (CIB) é exemplo de um “arranjo” estabelecido por meio de decreto. Uma reunião técnica, por exemplo entre gestores de saúde, diretores de serviços de saúde e trabalhadores de saúde, aqui é considerada um “arranjo” não instituído formalmente. O termo “movimentos” está relacionado tanto às ações produzidas por meio dos “arranjos” como às ações de atores individuais com poder para interferir nos rumos da produção da CIR.

Portanto mesmo havendo a utilização dos termos “arranjos” e “movimentos” por outros pesquisadores, como no caso de Onocko Campos (2003) que se apropriou da palavra “arranjos” e o ressignificou de maneira peculiar dentro de sua teoria, optou-se por novamente utilizá-los, mas da maneira aqui explicada.

4. OBJETIVOS

4.1 OBJETIVO GERAL

Compreender as Comissões Intergestores Regionais (CIR) da macrorregião norte do Paraná no âmbito da gestão interfederativa.

4.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Analisar a agenda de prioridades dos gestores nos espaços das CIR;

Compreender o jogo social que se processa nas CIR;

Desvelar arranjos e movimentos que permeiam a produção das Comissões Intergestores Regionais (CIR).

5. CONSIDERAÇÕES METODOLÓGICAS

Cada investigação tem sua singularidade com necessidades de escolhas sobre o seu processo de produção. No caso desta pesquisa, que pretendeu compreender as Comissões Intergestores Regionais (CIR) por meio da agenda de prioridades, dos processos, das produções das CIR no âmbito da gestão interfederativa, um fenômeno social, complexo e intersubjetivo, a melhor opção foi utilizar a abordagem de natureza qualitativa conforme argumentam Richardson (2007) e Minayo (2010a). Nessa abordagem o pesquisador é tomado como um instrumento de pesquisa ao empregar “seus órgãos do sentido para apreender os objetivos em estudo, espelhando-os então em sua consciência onde se tornam fenomenologicamente representados para serem interpretados” (TURATO, 2005, p.510). Portanto, a legitimidade da compreensão do fenômeno está, também, apoiada no caminho reflexivo do pesquisador (CHIZZOTTI, 2003).

De tal modo não há como a visão de mundo do pesquisador não estar presente na totalidade do processo, mas isso não exclui a necessidade da pesquisa ser desenvolvida dentro de uma necessária objetivação, coerência e consistência teórico-metodológica (DEMO, 1985; CHIZZOTTI, 2003; MINAYO, 2010a). Neste sentido impõe-se um cuidado ético com todas as fases, desde a preparação do projeto até a finalização da pesquisa (MINAYO, 2012). Cuidados respeitados durante o processo de desenvolvimento desta pesquisa.

A tomada de decisão a favor da pesquisa qualitativa, conseqüentemente, permeou todas as definições a respeito do arcabouço teórico, do trabalho de campo, dos participantes da pesquisa, da escolha das técnicas de coleta de dados e das formas de análise dos achados.

O campo de estudo desta pesquisa é a macrorregião norte do Paraná e o caminho percorrido para compreender as CIR no âmbito da gestão interfederativa deu-se em duas dimensões, uma primeira mais exploratória e descritiva e a segunda compreensiva. Portanto antes de detalhar as duas dimensões é preciso explicar que foram consultados documentos de gestão da Secretaria de Estado da Saúde do Paraná (SESA/PR) para contextualizar o campo de estudo e a política pública de saúde paranaense. Os documentos foram pesquisados na própria home page da SESA/PR e diretamente em documentos impressos disponíveis na regional de saúde em que a pesquisadora atua profissionalmente.

5.1 PRIMEIRA DIMENSÃO DA PESQUISA: EXPLORATÓRIA E DESCRITIVA

A dimensão exploratória e descritiva permitiu tanto uma primeira aproximação com o objeto de pesquisa como selecionar os possíveis participantes da segunda dimensão.

Como em pesquisa científica é reconhecido o uso de documentos como base de dados (TOBAR; YALOUR, 2001), nesta dimensão optou-se por utilizá-los. Assim, no período de maio a junho de 2012 as listas de presenças e as atas das reuniões realizadas em 2011 nas cinco CIR foram obtidas por meio das regionais de saúde.

Um primeiro contato, mediante telefonema para as chefias das divisões responsáveis pelo apoio as CIR, permitiu informar e explicar sobre a realização da pesquisa, como ela seria conduzida e seus aspectos éticos. Em seguida, por meio de e-mail, a autorização do Secretário de Estado da Saúde (Anexo A, p.175) foi enviada juntamente com a solicitação das listas de presença e das atas. Com esse processo cópias desses documentos das CIR foram obtidos.

As listas de presença permitiram identificar os representantes e a frequência de suas participações e as atas permitiram explorar os conteúdos e as prioridades que permearam os espaços das Comissões Intergestores Regionais. As atas são documentos que podem ser considerados registros de manifestações dos atores envolvidos no processo de participação e decisão da gestão compartilhada (GIL, 2002; MATOS, 2007).

As listas de presença foram lidas na totalidade e, depois, confirmada a representação mediante comparação com as listas conseguidas por meio da home page da SESA/PR. Ao compreender quem eram os atuais representantes passou-se a verificar a frequência dos Secretários Municipais de Saúde (gestor municipal) e dos representantes da gestão estadual nas reuniões. Esse processo foi realizado para subsidiar a escolha dos participantes para a segunda dimensão da pesquisa.

Em relação às atas, após uma primeira leitura do material, pôde-se verificar que geralmente seus conteúdos apresentavam os assuntos tratados, mas com poucas expressões das manifestações dos atores.

Assim, em geral, optou-se nesta fase exploratória por fazer uma descrição e análise dos assuntos das atas. As poucas descrições de manifestações foram destacadas durante as leituras e separadas, para serem analisadas na segunda dimensão da pesquisa, em conjunto com os dados empíricos dos grupos focais e

entrevistas.

O processo de análise iniciou-se com leitura da totalidade do material e, depois, foi sendo realizada leitura em cada ata, atentamente, destacando os assuntos e agrupando-os em temas, construídos empiricamente. Para ajudar a organizar o material foi construída uma planilha de texto com três colunas: tema, assunto e localização do conteúdo. As CIR foram codificadas pelas letras do alfabeto em A, B, C, D e E. As atas foram codificadas numericamente em 1, 2, 3 etc.

Com essa dinâmica foi possível analisar o conteúdo do material e interpretá-lo de maneira contextualizada.

5.2 SEGUNDA DIMENSÃO DA PESQUISA: COMPREENSIVA

A segunda dimensão da pesquisa, considerada compreensiva, diz respeito à coleta e à análise de dados primários (grupos focais e entrevistas) e das manifestações sobre as discussões ocorridas entre os atores, expressas nas atas das reuniões das CIR em 2011.

5.2.1 A Coleta de Dados

A coleta de dados empíricos foi desenvolvida em dois momentos. O primeiro com a realização de grupos focais com secretários municipais de saúde (gestor municipal) e o segundo por meio de entrevistas semiestruturadas com representantes da gestão estadual.

Essa decisão baseou-se no pressuposto de que pode haver divergências de concepções e interesses entre os representantes dos distintos entes federados: municípios e estado. Assim, buscando dar liberdade ao discurso, sem constrangimentos, às duas representações, propôs-se fazer a coleta do material empírico em dois momentos. Como as informações disponíveis na home page da SESA/PR sobre os representantes das cinco CIR (Tabela 1) e a análise da assiduidade da participação nas reuniões por meio das listas de presença de 2011 evidenciaram um número reduzido de representantes do estado, a opção foi fazer entrevistas com esses representantes e grupos focais com secretários municipais.

Tabela 1: Distribuição dos membros das Comissões Intergestores Regionais (CIR) segundo representações, macrorregião norte do Paraná, 2011.

CIR	Representações		Total
	Estadual	Municipal	
A	7	17	24
B	5	21	26
C	3	21	24
D	5	22	27
E	9	16	25
Total	29	97	126

Fonte: Dados disponíveis na página da SESA/PR:
<http://www.sesa.pr.gov.br/modules/conteudo/conteudo.php?conteudo=2787>

Com as técnicas de entrevista, coletiva ou individual, o pesquisador consegue obter dados sobre atitudes e valores dos entrevistados por meio da linguagem, da palavra, que é considerado o modo mais puro e de excelência na comunicação em relações sociais (MINAYO, 2010a). O grupo focal ou entrevista grupal é muito utilizado em pesquisa qualitativa, combinado ou não com entrevistas individuais (MINAYO, 2010a). Essa técnica valoriza a comunicação entre os entrevistados (POPE; MAYS, 2009) e seu valor está na produção de opiniões e atitudes durante a interação dos investigados (MINAYO, 2010a). A entrevista é uma conversa com intencionalidade entre duas pessoas, na qual uma delas dirige a comunicação tendo em vista o assunto pesquisado (BOGDAN; BIKLEN, 2010).

Um roteiro (Apêndice A, p.168-9) foi construído para ser utilizado tanto nos grupos focais como nas entrevistas individuais. As perguntas norteadoras emergiram das indagações da própria pesquisadora e, também, advindas da literatura científica. Sua validação se fez a partir de um seminário de apresentação das teses de doutorado, realizado em julho de 2012 e, depois, das percepções críticas de um ex-secretário de saúde e de um funcionário de uma regional de saúde que haviam sido representantes de uma CIR. Após poucos ajustes, como alteração no formato de algumas perguntas, mas não do conteúdo e a inclusão de uma pergunta (Processo decisório: Você tem sugestões para outras formas de pactuação?), o instrumento foi considerado validado.

Ao se definir previamente um roteiro, isto assegura que os pressupostos da pesquisa apareçam na conversa (TOBAR; YALOUR, 2001; BONI; QUARESMA, 2005). Só é necessário, depois, tomar cuidado na hora da análise para não ficar

preso somente às categorias previamente estabelecidas, mas “explorar as estruturas de relevância dos entrevistados, trazidas do campo” (MINAYO, 2010a, p.267).

Com a dinâmica apresentada, o roteiro (Apêndice A) foi formulado e validado compondo três partes (organização, processo decisório, governabilidade), com perguntas semiestruturadas.

5.2.1.1 Primeiro Momento de Coleta de Dados

O primeiro momento de coleta de dados teve início em agosto de 2012 com um processo de preparação para a realização dos grupos focais (GF). A pesquisadora contatou os presidentes dos Conselhos Regionais dos Secretários Municipais de Saúde (CRESEMS) das cinco CIR e agendou a participação em uma reunião da CIR para poder apresentar a pesquisa e ver a disponibilidade dos secretários para participar dos GF. Antes da participação da reunião da CIR foram selecionados os possíveis participantes dos GF. A seleção foi realizada comparando as listas de representantes das CIR que estavam disponíveis na home page da SESA/PR, variando de 16 a 22 representantes (Tabela 1), com as listas de presenças das reuniões realizadas em 2011, com exclusão dos que deixaram de ser gestor municipal. Dos secretários que permaneceram foram ainda excluídos os que frequentaram menos da metade das reuniões em 2011. O processo de seleção de possíveis participantes para os grupos focais resultou em 49 selecionados, aproximadamente 51% do conjunto desses gestores (Tabela 2).

Tabela 2: Reuniões das Comissões Intergestores Regionais (CIR) e gestores municipais segundo total, deixou de ser Secretário Municipal de Saúde (SMS), pouca participação, selecionados para os grupos focais (GF), macrorregião norte do Paraná, 2011.

CIR	Nº Reuniões	Gestores Municipais			
		Total Representantes	Deixou de ser SMS	Pouca participação	Selecionados GF
A	6	16 (100%)	2 (12%)	3 (19%)	11 (69%)
B	8	21 (100%)	8 (38%)	3 (14%)	10 (48%)
C	9	21 (100%)	7 (33%)	3 (14%)	11 (53%)
D	8	22 (100%)	10 (45%)	4 (18%)	8 (37%)
E	8	17 (100%)	4 (24%)	4 (24%)	9 (52%)
Total	39	97 (100%)	31 (32%)	17 (17%)	49 (51%)

Fonte: Listas de presenças das reuniões das CIR, 2011.

A escolha dos participantes do grupo focal seguiu os argumentos de alguns autores. Aschidamini e Saupe (2004) referem que a seleção dos sujeitos é intencional e os critérios de exclusão e inclusão variam, mas os participantes precisam ter traços em comum que digam respeito ao objeto de investigação. Embora não haja consenso quanto ao número de participantes no grupo focal, alguns autores indicam que o número de pessoas por grupo deve situar-se entre seis e quinze pessoas (WESTPHAL; BÓGUS; FARIA, 1996; TRAD, 2009); seis e doze (MINAYO, 2010a) ou seis e oito (BONI; QUARESMA, 2005).

Ao participar das reuniões das CIR a pesquisadora apresentou a pesquisa e convidou os selecionados para participar, combinando e agendando a data e local de cada grupo focal. Os grupos focais foram realizados entre agosto a outubro de 2012, antes das eleições municipais, pois com estas, em alguns municípios poderia ser mudado o prefeito e, possivelmente, também o gestor municipal de saúde.

Os grupos focais foram conduzidos pela pesquisadora que assumiu o papel de moderadora ou animadora e por dois observadores, preparados a priori, para registrar detalhes do processo. Procurou-se, conforme Kitzinger (2009) recomenda, facilitar o debate e criar um ambiente propício às manifestações das diferentes percepções e pontos de vista, sem discriminar as pessoas. Procurou-se inibir o monopólio de algum participante e estimular a participação de quem estava relutante. Esta é uma das vantagens do GF, pois pode fazer com que pessoas contribuam ao se sentirem engajadas na discussão gerada por outros participantes.

Os grupos focais foram realizados dentro de uma variação de uma hora a uma hora e meia, dentro do recomendado por Minayo (2010a), pois para ela o tempo não deve ultrapassar uma hora e meia.

5.2.1.2 Segundo Momento de Coleta de Dados

O segundo momento de coleta de dados, que se refere às entrevistas semiestruturadas, individuais, realizadas com os representantes da gestão estadual, teve início em maio de 2013.

Os dados explorados em 2011 sobre a representação da gestão estadual (Tabela 1) indicavam 29 participantes. Mas, segundo as listas de presenças, a participação assídua era somente entre 3 a 5 representantes em cada CIR. Assim, a decisão foi entrevistar o ator considerado, pelos pares, com maior conhecimento e

“autoridade” para representá-los.

Tomada esta decisão a pesquisadora entrou em contato com os diretores das regionais de saúde e/ou chefes da Divisão de Atenção e Gestão em Saúde (DVAGS), explicou a pesquisa e sua metodologia, encaminhou por e-mail a autorização do Secretário de Estado da Saúde (Anexo A), solicitando que fosse indicado entre os representantes da gestão estadual na CIR, um para ser entrevistado e falar em nome de todos, isto é, seria o informante-chave. Diante das indicações a pesquisadora entrou em contato com as pessoas, explicou os objetivos da pesquisa e combinou as datas e os locais das entrevistas. Não houve recusas e nem resistências para a participação.

Uma vez definidos os entrevistados era preciso decidir quem seria o entrevistador. A proximidade deste com os entrevistados é considerada importante por Fraser e Godim (2004), mas no caso do presente trabalho, o fato da pesquisadora ser funcionária de uma das regionais de saúde foi considerado como um dificultador. Isso porque se supôs que os entrevistados poderiam não falar abertamente sobre as questões postas, por constrangimento ou por acharem que a pesquisadora já tinha conhecimento suficiente sobre o que estava sendo indagado. Assim, diante desses argumentos, três entrevistadoras foram preparadas (duas doutoras e outra doutoranda), por meio de encontro com a pesquisadora que apresentou os objetivos da pesquisa e explicou o roteiro de entrevista (Apêndice A). Ao final do processo as entrevistadoras sentiram-se com segurança e confiança para realizar o trabalho, conforme recomenda Duarte (2004).

A preparação é importante, porque a entrevista permite sondar a opinião e a percepção sobre um tema, um assunto, mas depende muito das qualidades e habilidades do entrevistador (SILVA et al., 2006; POPE; MAYS, 2009; MINAYO, 2010a). Nesse sentido as entrevistas deste trabalho foram adequadamente conduzidas pelas entrevistadoras e realizadas no período de junho a agosto de 2013, tendo duração entre cinquenta e sete minutos a uma hora e quinze minutos.

5.2.2 Transcrição e Codificação dos Dados

Ao finalizar a coleta de dados primários (grupos focais e entrevistas) os dados, que foram gravados, passaram a ser transcritos na íntegra por duas profissionais contratadas e, após, a pesquisadora ouviu o material, conferiu as

transcrições e retirou os vícios de linguagem, codificando os partícipes para garantir o anonimato. Os grupos focais foram codificados como GF1, GF2, GF3, GF4 e GF5; para as entrevistas a codificação seguiu o mesmo esquema: E1, E2, E3, E4 e E5.

Como são vários os participantes de cada grupo focal, conforme suas falas foram aparecendo, eles foram codificados com as letras do alfabeto (A,B,C,...) para que o sigilo dos depoentes fosse mantido. Assim, ficou GF1A, GF1B etc. Em raros casos, mesmo com os registros dos observadores e das gravações, não foi possível identificar quem estava falando, assim, nesta situação codificou-se o depoente como si (sem identificação).

5.2.3 Proposta Teórico-Metodológica de Análise dos Dados Empíricos

Para a análise do material empírico desta pesquisa a escolha foi à hermenêutica-dialética, por possibilitar a interpretação dos dados sob a ótica de um referencial teórico com uma ação objetivada que permite ultrapassar o discurso manifesto e compreender os significados que estão latentes (MINAYO, 2010a).

A dinâmica da vida é permanentemente estruturada em três dimensões: passado, presente e futuro. Portanto,

o homem instrui-se só pelos atos, pela exteriorização da sua vida e pelos efeitos que ela produz nos outros. Ele só aprende a conhecer-se pelos meandros da compreensão que é, desde sempre, uma interpretação [...]. A hermenêutica é o acesso do indivíduo à história universal, é a universalização do indivíduo (RICOEUR, 1989, p.93).

A hermenêutica, que se refere à interpretação e à compreensão, possui linhas de pensamentos, as quais podem ser organizadas em três grupos: teoria hermenêutica, filosofia hermenêutica e hermenêutica crítica. O primeiro está relacionado “a uma série de princípios e procedimentos metódicos para a interpretação de obras não contemporâneas”. O segundo tem em sua essência “uma série de princípios, conceitos e procedimentos oriundos da teoria hermenêutica, mas rompe radicalmente com sua aspiração objetivista, expandindo suas pretensões de universalidade do campo epistemológico” (AYRES, 2005, p.555). Por último, a hermenêutica crítica ou crítica dialético-hermenêutica, que não exclui a filosofia hermenêutica, contudo reconhece

limites na positividade linguística para fundamentar uma interpretação efetivamente emancipadora dos fatos humanos, [...] baseia-se em um distanciamento crítico que, a partir dos interesses

práticos de reconstrução da vida social, explora dialeticamente os valores negados nos processos de comunicação que geraram, ou geram, os discursos interpretados (AYRES, 2005, p.556).

Portanto, a hermenêutica-dialética envolve a crítica das ideologias, com inclusão da análise das contradições. A ideologia pode ser considerada como um processo de distanciamento e dissimulação que esconde o homem de si mesmo, como a posição de classe ou a forma de pertencer e participar em uma comunidade, também é um ato político (RICOEUR, 1989). Agora a “utopia, no sentido fundamental, é o complemento necessário da ideologia, a ideologia preserva e conserva a realidade [...] A utopia [...] é a expressão de todas as potencialidades de um grupo que se encontram recalçadas pela ordem existente” (RICOEUR, 1989, p. 381-383). Tanto a ideologia, como a utopia são maneiras de manifestação do imaginário social e coletivo (RICOEUR, 1989).

A dialética é considerada em dois movimentos diferentes, um no qual ao compreender se explica e outro se explica para compreender. A reciprocidade desses dois procedimentos aproxima o entendimento do caráter dialético das relações (RICOEUR, 1973).

Em síntese, o processo de análise da hermenêutica-dialética baseia-se em três verbos: compreender, interpretar e dialetizar (MINAYO, 2012). Mas o verbo compreender é o principal. Na prática, ao se reunir o pesquisador e o pesquisado, surge um ato de conhecimento hermenêutico (MINAYO, 2010b). Para a compreensão deste conhecimento é necessário além de perceber as singularidades existentes dos participantes do ato, também entender que a experiência e vivência de um ser, tanto do entrevistado como do pesquisador, estão contextualizadas em uma história coletiva, inserida em uma cultura (MINAYO, 2012).

O ser que compreende, compreende na ação e na linguagem e ambas têm como características serem conflituosas e contraditórias pelos efeitos do poder, das relações sociais de produção, das desigualdades sociais e dos interesses (MINAYO, 2012, p.263).

O verbo interpretar diz respeito à ação permanente de projetar as possibilidades do que foi compreendido, assim, vem após a compreensão, mas está nela presente e fundamentada (MINAYO, 2010b; MINAYO, 2012).

Por fim, ao se buscar compreender e interpretar é preciso exercitar também o entendimento das contradições, dialetizar. (MINAYO, 2012). Portanto, inclui-se nesta compreensão a análise das contradições, o estranhamento, para não apenas

desvelar o que se apresenta, mas também o desnudar da linguagem que está dominada pelo poder e pelas contradições na produção das relações sociais (MINAYO, 2010b).

No contexto deste trabalho o processo de análise dos dados empíricos por meio da hermenêutica-dialética passa por uma primeira imersão, com leituras da totalidade do material, sem reflexões, somente para impregnação dos discursos pela pesquisadora, tanto dos grupos focais como das entrevistas individuais (MINAYO, 2012). Os discursos dos participantes são formados por frases, mas são maiores que uma frase. Na sua codificação e decodificação procurou-se compreender tanto o acontecimento como o sentido do sujeito e de sua subjetividade (RICOEUR, 1988; 1989). Depois foram realizadas leituras flutuantes do material, agora mediadas por indagações e reflexões da pesquisadora, até a saturação (MINAYO, 2012).

Em sequência foram realizadas leituras transversais do conjunto do material, destacando o conteúdo relevante e organizando-os em categorias teóricas (pré-definidas) e empíricas (que emergiram). As categorias teóricas referem-se à organização (materialidade) das CIR, dos processos decisórios e da governabilidade dos atores sobre as decisões tomadas nas CIR. As categorias empíricas estão relacionadas a “arranjos” e “movimentos” que permeiam a produção das CIR. Para esta estruturação do material utilizou-se recorte e colagem do material em planilha do Microsoft Word. Após um processo exaustivo de tentar compreender, interpretar e desvelar as contradições abstraiu-se o sentido dos dados. A partir desse momento procurou-se não estar mais aprisionada às falas dos depoentes, buscando ultrapassar o nível descritivo do material empírico (MINAYO, 2012).

Por fim o material foi mediado com o referencial teórico, levando em conta o contexto no qual foi produzido (DESLANDES, 1997; MINAYO, 2010b). Isso é importante, pois “um dado descontextualizado fica corrompido no seu significado e compromete a validade na pesquisa qualitativa, o que é eticamente inaceitável” (VÍCTORA, 2011, p.110).

A análise dos dados empíricos, com o cotejamento do referencial teórico, permitiu elucidar questionamentos referentes às Comissões Intergestores Regionais (CIR), explicitados no roteiro de pesquisa (Apêndice A), mas também emergiram achados significativos sobre o tema investigado – gestão interfederativa.

O intuito, o desejo, no processo descrito foi de se debruçar na

tarefa reconstrutiva da hermenêutica, que diz respeito à sua aplicação não como um recurso metadiscursivo, isto é, uma reflexão que se debruça sobre os discursos já operantes na saúde, mas como princípio e atitude propiciadores da construção de novos discursos (AYRES, 2005, p.558).

5.3 OS ASPECTOS ÉTICOS E O FINANCIAMENTO

O projeto de pesquisa antes de ser encaminhado ao Comitê de Ética de Pesquisa Envolvendo Seres Humanos da Universidade Estadual de Londrina foi encaminhado ao Secretário de Estado da Saúde do Paraná (Apêndice B, p.170-1), recebendo sua autorização (Anexo A). Após foi registrado no Sistema Nacional de Ética em Pesquisa (SISNEP) e encaminhado ao comitê, com sua aprovação mediante o Parecer CEP/UEL nº 278/2011, CAAE-0258.0.268.268-11 (Anexo B, p.176).

Os participantes dos grupos focais e das entrevistas tomaram conhecimento sobre os objetivos da pesquisa e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice C, p.172), garantido o anonimato. Com a anuência dos participantes as falas foram gravadas, mas com garantia que seriam desgravadas após término da pesquisa e, seus discursos seriam codificados.

A apresentação e a discussão dos dados respeitaram o Termo de Confidencialidade e Sigilo (Apêndice D, p.173).

Desta forma, todos os princípios éticos que norteiam a pesquisa científica envolvendo seres humanos foram respeitados. Primeiramente obedecendo a Resolução nº 196/96 do Conselho Nacional de Saúde e, depois, com sua revogação, satisfazendo a Resolução nº 466 de 12 de dezembro de 2012 (BRASIL, 2013).

Diante da abertura de edital para fomento de pesquisas pelo Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq), Chamada Universal MCTI/CNPq nº 14/2012, o projeto foi encaminhado, sendo concedido o apoio financeiro.

6. RESULTADOS E DISCUSSÃO

6.1 O CONTEXTO DA POLÍTICA PÚBLICA DE SAÚDE DO PARANÁ

Como cenário desta pesquisa é tomado o contexto da política pública de saúde do Paraná. Isso se faz necessário porque a Secretaria de Estado da Saúde do Paraná (SESA/PR) participa com recursos políticos, financeiros e técnicos no âmbito da gestão interfederativa regional e, também, influencia na organização das Redes de Atenção em Saúde (RAS).

O estado do Paraná, tendo como capital Curitiba, está situado na região sul do país, com população em 2010 de 10.444.526 habitantes, segundo o último censo demográfico do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), distribuída em 399 municípios. Essa população corresponde a 5% do total do país e 38% do contingente da região sul (PARANÁ, 2013b; IBGE, 2013).

Após oito anos de governo do Partido do Movimento Democrático Brasileiro (PMDB), em 2011 assume o comando do governo o Partido da Social Democracia Brasileira (PSDB). O novo cenário político desencadeou inovações, com o estabelecimento da modernização administrativa, com definição da missão e visão da Secretaria de Estado da Saúde do Paraná (SESA/PR) (Anexo C, p.177), tendo como estratégias o fortalecimento da Atenção Primária à Saúde (APS), dos Consórcios Intermunicipais de Saúde (CIS) e dos hospitais públicos e filantrópicos. Para isso desenvolveu três programas respectivamente – APSUS (Anexo D, p.178), COMSUS (Anexo E, p.179) e HOSPSUS (Anexo F, p.180).

O Programa de Qualificação da Atenção Primária à Saúde (APSUS) tem a intenção de instituir uma nova lógica na organização da Atenção Primária em Saúde (APS), com inter-relações entre o governo estadual e os municipais. Visa fortalecer a gestão interfederativa para a implantação das Redes de Atenção à Saúde (RAS), com o objetivo de melhorar o acesso da população a ações e serviços de saúde desenvolvidos com qualidade e resolutividade (PARANÁ, 2013f). O APSUS está configurado em três componentes. O primeiro é um processo de educação permanente em saúde (EPS), por meio de oficinas oferecidas aos gestores, funcionários e trabalhadores da saúde dos municípios. O segundo se refere a investimentos na infraestrutura com reformas, ampliações e construções de unidades de saúde e custeio de equipes da APS, diante de critérios de desempenho

(PARANÁ, 2013f). O último é a Tutoria realizada por assessores da SESA/PR que visa provocar mudanças no processo de trabalho da APS. Para isso uma Unidade Básica de Saúde (UBS) de um município é definida pelo gestor municipal, em parceria com representantes da gestão estadual da regional de saúde, para o desenvolvimento da tutoria. Ao concluir o processo na unidade de saúde selecionada esta se torna referência para as outras unidades do município (PARANÁ, 2014).

O Programa Estadual de Apoio aos Consórcios Intermunicipais de Saúde (COMSUS) foi criado para qualificar a atenção ambulatorial secundária e alinhar o modelo de atenção dos Consórcios Intermunicipais de Saúde (CIS) de acordo com as RAS prioritárias. A intenção é implementar ou implantar um Centro de Especialidades Regional em cada região de saúde (PARANÁ, 2013g).

O Programa de Apoio e Qualificação de Hospitais Públicos e Filantrópicos do Paraná (HOSPSUS) visa modificar a lógica da relação entre o governo estadual e os prestadores hospitalares do SUS. A ideia é produzir uma atenção hospitalar qualificada e resolutiva para as populações das regiões de saúde (PARANÁ, 2013h).

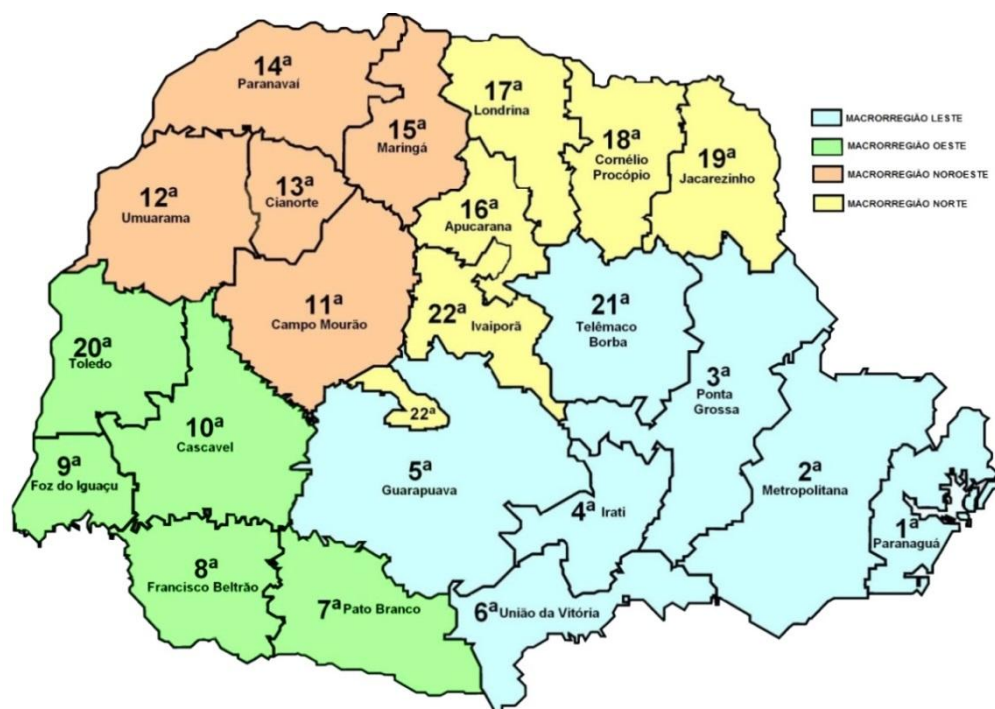
Além do fortalecimento dos três pontos de atenção (APS, CIS e hospitais) o intento é qualificar também a vigilância em saúde, em todos os municípios paranaenses com o Programa de Qualificação da Vigilância em Saúde no Paraná (VIGIASUS), previsto no Plano Estadual de Saúde 2012-2015. Os repasses de incentivos financeiros para os municípios devem ser utilizados nas áreas de combate à dengue e outras doenças, vacinação, investigação e controle de doenças transmissíveis, vigilância sanitária, vigilância ambiental, saúde do trabalhador e ações de promoção da saúde (PARANÁ, 2013b; PARANÁ, 2013i).

A prioridade é organizar as Redes de Atenção à Saúde (RAS): Mãe Paranaense, Saúde Mental, Pessoa com Deficiência, Atenção à Saúde do Idoso e Urgência e Emergência (Anexo C).

A Secretaria de Estado da Saúde do Paraná (SESA/PR) é composta por 22 unidades técnico-administrativas descentralizadas, as Regionais de Saúde, que coincidem com as áreas das Regiões de Saúde. Para a organização das macrorregiões, a Comissão Intergestores Bipartite do Paraná (CIB/PR), por meio da Deliberação nº 266, redefiniu-as da seguinte forma: Macrorregião Leste com as 1ª, 2ª, 3ª, 4ª, 5ª, 6ª e 21ª regiões de saúde; Macrorregião Oeste com as 7ª, 8ª, 9ª, 10ª e 20ª regiões de saúde; Macrorregião Noroeste com as 11ª, 12ª, 13ª e 14ª e 15ª

regiões de saúde e a Macrorregião Norte com as 16^a, 17^a, 18^a, 19^a e 22^a regiões de saúde (PARANÁ, 2012c) (Figura 4).

Figura 4 – Distribuição das 22 Regionais de Saúde/Regiões de Saúde nas quatro macrorregiões: leste, oeste, noroeste e norte, Paraná, 2012.



Fonte: SESA/PR, 2012.

Portanto, neste estado “o processo de regionalização expressa o reconhecimento das regiões de saúde (22 regiões de saúde e quatro macrorregiões) em suas diferentes formas, objetivando: a garantia do acesso, a promoção da equidade, a garantia da integralidade da atenção” (PARANÁ, 2013b).

As Regionais de Saúde possuem uma estrutura organizacional básica que compreende: (1) Nível de Direção Superior, o(a) diretor(a) da Regional de Saúde e (2) Nível de Execução. Este último contando com três divisões: (A) Divisão de Atenção e Gestão em Saúde (DVAGS), composta por quatro seções: (A1) Seção de Regulação, Controle e Avaliação e Auditoria (SCRACA), (A2) Seção de Atenção Primária (SCAPS), (A3) Seção de Insumos Estratégicos (SCINE) e (A4) Seção de Ações Estratégicas e Redes de Atenção (SCAERA); (B) Divisão de Vigilância em Saúde (DVVGS) composta por duas seções: (B1) Seção de Vigilância Epidemiológica (SCVGE) e (B2) Seção de Vigilância Sanitária, Ambiental e Saúde do Trabalhador (SCVSAT); (C) Divisão Administrativa Regional (DVADR)

compreendida por: Seção de Gestão do Trabalho e Educação em Saúde (SCTES), Seção de Orçamento e Finanças (SCOFI) e Seção de Materiais, Patrimônio e Serviços Gerais (SCMPG) (PARANÁ, 2013a; 2013e).

Como esta pesquisa diz respeito à gestão em saúde, às Comissões Intergestores Regionais e à Rede de Atenção em Saúde, entende-se como relevante detalhar a Divisão de Atenção e Gestão em Saúde (DVAGS) e as Ações Estratégicas e Redes de Atenção (SCAERA). A DVAGS tem como competências, entre outras,

a coordenação, a execução e o controle das atividades relacionadas com a integração, regionalização e hierarquização dos serviços de saúde financiados com recursos públicos; a coordenação do processo de construção da rede de atenção à saúde, de forma cooperativa com os municípios (PARANÁ, 2013e).

E a SCAERA tem como competências, entre outras,

o apoio ao processo de articulação Estado e Municípios, em âmbito regional, por meio da Comissão Intergestores Bipartite Regional, organizando as reuniões ordinárias e também os grupos de trabalho; o apoio ao fortalecimento dos espaços regionais de discussão e pactuação junto às 22 Regiões de Saúde e Conselhos Regionais de Secretários Municipais de Saúde – CRESEMS, bem como aos Conselhos Municipais de Saúde (PARANÁ, 2013e).

No Paraná a Comissão Intergestores Bipartite (CIB/PR) foi instituída por meio da Resolução nº 045/93 de 23 de junho de 1993 (PARANÁ, 1993). Em estudo realizado sobre a dinâmica de 24 CIB no Brasil, as das regiões sudeste e sul foram consideradas de institucionalidade “avançada”, isto é, comissões intergestores com maturidade e solidez frente às negociações e decisões referentes à política de saúde estadual e regionais (MACHADO et al., 2014). Para a CIB/PR, além dessa atribuição “avançada”, também foi considerada uma instância com conteúdo das negociações intergovernamentais “diversificado/aderente/compartilhado”, com processo político e relações intergovernamentais “cooperativas e interativas” e capacidade de atuação da CIB “elevada” (MACHADO et al., 2014, p.648).

A CIB/PR, por meio da deliberação nº 088/2006, considerando em 2006 o Pacto da Saúde, implantou os Colegiados de Gestão Regional (CGR) organizados no âmbito das 22 regionais de saúde, mas, particularmente no Paraná, foram denominados de “Comissões Intergestores Bipartite Regional (CIB-Regional)” (PARANÁ, 2006). Em 2011, diante do decreto nº 7.508, que institucionalizou as Comissões Intergestores Regionais (CIR) na reunião ordinária da CIB/PR realizada em agosto de 2011 o decreto foi apresentado com destaque sobre a importância do

papel das comissões intergestores. Nessa mesma oportunidade ficou registrado que no Paraná seria mantida a denominação de “CIB-Regional”, que agora em vez de serem definidas nacionalmente como Colegiados de Gestão Regional (CGR) seriam as Comissões Intergestores Regionais (CIR) (PARANÁ, 2011b). Inclusive no Plano Estadual de Saúde Paraná 2012-2015 os colegiados regionais estão denominados como CIBs Regionais (PARANÁ, 2013b). Portanto muitos dos atores envolvidos nos espaços das CIR referem-se a ela como CIB-Regional. Diante disso, durante a coleta de dados foi utilizada a terminologia CIB-Regional, mas na discussão da presente pesquisa usa-se CIR, compatibilizando a terminologia com o decreto.

A macrorregião norte do Paraná composta por cinco regionais de saúde (16^a, 17^a, 18^a, 19^a e 22^a), campo desta pesquisa, conta com cinco Comissões Intergestores Regionais (CIR), compostas por representantes da gestão estadual, da Secretaria de Estado da Saúde do Paraná (SESA/PR) lotados nas Regionais de Saúde, e dos Secretários Municipais de Saúde.

A macrorregião norte do Paraná é formada por 97 municípios, totalizando uma população estimada de 1.877.148 habitantes, sendo Londrina o município de maior porte com 515.707 habitantes e Miraselva com 1.848 habitantes o de menor porte (PARANÁ, 2013d). Do total de municípios desta região 84,5% são de pequeno porte, ou seja, com até 20.000 habitantes (IBGE, 2013). Mas em todos os municípios estão implantadas as equipes da estratégia da saúde da família (ESF), sendo que em 61 deles a cobertura populacional é de 100% (PARANÁ, 2013d).

Em 2013, no Paraná havia 25 Consórcios Intermunicipais de Saúde (CIS). Na macrorregião norte existe um em cada área de abrangência das regionais de saúde: Consórcio Intermunicipal de Saúde do Vale do Ivaí e Região de Apucarana (16^aRS), Consórcio Intermunicipal de Saúde do Médio Paranapanema de Londrina (17^aRS), Consórcio Intermunicipal de Saúde do Norte do Paraná em Cornélio Procópio (18^aRS), Consórcio Intermunicipal de Saúde do Norte Pioneiro de Jacarezinho (19^aRS) e Consórcio Intermunicipal de Saúde de Ivaiporã (22^aRS) (PARANÁ, 2013d).

Nesta macrorregião, 92 hospitais – de pequeno, médio e grande porte – atendem pacientes SUS. Também está implantado o Sistema de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU-192) no território de quatro das cinco regionais de saúde, mas atendendo toda a população da macrorregião norte (PARANÁ, 2013d).

Pode-se visualizar que na macrorregião norte do Paraná na atenção primária em saúde há boa cobertura da ESF, o CIS é a estratégia de organização da atenção especializada e há uma razoável rede hospitalar e SAMU-192 para atender os cidadãos do SUS. Com esses dados expostos sobre a política pública de saúde do Paraná, de certo modo, compreende-se o cenário em que os atores das Comissões Intergestores Regionais (CIR) estão envolvidos.

6.2 AS COMISSÕES INTERGESTORES REGIONAIS (CIR)

6.2.1 O Perfil dos Participantes da Pesquisa

O perfil dos gestores municipais de saúde participantes dos grupos focais é apresentado na tabela 3.

Tabela 3 – Perfil dos gestores municipais de saúde participantes dos grupos focais, Comissões Intergestores Regionais (CIR), macrorregião norte do Paraná, 2012.

Perfil Gestores Municipais de Saúde dos Grupos Focais		CIR					Total (n=97)
		A (n=16)	B (n=21)	C (n=21)	D (n=22)	E (n=17)	
Convidados		11 (69%)	10 (48%)	11 (52%)	8 (36%)	9 (53%)	49 (51%)
Participantes		7 (64%)	8 (80%)	10 (91%)	7 (87%)	8 (89%)	40 (41%)
Já havia ocupado o cargo		5 (71%)	1 (13%)	3 (30%)	5 (71%)	6 (75%)	20 (50%)
Idade	Variação	40 a 65	39 a 53	27 a 62	41 a 58	23 a 53	23 a 65
	Média	50	46	43	48	42	46
Sexo	Masculino	4 (57%)	2 (25%)	5 (50%)	5 (71%)	3 (38%)	19 (48%)
	Feminino	3 (43%)	6 (75%)	5 (50%)	2 (29%)	5 (62%)	21 (52%)
Ensino	Médio	5 (71%)	2 (25%)	4 (40%)	3 (43%)	3 (38%)	17 (43%)
	Superior	2 (29%) ^(a)	6 (75%) ^(b)	6 (60%) ^(c)	4 (57%) ^(d)	5 (62%) ^(e)	23 (57%)
Pós Graduação Especialização		1 (14%) ^(l)	3 (37%) ^(ll)	1 (10%) ^(lll)	1 (14%) ^(lV)	2 (25%) ^(lV)	8 (35%)

^(a) 1 superior completo (não especificou), 1 pedagogia

^(l) 1 saúde pública

^(b) 4 superior completo (não especificaram), 1 enfermagem, 1 odontologia

^(ll) 1 gestão em saúde, 1 saúde coletiva, 1 saúde pública

^(c) 3 superior completo (não especificaram), 1 enfermagem, 1 pedagogia, 1 tecnologia gestão pública

^(lll) 1 gestão em saúde e saúde pública

^(d) 2 superior completo (não especificaram), 1 farmácia, 1 administração

^(lV) 1 gestão em saúde e gestão executiva

^(e) 1 superior completo (não especificou), 1 assistência social, 1 enfermagem, 1 farmácia, 1 odontologia

^(V) 1 obstetrícia, 1 auditoria e gestão em saúde

Portanto, conforme mostra a tabela 3, participaram desta pesquisa 40 gestores municipais de saúde correspondendo a 41% do total de gestores da macrorregião norte do Paraná. Dos participantes, 50% já haviam ocupado o cargo de Secretário Municipal de Saúde (SMS). A maioria (52%) era do sexo feminino. As idades variaram entre 23 a 65 anos. Sobre o nível de escolaridade, a maioria (57%), possuía ensino superior, destes, 35% cursaram especializações.

Em estudo realizado em uma macrorregião sanitária do estado de Minas Gerais sobre o perfil dos 45 gestores de saúde, somente 20% informaram já terem sido SMS. A maioria era do sexo masculino (53,3%), diferente da presente pesquisa, com idades que variaram entre 26 e 59 anos, similares a deste estudo. O nível de escolaridade foi menor, somente 28,9% possuíam o nível superior completo, dos quais 11,1% concluíram pós-graduação (JUNQUEIRA et al., 2010).

É preciso sinalizar que neste estudo o critério de seleção (estar participando assiduamente das reuniões da CIR) foi adotado porque o objetivo era compreender o que estava ocorrendo nos espaços das CIR e, assim, os gestores precisavam ter certa experiência na dinâmica das CIR. Diante disso a participação de gestor de saúde de município polo ficou comprometida. Isto porque frente ao critério de assiduidade nas reuniões das CIR somente o gestor do município polo da CIRE foi selecionado e convidado a participar do grupo focal, pois em um município polo mudou o gestor e nos outros três os gestores não participavam regularmente das plenárias das CIR e sim um técnico. Ao realizar o grupo focal na CIRE o selecionado não compareceu, e assim, o discurso do gestor de município polo de região de saúde não foi contemplado. Isto foi considerado um limite da presente pesquisa, portanto recomenda-se o desenvolvimento de novas pesquisas no campo da gestão interfederativa com a inclusão do gestor de saúde de município polo de região de saúde.

Por outro lado os cinco gestores municipais presidentes do Conselho Regional de Secretários Municipais de Saúde (CRESEMS) participaram dos grupos focais.

Sobre o perfil dos representantes da gestão estadual, entrevistados individualmente, quatro eram mulheres e um homem, com idades de 32, 39, 53, 55 e 57 anos. Quatro de carreira profissional do estado e um de cargo comissionado. Cada um com uma formação diferenciada: nível médio, medicina, medicina veterinária, psicologia e sociologia. Todos referiram possuir algum curso,

capacitação relacionada à gestão em saúde. Dos quatro que possuem nível superior um tinha três especializações (administração e economia em saúde, saúde coletiva e vigilância em saúde), dois possuíam especialização em auditoria em sistemas e serviços de saúde (um destes é mestre em ciências sociais) e um tinha mestrado em psicologia experimental.

6.2.2 Primeira Dimensão: Explorando a Agenda de Debates

A exploração da agenda de debates das Comissões Intergestores Regionais (CIR) constitui-se como uma primeira aproximação ao objeto de estudo. Para a análise foram consultados os registros de 39 atas das reuniões de 2011, sendo: CIRA (seis), CIRB (oito), CIRC (nove), CIRD (oito) e CIRE (oito) (Tabela 2).

Em geral, as atas estavam organizadas com as descrições da abertura da reunião, dos assuntos informados, que são muitos, e com algumas pautas para deliberações. Os expositores em sua maioria estão identificados. Ao final de cada ata, como de praxe, é registrado o responsável pelo conteúdo e a data. Na CIRB, no início de cada reunião, está registrada a aprovação da ata da última reunião, nas outras CIR isso não aparece.

Pelos registros das atas não há discussões nas reuniões das CIR, somente alguns comentários manifestando desagrado diante de alguns assuntos apresentados nas CIR, mas, geralmente como um monólogo ou no máximo com uma resposta. Portanto os dados pontuais das atas considerados relevantes estão incorporados às reflexões da segunda dimensão da pesquisa.

Com a análise das atas percebe-se que os representantes da gestão estadual e os presidentes dos Conselhos Regionais de Secretários Municipais de Saúde (CRESEMS) são os que mais expõem assuntos nas reuniões. Eles trazem para as plenárias das CIR demandas da Comissão Intergestores Bipartite do Paraná (CIB/PR), pois os mesmos participam das plenárias desse colegiado de gestão em Curitiba. Muitas das demandas são advindas do Ministério da Saúde (MS) e da Secretaria de Estado da Saúde do Paraná (SESA/PR), portanto há indução da agenda de saúde dos gestores municipais por essas duas instâncias de governo. Os gestores municipais, em geral, apresentam nas CIR assuntos relacionados: à implantação de equipes das estratégias de saúde da família e saúde bucal, aos projetos de implantação ou de reformas e/ou ampliação de unidades de saúde, a

recursos financeiros advindos de emendas parlamentares, a projetos para a implantação de Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) e/ou Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF). Assuntos esses que, de certa forma, também são induzidos, mas espera-se que o sejam dentro da realidade municipal.

Como se considera que os assuntos pautados no âmbito das CIR são relevantes, porque são eles que terão prioridade na agenda dos representantes do gestor estadual e dos gestores municipais, os principais assuntos encontrados nas atas foram destacados e agrupados empiricamente em dezoito temas, os quais foram organizados em quatro quadros (1, 2, 3 e 4) que receberam títulos com a intenção de agrupá-los dentro de certa coerência.

No quadro 1 estão expostos os temas relacionados às instâncias de governo com seus respectivos assuntos.

Quadro 1 – Temas sobre instâncias de governo e respectivos assuntos, Comissões Intergestores Regionais (CIR), macrorregião norte do Paraná, 2011.

Temas	Assuntos
Plano de Governo da SESA/PR	- Mapa estratégico
Comissão Intergestores Regional (CIR)	- Cronograma de reuniões - Deliberação “ad referendum” - Decreto 7.508/2011
Comissão Intergestores Bipartite do Paraná (CIB/PR) e Conselho de Secretários Municipais de Saúde (COSEMS)	- Participação dos gestores municipais
Projetos Nacionais Intersectoriais	- Projeto Saúde na Escola - Projeto Olhar Brasil - Programa Bolsa Família

Nas primeiras reuniões das cinco CIR, diretores e chefes de divisões das regionais de saúde apresentaram aos gestores municipais o “Plano de Governo da SESA” por meio do mapa estratégico (Anexo C). Na CIRC, um gestor municipal externou sua preocupação com a falta de continuidade das políticas públicas de saúde. Referiu que, em geral, o governo que entra implanta algo novo e não termina o que estava sendo executado (CIRC, Ata1).

Essa tendência não se restringe ao Paraná, pois muitos governantes ao assumirem criam programas atravessados pelas características de sua gestão e se esquecem dos programas dos que o antecederam. Essa descontinuidade administrativa, como prática político-partidária, remete ao desafio de diminuir as

forças políticas que intervêm negativamente no SUS (PAIM; TEIXEIRA, 2007).

Porque

a dimensão política das ações e das intervenções nas políticas públicas implica uma negociação complexa, que requer dos sujeitos tanto a apropriação das normas e saberes, como a gestão das variabilidades inéditas que o cotidiano apresenta em sua historicidade (GUIZARDI; PINHEIRO, 2012, p.436).

Portanto, somente com essa negociação complexa seria possível implantar políticas de Estado em lugar de programas, a serem construídas permanentemente, possibilitando promover direitos de cidadania (SPOSATI, 2006).

Quanto à “Comissão Intergestores Regional (CIR)” os assuntos foram relacionados ao cronograma de reuniões e à importância do colegiado. Sobre as deliberações, o presidente do CRESEMS da CIRD explica aos gestores municipais que devem encaminhar à regional de saúde suas necessidades de deliberações, para que quando não houver tempo hábil para esperar a reunião da CIR, seja emitida a deliberação “ad referendum”, com inclusão na pauta da próxima reunião para apreciação (CIRD, Ata8). A respeito do Decreto nº 7.508 que institucionaliza a CIR, legitimando o poder decisório do colegiado (BRASIL, 2011b) foi destacado nas plenárias das CIR o aumento das corresponsabilidades dos atores envolvidos na gestão interfederativa.

Em relação à “Comissão Intergestores Bipartite do Paraná (CIB/PR) e o Conselho de Secretários Municipais de Saúde (COSEMS)” os gestores municipais eram frequentemente estimulados pelo presidente do CRESEMS e pela direção da regional de saúde a participarem das reuniões em Curitiba. Inclusive eles disponibilizavam condução e salientavam aos gestores municipais que era importante eles se fazerem presentes nas plenárias para representar a região de saúde e conseguir o seu fortalecimento político.

Diante da publicação de portarias ministeriais sobre “Projetos Nacionais Intersetoriais” o Projeto Saúde na Escola (Portaria Interministerial MS/MEC nº 3.696), o Projeto Olhar Brasil (Portaria nº 3.015) e o Programa Bolsa Família estiveram em pautas, com discussões voltadas principalmente à adesão municipal, sendo que alguns municípios aderiram e outros não.

Especificamente em relação ao Projeto Olhar Brasil, na CIRB foi informado por um representante da regional de saúde que a SESA/PR não repassaria a contrapartida, devido não estar garantida a continuidade do programa pelo Ministério

da Saúde (CIRB, Ata2). A questão do financiamento vem gerando, em muitos casos, desacordos, mas como é tripartite – federal, estadual e municipal – deve ser respeitado e garantido. Em 2012, com a lei complementar nº 141, que dispõe sobre “os valores mínimos a serem aplicados anualmente” pelos entes federados, o financiamento, no âmbito do SUS, está definido legalmente, com delimitação sobre o que é gasto do setor saúde (BRASIL, 2012a).

Na CIRD o Bolsa Família foi pauta em três reuniões. Na primeira, representante da RS solicitou que as Secretarias de Assistência Social, de Educação e de Saúde fizessem reuniões a cada dois meses para discutir e pactuar as ações e o monitoramento para tentar sanar os problemas. Um dos gestores municipais presentes na reunião falou sobre as divergências das listas dos beneficiados da saúde e da assistência social. Na segunda reunião houve solicitação da RS para que fosse alimentado mensalmente o sistema do programa. Na terceira a direção da RS parabeniza os municípios por conseguirem ter alcançado o terceiro lugar do estado do Paraná na alimentação adequada do sistema do Bolsa Família (CIRD, Atas3,4,5). Esse programa, além de provocar opiniões divergentes na sociedade e ser considerado problemático na sua execução (CASTRO et al., 2009), acaba dependendo muito da iniciativa e articulação das secretarias de cada município (SENNA et al., 2007), uma vez que as estratégias para o desenvolvimento da intersetorialidade não estão claramente definidas pelo governo federal.

O quadro 2 diz respeito aos temas vigilância em saúde e saúde do trabalhador com seus respectivos assuntos.

Quadro 2: Temas vigilância em saúde e saúde do trabalhador e respectivos assuntos, Comissões Intergestores Regionais, macrorregião norte do Paraná, 2011.

Temas	Assuntos
Vigilância em Saúde	<ul style="list-style-type: none"> - Combate a dengue - Lei antitabagismo - Plano de ação da vigilância sanitária - Alimentação do sistema da VISA - Notificação das suspeitas de violência contra criança, mulher e idoso e tentativa de suicídio - Campanhas de vacinação - Gripe H1N1 - Comitê regional de mortalidade materno-infantil - Resíduos sólidos
Saúde do Trabalhador	<ul style="list-style-type: none"> - Dia Nacional de Prevenção de Acidentes de Trabalho - Centro de Referência em Saúde do Trabalhador (CEREST)

Em relação à “Vigilância em Saúde (VS)”, a dengue ocupou destaque, com discussões e pactuações de: planos de contingência para epidemia, contratação de agentes de endemias, dia D de combate à dengue, norma técnica de prevenção à proliferação do *Aedes Aegypti*, instituição de comitê gestor intersetorial de controle de dengue. Sobre este, a orientação da regional de saúde é de que o prefeito, inicialmente, precisa assumir sua instituição e coordenação, garantindo que todas as secretarias sejam representadas e subordinadas às decisões do comitê. Há registro da solicitação da promotoria pública sobre as ações executadas pelos municípios para combater a dengue e a respeito das capacitações realizadas para os trabalhadores de saúde. Com menor frequência foram tratados assuntos relacionados à lei antitabagismo, planos de ação da vigilância sanitária, alimentação do sistema da VISA, campanhas de vacinação, gripe H1N1, resíduos sólidos, comitê regional de mortalidade materno-infantil e notificação das suspeitas de violência contra criança, mulher e idoso e tentativa de suicídio.

O desenvolvimento da VS pressupõe responsabilidades, divisão de ações e financiamento entre a união, os estados e os municípios. Com a VS busca-se a integração dos

setores de saúde sobre as múltiplas e complexas dimensões do processo saúde-doença [...] e [...] buscar desenvolver novas formas de operacionalização para os sistemas e serviços de saúde, relevando assim uma visão que se pretende mais equânime e totalizadora da vida social humana (ARREAZA; MORAES, 2010, p.2224).

Deste modo, procura-se com essa articulação e com a ampliação de visão da VS superar as práticas tradicionais das vigilâncias epidemiológica e sanitária (ARREAZA; MORAES, 2010). Essa corrente propõe horizontalidade e integração dos componentes da VS contrapondo os programas verticalizados da saúde pública. Busca-se isso, em grande parte, com a aplicação do planejamento estratégico-situacional (PES), desenvolvido por Carlos Matus, que traz possibilidades para o processamento de problemas transversais (RIVERA; ARTMANN, 2010a). Mas a sua aplicação, principalmente no planejamento das ações da vigilância sanitária, não pode ser restrita às técnicas e aos passos da metodologia, “pressupõe uma transformação progressiva na cultura, nas mentalidades e na forma de funcionamento da organização” (ROZENFELD, 2009, p.231).

Sobre a “Saúde do Trabalhador” nas reuniões das CIR, de maneira muito pontual, foram tratados os assuntos relacionados ao desenvolvimento de ações para comemorar o Dia Nacional de Prevenção de Acidentes de Trabalho e à atuação do Centro de Referência em Saúde do Trabalhador (CEREST). Portanto esse tema não tem ocupado muito a agenda de saúde dos gestores. No mesmo sentido Costa et al. (2013) salientam que a saúde do trabalhador tem estado em segundo plano, com ações tímidas de vigilância, eleitas como estratégicas na Política Nacional da Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora (PNST). Os autores reforçam que, além disso, as ações do CEREST são prejudicadas, porque muitas vezes dependem de outras instâncias do SUS, as quais não priorizam em suas agendas ações para prevenção de riscos para o trabalhador. Também contam com recursos precários para os enfrentamentos complexos relacionados à saúde do trabalhador.

No quadro 3 estão expostos temas referentes a educação com seus respectivos assuntos.

Quadro 3: Temas sobre educação e respectivos assuntos das Comissões Intergestores Regionais (CIR), macrorregião norte do Paraná, 2011.

Temas	Assuntos
Educação para os Gestores e Trabalhadores do SUS	<ul style="list-style-type: none"> - Capacitações - Cursos técnicos - Especializações - Reuniões - Ciclo de debates - Oficinas - Encontros - Seminários - Webconferências - Videoconferências
Universidade	- Pesquisa

A “Educação para os Gestores e Trabalhadores do SUS” foi tema frequente, com estratégias de: capacitações, cursos técnicos, especializações, reuniões, ciclo de debates, oficinas, encontros, seminários, webconferências e videoconferências. Os assuntos foram vários: formação de Agente Comunitário de Saúde (ACS), técnico de enfermagem, saúde mental, vigilância em saúde, vigilância sanitária, vigilância alimentar, assistência farmacêutica, qualificação de gestores, alinhamento conceitual sobre redes, dengue, ouvidoria, sistemas de informações, atenção primária em saúde, entre outros. Esses eventos, em geral, foram propostos pela

SESA/PR e apresentados pelos representantes do gestor estadual nas CIR e os gestores municipais aderiram sem questionamentos, como no caso das oficinas do APSUS e da especialização em gestão hospitalar, parte da estratégia do HOSPSUS. Alguns, como o curso técnico de enfermagem e a formação inicial do ACS, foram focados nas demandas e solicitações dos municípios. Diante da proposta do Ministério da Saúde, na CIRD, um profissional da RS apresentou o Programa de Qualificação e Estruturação da Gestão do Trabalho e da Educação no SUS (ProgeSUS) e explicou que os municípios precisavam desenvolver os projetos para adesão ao programa (CIRD, ATA3). A educação em saúde dos trabalhadores e gestores de saúde é um papel fundamental da gestão estadual, mas que deve ser realizado dentro das especificidades regionais e da formação dos atores envolvidos (REIS; CESSE; CARVALHO, 2010).

No Paraná houve um intenso movimento em torno da instituição de Polos de Educação Permanente em Saúde (PEPS), fomentados pela portaria nº 198 de 2004, devido à potencialidade desses dispositivos para articular e mobilizar os atores – gestores, formadores, trabalhadores de saúde e sujeitos envolvidos em movimentos sociais e no controle social – em torno da educação dos profissionais de saúde (NICOLETTO et al., 2009). Em 2007, com a portaria nº 1.996, implantam-se em substituição aos PEPS as Comissões Permanentes de Integração Ensino-Serviço (CIES) como “instâncias intersetoriais e interinstitucionais permanentes que participam da formulação, condução e desenvolvimento da Política de Educação Permanente em Saúde” (BRASIL, 2007b, sp). Essas devendo estar vinculadas aos Colegiados de Gestão Regional em Saúde (CGRS) (atualmente CIR), portanto sendo importante compreender como a política de EPS está sendo conduzida no âmbito das CIES e com que concepções educativas (NICOLETTO et al., 2013). Nas atas das CIR do presente estudo as CIES não são mencionadas, portanto não há como inferir sobre sua condução.

A “Universidade” tem procurado os espaços das CIR para apresentar propostas e resultados de pesquisas científicas, uma aproximação do ensino-serviço. Foram pautas nas reuniões das CIRB, D e E pesquisas relacionadas à saúde mental e à estratégia saúde da família. A busca de universidades em pautar diretamente suas pesquisas nas CIR pode ser um indício de que as Comissões Permanentes de Integração Ensino-Serviço (CIES) não estão estruturadas e em funcionamento nas regiões de saúde do Paraná.

No quadro 4 estão apresentados os temas sobre estruturas e processos no SUS e Redes de Atenção à Saúde (RAS) com a descrição dos respectivos assuntos.

Quadro 4: Temas sobre estruturas, processos e Redes de Atenção à Saúde (RAS) com os respectivos assuntos, Comissões Intergestores Regionais (CIR), da macrorregião norte do Paraná, 2011.

Temas	Assuntos
Ouvidoria	- Implantação nos municípios
Controle Social	- Conferência de Saúde - Conselho Municipal de Saúde
Instrumentos de Gestão	- Programação Anual de Saúde (PAS) - Relatório Anual de Gestão (RAG)
Sistemas de Informações em Saúde (SIS)	- Sistema de Informação do Pacto pela Saúde (SISPACTO) - Termo de Compromisso de Gestão Municipal (TCGM) - Sistema de Apoio ao Relatório de Gestão (SARGSUS) - Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB) - Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS (SIASUS) - Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIHSUS) - Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (SCNES) - Sistema de Informação de Vigilância da Qualidade da Água para Consumo Humano (SISAGUA) - Sistema de Informação do Câncer do Colo do Útero (SISCOLO) - Sistema de Informação do Câncer de Mama (SISMAMA)
Recursos Financeiros	- Emenda parlamentar - Valores da Atenção Básica - Financiamento de Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) - Compensação de Especificidades Regionais (CER)
Assistência Farmacêutica e Insumos	- Consórcio Paraná Saúde - Sistema Nacional de Gestão da Assistência Farmacêutica (HORUS) - Farmácia popular e saúde não tem preço
Estruturação da Atenção Primária em Saúde (APS)	- Projetos de aquisição de equipamentos, de reformas, de ampliações e de construções de unidades de saúde - Transformação das Unidades de Saúde da Mulher e da Criança (USAIMC) em Unidades de Atenção Primária em Saúde (UAPSF) - Projetos de implantação de equipe de saúde da família e de saúde bucal
Consórcio Intermunicipal de Saúde (CIS)	- Oferta de serviços - Acesso da população
Serviço Hospitalar	- Programa de Apoio e Qualificação Hospitalar de Hospitais Públicos e Filantrópicos (HOSPSUS) - Unidade de Cuidados Intermediários Neonatológicos (UCIN) - Leitos de Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica (UTIP) - Hospital Regional - Hospitais de Pequeno Porte (HPP) - Cirurgias e tomografias - Tratamento Fora Domicílio (TFD)
Rede de Atenção à Saúde (RAS)	- Urgência e Emergência - Saúde Mental

O enfoque da “Ouvidoria” foi sobre sua implantação nos municípios e a capacitação dos profissionais a serem cadastrados para o desenvolvimento do papel de ouvidor e, assim, poder aumentar o acesso dos usuários a este mecanismo de escuta. Em nível nacional há o Departamento Nacional de Ouvidoria (DOGES), vinculado à Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa (SGEP), por meio do qual os usuários têm sido ouvidos (BRASIL, 2012b). No Paraná, na SESA/PR, há a Ouvidoria Geral da Saúde, que incentiva e apoia a implantação das ouvidorias municipais. Em 2013 foram criadas ouvidorias do SUS nas unidades próprias do estado do Paraná e nos consórcios intermunicipais de saúde, além do incentivo à formação de ouvidorias nos hospitais contratualizados. O estímulo à implantação de várias ouvidorias abre a possibilidade do cidadão participar do monitoramento das ações e dos serviços de saúde e amplia o seu direito de participação na gestão pública (PARANÁ, 2013c).

Sobre o “Controle Social”, como em 2011 foi ano de realização de conferências, os municípios foram orientados sobre a realização das Conferências Municipais de Saúde. As conferências de saúde são espaços que permitem a participação da sociedade organizada na definição de prioridades, estratégias e metas da política de saúde. Também os gestores municipais foram orientados e estimulados a participar da Conferência Estadual de Saúde. Houve cobrança para que municípios enviassem à regional de saúde as resoluções dos Conselhos Municipais de Saúde (CMS) sobre as conferências. Essa cobrança não se dirigiu somente às conferências, mas também aos assuntos deliberados nas CIR. Muitos conselhos de saúde, embora legalmente deliberativos, em várias situações operam em função de legitimar o que é decidido previamente pelo executivo, tendo mais um caráter consultivo do que deliberativo, sem conseguir consolidar o controle social (FLEURY et al., 2010).

Em relação aos “Instrumentos de Gestão”, a única manifestação foi dos representantes da gestão estadual que solicitaram aos municípios o envio das deliberações dos Conselhos Municipais de Saúde sobre a Programação Anual de Saúde (PAS) e o Relatório Anual de Gestão (RAG). Para Cecílio (2010b), na maioria das experiências municipais os instrumentos de planejamento e gestão estão muito distantes dos pensamentos de Matus e Testa. Não são concebidos para politizar,

problematizar e promover mudanças, como idealizados, mas para mero cumprimento de rotina.

Em relação aos “Sistemas de Informações em Saúde (SIS)” nas reuniões das CIR surgiram: o Sistema de Informação do Pacto pela Saúde (SISPACTO), com enfoque nos ajustes do Termo de Compromisso de Gestão Municipal (TCGM) e na discussão dos indicadores pactuados; o Sistema de Apoio ao Relatório de Gestão (SARGSUS); o Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB), com ênfase no instrutivo e na falta de alimentação correta por parte de alguns municípios; Sistema de Informações Ambulatorias do SUS (SIASUS), com orientação para que os municípios cadastrassem e alimentassem os serviços de Vigilância em Saúde; o Sistema de Internação Hospitalar do SUS (SIHSUS), com pactuação de AIH.

Também estiveram presentes nas pautas das CIR assuntos relacionados ao Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (SCNES) com enfoque nos municípios que estavam com problemas nos cadastros de profissionais da saúde da família; ao Sistema de Informação de Vigilância da Qualidade da Água para Consumo Humano (SISAGUA) que precisava ser alimentado adequadamente pelos municípios e isso não estava acontecendo; ao Sistema de Informação do Câncer do Colo do Útero (SISCOLO) e ao Sistema de Informação do Câncer de Mama (SISMAMA), ambos relacionados à saúde da mulher e que também estavam com alguns déficits nas alimentações. Parece que há certa dificuldade dos municípios em manter a alimentação adequada dos sistemas de informações.

Há uma ampla rede de sistemas de informações no âmbito do SUS, muitos disponíveis na internet, com pontos fortes e limitações. Dentre os pontos favoráveis dos SIS está o fato de eles possibilitarem o monitoramento e a avaliação das ações e dos serviços de saúde, apoiando a tomada de decisão dos gestores de saúde. Como limitação pode-se citar o não gerenciamento da qualidade das informações, que prejudica os pontos favoráveis, portanto, há necessidade de se implantar uma política nacional de avaliação da qualidade das informações em saúde (LIMA, 2009).

Em algumas reuniões foram solicitadas deliberações das CIR sobre “Recursos Financeiros” advindos de emenda parlamentar. Também sobre financiamento surgiram assuntos referentes aos novos valores da Atenção Básica, ao financiamento de Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), às propostas de aplicação dos recursos da Compensação de Especificidades Regionais (CER) e

neste caso, as discussões foram relacionadas à reformulação de projetos e à avaliação de ações já executadas.

No contexto global o financiamento do SUS é permeado por debates e disputas, em uma conjuntura instável e insuficiente, prejudicando a efetivação do sistema (MENICUCCI, 2009), principalmente com o subfinanciamento federal (SANTOS N., 2013). Mas também o governo do estado do Paraná vem historicamente investindo menos do que o preconizado em lei na saúde (CARVALHO; PAULUS JÚNIOR; CORDONI JUNIOR, 2008). Em relação à emenda parlamentar há “um padrão político de patronagem e fisiologismo na distribuição dos recursos com tendência de atuação em favor próprio, o que sugere a necessidade de maior regulação da distribuição de emendas por parte do Congresso” (BAPTISTA et al., 2012, p.2268). As emendas, criadas para tentar balancear as distribuições de recursos locais, muitas vezes, não condizem com o planejamento da saúde, nem com o interesse coletivo. Assim, há o entendimento que emendas parlamentares têm sido utilizadas como instrumento político, de bases eleitorais (BAPTISTA et al., 2012).

Sobre a “Assistência Farmacêutica e Insumos” o Consórcio Paraná Saúde (CPS) foi o principal tema, com destaques: ao elenco de material médico hospitalar disponibilizado, à aquisição de computadores que seriam cedidos às farmácias municipais, à informação sobre a data da eleição dos conselheiros do consórcio, às mudanças em regras de prescrição e distribuição de medicamentos e insumos. O Consórcio Paraná Saúde, implantado em 1999 no Paraná, surgiu com o intuito de racionalizar e otimizar os recursos disponíveis para o Incentivo à Assistência Farmacêutica Básica (IAFB), apontado como uma iniciativa pioneira e bem sucedida (FERRAES; CORDONI JUNIOR, 2007).

De demanda nacional dentro do tema “Assistência Farmacêutica e Insumos” foram tratados os assuntos relacionados ao Sistema Nacional de Gestão da Assistência Farmacêutica (HORUS) e a Farmácia Popular. Na CIRB um gestor municipal alerta os demais para a necessidade de envolver o Conselho Municipal de Saúde e Promotoria Pública, sobre “saúde não tem preço”, com planejamento adequado, para que as Farmácias Populares possam disponibilizar gratuitamente medicamentos para hipertensão e diabetes (CIRB, Ata 2).

Ainda que com limitações, o SUS provê financiamento para a assistência farmacêutica, o que não se dá no sistema de assistência médica supletiva, fato

gerador de judicialização da saúde. Santos N. (2013) aponta que em torno de 25% da população brasileira está coberta por seguros e planos privados e parcela significativa dela quando precisa, entre outros (procedimentos de alto custo, ações de vigilância sanitária), do fornecimento de medicamentos especiais busca suprir essa necessidade no SUS.

Em relação ao tema “Estruturação da Atenção Primária em Saúde (APS)”, em todas as CIR houve deliberações sobre projetos de aquisição de equipamentos, de reformas, de ampliações e de construções de unidades de saúde, com recursos vinculados ao nível federal ou estadual. Foi reconhecido no âmbito da CIRB que estavam em um momento bom para captação de recursos para estruturação da APS. Ainda sobre esse tema um assunto recorrente esteve relacionado à transformação das Unidades de Saúde da Mulher e da Criança (USAIMC), propostas e construídas no anterior governo estadual, em Unidades de Atenção Primária em Saúde (UAPSF), definidas na atual gestão por meio da Resolução SESA 0037/2011 (PARANÁ, 2011a). Em todas as CIR houve aprovação da mudança. Somente, no caso da CIRC, houve um gestor que solicitou que a USAIMC de seu município fosse transformada em NASF2, sendo aprovado. Também foram aprovados projetos de implantação de equipe de saúde da família (ESF) e de saúde bucal (SB) e discutida a portaria nº 2.027 referente à carga horária dos profissionais médicos (BRASIL, 2011c). As opções dadas pela portaria para as cargas horárias dos médicos da ESF (40hs, 30hs ou 20hs, com diferenças de financiamento para a equipe) podem ser utilizadas para minimizar a problemática, mas, segundo Ney e Rodrigues (2012) esta não é a única dificuldade, pois os médicos não concordam com a política municipal de recursos humanos, devido à remuneração insuficiente e à inexistência de plano de cargos, carreiras e salários (PCCS).

O “Consórcio Intermunicipal de Saúde (CIS)” foi tema sempre presente nas reuniões das CIR. O CIS previsto no âmbito do SUS tem o papel de possibilitar aos municípios resolverem problemas comuns de prestação de serviços em uma região de saúde, preconizando relações horizontais entre os gestores municipais (FLEURY; OUVÉNEY, 2012). Sendo assim, essa estratégia tem sido adotada na regionalização da saúde para potencializar a assistência médica especializada (NICOLETTO, 2002; NICOLETTO; CORDONI JUNIOR; COSTA, 2005). No entanto, neste estudo, por várias vezes dirigentes dos CIS participaram das reuniões para dar explicações sobre fatos que estavam ocorrendo. As dificuldades apontadas referem-

se, principalmente, às insuficientes ofertas de serviços, em alguns casos, e às dificuldades de acesso da população às suas demandas de saúde.

Sobre “Serviço Hospitalar”, o Programa de Apoio e Qualificação Hospitalar de Hospitais Públicos e Filantrópicos (HOSPSUS) foi pauta recorrente. Houve apresentação da proposta da SESA/PR, com destaque para a necessidade da implantação da comissão de acompanhamento e avaliação do hospital e a especialização em gestão hospitalar a ser oferecida à direção dos hospitais contratualizados. Referente à estruturação, houve aprovação de Unidade de Cuidados Intermediários Neonatológicos (UCIN), de leitos de Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica (UTIP), projeto de Hospital Regional. Em relação aos Hospitais de Pequeno Porte (HPP) a discussão foi sobre a baixa produção. As pactuações com prestadores de serviços hospitalares referiram-se a cirurgias e tomografias. Apareceram discussões sobre o Tratamento Fora Domicílio (TFD), principalmente sobre a demora de agendamento para cirurgias e exames de alta complexidade.

Como descrito, no Paraná há um programa que procura qualificar e estruturar alguns hospitais. No Brasil, os desafios referentes aos prestadores hospitalares no âmbito do SUS requerem, ainda, muitos enfrentamentos. Sobretudo porque a oferta de leitos é dominada pelo setor privado contratado (aproximadamente 63%) e tanto os hospitais como os médicos estão concentrados nas regiões ricas do país (FLEURY; OUVRENEY, 2012).

Relacionada à “Rede de Atenção à Saúde (RAS)” há apresentações na CIR da proposta da SESA/PR para as redes de Urgência e Emergência e Saúde Mental. Sobre a Rede de Urgência e Emergência, os assuntos giraram em torno do SAMU 192, da Unidade de Pronto Atendimento (UPA) e da Sala de Estabilização (SE), com destaque ao valor per capita municipal. Esse pacto se estendeu ao longo do ano, passando por desacordos, negociações e, enfim, pactuação. Em relação à Rede de Saúde Mental, o principal ponto está relacionado ao Comitê Gestor Intersecretarial de Saúde Mental, com participação da educação, secretaria da família, da justiça e outros órgãos. Também apareceram assuntos relacionados à formação de Câmara Técnica de Saúde Mental e à implantação de Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) e de Comunidades Terapêuticas.

A tendência de organizar as ações e os serviços de saúde em redes de saúde não é só do Paraná, mas de várias regiões do país. Inclusive em outros países está havendo esse movimento (MENDES, 2011).

Diante dos dados apresentados e discutidos pode-se inferir que os gestores municipais e os representantes da gestão estadual foram submetidos a uma extensa agenda, com variados assuntos, alguns complexos, que mereciam ser discutidos e deliberados dentro da realidade regional. Este requisito é essencial para que se possa desenvolver uma adequada gestão interfederativa, em que as ações sejam coordenadas e cooperativas entre os atores envolvidos, dentro das necessidades de saúde da população da região de saúde.

Salienta-se que para a tomada de decisão é preciso ter conhecimentos técnicos e científicos, mas como na dinâmica das plenárias das CIR há muito repasse de informações, sem discussões, sem reflexões, isso pode dificultar a apreensão do conhecimento pelos atores envolvidos, principalmente os gestores municipais, acabando por produzir um efeito negativo, isto é, desinformar, com conseqüente falta efetiva de prática, de ação efetiva dos atores (MATUS, 2005).

6.2.3 Segunda Dimensão

A primeira dimensão desta pesquisa, mesmo que predominantemente descritiva, permitiu explorar os assuntos registrados nas atas, verificando as prioridades da agenda de saúde, e compreender, ainda que superficialmente, alguns aspectos da gestão interfederativa. Inclusive houve a impregnação de certas informações que permitiram diálogo com achados da segunda dimensão.

Assim, a partir deste momento os dados empíricos apresentados referem-se aos grupos focais realizados com gestores municipais e de entrevistas individuais com os representantes da gestão estadual nas CIR. Mas em momentos pontuais alguns dados das atas estão incorporados às reflexões, retomando determinados temas e assuntos, com aprofundamento da discussão.

6.2.3.1 A Materialidade: Um Espaço Real

A ideia de materialidade das Comissões Intergestores Regionais (CIR) está alicerçada no fato de ser um espaço real, institucionalizado, e não virtual, no qual são priorizadas, constituídas e produzidas as decisões sobre a saúde em uma região, seja em sua organização formal (regimento interno) ou informal (como se materializa na prática) (MIRANDA, 2003).

Sobre a organização formal há pouco ou nenhum conhecimento sobre o regimento interno das CIR. Há menções como: “em uma das primeiras reuniões foi lido o regimento interno, mas [...] não tínhamos entendimento” (GF2A); “tem um regimento [...] leu-se uma vez e nunca mais ninguém nem abriu” (E3).

Assim, mesmo os atores não conhecendo efetivamente as regras do jogo (regimento interno), ele vem sendo jogado. Se isso não incomoda, não trará insatisfação aos atores, portanto o materializado será mantido (HUERTAS, 1996; MATUS, 2005). Esse aspecto no presente trabalho não ficou bem elucidado, merecendo melhor investigação.

Nas CIR deste estudo, previamente é organizada uma pauta, acordada entre gestores municipais e representantes da gestão estadual, com “assuntos para deliberações, apresentações de temas técnicos e informes. Geralmente o que os secretários municipais solicitam para ser incluído na pauta são deliberações sobre obras e inclusão de equipes de saúde da família” (E4). Isso reforça os achados da primeira dimensão.

Procura-se fazer reuniões mensais, mas quando “há imprevistos reuniões são desmarcadas ou marcadas em cima da hora, porque tem assuntos que precisam ser deliberados para ontem” (GF5A).

A maioria das reuniões acontece nas regionais de saúde, algumas vezes, são realizadas em espaços de universidades e hotéis. As das CIR, em geral, acontecem no período da tarde, após a reunião do Conselho Regional de Secretários Municipais de Saúde (CRESEMS). Há relato de uma experiência na qual algumas reuniões das CIR foram realizadas de forma descentralizada em municípios, mas como a avaliação geral não foi positiva, voltou a acontecer na regional de saúde “de manhã a reunião do CRESEMS e à tarde a reunião da CIB-Regional [CIR]” (GF2 B).

Em relação ao colegiado do CRESEMS o que tem motivado as discussões

são as portarias editadas tanto pelo Ministério da Saúde, como algumas resoluções da SESA, e dificuldades que os municípios estão enfrentando, seja de ordem estrutural, de fluxo ou financeira. É isso que envolve nossas discussões para a tarde pactuarmos na CIB-Regional [CIR] (GF2 B).

O presidente do CRESEMS não tem dificuldades para pautar algum assunto, inclusive, se um gestor municipal tiver necessidade de acrescentar um no decorrer da própria reunião isso pode ser feito. Apesar de isso “tumultuar o andamento da

reunião, mas para não ter posição de imposição a regional de saúde aceita a situação” (E5). Essa liberdade sobre a pauta também foi observada em um Colegiado de Gestão Regional em Saúde (CGRS, atualmente CIR) do estado de Santa Catarina, onde a pauta foi organizada também segundo interesses dos gestores municipais da região de saúde (DELZIOVO, 2012).

Apesar do consenso sobre a facilidade em pautar assuntos nas CIR, o paradoxo surge quando afloram os sentimentos sobre o interesse, o poder, a dominação dos entes federal e estadual sobre os municipais. Essa percepção é tanto dos representantes da gestão estadual como dos gestores municipais. “A pauta é de acordo com os prazos que o nível central [SESA/PR] estabelece” (E1). “Muita execução por solicitação de Curitiba e por prazo do Ministério da Saúde, sem um filtro da regional de saúde” (E4). “E até aconteceu, algumas vezes, divergências, porque o estado [SESA/PR] quer pautar o que quer e os municípios não querem aquilo. Mas sempre a última voz acaba sendo a da regional de saúde” (GF4A). “Os programas já vêm prontos, na realidade os municípios fazem a adesão” (GF5D). “Um pouco nós mesmos somos culpados, aceitamos as coisas de cima para baixo, não estamos fortalecidos” (GF5si).

Assim, tanto no CRESEMS como nas CIR os discursos demonstram que o Ministério da Saúde continua exercendo um poder administrativo sobre os estados e municípios, pois com portarias ele define as regras de financiamento para cada área específica. Com esse tipo de poder lança-se mão das normas estabelecidas para influenciar a forma de gestão e a organização da atenção à saúde (GIOVANELLA, 1989). Ainda a esse respeito, Santos (2008) salienta que esse processo de legislação infraconstitucional tem sido intenso, tendo já atingido um índice de oito publicações de portarias normativas ministeriais por dia útil; depois diminuiu um pouco, mas volta a crescer de maneira desmedida.

Também os intentos da Secretaria de Estado da Saúde do Paraná (SESA/PR) e as deliberações da Comissão Intergestores Bipartite (CIB/PR) vêm influenciando as discussões dos gestores municipais de saúde nos âmbitos do CRESEMS e CIR. Isso não acontece somente em CIR, pois Dourado (2010), ao analisar as Comissões Intergestores Bipartite (CIB), aponta que apesar de representantes estaduais e municipais reconhecerem que esses espaços democratizam as relações políticas, ainda há preponderância do poder estadual sobre os municipais.

Um dos fatores que vem determinando a preponderância do ente estadual sobre os municipais é o poder técnico como definido por Testa (1995). Isso é apoiado pela análise de uma CIR do estado do Ceará realizada por Mesquita (2011), pois os representantes da gestão estadual, lotados na Coordenadoria Regional de Saúde (CRES), conduzem a pauta nas reuniões da CIR e dominam as decisões tomadas, por estarem mais providos de informações, embora os gestores municipais sejam apoiados permanentemente pelo COSEMS.

O estudo referido, ao tratar dos consensos estabelecidos na CIR cearense, também revelou que eles foram realizados em “bases legalistas, governistas e tecnoburocratizadas, a partir de normas, decretos e portarias diversas, e por demandas da Comissão Intergestores Estadual [CIB] e ou mais parcialmente por outros setores da Secretaria de Saúde do Estado” (MESQUITA, 2011, p.67).

Também foi observada na Comissão Intergestores Tripartite (CIT) que os representantes municipais não têm prioridade para pautar assuntos próprios, pois a agenda é impregnada de assuntos do Ministério da Saúde. Com igual situação na Comissões Intergestores Bipartite (CIB), na qual os principais assuntos são advindos principalmente dos encaminhamentos do Ministério da Saúde (MIRANDA, 2003). Esse poder, domínio sobre a pauta, agenda de decisões, que requer apreciação, negociação e pactuação, pode estabelecer relação vantajosa para um ente federado em relação aos outros entes, que podem ter distintas necessidades (MIRANDA, 2003).

Portanto, tanto o colegiado do CRESEMS como as CIR estão permeadas pelas prioridades do MS e da SESA/PR. Não são consideradas as prioridades regionais e, muito menos, municipais. Neste contexto, não se consegue organizar RAS segundo as especificidades de cada região de saúde. Para mudar essa realidade é “preciso que quando vier uma pauta do MS e estado [SESA/PR], todos juntos discutam se isso é bom para a região ou não” (GF3B). Assim, “as discussões precisavam ser melhor pautadas dentro do que é a realidade da região” (E3).

Nas reuniões normalmente o(a) diretor(a) da regional de saúde faz sua abertura e passa a palavra para o presidente do Conselho Regional de Secretários Municipais de Saúde (CRESEMS) e/ou para a chefia da Divisão de Atenção e Gestão em Saúde (DVAGS). Os representantes da gestão estadual e os técnicos das regionais de saúde são os que mais expõem os assuntos e as informações. Os

presidentes do Conselho Regional de Secretários Municipais de Saúde (CRESEMS) tomam a voz representando os gestores municipais quando se faz necessário.

As reuniões em quatro CIR foram gravadas e, posteriormente, transcritas, produzindo as atas. Na CIRE um técnico da regional de saúde registra os dados de forma manuscrita durante a reunião para ser digitado posteriormente, depois ele passa o texto por e-mail para os que falaram revisá-lo, após os retornos, altera algo se for necessário e finaliza a ata. Essa ata é aprovada na próxima reunião. Portanto não há uma única regra para o processo de produção das atas das CIR.

Alguns assuntos registrados nas atas das CIR precisam de deliberações formais. Quando é registrada uma decisão que precisa de deliberação da CIR ela é feita e assinada pelo diretor da regional e presidente do CRESEMS. Quando precisa de deliberação da Comissão Intergestores Bipartite (CIB/PR) uma cópia da ata da CIR com o assunto destacado é encaminhada para o setor técnico da SESA/PR responsável pelo tema que o pauta na reunião da CIB/PR para deliberação.

Tanto as atas como as deliberações realizadas no âmbito da CIR são arquivadas nas regionais de saúde. É importante que esse arquivamento seja realizado com efetividade, porque houve situações em que “se precisou recuperar os documentos anteriores, até para saber o que estava pactuado, o que precisava ser monitorado, para organizar o processo de trabalho, mas houve dificuldade em localizar os documentos [atas e deliberações]” (E2).

Quando os participantes foram questionados sobre câmaras técnicas informaram que elas não existiam. Já houve de maneira incipiente, mas não conhecem a razão do processo ter parado. No entanto consideram importante a organização dessas câmaras como “espaços de potência para as discussões técnicas, antes de o assunto ser pautado na CIR e quando necessário após a decisão para algum ajuste” (E4). Um dos problemas relatados para o seu não funcionamento é a “falta de tempo dos secretários, pois possuem muitos compromissos, assim, nenhum deles quer participar das câmaras técnicas” (GF3A).

Diante da política de saúde do Paraná, os atores deste estudo referiram que têm sido organizados, para cumprimento das normas estabelecidas, alguns grupos condutores: da Rede Mãe Paranaense (E2), da Rede de Urgência Emergência (GF4E) e da Rede de Saúde Mental (E4). Por exemplo, no caso da Rede Mãe Paranaense, a SESA/PR estabeleceu a necessidade de ser formado um grupo condutor, com deliberação da CIR, para fazer o monitoramento e a avaliação da

vinculação da gestante ao hospital definido para atender ao parto e puerpério, seja a gestante de risco habitual, de risco intermediário ou de alto risco (PARANÁ, 2012d). Esses grupos são relevantes e precisam ser efetivados, mas não substituem as câmaras técnicas que também são importantes para embasar tecnicamente a tomada de decisões dos gestores de saúde nas CIR. No campo da gestão, os vários tipos de arranjos coletivos são importantes, inclusive os espaços de cogestão com a inclusão de trabalhadores de saúde, que são estimulados no âmbito do SUS, mas sem que se tornem burocratizados (ESCÓSSIA, 2009).

Na materialidade das CIR da macrorregião norte do Paraná os espaços foram considerados, por alguns atores envolvidos, “onde os secretários têm para trazer as suas angústias, seus problemas para uma solução” (GF2C); “um espaço onde se aprende muito, há troca de experiências” (GF1B). Mas “fica assim mais um repasse de informação dos setores da regional para os municípios [...] a função da CIR não é isso, mas discutir porque realizar, como realizar, quem vai realizar, então a gente não tem essa discussão” (E3). Portanto, do modo que está “não acredito muito no espaço como deliberativo” (E4). Com exceção do discurso do E3 observa-se que os atores percebem a realidade, mas não propõem um novo modo de operar as CIR.

Pode-se dizer que as Comissões Intergestores Regionais (CIR) da macrorregião norte do Paraná estão instituídas, com pautas e reuniões periódicas, mas ainda não são espaços democráticos de discussão e deliberação. Nesse cenário pode-se dizer que são espaços de aprendizagem, com trocas de experiências, mas que precisam ser fortalecidos em torno da organização da atenção em saúde regional, com produção de uma gestão interfederativa mais harmônica e responsável entre os atores envolvidos (MESQUITA, 2011; OPAS, 2011; DELZIOVO, 2012).

6.2.3.2 Os Atores do Jogo Social das CIR

Em todo jogo existem os jogadores, os atores em ação, com suas singularidades. Cada um tem um modo de ver a realidade, utiliza-se de uma lente particular, impregnada de seus interesses, formação intelectual, motivações, entre outros acumulados ao longo de sua história (MATUS, 1996; 2005).

Há atores sociais que ocupam permanentemente os espaços das CIR, que são os representantes da gestão estadual e os gestores municipais da região de

saúde, sendo detentores formais do poder de decisão. Mas, também participam das plenárias das CIR trabalhadores de saúde dos municípios e das regionais de saúde e apoiadores do Conselho Regional de Secretários Municipais de Saúde (CRESEMS). Em algumas reuniões, há a presença de diretores de Consórcio Intermunicipal de Saúde e de prestadores de serviços, com direito a voz, quando há pauta relacionada a eles, como já exposto na primeira dimensão desta pesquisa. Esta prática também foi observada por Delzियो (2012) em um Colegiado de Gestão Regional em Saúde.

Em relação aos atores das CIR, com poder de decisão no colegiado, pensando em quantidade, os gestores municipais (de 16 a 22) eram a maioria e os representantes da gestão estadual a minoria (de 3 a 9), portanto sem paridade numérica. Mas esse simples fato parece não produzir maior poder para os gestores municipais nos espaços das CIR. Quando se entra no campo das relações de poder, as assimetrias aparecem, tanto entre o poder municipal e estadual, como entre os próprios municípios. Como exposto, na materialidade das CIR, o ente federal tem exercido poder sobre os municípios e entre estes os que acumulam maior poder político também exercem poder sobre os outros municípios. Porquanto o poder se manifesta nas várias formas de inter-relações. No entanto ao mesmo tempo em que o poder subordina abre a possibilidade para os subordinados fazerem oposição para transformar a realidade (GIOVANELLA, 1990; BOBBIO; MATTEUCCI; PASQUINO, 1998). Mas os hoje subjugados precisam vislumbrar relações mais democráticas, senão acabarão por ser no futuro os que exercem poder sobre os outros, trocando só de papéis e não a forma das inter-relações.

Quando se faz análise do gestor municipal de saúde, também se remete ao CRESEMS e ao COSEMS. Este “reconhecido como entidade que representa os entes municipais, no âmbito estadual, para tratar de matérias referentes à saúde, desde que vinculado institucionalmente ao CONASEMS” (BRASIL, 2011d, sp.). Inclusive, com a publicação da Lei nº 12.466, o Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (CONASEMS) e o Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS) são fortalecidos, pois são declarados de utilidade pública e de relevante função social, passando a receber recursos do orçamento geral da união através do Fundo Nacional de Saúde (FNS) (BRASIL, 2011d).

A participação dos gestores municipais nas reuniões da CIR é fundamental, mas alguns não comparecem. Além disso, têm ocorrido mudanças frequentes de

secretários de saúde, principalmente dos municípios polos, como no exemplo: “agora mesmo houve a substituição de um secretário municipal, o que entrou não tem a mínima noção de saúde” (E5). Ao assumir a secretaria sem conhecimento, “acaba passando o tempo da gestão aprendendo, sem autonomia para as decisões, quando estão mais informados está na hora de sair” (E3).

A rotatividade de gestores municipais e o despreparo deles para o exercício das funções inerentes ao cargo têm sido apontados como problemas no âmbito do SUS (CECÍLIO et al., 2007; OPAS, 2011; DELZIOVO, 2012).

Junqueira et al. (2010) referem que há secretários municipais de saúde sem perfil adequado para exercer o cargo diante dos princípios e diretrizes do SUS, com destaque para

o baixo índice de escolaridade, a precária formação para o cargo, a pouca ou nenhuma experiência para o exercício da gestão municipal de saúde e a baixa autonomia política administrativa. Desta feita, torna-se premente ampliar a discussão sobre a introdução, na administração pública, de modelos profissionais de gestão que contraponham ao clientelismo, explícito, por exemplo, na indicação política para a ocupação de cargos de direção e trabalhadores de saúde, aspectos que são mais facilmente visualizados nas cidades de pequeno porte (JUNQUEIRA et al., 2010, p.925).

O despreparo de gestores de saúde de municípios de pequeno porte limita a ação na gestão em saúde, pois a defasagem cognitiva é uma barreira do jogo social e está relacionada ao acesso à educação, ao conhecimento acumulado e produzido (MATUS, 2005). Contudo por outro lado, gestores de municípios maiores, que podem deter maior conhecimento no campo da saúde, em muitos casos são os que menos participam das reuniões das CIR. Muitas vezes, enviam representantes em seu lugar. Portanto “aquele secretário do município que é um pouco maior e deveria ser uma referência microrregional é o primeiro desinteressado” (GF4A).

Um motivo apontado para a ausência na CIR de um gestor de município polo foi ele ser médico, assim explicado: “porque é médico, então não tem como participar mesmo, porque para médico é complicado, não tem tempo” (GF5A). Parece que no imaginário de pessoas perdura o poder médico construído historicamente, que permite que ele, mesmo assumindo uma responsabilidade de gestão, tenha justificativa para a sua ausência em uma plenária decisória intergestores. Pode-se dizer que a “profissão médica é singular. Nenhuma outra profissão do mundo ocidental adquiriu tanto poder em definir realidades como a medicina o fez ao longo de sua história” (MACHADO, 1999, p.15). Mas mesmo

diante desse poder “isso é falta de responsabilidade, ou assume, ou deixa outro assumir” (GF3C). Porque os gestores de saúde, “aqueles que ocupam cargos de direção nos sistemas locais de saúde, têm uma responsabilidade intransferível na gestão sistêmica do cuidado em saúde” (CECÍLIO, 2011, p.591).

Também a não participação efetiva na CIR refere-se a problemas que passam pelo fórum da CIR e não são resolvidos, aumentando o desinteresse. Isso está expresso assim: “é perda de tempo” (GF2C); “o secretário sai do município, se desloca, vem à reunião da CIB-Regional [CIR], discute e depois ninguém concretiza a decisão, nem a regional de saúde, nem a SESA/PR, o município fica sozinho” (GF4B). Assim, uns acabam “procurando diretamente, em Curitiba, o Secretário Estadual de Saúde para resolver logo o problema” (GF4A). Com esses discursos percebe-se um descrédito sobre a eficiência das CIR.

Por outro lado, dois gestores municipais passaram a participar das reuniões das CIR após sentirem-se prejudicados. Em uma situação o gestor não concordou com a pactuação sobre a Rede Mãe Paranaense, mas foi obrigado a cumprir. Em outra a construção da unidade de saúde do município não foi aprovada, devido à ausência do gestor municipal na reunião, assim, o gestor foi obrigado a pautar novamente e participar da reunião (E2, GF3E).

Esse contexto de pouca ou nenhuma participação de gestores municipais não permite a construção de um coletivo coeso, sobrecarregando os que participam. Pois “quando você divide a carga e a decisão é tomada entre todos, tudo é mais fácil” (GF2C).

Está evidente que é relevante a participação do gestor municipal nas reuniões da CIR, no entanto, “participar e não ter voz ativa não resolve nada” (GF3B). Há “gestores que falam mais, se expõem mais, outros ficam calados” (GF1G). “Sempre são os mesmos que falam, os outros concordam” (E3). “Tem uns que são dispersivos e ficam conversando paralelamente nas reuniões” (E2). “Os secretários de saúde precisam manifestar-se mais nas reuniões da CIB-Regional [CIR], cobrarem mais a resolutividade das coisas” (E4).

Portanto, a participação efetiva dos gestores de saúde dos municípios precisa acontecer com ações conscientes e responsáveis. Pode ser que uma das explicações para a diferença entre os que se expressam mais e os que não falam nas reuniões esteja relacionada à capacidade de comunicação de cada um. Nesse caso onde não há uma interação comunicativa transparente fica difícil construir

acordos (MATUS, 2005). Portanto, no jogo social a dificuldade comunicativa limita “o acesso às posições de diálogo e tornam confusas e opacas as conversações entre jogadores” (MATUS, 2005, p.355).

Em cada região de saúde, é eleito um presidente do CRESEMS entre os gestores municipais. Com respeito a esse cargo foi explicitada a experiência de um CRESEMS que primeiro foi negativa e depois positiva. Na negativa, o ex-presidente do CRESEMS, que deixou de ser secretário municipal de saúde, não respeitava os demais gestores municipais de saúde e, portanto, não os representava coletivamente. Um gestor municipal assim explicou: “quando eu começava a falar era cortado, falta de respeito, queria falar alguma coisa que estava vendo, que não estava certo ou queria alguma mudança, não fui respeitado” (GF3B). Mas, atualmente, de maneira positiva o presidente “tem conseguido [...] auxiliar [...] está sempre em Curitiba e em Brasília, conseguindo recursos e repassando para os demais amigos” (GF3E).

Dentre os gestores municipais, o presidente do CRESEMS é o que tem mais voz ativa nas reuniões, tanto no próprio colegiado, como na CIR. Mas é preciso ponderar que “a principal atribuição é do presidente, mas nunca se pode jogar toda a responsabilidade em cima de uma pessoa só” (GF5D). Também deve ter uma postura de liderança, mas não autoritária. O modelo proposto por Rivera e Artmann (2003) para a liderança e negociação entre os trabalhadores de saúde de uma organização de saúde poderia ser aplicado neste colegiado de gestores. Neste desenho o presidente do CRESEMS desenvolveria uma liderança de mobilização, que inspirasse os outros gestores com o comprometimento da gestão regional, sem impor ou dominar. A liderança se daria por meio de negociações entre os atores dentro de um processo criativo comunicacional.

Em relação ao colegiado do CRESEMS considera-se a necessidade de ele ser fortalecido como o Conselho de Secretários Municipais de Saúde (COSEMS). Na reunião do COSEMS em Curitiba, que antecede a CIB/PR, quando “se define não a uma proposta, se a maioria não quer, o estado tem que apresentar uma nova proposta, para ser discutida e levada para a próxima reunião da CIB/PR” (GF4A).

A dinâmica do trabalho do gestor no município foi considerada estressante e com remuneração insuficiente como demonstram os seguintes discursos: “nós somos os verdadeiros escravos do trabalho, vinte e quatro horas no celular, na rua, na sua casa, no domingo, no feriado, todo mundo ligando. [...] sem reconhecimento

e mal remunerados” (GF1B). Porque “a maioria das ações e serviços de saúde são executadas pelos municípios. Assim, querendo ou não, aonde eles [cidadãos] vão bater? É na porta do secretário de saúde. [...] Não tem hora, não tem dia, nada. O secretário que resolva” (GF4F). “É difícil ser gestor por essa razão, você vê a necessidade do paciente e a urgência daquele atendimento” (GF4H). Nesse contexto cultural em que o cidadão procura o gestor de saúde para resolver sua demanda de saúde, porque provavelmente às ações e os serviços de saúde não estão organizados efetivamente para atender à população, fica difícil estabelecer um planejamento em saúde, mesmo que ele seja dinâmico. Assim, acaba sendo desenvolvida a gestão em saúde de maneira improvisada no cotidiano do trabalho em saúde (MATUS, 2005; CECÍLIO et al., 2007).

Também a secretaria de saúde foi comparada com outros setores, principalmente com a secretaria de educação, como exposto:

Secretário de educação trabalha muito, só que para-se às cinco horas, acabou, [...] Setor de esportes, cinco horas parou; prefeitura cinco horas parou; meio ambiente cinco horas parou; todos os outros setores cinco horas, dezessete horas parou e nós da saúde, 24 horas (GF1C).

Vamos falar da educação [...] Eu deixo a minha criança na porta da escola, a professora pega ela, tem livro, tem merenda e a criança vai ficar guardada lá dentro. [...] atende só crianças e adolescentes [...] nós atendemos a população inteira, 100%, [...] é muito complicado para a saúde (GF2B).

Santos e Andrade (2011) reconhecem que a saúde é diferente dos outros serviços públicos. A educação, por exemplo, tem um sistema no qual os entes federados – municipal, estadual e federal - para atingir um objetivo legal colaboram entre si, mas não precisam se integrar em uma rede de serviços, como é o caso da saúde. Portanto, o direito à educação não depende da interconexão vinte e quatro horas dos serviços educacionais.

Enfim, o gestor municipal tem direito de tomar decisão nos espaços das CIR, são a maioria, mas necessita participar mais ativamente da gestão interfederativa, em meio às disputas de poder na região de saúde. Ao mesmo tempo precisa ter capacidade de resolver as demandas específicas da saúde da população do município, com responsabilidade e idoneidade política; ocupação complexa e difícil de ser alcançada.

Em relação aos representantes da gestão estadual, também com poder de decisão na CIR, a participação é assídua, principalmente, do diretor(a) e do(a) chefe da Divisão de Atenção e Gestão em Saúde (DVAGS).

Neste caso, quando se analisam os representantes da gestão estadual, também se faz menção às regionais de saúde, espaços dessa gestão.

Alguns comentários foram tecidos a respeito de ser representante da gestão estadual. “Não tinha o preparo necessário quando assumi a função na CIR” (E3). “A regional de saúde tem a função de auxiliar, de coordenar, de fazer assessoria técnica para os municípios, mas não se tem todo o conhecimento técnico para isso” (E4). “Se acaba articulando alguns encaminhamentos na CIB-Regional [CIR], mas tem que ter bom senso, senão acaba prejudicando um lado, o político ou o técnico” (E1).

Da mesma maneira que os gestores municipais esses representantes da gestão estadual nas CIR precisam eliminar as barreiras de cognição, isto é, ter preparo, acúmulo de conhecimentos para a suas ações, como também, ter capacidade de liderança, sem autoritarismo.

Mas às vezes o autoritarismo manifesta-se diante das demandas estadual e federal. “Alguns programas e projetos do governo estadual ou até federal eles simplesmente dizem: tem que fazer isso” (GF3A). Em algumas situações “a regional peca de não olhar o município, cada um diferente do outro, porque o meu problema, não é o problema de x ou y. Então, eles generalizam tudo e vai só querendo que nós cumpramos as metas” (GF2 F).

Os problemas apontados podem estar relacionados à pouca autonomia política de atores da regional de saúde. “A regional tem certa autonomia técnica, mas não tem autonomia política, financeira e de execução” (E4).

Nesse sentido, Campos (2006, p.26-27), quando salienta a formação Paidéia da pessoa, explica que “a política, a gestão e o trabalho deveriam ser julgados também por sua capacidade de construir os maiores coeficientes possíveis de autonomia e de liberdade para as pessoas e instituições”. No caso dos representantes estaduais nas CIR a autonomia deveria ser medida, principalmente, pela capacidade de reconhecer e articular a política estadual e nacional com as particularidades das regiões de saúde, as quais não são homogêneas. Mas na realidade aqui estudada os representantes da gestão estadual praticam ações estratégicas, para beneficiar um jogador ou grupo de jogadores (ente estadual) ao

invés de desenvolverem ações comunicativas, no plano da transparência, com informações claras (MATUS, 2005).

Diante da necessidade de se ter integração entre a CIB/PR e as CIR houve “um movimento das regionais para que fosse um técnico em todas as reuniões em Curitiba. Diante desta solicitação, criou-se a figura de apoiador da CIB/PR” (E2). Esse apoiador ao participar das reuniões ficava informado sobre os temas, os assuntos e as deliberações, podendo atuar com mais competência nas CIR. Assim, um representante da gestão estadual da CIR de cada regional foi definido pela SESA/PR como apoiador. Inclusive os cinco entrevistados desta pesquisa eram ou já haviam ocupado essa posição de apoiador da CIB/PR. Com esse movimento de criação do apoiador da CIB/PR os representantes da gestão estadual nas CIR ficaram mais informados e fortalecidos.

Além dos representantes oficiais com poder de decisão nas CIR também participam das reuniões atores ouvintes, sem poder de decisão, sendo eles: os apoiadores do CRESEMS, os trabalhadores de saúde dos municípios e das regionais de saúde. Esses podem acabar interferindo indiretamente nas decisões e pactuações das CIR, porque o poder que permeia as inter-relações está alicerçado em várias determinações e não somente na formalidade da posição do ator no jogo.

Os apoiadores do CRESEMS, no Paraná, foram contratados pelo COSEMS a partir de 2011. Essa experiência em São Paulo existe desde 2007 onde o COSEMS definiu “apoiadores regionais para acompanhar a elaboração dos planos e fortalecer os gestores municipais nos CGR [CIR]” (IANNI et al., 2012, p.928).

A análise dessa experiência no Paraná não foi objeto desta pesquisa, mas surgiram alguns comentários: “nós não tínhamos uma pessoa por trás para apoiar esse grupo de secretários, então eu estou vendo como um ponto positivo” (GF5B). “O apoiador deixa a par de muitas coisas” (GF2si). Mas, por outro lado, “o apoiador nos acelera, cobra, você mandou isso? É um pouco estressante” (GF1A).

Pode-se dizer que essa proposta de apoiador tem proximidade com a ideia de supervisão matricial. Campos (1998) propõe esta supervisão para a instituição, não para controlar e fiscalizar se as normas estão sendo cumpridas, mas como um agente que mobilize a equipe para uma reflexão crítica do trabalho, ajude a identificar os problemas e ajude nas mudanças, com processos de educação permanente. Nesse sentido, o papel do apoiador não é só o de participar das

comissões interfederativas, mas ter a capacidade de articulação democrática, baseada em conhecimentos.

Os trabalhadores de saúde dos municípios que participam das CIR “colaboram com os gestores municipais na execução das pactuações” (E2). Mas, “o gestor municipal precisa estar junto com o técnico, ouvir as informações, as pactuações, pois são tomadas decisões importantes” (GF3A). A “pessoa que está à frente como secretário vai desempenhar um papel mais voltado para a política e a outra pessoa vai ter um papel mais técnico” (GF5D). Porque, pode acontecer do gestor “não ter noção do que fazer na secretaria [...] e acabar ficando na mão de pessoas que, às vezes, podem ser mal intencionadas” (GF2C).

Neste contexto, o poder técnico, tomado como a capacidade que a pessoa tem de gerar, aprovar, manipular conhecimentos e informações pode ser manifestado. Portanto a análise desta distribuição de poder tem que ser realizada, pois, em geral, está concentrada em alguns grupos, que podem ser técnicos (GIOVANELLA, 1989; TESTA, 1995).

O poder técnico também pode estar concentrado nos trabalhadores das regionais de saúde. Ao assumirem a exposição de assuntos nos espaços das CIR, de certa maneira, acabam expondo as razões técnicas para uma decisão e esta pode prevalecer, seja a melhor opção para a região de saúde ou não. Como aqui expresso: “a regional centraliza o pleito regional e passa muitas informações” (E5); “a regional empurra uma pauta para aprovar/deliberar, força” (GF3E). Assim nesse caso novamente fica evidente a dominação do ente estadual sobre o municipal.

Além dos atores que ocupam os espaços das reuniões das CIR o prefeito, que não participa diretamente da CIR, é um ator importante no âmbito da gestão interfederativa regional devido ao poder político que detém e, segundo Testa (1995), esse tipo de poder, em geral, subordina os poderes técnico e administrativo.

O gestor municipal (secretário ou diretor de saúde) ocupa cargo político, sendo uma escolha do prefeito. “A regional de saúde sugere, mas quem define é o prefeito, ele acomoda quem o ajudou na campanha, então, nós da regional temos que respeitar sua decisão” (E5). Essa designação de cargos públicos baseados na lealdade política e, ainda, a existência de nepotismo, de gerontocracia e de corrupção demonstram que na administração pública perseveram fragmentos do patrimonialismo pré-burocrático (SECCHI, 2009).

Devido a isso, em muitos casos, o gestor municipal acaba não tendo autonomia, subordina-se ao prefeito. Nos discursos isso aparece:

Tem secretário que não tem autonomia, tem medo de ser exonerado, dependendo da decisão tomada na CIB-Regional [CIR]. O prefeito nomeou o secretário, ele deve ser responsável pela saúde do município e o prefeito tem que ter total confiança no seu secretário, pois o cargo já diz, é cargo de confiança (GF3E).

Os secretários ainda têm muita dificuldade, porque por mais que queiram fazer tem toda uma outra ação [política] por trás que, às vezes, impede (E2).

Como neste estudo, a baixa autonomia dos gestores municipais de saúde diante do poder executivo municipal também foi apontada em estudo realizado por Santos e Giovanella (2014), como um dificultador para que fossem fortalecidas as decisões da CIR.

Também sobre a inter-relação prefeito e gestor de saúde, Miranda (2003) argumenta, que a relação de confiança (informal) do gestor diante da autoridade política do prefeito (formal) faz com que a autonomia e o poder de decisão do gestor estejam limitados à margem política do prefeito. Deste modo, no parecer de Vasconcelos (2005), os governos municipais possuem contextos políticos diferentes que condicionam a governabilidade dos gestores da saúde. Assim em um jogo social, como no caso das CIR, o jogador com maior poder político acumulado tem maior possibilidade de produzir jogadas em relação aos atores com menor poder político (MATUS, 2005).

Sobre a dinâmica dos pleitos no processo de decisão interfederativa, em teoria ela poderia seguir os passos descritos por um representante da gestão estadual. “Passar pelos Conselhos Municipais de Saúde, depois na reunião do CRESEMS, em seguida na CIB-Regional [CIR], se necessário encaminhado para a CIB/PR” (E1). Mas, às vezes, o poder político não reconhece essa trajetória, assim, acontece de “o prefeito levar um pleito direto para o secretário de estado da saúde e/ou governador. Mas como o processo não passou pelos tramites legais retorna à regional de saúde para acertar a situação” (E5). Essa prática existe porque persevera “a questão da cultura política, que é meio que está acima da lei, do bem e do mal” (E2).

Nesse contexto a realidade política está impregnada do estilo Maquiavel, com uma dose de estilo Chimpanzé e praticamente nada do estilo Gandhi de fazer

política. Nessa combinação de estilos frequentemente surgem conflitos (MATUS, 2005, 2007a).

Contudo não são todos os prefeitos que possuem posições autoritárias. O discurso a seguir representa uma postura diferente: "no meu município, o prefeito, já em várias gestões, permite que o secretário de saúde tenha autonomia para fazer o que acha que é melhor para a população" (GF4E). Neste caso, não é possível afirmar, mas pode ser que o líder político esbarre um pouquinho no estilo Gandhi de fazer política, mas como se sabe que isso é raro em nossa sociedade, a maior probabilidade é do secretário de saúde estar executando exatamente o projeto do prefeito (MATUS, 2005, 2007a).

Sobre o COAP "o estado [SESA/PR] está fazendo uma proposta de criar as microrregiões, mas não vai funcionar, se não mudar o entendimento dos prefeitos" (GF4A). Então, uma das saídas para a região seria sensibilizar as forças políticas locais sobre a necessidade de desenvolver uma gestão solidária (DELZIOVO, 2012).

Segundo Cecílio et al. (2007) são muitos os fatores que influenciam a gestão municipal de saúde.

O contexto político local, em particular o prestígio e governabilidade do gestor municipal junto ao prefeito, o maior ou menor grau de ingerência política na 'máquina' da secretaria de saúde, a composição e experiência da sua equipe de governo (muitos gestores municipais são 'departamentos de saúde' e não secretarias de saúde), a trajetória pessoal do gestor e sua capacidade de formulação de um projeto de saúde para a cidade, a existência de atores sociais com alguma capacidade de controle sobre o SUS, o projeto político pessoal do gestor municipal e sua articulação político-partidária local, tudo isso resulta em uma grande diversidade de configurações das equipes gestoras municipais (CECÍLIO et al., 2007, p.206).

No presente estudo, a figura do prefeito obteve maior destaque, como dirigente político. Mas Campos (2008) salienta que no país há necessidade de dirigentes dotados de capacidades efetivas para lidar com o contexto perverso em que se constrói o SUS.

No entanto, este mesmo contexto produz e assegura viabilidade, principalmente, a gestores plásticos, camelões, gente que, no governo, esquece o que escreveu, o que pregou, anteriormente, quando vinculados à sociedade civil. As exceções confirmam este modo de produção de 'dirigentes'. Como superar esse paradoxo? (CAMPOS, 2008, p.2020-2021).

Além da superação do paradoxo exposto por Campos (2008) é preciso considerar o abismo que há entre a teoria e a prática no mundo político, exposto por

Matus (2005). Para este autor uma pessoa com formação científica, com domínio do juízo analítico, ao ingressar no ambiente político torna-se um político pragmático, deixa as ciências de lado. Isso acontece porque no campo social os paradigmas científicos verticais não se convertem espontaneamente em paradigma prático, sem uma teoria da ação prática.

Com essa ponderação encerra-se a discussão sobre o prefeito e o poder político. Contudo é preciso salientar que existe a possibilidade de um ator social, como no caso do prefeito, por meio de uma ação individual, um “movimento”, mobilizar outros atores a favor de sua intenção. Mas segundo Matus (2005) quando se têm vários atores com uma intencionalidade coletiva a chance de enfrentar um poder é maior. Assim os atores das CIR precisam estar mobilizados para lutar em prol do bem-estar dos cidadãos da região de saúde.

Para finalizar as reflexões sobre os atores sociais envolvidos na gestão interfederativa regional, ressalta-se que entendendo governar como liderar, conduzir, interferir em um jogo social visando um propósito, todos os atores, na medida em que consigam conduzir algum projeto, alguma intenção, governam, mas há sempre os que detêm maior poder. Mesmo assim, como um ator não tem total controle sobre o jogo social, pode-se esperar o inesperado em uma realidade social que está em permanente construção (MATUS, 2005).

6.2.3.3 A Dinâmica do Processo Decisório

A experiência de negociar, fazer acordos, tomar decisão sobre a organização das ações e dos serviços de saúde de uma região nos espaços das Comissões Intergestores Regionais é considerada uma experiência com pouco acúmulo, portanto um processo em construção, pois, “o pacto entre gestores e pensar na região é uma coisa nova” (E2).

Em 2011, com o novo governo de estado, surgiram nos espaços das CIR propostas de deliberações para mudanças nas estruturas e na organização dos serviços de saúde municipais. Isso provocou uma dinâmica intensa no processo decisório.

Um dos exemplos relaciona-se à transformação das Unidades de Saúde da Mulher e da Criança (USAIMC) em Unidades de Atenção Primária Saúde da Família

(UAPSF). Esse assunto foi apresentado quando da análise da agenda de saúde dos gestores nas CIR.

Sem entrar no mérito do acerto ou não dessa decisão, a questão é que sempre que muda um governo acaba gerando “um processo angustiante, porque você vai jogando um monte de coisa [...] e como o município vai dar conta disso tudo? Essa dinâmica precisa mudar” (E2). Essa única mudança, que foi deliberada nas CIR, provocou contendas, mesmo que nos bastidores do cenário, principalmente, pelos gestores de uma CIR.

Na gestão anterior do estado propuseram clínicas da mulher e da criança, essa gestão entrou e mudou para unidade de atenção primária à saúde da família e teve que mudar a cor do prédio que já tinha pintado, teve que arcar com esse custo, e agora está toda uma discussão sobre o custeio e o equipamento de quem, ainda, não recebeu. Então isso atrapalha muito o município, porque nós não tivemos culpa, porque o novo governo ainda coloca: Mas quem mandou você pegar isso? Imagina se um prefeito não vai pegar uma obra que o estado está ofertando gratuitamente. Então tudo isso complica e atrapalha (GF2B).

Nós estamos ainda com as unidades fechadas, paradas (GF2A).

E a população reclama, já depredaram a minha e a dela, jogaram pedra, quebraram vidro, porque a população quer que abre. E as pessoas não entendem (GF2B).

Mas enquanto continuar gestor pegando o que o governador vomita ou um deputado vomita, sem um planejamento, pegar por pegar, não vai resolver nunca a situação. O prefeito vai ter que ter discernimento para saber: Isso aqui não cabe na minha cidade, isso eu não quero (GF2F).

Isso é difícil, porque politicamente eles têm essa visão de que quanto mais obra, quanto mais coisas eles trouxerem melhor (GF2A).

Mas não consegue, porque depois você fica com uma estrutura que você não consegue por em funcionamento [...] esse nosso sistema político de usar o serviço de saúde para se fazer política, isso é muito terrível. Tem que defender o seu prefeito, mas tem hora que é duro, porque a posição dele não é a mesma que a nossa e ele não entende (GF2F).

Um dos papéis do estado é a condução do processo de regionalização, mas que necessita de mediação entre os interesses da região e os individuais, para a efetiva articulação interfederativa (PEREIRA, 2009). Nessa perspectiva é preciso “trabalhar no sentido de implantar as políticas do estado e do ministério, mas também que as demandas municipais sejam ouvidas” (E5). Portanto, o estado além

de incentivar os espaços de cogestão em regiões de saúde, para congregar os gestores em torno de negociações, precisa articular o planejamento regional (PEREIRA, 2009).

O modelo federalista fiscal que aumentou a relação bilateral (federal-municípios) diminuiu a capacidade dos governos estaduais para coordenar as atividades intermunicipais. Assim, o estado na tentativa de buscar espaço, também, passou a financiar estruturas municipais de saúde, em outra relação bilateral (estado-municípios) (VIANA; MACHADO, 2008). São positivos os esforços realizados para que recursos financeiros sejam alocados na APS, visando mudança no modelo de atenção, apesar de se manter grande parte do financiamento deslocado para os serviços de média e alta complexidade (TANAKA; OLIVEIRA, 2007).

As dificuldades na dinâmica das decisões nas CIR aqui estudadas não se referem somente às relações entre estado (SESA/PR) e os municípios. Há também problemas relacionados às relações entre municípios. Esse contexto também foi observado por Carneiro, Forster e Ferreira (2014) em três CGR, da região de Ribeirão Preto do estado de São Paulo, nos quais emergiu a dificuldade de construir relações “isonômicas” tanto entre estado e municípios como entre os próprios municípios.

O gestor de saúde de município de pequeno porte “às vezes não se manifesta contrário à decisão [...] depois não quer mandar o termo de compromisso” (E4). “Há município pequeno que não quer assumir nada” (E2). Isso também foi demonstrado em estudo realizado por Dourado (2010), no qual um dos obstáculos para a regionalização da saúde refere-se aos municípios de pequeno porte por, em sua maioria, apresentarem dificuldades administrativas, desigualdades econômicas regionais e baixa qualificação técnica do gestor de saúde. Neste contexto, não se concretizam as pactuações.

Também por outro lado “há dificuldades para se pactuar, porque o entendimento do município polo é que é um prejuízo para ele” (GF2C). Isso pode acontecer, porque, por um lado, os gestores de saúde de municípios sede de região “se sentem sobrecarregados com o atendimento de pessoas dos outros municípios e avaliam que o que recebem do SUS não cobre suas despesas” (CECÍLIO et al., 2007, p.205). Por outro lado, em geral, não precisam dos municípios pequenos, porque são detentores de maior poder político e capacidade instalada de serviços de

saúde, apesar de enfrentarem uma complexidade maior na organização dos serviços (PINTO; TANAKA; SPEDO, 2009; DOURADO; ELIAS, 2011).

No âmbito da Comissão Intergestores Tripartite (CIT) Vasconcelos (2005, p.197) verificou que, muitas vezes, os interesses dos entes federados de maior mobilização política, como os municípios de médio e grande porte, sobrepõem-se aos desejos dos de pequeno porte, mesmo sendo eles a maioria.

No caso das CIR aqui estudadas um processo para a mudança da realidade refere-se “ao fortalecimento do grupo de secretários, cada um pensa no seu município, nós temos que pensar em decisões de grupo, com reuniões da CIB-Regional [CIR] mais objetivas e mais resolutivas” (GF5B).

Delzivo (2012, p.104) também observou que no colegiado catarinense estudado a “solução dos problemas, por muitas vezes, ainda é buscada de forma individualizada enfraquecendo a regionalização e as próprias secretarias municipais de saúde”.

A dinâmica das CIR tem sido, em alguns casos, discutir e rediscutir uma problemática e, mesmo assim, não se resolve ou não se efetiva a solução proposta, como expresso nos discursos:

Têm coisas que foram discutidas lá na primeira reunião, em abril de 2011 e, até agora, não foi resolvido [final de 2012] (GF2 F).

Nós ficamos com um caso indo e voltando durante um ano, sempre levantava o problema na reunião, mas eu não queria isso, então vinha tudo de novo à discussão (E3).

Nós discutimos e discutimos, mas o problema não é resolvido (GF4D).

Tem coisa que decidiu e não foi operacionalizado, tem que ficar cobrando municípios, depende do interesse deles (E2).

Para superar essa realidade, um caminho seria que as responsabilidades e os compromissos dos gestores com as pactuações e o planejamento regional fossem documentados, com definições de ações de monitoramento e avaliação, para conferir direcionalidade às ações implementadas (REIS; CESSE; CARVALHO, 2010). Nesse sentido uma estratégia proposta nacionalmente por meio do decreto 7.508/2011 é Contrato Organizativo da Ação Pública da Saúde (COAP). Sobre esse instrumento, no Paraná, as diretrizes para o estado foram definidas na Comissão Intergestores Bipartite (CIB/PR) e em cada região de saúde o processo de construção está sendo pactuado nos espaços das CIR (PARANÁ, 2012c).

Na dinâmica decisória das CIR aparecem movimentos de conflito e cooperação. Portanto, “há crises, conflitos” (E2) e não somente acordos.

Os conflitos, que podem ser desencadeados por divergências políticas e/ou disputas de interesses, extrapolam os espaços das CIR. Há um caso no qual prevalece a decisão dos gestores municipais. Em outro o poder da regional sobressaiu-se.

Nós tivemos um problema muito sério ano passado, que ainda se arrasta [2012]. Entendemos que um prestador que montou o serviço não o fez satisfatório. Então achamos melhor uma pactuação de serviço em outro local. Essa decisão tomada no CRESEMS e na própria reunião da CIB-Regional [CIR], a priori, não foi respeitada. Nós tivemos interferências políticas e da direção da regional. Foram para Curitiba e tentaram junto ao Secretário de Estado da Saúde rever a decisão que a maioria dos secretários havia tomado na região. Felizmente, o secretário teve bom senso e a resposta dele para esse grupo de políticos foi que a decisão tomada pelos secretários dos municípios é a que vale (GF3A).

São disputas de interesses. Um município queria que a pactuação fosse com um serviço particular, mas o parecer da regional foi priorizar um serviço filantrópico ou estadual. Então houve discussão e prevaleceu o parecer da regional. O prestador de serviço pode acertar com o secretário, para ele tudo bem, mas para a região não (E5).

Nos dois casos expostos as pactuações são advindas de conflitos, portanto uma fonte de incertezas quanto ao cumprimento dos acordos, pois um ator diante da obrigatoriedade de cooperação tende a descumpri-la. Portanto em um jogo social a eficácia de um jogador depende da(s) jogada(s) do(s) outro(s) jogador(es), daí a necessidade de fazer acordos solidários (MATUS, 2005; 2006).

Cecílio (2005) teoriza sobre os conflitos manifestos em organizações de saúde. A elaboração do autor pode ser aplicada no contexto das CIR, pois nesses colegiados, também há conflitos, considerados “ruídos”, decorrentes de disputas de interesses entre pequenos grupos e interpessoais, podendo ser conflitos observáveis (explícitos, com tomada de providências) ou encobertos (não são enfrentados, circulam pelos bastidores da gestão).

Há conflito quando dois ou mais atores fazem uma apreciação situacional divergente – situação entendida no estrito sentido proposto por Matus: o recorte interessado da “*realidade*” feito por um ator engajado na ação. Essa definição está comprometida com duas ideias principais. A primeira é a de que cada ator faz uma apreciação da “*realidade*” que depende do lugar que ocupa na organização que está sendo analisada. Seu lugar na “*estrutura*”. O olhar condicionado pelo lugar. A segunda ideia é a de que esse olhar é, sempre e antes

de qualquer coisa, um olhar comprometido com a ação, com intencionalidades (CECÍLIO, 2005, p.510).

Nos conflitos do jogo social de natureza cognitiva, relacionados aos modos divergentes de conhecer a realidade, o argumento é usado para tentar produzir um consenso. Mas isto não será produzido se o conflito estiver sendo gerado por interesses divergentes, porque com a tomada de decisão haverá “benefício” para uns e “prejuízo” para outros (MATUS, 2005). Nesse contexto, a cooperação será “obrigatória” para uns, diante do resultado que os outros querem produzir. Assim os que “cooperam” podem ter uma resposta de apatia, indiferença, não cumprindo com o pactuado (MATUS, 2005).

Mesquita (2011), ao estudar uma CIR cearense, demonstrou que em sua maioria os consensos firmados foram gerados com apatia, sem a preocupação explícita sobre a importância destes para a organização do sistema regional de saúde. Isso parece acontecer nas CIR aqui estudadas, pois alguns gestores municipais votam a favor de um assunto durante a plenária da comissão intergestores e depois não cumprem o pactuado, isto é, não tomam providências para realizar o acordado. Nesse contexto que validade tem uma decisão regionalizada?

Os problemas da área da saúde, em geral, não são estruturados, portanto não podem ser tratados e resolvidos de maneira simplista. O processo de cooperação é complexo, podendo passar por força, imposição, com confronto, mas terá que alcançar a negociação e o compromisso responsável de todos com respeito às decisões tomadas (MATUS, 2005; 2007b).

Na argumentação apresentada percebe-se que o consenso entre os entes federados não significa unanimidade de interesses, de ideias, mas um pacto entre os atores sociais. Na produção do consenso, o desacordo é uma possibilidade natural do processo, mas que precisa alcançar um pacto sem coerção, no qual a decisão tomada pelo coletivo se sobrepõe aos interesses individuais, dentro dos princípios democráticos (DOURADO; ELIAS, 2011). A dificuldade é que nesses cenários, onde há uma distribuição desigual de poder entre os atores, persiste a tendência de se favorecer alguns gestores ou grupos corporativos em detrimento de outros (FLEURY, 2009).

6.2.3.4 O Caso da Rede de Atenção à Saúde

A atenção primária em saúde (APS) ou atenção básica (AB), como definida pelo Ministério da Saúde, tem sido fortalecida por meio do processo de descentralização (PAIM et al., 2011; CECÍLIO et al., 2012). Isso é importante porque a APS é considerada a porta preferencial do sistema de saúde para o cidadão e o desejável é que tenha qualidade e seja resolutiva para atender por volta de 80 a 85% das demandas de saúde dos municípios (SANTOS, 2008). Nela se produzem ações intersetoriais de promoção de saúde e prevenção de doenças, bem como, serviços de assistência, com a possibilidade de referência à assistência ambulatorial especializada e hospitalar (PAIM et al., 2011).

O Ministério da Saúde tem priorizado a estratégia saúde da família (ESF) na atenção básica, com sua indução por meio de estímulo financeiro aos municípios. Para Pinto, Tanaka e Spedo (2009, p.935) isso “configura uma forma de (re)modelar a atenção básica com uma única estratégia em todo o país e pode ser caracterizada como um tipo de isomorfismo institucional”. Considera-se que essa reflexão é relevante, principalmente diante da heterogeneidade dos municípios brasileiros, mas como neste trabalho não se tem a intenção de analisar a ESF, fica aqui esse apontamento.

Mesmo com todo esse movimento em torno da APS, para garantir a integralidade da atenção, tem sido proposta a construção da Rede de Atenção à Saúde (RAS) na qual a APS assumiria o centro de comunicação da rede (MENDES, 2011). Sobre esse desenho organizativo no âmbito do SUS, Cecílio et al. (2012) apontam que a atenção básica está longe de assumir o papel de centro de comunicação e de coordenação da rede, pois as equipes de saúde não conseguem ter governabilidade na garantia do acesso dos usuários aos outros níveis do sistema de saúde. Assim sendo, ao mesmo tempo em que se imprimem esforços para concretizar a regionalização, com construção da RAS, também é preciso continuar fortalecendo a APS.

6.2.3.4.1 Rede Mãe Paranaense

No Brasil, o Ministério da Saúde (MS), em 2011, com a portaria nº 1.459 instituiu a Rede Cegonha que

consiste numa rede de cuidados que visa assegurar à mulher o direito ao planeamento reprodutivo e à atenção humanizada à gravidez, ao parto e ao puerpério, bem como à criança o direito ao nascimento seguro e ao crescimento e ao desenvolvimento saudáveis (BRASIL, 2011a, sn).

No Paraná, em 2012, com a deliberação CIB/PR nº 051 é aprovada a Rede Mãe Paranaense (RMP) para organizar a atenção materno-infantil (PARANÁ, 2012a). Nesta proposta de rede além do risco habitual e alto risco da Rede Cegonha foi incluído o risco intermediário (PARANÁ, 2012b).

Tanto o MS como a SESA/PR, para a organização da rede, disponibilizam recursos financeiros para os municípios, fato positivo. Contudo essa divisão de financiamento pode criar dificuldades para uma política regional, diante da falta de articulação adequada entre os três entes federados.

Nesse contexto, o poder administrativo (TESTA, 1992; GIOVANELLA, 1989) sobre os municípios fica concentrado, primeiramente, no MS e, depois, no governo de estado, ou seja, há relações verticalizadas de poder administrativo entre os entes federados (GIOVANELLA, 1989; TESTA, 1995; BOBBIO; MATTEUCCI; PASQUINO, 1998). Isso gera na disputa por financiamento na saúde constrangimentos para a efetivação não só das RAS, mas do SUS, bem como reflete a instabilidade e a insuficiência dos recursos postos no setor saúde (MENICUCCI, 2009).

O poder administrativo neste estudo pode ser percebido no seguinte discurso: “Tem muita coisa que desce de goela abaixo na CIB-Regional [CIR], ou faz, ou não recebe, então como é necessário o dinheiro a gente aceita” (E3). Essa realidade precisa ser modificada, pois a dinâmica da articulação interfederativa não pode ser alcançada com imposição ou utilização de repasse financeiro, por barganhas, do ente federal sobre os estados e municípios, muito menos do ente estadual sobre os municipais (ABRUCIO, 2005). Uma maneira possível de mitigar essa relação vertical e descendente de poder é mediante o desenvolvimento de pactuações coletivas sobre o financiamento e organização da RAS.

Uma ilustração disso pode ser a necessidade da aprovação da Rede Mãe Paranaense (RMP) nas CIR, como demonstra a fala:

Um acontecimento bem importante que nós tivemos é na Rede Mãe Paranaense, nós tivemos uma oficina [...] Então nós, juntos, definimos e conversamos qual município que iria atender risco médio, risco intermediário ou habitual. Isso foi um consenso (GF2 A).

Também por meio do componente de educação permanente em saúde (EPS) do APSUS, realizaram-se oficinas para os gestores municipais e trabalhadores da saúde, sendo consideradas relevantes, segundo discursos:

Há muito tempo a minha equipe não se reunia. Com a oficina [...] sentam, estudam os casos clínicos [...]. A minha equipe está respondendo muito bem, no meu município como gestora, eu vejo as equipes do PSF se reunindo, fazendo reuniões, avaliando, eles já estão fazendo estratificação de risco, que antes nunca era feito. E eu creio que isso em longo prazo vai melhorar os indicadores de saúde (GF5B).

Eu acho que no município foi muito boa essa Rede Mãe Paranaense, acho que despertou os profissionais para coisas que, na verdade, tinham virado uma rotina (GF5si).

A inclinação ao raciocínio baseado em réplicas mecânicas vem sendo prejudicial, pois fortalece a imitação irrefletida (MATUS, 2005). Assim, para romper com essa realidade, a educação permanente em saúde (EPS) tem sido incentivada, pela aposta de que pode permitir contextualizar as ações que os trabalhadores de saúde realizam, no próprio espaço de trabalho, com problematização e ressignificação delas por meio de práticas educativas significativas (BRASIL, 2004; CECCIM, FEUERWERKER, 2004).

Mas além da EPS para os trabalhadores de saúde e gestores municipais foram pactuados os pontos de atenção da rede no âmbito das CIR por meio de deliberações, mas ainda com entraves.

Temos dificuldades com dois municípios. Em um município, o hospital foi definido como referência de risco habitual, mas o prefeito não está querendo. No outro município, o hospital foi definido na CIB-Regional [CIR] que atenderia o risco intermediário da região inteira, só que o hospital só quer atender o próprio município (E3).

Na organização da rede pactuamos na CIB-Regional [CIR] que vamos fazer isso, definimos quem é sede de micro, quem vai atender, agora a dificuldade que nós temos é com o prestador (GF2 C).

Além disso, alguns pontos de atenção da rede não estão efetivamente integrados, como o Consórcio Intermunicipal de Saúde (CIS) e os hospitais, como mencionados.

A atenção primária, excepcional, muito bom, ajudou, melhorou, mas estão faltando a média e alta, que depende do estado e da união. Falando em fluxo, em rede que envolve um todo, nunca se vai conseguir concluir sozinho (GF5D).

Nós estamos classificando o risco da gestante no município, mas o profissional que está no CIS devolve, porque refere que não é risco intermediário e alto risco, estamos classificando segundo a Linha Guia do estado. Temos muito que melhorar ainda, se continuar desse jeito não adianta o município fazer atenção básica e vir para o CIS e o profissional estragar tudo (GF5B).

Várias reclamações do hospital, de gestantes estarem em trabalho de parto e o médico do município encaminhar para o hospital que atende alto risco e chegando lá eles devolvem a paciente para o município (GF4F).

A gestante fica na porta do hospital, dentro da ambulância, muitas vezes, já em trabalho de parto, correndo risco de vida, ela e a criança. E para eles aceitarem, da última vez, eu tive que ligar para o chefe da regional, para ele ligar para o hospital para a gestante ser aceita (GF3K).

Esses problemas sobre a falta de garantia de acesso das gestantes aos serviços hospitalares são pautados nas CIR.

Traz o problema – não atende a minha gestante –, mas não faz a discussão necessária. Se não está atendendo o que pode se fazer para mudar a situação? Contudo, fica no problema. Não atende, porque eu não pago o hospital, mas o município vizinho que paga é atendido, sem chegar a um acordo (E3).

Portanto, o problema é explicitado, mas não resolvido. Vive-se na superfície dos problemas, não se compreende a realidade ou não se quer lidar com o plano complexo da produção social, a qual sempre está em movimento, em transformação, por meio dos fatos, eventos, ações, jogadas (MATUS, 2005). Uma ação para tentar resolver o problema refere-se aos gestores de saúde “começarem a se fortalecer e estarem presentes lá no hospital, resolvendo o problema, senão vamos continuar dizendo amém para tudo que eles estão fazendo na Rede Mãe Paranaense” (GF5si).

Alguns hospitais contratualizados pela SESA/PR estão recebendo um recurso financeiro para fazer parte das RAS prioritárias do estado por meio do HOSPSUS. Mas “não tem controle e avaliação, é muito incipiente, o estado, contratualiza e não tem pessoal adequado para ir ver, na origem, ver se está realizando, se não está. Se avalia o hospital no papel e papel aceita tudo” (E3). Diante desse contexto, há referência de “que não mudou nada ainda em nível hospitalar” (GF5B).

Muitos hospitais privados e/ou filantrópicos (por exemplo, as Santas Casas) que são contratados pelo estado para prestar serviços hospitalares no SUS também prestam serviços a planos privados de saúde (VIANA; MACHADO, 2008). Por

consequente, a gestão estadual precisa ser avaliada, não somente por cumprir a contratualização formal, mas também quanto ao seu papel de garantir o acesso e a qualidade da assistência prestada e sua resolutividade nas regiões de saúde (REIS; CESSE; CARVALHO, 2010). Além disso, é preciso ter amadurecimento em relação aos mecanismos de avaliação, bem como à forma dos instrumentos de contratualização utilizados (OPAS, 2011).

No contexto geral, o aparelho estatal vem apresentando baixa capacidade regulatória, acabando por se submeter aos interesses privados. A gestão da contratualização, com adequado monitoramento dos resultados, permanece incipiente prejudicando o emprego efetivo dos recursos. Um dos caminhos para se enfrentar isso é fortalecer as regiões, ampliando a autonomia, para que seja exercida a regulação e o controle dos serviços de saúde, principalmente os filantrópicos e privados (FLEURY; OUVÉNEY, 2012).

6.2.3.4.2 Rede de Urgência e Emergência

Em 2003, o Ministério da Saúde, com a portaria nº 1.863 GM/MS institui a Política Nacional de Atenção às Urgências (BRASIL, 2003). No final do mesmo ano, o Paraná, por meio da deliberação nº 236/2003 da Comissão Intergestores Bipartite (CIB/PR) aprovou Planos Regionais/Municipais de Atenção Integral às Urgências (PARANÁ, 2003). Portanto, há alguns anos a atenção às urgências e emergências vem sendo estruturada.

Segundo Machado, Ferreira e O'Dwyerl (2011)

A construção da política federal para atenção às urgências no Brasil envolveu três momentos principais: 1998-2002 – primeiras iniciativas de regulamentação; 2003-2008 – formulação e implantação da Política Nacional de Atenção às Urgências, com priorização do Samu; e a partir do final de 2008 – continuidade do Samu e implantação de Unidades de Pronto Atendimento (UPA) (MACHADO, FERREIRA, O'DWYERL, 2011, p.521).

No presente estudo há referências de que o Ministério da Saúde fez a implantação do Serviço Móvel de Urgência (SAMU-192) na região sem planejamento integrado.

O governo federal começa de trás para frente, joga as ambulâncias nos municípios brasileiros, deixa em cima do gestor a responsabilidade pelas ambulâncias, sem equipamento nenhum,

sem recursos humanos para poder fazer o serviço, a população não entendendo a ambulância parada (GF3A).

Houve problemas, até teve uma reunião com o Ministério Público, porque o município recebeu a ambulância, depois não queria o serviço, não queria fazer parte da referência (E4).

No cenário nacional, o SAMU-192 com central médica de regulação e atendimento médico pré-hospitalar traz benefícios para a população, mas tem apresentado problemas no processo de implantação (MINAYO; DESLANDES, 2009).

Na macrorregião norte do Paraná, a partir de 2011, o processo para a implantação da Rede de Urgência e Emergência, com o SAMU-192, foi intenso. Iniciou-se com desacordos, depois houve abertura de diálogo, principalmente entre o município polo e os demais municípios. Foi constituído grupo de trabalho para desenvolver o projeto, com posterior aprovação na CIR, com definição de Comitê Gestor para a rede (CIRB, Ata2).

O coordenador estadual da rede argumentou, em reunião da CIR com os gestores municipais, que era melhor assegurar o acesso da população ao pronto atendimento hospitalar por meio de rede do que negociar individualmente (CIRA, ATA2).

Para a implantação de um dos SAMU-192 houve parceria com duas regiões de saúde, com deliberações nas CIR de cada região para que a administração da rede se desse por meio do Consórcio Intermunicipal de Saúde de uma das duas regiões (CIRC, CIRD). Após pouco tempo de funcionamento do serviço, um gestor da CIRD reclamou que os pacientes de seu município estavam ficando na unidade móvel, seja básica ou avançada, por horas, sem conseguir atendimento hospitalar. Esse fato demonstrou a necessidade de ajustes entre o SAMU-192 e o componente hospitalar da rede (CIRD, ATA6).

Um representante da gestão estadual de uma CIR explicou o processo da implantação da Rede de Urgência e Emergência da seguinte maneira:

Quando saiu a portaria de habilitação do SAMU regional, o custeio do Ministério da Saúde não supria a necessidade. Então ficou pactuado que a diferença seria dividida entre os municípios. Foram realizadas várias reuniões. Foi visto com o fundo estadual como poderia ser feito esse repasse, diante da lei complementar nº 141. Há necessidade de legislação local para poder passar recursos financeiros. Mesmo assim, a situação tem se agravado na região. Voltou novamente a discussão sobre o valor per capita municipal, com pauta na CIR. Qual foi o problema para a construção da rede?

Começou de trás para frente. Foi a primeira rede a ser implantada e não teve planejamento adequado. Na região há problemas com a ortopedia, com a UTI, você tem problema de porta de entrada, por isso o fluxo ainda está muito desordenado. Também em um dos municípios o conselho de saúde não aprovou a prestação de contas porque não foi deliberado no conselho o valor per capita para a rede. Considero isso um avanço e amadurecimento dos conselheiros de saúde, que estão acompanhando os gastos da saúde. Hoje no conselho tem gente que tem mais apropriação do SUS do que alguns gestores e isso não é bom. Apesar dos problemas se aprendeu muito com esse movimento (E2).

Sobre o financiamento municipal, a divisão per capita, mesmo com a definição e pactuação na CIR, “depois que começa a atividade do SAMU, há municípios que não pagam e outros pagam, alguns falam que concordam, mas depois pagam um, dois meses, e não pagam mais” (GF5si).

Os dois exemplos de implantação e organização de RAS (Mãe Paranaense e Urgência e Emergência) demonstram a complexidade de dotá-las dos elementos necessários para o pleno funcionamento. É preciso interligar os pontos de atenção com suporte tecnológico de informação e mediar as interdependências, tanto dos serviços como dos trabalhadores de saúde, compartilhando o poder e não medindo o poder, tudo isso, definido em documentos que possibilitem segurança jurídica às relações instituídas (SANTOS; ANDRADE, 2011).

Ainda não se tem garantido a adequada articulação entre

os níveis primário, secundário e terciário da atenção. Essa não garantia formal, não pensada no nível global do funcionamento do sistema, gera o primeiro campo de iatrogenias, de efeitos não previstos, que se por um lado não perseguem caminhos formais, por outro nos informam das redes subterrâneas estabelecidas na informalidade, nos conhecimentos e contatos construídos em outros ambientes profissionais, de trabalho e de amizade, e que funcionam como facilitadores no encaminhamento e reconhecimento de usuários que por caminhos formais não acessam o sistema. A questão está que nesse funcionamento não são todos os usuários que a acessam ou fazem parte dela, o que compromete o princípio da equidade do sistema de saúde e da rede de atenção (MOREIRA, 2011, p.1684).

Acaba sendo uma rede com iniquidades de acesso, na qual usuários dependem das amizades ou de pagamentos, tanto de gestores municipais de saúde, como deles próprios, para garantir o atendimento.

Também é preciso reconhecer que a organização da RAS é realizada em um território, nos quais há vários fatores complexos que precisam ser analisados, dentre eles

a definição de quem exerce poder e disputa a agenda da política de saúde pública, interferindo nos poderes da soberania da nação-estado; a compreensão dos projetos políticos dos atores sociais que atuam na saúde pública, considerando contradições e conflitos de interesse no interior do estado; a delimitação de espaços de poder, bem como as ações coletivas adotadas e sua relação com determinados padrões de espacialidade da política, forjados seja no discurso, seja nas práticas em saúde pública (GUIMARÃES, 2005, p.1023).

Portanto, os desafios para a implantação de RAS são grandes, necessitando ser medidos e enfrentados. Na realidade estudada, os gestores municipais de saúde sentem-se com muito peso para atender a população, pois “a maioria das decisões que precisam contar com o consórcio, com o hospital, com o estado [SESA/PR], não tem esse respaldo” (GF4E).

Como visto, as RAS estão sendo construídas, mas ainda sem um eficiente sistema de governança, isto é, não há uma efetiva integração da APS com os outros pontos de atenção (MENDES, 2011), prejudicando o acesso dos usuários às ações e aos serviços do SUS. Sendo assim, é preciso construir estratégias para o fortalecimento da região de saúde no sentido de construir inter-relações federativas pautadas no consenso, na negociação, dentro de um sistema transversal de governança, com monitoramento e responsabilização dos atores envolvidos pelas ações e serviços, para que se consiga governar sinergicamente os componentes da rede (CAMPOS, 2009; SANTOS; ANDRADE, 2011; MENDES, 2011). Também Labonté (2010) salienta que para ser estabelecida uma boa governança em sistemas de saúde que buscam a equidade é necessário haver transparência (informações, comunicações claras) e participação dos cidadãos.

6.3. ARRANJOS E MOVIMENTOS QUE PERMEIAM OS PROCESSOS DECISÓRIOS DAS CIR

No setor saúde, Pó (2010, p.253) salienta que há uma gama de atores com interesses cruzados como “médicos, prestadores de serviço (laboratórios, hospitais, clínicas), empresas e investidores privados, produtores de insumos diversos, consumidores, portadores de patologias especiais, a população em geral e os grupos políticos”. Diante disso, considera-se importante compreender os principais interesses coletivos e individuais que permeiam a dinâmica das CIR no âmbito da gestão interfederativa.

Neste trabalho os coletivos, organizados formalmente ou não, com poder de tomada de decisão ou não, que permeiam os processos decisórios das CIR foram tomados como “arranjos” e suas ações como “movimentos”. Também foi considerada a possibilidade de um ator individualmente desenvolver um “movimento” que influencie a gestão interfederativa regional.

Assim até o momento alguns “arranjos” e seus “movimentos” que interferem mais diretamente nas pautas e nas reuniões das CIR, como o CRESEMS, o COSEMS, a SESA/PR e o Ministério da Saúde foram discutidos. Bem como o prefeito, um ator que com seu poder político gera “movimentos” que interferem na dinâmica da CIR e, conseqüentemente, na gestão interfederativa regional.

A partir deste ponto estão focalizados alguns “arranjos” e “movimentos” que interferem mais na execução dos acordos, das decisões realizadas no âmbito da CIR como o prestador hospitalar, o Consórcio Intermunicipal de Saúde (CIS), o Conselho de Saúde e o Ministério Público, apesar de haver clareza que no cenário da gestão interfederativa não há separação distinta entre eles e os “arranjos” e “movimentos” já discutidos.

6.3.1 Prestador de Serviço: O Hospital

Com a implantação do SUS, aconteceram significativas mudanças na organização dos serviços de saúde, porém, ainda se mantém inalterada a capacidade hospitalar instalada, constituída majoritariamente por hospitais privados (BAHIA, 2005; VIANA; MACHADO, 2008). Nesse contexto

a estruturação e a dinâmica de provisão de serviços de saúde no âmbito do SUS, necessariamente estão relacionadas à contratação de um conjunto de provedores inseridos num ambiente cujos princípios de condução são os do mercado, e não aqueles estabelecidos na Constituição de 1988, nos quais a saúde é considerada um bem público (FLEURY; OUVÉRY, 2012, p.81).

Esse fato é reforçado por Cohn (2008) ao referir que a regulação do setor privado vem sendo realizada não pelo interesse público, mas pelo foco dos consumidores de seguros e planos privados de saúde. O modelo hegemônico de assistência à saúde no Brasil ainda está “regido por forças de mercado e baseado na tecnologia médica, em vez de fundamentado na solidariedade e em relações sociais mais humanas” (ALMEIDA FILHO, 2011, p.7).

Nas atas das CIR, quando da análise da agenda dos gestores de saúde, já se pôde observar que problemas relacionados aos prestadores hospitalares são frequentes.

Na CIRC um problema relacionado aos anestesistas de um hospital que atende a região foi levado ao fórum da CIR. Em três reuniões o assunto foi pauta. Os anestesistas queriam aumento de seus honorários médicos para realizar as cirurgias pactuadas. Como não foram atendidos entraram em greve, portanto as cirurgias eletivas não estavam sendo realizadas. Finalmente, voltaram a trabalhar (CIRC, Ata 2,4,5). Apesar da constatação de resolução do problema, este estudo não conseguiu apreender os acordos internos realizados no hospital, visto não estarem explicitados nas atas das referidas reuniões e nem foram discutidos nos grupos focais.

Na CIRD, no início do ano, o presidente do CRESEMS questionou o diretor da regional de saúde e o representante do prestador de serviços quanto aos prazos para a realização das cirurgias oftalmológicas. O prestador explicou que não tinha como definir prazos, pois o problema não era financeiro e sim a falta de médicos para realizar as cirurgias. Depois, ao conseguir os profissionais e realizar cirurgias em alguns pacientes, no final do ano, os gestores municipais externaram a insatisfação quanto à qualidade das cirurgias. Representante da regional de saúde referiu que provavelmente o prestador não atenderia mais a região, pois não estava cumprindo o acordo (CIRD, Atas3,7).

Com os dois casos pautados e discutidos nas CIR infere-se que existem prestadores hospitalares com dificuldades para contratar profissionais médicos e pagar seus honorários para que eles atendam os usuários do SUS.

A ideia é reforçada pelo discurso de um representante da gestão estadual:

o estado [SESA/PR], o Ministério da Saúde mandam fazer cirurgias [...] só que na realidade são poucos os hospitais que fazem as cirurgias e poucos os profissionais que estão ali fazendo. [...]. Às vezes o prestador fala que vai fazer e não faz e o município fica a mercê disso (E3).

Além da dificuldade de contratar médicos para atender pelo SUS, muitos deles atuam concomitantemente no SUS e no setor privado. O profissional

obtem, em sua atuação privada, rendimentos maiores do que na sua atuação junto ao SUS. Esta dupla atuação opera no sentido de favorecer, em situações limites, a criação de uma duplicidade nas práticas: um mesmo profissional exerce práticas de distintas qualidades no SUS e no setor privado [...] as noções de qualidade que se colocam em jogo no debate simbólico entre o SUS e a saúde

suplementar. De modo particular, cabe rejeitar a ideia de que a qualidade se expresse na simples possibilidade de consumo de bens e serviços de saúde. A qualidade almejada deve ter, como eixo, a garantia do acesso adequado e oportuno às ações e serviços de saúde que tenham potência de responder às necessidades das pessoas (MATTOS, 2009, p. 777-778).

É nessa qualidade superior ao SUS, sendo simbólica ou real, que se sustenta o setor privado suplementar no campo da assistência à saúde (MATTOS, 2009). A classe média no Brasil, em sua maioria, que inclusive não se utiliza da assistência do SUS, avalia-o negativamente, tendo “aversão ao risco” a que pode ser exposta no sistema público de saúde, portanto busca a aquisição de planos de saúde privados, preferindo reduzir outros gastos ao invés de ficar sem a cobertura de saúde privada (PÓ, 2010, p.262). Nesse contexto existe a necessidade de mobilizar a sociedade em torno de uma resignificação do SUS, interferindo na subjetividade coletiva de que é um sistema de saúde para pobres (MENICUCCI, 2009).

Além disso, para os profissionais de saúde

o setor privado promove uma ideologia individualista em que o serviço público é considerado como apenas um emprego mal remunerado, mas que oferece estabilidade, assumindo uma posição secundária com relação à iniciativa privada ou aos empregos em empresas de saúde com fins lucrativos, supostamente mais gratificantes (ALMEIDA FILHO, 2011, p.6).

Em termos de sistema de saúde a qualidade da atenção à saúde não depende de cada unidade isolada contratada pelo Estado, mas da integração de todas elas, organizadas em níveis de complexidade (FLEURY; OUVENEY, 2012).

O cenário complexo da relação público-privado tem provocado dificuldades no acesso aos serviços hospitalares na rede SUS. Gestores de saúde deste estudo assim se expressaram sobre a problemática:

Ficamos na mão do hospital (GF1F).

O estado não entende que o secretário é refém do prestador (GF1C).

Acontece como agora há pouco, ligaram que um senhor passou no cardiologista que pediu imediatamente internamento, mas vai ter que pagar, porque eu não tenho mais vaga SUS. Eu falei pode internar. Eu vou questionar a necessidade ou não de internamento? (GF1D).

Entra com um cheque na mão que eu atendo, senão não atendo. Esses internamentos extrapolados, eles não são somados, entende? Eles ficam esquecidos que o município paga e vai para a gaveta (GF1A).

Eles [hospital] não queriam receber o paciente, tivemos que chamar a polícia para receber (GF4A).

Para nós foi uma luta tremenda, nós lutamos, lutamos e tivemos que mandar o paciente para um hospital fora da região. Esse local recebeu o paciente, mas pagando, entrou no particular (GF4G).

O processo é desumano para os pacientes. Mas, “as práticas deveriam ser voltadas para dar resposta ao sofrimento das pessoas ou para evitá-lo” (MATTOS, 2009, p.779).

Os gestores municipais de saúde são reféns da corporação médica e não estão conseguindo enfrentar o problema, mesmo que quem ocupe o cargo seja um médico (GIOVANELLA, 1990; CECÍLIO et al., 2007). Em muitos casos o poder técnico do profissional médico, poder-saber, prevalece sobre o do gestor de saúde, poder político (GIOVANELLA, 1990).

Os problemas com as cobranças indiretas do atendimento no âmbito do SUS praticamente não têm sido enfrentados, tampouco os problemas que dizem respeito à coordenação e à integração do sistema de saúde público (BAHIA, 2010).

Diante dessa forte tradição na concentração de poder nos médicos e diretores de instituições/organizações de saúde, como no caso dos hospitais, uma proposta é criar “espaços coletivos, em que equipes de saúde compartilhem a elaboração de planos gerenciais e de projetos terapêuticos” (CAMPOS; DOMITTI, 2007, p.404). Mas para isso é preciso reformular a mentalidade dos atores envolvidos no sistema público de saúde (CAMPOS; DOMITTI, 2007).

Sobre planos gerenciais, em certo sentido, há uma iniciativa prescrita no contrato do estado [SESA/PR] com os hospitais, que prevê a necessidade da instituição/organização desenvolver uma gestão participativa, com negociação da direção com os médicos relacionada aos procedimentos que devem ser realizados e aos valores a serem pagos (PARANÁ, 2013h). Mas na prática não se percebem experiências neste sentido. Portanto, não é o único movimento necessário a ser feito, mas deveria ser cobrada e monitorada a implantação de colegiados de gestão nos hospitais, na perspectiva que Cecílio (2010a) expõe.

O colegiado de gestão, mais do que um mero arranjo burocrático-administrativo, deve ser pensado como um arranjo institucional que assume um caráter fortemente político, devido ao fato dele se constituir em espaço onde os temas da autoridade, do poder, do controle da decisão estarem sempre presentes, de forma mais ou menos explícita (CECÍLIO, 2010a, p.563).

Outra face do sistema público de saúde que precisa ser efetivado refere-se à regulação, ao controle, à avaliação e à auditoria. As propostas dos atores deste estudo dizem respeito a “fazer uma auditoria para ver onde estão indo os recursos, como é usado o dinheiro do convênio hospitalar” (GF4C). Mas “o estado não quer se indispor politicamente com os hospitais. Muitas vezes acabam até dando mais incentivos financeiros para os hospitais atenderem e continuam não atendendo” (GF4A). “O monopólio do prestador de serviço precisa ser quebrado” (E5).

No setor saúde não há modelos amadurecidos de regulação dos serviços, tanto públicos como privados (PÓ, 2010). No setor privado, inclusive, médicos e hospitais acabam por demandar procedimentos e exames sem racionalidade, além do tecnicamente recomendado, para fazer o diagnóstico ou por interesses financeiros (PÓ, 2010). Essas práticas têm prejudicado ambos os sistemas – público e privado.

A característica dual do sistema de saúde impede que o setor público tenha na rede privada a garantia da prestação de serviços públicos. Esse legado gera a necessidade de regulação governamental mais forte para, de fato, publicizar a rede privada, fazendo valer o interesse público em função do imperativo legal de garantir o acesso universal. As limitações para uma regulação mais efetiva têm sido muitas e incluem dificuldades operativas do sistema público para definir sua demanda, negociar serviços, implantar e fiscalizar contratos, o que impõe fortes custos de transação em uma relação que ainda não tem regras muito definidas e nem desenvolveu a capacidade reguladora entre os gestores públicos (MENICUCCI, 2009, p.1624).

Para aumentar as iniquidades no acesso aos serviços de saúde alguns clientes que possuem planos e seguros privados de saúde (cerca de 25%), migram para o SUS em serviços de alta complexidade (SANTOS, 2007).

As limitações para a efetiva regulação também estão relacionadas a problemas com os órgãos de regulação e de representação dos colegiados de controle.

Estão presentes desde o risco da captura até a efetividade das instâncias, dos colegiados e dos mecanismos de consultas públicas nos processos de tomada de decisão. Tal como nos Conselhos de Saúde, parte-se do pressuposto de que o somatório dos interesses particulares resulta no interesse geral, que fundamenta a decisão tomada no processo de regulação. Mas o que fica evidente mesmo é a ausência de uma política estatal de regulação da saúde, seja ela do subsistema público (estatal, com a diferenciação que hoje ele apresenta) ou do subsistema privado (lucrativo e filantrópico, frequentemente convivendo na mesma instituição), (COHN, 2010, p.273).

Portanto não estão desnudadas as lógicas de acumulação do complexo médico hospitalar, seja privado ou filantrópico, e do seu papel na relação entre os subsistemas público e privado de saúde. Essa 'caixa preta' precisa ser aberta, analisada, para a construção de relações adequadas entre o setor público e privado, visando acabar com as iniquidades (COHN, 2010).

Além disso, a efetividade da regulação do complexo hospitalar que atende aos usuários do SUS igualmente é importante para organizar os atendimentos, porque, "as urgências dos hospitais estão abarrotadas de coisas que não é para eles fazerem. E para arrumar isso leva um tempo, que é fruto da desorganização" (E2).

As evidências demonstram que os problemas com o prestador hospitalar são muitos, mas não se pode deixar de analisar a problemática pelo lado do hospital. Há realmente casos em que o pronto atendimento enfrenta sobrecarga de atendimentos. Isso, muitas vezes devido ao pouco investimento na atenção básica e à cultura da população que deseja um atendimento pontual e imediato para seu sofrimento (MINAYO, DESLANDES, 2009). Ainda existem problemas na atenção básica que dificultam a oferta de serviços com qualidade, portanto a população em vez de procurá-los dirige-se aos serviços de maior complexidade congestionando-os (SANTOS, 2007).

Portanto, as ações de promoção e prevenção são desconsideradas diante das altas demandas de sofrimentos e de urgências dos usuários do SUS, que buscam os serviços hospitalares. É nesse contexto que "a reprodução do complexo médico-industrial, os casos de corporativismos anti-sociais e até de prevaricações e corrupções encontram terreno fértil" (SANTOS, 2008, p.2012).

Assim, de um lado há os municípios com dificuldades para oferecer uma APS resolutiva, com qualidade, do outro, os estados, que não conseguem desenvolver com efetividade o papel de coordenador do processo de implantação de RAS em regiões de saúde (VASCONCELOS; PASCHE, 2006).

6.3.2 Consórcio Intermunicipal de Saúde

As experiências de Consórcios Intermunicipais de Saúde (CIS) multiplicam-se pelo Brasil. Em 2005, com a sanção da Lei nº 11.107 de Consórcios Públicos, houve ainda maior visibilidade para os CIS no âmbito do SUS, pois a legislação permite potencializar a cooperação federativa ao eliminar dificuldades relacionadas à

segurança jurídica (BRASIL, 2005). Essa lei foi regulamentada em 2007 por meio do decreto nº 6.017 (BRASIL, 2007a). Sobre consórcios públicos, neste estudo, a única menção foi em uma ata de uma CIR: “o CIS passa a ser Consórcio Público Intermunicipal de Saúde” (CIRD, Ata 5).

Para Campos (2007), os estados precisam estar presentes na organização dos serviços ambulatoriais em CIS, inclusive a sua direção deve ser submetida aos colegiados regionais. No presente estudo, no âmbito das Comissões Intergestores Regionais (CIR) surgiram assuntos sobre os CIS.

O Programa Estadual de Apoio aos Consórcios Intermunicipais de Saúde (COMSUS) foi concebido pela gestão estadual paranaense para qualificar os CIS (PARANÁ, 2013g). Nos espaços das CIR foi deliberado sobre a composição da Comissão Regional de Acompanhamento e Avaliação do CIS. Em uma CIR um conselheiro recebeu indicação do Conselho Municipal de Saúde (CMS) do município polo da região para compor a comissão de avaliação. Mas durante a reunião da CIR a direção do consórcio apresentou impeditivo à indicação, alegando que o conselheiro, ex-funcionário do CIS, não tinha uma posição neutra sobre o consórcio. Após discussão, o colegiado de gestores aceitou o impeditivo e solicitou ao CMS outra indicação (CIRC, Ata3). A Comissão Regional de Acompanhamento e Avaliação do CIS reúne-se trimestralmente para desenvolver a avaliação do CIS por meio de um formulário pré-definido pela SESA/PR (PARANÁ, 2013j; 2013k).

Em 2002, no Paraná, os CIS foram analisados positivamente como estratégia potencializadora do acesso dos usuários do SUS à assistência médica especializada (NICOLETTO, CORDONI JUNIOR, COSTA, 2005).

Após dez anos, em 2012, na macrorregião norte do Paraná, nos discursos de participantes deste estudo, percebe-se que havia problemas relacionados aos CIS, como:

Não entendo o consórcio! Porque o consórcio antigamente era para baratear, para ajudar os municípios, hoje em dia os exames são todos mais caros, tudo está mais difícil (GF3H).

Então, o consórcio veio ajudando e agora nós estamos sofrendo com ele e isso para mim é muito triste (GF3A).

Na verdade, o município banca um monte de coisa particular que tinha que ser através desses consórcios, que o município também paga e não é assistido. Não é assistido nem 30% do que precisava. Então o município tem que retirar recurso próprio, que já não tem, para bancar. Como é que vai ficar sem atender o paciente? (GF4si).

Tenho dificuldades financeiras, porque o município acaba bancando tudo, é consulta especializada, é exame, é tudo (GF4C).

Os CIS possuem um Conselho de Prefeitos, eleitos entre os prefeitos da região, para a condução político-administrativa do consórcio (LIMA, 2000). Essa direção, esse comando das ações e serviços realizados por consorciamento em uma região deve ser realizado de maneira democrática. No entanto, há os seguintes relatos:

Porque como é administrado por um consórcio de prefeitos, você acaba tendo muita interferência política. Então nós definimos algumas estratégias, até em CIB-Regional [CIR], depois os prefeitos, na reunião deles, fazem o que eles querem. Teve um prefeito que uma vez eu fui sugerir uma mudança para melhora e ele falou: Não, quem manda aqui somos nós, vocês não mandam nada, vocês têm que fazer o que a gente manda. Se aquela associação de prefeitos tem esse pensamento como que vai mudar? Nunca! (GF4A).

Dependendo do prefeito presidente que dirige o consórcio, deturpa o objeto de trabalho, assim, em vez de melhorar para os municípios, eleva seus gastos demasiadamente (GF3si).

O financiamento do CIS faz-se por faturamento de sua produção no SUS e por cotas de participação municipal, por rateio de despesas, portanto em cooperação, dependendo de alto grau de coalizão política e confiabilidade entre os atores envolvidos (NEVES, RIBEIRO, 2006). Para Teixeira (2007, p.54) há prefeitos cuja motivação política é “manter-se no poder, sendo assim, o prefeito destinará recursos do orçamento municipal para gastos que maximizem a sua probabilidade de reeleição”.

Além da manifestação do poder do prefeito sobre o secretário de saúde, em alguns casos prevalece o poder da direção do CIS e/ou de médicos sobre os secretários de saúde, aqui novamente pode-se inferir que o gestor de saúde fica subjugado aos poderes político e técnico.

Em uma ata de uma CIR foi registrada a insatisfação dos gestores de saúde com relação à direção do CIS porque consideram que ela atua mais em favor dos médicos do que das necessidades dos municípios (CIRA, Ata1). Mas, uma situação que foi pautada na CIR a respeito da solicitação do médico à direção do consórcio, os gestores deliberaram a favor do profissional, assim expresso:

depois do diretor do CIS explicar a solicitação do médico endocrinologista que quer realizar todas as consultas em seu município de residência e atender no CIS apenas na sexta-feira, os

secretários de saúde concordam para não perder o profissional (CIRD, ATA5).

Por outro lado, em outra situação que não foi pautada na CIR o gestor municipal foi “culpabilizado” pela saída da médica do consórcio.

Esses dias me acusaram no consórcio que a doutora [...] saiu por causa do meu município. Porque eu reclamei dela para a direção do consórcio. Mas, não é possível uma médica pedir vinte e uma endoscopias para mim dentro de nem um mês. Estou gastando muito com exames só do consórcio. Então, aquilo que eu poderia estar investindo dentro da atenção primária, equipando minha equipe, o meu dinheiro está saindo fora. Ainda, alguns exames estão indo para o ralo, porque a hora que vem o resultado vem tudo igual [sem alterações], do mesmo jeito (GF3B).

Toda a discussão já realizada sobre o poder da categoria médica também cabe na situação dos consórcios. Inclusive a dificuldade que um hospital tem para conseguir contratar um médico especialista para atender os usuários do SUS, também os CIS a tem. Ocorre até cooptação de pacientes para o particular, como nos depoimentos:

No consórcio eu vejo o seguinte, tem médico que entra no consórcio só para pegar paciente. A primeira consulta eu [secretário de saúde] pago, porque como já não tem mais vaga, só daqui um ano, dois anos, o paciente pode morrer, você acaba tendo que pagar para o paciente. Dai o paciente do consórcio passa a ser paciente de médico particular (GF4D).

Infelizmente, tanto o consórcio, quanto o hospital, os profissionais usam eles, simplesmente, como a porta de entrada para o consultório particular deles. Eles usam o Estado [SUS] para fazer de porta de entrada para o atendimento particular deles (GF4A).

Uma perspectiva da discussão que potencializa o poder da categoria médica e que ainda não foi expressa é o próprio processo de trabalho de alguns gestores de saúde. Muitas vezes, agem na condição de “bombeiro, sempre apagando incêndios”, com isso potencializam sua dependência dos médicos, dos prestadores de serviços, ficando na mão deles (HEIMANN et al., 2010, p.216). Nesse sentido, Matus (2005), salienta que o desvio em direção aos sinais fortes, um vício muito comum, afeta a agenda dos dirigentes. Assim, os gestores de saúde podem acabar dando muito mais importância para os casos de urgência do que para os problemas de longo prazo, que às vezes são mais prejudiciais aos seus portadores do que os de urgência.

Sobre a categoria médica é importante considerar que a análise neste estudo foi realizada diante de problemas apontados pelos gestores sobre as dificuldades de materializar decisões realizadas nas CIR. Mas há médicos que lutam em defesa do SUS constitucional, como os próprios autores médicos citados nas discussões deste trabalho. Esse grupo de médicos, mesmo que seja a minoria, estão presentes no cenário acadêmico e na prática de gestão em defesa do SUS. Também, por exemplo, em estudo realizado em um consórcio do noroeste do Paraná sobre a satisfação em relação aos serviços oferecidos, 68% dos usuários consideraram bons os profissionais médicos (MULLER; GRECO, 2010).

Uma última problemática que surgiu sobre os CIS neste estudo refere-se ao agendamento dos pacientes para as consultas e exames.

O município sede acaba pegando um monte de vaga de outros municípios quando sobra, porque o agendamento do consórcio é on-line, então se os municípios não se organizam para o agendamento, o município sede se organiza mais e utiliza mais vagas para exames e consultas que os outros municípios (E4).

Esse problema da população do município polo do consórcio conseguir ser beneficiada por uma oferta de consultas e exames de apoio diagnóstico e terapêutico acima da programação da cota municipal é antiga e em 2002 já foi apontado por Nicoletto (2002) e parece persistir.

6.3.3 Conselho de Saúde

Para ampliar o número de atores envolvidos nos processos de tomada de decisão, no contexto do sistema público de saúde, com a Lei 8.142/90, foram estabelecidas as conferências de saúde e institucionalizados os conselhos de saúde, em todo o território nacional, considerados inovadores, por estabelecerem inter-relações entre gestores, prestadores de serviços, trabalhadores e usuários do sistema de saúde público (BRASIL, 1990; PAIM et al., 2011). Além disso, os conselhos são espaços que permitem a participação da sociedade organizada na política pública de saúde, inclusive, servem de modelo para outras políticas setoriais no Brasil (MÜLLER NETO; ARTMANN, 2012; GADELHA, 2012).

No entanto é preciso ressaltar que esses “arranjos” instituídos no âmbito do SUS não substituem uma sociedade mobilizada, com movimentos sociais e políticos, porque somente com o acúmulo destas forças é que se consegue interferir nas

políticas de Estado (SANTOS N., 2013). Nesse sentido, uma sociedade democrática precisa estar mobilizada e articulada em prol das demandas sociais e políticas.

Mas, na construção destas relações, entre Estado e sociedade, não se pode ter uma visão ingênua, pois,

na sociedade, como em qualquer domínio da vida social, existem conflitos e disputas de interesses e de poder, ao quê não são ilesos os movimentos populares e os segmentos sociais. Talvez, neste ponto, um dos maiores avanços verificados nesse período foi a quebra da dicotomia da concepção de que o “bem absoluto e desinteressado” residiria na sociedade, e o “mal” no Estado (COHN, 2008, p.2022).

Para a gestão em rede, interfederativa, com horizontalidade das relações em uma região de saúde, implica em aumentar a autonomia municipal e consolidar o papel do estado como coordenador regional, mas para assegurar a governança regional, é imprescindível consolidar o papel deliberativo dos conselhos de saúde (FLEURY; OUVRENEY, 2012). Aqui governança é tomada com o olhar do Ministério da Saúde que defende que nos processos de negociação permanente da gestão da saúde sejam considerados os fóruns dos conselhos e das conferências de saúde (ANDRADE, 2012).

Especificamente aos conselhos de saúde, espaços de deliberações sobre a política pública de saúde, precisam ser construídos em relações e condições igualitárias entre os representantes governamentais e da sociedade civil, todos qualificados, para que na gestão do sistema público de saúde surjam mudanças e impactos positivos relacionados a eles (MÜLLER NETO; ARTMANN, 2012; GADELHA, 2012). Também é preciso que os conselheiros consigam representar o interesse coletivo, o que muitas vezes não ocorre (COHN, 2008).

Sobre os Conselhos de Saúde no presente estudo, nas atas das CIR, pôde-se perceber uma cobrança permanente dos representantes da gestão estadual para que as deliberações dos Conselhos Municipais de Saúde (CMS) fossem encaminhadas à regional de saúde. No entanto, não se pode concluir muita coisa com essa informação, pois pode ser que os representantes da gestão estadual considerem importantes as decisões dos conselhos ou que seja somente uma mera cobrança burocrática.

Também quando da discussão sobre a organização da Rede de Urgência e Emergência emergiu um achado interessante: o conselho de saúde de um município não aprovou a prestação de contas porque o fórum do conselho não tinha sido

consultado sobre o valor per capita a ser repassado para o município polo, que estava administrando a rede. Portanto, nesse caso o conselho de saúde interferiu na decisão da Comissão Intergestores Regional (CIR).

Dentro da discussão dos Consórcios Intermunicipais de Saúde (CIS), em reunião da CIR, um conselheiro indicado pelo conselho de saúde para compor a Comissão Regional de Acompanhamento e Avaliação do CIS não recebeu parecer favorável do fórum da CIR. Nesse outro caso a CIR interferiu em uma decisão do conselho de saúde.

Os dois casos expostos demonstram uma falta de diálogo entre os dois “arranjos” – CIR e CMS. Isso corrobora o apontamento de Vasconcelos (2005) o qual salienta que o processo de pactuação do SUS é prejudicado por não haver monitoramento e avaliação dos pactos e isso se agrava “pelo quase desconhecimento do que se acorda nas instâncias de gestão por parte dos Conselhos de Saúde” (VASCONCELOS, 2005, p.198).

Para tentar melhorar esse diálogo, uma experiência positiva relatada por um representante da gestão estadual de uma CIR, pode ser um caminho para harmonizar os “movimentos” das CIR e dos CMS em torno da gestão interfederativa regional. Essa tentativa foi assim descrita:

Por alguns meses, ao mesmo tempo em que acontecia a CIB-Regional [CIR], em uma sala ao lado, três conselheiros de cada município da região participavam de oficinas, com técnicos da regional de saúde. Tratava-se de assuntos que na atualidade precisavam ser deliberados pela CIB-Regional [CIR]. Contudo, isso não acontece mais, porque foi explicado pela SESA/PR que o recurso financeiro deliberado pela CIB/PR para a gestão regional é destinado somente para custear a realização das reuniões do CRESEMS e da CIB-Regional [CIR] (E2).

Considera-se importante a iniciativa, mas não se tem como analisar seu impacto. O que se sugere é que novas práticas aconteçam e com o tempo sejam avaliadas. Repasse de informações e capacitações para os conselheiros de saúde são relevantes, mas é preciso tomar cuidado para não prevalecer o interesse técnico. Cohn (2003) argumenta que

a tendência à burocratização e tecnificação da agenda que comanda as pautas das reuniões dessas instâncias [conselhos de saúde] reside no próprio fato de nelas a representação de interesses prevalecerem como ‘particularismos generalizados’ e não como ‘interesses generalizados’, o que traduziria que diante da ausência da política dos cidadãos e dos políticos prevaleça a política dos técnicos (COHN, 2003, p.17)

Enfim nos fóruns dos conselhos de saúde é preciso combater as ações e as estratégias que visam efetivar interesses particulares. Também há que se integrar, no planejamento e na pactuação regional, as deliberações dos CMS, quando for o caso.

6.3.4 Ministério Público

Um canal de defesa dos direitos sanitários dos cidadãos tem sido o poder judiciário, tanto no âmbito público como no privado, mas Bahia (2005), de certa forma, critica essa prática.

A garantia de direitos a coberturas - mesmo aquelas não previstas nos contratos de planos de saúde e na ausência da oferta do serviço ou insumo na rede pública - emanada dos tribunais e do Ministério Público contraria frontalmente a lógica de definição de prioridades do sistema público e associação entre contribuição e benefícios do sistema privado (BAHIA, 2005, p.24).

Santos (2008, p.2012) explica que “a judicialização do acesso a procedimentos assistenciais de médio e alto custo às camadas média-média e média-alta aprofundam a iniquidade e a fragmentação do sistema”.

Esse tema tem preocupado os gestores de saúde. Inclusive para compreendê-lo melhor, em uma CIR, o presidente do CRESEMS solicitou a realização de um seminário sobre judicialização da saúde (CIRB, Ata5).

Também houve relatos de gestores municipais de saúde sobre a problemática, como:

Recebo processos aos montes e tenho que responder, atender imediatamente o paciente (GF3I).

Para o Ministério Público, pelo menos é o que acontece comigo, o secretário é tido como o vilão da história. Eles não nos dão razão em nada. O paciente vai reclamar lá e nós que somos os bandidos, eles não querem nos ouvir primeiro. E, na verdade, nós somos gestores, temos que gerir para a população do município (GF4si).

Se um paciente vem aqui [na UBS] e o médico dá um medicamento que não está dentro das diretrizes, dos protocolos do SUS, o promotor pede que eu faça um ofício para o médico que ele coloque um medicamento dentro do protocolo (GF3B).

É claro que é um direito, mas existem protocolos, existem normas técnicas, só que as pessoas não veem dessa maneira. Elas querem que você dê um jeitinho, você tem que fazer. Mas nós fazemos para

o coletivo e não para o individual. E é isso que as pessoas não entendem (GF2C).

Nesses depoimentos percebe-se que há diferenças nas ações do Ministério Público – obrigação de atendimento ou justificativa da solicitação.

No contexto nacional, frequentemente há interferência do sistema judicial na prescrição de medicamentos. Pacientes que recebem prescrições de medicamentos de alto custo, às vezes experimentais, e que não fazem parte da RENAME, buscam ordens judiciais para obrigar os gestores de saúde à oferta imediata do insumo (VÍCTORA et al., 2011). Contudo a garantia judicial não tem sido somente de medicamentos, mas de cirurgias, entre outros. Assim, nesse contexto, é preciso repensar se há sustentabilidade nos valores de universalidade e de igualdade de acesso (TEIXEIRA, 2009). Porque

como a justiça tende a entender o direito à saúde como um direito individual e não como direito coletivo, ela age em função daqueles pacientes que, por possuírem maior informação e maiores recursos, são capazes de acioná-la quando têm seus direitos negados. Ao atender a estas demandas individuais, a justiça impede o planejamento das ações de saúde e, muitas vezes, canaliza os escassos recursos para procedimentos individuais em detrimento de ações coletivas (FLEURY, 2009, p.750).

A judicialização da saúde no Brasil está dentro de um contexto dual, no qual de um lado estão os valores de defesa da vida, do direito à saúde, protegido constitucionalmente; do outro, está a escassez de recursos destinados à saúde, impondo normas infraconstitucionais, diante da realidade do orçamento público de saúde (NUNES, 2009). Esse é um dilema a ser enfrentado pela sociedade e pelos gestores da saúde.

Como visto no presente estudo foram destacados o prestador hospitalar, o CIS, o conselho de saúde e o ministério público como “arranjos” com “movimentos” que permeiam as decisões das CIR e, em alguns casos, prejudicam a gestão interfederativa nas regiões de saúde, portanto uma realidade com necessidade de mudança.

Matus (2005) salienta que uma realidade é transformada, modificada no presente, mas com as marcas do passado. Assim, aprendendo com as marcas do passado apontadas, por exemplos, por Matos (2007) que revelou um federalismo predatório, por Vasconcelos (2005) que demonstrou a assimetria de poder entre os atores de comissões intergestores, pelos próprios achados deste estudo, entre

outros, talvez se consiga vislumbrar uma nova realidade para a gestão interfederativa.

Nesse processo de mudança é necessário perceber as dificuldades dos municípios, principalmente os de pequeno porte, para assumir responsabilidades complexas no campo da gestão interfederativa e produzir caminhos para fortalecê-los. Portanto, há necessidade de 'empoderamento' tanto da gestão municipal como das CIR para que tenham efetividade nos processos de planejamento, de construção, de coordenação, de controle e de avaliação das ações e dos serviços de saúde desenvolvidos regionalmente (CAMPOS, 2013). Desta maneira talvez seja efetivamente construída a RAS.

6.4 DESTACANDO ALGUNS NÓS NO CENÁRIO DO SUS REFERENTES À SOCIEDADE, À POLÍTICA, À GESTÃO E AO PLANEJAMENTO

As reflexões realizadas sobre as produções das CIR no âmbito da gestão interfederativa iluminaram o cenário da macrorregião norte do Paraná, permitindo compreendê-lo em alguns aspectos.

Mas, especificamente, quando os atores participantes deste estudo foram questionados quanto à capacidade para materializar as decisões pactuadas nas CIR salientaram alguns nós do cenário nacional do SUS referentes à sociedade, à política, à gestão e ao planejamento. Por conseguinte, por sua relevância optou-se por destacá-los, antes de encerrar as discussões, mesmo que já tenham sido tratados de certa maneira neste trabalho.

A sociedade tem sido considerada um nó no cenário do SUS, porque hegemonicamente os cidadãos brasileiros não compreendem o SUS como uma reforma social que traz proteção social e bem-estar às pessoas e à coletividade (CAMPOS, 2007), mas veem-no como um sistema de assistência à saúde com muitos problemas. Portanto é preciso informar, orientar, explicar aos brasileiros o real projeto do SUS, por meio dos vários meios de comunicação existentes, buscando, conforme refere Fleury (2009), expandir a consciência cidadã e estimular permanentemente a participação das pessoas no processo de construção do sistema público de saúde. Desta forma, a coletividade social ao ser motivada poderá ter propósitos de solidariedade e avançar para um novo patamar civilizatório (FLEURY, 2009). Isso poderá colaborar para que no jogo de construção do SUS

diminuem as jogadas de mercado e aumentem as jogadas a favor da efetividade do direito sanitário. E, assim, a percepção da sociedade sobre o SUS poderá ser diferente da representada no discurso:

a saúde está uma porcaria. Por quê? Porque ouviu falar. Os profissionais da imprensa são os mais difíceis hoje que estão dentro na área da saúde. Os próprios profissionais de saúde, quando não se atendem as expectativas deles, começam a falar mal do SUS. Então essa é uma angústia que vivemos e precisamos discutir dentro desse espaço [CIR]. Precisamos mudar essa visão (GF2C).

Para refletir um pouco a respeito desse dilema é preciso voltar na história de países centrais capitalistas. Ao final da primeira guerra mundial, com o esgotamento da ideologia do liberalismo econômico, surge o Estado de Bem Estar Social (Welfare State). Mas sua consolidação, após a segunda guerra mundial, dependeu principalmente das classes médias das sociedades (BENTO, 2003). Em nações onde elas lutavam por políticas sociais, como direito, buscando o acesso a serviços públicos, o Estado de Bem Estar Social mostrou-se universal e igualitário. Em países liberais nos quais a classe média buscava os serviços no mercado, as reformas foram construídas em bases residuais, com assistência social aos excluídos (BENTO, 2003).

Na realidade brasileira, em 1990, Faveret e Oliveira (1990) apud Ribeiro (2009, p.781), cunharam o termo 'universalização excludente' para caracterizar o processo de migração da população do SUS para planos ou seguros de saúde privados. Esse processo afetou a universalização do direito sanitário e não foi revertido, havendo inclusive uma intensificação nos dias atuais (RIBEIRO, 2009). Nesse contexto, Fleury (2013) apresenta sua preocupação em relação à classe emergente que tem comprado planos de saúde privados limitados e de má qualidade; e o projeto da reforma sanitária, que poderia ser qualificado e igualar os cidadãos no acesso à saúde, continua sendo um sistema fragilizado. Portanto, realmente,

a sociedade e seus governantes estariam diante de uma escolha de suma importância. Conforme a direção imprimida à política pública, teremos a consolidação do SUS universal (ampliado, estaria ótimo) conforme o definido em lei ou teremos a cristalização de um anti-sistema público, algo tosco e distante do almejado pela reforma sanitária, com o conseqüente predomínio de um modo liberal de atenção à saúde (a volta do que nunca foi superado?) [...] a continuarmos presos ao modo insuficiente e incompleto como vimos construindo o SUS, correremos o risco de vê-lo reduzido a um

conjunto de ações programáticas voltadas para parcelas empobrecidas do povo brasileiro (CAMPOS, 2008, p.2019).

Mas fazer com que hegemonicamente a sociedade compreenda o SUS e lute por ele não é uma tarefa fácil, visto que os obstáculos enfrentados com grupos humanos para produzir mudanças não são racionais, mas estão alicerçados no simbólico, porque há uma inseparabilidade do agir racional com o processo subjetivo das pessoas (ONOKO CAMPOS, 2010). Portanto, além das pessoas compreenderem o SUS, precisam experimentar ações e serviços de saúde com qualidade e resolutividade.

Mas, além de sensibilizar a sociedade, é preciso formar profissionais para o SUS com a interface da subjetividade e do planejamento-gestão. Para que transitem entre “a macropolítica (aquela das regras, do financiamento e das leis) e a micropolítica (das relações de poder no cotidiano, dos medos inconscientes e irracionais, das defesas estruturadas)” (ONOKO CAMPOS, 2010, p.203) e possam interrogar o mundo do trabalho no seu dia-a-dia (CECÍLIO, 2007), construindo novas formas de inter-relações entre profissionais e usuários.

Por fim, no jogo de transformação da sociedade e formação de profissionais em favor do SUS não se joga uns contra os outros, “mas contra o óbvio, o rotineiro e o legitimado. É um jogo contra nós mesmos, como portadores de ideias de um mundo de seguidores” (MATUS, 2006, p.143).

Além disso, cabe ressaltar que é necessário questionar quanto a sociedade brasileira está disposta a pagar pelo sistema público de saúde (MENICUCCI, 2009). Um dilema a ser enfrentado e conduzido por meio de processos políticos.

A política vem sendo outro nó histórico no âmbito do SUS, porque os políticos em sua maioria estão mais preocupados com seus próprios interesses do que na atuação em favor do sistema público de saúde e, nesse aspecto, quase nada tem sido feito para mudar (VIANA; MACHADO, 2008). Esse problema, neste trabalho, apareceu conforme exemplificam os discursos:

Então é uma angústia que os secretários vivem, porque é muito envolvimento político na saúde e isso não deve acontecer, deve-se mudar essa visão (GF2C).

Eu já sou secretário pela terceira vez, então já faz praticamente quinze anos, muda-se o governo, mas as políticas continuam da mesma forma. Então essa cultura tem que ser mudada e isso tem que ser revisto. Tem que haver uma política mais correta e mais direcionada, na verdade, é para o usuário e que nós possamos estar

direcionando as coisas da saúde para o usuário. Porque eu estou vendo que existem muita politicagem e política de saúde mesmo tem se executado muito pouco (GF5E).

Neste sentido, Matus (2005) explica que nesse tipo de jogo político os cidadãos comuns ficam marginalizados das práticas políticas e, portanto, não são coparticipantes da construção da realidade em que vivem.

Como já visto neste trabalho a gestão em saúde é um nó do SUS, com práticas marcadas pelos aspectos restritivos das teorias administrativas, autoritárias (CAMPOS, 2008; ELIAS, 2008). Especificamente relacionado à gestão municipal, além das dificuldades já apontadas no campo da gestão, outro nó refere-se ao planejamento, em parte pelo fato dos entes federal e estaduais submeterem os municipais a muitas demandas, prejudicando o planejamento municipal. Neste trabalho isso pode ser percebido pelos discursos:

Nós não temos um espaço para trabalhar, porque nesse ano que passou foi desencadeado para os nossos municípios tantas tarefas que durante uns seis meses, nós [gestores de saúde], as enfermeiras, não sabiam o que fazer, de tanto que tinha que se fazer (GF1A).

A saúde é muito complexa, necessita de planejamento (GF2 C).

Muito já se teorizou sobre o planejamento em saúde e há o reconhecimento sobre a sua importância quando efetivamente aplicado de maneira participativa e contextualizado. Mas Cecílio (2010b, p.2278) ao debater, na atualidade, sobre o planejamento/gestão questiona: “Que ‘planejamento’ e para quê?”. Pensando no aspecto apontado por esta pesquisa – excessivas demandas dos entes federal e estadual sobre os municípios – acrescido a outros não identificados nesta pesquisa, como por exemplo, a deficiência da capacidade para o desenvolvimento do planejamento participativo, ele pode estar servindo no cenário do SUS somente para cumprir normas e não para monitorar, avaliar e dar direcionalidade a atenção à saúde oferecida aos cidadãos.

Finalizando a discussão, cabe ressaltar, como o fez um gestor de saúde participante deste estudo, que “desde a criação do SUS ele cresceu bastante, assim não é só criticar, às vezes, quando eu leio algumas coisas eu vejo o tanto que avançou, entendeu? E tem países de primeiro mundo que não têm sistema único de saúde, entendeu?” (GF5D). Assim persistem, até o momento histórico de construção do SUS, problemas, nós, que vêm impedindo a efetividade do sistema público de

saúde, porém é preciso reconhecer conquistas como o aumento do acesso da população às ações e aos serviços de saúde.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao imergir no campo da saúde coletiva tomando como objeto de estudo as Comissões Intergestores Regionais (CIR) da macrorregião norte do Paraná a complexidade da gestão interfederativa veio à luz, bem como determinadas problemáticas inerentes ao SUS.

As Comissões Intergestores Regionais (CIR) estão institucionalizadas, em geral, com plenárias mensais. Gestores municipais de saúde e representantes da gestão estadual nas regionais de saúde, que são os atores oficiais, têm pouco conhecimento sobre o regimento interno das CIR. Já existiram câmaras técnicas com funcionamento incipiente, contudo não mais existem, embora sejam consideradas importantes para apoiar tecnicamente as decisões tomadas no âmbito das CIR. Por outro lado, estão sendo propostos e organizados grupos condutores das Redes de Atenção em Saúde (RAS) com a finalidade de monitorar e avaliar as ações e os serviços prestados nos pontos de atenção e levar os problemas encontrados para os fóruns das CIR.

O tema da intersetorialidade, nas reuniões das CIR, esteve restrito aos programas nacionais – Projeto Saúde na Escola, Projeto Olhar Brasil e Bolsa Família – e ao estímulo do estado aos municípios para a formação do comitê gestor intersetorial de controle de dengue. Diante da sua relevância no âmbito da regionalização e da integralidade da atenção à saúde, por dizer respeito à articulação do setor saúde com outros órgãos públicos para o desenvolvimento de políticas e programas de interesse para a saúde, deveria ser mais valorizado na agenda dos gestores de saúde.

Apesar de haver consenso entre os gestores municipais de saúde sobre a facilidade em pautar temas e assuntos nas CIR, um paradoxo surge, quando afloram os seus sentimentos sobre a dominação do interesse estadual. Apontam que os representantes da gestão estadual são os principais indutores das pautas e, em geral, condutores das plenárias. Portanto a pauta é permeada por muitas demandas próprias da política estadual e também de políticas definidas nacionalmente, muitas vezes, sem considerar as peculiaridades regionais. Em alguns momentos o presidente do CRESEMS, representando os gestores municipais, se posiciona diante das propostas apresentadas pela gestão estadual, sendo um ator de

destaque. Seu papel, que deveria ser de liderança e mobilização, nem sempre se dá desta maneira.

A rotatividade de gestores municipais de saúde e o despreparo de alguns foram apontados como fatores que dificultam a construção de um coletivo coeso nos espaços dos CRESEMS e das CIR.

Embora cerca de 43% dos gestores municipais de saúde, participantes desta pesquisa, não tivessem curso superior, todos tiveram, juntamente com os representantes da gestão estadual, oportunidades de participar das ações de educação em saúde propostas pela SESA/PR e desenvolvidas nas regionais de saúde, com oportunidade de adquirir alguma capacitação.

Dependendo do estilo político há prefeitos que permitem que os gestores municipais tomem as decisões nas CIR sobre a política de saúde regional e depois as cumpram. Mas há os que possuem posições autoritárias e que não dão autonomia aos secretários de saúde, um modo político de governar mais afetado pelos estilos Chimpanzé e/ou Maquiavel. Essas diferenças nos estilos políticos prejudicam o processo de gestão interfederativa nas regiões de saúde. Também os representantes da gestão estadual nas regionais de saúde não possuem autonomia política, financeira e de execução.

No entanto para atuar nos espaços das CIR é preciso ter tanto competência técnica como autonomia. Aprender os princípios e as normas do SUS, os saberes do campo da saúde, bem como conhecer as demandas de saúde da população são imprescindíveis para a tomada de decisão, mas sem autonomia o pactuado poderá não ser efetivado.

A dinâmica de trabalho dos gestores municipais de saúde foi apontada como estressante, com remuneração insuficiente, sem valorização. Além de ter que dar conta das demandas da secretaria municipal o gestor também tem que desenvolver uma gestão interfederativa, dependendo de acordos com outros gestores, para atender integralmente a saúde da população, especialmente os gestores de pequenos municípios.

Alguns gestores municipais de saúde participavam pouco das plenárias das CIR alegando falta de resolução dos problemas no âmbito do colegiado. Mesmo que isso possa ser fato, há necessidade de valorizar o espaço de cogestão e, em vez de se afastarem, tais gestores precisam colaborar para o seu fortalecimento. Especialmente os gestores de saúde dos municípios polos das regiões de saúde

considerados importantes no campo da gestão interfederativa, portanto precisam ser escutados. Assim, pesquisas com a participação desses atores devem ser desenvolvidas.

Não há um consenso sobre a função das CIR, mas foi salientado que não deveria ser um local de repasse de informações da regional de saúde para os municípios, como em geral vem acontecendo, mas sim locus para a discussão de propostas e deliberação sobre elas, formalizando acordos regionais.

A distribuição do poder entre os participantes oficiais das CIR é assimétrica, provavelmente isso não mudará, não haverá inter-relações simétricas, no entanto é preciso mudar a realidade dos desejos de alguns atores prevalecerem sobre a dos demais, sem respeito aos pactos coletivos e com desvios a legalidade do SUS.

Além dos atores oficiais das CIR, participam das reuniões técnicos dos municípios e das regionais de saúde e os apoiadores do CRESEMS. O papel desses atores é importante no âmbito da gestão interfederativa merecendo ser mais bem investigado, porque além de participar das plenárias eles precisam ter a capacidade de articular democraticamente os conhecimentos, para não impor, não manipular os atores oficiais.

Em momentos pontuais participam das plenárias das CIR diretores de Consórcios Intermunicipais de Saúde (CIS) e prestadores de serviços, quando há assuntos relacionados aos serviços que prestam.

O estado do Paraná, por meio da Secretaria de Estado da Saúde, tem o papel de condução do processo de regionalização, com mediação dos vários interesses. Mas a prática político-partidária faz com que cada governo que assume desenvolva programas próprios, atravessados por características de sua gestão. Assim os municípios ao invés de desenvolverem políticas públicas com adequado planejamento ficam submetidos a muitos programas que são alterados frequentemente, mesmo que sejam interessantes, causando descontinuidade na administração pública.

Existem conflitos entre os atores das CIR, mas eles acontecem mais fora das plenárias das CIR. Portanto nos espaços institucionalizados de cogestão os problemas não são tratados em profundidade. Nesse sentido os espaços das CIR não estão produzindo uma dinâmica que favoreça o enfrentamento das dificuldades regionais coletivamente e/ou os atores não conseguem agir diante da complexidade da produção social em regiões de saúde.

Alguns acordos que não significam unicidade de interesses e pensamentos foram firmados com apatia, por alguns gestores municipais, que acabaram descumprindo o pacto. Cita-se como exemplo, o financiamento tripartite destinado ao SAMU-192 para o qual cada município contribuiria com uma parcela. Houve gestores municipais que deliberaram a favor do valor a ser pago e depois não pagaram.

A implantação das redes, principalmente Mãe Paranaense e Urgência e Emergência, aconteceu, mas os gestores municipais de saúde estavam enfrentando dificuldades para conseguir garantir o acesso oportuno e resolutivo dos cidadãos, porque não havia uma governança efetiva com coordenação e integração dos pontos de atenção das redes. Para que os problemas sejam sanados é necessário que seja desenvolvido um processo permanente de acordos cooperativos e responsáveis entre SESA/PR, gestores municipais de saúde, consórcios e hospitais.

O governo do Paraná vem contratualizando alguns hospitais para atender às demandas das redes prioritárias do estado, o que é importante. No entanto, o controle com regulação, monitoramento e avaliação das metas pactuadas não vem acontecendo de maneira adequada, persistindo os problemas relacionados com o acesso dos cidadãos aos serviços de saúde de maior complexidade.

Conseguir que os usuários tenham acesso adequado, com qualidade, sem pagamentos extras aos hospitais filantrópicos e públicos, contratados para prestar serviços no âmbito do SUS, tem sido uma tarefa difícil e problemática. Isso muito devido ao cenário complexo da relação público-privada instaurada no país e do modelo hegemônico de assistência em saúde pautado no mercado e na tecnologia médica. Para minimizar as iniquidades desta conjuntura é preciso desnudar e enfrentar as lógicas de acumulação do complexo médico hospitalar.

Em 2002 a estratégia para organizar regionalmente serviços ambulatoriais especializados por meio de Consórcios Intermunicipais de Saúde (CIS) foi considerada positiva no Paraná. Os CIS, em sua maioria, vêm sendo conduzidos por um conselho de prefeitos eleitos, portanto necessitam de um alto grau de coalisão e confiabilidade política entre os municípios. No entanto, no presente estudo, alguns problemas relacionados aos consórcios foram pautados nas plenárias das CIR, como dificuldade de acesso da população a alguns serviços de saúde. Também, gestores municipais de saúde expressaram que, em alguns casos, as decisões deles

são sucumbidas pela vontade do prefeito ou da direção do CIS ou dos médicos que trabalham nos consórcios.

Apesar de nas plenárias das CIR os representantes da gestão estadual solicitarem aos municípios que enviassem às regionais de saúde as deliberações dos conselhos de saúde, tal iniciativa pareceu mais um cumprimento burocrático do que uma valorização dos conselhos como fóruns decisórios sobre a política de saúde municipal.

Alguns gestores municipais relataram casos sobre a judicialização da saúde. Gestores municipais de saúde solicitaram a realização de um seminário sobre o assunto. Essa problemática que apareceu timidamente neste estudo é um dilema que precisa ser resolvido nacionalmente. Porque de um lado está o ministério público que age em defesa dos direitos sanitários dos cidadãos, focalizando os casos que chegam a eles. Por outro, como o financiamento da saúde é insuficiente para garantir a integralidade e a universalidade da atenção à saúde. Desse modo a judicialização prejudica o planejamento dos recursos destinados à saúde da população.

As relações de poder permeiam a gestão interfederativa no âmbito do SUS. Em geral, o poder político subordina os poderes técnicos e administrativos. De acordo com a tipologia de Matus (2007a) um estilo autoritário de fazer política, com elevado grau do estilo Maquiavel, leva a uma prática que desconsidera o bem-estar social. Portanto a política precisa elevar-se ao estilo Gandhi baseada na força moral e no consenso coletivo. Mas parece que isso nunca acontecerá diante da atual conjuntura política brasileira. Contudo não se pode desanimar, pois o incômodo é o que motiva o querer transformar, o agir. Mas para isso é preciso elevar o grau de consciência social dos cidadãos.

Considera-se que os espaços tanto do CRESEMS como das CIR precisam ser fortalecidos. Os CRESEMS para coesão do coletivo, com movimentos coordenados e responsáveis entre os gestores municipais de saúde, com compartilhamento das problemáticas de saúde regional. As CIR para que desenvolvam uma dinâmica com distribuição de poder, com negociações equilibradas, para que consigam enfrentar as pressões externas (“arranjos” e “movimentos”) que vêm prejudicando a concretização das definições sobre a organização das RAS. Essas pressões podem ser enfrentadas com maior chance de

sucesso se for estabelecida efetiva governança entre todos os atores, coletivos e individuais, na região de saúde.

Nesse contexto, os atores detentores de tomada de decisão no âmbito das Comissões Intergestores Regionais (CIR) precisam assumir a responsabilidade de organizar as ações e os serviços na região de saúde conforme as demandas da população e não conforme as pressões do mercado, desenvolvendo uma gestão interfederativa compartilhada e solidária. Também cabe ressaltar que as CIR sempre estarão permeadas pelas demandas do Ministério da Saúde e da Secretaria de Estado de Saúde do Paraná, portanto o gestor municipal precisa ter capacidade de transformar as demandas nacionais e estaduais em práticas efetivas de saúde conforme a realidade e a necessidade de sua população.

Para desconstruir as hegemonias que operam contra o SUS considera-se importante uma gestão colegiada, com a implantação de colegiados de gestão em todos os pontos de atenção das RAS, conforme vêm sendo propostos por autores no campo da gestão em saúde, como no caso de Cecílio. Esses colegiados seriam integrados com as CIR formando uma Rede de Colegiados de Gestão Regional, com a missão de efetivar o direito de saúde à população. Cada colegiado de gestão sendo considerado um jogo social, com atores que possuem acúmulos individuais, com intencionalidades. Mas ao estarem todos em uma roda, refletindo criticamente sobre os problemas de saúde, existe a possibilidade de ser atenuada a assimetria de poder e também haver quebra de paradigmas que ferem os princípios do SUS, conseguindo a cooperação e a solidariedade para a efetivação da reforma sanitária. Uma tarefa difícil frente à cultura individualista da sociedade capitalista, mas possível.

Neste sentido talvez a Teoria do Agir Comunicativo, proposta por Habermas, possa contribuir para a construção de acordos coletivos, com argumentos que propiciem o entendimento entre os atores e produzam consensos.

No âmbito do SUS alguns nós precisam ser enfrentados como o dilema da sociedade sobre os rumos do SUS, os processos políticos e de gestão autoritários e as dificuldades de desenvolver o planejamento em saúde, principalmente, nos municípios.

A realidade aqui estudada permitiu uma compreensão, mesmo que limitada, sobre as Comissões Intergestores Regionais do norte do Paraná, a gestão interfederativa e alguns nós do SUS. Agora, mesmo sabendo que a socialização dos

achados desta pesquisa é somente um dos movimentos necessários para que haja mudança na realidade é preciso fazer isso, na tentativa de informar e conscientizar atores, tanto aqueles que somente utilizam o SUS como os que, além disso, atuam diretamente no âmbito do sistema de saúde. Com isso tem-se a expectativa de que os incômodos encontrados, ao serem expostos, mobilizem, principalmente, os gestores municipais de saúde e os representantes da gestão estadual a um agir coletivo, visando às transformações das ideias e das práticas e, conseqüentemente, da realidade sanitária, mesmo tendo clareza de que as incertezas e as divergências estarão sempre presentes no jogo social do campo da saúde.

REFERÊNCIAS

- ABRUCIO, F.L. A coordenação federativa no Brasil: a experiência do período FHC e os desafios do Governo Lula. **Revista de Sociologia e Política**, Curitiba, n.24, p.41-67, jun. 2005.
- ALMEIDA FILHO, N. Ensino superior e os serviços de saúde no Brasil. Saúde no Brasil, Comentário 6. **The Lancet**, Londres, p.6-7, maio 2011.
- ANDRADE, L.O.M. Inteligência de Governança para apoio à Tomada de Decisão. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.17, n.4, p.829-837, 2012.
- ARAGÃO, L. **Habermas: filósofo e sociólogo de nosso tempo**. Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro, 2002.
- ARREAZA, A.L.V.; MORAES, J.C. Vigilância da saúde: fundamentos, interfaces e tendências. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.15, n.4, jul., 2010.
- ASCHIDAMINI, I.M.; SAUPE, R. Grupo focal, estratégia metodológica qualitativa: um ensaio teórico. **Cogitare Enfermagem**, Curitiba, v.9, n.1, p.9-14, jan/jun. 2004.
- AYRES, J.R.C.M. Hermenêutica e humanização das práticas de saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.10, n.3, p.549-560, 2005.
- BAHIA, L. Padrões e Mudanças no Financiamento e Regulação do Sistema de Saúde Brasileiro: impactos sobre as relações entre o Público e Privado. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v.14, n.2, p.9-30, maio-ago. 2005.
- _____. As contradições entre o SUS universal e as transferências de recursos públicos para os planos e seguros privados de saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.13, n.5, p.1385-1397, 2008.
- _____. Afinidades comunicativas e as políticas de saúde no Brasil **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.15, n.5, p.2281-2282, 2010.
- BAPTISTA, T.W.F. et al. As emendas parlamentares no orçamento federal da saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.28, n.12, dec., 2012.
- BEHRING, E.R.; BOSCHETTI, I. **Política Social: fundamentos e história**. 3. ed., São Paulo: Cortez, 2007.
- BENTO, L.V. **Governança e governabilidade na reforma de Estado**: entre eficiência e democratização. Barueri, SP: Manole, 2003.
- BOBBIO, N; MATTEUCCI, N.; PASQUINO, G. **Dicionário de política**. 11ª ed. Brasília, DF: Editora da Universidade de Brasília, v.1, 1998.
- BOGDAN, R; BIKLEN, S. **Investigação qualitativa em educação**: uma introdução à teoria e aos métodos. Portugal: Porto Editora, reimpressão, 2010.

BONI, V.; QUARESMA, S.J. Aprendendo a entrevistar: como fazer entrevistas em ciências sociais. **Revista Eletrônica dos Pós-Graduandos em Sociologia da UFSC**, Florianópolis, v.2, n.1, p.68-80, jan./jul., 2005.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil**, de 5 de outubro de 1988. Brasília, DF: Senado Federal, 1988.

_____. Ministério da Saúde. **Lei nº 8.142, de 28 dezembro de 1990**. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. Brasília, DF, 1990.

_____. Ministério da Saúde. **NOB-SUS 001/96**, Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde/SUS. Brasília: Ministério da Saúde, 1997. 36p.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1.863/GM**, de 29 de setembro de 2003, Institui a Política Nacional de Atenção às Urgências, a ser implantada em todas as unidades federadas, respeitadas as competências das três esferas de gestão. Brasília: Ministério da Saúde, 2003.

_____. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria nº 198/GM/MS**. Institui a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde como estratégia do Sistema Único de Saúde para formação e do desenvolvimento de trabalhadores para o setor e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 13 fev. 2004.

_____. Presidência da República Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. **Lei nº 11.107**. Dispõe sobre normas gerais de contratação de consórcios públicos e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 6 abr. 2005.

_____. Presidência da República Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. **Decreto nº 6.017**. Regulamenta a Lei nº 11.107, de 6 de abril de 2005, que dispõe sobre normas gerais de contratação de consórcios públicos. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 17 jan. 2007a.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1.996**, de 20 de agosto de 2007. Dispõe sobre as diretrizes para a implementação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2007b.

_____. Ministério da Saúde. DATASUS. Pacto pela Saúde. **SISPACTO** – Aplicativo do Pacto pela Saúde. Termo de Compromisso de Gestão Municipal. (on-line). <http://portalweb04.saude.gov.br/sispacto/>. 2010a.

_____. 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, Ministério da Saúde, 2010b.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1.459**, de 24 de junho de 2011. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS – a Rede Cegonha. Brasília, Ministério da Saúde, 2011a.

_____. Ministério da Saúde. **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 a organização do Sistema Único de Saúde – SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. Brasília, Ministério da Saúde, 2011b.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Portaria nº 2.027**, de 25 de agosto de 2011. Altera a Portaria no 648/GM/MS, de 28 de março de 2006, na parte que dispõe sobre a carga horária dos profissionais médicos que compõem as Equipes de Saúde da Família (ESF) e na parte que dispõe sobre a suspensão do Piso de Atenção Básica (PAB Variável). Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Brasília: SAS, n.164, seção 1, p.90, ago. 2011c.

_____. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. **Lei nº 12.466**, de 24 de agosto de 2011. Acrescenta arts. 14-A e 14-B a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, que “dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e das outras providências”, para dispor sobre as comissões intergestores do Sistema Único de Saúde (SUS), o Conselho Nacional de Secretários de Saúde (Conass), o Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (Conasems) e suas respectivas composições, e dar outras providências. Brasília: Presidência da República, ago. 2011d.

_____. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. **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; estabelece os critérios de rateio dos recursos de transferências para a saúde e as normas de fiscalização, avaliação e controle das despesas com saúde nas 3 (três) esferas de governo; revoga dispositivos das Leis nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, e nº 8.689, de 27 de julho de 1993; e dá outras providências. Brasília, DF: Presidência da República, 2012a.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Articulação Interfederativa. **Caderno de informação para a gestão interfederativa no SUS**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2012b

_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº 575**, de 29 de março de 2012. Estabelece o elenco de medicamentos e insumos da Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2012c.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº 841**, de 2 de maio de 2012. Publica a Relação Nacional de Ações e Serviços de Saúde (RENASES) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) e dá outras providências. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2012d.

_____. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Comissão Nacional de Ética em Pesquisa. **Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos:** (Res. CNS 466). Brasília: Ministério da Saúde, dez. 2012. Publicada no DOU nº 12 – quinta-feira, 13 de junho de 2013 – seção 1 – página 59. 2013.

CAMPOS, G.W.S. O anti-Taylor: sobre a invenção de um método para co-governar instituições de saúde produzindo liberdade e compromisso. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.14, n.4, p.863-870, out.-dez. 1998.

_____. **Saúde Paidéia**. São Paulo: Hucitec, 2003.

_____. **Um método para análise e co-gestão de coletivos**. São Paulo: Hucitec, 2005.

_____. Efeito Paidéia e o campo da saúde: reflexões sobre a relação entre o sujeito e o mundo da vida. **Trabalho, Educação e Saúde**, Rio de Janeiro, v. 4 n. 1, p.19-31, 2006.

_____. Reforma política e sanitária: a sustentabilidade do SUS em questão? **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.12, n.2. p.301-306, 2007.

_____. Como reinventar a gestão e o funcionamento dos sistemas públicos e organizações estatais? **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.13, sup 2, p.2019-2021, 2008.

_____. Apresentação. In: SANTOS, L.; ANDRADE, L. O. M de. **SUS: o espaço da gestão inovada e dos consensos interfederativo:** aspectos jurídicos, administrativos e financeiros. 2. ed. Campinas: Saberes Editora, 2009.

_____. Cogestão e neoartesanato: elementos conceituais para repensar o trabalho em saúde combinando responsabilidade e autonomia. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.15, n.5, p.2337-2344, 2010.

_____. A mediação entre conhecimento e práticas sociais: a racionalidade da tecnologia leve, da práxis e da arte. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.16, n.7, p.3033-3040, 2011.

_____. O médico sanitário, Gastão Wagner, fala da gestão do SUS a partir das expectativas dos eleitores brasileiros. In: CONSENSUS. **O desafio dos novos gestores municipais de saúde no Brasil**. Revista do Conselho Nacional de Secretários, Brasília, ano III, n.6, jan.-mar, 2013.

CAMPOS, G.W.S.; DOMITTI, A.C. Apoio matricial e equipe de referência: uma metodologia para gestão do trabalho interdisciplinar em saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.23, n.2, p.399-407, fev., 2007.

CARNEIRO, P.S; FORSTER, A.C.; FERREIRA, J.B.B. A dinâmica de três colegiados de gestão regional: um olhar sobre a regionalização e pactuação. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v.38, n.100, p.57-68, jan./mar. 2014.

CARVALHO, B.G.; MARTIN, G.B.; CORDONI JUNIOR, L. A organização do sistema de saúde no Brasil. In: ANDRADE, S.M.; SOARES, D.A; CORDONI JUNIOR, L. **Bases da Saúde Coletiva**. Londrina: Editora UEL, cap.2, 2001.

CARVALHO, G. A saúde pública no Brasil. **Estudos Avançados**, São Paulo, v.27, n.78, 2013.

CARVALHO, M.; PAULUS JÚNIOR, A.; CORDONI JUNIOR, L. Financiamento público da saúde pelo governo do Estado do Paraná, Brasil, 1991-2006. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, n.11, v.24, p.508-516, 2005.

CASTRO, H.C.O. et al. Percepções sobre o Programa Bolsa Família na sociedade brasileira. **Opinião Pública** [online]. Campinas, v.15, n.2, p.333-355, nov., 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/op/v15n2/03.pdf>>. Acesso em: 16 mar. 2014.

CECCIM, R.B.; FEUERWERKER, L.C.M. O quadrilátero da formação para a área da saúde: ensino, gestão, atenção e controle social. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14, n.1, p. 41-65, 2004.

CECÍLIO, L.C.O. É possível trabalhar o conflito como matéria-prima da gestão em saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, n.21, v.2, p.508-516, 2005.

_____. O “trabalhador moral” na saúde: reflexões sobre um conceito. **Interface: comunicação, saúde e educação**, v.11, n.22, p.345-63, mai./ago., 2007.

_____. A morte de Ivan Ilitch, de Leon Tolstói: elementos para se pensar as múltiplas dimensões da gestão do cuidado. **Interface: comunicação, saúde e educação**, v.13, supl.1, p.545-55, 2009.

_____. Colegiados de gestão em serviços de saúde: do direito à saúde um estudo empírico. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.26, n.3, p.557-566, 2010a.

_____. É preciso politizar o SUS. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.15, n.5, p.2276-2278, 2010b.

_____. Apontamentos teórico-conceituais sobre processos avaliativos considerando as múltiplas dimensões da gestão do cuidado em saúde. **Interface: comunicação, saúde, educação**, Botucatu, v.15, n. 37, p.589-99, abr./jun, 2011.

CECÍLIO, L.C.O. et al. O gestor municipal na atual etapa de implantação do SUS: características e desafios. **Revista Eletrônica de Comunicação e Informação & Inovação em Saúde**, Rio de Janeiro, v.1, n.2, p.200-207, jul.-dez. 2007.

_____. A atenção básica à saúde e a construção das redes temáticas de saúde: qual pode ser o seu papel? **Ciência & Saúde Coletiva**, v.17, n.11, p.2893-2902, 2012.

CHIZZOTTI, A. A pesquisa qualitativa em ciências humanas e sociais: evolução e desafios. **Revista Portuguesa de Educação**, Braga (Portugal), v.16, n.2, p.221-236, 2003.

COHN, A. Estado e sociedade e as reconfigurações. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.8, n.1, p.9-18, 2003.

_____. Políticas de saúde e reforma sanitária hoje: delimitações e possibilidades. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.13, sup 2, p.2021-2023, 2008.

_____. **Questionando conceitos: o público e o privado na saúde no século 21**. In: SANTOS, N.R.; AMARANTE, P.D.C. (Org.) *Gestão Pública e Relação Público Privado na Saúde*. Rio de Janeiro: Cebes, cap.15, p.267-274, 2010.

COSTA, D. et al. Saúde do Trabalhador no SUS: desafios para uma política pública. **Revista Brasileira de Saúde Ocupacional**, São Paulo, v.38, n.127, p.11-30, 2013.

DAWSON, B. **Informe Dowson sobre el futuro del los servicios médicos y afines, 1920**. Washington: Organización Panamericana de la Salud, Publicación científica nº 93, 1964.

DELZIOVO, C.R. Colegiado de Gestão Regional desafios e perspectivas: relato de experiência. **Saúde e Transformação Social**, Florianópolis, v.3, n.1, p.102-105, jan. 2012 .

DEMO, P. **Metodologia científica em ciências sociais**. São Paulo: Atlas, 1985.

DESLANDES, S.F. Concepções em pesquisa social: articulações com o campo da avaliação em serviços de saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.13, n.1, p.103-107, jan./mar. 1997.

DOURADO, D.A. **Regionalização e federalismo sanitário no Brasil**. 2010. 182p. Dissertação (Mestrado em Ciências) – Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, São Paulo. 2010.

DOURADO, D.A.; ELIAS, P.E.M. Regionalização e dinâmica política do federalismo sanitário brasileiro. **Revista de Saúde Pública**, v.45, n.1, p.204-211, 2011.

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

ELIAS, P.E. Política pública de saúde no Brasil: as ciladas da sociedade brasileira e a construção da universalidade no sistema de saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.13, sup 2, p.2023-2026, 2008.

ESCÓSSIA, L. O coletivo como plano de criação na saúde pública. **Interface: comunicação, saúde, educação**, Botucatu, v.13, supl.1, p.689-694, 2009.

FERRAES, A.M.B.; CORDONI JUNIOR, L. Consórcio de medicamentos no Paraná: análise de cobertura e custos. **Revista de Administração Pública**, Rio de Janeiro v.41, n.3, p.475-486, maio/jun., 2007.

FERRAZ, O.L.M.; VIEIRA, F.S. Direito à saúde, recursos escassos e equidade: os riscos da interpretação judicial dominante. **Revista de Ciências Sociais**, Rio de Janeiro, v.52, n.1, p.223-251, 2009.

FERREIRA, A.B.H. **Novo dicionário Aurélio da língua portuguesa**. Online. Disponível em: <<http://www.dicionariodoaurelio.com>>. Acesso em: 12 abr. 2014.

FERREIRA NETO, J.L. et al. Usos da noção de subjetividade no campo da Saúde Coletiva. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.27, n.5, p.831-842, maio, 2011.

FLEURY, S. Reforma do Estado e governança. **Revista de Administração Pública**. Rio de Janeiro, v.30, n.2, p.187-190, mar./abr., 1996.

_____. Debatedores. Reforma política e sanitária: a sustentabilidade do SUS em questão? **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.12, n.2, p.307-309, 2007.

_____. Reforma sanitária brasileira: dilemas entre o instituinte e o instituído. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.14, n.3, p. 743-752, 2009.

_____. Saúde: para onde vai a classe média. In: **Revista do Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONSENSUS)**, ano 3, n.7, abr./jun., 2013.

FLEURY, S. et al. Governança local no sistema descentralizado de saúde no Brasil. **Revista Panamericana de Saúde Pública**, v.28, n.6, p.446-455, 2010.

FLEURY, S; OUVERNEY, A. **Política de saúde: uma política social**. In: GIOVANELLA, L. et al. Políticas e sistemas de saúde no Brasil. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2008.

_____. O sistema único de saúde brasileiro: desafios da gestão em rede. **Revista Portuguesa e Brasileira de Gestão**. Lisboa, v.11, n.2-3, p.74-83, 2012.

FRASER, M.T.D.; GODIM, S.M.G. Da fala do outro ao texto negociado: discussões sobre a entrevista na pesquisa qualitativa. **Paidéia**, Ribeirão Preto, v.14, n.8, maio/ago. 2004.

GADELHA, P. (Coord.). **A saúde no Brasil em 2030: diretrizes para a prospecção estratégica do sistema de saúde brasileiro**. Fundação Oswaldo Cruz... [et al.]. Rio de Janeiro: Fiocruz/Ipea/Ministério da Saúde/Secretaria de Assuntos Estratégicos da Presidência da República, 2012.

GIL, A.C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. São Paulo: Atlas, 4 ed., 2002.

GIOVANELLA, L. **Ideologia e poder no planejamento estratégico em saúde: uma discussão da abordagem de Mario Testa**. 1989. 292f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro. 1989.

_____. Planejamento estratégico em saúde: uma discussão da abordagem de Mário Testa. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.6, n.2, p.129-153, abr./jun, 1990.

GIOVANELLA, L. et al. Sistemas de Salud en América del Sur. In: GIOVANELLA, L. et al. (Orgs.). **Sistemas de salud en Suramérica: desafios para la universalidad la integralidad y la equidade**. Rio de Janeiro: ISAGS, 2012. p.21-69.

GUIMARÃES, R.B. Regiões de saúde e escalas geográficas. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.21, n.4, ago., 2005.

GUIZARDI, F.L.; CAVALCANTI, F.O.L. A gestão em saúde: nexos entre o cotidiano institucional e a participação política no SUS. **Interface: comunicação, saúde e educação**, v.14, n.34, p.633-645, 2010a.

_____. O conceito de cogestão em saúde: reflexões sobre a produção de democracia institucional. **Physis**, Rio de Janeiro, v.20, n.4, p.1245-1265, 2010b

GUIZARDI, F.L.; PINHEIRO, R. Participação política e cotidiano da gestão em saúde: um ensaio sobre a potencialidade formativa das relações institucionais. **Physis**, Rio de Janeiro, v.22, n.2, jun., 2012.

HARTZ, Z.M.A.; CONTANDRIOPOULOS, A.P. Integralidade da atenção e integração de serviços de saúde: desafios para avaliar a implantação de um “sistema sem muros”. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.20, sup.2, p.S331-S336, 2004.

HEIMANN, L.S. et al. **A relação público-privado e o pacto pela saúde: novos desafios para a gestão em saúde**. In: SANTOS, N.R.; AMARANTE, P.D.C. (Org.) **Gestão Pública e Relação Público Privado na Saúde**. Rio de Janeiro: Cebes, cap.12, p.208-219, 2010.

HUERTAS, F. O método PES: entrevista com Matus. São Paulo: FUNDAP, 1996.

IANNI, A.M.Z. et al. Metrôpole e região: dilemas da pactuação da saúde. O caso da Região Metropolitana da Baixada Santista, São Paulo, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.28, n.5, maio, 2012.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **População Estados**. Censo Demográfico 2010. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/estadosat/perfil.php?sigla=pr>>. Acesso em 08 dez. 2013.

JUNQUEIRA, T.S. et al. As relações laborais no âmbito da municipalização da gestão em saúde e os dilemas da relação expansão/precarização do trabalho no contexto do SUS. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.26, n.5, p.918-928, maio, 2010.

KITZINGER, J. Grupos focais com usuárias e profissionais da atenção à saúde. In: POPE, C.; MAYS, N. (Org.) **Pesquisa qualitativa na atenção à saúde**. Porto Alegre: Artmed, 3 ed., 2009.

KUSCHNIR, R.; CHORNY, A.H. Redes de atenção à saúde: contextualizando o debate. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.15, n.5, p.2307-2316, 2010.

LABONTÉ, R. Health systems governance for health equity: critical reflections. **Revista de Salud Pública**, Bogotá, v.12, supl.1, jan. 2010.

LIMA, A.P.G. Os Consórcios Intermunicipais de Saúde e o Sistema Único de Saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.16, n.4, out./dez., 2000.

LIMA, C.R.A. et al. Revisão das dimensões de qualidade dos dados e métodos aplicados na avaliação dos sistemas de informação em saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.25, n.10, p.2095-2109, out., 2009.

LORDÉLO, J.A.C.; PONTES, M. **Poder, representação, participação, conhecimento e decisão: a CPA da UFBA**. In: LORDÉLO; J.A.C.; DAZZANI, M.V. (Org.). Avaliação educacional : desatando e reatando nós. Salvador: EDUFBA, 2009. p.85-101.

MACHADO, C.V. O modelo de intervenção do Ministério da Saúde brasileiro nos anos 90. **Cadernos de Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v.23, n.9, p.2113-2126, 2007.

MACHADO, C.V.; FERREIRA, F.G.; O'DWYERL, G. Serviço de Atendimento Móvel de Urgência: análise da política brasileira. **Revista de Saúde Pública**, v.45, n.3, p.519-528, 2011.

MACHADO, C.V et al. Federalismo e política de saúde: comissões intergovernamentais no Brasil. **Revista de Saúde Pública**, v.48, n.4, p.642-650, 2014.

MACHADO, M.H. (Coord.). **Os médicos no Brasil: um retrato da realidade**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1999.

MARTINS, P.H. Gestão de redes: a estratégia de regionalização da política de saúde. **Cadernos de Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v.24, n.7, p. 1716-1717, 2008.

MATOS, C.A. **Os descaminhos da implementação do SUS em Rondônia: contexto de federalismo predatório, de reformas gerenciais e de maus governos na floresta**. 2007. 197p. Tese (Doutorado em Saúde Pública) – Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro. 2007.

MATTOS, R.A. Princípios do Sistema Único de Saúde (SUS) e a humanização das práticas de saúde. **Interface**: comunicação, saúde, educação, Botucatu, v.13, supl.1, p.771-780, 2009.

MATUS, C. **Política, Planejamento e Governo**. Brasília: Ipea, 1996.

_____. **Teoria do jogo social**. São Paulo: FUNDAP, 2005.

_____. **O plano como aposta**. In: GIACOMONI, J.; PAGNUSSAT, J.L. (Org.). Planejamento e orçamento governamental. Brasília: ENAP, coletânea, v.1, 2006.

_____. **Estratégias políticas: Chimpanzé, Maquiavel e Gandhi**. São Paulo: FUNDAP, 2ª impressão, 2007a.

_____. Las Ciencias y la Política. **Salud Colectiva**, Buenos Aires, v.3, n.1, p.81-91, enero-abril, 2007b.

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

_____. **As Redes de Atenção à Saúde**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2 ed. 2011.

MENICUCCI, T.M.G. O Sistema Único de Saúde, 20 anos: balanço e perspectivas. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.25, n.7, p.1620-1625, jul., 2009.

MERHY, E.E. O ato de governar as tensões constitutivas do agir em saúde como desafio permanente de algumas estratégias gerenciais. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.4, n.2, p.305-314, 1999.

_____. **Um dos grandes desafios para os gestores do SUS: apostar em novos modos de fabricar os modelos de atenção**. In: MERHY, Emerson Elias et al. (Org). O trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano. São Paulo: Hucitec. 2004. p.15-35.

_____. **Em busca do tempo perdido: a micropolítica do trabalho vivo em saúde**. In: MERHY, E. E.; ONOCKO, R. (Org.). Agir em saúde: um desafio para o público. São Paulo: Hucitec, 2006. p.71-112.

_____. Efeitos diante do convite de construir um espaço comum entre formuladores sobre gestão e planejamento em saúde no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.15, n.5, p.2275-2276, 2010.

MESQUITA, R.M.S. **Consensos da Comissão Intergestores Regional para a organização do sistema regional de saúde**. 2011. 80f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Centro de Ciências da Saúde, Universidade de Fortaleza, Fortaleza. 2011.

MINAYO, M.C.S. **O desafio do conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. São Paulo: Hucitec, 12 ed., 2010a.

_____. Los conceptos estructurantes de la investigación cualitativa. **Salud Colectiva**. Buenos Aires (Argentina), v.6, n.3, p.251-261, sep./dic. 2010b.

_____. Análise qualitativa: teoria, passos e fidedignidade. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.17, n.3, p.621-626, 2012.

MINAYO, M.C.S.; DESLANDES, S.F. Análise da implantação da rede de atenção às vítimas de acidentes e violências segundo diretrizes da Política Nacional de Redução da Morbimortalidade sobre Violência e Saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.14, n.5, p.1641-1649, 2009.

MIRANDA, A.S. **Análise estratégica dos arranjos decisórios na Comissão Intergestores Tripartite do Sistema Único de Saúde**. 2003. 240p. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) – Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia, Salvador. 2003.

MOREIRA, M.C.N. Redes interfederativas e saúde: trocas, benefícios e iatrogenias na construção do SUS. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.16, n.3, p.1681-1687, mar. 2011.

MULLER, E.V.; GRECO, M. Avaliação da satisfação dos usuários com os serviços do consórcio intermunicipal de saúde do noroeste do Paraná. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.15, n.3, p.925-930, 2010.

MÜLLER NETO, J.S. **A relação entre democracia, descentralização e políticas de saúde no Brasil**: atualização do debate e estudo de caso em uma perspectiva comunicativa. 2010. 321p. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) – Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro. 2010.

MÜLLER NETO, J.S.; ARTMANN, E. Política, gestão e participação em Saúde: reflexão ancorada na teoria da ação comunicativa de Habermas. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.17, n.12, p.3407-3416, 2012.

NEVES, L.A.; RIBEIRO, J.M. Consórcios de saúde: estudo de caso exitoso. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.22, n.10, p.2207-2217, out., 2006.

NEY, M.S.; RODRIGUES, P.H.A. Fatores críticos para a fixação do médico na Estratégia Saúde da Família. **Physis**, Rio de Janeiro, v.22, n.4, p.1293-1311, 2012.

NICOLETTO, S.C.S. **Os consórcios intermunicipais de saúde do Paraná e a assistência médica especializada**. 2002. 192p. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Centro de Ciências da Saúde, Universidade Estadual de Londrina, Londrina. 2002.

NICOLETTO, S.C.S.; CORDONI JUNIOR., L.; COSTA, N. R. Os consórcios intermunicipais de saúde: o caso do Paraná Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.21, n.1, p.29-38, jan./fev., 2005.

NICOLETTO, S.C.S. et al. Polos de educação permanente em saúde: uma análise da vivência dos atores sociais no norte do Paraná. **Interface**, comunicação, saúde e educação, Botucatu, v.13, n.30, p. 209-219, 2009.

_____. Desafios na implantação, desenvolvimento e sustentabilidade da Política de Educação Permanente em Saúde no Paraná, Brasil. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v.22, n.4, p.1094-1105, 2013.

NUNES, L.G. A judicialização da saúde no Brasil: tentativas para reduzir (conter) o fenômeno. **Revista do CAAP**, Belo Horizonte, p.313-337, jul./dez., 2009.

ONOCKO CAMPOS, R. **A gestão: espaço de intervenção, análise e especificidades técnicas**. In: CAMPOS, G.W.S. Saúde Paidéia. São Paulo: Hucitec, 2003. p.122-149.

_____. **Planejamento em saúde: a armadilha da dicotomia público-privado**. In: SANTOS, N.R.; AMARANTE, P.D.C. (Org.) Gestão Pública e Relação Público Privado na Saúde. Rio de Janeiro: Cebes, cap.11, p.197-207, 2010.

OPAS. Organização Pan-Americana da Saúde. **A atenção à saúde coordenada pela APS: construindo as redes de atenção no SUS: contribuições para o debate**. Brasília: OPAS, 2011.

_____. Organização Pan-Americana da Saúde. **Saúde nas Américas: panorama regional e perfis de países**. Washington, DC: OPAS, 2012.

PAIM, J.S. Planejamento e gestão: para além da comunicação. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.15, n.5, p.2279-2280, 2010.

PAIM, J. et. al. O sistema de saúde brasileiro: história, avanços e desafios. Saúde no Brasil. **The Lancet**, Londres, maio, 2011. p.11-31.

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

PARANÁ. Secretaria de Estado da Saúde. **Deliberação nº 045/93**. Aprova a instituição das Comissões Intergestores Bipartite do Paraná. Curitiba: Secretaria de Saúde, jun. 1993.

_____. Comissão Intergestores Bipartite Paraná. Secretaria de Estado da Saúde do Paraná (SESA). Conselho de Secretários Municipais de Saúde do Paraná (COSEMS/PR). **Deliberação nº 236/2003**. Aprova os Planos Regionais/Municipais de Atenção Integral às Urgências e respectivos projetos de implantação das Centrais Médicas de Regulação da Urgência/Emergência e dos Serviços Pré-hospitalares Atendimento Móvel de Urgência. Curitiba: Secretaria de Saúde, 2003.

_____. Comissão Intergestores Bipartite Paraná. Secretaria de Estado da Saúde do Paraná (SESA). Conselho de Secretários Municipais de Saúde do Paraná (COSEMS/PR). **Deliberação nº 088/2006**. Aprova as Comissões Intergestores Bipartite Regional do Paraná. Curitiba: Secretaria de Saúde, 2006.

_____. Secretaria de Estado da Saúde do Paraná (SESA). **Resolução SESA 0037/2011**. Artigo 1º - Converter as unidades de saúde de atenção integral a saúde da mulher e da criança – USAIMC em Unidades de Atenção Primária Saúde da Família – UAPSF. Curitiba: Secretaria de Saúde, mar., 2011a.

_____. Comissão Intergestores Bipartite Paraná. Secretaria de Estado da Saúde do Paraná (SESA). Conselho de Secretários Municipais de Saúde do Paraná. **Ata/resumo da 5ª reunião ordinária**. Curitiba: Secretaria de Saúde, 12 ago. 2011b.

_____. Comissão Intergestores Bipartite Paraná. Secretaria de Estado da Saúde do Paraná (SESA). Conselho de Secretários Municipais de Saúde do Paraná. **Deliberação nº 051**, de 5 de abril de 2012. Aprova a implantação da Rede Mãe Paranaense, no estado do Paraná. Curitiba: Secretaria de Saúde, 2012a.

_____. Secretaria de Estado da Saúde do Paraná (SESA). **Linha Guia Rede Mãe Paranaense**. Curitiba: Secretaria de Saúde, 2012b.

_____. Comissão Intergestores Bipartite Paraná. Secretaria de Estado da Saúde do Paraná (SESA). Conselho de Secretários Municipais de Saúde do Paraná **Deliberação nº 266/2012**, de 27 de agosto de 2012. Aprova a revogação da deliberação CIB/PR nº 049, de 05/04/2012; As diretrizes para a implementação do Contrato Organizativo de Ação Pública da Saúde (COAP), no Estado do Paraná; A redefinição das macrorregiões. Curitiba: Secretaria de Saúde, ago. 2012c.

_____. Governo do Estado. Secretaria de Estado da Saúde do Paraná. **Resolução SESA nº 377/2012**. Instituir a Estratégia de Qualificação do Parto nos hospitais públicos, filantrópicos e privados que garantirem a vinculação do parto na Rede Mãe Paranaense. Curitiba: Secretaria de Saúde, ago. 2012d.

_____. Governo do Estado. Secretaria de Estado da Saúde do Paraná. **Resolução SESA nº 158/2013**. Instituir Comissão para estudo e elaboração de novo regulamento da Secretaria de Estado da Saúde, em substituição ao Decreto Estadual nº 777/2007, de 09/05/2007, tendo em vista a aprovação e publicação da Lei Estadual nº 17.464, de 02/01/2013. Curitiba: Secretaria de Saúde, mar., 2013a.

_____. Secretaria de Estado da Saúde do Paraná. **Plano Estadual de Saúde Paraná 2012-2015**. Curitiba: SESA, 2013b.

_____. Secretaria de Estado da Saúde. **Resolução SESA nº 443/2013**. Criar ouvidorias do SUS nas unidades próprias do Estado do Paraná e consórcios intermunicipais de saúde, bem como estimular a criação das ouvidorias de saúde nos hospitais contratualizados com o objetivo de assegurar o direito de participação na gestão pública em saúde, apoiando-se nos princípios e diretrizes que determinam as ações e serviços em saúde, expressos nos artigos 196, 197 e 198 da

Constituição Federal e na Lei nº 8.080/90. Publicada no Diário Oficial do Estado nº 9022, de 15/08/13. Curitiba: SESA, ago. 2013c.

_____. Secretaria de Estado da Saúde do Paraná. **Plano de ação de urgência e emergência da macrorregião norte**. Paraná Urgência. Curitiba: SESA, 2013d.

_____. Secretaria de Estado da Saúde do Paraná. **Minuta de Regimento Interno das Regionais de Saúde**. Curitiba: SESA, 2013e.

_____. Secretaria de Estado da Saúde do Paraná. **Programa de Qualificação da Atenção Primária à Saúde. APSUS**. Disponível em: <<http://www.saude.pr.gov.br/modules/conteudo/conteudo.php?conteudo=2808>>. Acesso em: 10 maio 2013f.

_____. Secretaria de Estado da Saúde do Paraná. **Programa Estadual de Apoio aos Consórcios Intermunicipais de Saúde. COMSUS**. Disponível em: <<http://www.saude.pr.gov.br/modules/conteudo/conteudo.php?conteudo=2890>>. Acesso em: 10 maio 2013g.

_____. Secretaria de Estado da Saúde do Paraná. **Programa de Apoio aos Hospitais Públicos e Filantrópicos do Paraná. HOSPSUS**. Disponível em: <<http://www.saude.pr.gov.br/modules/conteudo/conteudo.php?conteudo=2802>>. Acesso em: 10 maio 2013h.

_____. Secretaria de Estado da Saúde do Paraná. **Programa de Qualificação da Vigilância em Saúde no Paraná. VIGIASUS**. Disponível em: <<http://www.saude.pr.gov.br/modules/conteudo/conteudo.php?conteudo=2979>>. Acesso em: 10 maio 2013i.

_____. Governo do Estado do Paraná. Secretaria de Estado da Saúde do Paraná. **Resolução SESA nº 273/2013**. Aprova a implantação dos parâmetros e indicadores de monitoramento e avaliação do Programa Estadual de Apoio aos Consórcios Intermunicipais de Saúde – COMSUS do Paraná. Curitiba: SESA, 17 abr. 2013j.

_____. Governo do Estado do Paraná. Secretaria de Estado da Saúde do Paraná. **Resolução SESA nº 274/2013**. Institui a Comissão Estadual e Regionais de Acompanhamento e Avaliação do Programa Estadual de Apoio aos Consórcios Intermunicipais de Saúde – COMSUS do Paraná. Curitiba: SESA, 17 abr. 2013k.

_____. Secretaria de Estado da Saúde do Paraná. Notícias da SESA. **Unidades de Saúde que recebem Tutoria do APSUS já apresentam avanços**. 7 abr. 2014. Disponível em: <<http://www.saude.pr.gov.br/modules/noticias/article.php?storyid=3578>>. Acesso em: 20 abr. 2014.

PEREIRA, A.M.M. **Dilemas federativos e regionalização na saúde: o papel do gestor estadual do SUS em Minas Gerais**. 2009. 133f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro. 2009.

PINTO, N.R.S.; TANAKA, O.Y.; SPEDO, S.M. Política de saúde e gestão no processo de (re)construção do SUS em município de grande porte: um estudo de caso de São Paulo, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.25, n.4, p.927-938, abr., 2009.

PÓ, M. Institucionalidade e desafios da regulação na área de saúde no Brasil. In: SANTOS, N.R.; AMARANTE, P.D.C. (Org.) **Gestão Pública e Relação Público Privado na Saúde**. Rio de Janeiro: Cebes, cap.14, p.243-266, 2010.

POPE, C.; MAYS, N. (Org.) **Pesquisa qualitativa na atenção à saúde**. 3 ed. Porto Alegre: Artmed, 2009.

REIS, Y.A.C.; CESSÉ, E.Â.P.; CARVALHO, E.F. Consensos sobre o papel do gestor estadual na regionalização da assistência à saúde no Sistema Único de Saúde (SUS). **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, Recife, v.10, supl.1, p.S157-S172, nov., 2010.

RIBEIRO, J.M. Desenvolvimento do sus e racionamento de serviços hospitalares. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.14, n.3, p.771-782, 2009.

RICHARDSON, R.J. **Métodos quantitativos e qualitativos**. In: RICHARDSON, R.J. et al. **Pesquisa social: métodos e técnicas**, São Paulo: Atlas, 3 ed., p.70-89, 2007.

RICOUER, P. The Model of the Text: meaningful action considered as a text. In: **New iterary History. What Is Literature?** The Johns Hopkins University Press, 1973. p.91-117. Disponível em: http://tucnak.fsv.cuni.cz/~kabele/Rican/Ricoeur/Ricoeur_Meaningful%20Action%20Considered%20as%20a%20Text.pdf. Acesso em: 20 jul. 2014.

_____. **O discurso da ação**. Lisboa: Edições 70, 1988.

_____. **Do texto à acção: ensaios de hermenêutica II**. Porto: Rés-Editora, 1989.

RIVERA, F.J.U. **Cultura e liderança comunicativa**. In: RIVERA, F.J.U. **Análise estratégica em saúde e gestão pela escuta**. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2003a. p.185-218.

_____. **Comunicação e negociação gerencial**. In: RIVERA, F. J. U. **Análise estratégica em saúde e gestão pela escuta**. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2003b. p.219-244.

RIVERA, F.J.U.; ARTMANN, E. **Planejamento e gestão em saúde: flexibilidade metodológica e agir comunicativo**. In: RIVERA, F. J. U. **Análise estratégica em saúde e gestão pela escuta**. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2003. p.17-35.

_____. **Planejamento e gestão em saúde: histórico e tendências com base numa visão comunicativa**. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.15, n.5, p.2265-2274, 2010a.

_____. Planejamento comunicativo: prioridade para o Brasil e América Latina. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.15, n.5, p.2282-2284, 2010b.

ROCHA, C.V. Significados e tendências do federalismo e das relações intergovernamentais no Brasil e na Espanha. In: HOCHMAN, G; FÁRIA, C. A. P. de. **Federalismo e políticas públicas no Brasil**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2013, p.29-63.

ROZENFELD, S. (Org.) **Fundamentos da vigilância sanitária**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2009.

SÁ, M.C.; AZEVEDO, C.S. Subjetividade e gestão: explorando as articulações psicossociais no trabalho gerencial e no trabalho em saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.15, n.5, p.2345-2354, 2010.

SANTOS, A.M.; GIOVANELLA, L. Governança regional: estratégias e disputas para gestão em saúde. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v.48, n.4, p.622-631, 2014.

SANTOS, B.S. **A crítica da razão indolente**: contra o desperdício da experiência. São Paulo: Cortez, 2000.

SANTOS, L. **Sistema Único de Saúde: os desafios da gestão interfederativa**. Campinas, SP: Saberes Editora, 2013.

SANTOS, L.; ANDRADE, L.O.M. **SUS: o espaço da gestão inovada e dos consensos interfederativo**: aspectos jurídicos, administrativos e financeiros. 2. ed. Campinas: Saberes Editora, 2009.

_____. Redes interfederativas de saúde: um desafio para o SUS nos seus vinte anos. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.16, n.3, p.1671-1680, mar. 2011.

SANTOS, N.R. Desenvolvimento do SUS, rumos estratégicos e estratégias para visualização dos rumos. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.12, n.2, p.429-435, 2007.

_____. Política pública de saúde no Brasil: encruzilhada, buscas e escolhas de rumos. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.13, sup 2, p.2009-2018, 2008.

_____. SUS: uma virada em 2010? **Revista Bioethikós**, São Paulo, v.3, n.2, jul./set. 2009.

_____. SUS, política pública de Estado: seu desenvolvimento instituído e instituinte e a busca de saídas. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.18, n.1, jan., 2013.

SECCHI, L. Modelos organizacionais e reformas da administração pública. **Revista de Administração Pública**, Rio de Janeiro, v.43, n.2, p.347-369, mar./abr., 2009.

SENNA, M.C.M. et al. Bolsa Família: nova institucionalidade no campo da política social brasileira? **Revista Katálysis**, Florianópolis, v.10, n.1, p.86-94, jan./jun., 2007.

SEVERIANO, A.J. **Metodologia do trabalho científico**. 22 ed. São Paulo: Cortez, 2002.

SILVA, G.R.F. et al. Entrevista como técnica de pesquisa qualitativa. **Online Brazilian Journal of Nursing**, Niteroi, v.5, n.2, p.00-00, 2006.

SOARES, L.T. **Os custos sociais do ajuste neoliberal na América Latina**. 2. ed. São Paulo: Cortez, 2002.

SPOSATI, A. Gestão pública intersetorial: sim ou não? Comentários de experiência. **Serviço Social & Sociedade**, São Paulo, n. 85, p.133-141, mar. 2006.

SOUZA, L.E.P.F.; CONTANDRIOPOULOS, A.P. O uso de pesquisas na formulação de políticas de saúde: obstáculos e estratégias. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.20, n.2, p.546-554, mar./abr., 2004.

TANAKA, O.Y.; OLIVEIRA, V.E. Reforma(s) e Estruturação do Sistema de Saúde Britânico: lições para o SUS. **Saúde e Sociedade**, v.16, n.1, p.7-17, jan.-abr., 2007.

TEIXEIRA, L.S. **Ensaio sobre consórcios intermunicipais de saúde: financiamento, comportamento estratégico, incentivos e economia política**. Brasília: Câmara dos Deputados, Coordenação de Publicações, 2007.

TEIXEIRA, R.R. Humanização: transformar as práticas de saúde, radicalizando os princípios do SUS. **Interface: comunicação, saúde, educação**, Botucatu, v.13, supl.1, p.785-789, 2009.

TESTA, M. **Pensar em saúde**. Porto Alegre: Artes Médicas/Abrasco, 1992.

_____. **Pensamento estratégico e lógica de programação: o caso da saúde**. São Paulo - Rio de Janeiro: Ed. Hucitec, 1995.

_____. **Análisis de insituciones hipercomplejas**. In: MERHY, E.E.; ONOCKO, R. (Org.). *Agir em saúde: um desafio para o público*. São Paulo: Hucitec, 2006. p.17-70.

TOBAR, F.; YALOUR, M.R. **Como fazer teses em saúde pública: conselhos e idéias para formular projetos e redigir teses e informes de pesquisa**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2001.

TRAD, L.A.B. Grupos focais: conceitos, procedimentos e reflexões baseadas em experiências com o uso da técnica em pesquisas de saúde. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.19, n.3, p.777-796, 2009.

TREVISAN, L.N.; JUNQUEIRA, L.A.P. Construindo o "pacto de gestão" no SUS: da descentralização tutelada à gestão em rede. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.12, n.4, p.893-902, 2007.

TURATO, E.R. Métodos qualitativos e quantitativos na área da saúde: definições, diferenças e seus objetos de pesquisa. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v.39, n. 3, p. 507-514, 2005.

VASCONCELOS, C.M. **Paradoxos da mudança no SUS**. 2005. 259f. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) – Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas, Campinas. 2005.

VASCONCELOS, C.M.; PASCHE, D.F. O Sistema Único de Saúde. In: CAMPOS, G. W.S. et al. (Orgs.). **Tratado de Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro: HUCITEC/FIOCRUZ, 2006.

VIANA, A.L.D'Á.; MACHADO, C.V. Proteção social em saúde: um balanço dos 20 anos do SUS. **Physis**, Revista de Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v.18, n.4, p.645-684, 2008.

VIANA, A.L.D'Á et al. **Avaliação nacional das Comissões Intergestores Bipartites (CIBs)**: as CIBs e os modelos de indução da regionalização no SUS. Projeto de Pesquisa. Relatório teórico-metodológico. Universidade de São Paulo, Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz, maio, 2010.

VÍCTORA, C.G. Uma ciência replicante: a ausência de uma discussão sobre o método, a ética e o discurso. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v.20, n.1, p.104-112, 2011.

VÍCTORA, C.G. et al. Condições de saúde e inovações nas políticas de saúde no Brasil: o caminho a percorrer. Saúde no Brasil. **The Lancet**, Londres, p.90-102, maio, 2011.

ZAMBRANO, K. Prefácio. In: MATUS, C. **Teoria do Jogo Social**. São Paulo: FUNDAP, 2005. p.9 -15

WESTPHAL, M.F.; BÓGUS, C.M.; FARIA, M.M. Grupos focais: experiências precursoras em programas educativos em saúde no Brasil. **Boletim de la Oficina Sanitária Panamericana**. Organización Panamericana de la Salud, v.120, n. 6, p. 472-482, 1996.

APÊNDICES

APÊNDICE A

Roteiro para os Grupos Focais e Entrevistas

A. Materiais necessários:

- Crachás;
- Caneta e papel para anotar os pontos a serem aprofundados;
- Gravadores.

A. Interação inicial

- Apresentar os objetivos da pesquisa;
- Explicar sobre o sigilo em relação as CIR e aos entrevistados;
- Solicitar a leitura e assinatura do Termo de Consentimento Livre e esclarecido;
- Solicitar o preenchimento do formulário de perfil do(a) participante(a);
- Prestar esclarecimentos em relação à técnica de coleta de dados utilizada (grupo focal ou entrevista);
- Esclarecer que o grupo focal ou entrevista será gravado a fim de garantir a totalidade e fidelidades dos dados e que, depois de transcritas serão destruídas;
- Ligar o gravador.

B. Observações

- Estar atento aos desvios do tema;
- Estar atento quando surgir uma informação que pode ser aprofundada (solicitar exemplos práticos).

C. Perfil dos Participantes

1. Regional de Saúde: _____
2. Data: ____/____/_____
3. Município: _____
4. Primeiro Nome: _____
5. Qual a sua idade? _____
6. Sexo: () masculino () feminino
7. Qual a sua formação? _____
8. Tem pós-graduação? () sim () não
9. Se sim, qual? _____
10. Tem alguma formação específica em gestão em saúde? () sim () não
11. Se sim, qual? _____
12. Já foi gestor antes do atual mandato? () sim () não
13. Se sim, quanto tempo ocupou o cargo? _____

D. Perguntas norteadoras

Organização: (materialidade do processo)

- Como foram definidas as regras e as normas para o funcionamento da Comissões Intergestores Regionais (CIR) (CIB-Regional)?
- Quem define o local e as datas das reuniões?
- Como são definidas as pautas? As prioridades?
- Quem lidera as reuniões?

- Como é conduzida a reunião da CIR?
- Qual o papel do estado (SESA/PR)?
- Qual o papel dos municípios?
- Existem câmaras técnicas? Se sim quais? Qual a lógica de funcionamento delas?
- Quem participa das reuniões? (tanto do estado como dos municípios)
- Os Secretários de Saúde dos municípios tem participação assídua? (questionar sobre a participação do secretário do município sede)
- Na sua opinião por que alguns secretários têm nenhuma ou pouca participação nas reuniões?
- Você mudaria algo na organização e no funcionamento da CIR? Se sim, o que?
- Na sua opinião a CIR possibilita a gestão compartilhada entre estado e municípios?

Processo decisório: (negociação, pactuação, conflitos, cooperação)

- Como acontecem as negociações, as pactuações? De um exemplo concreto.
- Como tem sido o processo de pactuação das ações e serviços para a construção das redes de atenção à saúde?
- Você tem sugestões para outras formas de pactuação?
- Acontecem conflitos entre os participantes da CIR? Por que?
- Você pode relatar uma experiência de pactuação na qual houve conflito?
- Há disputa de poder entre os participantes da CIR? Se sim, como isso ocorre? Você poderia relatar um exemplo de disputa de poder.
- Vem existindo cooperação mútua entre os municípios (ver município sede) e entre os municípios e estado (SESA/PR) para construção das redes de atenção à saúde?
- Você mudaria algo no processo decisório da CIR? Se sim, o que?

Governabilidade: (capacidade para materializar as decisões pactuadas na CIR)

- Ao ser pactuado algo na CIR qual o caminho percorrido para concretizar as decisões?
- As decisões definidas estão sendo consolidadas? Há dificuldades?
- O que tem influenciado na concretização ou não das decisões? De exemplos.
- Você tem alguma sugestão de mudança para que o processo de concretização das decisões pactuadas na CIR seja mais efetivo?

Finalizando:

- Tem algo a acrescentar que ainda não foi dito?
- Obrigada

APÊNDICE B

Correspondência enviada ao Secretário Estadual de Saúde do Paraná

Londrina, 16 de setembro de 2011.

Senhor Secretário:

Estou orientando a pesquisa intitulada “Comissões Intergestores Regionais do Norte do Paraná: modo operativo” da doutoranda Sônia Cristina Stefano Nicoletto, aluna do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Estadual de Londrina, turma 2011.

A pesquisa tem por objetivo geral compreender a dinâmica da gestão compartilhada nos espaços das Comissões Intergestores Regionais do norte do Paraná nas perspectivas organizacional, decisória e de governabilidade. Portanto o estudo acontecerá nas áreas das cinco Regionais de Saúde – 16^a, 17^a, 18^a, 19^a e 22^a – da Secretaria de Estado da Saúde do Paraná.

A coleta de dados está prevista para ser realizada em duas etapas.

A primeira fase que tem como objetivo específico descrever a trajetória do funcionamento e das deliberações das CIR será necessário fazer uma análise documental das listas de presenças, das pautas e das atas produzidas em 2011.

Com a segunda, pretende compreender a dinâmica dos espaços das CIR, segundo a percepção dos gestores municipais e representantes do gestor estadual serão realizados grupos focais e entrevistas com participantes assíduos das reuniões das CIR em 2011.

Para o projeto de pesquisa ser apreciado pelo Comitê de Ética de Pesquisa Envolvendo Seres Humanos é necessário registrar a pesquisa no Sistema Nacional de Ética em Pesquisa (SISNEP), no qual é obrigatório preencher um questionário resultando na Folha de Rosto do projeto. Esta precisa ser assinada pela pesquisadora, pela direção da instituição proponente, que no caso é a Pós-Graduação em Saúde Coletiva da UEL e, também, tem que ter a assinatura da Instituição Co-participante, designada como o local onde a pesquisa será realizada, que nesta pesquisa são as áreas das cinco Regionais de Saúde da Secretaria de Estado da Saúde do Paraná.

Assim sendo, para que tenha início o processo junto ao Comitê de Ética é imprescindível a autorização do gestor estadual. Neste sentido é que venho respeitosamente solicitar a Vossa Senhoria colaboração para assinar a Folha de Rosto da pesquisa e autorizar por meio de ofício a realização da pesquisa.

Desde já existe o compromisso de retornar os resultados obtidos com a pesquisa para a SESA assim que concluída. Além de outras contribuições pretende-se colaborar com o fortalecimento da gestão compartilhada realizada nos espaços coletivos das CIR.

Estou à disposição para qualquer esclarecimento que seja necessário.
Antecipadamente agradeço a atenção e colaboração à pesquisa.

Atenciosamente,

Luiz Cordoni Junior,
Orientador.

Ao Excelentíssimo Senhor
Michele Caputo Neto,
Secretário Estadual da Saúde,
Curitiba – Paraná.

APÊNDICE C

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

PESQUISA “Gestão compartilhada nos espaços das Comissões Intergestores Regionais do Norte do Paraná: modo organizativo, processo decisório e governabilidade”

Senhor(a):

Gostaríamos de convidá-lo(a) a participar da pesquisa “Comissões Intergestores Regionais do Norte do Paraná: modo operativo”, realizada na macrorregião norte do Paraná, na área de abrangência das cinco Regionais de Saúde – 16ª, 17ª, 18ª, 19ª e 22ª – da Secretaria de Estado da Saúde do Paraná. O objetivo geral da pesquisa é compreender a dinâmica da gestão compartilhada nos espaços das Comissões Intergestores Regionais do norte do Paraná nas perspectivas organizacional, decisória e de governabilidade. Trata-se de um estudo investigativo que utiliza a abordagem qualitativa, para o desenvolvimento de tese de doutorado em Saúde Coletiva da Universidade Estadual de Londrina. Sua participação é muito importante e ela se daria da seguinte forma. Você deverá participar do grupo focal. As falas serão gravadas, mas ao ser encerrada a pesquisa os materiais gravados e transcritos serão destruídos pela pesquisadora. Gostaríamos de esclarecer 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. As 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. Os benefícios esperados são compreender melhor a gestão compartilhada e poder colaborar com o fortalecimento das Comissões Intergestores Regionais. Informamos que o(a) senhor(a) não será remunerado(a) por sua participação. Caso você tenha dúvidas ou necessite de maiores esclarecimentos pode contatar a pesquisadora Sônia Cristina Stefano Nicoletto, residente na rua Goiás nº 660, Centro, Cornélio Procópio, Paraná, CEP: 86.300-000, telefone residencial (43) 3523 4607, celular (43) 9975 9100, e-mail: sonianicoletto@sesa.pr.gov.br, ou procurar o Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos da Universidade Estadual de Londrina, na Avenida Robert Kock, nº 60, ou no telefone 33712490. Este termo deverá ser preenchido em duas vias de igual teor, sendo uma delas, devidamente preenchida e assinada entregue a você.

_____, ____ de _____ de ____.

Sônia Cristina Stefano Nicoletto
Pesquisadora Responsável
RG: 6.345.238-6 SSP/PR

_____, _____ (nome por extenso), tendo sido devidamente esclarecido sobre os procedimentos da pesquisa, concordo em participar voluntariamente da pesquisa descrita acima.

Assinatura: _____

Data: _____

APÊNDICE D

Termo de Confidencialidade e Sigilo

Eu Sônia Cristina Stefano Nicoletto, brasileira, casada, enfermeira, inscrita no CPF sob o nº 034.319.368-06, abaixo firmado, assumo o compromisso de manter confidencialidade e sigilo sobre todas as informações técnicas e outras relacionadas ao projeto de pesquisa intitulado “Comissões Intergestores Regionais do Norte do Paraná: modo operativo”, a que tiver acesso nas dependências das cinco Regionais de Saúde da Secretaria de Estado da Saúde do Paraná.

Por este termo de confidencialidade e sigilo comprometo-me:

1. A não utilizar as informações confidenciais a que tiver acesso, para gerar benefício próprio exclusivo e/ou unilateral, presente ou futuro, ou para o uso de terceiros;
2. A não efetuar nenhuma gravação ou cópia da documentação confidencial a que tiver acesso;
3. A não apropriar-se para si ou para outrem de material confidencial e/ou sigiloso que venha a ser disponível;
4. A não repassar o conhecimento das informações confidenciais, responsabilizando-se por todas as pessoas que vierem a ter acesso às informações, por seu intermédio, e obrigando-se, assim, a ressarcir a ocorrência de qualquer dano e / ou prejuízo oriundo de uma eventual quebra de sigilo das informações fornecidas. Neste termo, informação confidencial significará toda informação adquirida por meio dos bancos de dados oficiais disponíveis on-line, dos documentos das cinco Comissões Intergestores Regionais, das informações advindas dos grupos focais e das entrevistas.

A vigência da obrigação de confidencialidade e sigilo, assumida pela minha pessoa por meio deste termo, terá a validade enquanto a informação não for tornada de conhecimento público por qualquer outra pessoa, ou mediante autorização escrita, concedida à minha pessoa pelas partes interessadas neste termo.

Pelo não cumprimento do presente Termo de Confidencialidade e Sigilo, fica o abaixo assinado ciente de todas as sanções judiciais que poderão advir.

Londrina, 16/09/2011

Sônia Cristina Stefano Nicoletto
Pesquisadora Responsável
RG: 6.345.238-6 SSP/PR

ANEXOS

ANEXO A

Ofício de Autorização do Secretário de Estado da Saúde



PARANÁ
GOVERNO DO ESTADO
Secretaria da Saúde

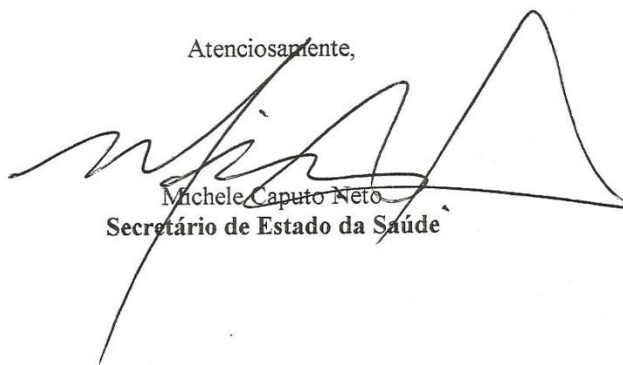
Ofício nº 2429/2011/GS

Curitiba, 21 de setembro de 2011.

Prezado Senhor,

Venho por meio deste autorizar a doutoranda **Sônia Cristina Stefano Nicoletto** a realizar a pesquisa intitulada “Comissões Intergestores Regionais do Norte do Paraná: modo operativo”, nas áreas das cinco Regionais de Saúde – 16ª, 17ª, 18ª, 19ª e 22ª, da Secretaria de Estado da Saúde do Paraná.

Atenciosamente,



Michele Caputo Neto
Secretário de Estado da Saúde

Ilustríssimo Senhor
Prof. Dr. LUIZ CORDONI JÚNIOR
Universidade Estadual de Londrina – UEL
LONDRINA – PR

ANEXO B
Parecer do Comitê de Ética



UNIVERSIDADE
ESTADUAL DE LONDRINA

COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA ENVOLVENDO SERES HUMANOS
Universidade Estadual de Londrina
Registro CONEP 268

Parecer CEP/UEL:	278/2011
CAAE:	0258.0.268.268-11
Processo:	29969/2011
Folha de Rosto:	463461
Pesquisador(a):	Sônia Cristina Stefano Nicoletto
Unidade/Órgão:	Departamento Saúde Coletiva - CCS

Prezado(a) Senhor(a):


O “Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos da Universidade Estadual de Londrina” (Registro CONEP 268) – de acordo com as orientações da Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde/MS e Resoluções Complementares, avaliou o projeto:

“COMISSÕES INTERGESTORES REGIONAIS DO NORTE DO PARANÁ: MODO OPERATIVO”.

Situação do Projeto: **APROVADO**

Informamos que deverá ser comunicada, por escrito, qualquer modificação que ocorra no desenvolvimento da pesquisa, bem como deverá apresentar ao CEP/UEL relatório final da pesquisa.

Londrina, 16 de novembro de 2011.



Prof. Dra. Alexandrina Aparecida Maciel Cardelli
Coordenadora do Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos
Universidade Estadual de Londrina

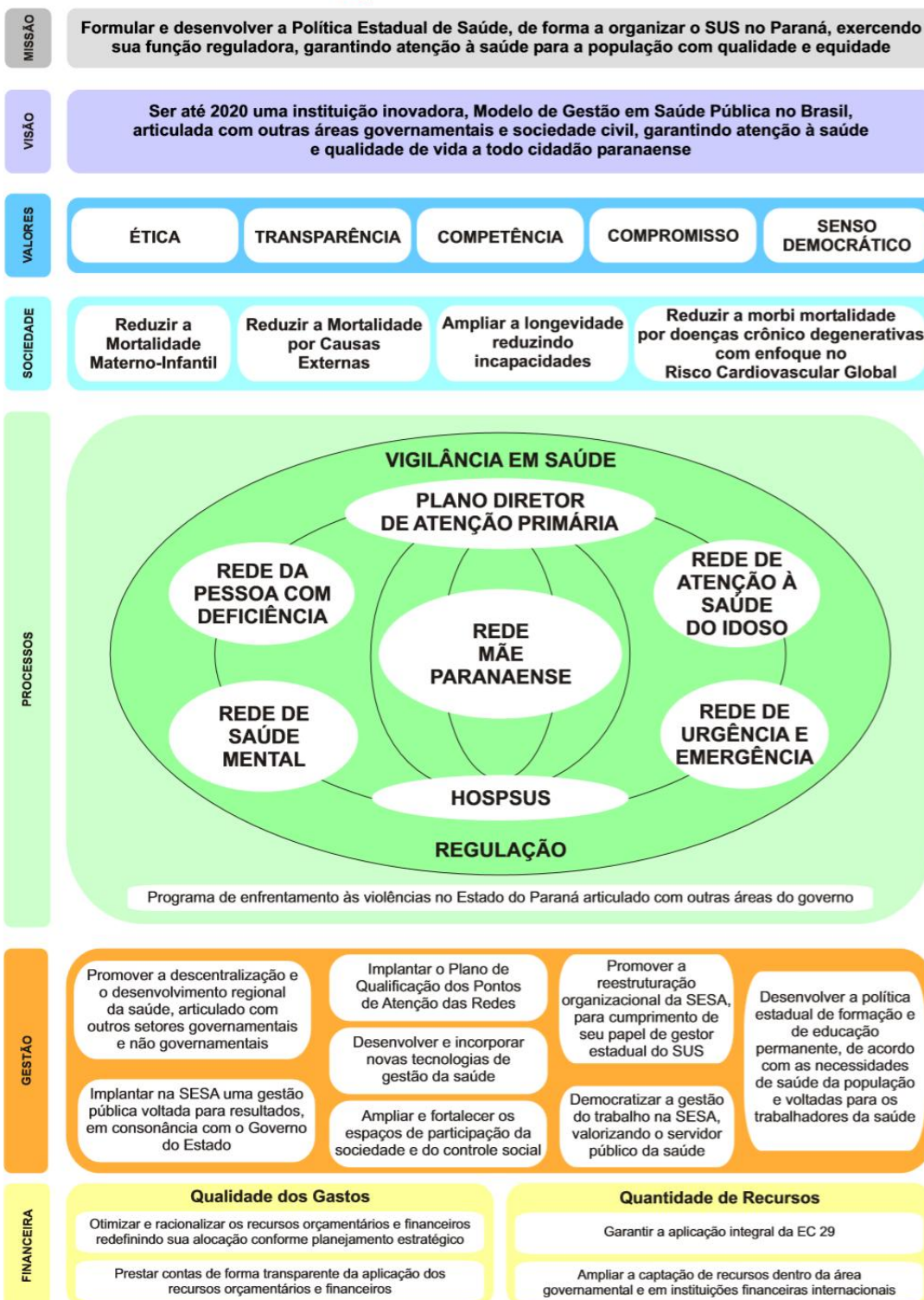
ANEXO C

Mapa Estratégico da Secretaria de Estado da Saúde

**PARANÁ**

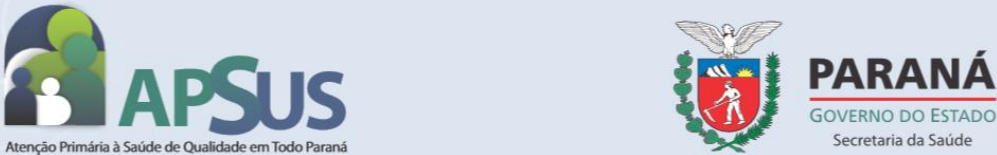
GOVERNO DO ESTADO

Secretaria da Saúde



ANEXO D

APSUS Atenção Primária de Qualidade em Todo o Paraná



APSUS Atenção Primária de Qualidade em Todo o Paraná.

Missão

Formular a Política de Atenção Primária no Estado do Paraná implementando as ações e serviços para a promoção do cuidado da população em todo o seu ciclo de vida.

Visão

Ser até 2020, o Estado com a APS organizada em todos os municípios atuando como porta de entrada, com resolutividade e responsabilidade pelos cuidados dos seus cidadãos.

Valores

Vínculo Autonomia Inovação Qualidade

Resultado para a Sociedade

- Atender as expectativas da população em relação às necessidades de saúde;
- Garantir o acesso e a qualidade das ações e serviços de atenção primária à saúde.
- Diminuir os anos potenciais de vida perdidos por incapacidade.

Perspectiva de Processos

- Vincular toda a população a APS;
- Estratificar o risco da população e das condições de saúde;
- Desenvolver e implementar planos de cuidado conforme a estratificação de risco;
- Monitorar o plano de cuidado;
- Desenvolver ações de promoção, prevenção e educação em saúde.

Perspectiva de Gestão

- Investir na melhoria da infraestrutura e de equipamentos das Unidades Básicas de Saúde, estabelecendo um padrão de ambiência para a realização das atividades na APS;
- Qualificar as equipes de atenção primária à saúde por meio de processos de educação permanente;
- Desenvolver mecanismos de monitoramento e avaliação das ações e serviços de APS;
- Estruturar a atenção primária à saúde para que seja coordenadora do cuidado nas Redes Prioritárias de Atenção à Saúde: Mãe Paranaense, Urgência e Emergência, Pessoa com Deficiência, Saúde Mental e Pessoa Idosa;
- Contratualizar os municípios para a melhoria dos indicadores de atenção à saúde;
- Implementar as tecnologias de gestão da clínica;
- Estimular a participação social em ações intersetoriais de modo a incentivar a promoção e prevenção em saúde.

Perspectiva Financeira

- Garantir o incentivo financeiro para custeio das equipes e para melhoria da infraestrutura das UBS;
- Ampliar a captação de recursos para o APSUS.

ANEXO E

Mapa Estratégico do COMSUS



MAPA ESTRATÉGICO DO COMSUS



ANEXO F

HOSPSUS Programa de Apoio aos Hospitais Públicos e Filantrópicos do Paraná

**HOSPSUS - Programa de Apoio aos Hospitais Públicos e Filantrópicos do Paraná**

Missão	Qualificar a resposta hospitalar em todas as regiões de saúde contribuindo para o desenvolvimento de hospitais sociais e sanitariamente essenciais para atender as necessidades da população do Estado.				
Visão	Consolidar, até 2020, mudanças e inovação na assistência hospitalar do PR com padrões de qualidade e segurança reconhecidos atendendo as necessidades contemporâneas visando a satisfação da população.				
Valores	Ética	Compromisso	Cooperação	Inovação	Excelência
Resultados para a Sociedade	Reduzir os anos de vida perdidos por incapacidade	Reduzir o tempo-resposta nos serviços de urgência	Reduzir os índices de Morbi-mortalidade por causas externas e doenças cardiovasculares por faixa etária		Reduzir a mortalidade materna e perinatal
Processos	Selecionar os hospitais públicos e filantrópicos de acordo com o perfil demográfico epidemiológico do Estado e de acordo com escala e escopo, garantindo, no mínimo, uma referência hospitalar em cada região de saúde.		Modelar a assistência e a carteira de serviços de cada hospital	Estabelecer mecanismos de implementação de qualidade e segurança assistencial	Organizar linha de cuidado para atenção às urgências e materno-infantil
Gestão	Identificar necessidade de adequação da infraestrutura e de serviços		Implantar protocolos clínicos que atendam os objetivos do Programa		
Formalizar novo contrato que atenda os critérios do Programa	Implantar programa de capacitação permanente na área de gestão hospitalar		Estabelecer mecanismo de gestão do Programa que garanta a execução integral das metas pactuadas		
Fomentar ganho de escala e escopo na gestão hospitalar	Desenvolver metodologia de avaliação de custos hospitalares		Instituir Comissões Estadual e Regionais de Avaliação dos hospitais que participam do Programa		
	Integrar e vincular os diversos pontos de atenção voltados para o atendimento às urgências e materno-infantil				
Financeira	Garantir financiamento para as diferentes atividades propostas	Propor e implantar nova modalidade de financiamento da assistência hospitalar		Qualificar e otimizar os gastos com assistência hospitalar	