



UNIVERSIDADE
ESTADUAL DE LONDRINA

GISELE ANTONIACONI

**CONSÓRCIOS INTERMUNICIPAIS DE SAÚDE E O
PROCESSO DE IMPLANTAÇÃO DO COMSUS NO ESTADO
DO PARANÁ**

Londrina
2016

GISELE ANTONIACONI

**CONSÓRCIOS INTERMUNICIPAIS DE SAÚDE E O
PROCESSO DE IMPLANTAÇÃO DO COMSUS NO ESTADO
DO PARANÁ**

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva, da Universidade Estadual de Londrina, como requisito parcial à obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva.

Orientador: Prof. Dr. Alberto Durán González

Londrina
2016

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

Antoniaconi, Gisele.

CONSÓRCIOS INTERMUNICIPAIS DE SAÚDE E O PROCESSO DE IMPLANTAÇÃO DO COMSUS NO ESTADO DO PARANÁ / Gisele Antoniaconi. - Londrina, 2016.
61 f.

Orientador: Alberto Durán González.

Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) - Universidade Estadual de Londrina, Centro de Ciências da Saúde, Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, 2016.
Inclui bibliografia.

1. Consórcio Intermunicipal de Saúde - Teses. 2. Redes Prestadora de Serviços de Saúde - Teses. 3. Atenção Secundária à Saúde - Teses. 4. Política de Saúde - Teses. I. Durán González, Alberto . II. Universidade Estadual de Londrina. Centro de Ciências da Saúde. Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva. III. Título.

GISELE ANTONIACONI

**CONSÓRCIOS INTERMUNICIPAIS DE SAÚDE E O
PROCESSO DE IMPLANTAÇÃO DO COMSUS NO ESTADO
DO PARANÁ**

Dissertação de Mestrado apresentado ao Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva, da Universidade Estadual de Londrina, como requisito parcial à obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva.

BANCA EXAMINADORA

Orientador: Prof. Dr. Alberto Durán González
Universidade Estadual de Londrina - UEL

Profa. Dra. Brígida Gimenez Carvalho
Universidade Estadual de Londrina - UEL

Prof. Dr. João José Batista de Campos
Universidade Estadual de Londrina - UEL

Londrina, 01 de abril de 2016.

Dedico este trabalho a meus amados pais, minha maior fonte de força e inspiração.

AGRADECIMENTOS

À Deus, por iluminar meus caminhos e guiar meus passos.

À minha família, por compreenderem os tantos momentos de ausência e me apoiarem em minhas escolhas.

Ao Alberto Durán González, por acreditar no meu trabalho e me apoiar constantemente com dedicadas orientações.

A meus queridos colegas de pós-graduação, pela alegria e apoio dedicados. Em especial à Ana Cláudia, Denise, Flávia, Marcelly, Ana Cristina, sem vocês o dia-a-dia de trabalho seria muito mais árduo.

Ao Daniel Canavese, por todos os conselhos e incentivos. Obrigada pela amizade e carinho.

Ao Vinicius José Bolognesi pelo amor e paciência dedicados.

Aos queridos amigos que dividiram comigo todas alegrias e angustias vividas durante esses anos.

Aos professores da pós-graduação, por proporcionarem inumeros momentos de aprendizado e reflexão.

Aos membros do grupo de pesquisa, pela oportunidade de trabalhar com resultados tão interessantes.

Aos participantes da pesquisa, por contribuírem com seus conhecimentos e atenção.

À Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES), pela oportunidade de bolsa que possibilitou que me dedicasse exclusivamente ao mestrado.

A todas as demais pessoas que de alguma forma contribuíram para que este trabalho se concretizasse.

ANTONIACONI, Gisele. **Consórcios Intermunicipais de Saúde e a Implantação do COMUS no Estado do Paraná**. 2016. 61 páginas. Dissertação de Mestrado em Saúde Coletiva – Universidade Estadual de Londrina, Londrina, 2016.

RESUMO

Introdução: Os Consórcios Intermunicipais de Saúde (CIS) são os principais responsáveis pela prestação de serviços de Média Complexidade no estado do Paraná. O Programa de Apoio aos Consórcios Intermunicipais de Saúde (COMSUS) foi proposto pela Secretaria de Estado de Saúde com o objetivo de adequação dos CIS ao modelo das Redes de Atenção à Saúde (RAS), por meio de contratualização de metas e repasse de recursos. **Objetivo:** Compreender a relação entre os Consórcios Intermunicipais de Saúde e a Secretaria de Estado de Saúde na implantação do Programa Estadual de Apoio aos Consórcios Intermunicipais de Saúde no estado do Paraná. **Método:** Pesquisa qualitativa utilizando como técnica de análise a análise temática proposta por Bardin. A pesquisa desenvolveu-se entre os anos de 2013 e 2015. Foram entrevistados cinco agentes formuladores de políticas de saúde e um representante do CIS, dois CIS participaram de grupos focais. A partir da análise dos dados foram definidas três categorias: Consórcios Intermunicipais de Saúde: características e Relações Anteriores à Implantação do COMSUS; Implantação do COMSUS: caminhos percorridos pelos Consórcios Intermunicipais de Saúde e pela Secretaria de Estado de Saúde; Uma nova relação: mudanças na relação entre os Consórcios Intermunicipais de Saúde e os municípios. **Resultado e discussão:** O processo de implantação do COMSUS desencadeou nova forma de relacionamento entre os Consórcios e a SESA. Com as adequações às RAS os CIS passaram de prestadores de serviços para parceiros na execução da política de saúde do estado. Porém os Consórcios responderam às propostas de maneiras diferentes. Os CIS melhores estruturados traçaram estratégia de negociação das propostas, objetivando equilíbrio entre as ações desenvolvidas pelos CIS e as propostas da SESA. Os Consórcios menos estruturados basearam a relação na aceitação das modificações, uma vez que essa era a possibilidade de melhoria do trabalho do CIS. Além das modificações na relação com a SESA o COMSUS influenciou o vínculo dos Consórcios com os municípios, prestadores de serviços e usuários. **Considerações Finais:** O COMSUS deixa suas primeiras marcas na saúde pública paranaense, traçando caminhos de mudanças que ainda não podem ser avaliadas, mas que já começam a se estruturar.

Palavras-chave: Consórcio Intermunicipal de Saúde. Redes Prestadora de Serviços de Saúde. Atenção Secundária à Saúde. Política de Saúde

ANTONIAACONI, Gisele. Inter-municipal **Health Consortia and the Implantation of COMSUS in State of Paraná**. 2016. 61 pages. Dissertation (Master's degree in Public Health) – State University of Londrina, Londrina, 2016.

ABSTRACT

Introduction: The health consortia (CIS) is the main responsible for servicing installment on secondary care in the state of Paraná. The health state secretary (SESA) elaborated a proposal to the Health Consortia Support Program (COMSUS) with intention to adequate CIS to the Paraná health networks by establishing an agreement in resources and goals. **Objectives:** Comprehend the relationship amid CIS and health state secretary at the implementation of health networks in Paraná state. **Methods:** Qualitative research by use of Bardin thematic analysis. The investigation was performed between years of 2013 and 2015. Were interviewed five agents of health policymaking, one CIS representative and other two CIS focal groups. From the data analysis, three categories were set: Health consortia - characteristics and previous relationships of COMSUS implementation; COMSUS implementation –paths taken in by CIS and health state secretary; A new relationship – changes in the dialogue between CIS and town. **Results and discussion:** COMSUS implementation process triggered a new way of relationship among SESA and consortia. With the health network adequacy, the CIS became from health service provider to partners at health politics accomplishment. Nonetheless, some consortia responded differently from each other. The best-structured CIS created strategies to negotiate proposals with the objective to balance CIS actions and SESA proposals. The lesser structured consortia based their relations on acceptance of the modifications, since this was the best possibility to improve CIS work. Besides modifications in regards to SESA, COMSUS influenced the bond of consortia with the towns, services providers and beneficiaries. **Final considerations:** by this, COMSUS let their first step into Paraná public health, taking in changes that still cannot be evaluated, but had already begun to structure itself.

Key words: health consortia. Health network. Secondary care. Health Policy.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AB	Atenção Básica
ACISPAR	Associação dos Consórcios e Associações Intermunicipais de Saúde do Paraná
APSUS	Programa de Qualificação da Primária à Saúde
CEP	Centro de Especialidades Paraná
CER	Centro de Especialidades Regional
CF	Constituição Federal
CIB	Comissão Intergestoras Bipartite
CIS	Consórcio Intermunicipal de Saúde
CIT	Comissão Intergestora Tripartite
COMSUS	Programa de Apoio aos Consórcios Intermunicipais de Saúde
CONASEMS	Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde
CONASS	Conselho Nacional de Secretários de Saúde
EC	Emenda Constitucional
HOSPSUS	Programa de Apoio aos Hospitais Públicos e Filantrópicos do Paraná
LOS	Lei Orgânica da Saúde
MAC	Modelo de Atenção Crônica
MACC	Modelo de Atenção às Condições Crônicas
NOAS	Norma Operacional de Assistência à Saúde
NOB	Norma Operacional Básica
ONG	Organizações Não Governamentais
PTS	Projeto Terapêutico Singular
RAS	Redes de Atenção à Saúde
RENAME	Relação Nacional de Medicamentos Essenciais
RENASES	Relação Nacional de Ações e Serviços de Saúde
SESA	Secretaria de Estado de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Temo de Consentimento Livre e Esclarecido

Sumário

1 INTRODUÇÃO	12
1.1 FEDERALISMO E DESCENTRALIZAÇÃO.....	12
1.2 COOPERAÇÃO INTERFEDERATIVA	13
1.3 A ORGANIZAÇÃO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE.....	14
1.3.1 Secretaria de Estado de Saúde do Paraná	18
1.4 REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE.....	19
1.5 CONSÓRCIOS INTERMUNICIPAIS DE SAÚDE	22
2 OBJETIVOS	25
2.1 OBJETIVO GERAL.....	25
2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	25
2.2.1 Analisar o processo de implantação do COMSUS em Consórcios com diferentes níveis de estruturação.	25
2.2.2 Caracterizar a estrutura e financiamento dos Consórcios Intermunicipais de Saúde do Paraná.	25
3 PERCURSO METODOLÓGICO	26
4 RESULTADOS E DISCUSSÃO	29
4.1 CONSÓRCIOS INTERMUNICIPAIS DE SAÚDE: CARACTERÍSTICAS E RELAÇÕES ANTERIORES À IMPLANTAÇÃO DO COMSUS	29
4.1.1 Criação e estruturação dos Consórcios.....	29
4.1.2 Financiamento	31
4.1.3 Gestão	32
4.2 IMPLANTAÇÕES DO COMSUS: CAMINHOS PERCORRIDOS PELOS CONSÓRCIOS E PELA SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE RUMO A IMPLANTAÇÃO DAS RAS	33
4.2.1 COMSUS como financiamento.....	34
4.2.2 Modificações no processo de trabalho	35
4.3 CONSÓRCIOS ALÉM DA MÉDIA COMPLEXIDADE: MUDANÇAS NA RELAÇÃO ENTRE OS CONSÓRCIOS INTERMUNICIPAIS DE SAÚDE E OS MUNICÍPIOS.....	39
CONSIDERAÇÕES FINAIS	41
REFERÊNCIAS	43
ANEXOS	48
ANEXO A	49
Protocolo de Aprovação do Projeto pelo Comitê de Ética em Pesquisa	49
ANEXO B	53
Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	53
APÊNDICE 1	54

Roteiro Entrevistas	56
APÊNDICE 2	58
Roteiro de Discussões do Grupo Focal	58

1 INTRODUÇÃO

1.1 FEDERALISMO E DESCENTRALIZAÇÃO

No Brasil, a discussão sobre organização federativa existe desde a implantação da república e com o passar dos anos sua instalação passou por avanços e retrocessos até ser consolidada pela Constituição Federal (CF) de 1988. O federalismo é uma forma de organização institucional que se caracteriza como um sistema político em que os governos central e regionais possuem níveis de autonomia administrativa, legislativas e judiciárias semelhantes. Ou seja, um processo pelo qual a autoridade é distribuída e redistribuída, uma espécie de acordo entre o governo central e as unidades subnacionais (BURRIS, 1995; RODDEN, 2005).

As primeiras Constituições Federais (CF) brasileiras, datadas de 1824 e 1891, trouxeram em seus textos os esboços iniciais do federalismo no país. A CF de 1824 garantiu autonomia administrativa às províncias, já a de 1891 possibilitou que alguns estados recebessem repasse de recursos públicos. Assim o governo federal deixa de centralizar as ações e os estados passam a ser mais atuantes na execução das atividades gerenciais e legislativas. A partir desse momento a organização federativa tornou-se presente na pauta política-administrativa do Brasil e a cada nova CF avançava-se e retrocedia-se na questão conforme o governo modificava-se. Em 1988, a constituinte restaurou o federalismo, alterado pelo governo militar, e incentivou a descentralização. Como forma organizativa estabeleceu o triplo federalismo, em que a federação se constitui de três níveis de governo, tendo como partes a união, os estados e os municípios (SOUZA, 2005).

A CF de 1988 estabeleceu competências para cada nível de governo. O montante de maior importância ficou como responsabilidade da união, e para os estados destinaram-se as competências residuais. A maior parte da provisão dos serviços públicos, principalmente os de caráter sociais, ficou como responsabilidades dos três entes federados. O objetivo era que a prestação do serviço fosse feita de forma cooperada e não designada como responsabilidade de apenas um ente (SOUZA, 2005).

Após essas mudanças o país passou por um processo intenso de descentralização política e tributária. O anseio por esse movimento existia desde a década de 1970, quando o governo militar comandou de forma centralizada e autoritária o país (ARRETCHE, 2002; SOUZA, 1988). As políticas sociais foram as mais influenciadas pela descentralização, principalmente as de assistência social, saúde, habitação e saneamento, que passaram a ser também de responsabilidade dos estados e municípios.

1.2 COOPERAÇÃO INTERFEDERATIVA

A implantação do Federalismo Fiscal no país trouxe consigo a responsabilização do ente federado mais próximo à população pela prestação de serviços que garantissem o bem-estar social. Entende-se como federalismo fiscal a maneira com que os estados federados distribuem as funções orçamentárias e gerenciais e a forma com que as relações intergovernamentais, fiscais e orçamentárias são estabelecidas. Com acréscimo no poder decisório e financeiro dos municípios coube aos mesmos a responsabilidade pela prestação de alguns serviços essenciais tais como as ações e serviços de saúde (LIMA, 2009; TEIXEIRA; CRISTINA; DOWELL, 2003).

Dessa maneira a descentralização ganhou espaço e cada vez mais os municípios passaram a ser protagonistas na garantia de direitos sociais à população. O Sistema Único de Saúde (SUS) reforça em suas leis a necessidade de que as ações de saúde ocorram de forma descentralizada, para que os serviços propostos sejam o mais próximo possível da realidade sanitária local, favorecendo a qualidade das ações ofertadas. Porém, os municípios ao assumirem a gestão e execução do sistema de saúde em nível local passam a encarar alguns desafios, principalmente o de garantir atenção integral ao usuário. O desafio da integralidade é ainda maior quando o município é de pequeno porte, pois garantir serviços de média e alta complexidade é oneroso e, na maioria das vezes, não há demanda suficiente que justifique a oferta constante e no próprio município destes procedimentos. Dessa maneira o município: pode assumir o alto gasto comprometendo parcela significativa de seu orçamento, ou não cumpre com uma diretriz do SUS deixando de oferecer atendimentos em determinados níveis de atenção ou ainda pactua essas ações de forma articulada com outros entes (TEIXEIRA, MAC DOWELL, BUGARIN, 2002).

Uma das formas encontradas para lidar com esse problema foi a articulação e integração entre gestores de uma região que possuíam necessidades e anseios semelhantes, por meio de consórcios. Com maior população e aporte financeiro, esses municípios adquiriram capacidade de ofertar atendimentos com níveis de complexidade e valores mais elevados, como os ambulatoriais especializados e os hospitalares (LIMA, 2000).

Consórcios são formalizações voluntárias de cooperações entre entidades públicas federadas com a mesma natureza jurídica ou do mesmo nível de governo. Dessa forma se constituem em ferramentas para cooperação intergovernamental, que visa o enfrentamento e solução de problemas e barreiras que dificultam a garantia da prestação do serviço com qualidade (BASTOS, 2005).

Os marcos legais da consolidação do consócio são a Emenda Constitucional 19 de 1998 e a Lei 11.107/2005, conhecida como Lei dos Consórcios. Essa foi a primeira legislação brasileira que tratou da disciplina dos instrumentos de cooperação federativa. Sua implementação trouxe segurança jurídica aos gestores para a execução dos objetivos traçados entre os cooperados, embasando-se em dois elementos principais: o primeiro é a obrigatoriedade da aprovação do protocolo de intenções pelo legislativo de cada ente federado membro; e a substituição da modalidade de convênio para a de consórcio público (IPEA, 2010).

1.3 A ORGANIZAÇÃO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

O SUS foi estabelecido legalmente pela Constituição Federal no ano de 1988. Em seu texto a constituinte estabeleceu a saúde como direito de todos os cidadãos e demandou ao Estado o dever de garanti-la. No ano de 1990 foram promulgadas as Leis Orgânicas da Saúde (LOS) 8.080/90 e 8.142/90 que avançavam na regulamentação das ações e serviços de saúde no país. O SUS tem suas ações e serviços públicos de saúde organizados em um único sistema com administração e execução descentralizadas, tendo suas ações complementadas pelo setor privado (BRASIL, 1990a; BRASIL, 1999b). Dessa forma é de responsabilidade de todos os entes federados (união, estados e municípios) a garantia de um sistema que se intercomunique a fim de garantir aos usuários a continuidade do acesso em todos os níveis de atenção à saúde (SANTOS; ANDRADE, 2009)

A CF e as LOS deram direcionamentos de como este novo sistema deveria funcionar. Porém, com o surgimento de dúvidas a respeito da organização, financiamento e funcionamento o Ministério da Saúde passou a lançar normas para regular e auxiliar a operacionalização do sistema. A primeira normativa surge em 1991, a Norma Operacional Básica (NOB) 01/91, que definiu os mecanismos de financiamento, estabelecendo como critérios para a transferência dos recursos federais para os estados e municípios o pagamento por produtividade (SCATENA; TANAKA, 2001; MINAS GERAIS 2004). Sua elaboração foi realizada pelo Instituto Nacional de Previdência Médica Social (INAMPS), o que motivou a ênfase na centralização do financiamento e valorização das atividades hospitalares e ambulatoriais, sendo este ponto uma das suas principais limitações (SCATENA; TANAKA, 2001).

Em seguida foi publicada a NOB 01/92, editada pela Secretaria Nacional de Assistência à Saúde e deu direcionamentos similares à NOB 01/91 no que diz respeito ao financiamento e regulamentação dos recursos financeiros. Os avanços limitaram-se ao esclarecimento sobre elementos da descentralização como a autonomia e democracia. Mesmo com as limitações das duas primeiras NOBs houve aumento do número de municípios aderindo às modificações estabelecidas pelo SUS, fortalecendo a descentralização (SCATENA; TANAKA, 2001).

A NOB 01/93 surgiu embasada na IX Conferência Nacional de Saúde intitulada “A Municipalização é o Caminho”, e trouxe em seu texto a regulamentação do processo de descentralização da gestão dos serviços. A NOB 01/93 também institucionalizou as Comissões Intergestoras Tripartides (CIT) e Bipartites incentivando a municipalização instituída em três formas de gestão: incipiente, parcial e semiplena (DOURADO, 2010; SCATENA; TANAKA, 2001). É a primeira normativa elaborada pelo Ministério da Saúde e representa o posicionamento político favorável aos princípios do SUS, com enfoque na descentralização (SCATENA; TANAKA, 2001).

Três anos mais tarde, motivados pela discussão da descentralização e pela continuidade do processo de consolidação do SUS, uma nova NOB foi publicada. Seu eixo central foi a municipalização embasada no exercício de poder municipal em relação à função do gestor da saúde. Dessa forma a NOB 96 propõe o reordenamento da atenção à saúde, o fortalecimento dos sistemas municipais, institui a programação de pactuação integrada (PPI), define as transferências de

recurso fundo-a-fundo, e estabelece duas formas de gestão municipal: plena do sistema e a plena da Atenção Básica (SCATENA; TANAKA, 2001; MINAS GERAIS, 2004). Essa NOB mudou o enfoque do que vinha sendo trabalhado pelas anteriores, sendo mais complexa e de difícil execução que as demais.

Em um contexto de fragilidade entre os sistemas municipais e estaduais de saúde, o Ministério da Saúde lança em 2001 uma nova normativa. A Norma Operacional de Assistência à Saúde (NOAS/2001) definiu os preceitos para a concretização da regionalização indicando a necessidade da realização do planejamento integrado por todas as unidades de atendimento de saúde e ainda delegou aos estados o dever de ordenar os processos de regionalização sanitária. Entretanto, encontrou-se muitas dificuldades na execução da NOAS/01 desencadeando discussões que resultaram em uma reedição. Em 2002 publicou-se a NOAS/02, mantendo o conteúdo, mas detalhando os processos que geravam dúvidas. Introduziu-se a concepção de regional de saúde, que ampliou a discussão do território para além das fronteiras do município, objetivando melhor resolutividade das ações de saúde (DOURADO, 2010).

A grande quantidade de normativas e portarias ministeriais que definiam a forma como o SUS deveria operar gerou insatisfação e dificuldades de execução das ações necessárias. Dessa forma surgiu o Pacto pela Saúde, que objetivou qualificar a gestão do SUS por meio da pactuação entre os gestores públicos de saúde. Os primeiros movimentos em relação à construção dessa nova forma de gestão foram feitos pelo Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (CONASEMS) com apoio do Ministério da Saúde e do Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS). No ano de 2006 o Pacto finalmente foi publicado com um texto que valoriza os princípios e diretrizes do SUS e que contou com discussões tripartites em sua definição (SILVA; SOUTO JR; BRÊTAS JR, 2008).

O Pacto pela Saúde constituiu-se de três partes: pacto pela vida, pacto em defesa do SUS e pacto de gestão. O pacto pela vida priorizava compromissos sanitários que geravam impacto na saúde da população, por exemplo, atenção aos idosos, redução da mortalidade materna e infantil, promoção da saúde, fortalecimento da Atenção Básica. O pacto em defesa do SUS dizia respeito à viabilidade do SUS como política pública e a responsabilidade dos gestores na garantia dessa viabilidade. Neste sentido, a regulamentação da Emenda Constitucional 29 (EC 29) constituía-se em um dos principais pontos de

concordância dos gestores municipais. O pacto pela gestão estabelecia diretrizes para o sistema, tais como: descentralização; regionalização; financiamento; planejamento; programação pactuada e integrada; regulação; participação e controle social; gestão do trabalho; e educação na saúde (SILVA; SOUTO JR; BRÊTASJR, 2008).

No ano de 2011 foi lançado o decreto 7.508 (BRASIL, 2011) com a finalidade de regulamentar a lei 8.080/1990 no que diz respeito ao planejamento à assistência à saúde e a articulação interfederativa. A regulamentação explicita os princípios, diretrizes do SUS o que auxilia para que o trabalho dos gestores seja realizado em consonância com os conceitos do SUS.

O decreto aborda os seguintes temas:

Regiões de Saúde: agrupamento de municípios vizinhos, caracterizados por suas culturas e hábitos, objetivando promover ações de saúde. Nas regiões de saúde estão envolvidos o estado e os municípios e devem prestar serviços de Atenção Básica, urgência e emergência, atenção psicossocial, atenção ambulatorial especializada e hospitalar e vigilância em saúde.

Hierarquização: garante cuidado continuado e prestado de forma hierarquizada e regionalizada tendo a Atenção Básica como ordenadora do sistema.

Mapas de saúde: Sua finalidade é de identificar as necessidades de saúde, orientar o planejamento dos entes federados e contribuir para construção de metas. A partir dos mapas são elaborados os planos de saúde.

Planos de saúde: É o planejamento integrado dos entes federados que contém metas de saúde, diretrizes e objetivos aprovados pelos conselhos de saúde, além dos investimentos de cada região.

Relação Nacional de Ações e Serviços de Saúde (RENASES) - lista de todas ações e serviços oferecidos pelo SUS.

Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME) – lista de todos os medicamentos disponibilizados pelo SUS.

Comissões intergestoras: objetivam fortalecer a governança do SUS. Reconhece a Comissão Intergestora Tripartite (CIT), Comissão Intergestora Bipartite (CIB) e institui da Comissão Intergestora Regional (CIR). A função das comissões é de viabilizar as diretrizes definidas pelos conselhos de saúde e pactuar aspectos relacionados à operacionalização das ações, ao financiamento e administração, as

diretrizes referentes a regiões de saúde, a responsabilidade dos entes federados nas redes de atenção à saúde, além de passar a ter papel deliberativo (RAS).

Contrato organizativo de ação pública: contrato de colaboração entre os entes federados objetivando organizar a rede interfederativa de atenção à saúde, garantindo a integralidade da assistência. O contrato deve integrar os planos de saúde das diferentes entidades federadas, identificar as necessidades de saúde locais e regionais, ofertar ações e serviços de vigilância, promoção, proteção e recuperação da saúde no âmbito regional e inter-regional melhorar as ações de monitoramento e avaliação, garantir investimento e disponibilizar recursos financeiros.

Dessa forma o Decreto 7.508/2011 aprimora o processo implantado pelo pacto pela saúde e garante maior acesso à saúde pela população. Além de fortalecer a regionalização e conseqüentemente trazer maiores elementos legais para o funcionamento dos consórcios.

1.3.1 Secretaria de Estado de Saúde do Paraná

Os primeiros registros sobre a Saúde Pública no Paraná datam da metade do século XIX e identificam ações relacionadas ao enfrentamento das epidemias causadas pela baixa estrutura sanitária, assim como o funcionamento de hospitais voltados ao controle de doenças transmissíveis. Essas primeiras ações, anos mais tarde, foram regulamentadas pelo Regulamento de Serviço Sanitário do Estado do Paraná (Lei 1.791/1918) que definia a hierarquia administrativa, atribuição e deveres dos funcionários e algumas particularidades do exercício da medicina, farmácia, odontologia (RONCAGLIO; NEUERT; MARTINS, 2001).

Assim, iniciou-se a estruturação das ações de saúde no estado, que teve sua conformação alterada conforme a Saúde Pública nacional e a sociedade transformavam-se. Essas mudanças foram ilustradas pelo trabalho do Movimento Sanitário Paranaense, em 1982, que assim como a reforma sanitária brasileira, visava à democratização da saúde, incentivando o controle social, a garantia ao acesso e a melhoria da qualidade das ações e serviços de saúde.

Desse movimento foram propostas mudanças na execução e na gestão dos serviços de saúde, como exemplo o Programa de Extensão e Cobertura dos Serviços de Saúde (PEC-SAÚDE), que visava implantação de serviços próprios de saúde nos municípios. O PEC, por meio de financiamento, possibilitou a construção e melhorias nas Unidades Básicas de Saúde, além de apoiar o processo de municipalização em alguns municípios do estado (GIL *et al.*, 2016).

Outra proposta relevante implantada na década de 1980 foram as Ações Integradas em Saúde (AIS), que era um projeto nacional de racionalização e reorganização dos serviços de saúde, a fim de otimizar os gastos. As AIS funcionavam de forma tripartite, visando o fortalecimento da Atenção Básica e a participação dos municípios nesse aspecto. Dessa forma os municípios paranaenses fortaleceram suas redes municipais de saúde, ganhando destaque em relação a organização e ampliação dos serviços de saúde (GIL *et al.*, 2016).

A Secretaria de Estado de Saúde (SESA) vivenciou diversas estruturações e desestruturações até chegar ao modelo de trabalho adotado atualmente, voltado para o desenvolvimento de políticas de saúde visando à organização do SUS. A maneira de trabalho adotada nos últimos anos para a execução das ações do SUS tem sido as Redes de Atenção à Saúde. Em 2015 existiam seis redes prioritárias a serem executadas no estado: mãe paranaense; Rede de pessoa com deficiência, Rede de atenção à saúde do idoso, Rede de Saúde Mental, Rede de Urgência e Emergência. Dentre os diversos conceitos de redes a SESA escolheu a trabalhada por Mendes para ser a forma de execução das ações pretendidas.

1.4 REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE

As mudanças no perfil epidemiológico e demográfico que o mundo enfrenta hoje influenciam na forma com que a atenção à saúde deve ser prestada. Os países em desenvolvimento vivenciam essas transições de uma forma bastante complexa, principalmente no que diz respeito ao perfil do adoecimento da população. Observa-se forte crescimento de doenças crônicas como hipertensão arterial e diabetes ao mesmo tempo em que doenças agudas ainda incidem na população. Entendem-se como agravos agudos as situações de curso curto, que são enfrentadas por um sistema reativo; já os agravos crônicos são aqueles com curso de médio e longo

prazo e que devem ser tratados de forma proativa, contínua e integrada (MENDES, 2010).

O crescimento dos agravos crônicos relaciona-se fortemente com o envelhecimento populacional. A diminuição da taxa de fecundidade juntamente com o aumento da expectativa de vida faz com que a população se torne mais velha e tornem-se mais frequentes as doenças comuns na velhice. Porém a presença de condições agudas provenientes de doenças como dengue, febre amarela ou por causas externas continuam presente na realidade epidemiológica de países como o Brasil (SILVA; MAGALHÃES JR, 2008).

Essas mudanças dos perfis tanto populacionais quanto de doenças exigem atenção à saúde diferenciada. Parte dos sistemas de saúde organizam-se de forma fragmentada, hierárquica, com foco nas condições agudas, ênfase em ações curativas e reabilitadora, atenção fragmentada e sem classificação de risco, voltada para o profissional, principalmente o médico (MENDES, 2010).

Esse tipo de organização não consegue suprir as demandas de saúde, gerando uma crise nos sistemas. Para superar esta crise é necessário compreender a necessidade de lidar com um novo perfil epidemiológico, em que os agravos crônicos convivem em um mesmo espaço com os agudos, porém cada um necessitado de formas de atendimento diferenciadas (SILVA; MAGALHÃES JR, 2008).

As redes de atenção à saúde (RAS) são estratégias para superar esse modelo ultrapassado. As RAS se organizam de forma poliárquicas, como uma espécie de malha de conexão e integração de diversos estabelecimentos e serviços de saúde com diferentes níveis de densidade tecnológica, pertencentes a um território. Seu elemento central é a Atenção Básica (AB) e seu objetivo é a garantia de atenção contínua, de qualidade e integral à população. O principal foco das RAS é a qualidade da atenção e da vida das pessoas, a eficiência da utilização de recursos, a garantia de equidade em saúde, o melhoramento dos resultados sanitários da atenção à saúde (SILVA; MAGALHÃES JUNIOR, 2008; MENDES, 2011).

A estrutura das RAS é constituída dos seguintes elementos: população, estrutura operacional e modelo de atenção à saúde. A população é o elemento central de responsabilidades das redes de atenção à saúde, sendo de responsabilidade da Atenção Básica o conhecimento, envolvimento e vínculo com a

mesma. As estruturas operacionais são constituídas pelos nós das redes e pelas ligações que comunicam esses nós. Essa estrutura é composta pelo seu elemento central de comunicação que é a Atenção Básica e os pontos secundários e terciários de atenção à saúde; os sistemas de apoio; os sistemas logísticos e os sistemas de governança. Dessa forma podemos elencar como componentes indispensáveis: espaço territorial e população; os serviços e ações de saúde de variadas densidades tecnológicas e características; logística que contribua na identificação e orientação dos usuários na malha das redes e por fim um sistema de regulação (SILVA; MAGALHÃES JR, 2008; MENDES 2011).

Considerando a diversidade do Brasil em relação às condições econômicas e sanitárias não é possível estabelecer modelos operacionais fixos para a implantação das RAS. Porém, diretrizes flexíveis capazes de orientar o funcionamento são necessárias para auxiliar a execução das redes independente da realidade local. Dessa forma como constituição básica são necessários os seguintes elementos:

1 – Definição do Território: o conceito de território é expandido, considerando muito mais do que o espaço geográfico. Para RAS território é o espaço em que os sujeitos se interconectam e tem suas relações, é também onde ocorre a corresponsabilização da saúde entre usuários e profissionais e em que a gestão e gerenciamento das ações de saúde acontecem (SILVA, 2008).

2 – Diagnóstico situacional: é uma forma de conhecer a realidade do território, como é sua organização econômica, demográfica, epidemiológica. Necessita da participação dos mais diversos sujeitos que serão envolvidos pela construção das redes, assim como é necessária a construção de consenso sobre os diversos pontos abordados (SILVA, 2008).

3 - Construção de uma boa situação para serviços da Atenção Básica, outros níveis de atenção e apoio: a Atenção Básica à saúde é a ordenadora da rede de atenção. Ela embasa um modelo em que é possível a organização da assistência orientada para condições crônicas, integralidade da atenção e humanização, condições essenciais para as RAS. Os serviços da Atenção Básica no território devem ser de fácil acesso, de qualidade, que vise a promoção da saúde e prevenção e recuperação de agravos e doenças. Além disso, é necessário que média e alta complexidade funcionem de forma adequada (SILVA, 2008).

4 - Criação de sistemas logísticos de suporte: Esses sistemas servem para identificar o usuário no território e em qualquer local na rede, além de oferecer

informações referentes a ações de promoção da saúde e de continuidade da atenção. Como exemplo podemos citar o cartão de identificação do usuário e o prontuário eletrônico (SILVA, 2008).

5 – Sistema de regulação e governança: A regulação na RAS relaciona-se com a autorização para que medidas de saúde previstas, seu monitoramento e avaliação possam ser realizadas. Já a governança diz respeito à articulação e cooperação entre entes sociais e políticos visando a construção de novas conformações institucionais. Entre esses entes estão representantes do setor público, privado, ONGs, população. Para tanto são necessários o planejamento estratégico e a participação popular (SILVA, 2008).

1.5 CONSÓRCIOS INTERMUNICIPAIS DE SAÚDE

Os consórcios intermunicipais de saúde surgiram em um momento histórico bastante sensível da saúde pública brasileira, em que o atendimento deveria ser garantido de forma integral e o mais próximo possível dos usuários. Dessa forma os CIS foram encarados como uma nova prática de gestão capaz de garantir ações e serviços de saúde de todos os níveis de complexidade (LIMA, 2000).

Os primeiros consórcios foram criados em meados da década de 1980 no estado de São Paulo com sede em Divinolândia (1985) e Penápolis (1986) (LIMA, 2000). Durante a década de 1990 os consórcios foram se difundindo e municípios de outros estados passaram a se organizar em consórcios. No Paraná os primeiros consórcios surgiram no ano de 1993 na região noroeste, os CIS de Paranaíba e de Campo Mourão dividem o pioneirismo. Rapidamente o estado ganhou novos Consórcios e ao final de 1998 já contava com vinte (20) consórcios instalados (NICOLETTO, 2002).

A implantação dos CIS no Paraná foi motivada pela necessidade dos municípios assumirem a gestão dos Centros Regionais de Especialidades (CREs), que primeiramente eram de responsabilidade do governo de estado, mas que acabaram sucateados pela falta de reposição do quadro de profissionais, baixo investimento em tecnologia e insumos. Além disso, no ano de 1994 o governo do estado lança o Plano Estadual de Saúde com incentivo a implantação do CIS, potencializando assim o consorciamento de novos municípios (NICOLETTO, 2002).

O momento atual ilustra a difusão dos consórcios no Brasil, até o ano de 2011 mais de 2.900 municípios participavam de algum consórcio, sendo que destes 2.288 são intermunicipais de saúde. Os municípios de pequeno porte (com até 20.000 habitantes) são os que mais se organizam em CIS, num total de 1.743 (GERIGK; PESSALI, 2014; PEDREIRA, 2006). O Estado do Paraná, em particular, possui 24 CIS que cobrem quase todos os municípios do estado (ACISPAR, 2015).

Os CIS com sua grande abrangência no estado do Paraná possuem papel estratégico na gestão do SUS, principalmente no que diz respeito ao atendimento ambulatorial especializado e hospitalar. Reconhecendo sua real importância o governo do estado, a partir de 2011 criou o Programa Estadual de Apoio aos Consórcios Intermunicipais de Saúde (COMSUS). Este programa visa qualificar a Atenção de Média Complexidade no estado, tendo alguns objetivos como a implantação dos Centros de Especialidades Regionais (CER); o alinhamento do modelo de atenção dos CIS em relação às redes de atenção à saúde prioritárias do estado; incentivar o custeio a fim de ampliar a oferta de ações e serviços especializados; interligar as ações dos CIS com as da Atenção Básica e de Alta complexidade; melhorar a qualidade gerencial dos consórcios (PARANA, 2015b).

Para a concretização desses objetivos o COMSUS fará uso de incentivos de custeio, de investimento e de capacitação. Os incentivos de custeio terão como referência à correção de desigualdades regionais, ou seja, levarão em consideração as necessidades populacionais locais. Os incentivos de investimentos estão relacionados com a aquisição de equipamentos e a realização de obras relacionadas às redes prioritárias. A capacitação engloba cursos de gestão e planejamento regional em saúde, em que poderão participar gestores dos consórcios, dos municípios e componentes das Comissões Intergestoras Bipartites Regionais (SESA, 2015b).

Com o COMSUS a SESA tenta aproximar-se dos consórcios estabelecendo assim uma relação de trocas. Porém o contato entre CIS e SESA nem sempre foi algo habitual, sendo assim um movimento novo para ambos.

Essas modificações não são de simples execução e exigem esforços tanto dos Consórcios como da SESA. Além disso as alterações refletem na relação com demais atores que se relacionam com o CIS, como os municípios, usuários e prestadores de serviço. Dessa maneira o complexo processo de adequação de

serviços de saúde às RAS desencadeia reações e respostas diversas, que influenciarão no resultado final dessa ação.

O acompanhamento da fase inicial da implantação do COMSUS torna-se importante, pois os caminhos tomados nos períodos iniciais podem refletir no resultado do processo. Dessa forma faz-se importante essa percepção sobre a relação dos Consórcios e da SESA na implantação desse programa com vistas a implantação das Redes de Atenção à Saúde no estado do Paraná.

2 OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

Compreender a relação entre os Consórcios Intermunicipais de Saúde e a Secretaria de Estado de Saúde na implantação do Programa de Apoio aos Consórcios-COMSUS.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

2.2.1 Analisar o processo de implantação do COMSUS em Consórcios com diferentes níveis de estruturação.

2.2.2 Caracterizar a estrutura e financiamento dos Consórcios Intermunicipais de Saúde do Paraná.

3 PERCURSO METODOLÓGICO

3.1 TIPO DE ESTUDO E JUSTIFICATIVA DE SUA ESCOLHA

O estudo desenvolveu-se por meio da metodologia qualitativa, esse tipo de estudo faz-se relevante frente a importância da compreensão dos aspectos sociais envolvidos na saúde. As metodologias qualitativas fortalecem-se quando o objetivo do estudo envolve os sistemas de saúde, principalmente no que diz respeito às Políticas Públicas de Saúde (BOSI, 2012).

3.2 LOCAL E PERÍODO DE ESTUDO

O período de coleta de dados estendeu-se de novembro de 2013 a junho de 2015. As entrevistas com representante da SESA, CONASEMS, ACISPAR e núcleo de descentralização do SUS foram realizadas na SESA. Os grupos focais e demais entrevistas foram realizados nas sedes dos CIS pesquisados. Os consórcios que fizeram parte do estudo localizam-se no Paraná nas regiões Norte, abrangendo os municípios da 17ª Regional de Saúde, na região Noroeste cobrindo os municípios em sua maioria da 12ª Regional de Saúde e nos Campos Gerais incluindo municípios das 3ª e 22ª Regionais de Saúde.

3.3 SUJEITOS DO ESTUDO

Os sujeitos do estudo foram escolhidos levando-se em consideração a relevância de sua função dentro do processo de implantação do COMSUS pelos consórcios. Dessa foram selecionados cinco agentes formuladores e executores de políticas para os CIS e três Consórcios Intermunicipais de Saúde. O primeiro grupo foi composto por: um representante da SESA; um representante do Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (CONASEMS); um representante da

Associação dos Consórcios do Paraná (ACISPAR); um representante popular do Conselho Estadual de Saúde

O segundo grupo foi composto por três CIS que apresentavam diferentes níveis de organização, sendo um bem organizado, um com média organização e o último pouco organizado. Como representantes dos CIS participaram: diretor executivo do CIS; secretários de saúde; trabalhadores da AB dos municípios consorciados e representantes das regionais de saúde.

3.4 OBTENÇÃO DOS DADOS

A coleta de dados ocorreu por meio de entrevistas e grupos focais, ao todo foram realizadas cinco entrevistas com os agentes formuladores e executores de políticas para o CIS e uma com o diretor executivo do CIS de estruturação intermediária e mais dois grupos focais com os demais consórcios. Para as entrevistas com os agentes formuladores e executores de políticas foram utilizados roteiros contendo questões norteadoras referentes a visão de cada função em relação aos consórcios e ao COMSUS (anexo C). Para os grupos focais e entrevista com o diretor executivo do CIS foi utilizado roteiro com questões referentes a implantação do COMSUS e relacionamento com a SESA e com os municípios durante esse processo (anexo D). As falas dos agentes formuladores e executores de políticas foram codificadas com a letra E (E1 a E5) e as participações dos consórcios com a letra C (C1 a C3). As entrevistas e grupos focais foram gravados e transcritos na íntegra, com posteriores correções de vícios de linguagem.

3.5 ANÁLISE DOS DADOS

Os dados foram analisados utilizando a técnica de análise de conteúdo – análise temática (BARDIN, 1977). Primeiramente foram realizadas leituras flutuantes do material, com o objetivo de conhecer mais profundamente os resultados. Posteriormente as entrevistas e grupos focais foram analisados de forma mais profunda e considerando a singularidade de cada produto. Dessas análises surgiram temas que foram agrupados em quadros contendo o tema e as falas que o exemplificava, para cada entrevista e grupo focal foi montado um quadro individual.

Os quadros de temas foram analisados de forma conjunta, agrupando os temas em comuns e determinando os elementos chave dentro dos resultados. Dessas análises emergiram as categorias das quais foram selecionadas três que compuseram os resultados. A primeira categoria foi “Consórcios Intermunicipais de Saúde: características e relações anteriores à implantação do COMSUS”, que relata a forma de trabalho e estruturação dos CIS antes da implantação do COMSUS. A segunda categoria intitula-se “Implantações do COMSUS: caminhos percorridos pelos consórcios e pela Secretaria de Estado de Saúde rumo a implantação das RAS”, tem como enfoque o processo de implantação do COMSUS e as alterações nas relações estabelecidas entre CIS e SESA. A terceira categoria “Consórcios Além da Média Complexidade: mudanças na relação entre os consórcios intermunicipais de saúde e os municípios” relata como o COMSUS influenciou na relação do CIS com os municípios.

3.6 ASPECTOS ÉTICOS

A pesquisa pertence a um projeto maior intitulado “Os Consórcios Intermunicipais de Saúde e o Desenvolvimento das Redes de Atenção à Saúde no Paraná: os modelos organizativos, desempenho e perspectiva”. Esse projeto foi aprovado do Comitê de Ética em Pesquisa da Pontifícia Universidade Católica do Paraná – setor Londrina, pelo protocolo CAAE 06175112.2.0000.0020 (ANEXO 1) e seguiu todos os preceitos da resolução 466/2012.

Além disso, o projeto foi contemplado pelo edital da 04/2012 “Programa de Pesquisa para o Sistema Único de Saúde: Gestão compartilhada em saúde PPSUS – Edição 2011”, da Fundação Araucária Apoio ao Desenvolvimento Científico e Tecnológico do Paraná, o que garantiu recursos para execução da pesquisa.

4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

4.1 CONSÓRCIOS INTERMUNICIPAIS DE SAÚDE: CARACTERÍSTICAS E RELAÇÕES ANTERIORES À IMPLANTAÇÃO DO COMSUS

4.1.1 Criação e estruturação dos Consórcios

O Sistema Único de Saúde (SUS) organiza-se segundo princípios e diretrizes como a Universalidade, Integralidade e Descentralização. Suas ações e serviços são organizados e financiados pelos três entes federados (LAVRAS, 2015), sendo os municípios os principais executores das funções de organização, programação, fiscalização das ações de saúde (RABELO, 1996). A maior responsabilização municipal é fruto da municipalização do SUS que objetiva aproximar os serviços aos usuários.

Com a implantação da municipalização coube aos municípios ofertarem acesso integral e universal a ações e serviços de saúde. Porém garantir esses critérios é caro e sobrecarrega os *municípios, principalmente de pequeno porte, 80% dos municípios brasileiros são menores que 20, 10 mil habitantes, isso aumenta ainda mais a responsabilidade que recai sobre os municípios pelo processo integral de assumir a gestão* (E2).

Os efeitos da municipalização foram sentidos principalmente nos aspectos financeiros. Após a criação do SUS, a União diminuiu seus repasses, designando aos estados e municípios a responsabilidade por montante maior do investimento destinado à Saúde (SANTOS, 2013). Porém os estados não contribuíram de forma adequada, como exemplo o estado do Paraná que investiu valores inferiores aos acordados nas conferências estaduais de saúde (CARVALHO; PAULUS JR; CORDONI JR, 2008). Dessa forma os municípios responsabilizaram-se por atender as demandas de saúde da população, investindo recursos próprios, por insuficiência do financiamento de outras instâncias federativas (SANTOS, 2013).

O modelo de trabalho dos consórcios dá resultado, resolutividade, otimiza custos (E2), o que torna os CIS uma alternativa viável para a prestação de serviços de saúde de forma integral. Os CIS hoje são caracterizados como instâncias de

planejamento e execução de ações e serviços de promoção, proteção e recuperação da saúde; de forma organizada (MAIA *et al.*, 2015).

Sua consolidação no Brasil ocorreu na década de 1990 por meio de parcerias regionais entre municípios (RIBEIRO; COSTA, 2000). No estado do Paraná os primeiros CIS surgiram no início da década de 1990 e avançaram pelo estado durante os anos seguintes. Foram criados para suprir as necessidades principalmente de Média Complexidade (NICOLETTO; CORDONI JR, 2005), e hoje estão atuantes no estado 24 CIS, presentes nas vinte e duas regionais de saúde.

Os Consórcios consolidaram-se em *vários níveis de estrutura* (E1), tendo assim diversos formatos de consórcios em funcionamento. Constituíram-se baseados em alguns objetivos em comum, como a ampliação da oferta de ações e serviços de saúde nos municípios menores e o aperfeiçoamento da utilização dos recursos regionais (RIBEIRO; COSTA, 2000). Porém, as diversidades regionais em que cada CIS estava localizado influenciou a estruturação dos CIS, dessa forma cada CIS desenvolveu características próprias, frutos das individualidades e desafios do conjunto de municípios envolvidos.

As diferenças entre os consórcios não ficaram apenas nas características regionais, mas extrapolaram para questões estruturais e de funcionamento dos mesmos. Assim existem *CIS que funcionam muito bem e tem consórcios que precisam funcionar* (E1). Ou seja, existem *consórcios em que há um grau de unidade bastante grande, regras já bem estabelecidas e um cofinanciamento de todos os municípios que ali participam* (E1), são melhores estruturados, contam com sede própria e capacidade de prestar os serviços em loco. Da mesma forma existem os menos estruturados, que *não tem esse grau de unidade* (E1), contam com pouca ou nenhuma estrutura física e ofertam serviços a partir de contratos com terceiros.

A consolidação dos consórcios brasileiros foi próxima ao vivenciado no Paraná, existindo no país diversas conformações de CIS. A pouca padronização estrutural e organizacional presente é reflexo da relevância que as características regionais tiveram no processo da criação dos CIS (LIMA, 2000).

4.1.2 Financiamento

O Financiamento é um dos pontos de fragilidade do SUS, não sendo diferente na realidade dos consórcios. O estado do Paraná *não estimulava ou apoiava os consórcios (E1)*, o que tornou os municípios consorciados os principais responsáveis pelo repasse de recursos. O incentivo do estado limitava-se a repasse de estrutura física, como *centros regionais de especialidades (C2)*, investindo pouco em relação à manutenção do funcionamento dos CIS (LIMA, 2000). A deficiência de apoio financeiro por parte dos estados e da União é uma constante na realidade dos Consórcios brasileiros (TEIXEIRA, 2003).

A insuficiência de recursos recebidos pelos Consórcios limita as condições de trabalho, principalmente dos CIS menos estruturados. A deficiência na estrutura física, junto *ausência de força política que assumisse o consórcio (C2)* e a falta de financiamento resultou em um *rendimento muito aquém (C2) do que* o CIS poderia desenvolver.

Somada a isso a inadimplência dos municípios consorciados agravou a situação, *vários municípios não estavam pagando o consorcio (C1)*, o que dificulta o trabalho, principalmente em relação aos seus compromissos financeiros. Em algumas situações os prestadores tinham seus pagamentos *quatro meses, cinco meses atrasados (C3)*, o que inviabilizavam a contratualização e a execução dos serviços.

A inadimplência municipal em conjunto com o limitado financiamento estadual deixou os CIS em situação delicada. O déficit de recursos recebidos desestabilizou o funcionamento do CIS, afetando a qualidade de sua produção. Dessa maneira fica evidente a necessidade dos Consórcios contarem com aporte financeiro adequado para suas funções. Os municípios deveriam assumir uma postura de maior comprometimento com os Consórcios, uma vez que este é uma ferramenta essencial para a execução da média complexidade. Da mesma forma os estados, com suas Regionais de Saúde, teriam condições de acompanhar as necessidades e dificuldades vividas pelos CIS, podendo apoiá-los na resolução dos problemas por meio de investimentos destinados às prioridades de cada CIS.

Porém, alguns obstáculos aparecem no que diz respeito à relação estabelecida entre algumas Regionais de Saúde e Consórcios. Alguns desses

entraves *fizeram com que recuassem os municípios (C2)* e conseqüentemente os CIS, do diálogo com a SESA, dificultando o contato e o planejamento das ações de Saúde. Deficiências no planejamento influenciam negativamente na orientação e alocação dos recursos (VIEIRA, 2009), refletindo na qualidade do atendimento prestado.

4.1.3 Gestão

Os Consórcios, em geral, trabalham com uma estrutura mínima de gestão composta por: Assembleia Geral; Presidência; Diretoria Executiva. A Assembleia Geral possui funções relacionadas à gestão administrativa, financeira e política, seus membros são os chefes do poder executivo dos municípios consorciados. A Presidência é ocupada por um membro da Assembleia Geral eleito por unanimidade, sendo o representante legal do CIS. A Diretoria Executiva é o corpo técnico responsável pela operacionalização do Consórcio (CEARÁ, 2015). O trabalho do CIS depende do comprometimento das três instâncias que o compõe e o desequilíbrio de parte do processo influencia na execução do serviço.

A Assembleia Geral representa a instância que direciona o funcionamento do Consórcio, sendo necessário que o colegiado de prefeitos que a compõe se envolva com as demandas existentes. Os Consórcios *só conseguem avançar se tiver interesse (C2)* e compreensão de que a função desse grupo é de *traçar políticas para os consórcios (C3)*. Dessa maneira, é fundamental que os prefeitos tenham conhecimento da função e trabalho dos Consórcios. Essa medida permite que os municípios se aproximem das ações do CIS não apenas como usuários dos serviços prestados, mas também como atores ativos neste processo.

Porém, em determinadas situações, grupos de prefeitos adotaram posturas que dificultaram o trabalho do CIS. Um dos impasses protagonizados pelos componentes da Assembleia Geral relacionou-se a não aceitação de parcerias com SESA em anos anteriores. Os *prefeitos recuaram com a decisão de firmar essa parceria com o estado (C2)*, por receio de *perder força política (C2)*. Esse posicionamento refletiu na dificuldade de estruturação do CIS que persistiram por muitos anos.

As posturas adotadas pelos prefeitos influenciam no funcionamento do CIS, dessa forma é importante que exista o envolvimento de forma construtiva. A presença de um Consórcio fortalecido reflete na qualidade prestação da atenção integral à saúde do próprio município.

As equipes da Diretoria Executiva foram as principais articuladoras para a superação dos impasses entre CIS e municípios. O resgate do contato e comprometimento foi feito indo de *prefeito em prefeito conversar* (C2) e reafirmando o compromisso existente entre CIS e municípios. Essa atitude estreitou as relações, fortalecendo o papel do município nos Consórcios.

A iniciativa de envolver os municípios nas atividades do CIS influenciou não apenas no planejamento, como também na inadimplência. Com *política de trabalho, de recuperação de ativos* (C3) os Consórcios se reaproximaram dos municípios, além de se estabilizarem financeiramente com a normalização do repasse de verbas dos inadimplentes.

Os Consórcios auxiliaram os municípios no enfrentamento das dificuldades vivenciadas com a municipalização, porém o espaço ainda tinha desafios básicos a serem enfrentados como dificuldades gerenciais e financeiras. A proposta das Redes de Atenção à Saúde da SESA trouxe elementos que modificaram estes espaços, apoiando mudanças do processo de trabalho e o fortalecimento estrutural do CIS.

4.2 IMPLANTAÇÃO DO COMSUS: CAMINHOS PERCORRIDOS PELOS CONSÓRCIOS E PELA SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE RUMO À IMPLANTAÇÃO DAS RAS

A SESA tem como um dos seus objetivos de trabalho a implantação das Redes de Atenção à Saúde no estado. Para isso a SESA lançou mão de políticas destinadas à atenção básica, média e alta complexidade. Os principais aspectos trabalhados relacionam-se à implantação das redes prioritárias (materno infantil; urgência e emergência; atenção à saúde das pessoas com deficiência; saúde mental e atenção à saúde da pessoa idosa), além do fortalecimento da atenção básica e da gestão (PARANÁ, 2015a).

A implantação das redes prioritárias contou com políticas para atender as demandas nos três níveis de atenção. Para atenção básica foi proposto o Programa de Qualificação da Atenção Básica (APSUS), que consiste em medidas para o

fortalecimento da assistência e da gestão de saúde ofertadas (Paraná, 2015a). A alta complexidade foi beneficiada com o Programa de Qualificação dos Hospitais Públicos e Filantrópicos do SUS Paraná (HOSPSUS), que busca aperfeiçoar a eficiência hospitalar, tornando-os referência para atenção hospitalar (Paraná, 2015c).

Para a média complexidade foi proposto o Programa Estadual de Apoio aos Consórcios Intermunicipais de Saúde (COMSUS), que objetiva que *os consórcios tenham uma integração com as redes de atenção à saúde, sejam um ponto de atenção* (E3). Com o COMSUS a SESA pretendia adequar a Média Complexidade ao modelo das RAS por meio de incentivos de custeio, financiamento e capacitação (PARANÁ, 2015). A gestão compartilhada das Redes entre as unidades da federação é uma proposta adequada para atender às individualidades e complexidades das regiões de saúde (KUSCHNIR *et al.*, 2011). Os Consórcios, por serem estruturas regionais, consolidadas pelos municípios e presentes em todo o estado, tornam-se espaços com potencial para desenvolver essas ações.

4.2.1 COMSUS como financiamento

O Sistema Único de Saúde enfrenta dificuldades em relação ao seu financiamento, sendo a falta ou a insuficiência de recursos um dos principais entraves na implantação das RAS no Brasil. É necessário, para que ocorra melhora nos níveis de saúde da população, que o financiamento se estabeleça de acordo com os objetivos da RAS (SILVA, 2011; MENDES, 2011).

Compreendendo o financiamento como um elemento importante para o desenvolvimento do trabalho com qualidade e eficiência, o COMSUS estabeleceu o repasse financeiro como uma das suas principais ações. Dessa forma o programa garantiu repasse de recursos a todos os Consórcios *sem exceção* (E1) possibilitando *implementação* (C1) das RAS, e garantindo dessa forma que *todos os CIS, sem exceção, recebessem recursos de custeio* (E1).

Um dos critérios de repasse estabelecido foi o *tamanho da área de abrangência* (E1), dessa forma os consórcios atuantes nas macrorregiões receberam quantia maior do que os situados nas microrregiões de saúde. O valor do repasse de R\$ 500.000,00 (E1) para os CIS pertencentes a áreas maiores e

variando de R\$ 300.000,00 a R\$ 200.000,00 (E1) para as regiões menores. O parâmetro utilizado assemelha-se ao que é estabelecido pela Lei 141/2013 no que diz respeito ao repasse de recursos do estado aos municípios, a qual pondera o investimento segundo as necessidades de saúde, dimensão espacial, capacidade de oferta de serviços (BRASIL, 2012).

No ponto de vista dos Consórcios o aporte financeiro ofertado pelo COMSUS foi *adequado (C1)*, dando condições para que *consórcios paranaenses possam estar também na rede (C2)*. O COMSUS é um novo estímulo ao trabalho dos CIS, segundo Mendes (2011) um sistema de financiamento adequado é necessário para que os objetivos das RAS sejam atingidos com qualidade e eficiência. Para o autor existem dois tipos de financiamento essenciais para o funcionamento das Redes: o das Redes, e o dos seus componentes.

O financiamento das Redes diz respeito ao custeio para cobrir as necessidades e demandas de saúde; investimento em capacidade de prestação de serviços conforme a necessidade de saúde da população. O financiamento dos componentes refere-se também ao custeio, porém de forma que todos os componentes participantes das RAS possam trabalhar de forma alinhada; e o investimento, com enfoque no serviço de saúde, visando à economia de escala e de escopo (MENDES, 2011).

Dessa maneira, além de receber o financiamento, os CIS devem modificar a maneira com que seus recursos são utilizados. Assim as adequações nas formas de investimento começam a fundamentar a implantação das Redes.

4.2.2 Modificações no processo de trabalho

As adequações necessárias para o enquadramento nas RAS incluíram processos gerenciais e operacionais. Os Consórcios melhores estruturados contavam com *uma estrutura montada... adequada para atender a demanda (C1)*, logo alteraram menos sua estrutura. Os CIS menos estruturados encontravam-se em situação diferente, com estrutura administrativa enfraquecida e pouca *força política (C2)*, precisaram se adequar a um novo modelo de gestão.

As mudanças vieram com propósito de superação das dificuldades desencadeadas por um sistema de saúde fragmentado (SILVA, 2011). As modificações no processo de gestão e operacionalização do serviço foram estabelecidas como contrapartida ao financiamento cabendo aos Consórcios adequarem-se aos parâmetros estabelecidos pelas RAS, modificando seus processos de trabalho e gestão. A reorganização da prática modifica e fortalece os laços entre as organizações envolvidas no processo (ERDMANN *et al.*, 2013) o que ficou evidente nos Consórcios menos estruturados que passaram a ter mais *credibilidade, melhorando a relação com a SESA (C2)*.

Algumas modificações operacionais foram propostas pela SESA como forma de adequação às Redes, em destaque estão: a implantação de um sistema informatizado de vagas e regulação; a implantação de Centros de Especialidades do Paraná para cada CIS e a implementação do transporte sanitário.

O sistema regulado de vagas deixa o processo de distribuição das vagas mais transparente o que é de grande valia, principalmente, para os municípios de pequeno porte. Consórcios que já trabalham com esse tipo de ferramenta observaram mudanças com a alteração para *um sistema regulado, teve município... que dobrou (número de vagas) pra eles (C1)*. Além disso, com a regulação têm prioridade para atendimento nos Consórcios os casos que apresentam real necessidade de atendimento especializado, o que diminui o tempo de espera por atendimento e estimula melhoras na Atenção Básica.

A proposta inicial de implantação do sistema de regulação estabelece a utilização de um sistema padrão, elaborado pela SESA e que deve ser utilizado por todos os Consórcios conveniados ao COMSUS. O sistema funciona com o cadastro e a regulação das vagas de Média Complexidade disponíveis em cada CIS. Dessa forma, todas as *consultas especializadas* entrariam *no sistema (E3)* e seriam reguladas pela própria SESA. O governo estadual assume importante papel dentro da regulação, uma vez que sua capacidade de articulação para execução deste papel supera a dos demais entes federados (BRASIL, 2011).

A implantação da proposta sofreu algumas *dificuldades no início por conta dos sistemas (E3)*, uma vez que os CIS já operavam com sistemas próprios de controle de vagas e alguns de regulação. Isso levou ao estabelecimento de alguns acordos entre a SESA e CIS melhores estruturados, visando à criação de *uma interface de informação (C1)* entre os sistemas. Dessa forma os CIS repassam para

a SESA informações referentes à sua produção, porém mantém em funcionamento um sistema elaborado segundo suas necessidades.

O processo de regulação tem papel importante dentro da operacionalização e gestão do serviço. Sua principal função é garantir aos usuários acesso a serviço de saúde de forma equânime e ordenada pela oferta programada por parte dos prestadores (ALBUQUERQUE *et al.*, 2013; SANTOS, MERHY, 2006). A SESA, pela sua capacidade de articulação, possui potencial para realizar a regulação, porém é necessário considerar a estrutura que já está em funcionamento em alguns CIS e organizar de forma compartilhada o processo.

A proposta de construção e reforma dos Centros de Especialidades do Paraná (CEP) visa à padronização das unidades centralizadas de oferta de atendimentos ambulatoriais, exames especializados e cirurgias eletivas ambulatoriais (PARANÁ, 2015b). O objetivo desses centros é auxiliar o trabalho dos consórcios, garantindo espaço físico adequado para oferta de serviços e gestão dos CIS.

Essa medida beneficiou os Consórcios de formas diferentes, uma vez que alguns não contavam com sede ou espaço físico para executar suas funções. Esses CIS consideravam-se em *desvantagem* (C2) em relação aos demais, passando por dificuldades para encontrar e manter *um local adequado, com estrutura mínima pra ofertar o serviço e ter a capacidade física instalada* (C2). Esses CIS, no geral, não ofertavam atendimento, apenas compravam serviços de clínicas e profissionais conveniados. Para os CIS melhores estruturados o investimento dos Centros de Especialidades visou à reestruturação do espaço físico e aquisição de equipamentos.

Os investimentos que os CIS fizeram relacionados aos CEP foram recebidos de forma positiva tanto pelos profissionais da saúde que trabalham no CIS, quanto pelos usuários do SUS. A reação positiva da categoria dos funcionários foi sentida principalmente em relação ao médico que passou a buscar nos consórcios a possibilidade de um bom local de trabalho. Reflexo disso é que os consórcios passaram a não ter *horário pra abrir agenda.... não tem disponibilidade de consultório* (C1). Isso aconteceu pela postura do CIS que *priorizou ter condições pros profissionais trabalharem* (C1), investindo os recursos tendo esse como um dos objetivos.

Outro foco do CIS na utilização desse montante foi o de garantir *um serviço de qualidade para os nossos pacientes (C1)*. Para isso investiu-se em um ambiente mais confortável para que o usuário possa passar o tempo que for necessário dentro do CIS, com mais qualidade. Isso foi pensado também para atender uma demanda dos usuários dos consórcios, esse público alvo apresenta necessidades diferenciadas. Parte dessas pessoas vem de outros municípios e esperam durante muitas horas ou o dia inteiro para serem atendidas ou poderem voltar para casa levados pelo transporte sanitário.

Assim, o investimento em estrutura física fortalecerá o CIS, dando melhores condições de trabalho e atendimento a seus usuários e prestadores de serviços. Isso se fortalece com a importância de ofertar ações e serviços de saúde de forma articulada com as demandas da população (PIRES *et al.*, 2010). A responsabilização dos Consórcios pelos Centros de Especialidades faz-se relevante pela proximidade entre CIS, municípios e usuários. Dessa forma os CIS tiveram oportunidade de investir em espaços que suprissem a necessidade da população assistida e melhorar o atendimento prestado.

O transporte sanitário partilhado entre os municípios também foi uma proposta da SESA para facilitar o acesso dos usuários e baratear o custo do serviço. Assim ofertou-se aos municípios *80 ônibus bastante qualificados para organizar o transporte em saúde (E1)*, em contrapartida os municípios deveriam se organizar em relação à manutenção dos veículos e contratação de motoristas.

Todas as medidas ofertadas pela SESA tinham como objetivo melhorias no acesso dos usuários ao CIS. Porém deve-se compreender que a execução dessas atividades deve fortalecer a estrutura do CIS e não romper com construções e ganhos conquistados pelos Consórcios durante anos de existência. Para que os benefícios do COMSUS sejam concretos é necessário que SESA e Consórcios trabalhem como parceiros, articulando política e gerencialmente a fim de fortalecer a média complexidade ofertada.

A proposta do COMSUS teve como eixo fundamental a linha de financiamento, estruturada para atender as diferentes realidades do estado, respeitando as diversidades e demandas regionais. As propostas de adequações operacionais e gerenciais tiveram outro tipo de abordagem. Por um lado, o apoio à construção e manutenção dos Centros de Especialidades estimula que os

Consórcios sejam ativos na prestação dos serviços, deixando a característica de comprador de consultas e exames.

A relação entre os CIS e a SESA construiu-se por meio de aceites e negociações das propostas estabelecidas. Os CIS melhores estruturados estabeleceram relações mais voltadas às negociações, visando na melhoria do que já estava estabelecido, assim o questionamento e as proposições estiveram mais presentes. Com os CIS menos estruturados o estabelecimento das relações foi voltado ao aceite, uma vez que o COMSUS significava a possibilidade de estruturação desses consórcios mais fragilizados.

4.3 CONSÓRCIOS ALÉM DA MÉDIA COMPLEXIDADE: MUDANÇAS NA RELAÇÃO ENTRE OS CONSÓRCIOS INTERMUNICIPAIS DE SAÚDE E OS MUNICÍPIOS

O funcionamento das RAS depende da adequação de todos os níveis de atenção ao modelo de trabalho em redes. É importante que a AB, por ser a principal porta de entrada e ordenadora do sistema, seja resolutiva (CONILL; FAUSTO; GIOVANELLA, 2010) e esteja organizada conforme as RAS.

Para dar conta dessa necessidade a SESA lançou o programa de apoio aos municípios na implantação das RAS. O Programa de Qualificação da Atenção Primária (APSUS) foi proposto para modificar a Atenção Básica instalada, aumentando a capacidade de assistência e gestão. Para isso foram ofertados cursos de qualificação aos funcionários e investimento em infraestrutura e custeio (PARANA, 2015a).

O processo de adequação da forma de trabalho dos municípios para os modelos das Redes *não foi fácil* (C1), as mudanças geraram estranhamento tanto pelos usuários, quanto pelos servidores que questionaram as alterações nos serviços. As capacitações do APSUS foram importantes ferramentas para o esclarecimento e fortalecimento do conceito das RAS, com elas o trabalhador *começou a entender, começou a mudar ali a visão* (C1). A qualificação profissional possibilita modificar o pensar e o agir do trabalhador, auxiliando no enfrentamento dos desafios vividos no dia-a-dia do trabalho (CARDOSO; MEDEIROS, 2015).

O estado estava muito ausente com os municípios, não só com os municípios grandes e também com os pequenos (E4), mesmo com a qualificação do APSUS a SESA não deu conta das demandas municipais. Por esse motivo os CIS melhores estruturados assumem parte do apoio técnico, capacitando os trabalhadores da Atenção Básica. O suporte dos CIS aos municípios foi baseado em treinamento da equipe de saúde, voltados principalmente ao uso e construção de protocolos. O que possibilitou que o médico da atenção básica se sentisse seguro (C1) em sua prática diária, resolvendo in loco casos que anteriormente eram encaminhados para o CIS.

A necessidade da entrada dos CIS na capacitação dos municípios acontece principalmente por dificuldades vividas no órgão representativo da SESA mais próximo dos usuários. São problemas nas regionais de saúde, como falta de profissionais que dificultam a execução do apoio técnico aos municípios. Mesmo nesse panorama o envolvimento dos Consórcios com os municípios é positivo, pois fortalece o diálogo e a construção de metas em comum para a consolidação da Rede de Atenção à Saúde em todos os níveis de atenção.

A soma da atenção básica resolutiva com o funcionamento do sistema de regulação faz com que sejam encaminhados para média complexidade os casos que realmente necessitem de especialistas. Assim diminui-se o tempo de espera por esse tipo de consultas, além de priorizar a resolução dos problemas de saúde o mais próximo possível da população.

Ao auxiliarem os municípios na adequação da AB os Consórcios criam com eles uma nova relação, deixando de ser apenas um prestador de serviços de média complexidade e adquirindo também características de apoio técnico. Esse suporte possibilita que os municípios ofereçam AB de qualidade, fortalecendo as RAS no nível regional.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O COMSUS foi o desencadeador de uma nova relação entre os CIS e a SESA. A proposta de reformulação do processo de trabalho, juntamente com aporte financeiro para subsidiar as mudanças, deu aos CIS a possibilidade de avançar em suas atividades. O reflexo dessas modificações pôde ser percebido não apenas pelos gestores da SESA, mas também pelos gestores municipais, prestadores e usuários dos serviços.

Essas modificações, sentidas por diversos atores, refletiu no relacionamento entre eles. Quanto aos municípios, avançou-se no sentido da negociação no que diz respeito às metas e necessidades que cada secretário de saúde tinha em seu território. A abertura do diálogo estabeleceu uma parceria entre os municípios e os CIS, que apareceu na forma de apoio mútuo entre os dois entes. Por parte dos CIS o apoio ocorreu por meio de cursos e capacitação dos trabalhadores da AB municipal, com a finalidade de melhorar a resolutividade. Já o apoio por parte dos municípios veio com o comprometimento com o cumprimento de seus compromissos com os CIS e no engajamento político em prol dos mesmos.

Em relação aos prestadores de serviços os avanços foram relacionados à maior credibilidade do consórcio, que passou a ter mais segurança financeira, podendo cumprir com suas dívidas. Além disso, houve investimento em treinamento e infraestrutura, o que foi um chamariz principalmente para médicos, que passaram a se interessar mais em trabalhar nos CIS.

Os mesmos investimentos que chamaram atenção dos profissionais da saúde foram os que garantiram melhores condições de atendimento aos usuários. As reformas garantidas pelos Centros de Especialidades possibilitaram um local mais acolhedor para aqueles que esperam por suas consultas. Isso é muito importante, principalmente se considerarmos o perfil dos usuários dos CIS, são pessoas vindas de outras cidades, que no geral passam o dia no consórcio. Para esse público é muito importante que exista um mínimo de conforto e acolhimento no espaço em que passarão tanto tempo.

O transporte sanitário também favoreceu essa população. Manter um veículo disponível diariamente para transportar os usuários para os consórcios é muito oneroso. A divisão proposta pela SESA otimiza a utilização do veículo e divide

os custos entre os municípios. Esta é uma saída para garantir uma viagem com mais conforto e segurança aos usuários e diminuir a sobrecarga municipal.

Por fim, a relação CIS e SESA é a que mais se altera durante o processo. No geral os avanços foram positivos, a mudança na postura dos CIS de prestadores de serviços para parceiros na execução das ações de saúde no Paraná foi o ponto de maior destaque. Dentro deste contexto maior teve situações de negociações, trocas de conhecimento, principalmente no que diz respeito aos CIS melhores estabelecidos. Isso porque esses CIS tinham condições políticas e estruturais para propor alterações para conseguir um equilíbrio entre as ações já desenvolvidas pelos CIS e as alterações propostas pelas SESA por meio do COMSUS.

Com os CIS menos estruturados essa relação foi mais de aceitação das propostas da SESA e isso se deve ao fato, por ter muito pouco em funcionamento, com falhas na estrutura de trabalho percebidas pelos próprios CIS e que os incomodavam. As propostas da SESA surgiram como a possibilidade de investir no trabalho dos CIS de forma consciente e adequada ao modelo de saúde desejado pelo estado. Por outro lado, a falta de consistência política prejudica esses consórcios, que acatam todas as decisões utilizando pouco da negociação para decidir o que serve ou não para sua realidade.

Assim o COMSUS vai deixando sua marca, trilhando nos CIS e com a SESA um novo caminho para a Saúde Pública Paranaense. Ainda é cedo para termos conclusões sobre o programa, quais foram seus avanços e retrocessos. Porém, a análise da sua implantação nos mostra que essa iniciativa marca a relação CIS e SESA, por ser um modelo de incentivo financeiro e apoio técnico com objetivo e características diferentes do que comumente tem sido trabalhado.

Dessa maneira, podemos dizer que o COMSUS iniciou um processo de mudanças nos CIS paranaenses e na média complexidade. Seus avanços poderão ser avaliados nos anos a seguir, porém seus primeiros passos, conflitos, negociações, conquistas ficam registrados como um marco na história da saúde pública paranaense.

REFERÊNCIAS

ACISPAR, Consórcios Associados. Disponível em <<http://acispar.com.br/Consortorios/consorcios-associados.php>>. Acessado em 15 de outubro de 2015.

ALBUQUERQUE, Maria do Socorro Veloso de; LIMA, Luci Praciano; COSTA, André Monteiro; MELO FILHO, Djalma Agripino. Regulação assistencial no Recife: possibilidades e limites na promoção do acesso. **Saúde Sociedade** v.22, n.1, 2013.

ARRETCHE, Marta. Relações federativas nas políticas sociais. **Educação & Sociedade Soc.** v. 23, n. 80, p. 25–48 , 2002.

BASTOS, Francisco Avelar. **O Consórcios intermunicipal de saúde da região centro do Rio Grande do Sul: uma década de história.** Porto Alegre: Dacasa Editora, 2005.

BRASIL, Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Coleção para entender a gestão do SUS**, vol 10. Brasília: CONASS, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Lei nº 8.080, de 19 de setembro 1990. **Dispões sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências.** Brasília, DF, 1990a.

BRASIL. 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, 1990b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Lei complementar 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 nºs 8.080, de 19 de setembro de 1990, e 8.689, de 27 de julho de 1993; e dá outras providências.** Brasília, Ministério da Saúde, 2012.

BRASIL. 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, 2011.

BOSI, M. L. M. Qualitative research in collective health: overview and challenges. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.17, n.3 , 2012.

BURRIS, A. Federalism and related terms. In: **International Encyclopedia of the Social & Behavioral Sciences**. 1995. 5440–5442 p.

CAMPOS, Gastão Wagner de Souza. Efeito Paidéia e o Campo da Saude: reflexões sobre a relação entre o sujeito e o mundo da vida. **Trabalho, educação & Saude** v.4, n.1, 2006.

CAMPOS, Gastão Wagner Sousa. Paideia y Gestión : Un Ensayo sobre el Soporte Paideia en el Trabajo en Salud Paideia y Gestión : An Essay about Holding in Health Work. **Salud Colectiva** v. 1, n. 1, p. 59–68 , 2005.

CAMPOS, Gastão Wagner Souza; Amaral, Marcia Aparecida. A clínica ampliada e compartilhada, a gestão democrática e redes de atenção como referenciais teórico-operacionais para a reforma do hospital. **Ciência & Saúde Coletiva**. v.12, n.4, p.849-859, 2007..

CARDOSO, Lis; MEDEIROS, Marinho. educação permanente como instrumento de mudança na rede de atenção à saúde com foco na estratégia saúde da família : um relato de experiência t. **Ciencia Plural** v. 1, n. 1, p. 65–74 , 2015.

CARVALHO, Manoela De; PAULUS JÚNIOR, Aylton; CORDONI JR, Luiz. Financiamento público da saúde pelo governo do Estado do Paraná, Brasil, 1991-2006. **Cadernos de Saúde Pública** v. 24, n. 11, p. 2532–2540 , 2008.

CEARÁ. **Consórcios públicos em saúde no Ceará: estratégia para o fortalecimento e regionalização da saúde**. Disponível em <http://www.saude.ce.gov.br/index.php/downloads/category/53-manual-consorcios-publicos-em-saude-no-ceara-?download=96:manual-consorcios-publicos-em-saude-no-ceara>> Acessado em: 3 de dezembro de 2015.

CONILL, Eleonor Minho; FAUSTO, Márcia Cristina Rodrigues; GIOVANELLA, Lígia. Contribuições da análise comparada para um marco abrangente na avaliação de sistemas orientados pela atenção primária na América Latina. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil** v. 10, n. 1, p. s14–s27 , 2010.

DOURADO, Daniel de Araujo. **Regionalização e federalismo sanitário no Brasil. 2010. 185p. Dissertação** (Mestrado – medicina preventiva). Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, São Paulo. 2010.

ERDMANN, Alacoque Lorenzini *et al.* Secondary Health Care: best practices in the health services network. **Revista Latino-Americana de Enfermagem** v. 21, n. 8, p. 131–139 , 2013.

GERIGK, Willson; PESSALI, Huáscar Fialho. A promoção da cooperação nos consórcios intermunicipais de saúde do estado do Paraná. **Revista de Administração Pública** v. 6, n. 48, p. 1525–1543 , 2014.

GIL, Célia Regina, CARVALHO, Brígida Gimenez, MARTIN, Gilberto Berguio, OLIVEIRA, Katia Santos, SHIMITI, Margareth. Organização dos serviços de saúde em Londrina e região e suas contribuições para descentralização e municipalização

no Estado do Paraná e no País. In: Bases da Saúde Coletiva. INSTITUTO DE PESQUISA ECONOMICA APLICADA. **Brasil em Desenvolvimento: Estado, planejamento e políticas públicas**. Brasília: Ipea, 2010.

KUSCHINIR, Rosana; LIMA, Luciana Dias de; BAPTISTA, Luciana Vargas de Faria; MACHADO, Cristhiane Vieira. Configuração da rede regionalizada e hierarquizada de atenção à saúde no âmbito do SUS. In: GONDIM, R; GRABOIS, V. MENDES JUNIOR, WV, organizadores. **Qualificação dos Gestores do SUS**. 2. ed. Rio de Janeiro: Fiocruz/ENSP/EAD; 2011.

LAVRAS, **Carmen C. de C. Descentralização e estruturação de redes regionais de atenção à saúde no SUS**. Disponível em <https://www.nesc.ufg.br/up/19/o/Microsoft_Word_-_DESCENTR_e_RRAS_final_2.pdf>. Acessado em 01 de novembro de 2015.

LIMA, Ana Paula Gil. Os consórcios intermunicipais de saúde e o sistema único de saúde. **Cadenos de Saude Publica** v. 16, n. 4, p. 985–996, 2000.

MAIA, Lenira de Araújo; MARQUES, Antônio Jorge de Souza; PEREIRA, Darlan Venâncio Thomaz; LIMA, **Marta de Souza. os consórcios intermunicipais de saúde como instrumentos para a administração pública: a experiência do SUS-MG**. In: IV Congresso CONSAD de gestão pública. Disponível em <http://www.sgc.goias.gov.br/upload/arquivos/2011-06/painel_52-183_184_185.pdf>. Acessado em 15 de novembro de 2015.

MENDES, Eugênio Vilaça. As redes de atenção à saúde. **Ciencia & Saúde Coletiva**, v.15, n.2, p.2297-230, 2010.

MENDES, Eugênio Vilaça. **As redes de atenção à saúde**. Organização Panamericana de Saúde: 2011.

MINAS GERAIS, Secretaria de Estado de Saúde. **Pacto de gestão: da municipalização autárquica à regionalização cooperativa**. Marcus Vinícius Caetano Pestana da Silva e Eugênio Vilaça Mendes. Belo Horizonte, 2004.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 12 ed. São Paulo: Hucitec, 2010.

NICOLETTO, Sônia Cristina Stefano. **Os consórcios intermunicipais de saúde do paraná e a assistência médica especializada**. 2002. 192p. Dissertação (mestrado-saude coletiva). Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva, Universidade Estadual de Londrina. Londrina, 2002.

NICOLETTO, Sônia Cristina Stefano; CORDONI JR, LUIZ; COSTA, Nilson do Rosário. Consórcios Intermunicipais de Saúde: o caso do Paraná, **Cadernos de Saúde Pública**. Brasil. v. 21, n. 1, p. 29–38, 2005.

PARANÁ, **APSUS– Programa de Qualificação da Atenção Primária à Saúde**. Disponível em: <<http://www.saude.pr.gov.br/modules/conteudo/conteudo.php?conteudo=2808>>.

Acesso em: 22 outubro de 2015a.

PARANÁ, **COMSUS – Programa Estadual de Apoio aos Consórcios Intermunicipais de Saúde.** Disponível em: <<http://www.saude.pr.gov.br/modules/conteudo/conteudo.php?conteudo=2890>>.

Acesso em: 20 de outubro de 2015b.

PARANÁ, **HOSPSUS – Programa de Apoio aos Hospitais Públicos e Filantrópicos do Paraná.** Disponível em: <<http://www.saude.pr.gov.br/modules/conteudo/conteudo.php?conteudo=2802>>.

Acesso em: 01 de novembro de 2015c.

PEDREIRA, Cristina de Almeida. A cooperação interfederativa por meio dos consórcios públicos: uma alternativa na busca do desenvolvimento nacional. 2006. 226p. Tese (doutorado – direito). Programa de Pós-graduação em Direito. Pontifícia Universidade Católica de São Paulo. 2006.

PIRES, Maria Raquel Gomes Maia *et al.* Oferta e demanda por média complexidade/SUS: relação com atenção básica. **Ciência & Saúde Coletiva** v. 15, n. 1, p. 1009–1019, 2010.

RABELO, M. Considerações acerca do processo de municipalização da saúde no RS: institucionalidade, financiamento e percalços. **Revista FEE** v. 24, n. 3, p. 156–173, 1996.

RIBEIRO, J. M.; COSTA, N. R. Regionalização da assistência à saúde no Brasil: os consórcios municipais no Sistema Único de Saúde - SUS. **Planejamento e Política Pública** n. 22, p. 174–220, 2000.

RODDEN, Jonathan. Federalismo e descentralização em perspectiva comparada: **Revista Sociologia Política** v. 24, p. 9–27, 2005.

RONCAGLIO, Cynthia; NEUERT, Márcia; MARTINS, Maria Da Aparecida Borges. Apontamentos para uma história da saúde: as fontes documentais do Paraná. **História, Ciências, Saúde-Manguinhos** v. 8, n. 1, p. 223–235, 2001.

SANTOS, Fausto Pereira dos, MERHY, Emerson Elias. A regulação pública da saúde no Estado brasileiro – uma revisão. **Interface – Comunicação, saúde, educação** v.9, n.18, 2006.

SANTOS, Lenir.; ANDRADE, Luiz Odorico Monteiro. **SUS: o espaço da gestão inovada e dos consensos interfederativos: aspectos jurídicos, administrativos e financeiros.** 2. ed. Campinas: Saberes Editora, 2009.

SANTOS, Nelson Rodrigues dos. SUS, política pública de Estado: seu desenvolvimento instituído e instituinte e a busca de saídas. **Ciência & Saúde Coletiva** v. 18, n. 1, p. 273–280, 2013.

SCATENA, João Henrique Gurtier; TANAKA, Oswaldo Yoshimi. Os instrumentos normalizadores (NOB) no processo de descentralização da saúde J. **Saúde e Sociedade** v. 2, n. 10, p. 47–74, 2001.

SILVA, Silvio Fernandes da. Organização de redes regionalizadas e integradas de atenção à saúde: desafios do Sistema Único de Saúde (Brasil). **Ciência & Saúde Coletiva** v. 16, n. 6, p. 2753–2762 , 2011.

SILVA, Silvio Fernandes da. Redes de atenção à saúde: modelos e diretrizes operacionais. In: **Redes de atenção à saúde no SUS: o pacto pela saúde e redes regionalizadas de ações e serviços de saúde**. CAMPINAS: IDISA:CONASEMS, 2008.

SILVA, Silvio Fernandes da; SOUTO JUNIOR, José Veloso; BRÊTAS JUNIOR, Nilo. O pacto pela saúde: oportunidade para aperfeiçoamento das redes de atenção à saúde no SUS. In: SILVA, Silvio Fernandes da. **Redes de atenção à saúde no SUS: o pacto pela saúde e redes regionalizadas de ações e serviços de saúde**. CAMPINAS: IDISA:CONASEMS, 2008.

SILVA, Silvio Fernandes da; Magalhães Junior, Helvécio Miranda. Redes de atenção à saúde: importância e conceito. In: **Redes de atenção à saúde no SUS: o pacto pela saúde e redes regionalizadas de ações e serviços de saúde**. CAMPINAS: IDISA:CONASEMS, 2008.

SOUZA, Celina. Federalismo , desenho constitucional e instituições federativas no Brasil pós-1988. **Revista de Sociologia Política** v. 24, n. 2001, p. 105–121 , 2005.

SOUZA, Celina. Federalismo e descentralização na constituição de 1988: Processo decisório, conflitos e alianças. **Revista de Ciências Sociais** v. 44, n. 3, p. 513–560 , 1988.

TEIXEIRA, Luciana; MAC DOWELL, Maria Cristina; BUGARIN, Mauricio. Consórcios intermunicipais de saúde : uma análise à luz da teoria dos jogos. **Rbe** v. 57, n. 1, p. 253–281 , 2003.

TEIXEIRA, Luciana; MAC DOWELL, Maria Cristina; BUGARIN, Mauricio. **Incentivo em consórcios intermunicipais de saúde: uma abordagem da teoria dos contratos**. Brasília: IPEA, 2002.

TEIXEIRA, Luciana da Silva. **Ensaio sobre consórcios intermunicipais de saúde: financiamento, comportamento, incentivos e economia política**. 2003, 128. Tese (doutorado- economia). Departamento de Economia, Universidade de Brasília. Brasília, 2003.

VIEIRA, Fabíola Sulpino. Avanços e desafios do planejamento no Sistema Único de Saúde. **Ciência & Saúde Coletiva** v. 14, n. 1, p. 1565–1577 , 2009.

ANEXOS

ANEXO I

Protocolo de Aprovação do Projeto pelo Comitê de Ética em Pesquisa



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: OS CONSÓRCIOS INTERMUNICIPAIS DE SAÚDE E O DESENVOLVIMENTO DAS REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE NO PARANÁ: MODELOS ORGANIZATIVOS, DESEMPENHO E PERSPECTIVAS

Pesquisador: MÁRCIO JOSÉ DE ALMEIDA

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 06175112.2.0000.0020

Instituição Proponente: Pontifícia Universidade Católica do Paraná - PUCPR

DADOS DO PARECER

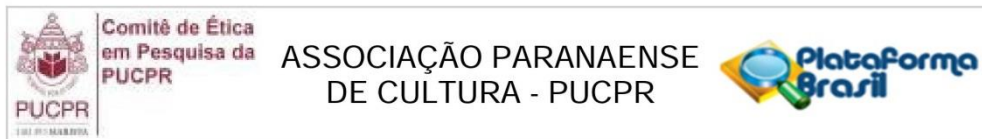
Número do Parecer: 136.976

Data da Relatoria: 31/10/2012

Apresentação do Projeto:

Os consórcios intermunicipais de saúde no Paraná têm se estruturado e fortalecido nos últimos vinte anos e estão presentes hoje em todas as regiões do estado e em praticamente todos os seus municípios. Apesar disso, têm sido objeto de estudo de poucas pesquisas. Recentemente, com a decisão do Governo Estadual de criar um novo Programa de Apoio aos Consórcios Intermunicipais de Saúde (COMSUS), voltado a ampliação e qualificação dos serviços de saúde de atenção secundária e especializada, este segmento adquiriu novas características. Principalmente porque a intenção do novo Programa é também articular o trabalho dos consórcios com as políticas estaduais, em especial o desenvolvimento das redes de atenção a saúde. Entretanto, cabe apresentar algumas questões significativas acerca de uma problemática que precisa ser melhor compreendida: quais são os modelos organizativos adotados e/ou construídos pelos consórcios intermunicipais de saúde paranaenses que vêm apresentando melhor desempenho na efetivação da política estadual de saúde voltada a construção das redes de atenção? Neste contexto, o objetivo geral deste projeto de pesquisa é: Compreender os modelos organizativos existentes e o desempenho dos CIS do Paraná, analisando a efetiva contribuição dos mesmos para a construção das redes de atenção a saúde. Os objetivos específicos são: 1. Identificar, caracterizar e analisar os modelos organizativos adotados pelos CIS no Paraná; 2. Avaliar o desempenho dos CIS dentro da distribuição geopolítica, populacional e de abrangência, bem como os padrões existentes de ações e de resultados; e 3. Desvelar possibilidades para um maior fortalecimento dos CIS para a efetiva

Endereço: Rua Imaculada Conceição 1155
Bairro: Prado Velho **CEP:** 80.215-901
UF: PR **Município:** CURITIBA
Telefone: (41)3271-2292 **Fax:** (41)3271-2292 **E-mail:** nep@pucpr.br



contribuição nas ações e serviços das redes de atenção a saúde. Para realizar a pesquisa foi construído um arcabouço teórico-conceitual e metodológico que se lastreia na bibliografia mais recente. Os conceitos de redes de atenção, desempenho, consórcios e seus modelos organizativos são os principais. A natureza da problemática e os objetivos do projeto recomendam uma abordagem quali-quantitativa e, além da consulta a fontes secundárias de dados, estão previstas a aplicação de questionários, a realização de entrevistas e o desenvolvimento de grupos focais. Os trabalhos serão realizados junto a SESA e aos 24 consórcios existentes e terão a duração de 24 meses. Espera-se contribuir para o conhecimento dos modelos organizativos vigentes nos CIS do Paraná, dos seus níveis de desempenho e confirmar o impacto que eles vêm exercendo sobre os esforços voltados a implantação de um novo modelo assistencial de saúde no Paraná, com vistas ao fortalecimento das redes de atenção a saúde prioritárias no estado do Paraná.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário: Com a intenção de fortalecer a produção científica deste campo no Paraná, o objetivo geral deste projeto de pesquisa é: Compreender os modelos organizativos existentes e o desempenho dos CIS do Paraná, analisando a efetiva contribuição dos mesmos para a construção das redes de atenção a saúde.

Objetivo Secundário: Os objetivos específicos são: 1. Identificar, caracterizar e analisar os modelos organizativos adotados pelos CIS no Paraná; 2. Avaliar o desempenho dos CIS dentro da distribuição geopolítica, populacional e de abrangência, bem como os padrões existentes de ações e de resultados; 3. Desvelar possibilidades para um maior fortalecimento dos CIS para a efetiva contribuição nas ações e serviços das redes de atenção a saúde.

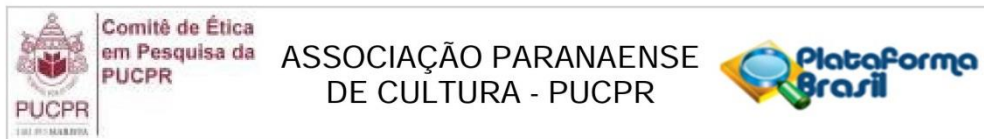
Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos: Desconforto na participação em Entrevistas, Questionários e/ou Grupo Focal.

Benefícios:

A participação de profissionais dos serviços de saúde do governo do Estado e de municípios na equipe da pesquisa, juntamente com professores do recém criado curso de medicina da PUCPR Campus Londrina e de alunos de graduação representará, também, um importante fator de integração docente-assistencial, contribuindo para o enraizamento do novo curso junto aos serviços de saúde voltados a atenção secundária, objeto central de atuação dos consórcios e cenário relevante do exercício profissional dos futuros médicos que serão formados pela instituição executora de pesquisa. O projeto está norteado pelos princípios éticos contemplados na Resolução 196/96 e será submetida ao Comitê de ética em Pesquisa. Os participantes serão informados sobre a pesquisa, a gravação e posterior utilização dos dados por meio de preenchimento de termo de consentimento livre e esclarecido, e aqueles que concordarem em participar deverão assiná-lo.

Endereço: Rua Imaculada Conceição 1155
Bairro: Prado Velho **CEP:** 80.215-901
UF: PR **Município:** CURITIBA
Telefone: (41)3271-2292 **Fax:** (41)3271-2292 **E-mail:** nep@pucpr.br



Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Hipótese:

Os consórcios intermunicipais de saúde representam um apoio importante para a estruturação e desenvolvimento das redes de atenção a saúde no Paraná.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

TCUD - Adequado

TCLE - Adequado

Instrumento de Trabalho - Adequado

Autorização do Local - Adequado

Recomendações:

Pesquisa apta a ser realizada

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Não possui pendências ou inadequações

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

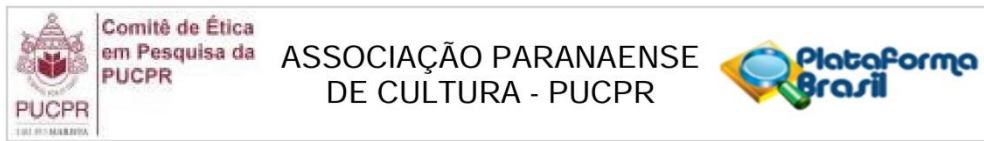
Considerações Finais a critério do CEP:

Lembramos aos senhores pesquisadores que, no cumprimento da Resolução nº 196/96, o Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) deverá receber relatórios anuais sobre o andamento do estudo, bem como a qualquer tempo e a critério do pesquisador nos casos de relevância, além do envio dos relatos de eventos adversos, para conhecimento deste Comitê. Salientamos ainda, a necessidade de relatório completo ao final do estudo.

Eventuais modificações ou emendas ao protocolo devem ser apresentadas ao CEP- PUCPR de forma clara e sucinta, identificando a parte do protocolo a ser modificado e as suas justificativas.

Se a pesquisa, ou parte dela for realizada em outras instituições, cabe ao pesquisador não iniciá-la antes de receber a autorização formal para a sua realização. O documento que autoriza o início da pesquisa deve ser carimbado e assinado pelo responsável da instituição e deve ser mantido em poder do pesquisador responsável, podendo ser requerido por este CEP em qualquer tempo.

Endereço: Rua Imaculada Conceição 1155
Bairro: Prado Velho **CEP:** 80.215-901
UF: PR **Município:** CURITIBA
Telefone: (41)3271-2292 **Fax:** (41)3271-2292 **E-mail:** nep@pucpr.br



CURITIBA, 01 de Novembro de 2012

Assinador por:
NAIM AKEL FILHO
(Coordenador)

Endereço: Rua Imaculada Conceição 1155
Bairro: Prado Velho **CEP:** 80.215-901
UF: PR **Município:** CURITIBA
Telefone: (41)3271-2292 **Fax:** (41)3271-2292 **E-mail:** nep@pucpr.br

ANEXO II

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

TCLE - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

PESQUISA “Os Consórcios Intermunicipais de Saúde e o Desenvolvimento das Redes de Atenção à saúde no Paraná: Modelos Organizativos, Desempenho e Perspectivas”.

Senhor(a):

Você está sendo convidado(a) a participar da pesquisa “Os Consórcios Intermunicipais de Saúde e o Desenvolvimento das Redes de Atenção à Saúde no Paraná: Modelos Organizativos, Desempenho e Perspectivas”, que está sendo realizada nos Consórcios Intermunicipais de Saúde do Paraná (CIS). O objetivo geral da pesquisa é compreender os modelos organizativos existentes e o desempenho dos CIS do Paraná, analisando a efetiva contribuição dos mesmos para a construção das redes de atenção à saúde. Os objetivos específicos são: identificar, caracterizar e analisar os modelos organizativos adotados pelos CIS no Paraná; avaliar o desempenho dos CIS dentro da distribuição geopolítica, populacional e de abrangência, bem como os padrões existentes de ações e de resultados; desvelar possibilidades para um maior fortalecimento dos CIS para a efetiva contribuição nas ações e serviços das redes de atenção à saúde.

Trata-se de um estudo investigativo que utiliza abordagem quantitativa. Você deverá participar da entrevista, e/ou grupo focal, e/ou responder a um questionário. As falas serão gravadas, mas ao ser encerrada a pesquisa os materiais gravados e transcritos serão destruídos pelo pesquisador. 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. Você terá livre acesso a todas as informações e esclarecimentos adicionais sobre o estudo, enfim, tudo o que você queira saber antes, durante e depois de sua participação.

Esperamos ao final da pesquisa compreender melhor a ação dos CIS do Paraná buscando o fortalecimento das redes de atenção à saúde. Informamos que sua participação não acarretará custos, bem como o(a) senhor(a) não terá remuneração por sua participação. De igual maneira, caso ocorra algum dano decorrente da sua participação no estudo, será devidamente indenizado, conforme determina a lei. Garantimos, no entanto,

que todas as despesas decorrentes da pesquisa serão de competência dos pesquisadores.

Caso você tenha dúvidas ou necessite de maiores esclarecimentos pode contatar o pesquisador e coordenador da Pesquisa, Márcio José de Almeida, por meio do endereço: Avenida Rio de Janeiro n. 1630 ap. 902, Vila Ipiranga, Londrina, Paraná, CEP: 86.010-150, pelos telefones: (43) 3323-5683, celular (43) 9646-7271 pelo e-mail: almeida.marcio@pucpr.br, ou ainda, procurar o Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos da Associação Paranaense de Cultura – PUCPR, no telefone (41) 3371-2292 ou enviar um email para nep@pucpr.br

Este termo deverá ser preenchido em duas vias de igual teor, sendo uma delas, devidamente preenchida, assinada e entregue a você.

Márcio José de Almeida RG 488550-3

Pesquisador Responsável

Eu, _____
(nome por extenso), tendo sido devidamente esclarecido sobre os procedimentos da pesquisa, concordo em participar voluntariamente da pesquisa descrita acima.

Londrina, _____ de _____ de 2013.

Assinatura: _____

APÊNDICES

APÊNDICE A

Roteiro Entrevistas

Roteiro de Entrevista

1. Perfil do entrevistado

DADOS PESSOAIS

NOME (Iniciais)	
IDADE	
SEXO	<input type="checkbox"/> FEMININO <input type="checkbox"/> MASCULINO

DADOS ACADÊMICOS

FORMAÇÃO			
ÁREA DA FORMAÇÃO		ANO DE CONCLUSÃO	

PÓS GRADUAÇÃO

NÍVEL	<input type="checkbox"/> ESPECIALIZAÇÃO <input type="checkbox"/> MESTRADO <input type="checkbox"/> DOUTORADO
-------	--

DADOS INSTITUCIONAIS TRABALHO

NOME DA INSTITUIÇÃO	
ONDE ATUA	
SETOR	
FUNÇÃO	

Questões norteadoras para a entrevista

- Qual a missão/papel dos CIS na construção da Rede de Atenção à Saúde do Paraná?

- Voce mudaria algo no processo de organização dos CIS?

- E no processo de financiamento dos CIS está adequado ou há algo a ser modificado?

- Como se deu a adesão dos CIS ao COMSUS?

- Como vem sendo avaliado o desempenho dos CIS?

- Os CIS vêm cumprindo as metas de eficiência e eficácia?

- As ações e serviços de saúde oferecidos por meio dos CIS tem qualidade?

- O acesso da população aos CIS tem sido adequado?

- Quais os CIS que melhor vêm contribuindo para a construção da Rede de Atenção à

Saúde do Paraná?

- Voce tem sugestões a fazer visando o fortalecimento dos CIS para a efetiva contribuição

nas ações e serviços das redes de atenção à saúde do Paraná?

- Voce tem algo mais a dizer sobre os CIS paranaenses?

- Obrigado(a)

APÊNDICE B

Roteiro de Discussões do Grupo Focal

1. Perfil dos participantes do grupo focal

1. Perfil do entrevistado

DADOS PESSOAIS	
NOME (Iniciais)	<input type="text"/>
IDADE	<input type="text"/>
SEXO	<input type="checkbox"/> FEMININO <input type="checkbox"/> MASCULINO
DADOS ACADÊMICOS	
FORMAÇÃO	<input type="text"/>
ÁREA DA FORMAÇÃO	<input type="text"/>
	ANO DE CONCLUSÃO <input type="text"/>
PÓS GRADUAÇÃO	
NÍVEL	<input type="checkbox"/> ESPECIALIZAÇÃO <input type="checkbox"/> MESTRADO <input type="checkbox"/> DOUTORADO
DADOS INSTITUCIONAIS TRABALHO	
NOME DA INSTITUIÇÃO	<input type="text"/>
ONDE ATUA	<input type="text"/>
SETOR	<input type="text"/>
FUNÇÃO	<input type="text"/>

2. Questões Norteadoras para o Grupo Focal

- Para vocês qual a missão/papel do CIS na construção da Rede de Atenção à Saúde do Paraná?
 - Como se dá a organização do CIS em relação ao financiamento? Em termos percentuais qual é a contribuição de cada esfera de governo?
 - Como são conduzidas as decisões sobre a organização, o funcionamento do CIS? Vocês mudariam algo?
 - Como vocês percebem o resultado do trabalho realizado pelo CIS? Em termos de qualidade e quantidade
 - Como se dá o acesso da população ao CIS? Conseguem receber o feedback dos usuários?
 - Como se dá a articulação do CIS com as esferas de governo municipal e estadual? Existem conflitos em aberto?
 - O CIS tem uma efetiva contribuição nas ações e serviços das redes de atenção à saúde? Quais são as sugestões que vocês fazem para que o CIS tenha um melhor desempenho?
 - Como tem se desenvolvido as redes temáticas de atenção a saúde que são prioritárias para o estado? (Mãe paranaense, atenção ao idoso, urgência emergência, atenção a condições crônicas e atenção as deficiências).
 - Qual foi a contrapartida da SESA na implantação da rede (respaldo técnico e financeiro)?
- Quais são os resultados gerados pela implantação dessas redes de atenção? Para a população, para os municípios consorciados e em respostas a SESA.
- Vocês têm sugestões a fazer visando o fortalecimento dos CIS para a efetiva contribuição nas ações e serviços das redes de atenção à saúde do Paraná?
- Vocês têm algo mais a dizer sobre os CIS paranaenses?

Frases para aprofundar e manter as discussões

- Repetir as informações de forma interrogativa:

- O que você pensa a respeito?
- Como é isso?
- Como você descreveria isso para alguém?
- Solicitar exemplos

Para finalizar:

- Fazer um resumo dos assuntos discutidos e perguntar se o grupo gostaria de acrescentar mais alguma coisa.
- Agradecer a participação dos integrantes do grupo

3. Material necessário

- Crachás
- caneta e papel para anotar os pontos a serem aprofundados
 1. Interação inicial- estar motivada.
 2. Apresentação do moderador (nome, profissão, pós-graduação)
 3. Apresentação dos observadores
 4. Apresentação dos objetivos da pesquisa (grupo focal)
 5. Solicitar que o grupo assine o termo (explicar que será gravado)
 6. Apresentação do grupo (nome, regional, segmento, tempo de atuação no pólo e expectativas)
 7. Acordo de convivência
 - ☞ Celulares
 - ☞ Respeito à fala
 - ☞ Respeitar horário
 - ☞ O grupo pode sugerir mais

LEMBRAR:

Assegurar ao grupo que não existem respostas certas e erradas, não há interesse em nenhuma opinião em particular.

OBSERVAÇÕES:

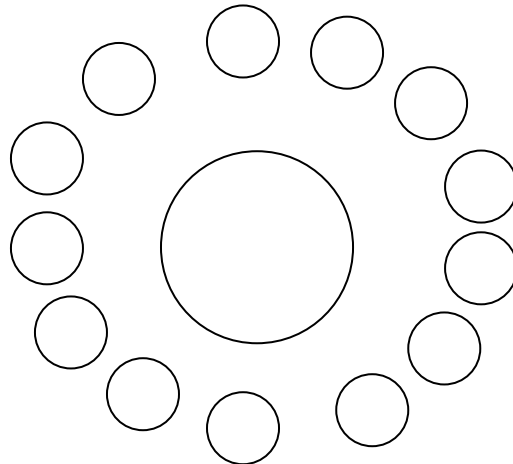
Estar atento aos desvios do tema

Estar atento quando o grupo trazer uma informação que pode ser aprofundada

Devolver ao grupo as colocações trazidas por uma pessoa

4. Orientações para os observadores do grupo focal

1. Construir ilustração do arranjo dos assentos (para facilitar a observação)



2. Identificar cooperadores dos quais fará observação prioritária

3. Posicionar, ligar e acompanhar funcionamento de gravador ou MP3

4. Observar e registrar conduta do grupo e acontecimentos-chave:

4.1. Rede de interações presentes durante o processo grupal;

4.2. Reações do Moderador em relação ao grupo, suas dificuldades e eventuais limitações;

4.3. Comunicações não verbais, linguagens, atitudes, preocupações (consideradas significativas)

4.4. Se necessário e possível, anotar ordem de respostas, que possam ajudar na transcrição.

5. Manter-se atento a eventuais interferências sonoras e outras, a fim de interferir em sua eliminação ou minimização.