



**SILVIA KARLA AZEVEDO VIEIRA ANDRADE**

**ATUAÇÃO DOS GESTORES DE SAÚDE NO ÂMBITO DA RELAÇÃO  
FEDERATIVA E DA AÇÃO CONSORCIADA**

---

**Londrina**

**2018**

**SILVIA KARLA AZEVEDO VIEIRA ANDRADE**

**ATUAÇÃO DOS GESTORES DE SAÚDE NO ÂMBITO DA RELAÇÃO  
FEDERATIVA E DA AÇÃO CONSORCIADA**

**Dissertação apresentada ao  
Programa de Pós-Graduação em  
Saúde Coletiva da Universidade  
Estadual de Londrina, como  
requisito para obtenção do Título  
de Mestre em Saúde Coletiva.  
Turma 2016**

Orientadora: Profa. Dra. Fernanda  
de Freitas Mendonça

Orientador (in memorian): Prof. Dr.  
Luiz Cordoni Jr.

**Londrina**

**2018**

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

Andrade, Silvia Karla Azevedo Vieira.  
ATUAÇÃO DOS GESTORES DE SAÚDE NO ÂMBITO DA RELAÇÃO  
FEDERATIVA E DA AÇÃO CONSORCIADA / Silvia Karla Azevedo Vieira Andrade.  
- Londrina, 2018.  
144 f.: il.

Orientador: Fernanda de Freitas Mendonça.  
Orientador: Luiz Cordoni Júnior (in memoriam).  
Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) - Universidade Estadual de Londrina,  
Centro de Ciências da Saúde, 2018. Inclui bibliografia.

1. Federalismo - Tese. 2. Regionalização - Tese. 3. Consórcio de saúde - Tese.  
4. Gestão em saúde - Tese. I. Mendonça, Fernanda de Freitas. II. Cordoni Júnior,  
Luiz. III. Universidade Estadual de Londrina. Centro de Ciências da Saúde. . IV.  
Título.

**SILVIA KARLA AZEVEDO VIEIRA ANDRADE**

**ATUAÇÃO DOS GESTORES DE SAÚDE NO ÂMBITO DA RELAÇÃO FEDERATIVA  
E DA AÇÃO CONSORCIADA**

**Dissertação apresentada ao Programa  
de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da  
Universidade Estadual de Londrina,  
como requisito à obtenção do Título de  
Mestre em Saúde Coletiva.**

**BANCA EXAMINADORA**

---

**Orientadora: Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup>. Fernanda de  
Freitas Mendonça  
Universidade Estadual de Londrina**

---

**Prof. Dr. Alberto Durán González  
Universidade Estadual de Londrina**

---

**Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Angela Maria Endlich  
Universidade Estadual de Maringá**

**Londrina, 20 de fevereiro de 2018.**

*DEDICATÓRIA*

*Dedico este trabalho ao meu marido Adrian, aos nossos filhos, Heloísa, Luca e Valentina;*

*E à minha família de origem, alicerce e sustento em minha formação humana: meus pais Silvia e João, minha prima Kelly e à tia Silvana e em especial, à minha avó Iracema.*

***AGRADECIMENTOS***

*Há mesmo muito para agradecer nesta trajetória!*

*Agradeço a Deus, Trindade Santa e à mãe Maria, me inspiraram inúmeras vezes na decisão por seguir adiante;*

*À minha família, meu marido Adrian, por sua compreensão e por aceitar nossas diferenças tomando a decisão de amar, aos nossos filhos, Heloísa, Luca e Valentina, tesouros em nossas vidas e ao João Carlos, entrando na família; por me apoiarem, acreditarem em mim e me compreenderem mesmo vendo-se deixados em alguns momentos de trabalho mais intenso;*

*À minha mãe, por me ensinar o valor da dedicação e entrega aos nossos sonhos, por me mostrar que o que há de mais importante são as nossas virtudes e por reconhecer o que há de melhor em mim, quando eu mesma tenho dificuldades para fazê-lo;*

*Ao meu pai, que me ensinou que é pelo trabalho que se conquistam os sonhos, que ainda criança me desafiou a usar sua HP, que ainda hoje discute política comigo e me desafia a ir além do que o senso comum espera;*

*À minha avó materna Iracema (in memoriam), que acreditou em mim desde o início, me alfabetizou, me ajudou nas tarefas escolares mais difíceis e me ensinou a viver valores. Por ela e por sua luta contra as adversidades que venceu, sigo estudando e me empenhando para ser a melhor pessoa que posso ser;*

*À minha querida tia Silvana, que me incentivou à leitura, me ajudou em minha formação política e mostrou que quem faz com que nossas opiniões sejam respeitadas somos nós mesmos, sempre me incentivou a seguir em frente e a não desistir dos sonhos;*

*À minha amorosa prima Kelly, por ser mais que minha irmã, me apoiando e me ajudando a ser e a viver a família;*

*À minha sogra Nevinha, pelo incentivo e por se orgulhar de cada passo que dou em minha carreira, mesmo aqueles bem pequenos, que ninguém mais consegue ver;*

*Aos meus cunhados/as, que me incentivaram e aos meus sobrinhos que foram pacientes comigo nos momentos de distanciamento, primos e primas, que foram compreensivos em minha ausência nos momentos importantes com a família;*

*Aos docentes do Centro de Letras e Ciências Humanas da UEL, que participaram em minha formação básica, em especial Prof.<sup>a</sup> Telma Gimenez e Prof.<sup>a</sup> Mirian Donat;*

*Aos professores da banca, que compartilharam seus melhores saberes e contribuíram grandemente para a qualificação deste estudo;*



*Ao querido Prof. Cordoni (in memorian), pela paciência e respeito que demonstrou comigo como orientador, no período em que convivemos por ocasião da estruturação deste estudo;*

*À atenciosa Prof.<sup>a</sup> Fernanda, por sua acolhida aberta e desprendida, por sua exímia orientação, apoio para trilhar esse caminho com sua firmeza e assertividade;*

*Aos coordenadores e professores do DESC, que compartilharam o que têm de mais precioso, suas experiências e saberes, em especial à Prof.<sup>a</sup> Brígida Gimenez e Prof.<sup>a</sup> Regina Melchior que alimentaram o desejo de ir além e às secretárias do departamento, que ajudaram nas adversidades;*

*A cada um dos colegas do mestrado, em especial, àqueles que amam a Epidemiologia, tiveram mais paciência comigo. Aos colegas das Políticas que me acompanharam e incentivaram, parceiros no grupo de pesquisa e em especial ao João Felipe e à Edinalva Moura, que compartilharam momentos de desespero, às vezes cômicos, apoiadores em cada etapa do processo. Com vocês, este estudo ganhou corpo e ficou mais leve;*

*Aos participantes deste trabalho, gestores de saúde, atores que abrilhantaram o estudo com a entrega de suas experiências e convicções, lutando a cada dia para superar os desafios do sistema público de saúde;*

*Aos meus colegas de trabalho, parceira inseparável Verushka, que proativa decidiu e gestionou sobre as prioridades, sem deixar o bonde parar; ao Luis Lino por me incentivar e acreditar que o produto do trabalho estaria à altura das lacunas na construção de políticas públicas da nossa região; à Ana Maria, por aceitar a empreitada de um novo modelo de gestão e compartilhando os desafios do planejamento em saúde com maturidade e dedicação; à Tatiana, que abreviou as respostas que o consórcio pode oferecer, implementando instrumentos por meio da gestão da qualidade; e àqueles colegas do time do Cismepar que me incentivaram a seguir lutando, nos momentos de desilusão; vocês todos fazem parte dessa história;*

*Aos meus colegas de luta na caminhada na saúde pública, Meiry Alonso, Felipe Machado e Rogério Nunes, por sua parceria e por me valorizarem nas adversidades, mesmo conhecendo minhas limitações;*

*Aos colegas da antiga DACA, não poderei nominar para não ser injusta, tão importantes foram nesta história, aqueles que confiaram em mim no início, me ensinaram e ladearam nesta luta pela implementação do SUS;*

*Aos técnicos mais próximos da Regional de Saúde e da SESA, que acreditam no SUS e me incentivam cada dia, sendo espelho nesta trajetória;*

*Aos nossos amigos Dom Quixotes e Aldonzas do Encontro Matrimonial Mundial que me acompanharam na missão de transformar o mundo através do amor.*

*HOMENAGEM PÓSTUMA  
AO PROF. CORDONI*

Meu contato com o Prof. Cordoni iniciou-se na entrevista para seleção do mestrado. Era o mais sério entre os docentes na comissão. Perguntava detalhes do projeto original e ressaltou que demandaria muita dedicação, questionava sobre a conciliação com o trabalho e minha experiência acerca do tema escolhido. Sem saber que seria ele o orientador da dissertação, logo o vi como bastante exigente.

Aos poucos, fui conhecendo seu outro lado. O Cordoni se mostrou um grande parceiro no redesenho do projeto, sua experiência fática com a gestão e a profundidade teórica me levaram a uma reflexão profunda acerca do meu papel como pesquisadora, me conduziu para o lado de fora do projeto, olhando-o de cima e por todos os lados. Estar nessa jornada em sua companhia naquele início de caminhada me trouxe muita segurança! Me vi sob uma livre condução, com oportunidade para ir além do que havia pensado, o que me deixou bastante tranquila e entusiasmada. O mestrado, inicialmente tão desafiador, já era como um parque florido, com muitas nuances a serem conhecidas e exploradas!

Nos encontros de orientação, era fácil transparecer seu conhecimento farto, sua sabedoria e sua humanidade, o que me provocava muitas reflexões. Escolhia as palavras, mesmo que levasse um tempo para completar a construção do pensamento. Em seus apontamentos, dizia o que não era “elegante” constar na dissertação. Via minhas ideias muito respeitadas, fui bastante escutada pelo Cordoni, com minha história e com meu próprio saber, tão pequeno se comparado ao que ele trazia para aquele cenário. Foi o início de uma caminhada de afirmação para mim. Com seu apoio, me via capaz e, sobretudo valorizada como pessoa.

Em nosso último encontro em maio/17, o vi feliz, havia retornado de uma viagem planejada com a esposa, para visitar o filho caçula, falava sobre como foi importante aquela viagem para si, para a família e o quanto estava satisfeito por ter ido. Terminamos mais cedo que o previsto naquele encontro, o Cordoni tinha uma consulta médica agendada. Alguns dias depois, me ligou. Disse que nosso encontro agendado para orientação no dia seguinte teria que ser cancelado e que remarcaríamos na sequência. Relatou que ele havia recebido o diagnóstico e contou sobre a cirurgia, falamos um pouco sobre as qualidades dos cirurgiões escolhidos, que seria apenas uma fase para superar, que logo ele estaria recuperado e lhe prometi minhas orações. Nosso último contato.

Hoje, vejo que muito do que refleti naquele início foi oportunizado por sua paciência, seu debruçamento e confiança, desprendido em apoio à mestrandia iniciante nesta trajetória de pesquisa, colocava-se sempre ao lado. Prof. Cordoni foi uma das pessoas que mais marcaram minha vida acadêmica.

Personalidade memorável para a Saúde Coletiva em nosso país!

*“Se você vier... pro que der e vier Comigo...  
Eu lhe prometo o sol, se hoje o sol sair  
Ou a chuva... se a chuva cair  
Se você vier, até onde a gente chegar  
Numa praça, na beira do mar,  
num pedaço de qualquer lugar...  
Nesse dia branco, se branco ele for  
Esse tanto, esse canto de amor  
Oh! oh! oh...  
Se você quiser e vier,  
pro que der e vier, comigo...”*

Extraído da música Dia Branco,  
de Geraldo Azevedo e Renato Rocha  
Álbum: Inclinações Musicais (1981)

**ANDRADE, Silvia Karla A Vieira. ATUAÇÃO DOS GESTORES DE SAÚDE NO ÂMBITO DA RELAÇÃO FEDERATIVA E DA AÇÃO CONSORCIADA. 2018. 144fls. Dissertação de Mestrado. Departamento de Saúde Coletiva – Universidade Estadual de Londrina**

## **RESUMO**

A relação federativa é essencialmente dialógica e carece ser compreendida, no intuito de gerar desenvolvimento aos territórios regionais. Os principais atores deste cenário são os gestores públicos de saúde, que enfrentam limitações nesta relação. Considerando o federalismo brasileiro e o processo de redemocratização, que culminou com a implantação do Sistema Único de Saúde (SUS), bem como o advento da descentralização que ampliou as responsabilidades dos entes municipais e tendo em vista o processo de regionalização ainda não consolidado, aponta-se como prioritário o emprego de estratégias de fortalecimento da gestão municipal, sob risco de seu engessamento e esgotamento potencial. Neste contexto, torna-se imperativo o aprofundamento nas linhas de definição em que se baseiam as relações entre os entes gestores e o entendimento de como atuam os consórcios públicos de saúde, diante desse processo, tendo em vista sua existência, fruto da relação federativa. Ademais, no contexto das relações, importa desvelar as nuances dos jogos sociais, como se comportam seus atores e quais jogos predominam, considerando as relações entre gestores municipais de diferentes portes e junto aos gestores do âmbito estadual e federal. Trata-se de um estudo qualitativo, de delineamento analítico, executado por meio da coleta de dados através de grupos focais e entrevistas junto aos gestores de saúde e representantes das esferas municipal, estadual e federal, bem como do consórcio de saúde do território. O local de estudo é a região de Saúde do Médio Paranapanema no Norte do Paraná e a metodologia de análise se deu por meio da análise do discurso, sendo que o instrumento de análise teve como enfoque o entendimento acerca dos fenômenos e das construções ideológicas inseridas nos elementos coletados. A estruturação dos resultados aponta para duas categorias de análise. A primeira configura-se como a relação federativa no contexto da saúde, com detalhamento acerca do papel do gestor, as instâncias de relação federativa, além da relação entre pares e entre diferentes níveis de gestão. A segunda categoria de análise trata dos arranjos organizativos e da ação consorciada, cujo detalhamento percorreu a identidade, o papel e a potencialidade do consórcio público. Os resultados mostraram fragilidade nas relações federativas, a exigência de um conhecimento denso acerca dos cenários locais, dos avanços normativos e das ferramentas da relação federativa. Ademais, há evidências de fragilização nas relações gestoras internas dos municípios e descontinuidades na execução do planejamento. Outro cenário desvelado foi a falta de participação e o não protagonismo dos municípios de menor base populacional na tomada de decisões de forma ativa, no que se refere ao território regional. Outro aspecto resultante do estudo é o reconhecimento dos gestores acerca da representatividade dos consórcios públicos vinculada aos municípios. Há evidências acerca da identidade conferida aos consórcios como ferramentas de apoio à gestão municipal, ressaltando a necessidade de ampliação de suas ações como instrumento da gestão e no planejamento regional, por meio de um ambiente, que se possibilita construir, cooperativo e solidário. A partir do estudo, apontam-se caminhos para o fortalecimento da gestão municipal e do planejamento regional integrado.

**Palavras-chave:** Federalismo. Regionalização. Consórcio de saúde. Gestão em saúde.

**ANDRADE, Silvia Karla A Vieira. HEALTH MANAGER'S ACTION IN THE FRAMEWORK OF THE FEDERATIVE RELATIONSHIP AND CONSORTIUM ACTION. 2018. 144s. Masters's Dissertation. Collective Health Department – State University of Londrina.**

### **ABSTRACT**

The federative relationship is essentially dialogic and requires to be understood, in order to generate development to the regional territories. The main actors in this scenario are the public health managers, who face limitations in the federative relationship. Considering Brazilian federalism and the process of redemocratization that culminated in the implantation of the Unified Health System (SUS), as well as the advent of decentralization that expanded the responsibilities of municipal entities and in view of the regionalization process that has not yet been consolidated, it is pointed out as a priority the use of strategies to strengthen municipal management, under the risk of its immobilization and potential exhaustion. In this context, it is imperative to deepen in the lines of definition on which relations between management entities are based and the understanding of how public health consortiums work, given this process, in view of their existence, as a result of the federative relationship. Moreover, in the context of relations, it is important to reveal the nuances of the control of the existing political game, how its actors behave and which plays are performed within the scope of the social game. This is a qualitative study, with analytical delineation, executed by the collection of data through focus groups and interviews with health managers and representatives of the municipal, state and federal spheres, as well as the territorial health consortium. The study site is the health region of the Paranapanema Middle in the North of Paraná. The methodology of analysis was given through discourse analysis and the instrument of analysis of the collected material had as its focus the understanding about the phenomena and the ideological constructions inserted in the collected elements. The structuring of the results points to two categories of analysis. The first is the federative relationship in the context of health, with details about the role of the manager, the instances of federative relationship, as well as the relationship between peers and between different levels of management. The second category of analysis deals with the organizational arrangements and the consortium action, which detailing covered the identity and the role of the public consortium and its potential in the health region. The results showed fragilities in the federative relations, the demand for a dense knowledge about the local scenarios and realities, of the normative advances and of the tools to federative relations. In addition, there is evidence of weakening in the internal management relations of the municipalities, besides discontinuities in the execution of the planning. Another scenario revealed was the lack of participation and the non-protagonism of the municipalities with a lower population base in decision-making in an active way regarding the regional territory. Another aspect is the recognition of the managers about the representativeness of the public consortiums linked to the municipalities. There are also some evidences of the identity given to the consortium as a tool to support count management, emphasizing the need to expand their actions as a management tool and in the regional planning, through an environment that is possible to build, as cooperative and supportive. From this study, ways are pointed out ways to strengthen county management and integrated regional planning.

**Key words:** Federalism. Regional Health Planning . Health Consortia. Health management.

## **LISTA DE ILUSTRAÇÕES**

**Figura 1:** Mapa conceitual do referencial teórico acerca da perspectiva histórica das políticas públicas de saúde no Brasil, sob enfoque das relações federativas

**Figura 2:** Mapa conceitual do referencial teórico acerca das relações sociais, relações de poder e a ação coletiva

**Figura 3:** Mapa conceitual das relações entre os objetivos, categorias e subcategorias de análise

**Quadro 1:** Quadro de municípios segundo base populacional e papel diante do coletivo

**Quadro 2:** Quadro de instrumentos de coleta e vinculação de origem funcional dos sujeitos do estudo

**Quadro 3:** Quadro de estruturação dos entes federados, instâncias de deliberação e de regulação no âmbito das relações federativas no SUS

## **LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS**

AR	Apoiador Regional
CEO	Centro de Especialidades Odontológicas
CF	Constituição Federal
CGR	Comitê Gestor Regional
CIB	Comissão Intergestores Bipartite
CIR	Comissão Intergestores Regional
COAP	Contrato Organizativo da Ação Pública
CONASEMS	Conselho Nacional De Secretários Municipais De Saúde
CONASS	Conselho Nacional de Secretários Estaduais De Saúde
COSEMS	Conselho Estadual de Secretários Municipais De Saúde
CNS	Conferência Nacional de Saúde
CRESEMS	Conselho Regional de Secretários Municipais De Saúde
EC	Emenda Constitucional
FAE	Fração Assistencial Especializada
FPE	Fundo de Participação Estadual
FPM	Fundo de Participação Municipal
FNS	Fundo Nacional de Saúde
GC	Grupo Condutor
GT	Grupo de Trabalho
IAP	Instituto de Aposentadoria e Pensão
INAMPS	Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social
INPS	Instituto Nacional de Previdência Social
LAC	Lógica da Ação Coletiva



LOS	Leis Orgânicas da Saúde
MS	Ministério da Saúde
NOAS	Norma Operacional de Assistência à Saúde
NOB	Normativa Operacional Básica
PS	Pacto pela Saúde
PGASS	Programação Geral de Ações e Serviços de Saúde
PPI	Programação e Pactuação Integrada
RAS	Redes de Atenção à Saúde
RENASES	Relação Nacional de Ações e Serviços de Saúde
RENAME	Relação Nacional de Medicamentos do SUS
RS	Regional de Saúde
SESA PR	Secretaria de Saúde do Estado do Paraná
SGEP	Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TJS	Teoria do Jogo Social
UPA	Unidade de Pronto Atendimento

## SUMÁRIO

<b>1 APRESENTAÇÃO .....</b>	<b>20</b>
<b>2 INTRODUÇÃO .....</b>	<b>22</b>
<b>3 REFERENCIAL TEÓRICO.....</b>	<b>25</b>
3.1 Perspectiva histórica das políticas públicas de saúde no Brasil sob o enfoque das relações federativas .....	25
3.2 Relações sociais, relações de poder e a ação coletiva.....	39
<b>4 OBJETIVOS.....</b>	<b>52</b>
4.1 Objetivo Geral .....	52
4.2 Objetivos Específicos .....	52
<b>5 CAMINHO METODOLÓGICO .....</b>	<b>53</b>
5.1 Tipo de Estudo .....	53
5.2 Local de Estudo .....	54
5.3 Instrumentos de coleta e atores selecionados .....	57
5.4 Análise dos dados.....	60
5.5 Aspectos Éticos.....	61
<b>6 REFLEXÕES E ANÁLISE DOS RESULTADOS .....</b>	<b>62</b>
6.1 Caracterização dos participantes.....	62
6.2 Categorias de Análise .....	63
6.2.1 A relação federativa no contexto da gestão em saúde .....	64
6.2.1.1 O papel do gestor de saúde.....	64
6.2.1.2 As instâncias de relação federativa em saúde.....	72
6.2.1.3 A relação federativa entre pares da gestão municipal e junto aos demais níveis da gestão .....	88
6.2.2 Arranjos organizativos e a ação consorciada.....	99
6.2.2.1 A identidade e o papel do consórcio de saúde .....	99
6.2.2.2 A potencialidade do consórcio público na região de saúde .....	112
<b>7 CONSIDERAÇÕES FINAIS E CONTRIBUIÇÕES.....</b>	<b>117</b>
<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>119</b>

<b>APÊNDICES .....</b>	<b>128</b>
Apêndice 1 .....	129
Apêndice 2 .....	130
Apêndice 3 .....	131
Apêndice 4 .....	133
Apêndice 5 .....	134
Apêndice 6 .....	135
Apêndice 7 .....	136
Apêndice 8 .....	137
Apêndice 9 .....	138
Apêndice 10 .....	139
Apêndice 11 .....	<b>140</b>
Anexo A.....	141

## 1 APRESENTAÇÃO

O tema consórcios públicos de saúde remete ao conceito de coletividade e esse é um coletivo de entes consorciados. Pensar nesse tema me instiga a investigar algo acerca do posicionamento dos entes, compreender quem são, como atuam e seu entendimento acerca da ação consorciada em si. Considero que apesar de possuírem uma personalidade jurídica singular, no que tange à sua atuação, o tema dos consórcios públicos consórcios públicos merece ser estudado e está bastante voltado para o foco da pesquisa, que é a relação. E a relação é algo que me instiga e remete à minha história pessoal e familiar. A relação é algo do estilo de personalidade que ao longo da vida foi sendo construído e reforçado em mim. Um jeito de ser investigador, observador e analista, que vem do desejo de investigar para compreender, compreender para vestir os sapatos do outro e assim, captar como se sente, como pensa, como se comporta. Algo que se concretizou no caminho metodológico escolhido neste trabalho e que foi um convite para analisar e compreender a relação e seus aspectos dificultantes no campo em que atuo, mas também conferir as recompensas que provém da relação. Ao mesmo tempo, tenho minhas inquietudes acerca de minhas próprias relações, meus investimentos e seus resultados. Ademais, ao adentrar os meandros e as mazelas do sistema de saúde local, relembro as tristes histórias contadas pela minha avó materna, que ao chegar ao Paraná, na promissora Londrina em seus primeiros anos, não se via bem acolhida nos serviços públicos de saúde, de onde não viu saírem dois de seus bebês e depois seu primogênito, já adolescente.

Minha formação básica é a Licenciatura em Letras Estrangeiras Modernas cursada nesta universidade, que ressalta os estudos da linguagem, tendo como radicais a Antropologia e a Filosofia, passando pela dialogia e culminando na relação com o outro. Na saúde, me vejo na atividade de gestão, ou de apoio à sua construção, desde quando, em 1998, iniciei o trabalho no serviço público como técnica de gestão pública no município de Londrina. A atuação na área de controle, avaliação e auditoria, que perpassou o planejamento, configurou-se em um cenário de aprendizagem significativa e um espaço para a construção de sonhos para um futuro melhor do sistema de saúde, por meio da qualificação dos processos de planejamento e gestão.

Em 2010, a convite para adentrar o mundo dos consórcios públicos, iniciei minha trajetória na composição da equipe diretiva do consórcio da região de saúde

onde atuo, o Consórcio Intermunicipal de Saúde do Médio Paranapanema - Cismepar. Vejo a ação consorciada como um nicho relevante de estudo na saúde pública e, dentre os arranjos organizativos já construídos, acredito que há um grande potencial a ser desenvolvido nesta área.

Neste contexto, o tema deste estudo passa também pela articulação, que a meu ver, é como a relação se dá, como se articulam os entes nesse coletivo.

O tema dessa pesquisa, portanto, me provoca à empatia, ao desejo por estar no lugar dos entes consorciados, compreender como sentem, pensam e se comportam diante de suas relações federativas e da ação consorciada. Além disso, me vejo desafiada a buscar compreender quais são as potencialidades do consórcio, tendo em vista a perspectiva dos atores envolvidos direta ou indiretamente nesse processo, desvelando assim as possibilidades de novas formas de produção de relações e gestão em saúde, por meio do aprofundamento e das reflexões. E isso faz de mim um ser reflexivo, mas também para além disso, um ser desejante de transformações, de avanços. É assim que me vejo hoje, como agente de transformação social.

## 2 INTRODUÇÃO

A relação federativa é essencialmente dialógica e carece ser estudada e compreendida, no intuito de gerar potencialidade e desenvolvimento aos territórios regionais. Os principais atores deste cenário são os gestores públicos, entre estes, os gestores municipais de saúde, que enfrentam situações diversas de distanciamento com seus pares e limitações na relação federativa (MACHADO et al, 2014).

A relação federativa é um processo inerente à construção do Sistema Único de Saúde (SUS) e se destacou, sobretudo, com o processo de descentralização, que culminou com o repasse de responsabilidades de gestão em saúde para outros entes federados, tais como o Estado e principalmente os municípios, a partir da municipalização da gestão em saúde. Logo, a forma como tais relações ocorrem, em quais espaços e circunstâncias, são fundamentais no que tange a organização dos serviços nas regiões de saúde no país (CORDONI, et al, 2017).

No Brasil esse processo de municipalização recebeu algumas críticas no decorrer de sua implantação. Tais críticas estiveram presentes ao longo da história do SUS, desde a implementação legal e normativa inicial até os seus desdobramentos mais recentes. Em grande parte, as críticas se davam pela não efetividade nas relações federativas ou pela existência de relações que não apresentavam caráter cooperativo, que possibilitassem uma construção territorial solidária e compartilhada, diante das necessidades de uma determinada localidade.

A estruturação de relações federativas que produzam cooperação é uma tarefa complexa, visto que diversos aspectos são significativos para esta estrutura, dentre eles, o planejamento, a definição de prioridades para o avanço do sistema de saúde, a tomada de decisões, sobretudo nas instâncias de deliberação e articulação.

Apesar dessa complexidade, um dos frutos da relação entre os entes federados ao longo das últimas três décadas foi o arranjo organizativo por meio de consórcios públicos, fato que justificou a escolha desse espaço para também analisar como se dão as relações federativas. Os consórcios foram citados junto à Constituição Federal (CF) de 1988 e na sequência tornaram-se referência significativa e essencial para a organização da oferta de serviços em algumas áreas do serviço público, dentre elas, a saúde (ENDLICH, 2017).

No âmbito dos consórcios públicos, estima-se que no ano de 2015 totalizavam 2.800 os municípios consorciados no território nacional, sendo que 2.672 pertenciam a consórcios exclusivamente intermunicipais. Em relação à localização, 2.082 municípios, 74,3% do total de consorciados, estavam localizados nos territórios da região Sudeste e Sul do país (IBGE, 2015).

Atualmente o Estado do Paraná totaliza 26 consórcios públicos de saúde, sendo o último destes, criado em 2014. Neste cenário, os consórcios abrangem 97,5% dos municípios do território estadual. O menor deles conta com três municípios, enquanto o maior possui trinta entes municipais consorciados (IBGE, 2015). O Estado não participa como integrante dos consórcios, mas exerce papel de parceiro, permitindo que os municípios atuem com autonomia em seus territórios e é um grande incentivador da ação consorciada (ROCHA, 2016).

Por meio dos consórcios, houve crescimento na oferta de serviços, em especial, na atenção à média complexidade ambulatorial, com a possibilidade de otimizar recursos financeiros, conferindo acesso às especialidades mais restritas, de forma equitativa em benefício aos municípios com maiores dificuldades de estruturação de serviços próprios, afastando o risco de engessamento e esgotamento potencial dos municípios (VAZ, 1997).

Tendo como cerne desse estudo a compreensão de como ocorrem as relações federativas, torna-se fundamental também compreender quais são as possibilidades de relação que existem, sendo que para o presente trabalho optou-se por fazer uma análise sob a ótica das relações sociais, das relações de poder e da ação coletiva.

As relações de poder fundamentam a compreensão acerca das relações federativas, em especial, no tocante às vulnerabilidades, desconhecimentos, dominação ou submissão, além de apoiar no entendimento acerca dos espaços para tomada de decisões e acerca do lugar ocupado pelos consórcios públicos, enquanto espaço oportuno para essas relações.

Considera-se, portanto, que uma das grandes limitações no desenvolvimento do sistema de saúde encontra-se no âmbito das relações federativas. Da mesma forma, são muito relevantes os entraves existentes para o avanço na construção de políticas públicas, o que impede que estas venham ao encontro das necessidades e especificidades territoriais. Esses entraves provêm da relação federativa e impossibilitam a construção de políticas públicas de maneira

ascendente e participativa. Com isso, torna-se imperativo o aprofundamento das linhas de definição em que se baseiam as relações entre os entes gestores e a análise aprofundada acerca das possibilidades de apoio à gestão municipal em saúde.

Para tanto, cabe ressaltar o modo como se apresentam e se estabelecem as relações entre os entes federados, entre pares e junto às demais esferas de gestão, além de analisar o papel que cumprem os consórcios públicos de saúde, diante deste cenário. Esta definição por analisar a relação entre os gestores municipais, inserindo o consórcio público como participante no contexto da relação federativa se dá em razão do papel dos consórcios nas ações de apoio à gestão dos municípios e sua atuação estratégica na viabilidade de execução das ações planejadas e pactuadas.

Outrossim, considerando o objetivo inicial acerca da estruturação da ação consorciada, qual seja, o desenvolvimento regional, verifica-se que, em meio às limitações impostas pelo processo de descentralização e com a retomada do federalismo no Brasil na década de 1980, que transferiu para os estados e os municípios a responsabilidade pelas políticas sociais, tornou-se oportuno o fomento à relação federativa, no intuito de construir identidades por meio da ação coletiva e fortalecer os territórios regionais.

É neste cenário que caberá compreender as relações federativas e resignificar o papel dos consórcios públicos de saúde diante dos entes que o compõem e procurar registros no diálogo entre os atores envolvidos na gestão em saúde e em seus momentos de reflexão, no intuito de analisar: como pensam os gestores municipais acerca da relação federativa no que tange à tomada de decisões, ao planejamento e à construção de políticas públicas no âmbito da região de saúde? E qual o papel do consórcio público de saúde enquanto espaço que oportuniza tais relações?



### **3 REFERENCIAL TEÓRICO**

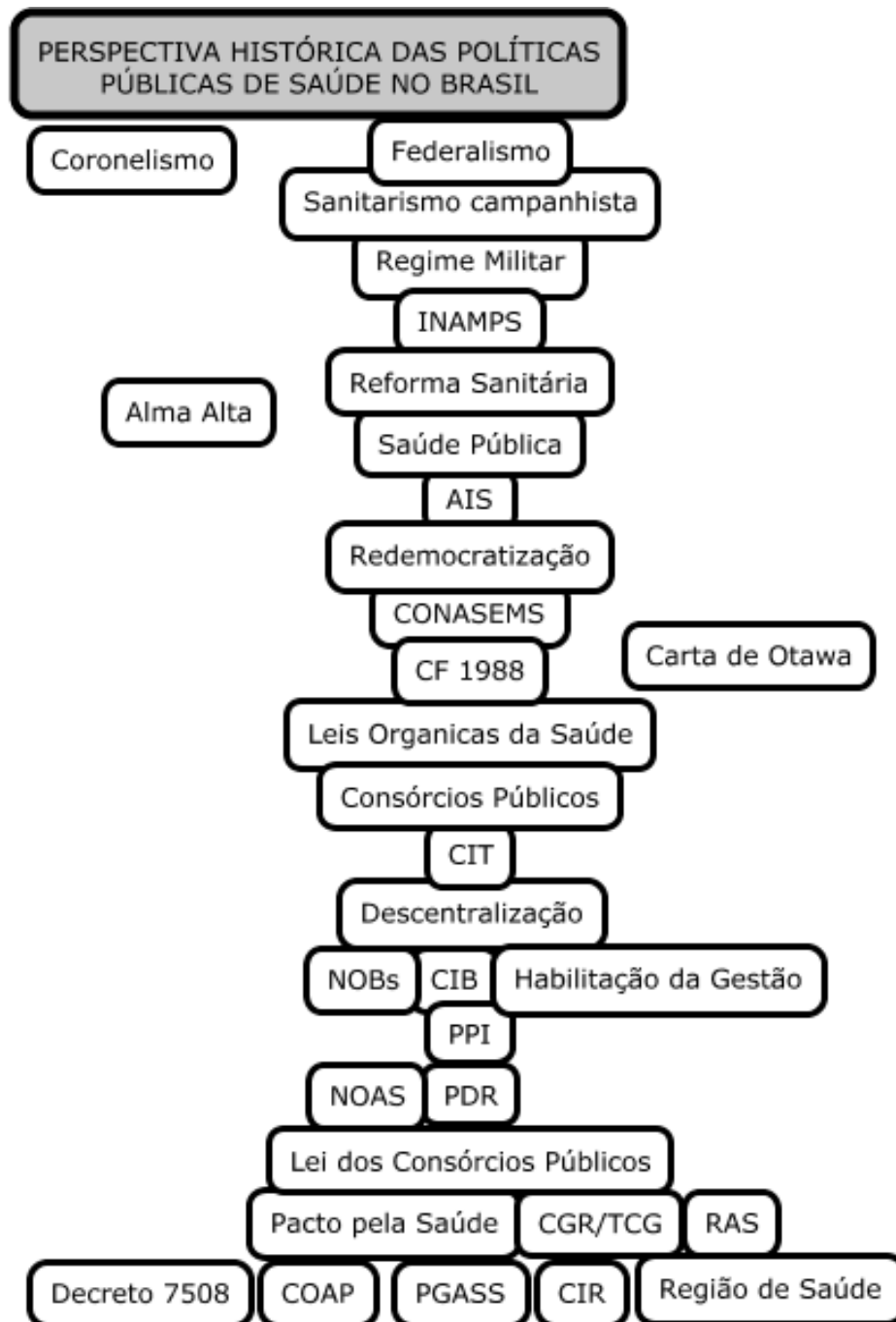
#### **3.1 Perspectiva histórica das políticas públicas de saúde no Brasil sob o enfoque das relações federativas**

Para compreender como se estruturam e se organizam as relações federativas e as políticas públicas no Brasil é preciso compreender como se organizam territorialmente os governos, por meio de alguns modelos já experimentados no Brasil, quais sejam: o Estado Unitário e o Estado Federativo (ARRECHTE, 2004).

No Estado Unitário, a autoridade política é mantida sobre um único poder em todo o território da nação, havendo a centralização dos poderes legislativo, executivo e judiciário. Desta forma, o poder dos governos locais torna-se reduzido, o que fortalece o governo nacional (RABAT, 2002).

O Estado Federativo é o regime sob o qual a nação brasileira encontra-se estruturada atualmente, o qual preserva a autonomia política dos entes federados subnacionais. Desta forma, qualquer ente federativo está autorizado a implantar suas próprias políticas públicas nas áreas da saúde, educação, assistência social, habitação e saneamento, mas concomitantemente, sem obrigação constitucional para que estas implementações ocorram nestas áreas (ARRETCHE, 2004). Diante disso, o propósito dessa sessão é descrever, ao longo da história, como as relações federativas foram se constituindo, conforme demonstra a Figura 1.

**Figura 1:** Mapa conceitual do referencial teórico acerca da perspectiva histórica das políticas públicas de saúde no Brasil, sob enfoque das relações federativas



Fonte: Andrade (2018)

O federalismo foi instituído no Brasil após sua independência por meio da CF de 1891 e ao longo desse tempo, houve alternância nos seus arranjos, quer sejam democráticos ou autoritários (SOUZA, 2005).

O federalismo, segundo Harman (1992, p. 337):

*(...) refere-se aos laços constitutivos de um povo e de suas instituições, construídos através de consentimento mútuo e voltados para objetivos específicos, sem, contudo, significar a perda de identidades individuais.*

Embora a relação de unidade entre os entes federados não se constituísse como tema de discussão ou problema a ser enfrentado ao longo da história da nação, a heterogeneidade entre as regiões, em especial no que tange à economia, tornou-se uma barreira significativa para o desenvolvimento do país (SOUZA, 2005).

No início do federalismo brasileiro, logo após o fim do imperialismo em 1889, havia vinte províncias que constituíam o sistema unitário e sobre este contexto constituíram-se os governos subnacionais e o poder executivo, legislativo e judiciário, dando início à república brasileira (SOUZA, 2005).

Entretanto, no Brasil, a organização político-administrativa advinda da herança do imperialismo e da coroa portuguesa fez com que a autoridade decisória se mantivesse no governo central, de forma que no início do século XIX o poder ainda era concentrado no imperador e na elite (CUNHA, 2001). Neste sentido, a constituição de 1891 permitia a destinação de recursos financeiros de maneira desigual para os governos subnacionais, favorecendo a concentração de recursos em alguns Estados, o que promoveu atritos na relação federativa (SOUZA, 2005).

No período de 1889 até 1930, predominava o “coronelismo” representado pela concentração do poder nas elites produtoras, que dava aos proprietários de terras o controle político de províncias, sendo o poder exercido sem participação popular (ABRUCIO, 1998). Esse período configurou a chamada República Velha ou Primeira República e provocou críticas e insatisfações populares.

Na ocasião, as preocupações relativas à saúde se davam em decorrência de questões econômicas, no sentido de manter a saúde dos trabalhadores para não prejudicar o avanço na produção e exportação do café. Isso resultou na implantação das caixas de aposentarias e pensões que concedia aos trabalhadores da área portuária e ferroviária benefícios pecuniários e prestação de serviços médicos e farmacêuticos (CARVALHO et al, 2017).

No contexto global, a quebra da Bolsa de Nova York e consequente crise do café a partir de 1929, contribuiu para a ocorrência da Revolução de 1930, na qual é redigida uma nova carta constitucional com a retomada da centralização do poder na União e o deslocamento da economia para os centros urbanos, fragilizando as relações federativas (ANDRADE *et al*, 2017).

Do mesmo modo, o campo da saúde era caracterizado por um modelo também centralizador, marcado por decisões autoritárias, tecnocráticas e corporativistas e por um padrão repressivo de intervenção médica (LUZ, 1991). Prevalcia o modelo denominado *sanitarismo campanhista*, destinado a combater endemias urbanas e rurais, com resultados bastante significativos no que se refere ao enfoque de seus objetivos e o Estado desenvolve um forte papel interventor sobre a sociedade (CORDONI JR, 1979).

A partir de 1937, a ditadura inaugura o Estado Novo e o governo nacional é fortalecido, afastando o federalismo. Os governos subsequentes reforçam a perda da autonomia política dos Estados (ARRETCHE, 2010). Além disso, os serviços e ações de saúde agora eram concedidos por uma nova estrutura de previdência social, os Institutos de Aposentadoria e Pensão – IAP, cujo controle por parte do Estado ocorria de forma progressiva (MENDES, 1993). Nesse período, o poder político encontrava-se fortemente centralizado na União, as decisões eram tomadas de forma verticalizada, com características autoritárias (LUZ, 1991).

O período pós 2ª Guerra Mundial, profundamente marcado por uma crise social, além do processo crescente de industrialização e urbanização, promoveu um aumento do número de trabalhadores que passaram a necessitar do uso de benefícios dos IAP (OLIVEIRA e TEIXEIRA, 1986).

Nesse período, inicia-se o processo de fortalecimento militar no Brasil (AARÃO REIS, 2014). Paralelo a isso, criou-se em 1953 o Ministério da Saúde - MS. Esse, contudo, tinha o objetivo apenas de promover as ações que fossem de caráter coletivo, de modo que não havia relação entre IAP e MS (OLIVEIRA e TEIXEIRA, 1986 apud CARVALHO *et al*, 2017).

Nesse período marcado pela ditadura no Brasil, a assistência médica previdenciária passa a consumir recursos cada vez mais significativos, o país vivia um momento de grande recessão e aumento das taxas de desemprego e o sistema previdenciário entra em crise. Com isso, o início da década de 1960 é marcado pelo surgimento de manifestações e insatisfações populares (ANDRADE *et al*, 2017).

É neste contexto de crise social que advém o golpe militar de 1964, no qual ocorre o rompimento entre os municípios e o Estado e as eleições tornam-se indiretas. Os militares executam uma reforma tributária em 1966, que promove o primeiro sistema de transferência da união para as esferas subgovernamentais por meio do Fundo de Participação Estadual – FPE e Fundo de Participação Municipal – FPM (ARRETCHE, 2004).

Além disso, é promulgada uma nova constituição em 1967, instituindo o Regime Militar e é publicada uma Emenda Constitucional – EC nº 01 em 1969, que edita a CF de 1967, com implicações diretas sobre o federalismo (SOUZA, 2005). Embora tenham sido mantidos os poderes dos governos subnacionais, o poder político e tributário é centralizado no governo nacional (SOUZA, 2005).

Os avanços no sentido de fortalecer o papel do governo federal ficam também evidentes na saúde quando os IAP são substituídos pelo Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), cujo financiamento agora ocorria pelos empregados e empregadores, sendo o Estado apenas o administrador desses recursos. As consultas médicas tornaram-se a grande resposta às graves condições de saúde, o fortalecimento da medicina como solução à saúde individual e coletiva apresentou uma imagem de saúde enquanto bem de consumo. Hospitais e clínicas particulares e a organização do sistema de prestação de serviços privados subsidiados pelo Estado ressaltou o aspecto curativo e de reabilitação da saúde, em detrimento de um sistema de saúde coletivo, com enfoque preventivo e social.

Além disso, o aumento do número de contratos com prestadores de serviço privados sem mecanismos efetivos de controle cria um cenário favorável à corrupção. Deste modo, em 1974, com o objetivo de racionalizar os gastos sociais é constituído o Ministério da Previdência e Assistência Social – MPAS, sendo o Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social (INAMPS), o responsável por ofertar as ações de saúde e previdência social, que eram responsabilidade do extinto INPS (ANDRADE *et al*, 2017).

Diante das inquietudes e impulsionado pelo pensamento crítico acerca das políticas de saúde, em meados da década de 1970, surge o Movimento pela Reforma Sanitária, opondo-se ao golpe militar, sob influência dos Departamentos de Medicina Preventiva nas escolas médicas no Brasil (CORDONI JR, 1979).

Uma impactante expressão que fortalece o cenário de mudanças sociais nesta década foi a Declaração de Alma-Ata (DECLARATION OF ALMA ATA, 1978),

produzida na Conferência Internacional de Atenção Primária em Saúde no Cazaquistão em 1978, que difundiu o conceito de Atenção Primária em Saúde, tendo como produto um pacto assinado por 134 países para ações necessárias ao desenvolvimento de atividades centradas nas necessidades da população, por meio de serviços locais de saúde (ANDRADE *et al*, 2017).

No Brasil, os movimentos sociais comunitários, partidos políticos progressistas, Igreja, além de cientistas, acadêmicos e tecnocratas, emparelharam-se em uma força uníssona, em favor de uma política de saúde pública de qualidade para todos, sendo que o sistema de saúde tornou-se o foco da crise do modelo de política social no país (LUZ, 1991).

Em meio a essa crise, no ano de 1980, o Ministério da Saúde e da Previdência Social criaram um anteprojeto denominado Programa Nacional de Serviços Básicos de Saúde, denominado PREVSAÚDE, rejeitado pelo próprio governo federal por falta de recursos financeiros para sua implantação. Na sequência, implanta-se um pacote de medidas que estabelece o aumento da contribuição previdenciária, com vistas à racionalização dos gastos e tem como desdobramento a implantação das Ações Integradas de Saúde - AIS (ANDRADE *et al*, 2017).

As AIS tinham como princípio a universalidade, integralidade, equidade, regionalização, descentralização e democratização nas ações de planejamento e gestão na saúde, dentre outros aspectos que objetivavam integrar ações entre as instituições sanitárias. Além disso, as AIS inauguraram o repasse financeiro complementar da união para os municípios, mediante produção de serviços, fortalecendo a gestão municipal (ANDRADE *et al*, 2017).

O conceito ampliado de democracia impulsionou os movimentos populares, organizações militantes, intelectuais, fomentados pelas Comunidades Eclesiais de Base – CEBs, por meio da participação, do exercício da cidadania e da ação coletiva. Este conceito extrapola o sistema eleitoral e tendo como premissa a educação popular como meio de transformação social, permite uma mudança radical na estrutura do Estado.

Neste contexto de redemocratização, o federalismo brasileiro foi associado ao processo de descentralização, esta por sua vez, tomada como sinônimo da democracia. No âmbito da saúde, com o fim da ditadura, o Brasil vivia esta fase de transição democrática e a dicotomia entre o modelo médico assistencial

privatista e a saúde pública, apontando para a necessidade de mudanças estruturais e políticas no que tange à organização do sistema.

Após a 7ª Conferência Nacional de Saúde (CNS) realizada em 1980, os secretários de saúde dos estados brasileiros reuniram-se em Curitiba em 1982 e propuseram a criação do Conselho Nacional de Secretários Estaduais de Saúde (CONASS) no intuito de selar sua união e somar esforços (BRASIL, 2007).

Da mesma forma, os secretários municipais iniciaram também sua articulação e em 1984, é realizado o 1º Encontro de Secretários Municipais de Saúde no âmbito nacional, que passa a se repetir anualmente. Em seu 4º encontro em 1987, realizado no município de Londrina, forma-se uma comissão provisória, que seria o embrião do Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde – CONASEMS. No ano seguinte é eleita sua primeira diretoria e os encontros passam a ser realizados na modalidade de congressos. De forma simultânea, inicia-se a organização dos Conselhos Estaduais de Secretários Municipais de Saúde – COSEMS, congregando os gestores municipais no âmbito estadual (PIMENTA, 2007).

Em 1986, a 1ª Conferência Internacional para a Promoção da Saúde, realizada no Canadá, apresenta, por meio da Carta de Ottawa, pré-requisitos básicos para que seja possível alcançar “Saúde Para Todos no Ano 2000”, quais sejam: paz, abrigo, educação, alimentação, recursos econômicos, ecossistema estável, recursos sustentáveis, justiça social e a equidade (PAIM, 2008; FERREIRA e BUSS, 2002).

No Brasil, neste mesmo ano, com a realização da 8ª Conferência Nacional de Saúde, a crescente insatisfação popular encontra neste espaço um cenário propício ao debate e à reflexão acerca dos direitos e deveres sociais dos cidadãos. Com isso, a conferência traz um novo ordenamento para as políticas públicas, ressaltando que “a saúde é direito de todos e dever do Estado” e seu relatório final é levado à Assembleia Nacional. Ao encontro destas reflexões, já no ano de 1988, o país tem uma nova CF promulgada, de forma que o relatório final da conferência embasa substancialmente a constituição, descrevendo todo o escopo do sistema de saúde no Brasil (ANDRADE *et al*, 2017).

A CF de 1988 estabelece os princípios do SUS, fortalece o princípio federativo e a descentralização, conferindo autonomia político-administrativa aos municípios brasileiros, com obrigações específicas para o desenvolvimento de

políticas sociais e ampliação de sua competência legislativa, com previsão de transferências de recursos federais (FLEURY, 2006).

Com a retomada do federalismo na década de 1980 e com o advento do processo de descentralização nos anos de 1990, os governos subnacionais assumiram, progressivamente, responsabilidades administrativas e econômicas sobre as políticas públicas (ARRETCHE, 2004).

No intuito de regulamentar um novo sistema de saúde são publicadas as Leis Orgânicas da Saúde (LOS), Lei Federal nº 8080/90 e a Lei Federal nº 8142/90, que estabeleceram os parâmetros infraconstitucionais de organização e gestão do SUS, atribuições das três esferas de governo, funcionamento do sistema, políticas de recursos humanos, controle social e requisitos para o recebimento dos recursos e para a gestão financeira (BRASIL, 1990a; BRASIL, 1990b).

Além disso, por meio da Portaria GM nº 1.180 publicada em 22 de julho de 1991, é criada a Comissão Intergestora Tripartite (CIT), como instância de governança no âmbito federal que reúne os representantes do Ministério da Saúde, por meio da Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa (SGEP) e as presidências do CONASEMS e CONASS (BRASIL, 1991a), tendo como finalidade a tomada de decisões de maneira consensuada, democrática e articulada, bem como o aperfeiçoamento do pacto federativo.

Neste início da caminhada de construção do SUS, já com a realização da 9ª Conferência Nacional de Saúde em 1992, são deliberadas estratégias para a descentralização, tendo como tema “a descentralização é o caminho”. O processo de descentralização é adotado no país como uma possibilidade para fortalecer o desenvolvimento social, possibilitando aos governos subnacionais à participação na elaboração e execução de políticas públicas.

A partir da pauta da descentralização, após a 9ª CNS, foram editadas por meio de resoluções, as Normativas Operacionais Básicas – NOBs, no intuito de regulamentar o processo de descentralização. As NOBs se configuraram como instrumentos para a definição das competências, estratégias e condições necessárias para que as responsabilidades fossem definidas entre os gestores, de acordo com o pacto federativo, além de estimular mudanças e regular as relações entre os gestores.

Ainda bastante imbricada com a legislação pré-constitucional, a NOB 01/91 define o repasse dos recursos por meio dos fundos de saúde aos estados e



municípios, por meio dos critérios de base populacional e do perfil territorial, mantendo a lógica de financiamento por produção de serviços, de acordo com a lógica do antigo INAMPS, não produzindo ressonância entre os defensores da reforma sanitária.

Deste modo, em 1993 uma nova NOB foi apresentada. Esta, do ponto de vista das relações federativas, teve um papel de extrema importância, habilitando os gestores por meio de critérios diferenciados e constitui a Comissão Intergestores Bipartite – CIB, como espaço de integração e da relação federativa. Desta forma, na CIB participam a Secretaria Estadual de Saúde e a presidência do COSEMS, como representantes das Secretarias Municipais de Saúde, no âmbito estadual.

Contudo, um dos limites desta NOB foi que houve pouco avanço no processo de descentralização. Ademais, os repasses federais por meio da produção de serviços representavam um entrave no processo de construção do SUS. Com isso, surge a NOB n. 01/96, que estabelece a transferência de recursos por meio da base populacional, criando o Piso de Atenção Básica (PAB). Além disso, a normativa propõe dois níveis de habilitação para os municípios, quais sejam, a Gestão Plena da Atenção Básica e a Gestão Plena do Sistema Municipal.

Desta forma, o município configura-se como responsável imediato pelo atendimento das necessidades das pessoas, no âmbito da saúde, gerenciando sobre o PAB. Já os estados puderam habilitar-se como: Gestão Avançada do Sistema Estadual ou Gestão Plena do Sistema Estadual e constituíram-se responsáveis pela gestão dos recursos referentes às ações e serviços especializados, por meio da Fração Assistencial Especializada (FAE) e da remuneração das internações hospitalares (BRASIL, 1996).

Com isso, a NOB 96 reorganizou a gestão da atenção de média e alta complexidade, estabeleceu recursos para ações de vigilância em saúde e apontou para a necessidade de estruturação de uma Programação Pactuada e Integrada (PPI), a ser estabelecida entre municípios e Estados (CARVALHO *et al*, 2017). Esta normativa impulsionou os municípios a se habilitarem, em sua maioria na Gestão Plena da Atenção Básica, de forma que aos Estados cabia a gestão dos recursos da atenção especializada, nas modalidades ambulatorial e hospitalar.

Algo que merece ser destacado durante a vigência desta NOB foi a ação consorciada intermunicipal, um dos temas centrais deste estudo, tendo em vista o

quanto o espaço dos consórcios é determinante para se verificar como se dão as relações federativas.

A figura dos consórcios públicos surgiu na CF de 1988 através da Emenda Constitucional nº 19/98, que alterou o art. 241 da CF, dando-lhe a seguinte redação:

*"A União, os Estados, o Distrito Federal e os Municípios disciplinarão por meio de lei os consórcios públicos e os convênios de cooperação entre os entes federados, autorizando a gestão associada de serviços públicos, bem como a transferência total ou parcial de encargos, serviços, pessoal e bens essenciais à continuidade dos serviços transferidos."*

Além disso, a ação consorciada em saúde é apresentada nas LOS como uma proposta para potencializar as ações de saúde frente ao processo de municipalização. A partir da NOB 96, os consórcios de saúde recebem a configuração de estratégias para articulação intermunicipal. O MS refere-se aos consórcios e apresenta a necessidade de sua criação a partir do documento 1997 - *O Ano da Saúde no Brasil* (BRASIL, 1997a). No mesmo ano, convoca a primeira oficina sobre consórcios, editando o manual "Os Consórcios e a Gestão Municipal em Saúde", que aponta os consórcios como um mecanismo eficiente para elevar os municípios à Gestão Plena do Sistema Municipal de Saúde (BRASIL, 1997b). O manual apresenta o conceito de consórcio, como segue:

*"Consórcio significa, do ponto de vista jurídico e etimológico, a união ou associação de dois ou mais de dois entes da mesma natureza. O consórcio não é um fim em si mesmo; constitui, sim, um instrumento, um meio, uma forma para a resolução de problemas ou para alcançar objetivos comuns"* (BRASIL, 1997b, p.7)

A criação dos consórcios públicos de saúde representa um processo de transição no cenário da gestão pública. Trata-se da passagem de um padrão competitivo, uma espécie de municipalismo autárquico, quando o município é levado a acreditar que deve agir da forma mais autônoma possível, passando para a construção de um sistema cooperativo horizontal por meio das relações federativas. Esse processo é denominado por Rocha e Faria como "desfragmentação da gestão pública" (ROCHA e FARIA, 2004, p. 75).

No Brasil a primeira experiência de consorciamento em saúde foi nas regiões de Divinópolis e de Penápolis no Estado de São Paulo, em meados da década de 1980. No Paraná, segundo dados do IBGE (2015), o primeiro consórcio foi estruturado no ano de 1992.

No início da década de 2000 mantinham-se problemas inerentes à relação entre municípios e estados. Neste contexto é editada a Norma Operacional de Assistência à Saúde (NOAS), publicada como NOAS 01/2001 (BRASIL, 2002). A norma refere-se a aspectos relevantes para os municípios, dentre eles, a questão do comando único por esfera de governo.

Entretanto, neste cenário, há questões a serem analisadas sob ponto de vista da regionalização e da relação federativa, uma vez que, em se tratando de serviços de referência regional, macrorregional ou até mesmo estadual, em especial no que tange à média e alta complexidade, cabe identificar as necessidades e especificidades regionais.

Desta forma, o planejamento, programação e execução dos serviços prestados à população territorial são tópicos de interesse entre os gestores de saúde do território, o que pode ocasionar situações conflituosas e de disputa (BARATA, et al, 2004).

Desta forma, a NOAS 01/2001 é republicada. Por meio desta republicação, a então NOAS 01/2002 propõe otimizar recursos para a garantia de acesso às ações e serviços necessários à resolução dos problemas de saúde dos cidadãos, dentre os quais se destaca o estabelecimento do processo de regionalização como uma estratégia para a hierarquização dos serviços de saúde, tendo a equidade territorial como princípio, no intuito de identificar prioridades (BRASIL, 2002).

Esta normativa apresenta o Plano Diretor de Regionalização (PDR) como instrumento ordenador da regionalização da assistência em cada Estado e no Distrito Federal, com fluxo estabelecido de aprovação nas instâncias de relação federativa e do controle social (VIANA, 2008). A normativa estabelece ainda que os municípios deverão ter sua programação elencada, independente de sua condição de gestão. Além disso, aponta para parcelas de financiamento diferenciado para municípios sob gestão municipal própria e daqueles cuja gestão dos recursos de média e alta complexidade se dá sob gestão de outro município, estabelecendo referências intermunicipais.

Entretanto, estes instrumentos não se consolidaram efetivamente, havia necessidade de implementação no processo de descentralização e aperfeiçoamento das responsabilidades sanitárias entre os entes federados. Diante dessas lacunas, no ano de 2003 é realizada a 12ª CNS, onde é enfatizada a necessidade de mudanças na gestão do sistema (ANDRADE et al., 2017).

Ao encontro dessas necessidades, a Lei Federal nº 11.107/2005, conhecida como a Lei dos Consórcios, regulamenta a Emenda Constitucional n. 19/98 que trata da Reforma do Aparelho Administrativo do Estado (BRASIL, 1998) e estabelece critérios e diretrizes para a criação e funcionamento dos consórcios públicos de saúde, apresentando-se como instrumento legal no campo do Direito Administrativo. Esta estratégia de gestão associativa por meio dos consórcios públicos como ferramentas, ora prevista constitucionalmente, busca propor soluções para os problemas de oferta adequada de bens, serviços e tecnologias (BRASIL, 2005).

Em meio a este cenário, em 2006, é publicado o Pacto pela Saúde (PS) como um conjunto de reformas no âmbito das políticas públicas de saúde no país, composto de três componentes, quais sejam: o Pacto pela Vida, o Pacto em Defesa do SUS e o Pacto de Gestão (BRASIL, 2006). O PS foi construído tendo em vista os compromissos e metas pactuados pelos gestores, a fim de garantir o acesso e atender às prioridades locais e regionais, considerando suas desigualdades. Seus objetivos foram pensados a partir de um conceito ampliado de saúde, que envolve as ações de promoção e prevenção, atravessando os aspectos econômicos, políticos e sociais.

Dentre os compromissos a que remete o PS, estão a operacionalização do SUS entre os gestores das três esferas de governo, no intuito de abordar questões políticas e técnicas na gestão do SUS. O documento propõe a substituição dos processos de habilitação dos municípios e sua implementação se dá a partir dos Termos de Compromisso de Gestão – TCG, que tem como intuito estabelecer metas e compromissos para os entes federativos, conferindo ao termo o caráter solidário e cooperativo, como eixo estruturante do processo de regionalização e ressaltando como pressupostos: a territorialização, a flexibilidade, a cooperação, a cogestão, o financiamento solidário, a subsidiariedade, a participação e o controle social.

Por meio dele, os recursos financeiros, antes repassados por meio de dezenas de rubricas foram consolidados em apenas cinco grandes blocos de

financiamento, quais sejam: 1) Atenção Básica; 2) Atenção da Média e Alta Complexidade; 3) Vigilância em Saúde; 4) Assistência Farmacêutica, e; 5) Gestão do SUS. Além disso, todos os municípios foram incentivados a assumir integralmente as ações e serviços de saúde em seu território, podendo receber os recursos de forma regular e automática para todos os tipos de atendimento a que se viesse a se comprometer a executar (BRASIL, 2006).

O PS, segundo Sauter *et al* (2012), propõe mudanças que impõem aos gestores responsabilidades que permitem fortalecer a gestão solidária e a regionalização, por meio da instância decisória dos Colegiados de Gestão Regional (CGR), constituídos no intuito de institucionalizar a relação horizontal entre os municípios e estados. Além disso, a normativa propõe a estruturação de um novo modelo de atenção, a ser estruturado por meio das Redes de Atenção à Saúde – RAS.

As RAS respondem às necessidades de um cenário de fragmentação do cuidado, classificado em níveis e modalidades de atenção (básica e especializada; ambulatorial e hospitalar), que pouco se comunicavam e segregavam o saber sobre o sujeito. Com isso, o PS apresenta as RAS como elemento estratégico para sua construção (BRASIL, 2006). A partir delas, constituem-se relações entre os pontos de atenção de forma horizontal, tendo como ordenador central do cuidado a APS, conforme estabelece a Portaria GM/MS n. 4.279/2010 (Brasil, 2010).

Contudo, o PS é considerado, nos tempos atuais, uma ferramenta burocrática que não se consolidou em sua plenitude, distanciando-se do objetivo para o qual fora criado, restando ainda lacunas significativas a serem preenchidas, tais como, a consolidação do processo de regionalização e a inexistência de instrumentos jurídicos que viessem a conferir mais segurança aos gestores nas relações federativas.

Diante dessas lacunas, foi estruturado o Decreto Presidencial nº 7508/2011, que regulamenta a Lei Orgânica da Saúde (Lei Federal nº 8.080/90) e apresentou uma nova dinâmica na organização e gestão compartilhada do sistema, a partir de novos instrumentos e elementos para o aprofundamento das relações federativas. O decreto insere o Contrato Organizativo da Ação Pública da Saúde (COAP) como instrumento de articulação federativa, reafirmando o conceito de Região de Saúde ora apresentado junto à NOAS 01/2002 e no PS (BRASIL, 2011).

Neste sentido, o COAP foi pensado como um instrumento de gestão compartilhada e solidária, no intuito de oferecer segurança jurídica e transparência normativa, definindo responsabilidades entre os entes federativos e tendo a região de saúde como foco central do planejamento.

O contrato torna-se um instrumento a ser implementado entre os entes federativos nas três esferas de gestão e possui elementos constituintes e estruturantes, tais como a Programação Geral das Ações e Serviços de Saúde (PGASS), as RAS, a Relação Nacional de Medicamentos do SUS (RENAME) e a Relação Nacional de Ações e Serviços de Saúde (RENASES), o Mapa de Saúde e o Planejamento Regional Integrado, visando organizar os serviços e ações na região de saúde e a definição de responsabilidades e compromissos, tendo em vista as desigualdades regionais.

Dentre os dispositivos do COAP, a PGASS elenca todas as ações e serviços oferecidos aos usuários do SUS e representa uma estratégia para a atenção à saúde, com vistas à cobertura assistencial de seu território, a partir de necessidades e especificidades regionais. Por meio desta programação, resulta o apontamento do aporte financeiro necessário à sua execução, montantes estes que devem ser pactuados por meio de negociações intergestoras entre pares da gestão e entre as esferas de governo. Para tanto, faz-se necessária a construção de cenários propícios ao relacionamento federativo, de forma que o planejamento regional contenha as necessidades do território, com vistas ao avanço organizativo do SUS.

Neste contexto, aos entes municipais, a partir das instâncias de articulação, tais como a Comissão Intergestores Regional (CIR) e a Comissão Intergestores Bipartite (CIB), é apresentado o COAP como um mecanismo para discussão e pactuação acerca de suas especificidades regionais, como uma nova forma de estabelecer responsabilidades e compromissos na relação federativa, onde a CIR substitui a função dos CGRs.

Santos e Campos (2015) apontam para o processo de regionalização como a necessidade de aglutinar o que supostamente estaria fragmentado por meio da municipalização, no intuito de formar regiões de saúde resolutivas em 95% do território nacional. Desta forma, referem que a região de saúde é elemento fundamental e valoroso para a integração das ações no âmbito do SUS, qualificando sua gestão e garantindo integralidade. Os autores apontam ainda que, embora não

consolidado em seu escopo contratual, o COAP apresenta elementos fundamentais aos gestores, propondo a integração entre os entes, a responsabilidade solidária, além de reforçar a propositiva de arranjos organizativos constituídos a partir do planejamento regional integrado.

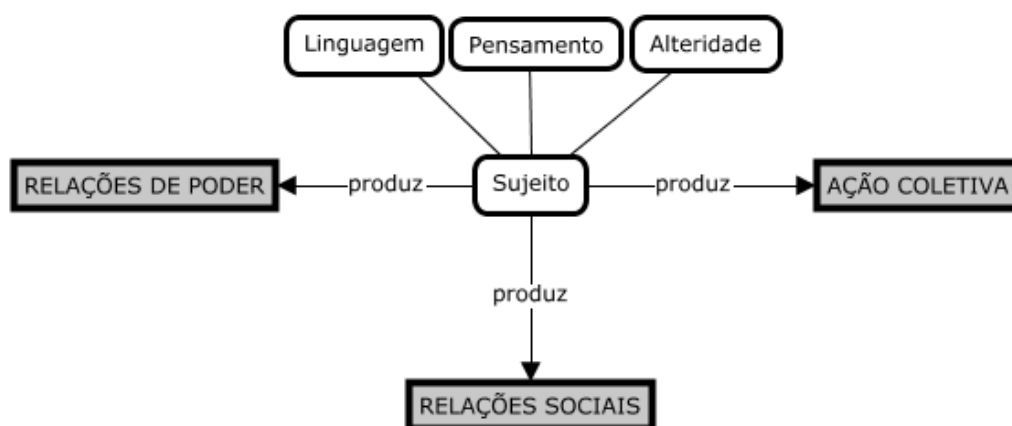
Neste contexto, Santos (2012) propõe uma direção única regional, com controle colegiado dos municípios, em uma instância unificada de gestão, de forma a superar as individualidades municipais assimétricas e gerar unidade regional equitativa.

Na sessão a seguir, ressaltam-se aspectos intrínsecos desta organização regional e os fatores constituintes das relações federativas, por meio das relações sociais, de poder e da ação coletiva.

### 3.2 Relações sociais, relações de poder e a ação coletiva

Tão importante como verificar o modo como as relações federativas foram se construindo e se reconstruindo ao longo da história, é também analisar de que modo tais relações se estabelecem e que tipo de produções são oriundas dessas relações. Para tanto, utiliza-se o referencial das relações sociais para melhor compreensão desse fenômeno, de forma que o mapa conceitual ilustra relações entre os conceitos abordados (Figura 2).

**Figura 2:** Mapa conceitual do referencial teórico acerca das relações sociais, relações de poder e a ação coletiva



A partir das relações, os atores sociais envolvidos na gestão se articulam e por meio dessa articulação podem ocorrer trocas e compartilhar de experiências, cenário no qual o planejamento se oportuniza e a tomada de decisão é possibilitada. Neste sentido, a interação social torna-se um grande meio pelo qual o papel do gestor se concretiza. Portanto, para compreender melhor as relações, iniciaremos pela compreensão acerca do sujeito, da formação do pensamento humano, para então posicioná-lo diante do outro, por meio da linguagem, abordando também o conceito de alteridade, pelo qual o sujeito se diferencia dos demais.

Para compreender como se dá a formação do pensamento, recorreremos ao filósofo russo Bakhtin (1981 [1929]), que aponta que a origem do pensamento e da atividade mental advém da linguagem e está vinculada à expressão do sujeito. Para ele, “não é a atividade mental que organiza a expressão, mas, ao contrário, é a expressão que organiza a atividade mental”. Ele afirma que:

*“A consciência adquire forma e existência nos signos criados por um grupo organizado no curso de suas relações sociais.”*  
(BAKHTIN, 1981, p. 33)

Neste sentido, o psicólogo Vygotsky (1989 [1934]) infere que há uma inter-relação entre os níveis social e de formação da consciência que a linguagem exerce. Isso se exemplifica quando uma criança em um momento de dúvida leva a um adulto uma questão e descreve sua dúvida ao adulto, utilizando-se da linguagem. Já outra etapa mais avançada do pensamento é quando a criança internaliza o que ela mesmo diz. Desta forma, a fala socializada com o adulto é internalizada na criança. Assim, mais à frente nas etapas do desenvolvimento, ao invés de apelar ao outro, a criança passa a apelar para si mesma, ao seu próprio pensamento. Com isso a linguagem passa da função interpessoal para o uso intrapessoal, onde a fala se torna o pensamento.

Outro aspecto da formação do pensamento é a constituição da expressão do sujeito, sendo que nessa expressão há duas facetas: a interior (o conteúdo) e a exterior (sua objetivação para o outro). Assim, a expressão começa a existir de uma forma interior, que é a essência e passa a forma exterior (material). O conteúdo, essencial, advém de um terreno idealista e espiritualista, que possui suas próprias regras do pensamento interior, de forma que, ao caminhar para o exterior, o conteúdo é forçado a adaptar-se às regras do mundo exterior, mudando de aspecto e natureza e endereçando-se, a partir do que o autor chama, com um *certo*



*compromisso*. Desta forma, há dois polos da atividade mental: a atividade mental do eu e a do nós (BAKHTIN, 1986 [1929]).

Quanto à linguagem, Bakhtin (1986 [1929]) utiliza a fome como uma metáfora para compreensão acerca do uso da linguagem como meio para interação social. Se muitos indivíduos em uma mesma multidão tomam consciência de sua fome de forma individualizada e isolada, essa poderá se expressar por meio de uma extensa gama ideológica, tais como a resignação, a vergonha, o sentimento de dependência. Essas formas ideológicas, ou seja, o resultado dessa atividade mental, segundo o autor, poderá resultar em protesto ou resignação individualistas, de forma que esses indivíduos, mesmo estando em multidão, passarão fome isoladamente.

De outro modo, posto na relação social, por meio da linguagem, a fome experimentada pelos membros de uma coletividade, quer sejam trabalhadores de uma fábrica, quer seja um batalhão de soldados ou qualquer outra classe social consciente de sua ação coletiva, esta dominará, a partir de sua atividade mental, o enunciado ideológico ativo e seguro de si mesmo, que não dá espaço a uma mentalidade submissa, de forma que se desenvolva uma atividade mental ideologicamente bem formada. A atividade mental do nós, de diferenciação ideológica, permite a firmeza e a estabilidade da orientação social. Para Bakhtin (1986 [1929], p. 115):

*“Quanto mais forte, mais bem organizada e diferenciada for a coletividade no interior da qual o indivíduo se orienta, mais distinto e complexo será o seu mundo interior. A atividade mental do nós permite diferentes graus e diferentes tipos de modelagem ideológica”.*

Além desse aspecto, a linguagem cumpre ainda com seis funções: referencial, emotiva, conativa, fática, poética e metalinguística (Jakobson, 1969). Dentre elas, a função mais expressiva para o âmbito da gestão poderá ser a função conativa, utilizada quando o intuito da interação comunicativa é o convencimento. Chalhub (1999) aponta que na função conativa se enfatiza o receptor da mensagem e pode ser representada por um diálogo de caráter apelativo, de uma ação verbal do emissor, buscando-se fazer notar pelo destinatário, através da ordem, exortação, saudação, invocação ou chamamento ou da súplica.

O funcionamento da linguagem enquanto signo ocorre tendo em vista sua finalidade de transmitir uma *mensagem* a partir de um *código* no que se refere a um *contexto*. Isso se dá por meio de um *canal*, supondo um *emissor* e um *receptor*

(Chalhub, 1999, p. 5). Para Bakhtin (1986 [1929]), a linguagem é o resultado do processo de interação social e resulta de um consenso entre indivíduos socialmente organizados.

A importância da linguagem é apresentada quando esta é vista como uma mediadora nas experiências de interação para o desenvolvimento social do indivíduo e em seu processo histórico-social, de forma que a função essencial da fala é a comunicação e o intercâmbio social (Vygotsky, 1989 [1934]). Desta forma, a linguagem é condicionada pela organização social entre os indivíduos e pelas condições de sua interação social.

Neste contexto interacional é que ocorrem as relações sociais entre gestores de saúde e a partir desta análise é possível alcançar com mais profundidade como se dão as relações federativas no âmbito da região de saúde.

Ao estudar a linguagem é possível compreender como se posicionam os atores sociais na relação federativa, compreender como se posicionam diante dos demais nas instâncias relacionais. É possível analisar, por meio das funções da linguagem, o subjetivo que há nos discursos.

Para análise da interação é necessário debruçar-se sobre a expressão e o discurso das figuras representativas da gestão, os atores protagonistas nesse processo, quais sejam, os gestores municipais de saúde. Com isso, compreende-se como estas relações se dão, sob que circunstâncias ocorrem e qual seu impacto na gestão e no planejamento local e regional em saúde.

Neste contexto, a análise do discurso dos atores poderá apresentar, de forma objetiva, o intuito e a justificativa de seu posicionamento frente às demandas da gestão em saúde, no processo de tomada de decisões. Entretanto, cabe ressaltar que o discurso empregado é baseado na subjetividade das relações, nas percepções culturais, no entendimento acerca de seu papel social, sua identidade e também o contexto social em que o mesmo se encontra.

Outro aspecto fundamental na construção das relações sociais é o conceito de alteridade. A alteridade pode ser entendida como a possibilidade de ver o outro como um sujeito relacional com sua singularidade, sua bagagem cultural, suas diferenças e suas subjetividades (BRASIL, 2006a).

Desta forma, o conceito de alteridade remete a condição de ser do outro, refere-se ao “outro” visto pela perspectiva do “eu”. Neste trabalho, a reflexão acerca da alteridade permite compreender as especificidades do “ser gestor” contido em

cada ator social, e neste sentido, aproximar-se de como pensa, como se comporta, como atua e quem é o sujeito que ali se expressa.

A partir da alteridade é possível compreender o processo de tomada de decisões entre os gestores e como estes se posicionam de maneira distinta diante de um mesmo problema, condicionados pela sua formação pessoal, experiências vividas e percepção acerca de seu papel diante do coletivo. Além disso, compreender esse conceito possibilita respeitá-lo por suas individualidades, mais ainda, permite deslocar aquele que o escuta de suas próprias certezas.

Neste mesmo entendimento acerca da alteridade, Segato (2006) acrescenta o impulso ético, no campo da ética em relação ao outro como aquilo que nos permite “*estranhar nosso próprio mundo*”, e aponta a dimensão ética da existência humana como sendo distinta da moralidade (que se refere aos costumes) e da legalidade (produto de negociação, que refere-se à conquista de um território por um vencedor em um jogo de forças, que implanta suas convicções). Para ele, o impulso ético é o estranhamento à realidade imposta, aproximando o sujeito da responsabilidade de responder ao outro que lhe presta contas, desprendendo-se de si mesmo.

Desta forma, compreende-se que por meio da interação com o outro, o gestor de saúde é conduzido a uma reflexão que o descola de si mesmo (SCHOLZE et al, 2009). Por meio da linguagem e da consequente construção do pensamento, considerando a alteridade, o impulso ético e a relação social com seus pares, é através de espaços de construção coletiva, tais como os Grupos de Trabalho (GT), Câmaras Técnicas (CT) e CIR, entre outros espaços formais ou informais, que o gestor municipal constrói novas percepções acerca de seu papel e das necessidades territoriais. A partir desta prática participativa é possível estabelecer novos caminhos para a efetivação de mecanismos cooperativos para o sistema de saúde.

Ao compreender que por meio do pensamento, do uso da linguagem, da interação e da alteridade se constroem as relações sociais e consequentemente, as relações federativas no âmbito da região de saúde, cabe ainda verificar sob que contexto ocorre essa interação, sob ponto de vista das relações organizacionais.

Para compreender como funcionam as relações organizacionais, Srour (1998), sob enfoque das Ciências Sociais, descreve as organizações e as classifica de acordo com seu predomínio em três categorias: organizações

predominantemente econômicas, públicas ou simbólicas. Ao tratar do lugar das organizações, ele ressalta que o espaço social é povoado não por indivíduos, mas pelas relações sociais, que são complexas. As relações que estruturam as organizações são relações coletivas, que abrangem e conectam coletividades, operando no plano público.

Desta forma, as relações entre as organizações possuem característica associativa e são impessoais, uma vez mediadas pela existência de meios de produção, formando espaços onde agentes sociais transformam matéria prima em produto. Há ainda, outros tipos de relações não vinculadas às *relações de produção*, que configuram as relações entre proprietário/gestor/trabalhador. Estes outros tipos podem ser as *relações de saber*, que podem ser, por exemplo, relações entre peritos e práticos e as *relações de poder*, tendo como exemplo, as relações entre chefes e subordinados.

Além disso, o escopo das organizações se configura em três níveis: o *conteúdo*, o *objeto* e o *produto*. O recorte deste estudo, por tratar de organizações públicas, cujo conteúdo é o sistema de poder, tem como objeto os interesses sociais e como produto as decisões imperativas. Srour (1998) ressalta que os membros das organizações são agentes coletivos, ou seja, contém seus estatutos e normativas e as representam empiricamente.

Assim, todo agente possui um conjunto de relações sociais, podendo apresentar diferentes interesses em jogo. Deste modo, Srour (1998) apresenta quatro diferentes modos de exercitar o poder, quais sejam: a) relação de dependência (modo autoritário), relação de sobredependência (modo totalitário), relação de independência (modo liberal) e relação de interdependência (modo democrático).

Nas relações federativas todos esses modos de exercício do poder podem ser representados. As relações de *dependência* são autoritárias no pensamento e no modo de gestão, configurada por uma relação de caráter assimétrico e hierárquico, a partir da superioridade e da subordinação entre os agentes. Essas relações supõem a prepotência e a subserviência, de forma que os dependentes são aqueles que cumprem ordens. Já as relações de *sobredependência* podem ser representadas por ativistas radicais ou seguidores fanáticos, inspirados por ideais muito eloquentes. Este modo revela uma

ambiguidade, comportando-se como súditos, mas desejando assumir uma figura poderosa.

Neste mesmo entendimento, as relações de *independência* tratam do princípio sobre o qual cada agente social deve ter controle sobre seus atos e responder pela própria vida, sem que se espere por ajuda de outros, contando apenas com a própria força, tendo como vetores o mérito, o desempenho e a qualificação crescente, sem que se posicionem socialmente responsáveis. Poderão ser identificadas essas relações quando um ator compreende que suas ações são suficientes para executar seu papel, sem que seja necessário agir junto aos demais atores.

E por último, as relações de *interdependência*, respondem à corresponsabilização e à cidadania, enfatizando o coletivo. Estas poderão ser observadas nos casos em que os atores agem por meio de ações coordenadas e/ou cooperativas entre pares ou junto aos demais atores. De outra forma, poderão ainda suscitar a cooperação, ajuda mútua, de forma que o senso de compromisso coletivo se torne uma forte vertente nesta forma de relação (SROUR, 1998).

É por meio do uso da linguagem, em especial em sua função conativa, que os agentes se sobressaem no que se refere à coesão para o consentimento, a influência, a persuasão e o convencimento, sobretudo nas relações de dependência e sobredependência.

Para o melhor entendimento acerca das relações organizacionais que mostram o exercício do poder tendo a linguagem como meio, Matus (2005), por sua vez, ao analisar as relações de poder, apresenta a Teoria do Jogo Social (TJS), que enfoca o homem que governa. Ele ressalta que por meio de relações interacionais os atores sociais se expressam e isso ocorre através de diferentes jogos de elevado nível de complexidade, ressaltando que a interação se dá por meio da cooperação ou do conflito. A teoria matusiana descreve o jogo social comparando-o a um jogo esportivo, com jogadores – atores sociais - e suas regras.

Entretanto, enquanto no jogo esportivo existem regras que igualam as condições entre os jogadores, no jogo social as regras podem, muitas vezes, beneficiar a um e prejudicar a outro. Essas regras são variáveis e mudam de acordo com os interesses que estão em jogo.

Com isso, por meio do jogo social não é possível predizer o futuro ou pré-determinar vencedores, uma vez que não existem relações lineares, em que uma

causa leva a uma consequência. A palavra jogo utilizada pelo autor é uma metáfora, que explica a existência de diversos jogadores como atores sociais e remete suas ações à jogadas. Desta forma, os atores agem por meio de jogadas. (MATUS, 2005).

Neste sentido, no jogo social descrito por Matus (2005), cada ator social descreve sua realidade dependendo de sua posição e percepção, o ângulo do qual se enxerga determinada situação. Neste contexto, há um grande jogo, composto de jogos menores, caracterizando este cenário como bastante complexo e com muitas incertezas.

Assim, há nove jogos sociais descritos por Matus (2005) como sendo jogos menores, parte do grande jogo. Esses jogos menores são: 1) o jogo político, que envolve a disputa entre sistemas de governo e envolve posições pessoais e ideológicas; 2) o jogo econômico, que remete às relações econômicas ou macroeconômicas e libertam ou subjugam o homem na satisfação de suas necessidades econômicas; 3) o jogo da vida cotidiana, tendo o homem como ator social, na tentativa de solucionar seus problemas e necessidades pessoais, tais como saúde, moradia, educação, etc.; 4) o jogo pessoal, buscando a satisfação do mundo interior e de suas concepções pessoais; 5) o jogo da comunicação, a partir da intencionalidade da fala; 6) o jogo macro organizacional, na produção da organização burocrática e dos limites; 7) o jogo dos valores, no qual cada um tem a função de criar, renovar e defender valores éticos, religiosos ou ideológicos; 8) o jogo das ciências: criar, acumular, conservar e distribuir o conhecimento; 9) o jogo da natureza, na disputa pelo controle dos recursos da natureza (MATUS, 2005; PINAFO, 2017).

De acordo com Matus (2005) esses jogos se dão de forma simultânea e em paralelo, acontecem no mesmo tempo e espaço físico, sendo que cada um deles possui dinâmica própria e envolvem três conceitos, quais sejam: problema, ator social e análise situacional.

Ao relacionar esses conceitos à gestão em saúde, é possível compreender que o conceito de problema trata de uma situação que precisa ser solucionada. Já o ator é aquele que interpreta o papel, tem seu modo de ser e a ele são exigidos critérios, tais como: ter base administrativa, ter projeto definido e controlar variáveis relevantes, realizando estratégias. A forma pela qual o ator social – o gestor, no âmbito da gestão em saúde, aplica seu olhar, transforma a

necessidade em problema de gestão, para a busca de uma solução. A análise situacional possui dois tipos de características: a) genoestrutura, que são as regras do jogo ou os possíveis movimentos a serem executados; b) fenoestrutura, que são as acumulações ou as capacidades de cada ator social diante da capacidade de produzir jogadas ou fluxos. Essas acumulações são determinadas por meio da personalidade, da motivação e de seus valores. Desse modo, os termos genoestrutura e fenoestrutura eliminam a ambiguidade da palavra estrutura, uma vez que há estruturas nas regras, nas acumulações e nos fluxos do jogo. Assim, toda produção social (genoestrutura) não consumida é acumulada na forma de fenoestrutura.

No jogo social, o poder é:

*(...) uma potencialidade que possibilita a acumulação de força. Ele emana da desigualdade das regras do jogo e pode concretizar-se ou não em força, isso vai depender do código de personalidade do ator, da situação, dos oponentes, das circunstâncias do contexto, etc (MATUS, 2005, p. 409).*

O poder está no domínio exercido pelo jogador sobre aquele que é considerado o jogo de maior peso diante do problema, que é o grande jogo social. Cada um dos nove jogos tem uma lógica e cada um dos atores sociais envolvidos tem uma posição diferente em cada jogo e lutam pela supremacia de seu jogo, disputando assim o poder pelo grande jogo. A realidade do jogo não é idêntica entre os jogadores. Cada jogador, a depender de sua posição, de suas questões pessoais, conhecimento, entre outros, possui sua própria percepção acerca dos problemas, necessidades e potencialidades (MATUS, 2005).

Neste sentido, Matus (2005) ressalta ainda que a pessoa humana reúne *necessidades e atributos únicos* (p. 367), de forma que a palavra pessoa está fortemente relacionada ao ator, aquele que executa um papel e que o torna distinto do abstrato. Ele relaciona à *pessoa* as expressões liberdade, justiça, igualdade, solidariedade, fraternidade, dignidade, afetos e emoções, sentido estético e moral.

No âmbito da gestão, o exercício da função pública é uma prática social e o gestor é transformador das realidades sociais. Neste sentido, o ator social é o protagonista do jogo social, o qual demanda conhecimento teórico acerca do jogo. Diante desta realidade da gestão em saúde e na relação federativa diante dos jogos

de Carlos Matus (2005), resta compreender quais jogos se sobressaem em determinadas situações e como se posicionam os jogadores.

Nos jogos sociais que percorrem a relação federativa cabe analisar quais são as jogadas em curso, sendo que essas jogadas podem ser: produção de bens ou serviços, as decisões, os fatos e as ações. Para Matus (1994), a ação é a ferramenta humana para transformar a realidade e mudar a si mesmo.

Ainda no contexto dos jogos sociais no cenário da gestão, cabe analisar quais jogos mais se sobressaem, quais estratégias são mais utilizadas no enfrentamento do problema, se individuais ou do coletivo. As estratégias para Matus (2005) são o modo de lidar com outros jogadores em situações de objetivos e interesses divergentes. Isso reforça que tudo o que existe socialmente é produto da interação social.

Diante de tudo o que foi posto até o momento, verifica-se o quanto as relações federativas, se analisadas pelo foco das relações sociais e de poder são complexas. Contudo, importa saber que tipo de resultado todas essas relações produzem. Para que o produto de tais relações sejam ações cooperativas e colaborativas, o que se torna objeto da relação federativa e principal meio pelo qual se organizam os consórcios públicos de saúde, importa refletir acerca de outro conceito bastante relevante, qual seja, a ação coletiva.

Ao referir-se à ação coletiva a partir de um resgate histórico acerca dos movimentos sociais, Gohn indica que a ação coletiva não é apenas a soma de vontades individuais, mas uma forma de cooperação e requer uma ação conjunta, um projeto coletivo (GOHN, 1997). Deste modo, a ação coletiva relaciona-se aos movimentos sociais, podendo manifestar-se por meio de atuações em larga escala ou de forma menos visível, através da organização e comunicação entre grupos (COHEN, 1985).

Neste mesmo sentido, o sociólogo italiano Melucci aponta que a agregação social é um fenômeno permanente, que embora tenha variações em suas formas, são um componente estável e irreversível da contemporaneidade (MELUCCI, 1989).

Neste sentido, Melucci (1989) aponta para a ação coletiva como algo além de um efeito de crises estruturais ou uma expressão de crenças compartilhadas, mas ressalta que é necessário descobrir os sistemas de relações internas e externas que constituem a ação coletiva. Com isso, direciona o enfoque



de análise para as relações sistêmicas, mais que para os atores, de forma que a ação deve ser considerada como uma interação de *objetivos, recursos e obstáculos*, em meio a um sistema de oportunidades e coerções.

Para ele, os atores envolvidos na ação coletiva não se motivam apenas por questões econômicas, direcionados à relação entre o custo e o benefício da ação, ou por questões políticas, mas também buscam outros bens imensuráveis, tais como a autorrealização, a solidariedade e a identidade, lutando não somente por bens materiais ou pelo poder, mas por um novo significado e uma nova orientação para a ação social (MELUCCI, 1989). Neste sentido, compreende que a solidariedade é:

*“a capacidade de os atores partilharem uma identidade coletiva, isto é, a capacidade de reconhecer e ser reconhecido como parte da mesma unidade social”* (MELUCCI, 1989, p. 57)

Melucci (1996) aborda ainda a relação entre a ação coletiva e a teoria da ação social em sua referência aos movimentos sociais como capazes de modificar o que denomina sistema de dominação. Ele aponta, como partida para esta teoria, o conceito de ação coletiva, afirmando que esta não resulta da agregação de indivíduos, mas de complexos processos de interação, mediados pelas redes a que pertencem.

Para compreender melhor este tema no âmbito das organizações, recorreremos à Lógica da Ação Coletiva (LAC) apresentada pelo economista e cientista social norte-americano Olson (1999), que analisa os fatores que levam os indivíduos racionais a se associarem, uma vez interessados na obtenção de um benefício coletivo e a articulação entre os interesses individuais e os interesses coletivos. Para ele, todo objetivo pode ser perseguido racionalmente, sendo que o benefício coletivo é aquele que, se consumido por um membro do grupo, não pode ser negado aos demais.

Olson (1999) considera racionais os indivíduos que procuram realizar seus objetivos por meios eficientes e efetivos. Ele ressalta que as organizações são grupos de interesses que podem desempenhar importantes funções sociais quando da existência de interesses em comum e ainda que existam interesses individuais, estas organizações podem promover a satisfação de seus membros, por meio da ação coletiva.

Segundo Olson (1999), há três aspectos fundamentais para a participação: 1) a motivação dos indivíduos; 2) a relação entre a ação individual e a ação de grupos, e; 3) a natureza e a importância dos benefícios e incentivos individuais e coletivos.

Neste sentido, o interesse comum nem sempre é suficiente para levar cada um dos membros do grupo a cooperar para obter o benefício coletivo, podendo levar os participantes a não contribuírem e se beneficiar do investimento dos demais no grupo. Olson indica que a cooperação é mais dificultosa em caso de grandes grupos, já que, para os pequenos grupos uma deserção ou não anuência é mais facilmente percebida, de maneira que *“quanto maior o grupo, mais longe ele ficará de atingir o ponto ótimo de provimento do benefício coletivo”* (OLSON, 1999, p. 47).

Para que um indivíduo decida por contribuir em grupo para um benefício coletivo, segundo Olson (1999), é aplicado um cálculo que contém três variáveis: a) a medida do custo para obtenção do benefício; b) a medida do benefício que será obtido, e; c) os benefícios já recebidos anteriormente neste grupo.

Desta forma, para que um indivíduo apresente-se como partícipe da ação coletiva é necessário que seus benefícios pessoais superem seu custo individual, mesmo que arque sozinho com o custo total da ação e sua contribuição será mantida até que custo e benefício se igualem. Para qualquer outro indivíduo do grupo que venha a obter a mesma vantagem, haverá interesse em dividir os custos do benefício com o primeiro, fornecendo uma quantidade complementar. Neste caso, ambos continuarão contribuindo até que o custo se iguale ao benefício. Outros indivíduos que porventura tiverem custo excedente ao benefício se comportam como caroneiros. Estes não arcam com o custo e apenas obtêm o benefício custeado por outros, sem que tenham contribuído coletivamente para tanto.

Além disso, a LAC (OLSON, 1999) prevê assimetria nos níveis de interesse entre os membros do grupo, o que poderá incorrer em uma relação de exploração entre participantes em razão de seu porte. Neste sentido, participantes de grande porte são aqueles que provêm a maior parte do benefício, ainda que na hipótese de arcar com seus custos por conta própria, para obtenção da mesma quantidade deste benefício.

Neste cenário poderão apresentar-se situações de exploração entre os participantes entre si. A exploração do grande pelo pequeno ocorre quando o custo deste grande participante é maior do que o benefício a ser recebido pelo mesmo. Já

a exploração do pequeno pelo grande acontece em duas situações: a primeira se dá porque a quantidade de benefício alcançada por este é menor do que o benefício alcançado pelo maior, de forma que o pequeno poderá não se ver incentivado a contribuir coletivamente devido a esta desproporção.

Deste modo, há indivíduos racionais que, buscando ampliar seu próprio benefício, permitem que outros participantes do grupo paguem pelo custo. Deste modo, segundo Olson (1999), a perseguição do interesse individual produz efeitos desastrosos para o coletivo. A deserção ou não contribuição de um dos membros se configura como *carona* na luta do coletivo. Isso não se constituirá como problema apenas na hipótese de haver no grupo algum outro membro cujos ganhos sobre o bem coletivo seja tão grande que se constitua como vantagem arcar com o custo integral da produção.

Entretanto, Olson considera que:

*“os benefícios coletivos são benefícios caracteristicamente organizacionais, já que os benefícios não coletivos comuns sempre podem ser alcançados através da ação individual, e somente quando há propósitos comuns ou benefícios coletivos em jogo a organização ou a ação social grupal se faz indispensável” (OLSON, 1999, p. 28).*

Desta forma, o processo de descentralização e conseqüente municipalização promove entre os entes federativos o desenvolvimento de ações individuais municipalistas. Entretanto, na medida em que esses entes se associam e estabelecem objetivos a serem alcançados por meio da ação social grupal, estes poderão assumir identidades regionais, através das quais se constroem possibilidades de alcance de benefícios coletivos racionalmente planejados, de maneira cooperativa e solidária. Portanto, a ação coletiva poderá torna-se um meio de fortalecer o processo de regionalização em saúde (FLEURY, 2006; OLSON, 1999; MELUCCI, 1989).

## **4 OBJETIVOS**

### **4.1 Objetivo Geral**

Compreender a atuação dos gestores de saúde no âmbito das relações federativas e no âmbito da ação consorciada.

### **4.2 Objetivos Específicos**

1. Analisar os espaços e o modo em que ocorrem as relações federativas entre os gestores municipais de saúde e junto às demais esferas de gestão, sob ponto de vista técnico e político, por meio de suas subjetividades;
2. Compreender o papel dos consórcios públicos de saúde, tendo em vista a relação federativa e o processo de regionalização.

## 5. CAMINHO METODOLÓGICO

### 5.1. Tipo de Estudo:

O presente estudo apresenta uma abordagem qualitativa de caráter exploratório, descritivo e analítico, que favorece a exploração da atuação dos gestores de saúde no âmbito das relações federativas e no âmbito da ação consorciada. A pesquisa qualitativa lida com fenômenos e não com fatos, pois estes, segundo o positivismo, são tudo aquilo que pode se tornar objetivo; o fenômeno, por outro lado, é aquilo que se manifesta em si mesmo, sendo que tal manifestação pode se dar de várias formas, dependendo do acesso que o pesquisador tem ao fenômeno a ser estudado (MARTINS e BICUDO, 2003).

Martins e Bicudo (2003) ressaltam que, em relação ao fenômeno, cabe ao pesquisador situar e descrever, com vistas à compreensão - não à explicação - dos fenômenos estudados.

Segundo Martins e Bicudo (2003) e Minayo et al (2000), a pesquisa qualitativa preocupa-se com um nível de realidade que não pode ser quantificado; sua abordagem aprofunda-se no mundo dos significados das ações, das atitudes, emoções, aspirações, crenças e das relações humanas, fenômenos esses que não podem ser compreendidos por meio de operacionalização de variáveis, equações e médias estatísticas.

De acordo com Minayo e Sanches (1993, p.244):

*A abordagem qualitativa realiza uma aproximação fundamental e de intimidade entre sujeito e objeto, uma vez que ambos são da mesma natureza: ela se envolve com empatia aos motivos, às intenções, aos projetos dos atores, a partir dos quais as ações, as estruturas e as relações tornam-se significativas.*

A pesquisa propõe-se a verificar como se dão as relações entre os atores envolvidos no planejamento e na gestão em saúde na região, quais são as características dessa relação, a análise deste processo, se impositivo ou participativo; compreender como se organizam e executam as ações, quem são os atores participantes e ausentes, quem efetivamente organiza as ações, entre outras questões pertinentes à relação federativa, bem como, compreender qual o papel do consórcio e como se dá a ação consorciada nesse processo.

Desta forma, busca-se por evidências acerca do fenômeno, qual seja, a existência, construção, incipiência ou inexistência das relações federativas e de

elementos potenciais da atuação de consórcios públicos de saúde como apoio a esta relação, no âmbito da região de saúde.

Como contribuição ao entendimento do presente estudo, ressalta-se que Van Dijk (1990) aponta que a análise do discurso é o estudo da linguagem em situações reais cotidianas. Isso apoia o entendimento acerca do fenômeno, por meio do discurso empregado pelos sujeitos deste estudo que corresponde a situações reais de seu cotidiano.

Segundo Gondim (2002), a pesquisa qualitativa ou hermenêutica ressalta que o homem é capaz de refletir acerca de si mesmo e construir-se como pessoa, por meio da interação social, por meio da compreensão de que a realidade é construída no contexto histórico e social, de acordo com a consciência do sujeito. Desta forma, permite-se criar um Outro apoiado na “descrição, no entendimento, na busca de significado, na interpretação, na linguagem e no discurso” (GONDIM, 2002, p. 150).

Nesta abordagem, permite-se ao pesquisador assumir posição crítica, entretanto, não se desvencilha de sua implicação no objeto investigado, permitindo a compreensão da realidade por meio da autorreflexão e tornando-o comprometido com a transformação social (GONDIM, 2002).

## **5.2. Local de Estudo**

O estudo foi desenvolvido na região do Médio Paranapanema do Norte do Paraná, que compreende 21 municípios, correspondente ao desenho da 17ª Regional de Saúde. Para classificação dos atores, verificou-se o papel de cada ente diante do coletivo, estabelecendo uma escala classificatória a partir dessas características: 1) município sede de região de saúde; 2) município sede de microregião de saúde; 3) demais municípios, classificados em dois blocos: 3.a) municípios com até 5,9 mil habitantes; 3.b) municípios com população acima de 6 mil habitantes. Além disso, foram selecionados também representantes do Consórcio Público de Saúde, da Secretaria de Saúde do Estado do Paraná e do Ministério da Saúde.

Ademais, foi analisado o recorte populacional, constatando que se trata de cinco municípios de até 5,9 mil habitantes, 11 municípios de seis até 20 mil habitantes, dois municípios de 50 a 100 mil habitantes, um município de 103 mil habitantes e 1 (um) município com 545 mil habitantes. Na sequência, verificou-se

que a região de saúde é classificada em quatro microrregiões, sendo que o município de Londrina é a sede da região de saúde e de uma das microrregiões, concentrando serviços de referência de média e alta complexidade para os demais 20 municípios. Avaliou-se que no caso da alta complexidade, a referência é estendida para toda a macrorregião de saúde, compreendendo 97 municípios em cinco regionais de saúde, além de sediar uma das quatro macrorregiões de saúde do Estado do Paraná. Os municípios de Rolândia, Ibiporã e Cambé configuram-se como sedes das demais três microrregiões desta região de saúde e possuem serviços referenciados de média complexidade em seus territórios locais (PARANÁ, 2003).

Os sujeitos da pesquisa foram os atores sociais envolvidos na relação federativa da Região de Saúde do Médio Paranapanema, quais sejam, os gestores municipais de saúde, representante da organização diretiva do consórcio público de saúde da região e das esferas estadual e federal de saúde. Para ilustrar o perfil dos municípios partícipes no estudo, apresenta-se o quadro demonstrativo de base populacional e papel dos municípios diante da região de saúde, que detalha os municípios pertencentes à região de saúde, classificados por microrregião, conforme apresenta o Quadro 1.

**Quadro 1:** Quadro de municípios segundo base populacional e papel diante do coletivo.

<b>Município</b>	<b>Base populacional (1)</b>	<b>Papel diante do coletivo regional (2)</b>	<b>Microregião de saúde (2)</b>
<b>Londrina</b>	<b>553.393</b>	<b>Sede de região de saúde Sede de microregião</b>	Microregião 1
Tamarana	13.939	-	
<b>Cambé</b>	<b>104.592</b>	<b>Sede de microregião</b>	Microregião 2
Bela Vista do Paraíso	15.634	-	
Florestópolis	11.145	-	
Miraselva	1.880	-	
Prado Ferreira	3.693	-	
<b>Rolândia</b>	<b>64.028</b>	<b>Sede de microregião</b>	Microregião 3
Porecatu	13.863	-	
Cafeara	2.892	-	
Centenário do Sul	11.279	-	
Guaraci	5.463	-	
Jaguapitã	13.287	-	
Lupionópolis	4.885	-	
Pitangueiras	3.107	-	
<b>Ibiporã</b>	<b>52.848</b>	<b>Sede de microregião</b>	Microregião 4
Sertanópolis	16.429	-	
Assaí	16.104	-	
Jataizinho	12.560	-	
Primeiro de Maio	11.265	-	
Alvorada do Sul	11.148	-	

Fonte (1): IBGE – Estimativas de População 2016/Tabnet/DATASUS/Ministério da Saúde

Fonte (2): PDR – Plano Diretor de Regionalização/SESA – PR (Paraná, 2009, p.85, adaptado).

Para demonstrar quantitativamente a representatividade dos atores participantes, ressaltamos que inicialmente foram selecionados sujeitos representantes de 25 entes das três esferas de governo e do consórcio. Destes, 21 eram entes municipais, dos quais 12 tiveram representantes que compareceram no



dia agendado para a coleta, sendo facultada aos gestores municipais sua participação, acompanhados ou não, do diretor de saúde do município. Com isso, quatro destes municípios estavam representados pelo secretário de saúde e pelo diretor de saúde, conjuntamente. Houve oito municípios que não compareceram ao dia agendado para a realização dos grupos focais, que foram considerados como perda, para fins deste estudo.

Para a representação estadual, foram selecionados dois atores, sendo um do nível central da gestão estadual de saúde e um do nível regional da gestão do Estado, sendo que apenas o representante do nível central participou do estudo. Houve um representante do nível federal selecionado e este participou do estudo. Além disso, houve um representante selecionado do consórcio, que participou do estudo.

### **5.3. Instrumentos de coleta e atores selecionados**

Para o levantamento das informações utilizou-se duas estratégias de coleta de dados: os grupos focais e entrevistas.

O grupo focal é uma modalidade de entrevista em grupo, onde são coletadas informações por meio da interação entre os participantes (KITZINGER, 2000). Os respondentes são selecionados previamente e o ambiente deve favorecer a livre manifestação dos participantes acerca de suas percepções e pontos de vista (MINAYO, 2000). Os grupos focais foram realizados com os gestores municipais que foram organizados em grupo A e grupo B. O grupo A foi realizado com os participantes dos municípios com base populacional de até 5,9 mil habitantes e o grupo B com sujeitos dos municípios com população acima de 6 mil habitantes até 20 mil habitantes.

Nas entrevistas, por sua vez, o pesquisador dialoga com os atores respondentes no intuito de obter informações relevantes e compreender a realidade do sujeito (MARTINS e BICUDO, 2003). Estas foram realizadas junto aos demais sujeitos, quais sejam: municípios sede de microregião, município sede da região de saúde, direção de consórcio e gestão estadual e federal de saúde.

O convite para a participação tanto na modalidade de coleta grupo focal quanto entrevista foi realizado pessoalmente em visitas aos locais de trabalho dos atores envolvidos, que foram esclarecidos quanto aos objetivos do presente estudo e receberam cópia do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) para

assinatura à posteriori, no ato da coleta, agendadas com antecedência de cerca de 30 a 60 dias.

Tanto os grupos focais quanto as entrevistas junto aos gestores municipais ocorreram em ambiente acadêmico e foram realizados após o término do período de gestão dos sujeitos envolvidos. Para os demais atores, a coleta se deu em seu ambiente de trabalho. Os encontros para coleta de dados foram todos gravados, após o consentimento livre, esclarecido e assinado dos participantes. Os roteiros de entrevistas e grupos focais foram aplicados de maneira semi-estruturada, com questões previamente organizadas, conforme apêndices de 4 a 11 deste estudo, com abertura para novas questões ora inseridas durante a coleta.

O quadro a seguir demonstra quais foram os instrumentos utilizados na coleta de dados em relação aos sujeitos do estudo (Quadro 2).

**Quadro 2:** Quadro de instrumentos de coleta e vinculação de origem funcional dos sujeitos do estudo

<b>Instrumento de Coleta</b>	<b>Vinculação de origem funcional dos sujeitos do estudo</b>
<b>Grupo Focal A</b>	Município de Guaraci
	Município de Lupionópolis
	Município de Miraselva
	Município de Prado Ferreira
<b>Grupo Focal B</b>	Município de Assaí
	Município de Centenário do Sul
	Município de Florestópolis
	Município de Jataizinho
	Município de Primeiro de Maio
<b>Entrevista</b>	Consórcio Público de Saúde – Cismepar
	Município de Cambé
	Município de Ibiporã
	Município de Londrina
	Ministério da Saúde
	Secretaria de Saúde do Estado do Paraná

Fonte: Andrade (2018)

Por ocasião da coleta, foi solicitado aos respondentes o preenchimento de um questionário com informações pessoais dos sujeitos do estudo (Apêndice 2).

O material oriundo dos grupos focais e das entrevistas foi transcrito literalmente para posterior análise. No intuito de manter o sigilo e respeitar o anonimato dos participantes, foram apostados códigos numéricos para cada ator envolvido no estudo com a letra “A” seguida de numeração sequencial, de acordo com o aparecimento das expressões dos sujeitos.

#### 5.4. Análise dos dados

Foi utilizado o método de análise de discurso proposto por Martins e Bicudo (2003), que abrange dois momentos: O primeiro consistiu na análise individual ou ideográfica. Neste, foram realizadas leituras das descrições, ou seja, dos discursos dos entrevistados, sem buscar ainda qualquer interpretação. O objetivo dessas leituras é fazer com que o pesquisador se aproprie do conteúdo dos discursos. Nesse momento, é fundamental que o pesquisador situe diante de si o fenômeno que está sendo estudado e que tente se colocar no lugar do sujeito a fim de viver a experiência.

Para Martins e Bicudo (2003, p.95), o pesquisador não deve ser “[...] um mero espectador, mas alguém que procura chegar aos significados atribuídos vivencialmente”. Para tanto, é preciso que conceitos preconcebidos e idealizações do pesquisador não influenciem no momento de análise.

Após as leituras, foram discriminadas as unidades de significado, que são palavras ou frases que possuem algum sentido na perspectiva do fenômeno em questão. Estas não estão prontas no texto, mas são percebidas pela atitude, disposição e interrogações do pesquisador. Assim, é possível que diferentes pesquisadores identifiquem diferentes unidades de significado.

Depois de identificadas, elas foram interpretadas, isto é, as expressões cotidianas do sujeito foram transformadas em uma linguagem mais clara e compreensiva a fim de tornar evidente o sentido transmitido. Ainda neste momento, são feitas as convergências das unidades de significados dentro do discurso de cada entrevistado. Esta interpretação foi realizada por meio de instrumentos da linguística, fornecendo a partir do relato verbal, as formas de representação dos dados, tendo como base a comunicação e a interação social.

Mynaio (2000) ressalta que uma representação é o processo pelo qual a mente constrói uma imagem ou idéia de um objeto, fruto do pensamento, denominada transcrição de um objeto. Desta forma, diferentes objetos podem ser comparáveis e suas combinações podem representar os resultados.

No segundo momento, foi feita a análise geral ou nomotética, que consiste na compreensão e articulação dos diversos casos individuais, como exemplos particulares, em algo mais geral. Nesta etapa ocorreu a releitura das entrevistas; em seguida, tomando as unidades de significados interpretadas dos discursos individuais, foram realizadas aproximações e as convergências e

divergências presentes. As unidades de significado são expressões ou sentenças que demonstram sentido na perspectiva do fenômeno estudado e são percebidas pelo pesquisador de maneira sutil, por meio de expressões verbais e não verbais. A partir destas aproximações por meio das unidades de significado, buscaram-se afinidades entre as unidades de significado, possibilitando a construção de categorias que configuram a estrutura do fenômeno estudado. A partir desta classificação, foram extraídas as categorias de análise para discussão no âmbito do estudo.

### **5.5. Aspectos Éticos**

O presente estudo atende aos requisitos éticos e à normativa inerente à pesquisa científica envolvendo seres humanos, de acordo com a Resolução 466/12, que regulamenta as pesquisas envolvendo seres humanos. Aos respondentes, por ocasião dos grupos focais e entrevistas, foi disponibilizado o TCLE (Apêndice 3), que foi assinado pelos respondentes, após terem suas dúvidas esclarecidas e consentido livremente por sua participação.

Esta pesquisa é parte integrante do Grupo de Pesquisa sobre a Gestão do SUS em Municípios de Pequeno Porte – GESTSUS intitulada “Gestão interfederativa do SUS na organização de arranjos regionais para atenção de média complexidade na macrorregião norte do Paraná”, com submissão prévia à apreciação do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual de Londrina e obteve aprovação, segundo parecer consubstanciado nº 1.700.851 de 29 de agosto de 2016, o qual obteve aprovação CAAE: 56868416.1.0000.5231 (Anexo A).

Tendo em vista o caminho metodológico ora descrito, segue-se para a as reflexões extraídas por meio dos instrumentos de coleta e análise dos resultados.

## **6. REFLEXÕES E ANÁLISE DOS RESULTADOS**

### **6.1. Caracterização dos participantes**

Considerando os atores elencados e convidados à participação do estudo, resulta a adesão de 19 participantes, dos quais afastou-se aqueles que não se fizeram presentes no dia agendado para a coleta, considerados perdas para fins deste estudo. Dentre os presentes, aponta-se para a posição ocupada por estes no período de estudo, quais sejam: 11 secretários de saúde de diferentes esferas de gestão, sete diretores no âmbito da saúde municipal e do consórcio, um coordenador geral de departamento da esfera nacional. Ao aprofundar a análise a partir do perfil dos sujeitos, verifica-se que dentre as profissões de origem, independente do cargo ocupado por ocasião da atividade na gestão, estão os perfis profissionais: administrador de empresas, enfermeiro, auxiliar administrativo, advogado, contador, médico, agente comunitário de saúde, técnico de enfermagem, farmacêutico, educador físico, além de outros três profissionais não respondentes desta questão por ocasião do preenchimento da ficha de cadastro dos participantes.

Em relação ao sexo dos participantes, nove eram mulheres e dez eram homens. No que se refere à idade dos sujeitos, há dois participantes na faixa etária de 25 a 35 anos, nove estão entre 36 a 50 anos e oito entre 51 e 65 anos.

Considerando que os atores elencados vivenciaram em comum a prática gestora no ano de 2016, ressalta-se que alguns destes deixaram a função ao final do exercício, considerando o término do mandato eletivo municipal e outros seguiram no mesmo cargo no ano de 2017. Em análise ao tempo de atuação na função gestora, 31,5% dos participantes encontravam-se atuando há menos de 12 meses; cerca de 5% dos participantes atuando entre 12 e 24 meses; 51,5% dos participantes entre três e quatro anos na função e 31,5% dos participantes atuando entre seis e onze anos na função.

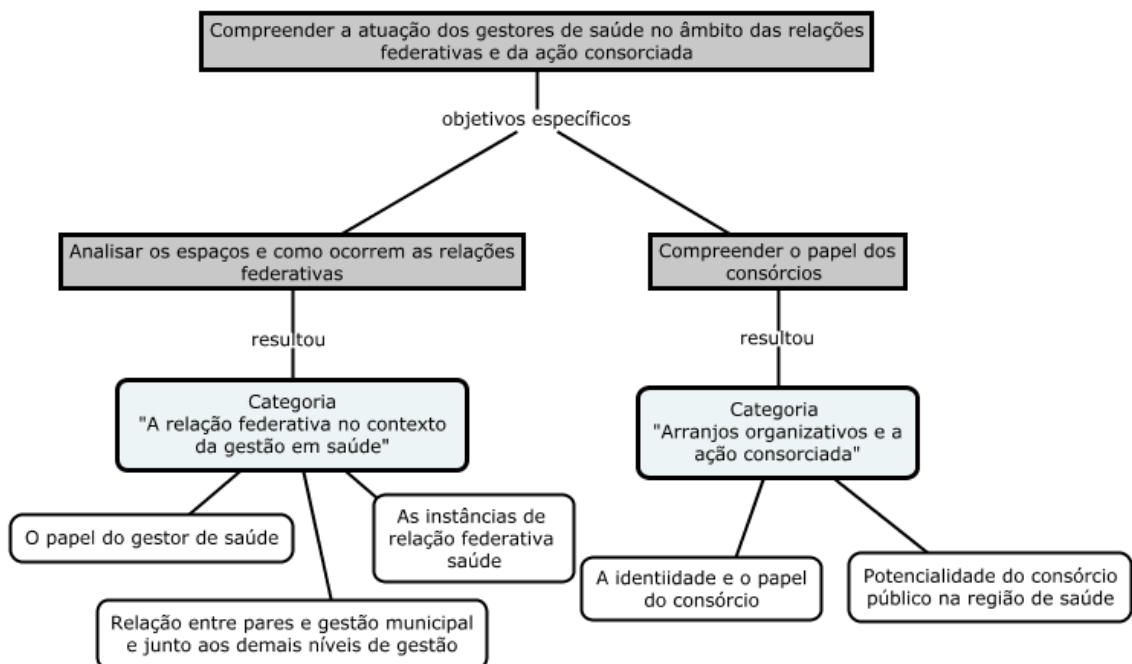
No que se refere ao vínculo empregatício, 63% dos atores envolvidos no estudo possui vínculo estatutário municipal, cerca de 5% possui vínculo estadual e 31,5% encontrava-se em cargos de livre nomeação, durante a atuação na gestão.

## 6.2. Categorias de análise

Por meio dos instrumentos de coleta de dados, foram elencados 306 excertos de fala, sendo 142 significativos ao presente estudo. Estes excertos foram classificados em 55 unidades de significado, que, ao serem agrupados por afinidade foram classificados em duas categorias de análise, das quais foram extraídas cinco subcategorias de análise, que respondem aos objetivos do estudo, conforme ilustração abaixo (Figura 3).

As categorias de análise são: 1) A relação federativa no contexto da gestão em saúde; 2) Arranjos organizativos e a ação consorciada. A Categoria 1 apresenta três subcategorias e a Categoria 2 exibe duas subcategorias, cujas discussões serão apresentadas a seguir.

**Figura 3:** Mapa das relações entre o objetivo geral, objetivos específicos, categorias e subcategorias de análise.



Fonte: Andrade (2018)

### **6.2.1. A relação federativa no contexto da gestão em saúde**

Esta categoria se propõe a analisar o papel do gestor de saúde, bem como os espaços e o modo como ocorrem as relações federativas entre gestores municipais de diferentes portes e com gestores do âmbito estadual e federal, subdividindo-se em três subcategorias de análise: 1) o papel do gestor de saúde; 2) as instâncias de relação federativa em saúde; 3) a relação federativa entre pares da gestão municipal e junto aos demais níveis de gestão. A seguir, apresentam-se as discussões acerca de cada subcategoria.

#### **6.2.1.1. O papel do gestor de saúde**

Esta subcategoria enfatiza a figura central deste estudo, qual seja, o gestor municipal de saúde, considerando sua singularidade como condição essencial à participação nas relações federativas, uma vez que, para que as relações aconteçam, é necessário que o sujeito se depare com o outro, aquele com o qual se relaciona, por meio de sua alteridade, sua singularidade e interação social (BAKHTIN, 1986 [1929]; VYGOTSKY, 1989 [1934]); SEGATO, 2006).

Para fins deste estudo, os gestores municipais, ao serem confrontados com o outro em espelho por meio dos grupos focais e entrevistas, avaliam o papel que desempenham e apontam suas funções, como uma escuta de si mesmos. O estudo permite aos gestores o reconhecimento de seus sonhos, habilidades, frustrações e desejos, tendo em vista a autonomia política dos municípios, como entes federados subnacionais no regime federativo, atores em um processo de ação coletiva (ARRETCHE, 2004; OLSON, 1999).

Esta seção inicial, portanto, trata de revelar o gestor de saúde, tal como ele se vê, com os projetos para os quais se vê destinado. A princípio, os resultados ressaltam a primordialidade de sua atuação inteiramente voltada para a população, em especial, no âmbito do pequeno município, de forma que o gestor de saúde é caracterizado com fatores únicos entre os demais atores da gestão municipal, quais sejam: o receptor, o protetor da população, aquele que está nas ruas da cidade para identificar e dar solução aos problemas.

Em meio a este cenário, apontam para suas atividades diárias, as quais denominam como “missão” (A01; A10). Nesta reflexão acerca de como se veem, compreendem-se as atitudes descritas, já que um missionário difere-se do simples



funcionário. Ao missionário supõem-se um ideal e uma luta, sua determinação por cumprir com sua missão, como expressa o excerto a seguir:

*O sonho era entrar lá para realmente ajudar as pessoas, que eu falo que eu não fui para a secretaria de saúde, eu fui pra rua, ver as pessoas, conhecer as pessoas, tentar resolver os problemas (A01).*

O fato de posicionar-se como um agente em missão, coloca o gestor de saúde como alguém que faz o seu melhor, que doa sem receber algo em troca, que entrega tudo o que tem em nome de uma causa. Essa abnegação é ressaltada nos discursos dos sujeitos da pesquisa, mostrando que para que sejam alcançados seus objetivos, os secretários de saúde explicitam sua dedicação como algo além de sua função profissional, mas identificam-se com esse trabalho como um estilo de vida.

Entretanto, em consideração à subjetividade nos discursos e em meio a esta descrição otimista, também são percebidas nuances de cenários distintos e exercício de outros papéis e comportamentos diante de sua realidade e dos desafios que surgem no cotidiano, dentre eles: a apatia frente às situações de dificuldades, que impedem de avançar na solução de problemas crônicos; o afastamento das atividades de planejamento, no intuito de delegar a outros responsabilidades complexas e a tomada de decisões; a vitimização diante da tomada de decisões de forma verticalizada, promovendo a acomodação dos atores, entre outros.

Esse padrão de comportamento contradiz o emparelhamento provocado pelo Movimento pela Reforma Sanitária (CORDONI JR, 1979; LUZ, 1991), que aproximou atores da gestão, academia e movimentos sociais, entre outros, acerca dos temas de planejamento e melhoria da saúde coletiva, tendo como desdobramento a reformulação da constituição federal (ANDRADE et al, 2017).

Trata-se de um cenário que evidencia poucas produções sociais e intercâmbio social no âmbito deste tema (VYGOTSKY, 1989 [1934]), que apontam para causas como o isolamento social ou a existência de um cenário de baixo volume de trocas significativas e de objetivação da expressão ao outro. Desta forma, é promovida a inibição da atividade mental do nós, que permite firmeza na orientação social e diferenciação ideológica (BAKHTIN, 1986 [1929]), além de promover a subordinação entre os agentes (SROUR, 1998), o que impede o rompimento do sistema de dominação (MELUCCI, 1996).

Acerca das funções do gestor de saúde, também são ressaltados cenários a depender de seu posicionamento diante dos demais, no âmbito do território regional, quais sejam: a função de organização do sistema, desde a atenção primária, passando pela média complexidade até a alta complexidade, na atenção ambulatorial e hospitalar, além das funções de controle, avaliação e monitoramento das ações de referência para toda a região de saúde, ressaltando que as responsabilidades configuram-se como bastante complexas e estendidas, como apontado junto à NOB 01/96 (BRASIL, 1996).

Esse aspecto das funções de controle e da organização da rede de serviços surge nas falas dos municípios de maior porte, que posicionam suas preocupações ressaltando os limitadores orçamentários municipais e sua relativa impotência diante destas situações. No que tange aos municípios de menor porte, ressalta-se sua exígua autonomia financeira e debilidades no sistema de arrecadação tributária, o que torna a esfera municipal dependente, em sua maioria, dos repasses federais automáticos e os gestores de saúde, dependentes de outros atores da gestão municipal para execução do orçamento de sua pasta, apresentando-se como estratégia política o modelo autoritário e centralizador na gestão municipal (MATUS, 2007).

Outro aspecto ora citado é o princípio do comando único conferido aos gestores, qualquer que seja sua base populacional, extensão territorial ou importância no cenário federativo, conforme determina a Lei n. 8080/90 (BRASIL, 1990a). Apenas três sujeitos apontam para este princípio, sendo o representante do município que exerce a função de sede de região, sendo este o único município habilitado a princípio como gestor pleno do sistema de saúde na região, além do representante da gestão estadual e o representante da gestão federal. Esse princípio da gestão em saúde é enfatizado por estes atores como sendo um fator central a ser respeitado no contexto da relação federativa, tal como defendeu a CF (BRASIL, 1988).

Entretanto, as localidades de menor relevância demográfica, mesmo os municípios sede de microrregião, frente às questões de sua autonomia e suficiência diante de seus pares e das demais esferas de gestão, tem a direção única como algo distante de suas realidades. Com isso, acredita-se que o comando único é uma realidade apenas para aqueles gestores com algum nível de independência, uma vez que, a tomada de decisões e o planejamento passam por outro caminho, em

que os gestores dependem de outros gestores para solução integral de suas necessidades. Diante deste cenário, a relação mostra evidências de dependência, em que os municípios demograficamente menores dependem dos maiores (SROUR, 2008).

Além de verificar como os gestores se percebem, constata-se também nos discursos, a preocupação dos gestores não apenas acerca das necessidades da população, mas da necessidade de organização do sistema de saúde. Os sujeitos demonstram que há grande preocupação diante da necessidade de oferta de serviços de saúde, em especial, na alta complexidade, mas também apontam para a carência por instrumentos que viabilizem e operacionalizem a gestão do sistema.

Neste ponto, retomando-se o conceito da alteridade (SEGATO, 2006), é possível constatar que a individualidade e a subjetividade do gestor municipal são trazidas para junto de sua atuação. Suas ideologias e perspectivas para o futuro e para o que acredita ser seu papel são demonstrados claramente. A análise do discurso empregado mostra que os anseios dos gestores apresentam características que os diferenciam a depender da realidade em que se encontram territorialmente, embora as prioridades dos atores sejam construídas de maneira singular.

Desta forma, analisa-se que a unicidade do sujeito é ressaltada nos discursos, conforme aponta Bakhtin (1986 [1929]), sendo que um dos fatores determinantes das diferenças é o território em que se encontram inseridos e o papel deste frente aos demais entes da região de saúde.

Com isso, a posição do município em relação ao território, torna-se o eixo da posição assumida no âmbito das preocupações do gestor, verificando-se diversidade nos desafios enfrentados. Em relação aos gestores de territórios geograficamente maiores ou que se posicionam como referência assistencial para outros, observa-se a preocupação com a qualificação técnica da gestão e suas equipes, enquanto que, aos gestores dos pequenos municípios com número reduzido de equipamentos de saúde e escassez de pontos de atenção disponíveis em seu território, o dia-a-dia consome as tarefas por meio das solicitações pessoais dos munícipes, sendo que dentre elas estão as necessidades de primeira ordem, tais como: a logística, o transporte sanitário, os medicamentos, o acesso às ofertas de alta complexidade, entre outros.

Igualmente, verifica-se a fragilidade apontada na estrutura de gestão, a partir das necessidades crescentes, do aumento da complexidade, em que o gestor

se depara com o refinamento das solicitações, por meio da elevada densidade tecnológica. E diante deste cenário, apontam para a necessidade de enfrentamento das dificuldades na administração pública, por meio de suas habilidades pessoais, enfatizando também a importância no sucesso das relações e a articulação no território em que se encontram.

*Se a gente não tiver compromisso, não tiver vontade, não tiver apoio da equipe, do prefeito, e até da região de saúde como um todo, é muito difícil. Tem que saber o orçamento, finanças, toda a questão do SUS de A a Z, nós temos que lidar com conselhos, que não é fácil e gerenciar todos esses conflitos. Então, assim, para ser o gestor de saúde, você tem que saber realmente o quê que é saúde pública, quais as demandas, as necessidades que existem hoje... de promoção, de assistência, de baixa, de média e de alta complexidade (A10).*

Este recorte demonstra a grande complexidade do sistema de saúde no Brasil. Além disso, encontram-se implícitas nesta fala as dificuldades no entendimento acerca de temas diversos, para os quais a formação pessoal, os cursos de graduação, a experiência exclusiva na área assistencial ou na área administrativa, não são suficientes para dar suporte ao gestor em sua prática diária.

Ao apontar para as necessidades relatadas, estão referidos os problemas acerca das tecnologias incorporadas, em especial nas áreas de diagnose e medicamentos, cada vez mais onerosas, a judicialização da saúde, as condições financeiras limitantes do município, a falta de protocolos basilares para aplicação dos recursos financeiros, além das dificuldades nas relações entre pares da gestão, o domínio das demais secretarias da gestão sobre a saúde, a sensação de estar sozinho nesta jornada, a relação de cobranças constantes da população, entre outros. Esses desafios exigem cada vez mais qualificação das equipes técnicas e dos gestores de saúde e resultam em dificuldades no equilíbrio na execução das funções gestoras (ARRETCHE, 2003).

Outro aspecto relevante é a relação com o prefeito, uma vez que o planejamento do gestor de saúde poderá apresentar interesses distintos ao do gestor municipal, levando esta relação a configurar-se como conflituosa. Com isso, o gestor de saúde se vê sem apoio ou sem valorização por parte do prefeito às suas iniciativas. No âmbito destas relações, o domínio sobre o jogo político e o jogo da vida cotidiana, conforme Matus (2005) é bastante desfavorável ao gestor de saúde, de forma que estes jogos são ressaltados como os que prevalecem em grande parte

da rotina de suas relações, restando um cenário de poucas inovações, focado na solução de pequenos problemas do cotidiano e dominado pelo desejo do prefeito.

Outra dificuldade analisada no que tange a esta subcategoria diz respeito à assimilação das normativas e implantação de novas políticas, considerando o alto índice de rotatividade dos gestores de saúde e a complexidade diante do contexto histórico do SUS, uma vez que quando o gestor está se aproximando de um determinado processo, surgem outras normativas ou diretrizes apontando para um caminho novo. Esse é um dificultador relevante para a análise crítica dos atores e para o fortalecimento das relações federativas.

Ademais, em grande parte, as novas políticas a serem implantadas originam-se das iniciativas das demais esferas de gestão. Com isso, na prática, o gestor municipal de saúde não possui governabilidade para decidir, tanto por sua implantação, quanto pela determinação de contrapartidas, sejam estas no âmbito do aporte financeiro, de estruturas ou de qualificação de pessoal, de forma que essas iniciativas são produtos das relações de poder (GOHN, apud COHEN e ARATO, 1992).

Além disso, os resultados mostram que a renovação não só do gestor municipal, bem como do gestor de saúde e também das equipes técnicas da saúde, em todas as esferas de gestão, são aspectos significativos que dificultam as relações federativas. Estes aspectos fazem com que as políticas públicas assumam validade de curta duração e sejam reformuladas constantemente. Verifica-se que todos esses fatores citados dificultam a continuidade no planejamento e o aprofundamento nas necessidades territoriais, bem como a estruturação das relações federativas.

Assim, a rotatividade é ressaltada como inerente ao processo eletivo, com a conseqüente renovação do comando municipal e apresenta conseqüências, como no excerto:

*A cada mudança de gestão, a gente sente um “pá”... uma freama, porque vêm novas cabeças e não é só o secretário, a gente fala de prefeito também, ele tem as ideias dele e a hora que chega lá não é a nossa realidade, aí você não consegue deslanchar (A02).*

Com isso, a totalidade dos participantes do estudo, mas em especial, aqueles da esfera estadual e federal, apontam para a necessidade de formação

técnica dos atores envolvidos na gestão em saúde, da circulação de informações essenciais ao fortalecimento dos gestores municipais, considerando a renovação dos grupos políticos, a nomeação de gestores com formação em outras áreas de conhecimento, alheios à saúde pública. Para o enfrentamento desses desafios, apontam para a necessidade imperativa da adoção de estratégias para a consolidação das políticas públicas de saúde.

Neste sentido, outro aspecto limitador desta atuação gestora configura-se a partir da relação entre o gestor de saúde - o secretário de saúde e os demais atores envolvidos na gestão orçamentária da saúde, o que de certo modo, constitui-se como fator dificultador na concretização do planejamento e na execução das ações prioritárias para o coletivo da saúde pública.

Com a visão que o gestor tem de seu próprio papel, seus sonhos e limitações, considerando ser um ator primordial na discussão, o planejamento e na tomada de decisões para o desenvolvimento de políticas públicas de saúde, importa registrar que o gestor de saúde inicia sua trajetória nesta função imbuído de sua própria constituição subjetiva, sua fenoestrutura, personalidade e saber pessoais, suas construções profissionais, acumulações anteriores, além dos sentimentos, medos e esperanças, acerca de seu papel e atuação como gestor de saúde (MATUS, 2005).

Um dos apontamentos que os gestores municipais apresentam é uma espécie de cerceamento da autonomia que avaliam que sofrem para lidar com a execução orçamentária da saúde. Desta forma, afirmam que se trata de um limitador significativo para elaboração e para a execução de seu planejamento, além de outros fatores, tais como: a tomada de decisões no âmbito estritamente político, o desconhecimento do prefeito acerca das questões técnicas inerentes às políticas públicas de saúde e seu distanciamento das equipes técnicas para a tomada de decisões no município.

É possível visualizar que o jogo que predomina neste cenário, acima dos demais, é o jogo político, que envolve uma disputa que extrapola a ordem da gestão em saúde, mas envolvem outros sistemas de interesse, além de posições ideológicas muitas vezes distintas e questões pessoais que se sobressaem ao interesse coletivo, tal como é apontado a seguir:

*Tem muitas coisas que são decididas diretamente pelo gestor municipal, no caso o prefeito. Tem muito de você ter algumas decisões que você chamaria de decisão política, de uma coisa que nem estava no plano de saúde. E às vezes acaba acontecendo alguma coisa meio atravessada, que não tem muito a ver, e que depois fica um pepino para o gestor de saúde (A11).*

Diante desta constatação, verifica-se que grande parte dos gestores de saúde, independente de seu porte e demografia, tem acesso restrito às informações financeiras do município e, muito embora, existam políticas públicas por serem executadas, em alguns casos, há limitações no que tange à aplicação do recurso, levando os gestores de saúde a conflitos internos no município, no intuito de “*direcionar para a forma correta*” (A06) a execução do orçamento.

Ao retomar a TJS, verifica-se a existência do modo de fazer política *Chimpanzé*, referido por Matus (2007) em que o líder político posiciona-se com autoritarismo, conferindo “*valor zero ao projeto social*“, o que resulta em conflitos entre o gestor responsável pelo sistema de saúde e o gestor responsável pelo planejamento e execução orçamentária, mesmo estando estes, atuando em um mesmo plano de governo no município.

Ademais, Matus (1994) ao referir-se ao planejamento tradicional, em oposição ao planejamento estratégico situacional, aponta para a teoria econômica e ressalta que para o economista, a ação é sinônimo de comportamento, regido por leis, de forma que a criatividade inexistente. Desta forma, verifica-se que há um poder paralisante exercido sobre os gestores de saúde, quando estes não detêm conhecimento e autonomia sobre o planejamento orçamentário municipal.

Diante deste cenário, o papel do gestor de saúde é enfraquecido. O secretário de saúde é aquele que resolve, da forma que lhe é possível, os problemas de saúde da população. E cabe a um outro o planejamento e controle orçamentário para solução desses problemas. Neste contexto, os jogos que prevalecem são: o jogo macroorganizacional, que se refere à organização burocrática, e o jogo econômico, subjugando o homem na satisfação de suas necessidades econômicas. Ambos são comumente dominados por profissionais das áreas da contabilidade, economia, direito e administração, que em geral, possuem amplo conhecimento técnico em suas áreas de formação básica, mas caminham de forma tangente à complexidade do sistema de saúde.

Por meio do reforço ao jogo macro organizacional, profissionais das referidas áreas de atuação, distantes da perspectiva histórica de construção do SUS, utilizam-se de imposições normativas e legais cujo enfoque direciona o serviço de saúde para o modelo médico privado, já que a lógica de sua formação baseia-se na lógica de mercado. Desta forma, o discurso técnico desses profissionais comumente encontra apoio na preferência dos governantes municipais para tomada de decisões.

Neste aspecto, o estudo mostra evidências de frustração causada junto aos gestores de saúde diante deste cenário de dominação, situação esta que apresenta-se como um fator que fragiliza sua postura e paralisa sua conduta diante das dificuldades, desestimulando-o a assumir um papel argumentativo da construção de soluções, da ordem do planejamento.

Diante deste caminho percorrido na apresentação do papel do gestor, verifica-se que ele é inserido em um cenário em movimento, que mostra sinais de avanço, mas também desacelerações, além de mudanças normativas e processuais constantes, sendo este o universo de construção do SUS. Os avanços e princípios alcançados pelos movimentos sociais, conferências de saúde e pela CF não se perpetuam, mas tornam-se vulneráveis às atualizações normativas definidas verticalmente e pelas emendas constitucionais.

Desta forma, os resultados evidenciam uma prática de gestão focada na centralidade do comando em saúde nas demais esferas de gestão, o descrédito ou não investimento às iniciativas municipais, além de nuances representativas dos individualismos e relações de dependência a que são submetidos os municípios, em especial os de menor densidade demográfica, práticas que por vezes, remetem ao coronelismo (ABRUCIO, 1998).

Até esta parte, o enfoque acerca do papel do gestor é algo individual. A partir desta etapa, analisa-se o gestor de saúde na relação, tanto entre pares, quanto em relação aos demais níveis de gestão.

#### **6.2.1.2. As instâncias de relação federativa em saúde**

A partir da descentralização e municipalização das ações de saúde, tendo em vista a complexidade da atuação do gestor, como já apontado, avalia-se que os gestores municipais e suas equipes de gestão demandam estruturas fortalecidas em



um caráter coletivo, que segundo suas normativas, configuram-se por meio de instâncias onde ocorrem as relações federativas.

Essas instâncias de relação tem como intuito a organização de suas práticas, de forma que os gestores possam expressar, de forma segura e entre pares, suas ideologias e necessidades, com vistas ao desenvolvimento das suas funções. Neste contexto, esta subcategoria apresenta o cotidiano enfrentado pelos gestores de saúde em suas práticas diante da relação federativa, já que essa estrutura relacional encontra espaços *informais* ou *formais* de articulação.

Os espaços informais configuram-se involuntária ou voluntariamente, por iniciativa dos próprios gestores, em encontros temáticos, nos contatos telefônicos, no intervalo para o café em reuniões técnicas, capacitações ou congressos e ainda durante o trajeto em viagens comuns aos gestores de uma mesma localidade, entre outros.

Essa realidade mostra-se bastante complexa, uma vez que por meio de espaços informais há risco de criação de subsistemas na relação federativa ou de articulações paralelas com produções que impactam na contramão dos espaços democráticos.

Entretanto, os resultados mostram que nessas oportunidades informais há trocas significativas entre os gestores de saúde e são espaços em que os atores com menor acesso ou propriedade acerca das normativas, entre outras questões técnicas, tem oportunidade de compartilhar dúvidas, aprofundar temas e obter esclarecimentos entre pares.

Já os espaços formais constituem-se das instâncias de deliberação estruturadas como local das relações federativas. Dentre estas instâncias, os espaços mais próximos dos gestores municipais são o CRESEMS e a CIR, “*assim chamada depois do decreto [7.508/2011]*” (A18).

Avalia-se que há uma significativa dificuldade na participação desses atores no CRESEMS, sendo que parte dos gestores municipais prefere estar presentes na CIR, embora ambos sejam realizados no mesmo dia, mas em períodos distintos.

A participação na CIR é mencionada como preferencial entre os gestores municipais, uma vez que neste âmbito encontra-se a equipe técnica da Regional de Saúde (RS), e desta forma, alguns dos participantes do estudo apontam como uma obrigatoriedade na participação e outros ressaltam a possibilidade de realizar troca

de saberes junto aos técnicos e, em alguns casos, oportunidade para apresentar seus pleitos individuais à gestão estadual.

Neste sentido, o CRESEMS, embora citado como um dos espaços mais privilegiados para a relação federativa, apontado como o principal espaço de encontro entre os gestores municipais da região, já que neste âmbito não há qualquer interferência de outros níveis de gestão em suas discussões, é referido como pouco participado pelos gestores, com preferência pela participação na CIR.

Como justificativa a essa ausência, alguns dos gestores apontam que sua participação é viabilizada em apenas um período, devido à sua percepção acerca da necessidade de permanecerem no município e sua constante convocação pelas equipes, pelo prefeito e pela população.

Esta revelação acerca do esvaziamento ou da participação reduzida dos atores constituintes do CRESEMS, da qual, por vezes, estão presentes menos de cinquenta por cento dos membros do conselho é um sintoma a ser considerado, que apontam para diferentes causas. Alguns dos gestores municipais não percebem o CRESEMS como uma instância com poderes para promover mudanças, o que aponta para o descrédito da ação coletiva.

Neste sentido, Nicoletto (2015) aponta que as instâncias de deliberação regional, qual seja, o CRESEMS e a CIR, configuram-se como cenários meramente informativos e ressalta que sua dinâmica versa em torno da discussão e rediscussão de uma problemática, sem resolver ou efetivar soluções, o que torna a distribuição do poder assimétrica, prevalecendo à vontade de uns sobre a dos demais.

Diante deste cenário, verifica-se a subutilização do espaço que pode ser considerado o mais autêntico da relação entre gestores municipais, qual seja, o CRESEMS. Considerando a ausência de alguns dos gestores, mesmo aqueles de maior base populacional, apontados como essenciais para a discussão e definições, além do “não saber” acerca de algumas questões técnicas e de articulação, tendo em vista ainda o entendimento superficial acerca da função destas instâncias, a centralização das discussões e das opiniões apenas entre alguns (ou mais apropriados do conhecimento ou mais corajosos), encontramos espaço para uma reflexão que consideramos bastante significativa, um pensamento que aflige e ao mesmo tempo, alerta: os gestores municipais desconhecem a força de sua ação coletiva, na medida em que não a colocam a teste e não a empregam.

Na sequência dessas instâncias, a CIB também é citada como relevante cenário para recepção de informações e de novas políticas ministeriais e estaduais. Os participantes do estudo referem que na instância da CIB, cenário da relação federativa no âmbito do território estadual, onde se reúnem os representantes do gestor estadual e dos gestores municipais, qual seja o COSEMS, há ausência ainda mais expressiva dos gestores municipais, se comparados às reuniões do CRESEMS e da CIR. E indicam que, ainda que a logística de transporte seja facilitada pela Regional de Saúde, a participação dos gestores municipais da região é bastante inexpressiva.

Desta forma, a participação quantitativamente reduzida dos gestores municipais no CRESEMS e na CIR, além da participação pouco expressiva na CIB são questões pelas quais importa uma análise aprofundada, que mostram que, em geral, os gestores do território delegam a tomada de decisões a gestores de outras localidades ou de outras esferas de governo.

Todos esses espaços foram preconizados para socialização e discussão de temas prioritários, tomada de decisões e pactuação entre diferentes gestores ou esferas de gestão, os quais demandam envolvimento e participação dos gestores, com especial atenção ao conhecimento normativo e da realidade de saúde da região.

Entretanto, considerando os parâmetros infraconstitucionais de organização do sistema de saúde, devido à heterogeneidade entre os gestores municipais, ainda que pertençam a uma mesma região, a construção de políticas territoriais depende da participação efetiva destes atores, quaisquer que sejam suas características locais, o que fortalece a autonomia político-administrativa municipal e conseqüentemente o federalismo (BRASIL, 1990a; SOUZA, 2005; FLEURY, 2006; ANDRADE et al, 2017).

Neste contexto, são reservados espaços aos entes federativos para que se posicionem como agentes significativos no que se refere ao planejamento, de acordo com os princípios do SUS, de forma que estes têm à sua disposição ferramentas para a governança regional que podem ser aplicadas no intuito de promover a pactuação e gestão interfederativa.

Apesar disso, há gestores que consideram estas instâncias como sendo espaços com tendência à dominação, conforme aponta Srour (1998) e se afastam para evitar que sejam tomados como parte em decisões que não podem ou que

preferem não refutar. Outra situação refere-se à participação do espaço como mero ouvinte, o que faz com que seja preterido diante da coincidência com outros compromissos. Ademais, há ainda gestores que consideram outros espaços mais relevantes para o exercício da relação federativa, priorizando-os na organização de seus compromissos ou das atividades do cotidiano.

Contudo, há fatores conflitantes que impedem ou dificultam a relação federativa nestes espaços formais, fazendo com que estes não sejam “*usados na sua plenitude, no ponto de vista da participação*” (A18), não obstante o não aprofundamento dos gestores nos temas relevantes para sua atuação.

Os gestores municipais apontam como um fator limitador para a construção de um relacionamento mais frequente entre os pares a falta de tempo para participação sistemática, já que as demandas locais são ininterruptas, as quais requerem sua atenção diuturna.

Em análise ao perfil dos municípios que são apontados como mais ausentes nas instâncias de relação federativa, verifica-se que, em sua maioria, incidem os municípios com menos de 20 mil habitantes. Questiona-se, portanto, se há efetividade na construção de políticas de forma ascendente e participativa, com atenção às especificidades territoriais, do ponto de vista político e administrativo, uma vez que a maior parte dos municípios na região possui esse perfil populacional.

Outro aspecto relevante neste sentido é a percepção de que as demandas já foram estabelecidas e as eventuais soluções apontadas em pautas anteriores, de forma que estas são apenas comunicadas pelos componentes da mesa executiva dessas instâncias aos demais participantes, apontando para o modelo *autoritário*, opondo-se à *democracia* (SOUZA, 2005; LUZ, 1991).

Esses cenários apontam para o enfraquecimento do federalismo, que requer uma construção estabelecida por meio de *consentimento mútuo* (Harman, 1992) e apontam para uma espécie de *coronelismo* (ABRÚCIO, 1998). Isso mostra que a cultura política brasileira, em geral, não é a da participação, mas a do autoritarismo e da obediência, de forma que, mesmo chamados à participação, há tendência à omissão dos atores.

Pinafo (2017) refere que os gestores municipais de pequeno porte não exercem seu poder por meio da ação coletiva, mesmo em instâncias propícias à sua articulação, como as reuniões do CRESEMS e da CIR. Desta forma, as discussões acerca do planejamento, prioridades e ações a serem implementadas estão

posicionadas em outros locais de discussão, tais como gabinetes e salas de reuniões do âmbito municipal, estadual ou federal, sem a participação colegiada da instância regional, de forma que não se evidenciam aspectos da ação coletiva em curso.

Outra questão analisada é a nomenclatura adotada por alguns dos gestores, além de alguns profissionais das áreas técnicas da gestão municipal e estadual, que remetem a normativas anteriores inerentes ao processo de construção do SUS, mas que permanecem no imaginário dos profissionais. São nomenclaturas ou vocábulos a serem superados, mas que permanecem ainda no discurso dos atores envolvidos na gestão em saúde. Trata-se da expressão “CIB Regional”, adotada regimentalmente no Estado para denominar a CIR ou ainda o termo “gestão plena”, que se refere à habilitação dos gestores estabelecida pela NOB 01/96, superada no PS. O uso destes denominadores está intrinsecamente atrelado à forma como são conduzidos os processos comunicativos e exercido o poder (BAKHTIN, 1986 [1929]).

Desta forma, observa-se que há atores que podem ser considerados saudosos ou apegados a essas práticas já superadas normativamente. Essas expressões são transmitidas entre níveis de gestão, entre pares e ultrapassam o limite do período de gestão, desvelando, por meio da análise do discurso, situações de empoderamentos e resistências, por meio do domínio do jogo da comunicação (MATUS, 2005).

Ademais, verifica-se a insuficiência na formação técnica dos gestores acerca destas instâncias, no entendimento acerca da função de cada espaço e de forma ainda mais substancial, a subestimação de sua força decisória coletiva.

*Você perdeu uma CIB REGIONAL [CIR], você não consegue mais acompanhar, quem não tá acompanhando, não vai entender nada. Aí vem aquela [pergunta]: tá aprovado? tá aprovado! Quem é marinheiro de primeira viagem não sabe nada disso aí (A05).*

Desta forma, verifica-se que na ausência dos gestores municipais, os espaços são ocupados por outros atores, participantes igualmente legítimos das instâncias de deliberação, apresentando-se assim o jogo social, com vantagens para seus jogadores melhor posicionados. Além disso, verifica-se um poder delegado ao outro, por meio da própria ausência, de forma que a retomada posterior de assuntos

já finalizados não é possível aos ausentes. Com isso, permite-se que participem do jogo aqueles que estão mais empoderados pelo saber técnico ou que, por sua vez, estão em sintonia com o jogo. A dominação do grande jogo se dá pelos atores que dominam os jogos menores das ciências e macro organizacional (MATUS, 2005).

Assim, aponta-se para a falta de percepção dos atores envolvidos acerca do poder que seu coletivo pode exercer por meio da Ação Coletiva (OLSON, 1999; GOHN, 1997), de forma que os atores sociais não reconhecem e não assumem o protagonismo, negligenciando sua participação no espaço do CRESEMS, restando para a CIR constituir-se como cenário majoritário de tomada de decisões, para a qual se pode delegar a outras esferas de gestão a competência pelo direcionamento das ações a serem desenvolvidas na região de saúde, enfraquecendo a autonomia municipalista e o federalismo (ARRETCHE, 2010; ABRUCIO, 2001).

Neste sentido, em análise às relações de poder na perspectiva dos jogos de Matus, prevalece o jogo político, que promove a concordância dos gestores municipais com as iniciativas das demais esferas de gestão e o jogo macro organizacional, que posicionam os atores com maior conhecimento de elementos burocráticos com vantagem em relação aos demais. Outro jogo que predomina é o jogo pessoal, em que os interesses pessoais se sobrepõem aos interesses do coletivo (MATUS, 2005).

Há relatos ainda de burocratizações nos instrumentos de gestão e nas instâncias constituintes da relação federativa, delegando-as a espaços meramente informativos, administrativos ou ainda tornando-os, na prática, estruturas de formalização das decisões tomadas em outros espaços, sem que sejam explorados em seu potencial decisório, como um espaço de deliberação entre pares.

*Essa dinâmica, na maioria das vezes vira “letra morta”, eu acho que ela tem que ser repensada, porque a gente tá fazendo isso muito formalmente. No CRESEMS você não tem essa obrigatoriedade [...] talvez [o CRESEMS] não tenha toda força que poderia ter, o pessoal consegue trazer as suas preocupações para discussão, mas nem sempre consegue dar uma forma para essas preocupações, transformar em propostas efetivas, em luta efetiva, para viabilizar as propostas (A11).*

Este cenário de não exercício das relações federativas por meio de suas instâncias remete ao histórico da herança da coroa portuguesa no Brasil, de forma que mesmo após a adoção do federalismo, as decisões mantiveram-se no governo

centra (CUNHA, 2001), o que contradiz as iniciativas de articulação regional dos gestores municipais na década de 1980, que foram precursoras do CONASEMS (PIMENTA, 2007), coincidentemente iniciadas no mesmo território que representa o local deste estudo.

Como contraponto, refletindo acerca da municipalização como forma de distribuição de poder para o fortalecimento da autonomia dos governos subnacionais, entre eles, o município, verifica-se, por meio de trabalho, que é necessário ainda empoderar os representantes municipais para o exercício do planejamento e da tomada de decisões, de forma que o município venha a se constituir, de fato, como agente protagonista na formulação de políticas públicas.

Este cenário remete ao processo de redemocratização brasileira nos anos 1980, que se opôs ao regime militar e à concentração do poder e da tomada de decisões. Ressalta-se, entretanto, que por meio do processo de descentralização, os gestores de saúde estaduais e municipais têm assumido progressivamente as funções antes executadas pelo governo federal, ainda que as decisões ainda encontrem-se centralizadas, ocasionando desigualdades regionais e conflitos na relação federativa (SOUZA, 2005).

Entretanto, Rocha e Faria (2004) apontam que ainda que a descentralização tenha produzido efeitos positivos por meio da racionalização e democratização das políticas públicas, a grande maioria dos entes municipais enfrenta a precariedade técnica, administrativa e financeira, de maneira que a descentralização acaba por fragilizar ainda mais a ação pública, além de estimular o fortalecimento de grupos regionais com práticas pouco republicanas e a competição entre entes federados.

Neste sentido, questiona-se também o elenco de participantes das instâncias de deliberação no âmbito da Região de Saúde, em especial, a CIR, já que esse espaço pode configurar-se como cenário privilegiado de discussões, que carrega componentes fundamentais para a constituição de uma identidade regional e um colegiado efetivo da representação municipal da gestão em saúde. Verifica-se, pelo excerto abaixo, uma possibilidade de reconfiguração deste espaço, de forma a aproveitá-lo sob um novo contexto:

*Na CIR é prevista que o representante estadual também participe. E aí há algumas controvérsias que uma vez um colega levantou, porque na CIB o estado dialoga com o conjunto dos municípios por representação [COSEMS], assim*

*como na CIT, o Ministério dialoga com representações dos estados e dos municípios, não é, CONASS e CONASEMS. Na CIR está lá representado o Estado e aí gente sabe que tem uma série de problemas com relação a isso, eles não estão empoderados verdadeiramente para tomar a decisão pelo conjunto dos municípios. A CIR na verdade deveria ser um espaço de articulação municipal e não necessariamente precisar ter o Estado, até porque o Estado entraria na CIB. Enfim são questões ainda para serem exploradas (A18).*

Os participantes do estudo apontam para a utilização do CRESEMS como um espaço para a apresentação de situações-problema do cotidiano dos gestores em geral e a CIR como um espaço de formalização de propostas, ainda que consideradas não autênticas, uma vez que do ponto de vista da procedência, na CIR formalizam-se acordos propostos pelo ente estadual e federal, em sua maioria.

Neste sentido, um apontamento para a participação exclusiva dos gestores municipais nesta instância, surge como uma questão a ser submetida à ampla reflexão e aprofundamento, de maneira que uma das hipóteses seria a de que os gestores municipais poderiam aproveitar o espaço para tomada de decisões entre pares.

E diante deste contexto, importaria também questionar se as decisões regionais deveriam ser delegadas hierarquicamente à instância superior, a CIB, ou se essa seria uma instância ampliada, sem poder para sobrepor as definições regionais.

Os relatos indicam ainda para as demais instâncias criadas pelos gestores no intuito de favorecer a relação federativa, quais sejam, as CT, GT e os Grupos Condutores (GC), classificados por tema, que são estruturados no âmbito da região de saúde. As CT e os GC são estruturados para atuação permanente, por meio de encontros sistematizados e sua estruturação, bem como as discussões e seus produtos são submetidos à aprovação das instâncias formais de deliberação, quais sejam, o CRESEMS e a CIR. Já os GT são constituídos a partir do entendimento dos componentes destas instâncias acerca da necessidade de ampliação nas discussões acerca de temas relevantes à região, em grupos estruturados para atuação temporária. Entretanto, revela-se a insuficiência na propriedade e na liberdade dos atores acerca dos temas discutidos, o que se constitui como uma limitação para sua participação efetiva e para que estes sejam espaços para construções autênticas dos atores da região de saúde.



*Nós criamos vários grupos de trabalho, um exemplo é o caso do hospital [de um município], onde nós criamos um grupo de secretários pra tá ajudando, articulando junto aos vereadores, criamos o grupo da urgência e emergência, por conta da questão do SAMU, o grupo para o consórcio... a gente também resgatou as câmaras técnicas, ali ela, conversa muito, ela dialoga e chega [na CIR] para apresentar aquilo que os municípios pensaram. A gente definiu que a gente traria os técnicos [dos municípios] junto com gestor [na câmara técnica]. Assim, se torna mais rico, porque às vezes o gestor não tem o domínio de tudo (A10).*

Neste sentido, algumas das limitações apontadas são: a) a lógica de distribuição dos participantes, em que os municípios são divididos para representação nas câmaras técnicas e grupos de trabalho, de forma que há pouca integração entre o município de referência para os serviços de média e alta complexidade e os municípios demograficamente menores, impossibilitando a troca entre estes; b) a pouca participação dos gestores municipais; c) em alguns casos, a participação de vários participantes da equipe técnica do município sede da região e poucos participantes dos demais municípios, de forma que houve apontamento de que nas discussões havia prevalência das opiniões dos gestores dos municípios maiores, uma vez que estavam com um maior número de técnicos, ressaltado na fala de um dos participantes; d) reuniões de câmaras técnicas com discussões em torno das políticas estaduais ou federais, tais como o cumprimento dos programas de vacinação, entre outros; e) discussões propostas e priorizadas pelos municípios de maior porte, cujo resultado versa sobre a contribuição financeira dos menores para com os maiores, em que o discurso utilizado para dominação é reproduzido pelos entes em condição de submissão; f) limitações no entendimento técnico das questões elencadas na discussão, com abordagem superficial, de forma que alguns gestores não se encorajavam a levantar questionamentos para melhor apropriação. Algumas dessas dificuldades referem-se, em sua maioria, à desigualdade no número de participantes técnicos em representação a cada município.

Os sujeitos apontam que municípios de maior porte enfrentam menos dificuldades para participação com suas equipes técnicas de maneira substancial, enquanto municípios de pequeno porte têm dificuldades de participar com técnicos de suas equipes em reuniões de gestão e instâncias de discussão, já que a ausência destes profissionais de seus postos de trabalho poderia impactar

negativamente na atenção à saúde local e até mesmo levar a população à desassistência naquela data.

Essa participação exígua dos técnicos dos municípios demograficamente menores acentua as fragilidades locais, de forma que os espaços não são considerados privilegiados para o debate acerca das especificidades locais destes entes, no contexto da formulação de propostas para solução dos problemas.

Outro fator que fragiliza a relação intergestora é a divisão dos gestores entre grupos nestas instâncias, conforme apontam os relatos, uma vez que, embora a intenção inicial seja a da capilaridade das discussões, essa organização resulta em uma limitação na compreensão de forma aprofundada dos temas abordados por todos os gestores da região. Diante deste contexto de estruturação de grupos de trabalho, há relatos de falta de entendimento acerca do assunto em pauta, em especial, para representantes das pequenas localidades.

Quanto ao encaminhamento e a resolutividade das questões discutidas nos grupos de trabalho, aponta-se para um cenário de descontinuidade, alguma morosidade na conclusão dos processos analíticos, cobranças dos atores representados acerca da finalização dos processos e respostas objetivas às situações-problema, situações inconclusivas, soluções parciais, além do esfriamento de algumas discussões, de forma que há temáticas que “às vezes cai no esquecimento, mas o problema tá lá e aí você tem que dar aquela cobrada” (A02).

Há ainda relatos de resolução de questões, quando de temas tidos como importantes para apenas um dos gestores, quer seja, o de maior porte, como exemplo, para a definição da planilha de valores de contribuição per capita para o módulo pré-hospitalar da rede de urgência e emergência. Deste modo, para questões gerais e de interesse do coletivo, há percepção do esforço acerca da estruturação dos cenários para discussões, entretanto, é verificado um retorno parcial de respostas e encaminhamentos acerca dos temas pautados.

*A gente poderia aproveitar melhor, já que a lei exige inclusive, né, que seja feito um planejamento, a gente poderia aproveitar melhor esse processo para fazer um planejamento de fato ascendente, para fazer um planejamento participativo, e talvez chegar em planos de saúde que fossem mais próximos da realidade da população. Eu percebo que havia esforço, algumas questões o pessoal conseguia discutir e programar em conjunto, mas eram questões pontuais ou era discussão por exemplo de estratégia da vacinação da dengue, da gripe.*

*Mas de qualquer forma era uma política, um programa, né, uma política mais, Estadual, mais ampla (A11).*

Assim, há um reconhecimento acerca da necessidade de construção de um processo de planejamento mais efetivo, conforme avaliado pelos participantes deste estudo. Além disso, há registro do entendimento acerca do processo de planejamento no cenário atual, como havendo uma posição expectante acerca da existência de um recurso financeiro para que só então seja pensado em um planejamento para sua execução, sem que seja efetivamente construído um processo de planejamento ascendente acerca das necessidades da região.

Outra questão apontada, foi o não-protagonismo na participação das ações inerentes ao planejamento no âmbito do território regional.

*A gente faz o planejamento local, o regional a gente “participa”. Na verdade, a gente nem é chamado para esse momento. A gente participa bem pouco no planejamento. Algumas situações pontuais são resolvidas, mas não através de políticas, [somente] ação em cima daquela situação, a situação é essa, vamos resolver assim. Agora [construir] uma política, para nortear mesmo, para tocar, não (A02).*

Este apontamento resulta em um cenário de muitas reflexões e questionamentos. Estariam os gestores municipais em posição expectante de outro ente federado, entre seus pares ou outra esfera de gestão, para a elaboração do planejamento? Uma hipótese seria: os municípios menores aguardam o posicionamento dos maiores? Outra: os municípios em geral aguardam as políticas provenientes do Estado ou do Ministério da Saúde? Ou ainda: estariam os municípios empoderados do saber acerca de seu papel no planejamento regional? O excerto abaixo responde a essas questões e aponta para uma posição expectante dos municípios.

*Então acho que fica, ainda há uma certa, não sei se dependência, não encontro a palavra, mas acho que, talvez, há uma certa posição de aguardar um pouco essas políticas maiores: “que é que eles vão fazer, que que eles vão determinar?” (A11).*

Outras questões emanam desta reflexão e remetem aos instrumentos de gestão, tais como o Plano Municipal de Saúde, o Plano Plurianual do município, que devem ser reflexo da realidade do território, potencial para ser modificada a partir do

planejamento. Ademais, surge ainda no cenário dos instrumentos para a relação federativa o Contrato Organizativo da Ação Pública da Saúde – COAP.

A não efetivação dos elementos de articulação e pactuação do COAP, como exemplo a PGASS, uma vez tangente ao palco das recentes discussões em saúde, impede que os gestores alinhem suas metas, programações e referências. Os sujeitos do estudo confirmam a não concretização do COAP na região e relatam que no processo de intronização deste tema houveram oficinas realizadas pela RS, foram solicitados relatórios para a estruturação do diagnóstico, entretanto, em algum momento, o processo não foi continuado.

Ressaltam ainda que o assunto foi pouco discutido e que não houve participação significativa dos gestores municipais nesta construção. Há ainda um relato de um dos gestores, que informa que fez o “*curso de Micropolítica da Gestão em Saúde*” (A5), por iniciativa pessoal e teve contato mais aprofundado com o tema por ocasião do curso. Entretanto, as discussões acerca do COAP foram interrompidas na etapa de diagnóstico, no qual os municípios encontravam-se em processo de levantamento de dados.

Os indicativos de insucesso da proposta surgiram no estudo. Dentre eles, ressalta-se para a metodologia adotada para a construção do COAP, apontando para a simples “apresentação” de um modelo discutido na esfera federal, sem que tenha ocorrido uma construção ascendente, o que nos remete à hipótese de confecção por um pequeno grupo técnico, de forma verticalizada.

Outro indicativo do insucesso foi apontado como sendo o acúmulo de instrumentos e elementos de organização e controle, que poderia ter sufocado os gestores no processo de confecção do instrumento.

*O modelo que se colocou, a política que se coloca até hoje... mas ao longo desses últimos anos, a gente pode perceber alguns problemas, desde a elaboração desse instrumento, porque lida com processo altamente complexos. Quando a gente não está muito apropriado de alguns processos, a tendência é colocá-los todos no mesmo lugar, no mesmo canto. O COAP é um pouco isso, uma colcha de retalhos. Mas essa formalização, ela é burocrática por excelência. Aí você tem depois o problema dos órgãos de controle em cima, aí os gestores não querem mais entrar nesse processo com medo do controle (A18).*

Uma das hipóteses apontadas neste estudo é a de que haveria ainda uma suposta apropriação superficial dos instrumentos de gestão por parte desse possível grupo de trabalho articulador do COAP, o que resultou em um ajuntamento de assuntos que não conversavam em uma mesma normativa, subestimando a complexidade do instrumento.

*Um erro do COAP foi querer ser um instrumento do todo e não perceber que você trabalha com partes. Quando você vai entrar na parte operacional, eu acho que aí já começa a virar um bolo, uma massa não digerível. No que ele ficou abarcando muita coisa, ele acabou ficando pesado e acabou não conseguindo ser implementado (A18).*

Neste sentido, o COAP apresentou-se com um grande arcabouço de elementos, que requerem que os gestores se debrucem sobre suas próprias realidades e compartilhem necessidades e potencialidades. Em face aos resultados deste estudo, verifica-se que para efetivação de um contrato de negociações e consensos tão complexo como propõe o COAP, estão uma série de requisitos, tais como: a) o desejo pelo saber ou o “querer saber”, b) o estudo do instrumento e de seu embasamento técnico; c) o conhecimento profundo de suas realidades locais; d) a esperança de que é possível conseguir bons resultados por meio de instrumentos relacionais, e; e) o desejo de mudar o sistema de saúde para atingir os resultados previstos.

Considerando esses requisitos pessoais, o caminho a ser construído no âmbito do planejamento, meio pelo qual as mudanças podem viabilizar-se, aponta para o COAP como o instrumento que mais próximo se encontra da ação coletiva (OLSON, 1999), por meio dos elementos constituintes deste contrato.

Neste contexto, conforme já abordado neste estudo, verificou-se que os gestores relacionam-se superficialmente, no que tange ao tema planejamento, o que dificulta a articulação e o compartilhar das informações necessárias à discussão, que é o combustível para um planejamento estruturado. Planejar exige um diagnóstico local e regional, a integração entre os atores envolvidos no processo de gestão no âmbito da região de saúde e uma atuação cooperativa, solidária e aberta, que possibilite trocas e o compartilhar de experiências, necessidades e aplicação dos recursos tecnológicos, humanos e financeiros, diante de um objetivo em comum.

Diante destas questões, a PGASS, que acompanha o COAP, apresenta-se como um instrumento para negociação e pactuação de serviços em substituição à

PPI, prevista na NOB 96 (BRASIL, 1996; BRASIL, 2011). Através da PPI o gestor ampliou o escopo de negociações intergestoras e poderia realizar sua estimativa de necessidades locais, por meio da integração com os demais entes da região (CARVALHO et al, 2017).

Entretanto a PPI incluiu apenas os prestadores de serviços inseridos em seu território e previa recursos apenas para custeio. Além disso, baseava-se na lógica de produção e na Tabela de Procedimentos do SUS e seu escopo se limitava à Assistência à Saúde.

Por outro lado, a partir da PGASS, o gestor municipal pactua suas necessidades tendo em vista o âmbito territorial da região de saúde, de maneira solidária e compartilhada. Com isso, a atuação em rede de maneira integrada e regionalizada passa pela relação federativa. Além disso, os recursos previstos para a saúde no COAP incluem, além do custeio, os recursos necessários para investimento.

Além disso, a programação não se limita aos procedimentos, mas há flexibilidade para estabelecimento de arranjos programáticos e agrupamento de procedimentos, ampliando o escopo para ações de vigilância em saúde e assistência farmacêutica. Desta forma, esperou-se promover a integração das redes de atenção à saúde de maneira articulada e integralizada.

A PGASS possibilita ainda uma visão ampliada para as lacunas assistenciais e de recursos financeiros na região de saúde, apontando objetivamente para a necessidade de aporte ou não. Este, talvez, seja um dos maiores problemas do COAP, uma vez que os instrumentos podem surgir como um instrumento de fortalecimento para os entes municipais, embasando o planejamento de forma clara e objetiva. E neste contexto cabem reflexões: a quem interessa saber qual é objetivamente a necessidade orçamentária de saúde de cada um dos territórios regionais da nação brasileira? E ainda mais adiante: como prover as necessidades que forem desveladas?

Neste sentido, sob enfoque da TJS, verifica-se que os jogos predominantes diante deste cenário de publicação do COAP e da utilização de seus instrumentos por meio da relação federativa são: o jogo das ciências, o jogo econômico e o jogo macroorganizacional.

Quanto ao jogo das ciências, o poder é exercido pelo acúmulo do conhecimento. O conhecimento acerca das ferramentas do COAP e da possibilidade

de execução de um planejamento de fato integrado e regionalizado coloca os municípios em desvantagem, uma vez que a rotatividade dos atores impede que as pequenas localidades dominem esse jogo, o que poderia inverter os resultados do grande jogo. Pinafo (2017) aponta que dentre os instrumentos de gestão pesquisados, o menos conhecido, considerando coleta de dados no ano de 2013/2014 foi o COAP, sendo que 56,9% dos profissionais envolvidos na gestão municipal dos municípios de pequeno porte da macrorregião estudada desconhecia o instrumento.

No contexto do jogo macroorganizacional, executado por meio da organização burocrática, das limitações entre os papéis, verifica-se que no que tange à formulação da PGASS, o jogo não se encontra sob domínio municipal, uma vez que as decisões passam pelas instâncias da CIR, que já foram apontados como espaços fortemente informativos acerca das políticas estaduais, de pouca relevância para expressão municipal efetiva e ascendente. Além disso, para a distribuição dos recursos entre serviços, verificou-se que não há participação dos municípios demograficamente pequenos na tomada de decisões acerca da aplicação dos recursos para Média e Alta Complexidade do território regional, cabendo ao município sede da região a tomada de decisões de maneira isolada para esta finalidade.

E por fim, quanto ao jogo econômico, aponta-se para o desequilíbrio em relação à distribuição de responsabilidades entre as três esferas de gestão, no que tange ao financiamento, onde, segundo Silva (2011), os municípios aportam em média 20% do orçamento municipal nos gastos com a saúde, bastante acima de suas obrigações constitucionais.

Ademais, de acordo com o estudo, ainda que de forma velada, alguns dos atores, em especial aqueles municípios demograficamente menores, veem como sua responsabilidade o financiamento de ações pontuais em saúde, tais como a realização de exames de alta complexidade provenientes da AB, manutenção da porta de entrada de urgência e emergência de média complexidade, entre outros, aportando recursos do tesouro municipal para esta finalidade, mostrando que apesar da precariedade dos municípios, estes têm garantido a manutenção do sistema de saúde.

Desta forma, o estudo ressalta a pouca participação municipal no planejamento, sem que exista uma estrutura de regionalização efetivada, além de

uma realidade de dominação dos jogos predominantes neste aspecto da organização do sistema de saúde por atores da gestão federal e estadual. Isso evidencia a indução dos governos centrais para a implantação de suas políticas pelos governos subnacionais (ARRETCHE, 2003). Desta forma, as experiências exitosas evidenciadas são procedentes das políticas estaduais e federais, enquanto aos municípios cabe o gerenciamento de problemas. Neste contexto, as iniciativas municipais, tendo como subsídio a realidade territorial e regional não encontram estrutura para sua formulação e encaminhamentos, enfraquecendo o federalismo.

E considerando que o jogo social difere do esportivo, em que as regras são claras para todos (MATUS, 2005), nestes jogos que envolvem a temática do COAP, a aplicação de suas ferramentas de maneira simultânea poderia beneficiar a uns e prejudicar a outros, uma vez que poderia apresentar tecnicamente as questões óbvias que nem sempre são esclarecidas para todos os atores, como a questão do subfinanciamento da saúde no Brasil e necessidade de repactuação de responsabilidades de maneira interfederativa.

Para além das instâncias constituídas de deliberação, quer sejam informais ou formais, cabe ainda a este estudo, explorar com profundidade os cenários da relação federativa entre seus atores, quer sejam os pares na gestão municipal, entre gestores de municípios de diferentes portes e entre gestores de diferentes esferas de gestão, conforme segue.

### **6.2.1.3. A relação federativa entre pares da gestão municipal e junto aos demais níveis da gestão**

Nesta seção, trataremos das relações para além das instâncias de articulação, para tanto, aponta-se para o cenário do qual as relações se estabelecem, quer seja entre pares ou entre atores de diferentes esferas de gestão. Para analisarmos a relação intermunicipal, inicialmente, importa compreender o processo de regionalização, e, no que tange a esse tema, no âmbito da relação federativa, cabe ainda ressaltar a regionalização como um processo em construção.

Essa afirmação apoia-se no entendimento acerca do histórico de construção do SUS, visto que, nas aproximações a este tema, nos deparamos com a vulnerabilidade técnica, administrativa e/ou política dos atores envolvidos no processo, o cenário de instabilidade, por vezes política, mais ainda normativa, de



forma que se torna dificultoso aos gestores imbuírem-se do tema de maneira concreta.

Àqueles que assumiram a gestão plena por ocasião do processo de habilitação, grandes desafios se apresentaram após a conformação do processo e o foco de sua gestão naturalmente foi sendo direcionado para as necessidades locais. Para as pequenas localidades, a luta diária acerca dos desafios do cotidiano, considerando suas limitações, próprias dos territórios mais distantes dos grandes centros, com equipes em número limitado, limitações no acesso à informação e formação técnica, dificulta a compreensão acerca da necessidade de fortalecimento das relações e resulta em um desconhecimento acerca de sua potência decisória. Desta forma, percebe-se um processo de regionalização incipiente neste território.

Ademais, ao longo da história de construção do SUS houve momentos de fortalecimento da regionalização do ponto de vista político, tais como as primeiras NOBs e em outros momentos, a operacionalização das ferramentas administrativas, como é o caso da NOAS 01/01 (BRASIL, 2001), apontando para um cenário fragmentado do conhecimento, com pouca possibilidade de continuidade neste processo. Tendo em vista o processo de regionalização tratar-se de um “*processo eminentemente político*” (A18), ressalta-se a necessidade de busca de mecanismos e instrumentos que favoreçam a relação federativa, para que a regionalização se consolide de fato.

Há também alguns recortes dentre as citações deste estudo que apresentam o reconhecimento acerca da necessidade de fortalecimento da região e das relações federativas. Neste contexto, nota-se ainda um entendimento acerca da importância da regionalização e da entreaajuda, da construção coletiva, da gestão solidária e cooperativa.

*Pensando em fortalecimento mesmo da região de saúde, não dá mais para trabalhar sozinho. Tem que ter essa questão solidária entre os territórios, nós temos que buscar um ajudar o outro. [...] então todos os problemas que o município teve [...] se tornou um problema para todo mundo [...] penso que nós conseguimos assim trabalhar e criar esse conceito de região de saúde (A10).*

Por outro lado, é apontado ainda um confundimento entre os gestores municipais no âmbito nacional, acerca das normativas, terminologias e novas ferramentas na gestão, mostrando que se cumprem regras já ultrapassadas,

denominam-se habilitações superadas e não são adotadas as novas ferramentas propostas. Além disso, cumprem-se rituais, formalizações ou ocupam-se espaços sem a compreensão mais aprofundada acerca de sua finalidade, conforme ressaltado no excerto:

*O Pacto pela Saúde, reconhecendo que era necessário avançar do ponto de vista da articulação política entre os gestores que gozam de autonomia, instituiu então os Colegiados de Gestão Regional [CGR] como um espaço onde todos os secretários municipais deveriam participar em conjunto numa região para discutir a política. E [depois do decreto] eu fui percebendo que as pessoas achavam que CIR não era CGR (A18).*

Em contribuição a este tema, há registros de que o processo de atualização normativa em saúde ocorre de forma centralizada, ainda que de maneira representativa, de forma que “as normas vêm” e os gestores municipais são formados acerca destas novas normativas. Neste contexto, o “tempo que elas levam para serem assimiladas no território” é variável e estas “ganham expressão” em “velocidades” distintas, dificultando a “formação” dos gestores municipais e a consolidação do sistema, visto que quando os gestores tornam-se conhecedores das atualizações, “mudam-se as normas lá em cima” (A18).

Esse cenário centralizado é evidenciado pelas práticas de tomada de decisões e ações de iniciativa do governo central, que são compartilhadas e debatidas junto aos representantes dos estados e municípios na CIT, mas independem de discussão ascendente entre pares para que sejam aprovadas e estabelecidas, remetendo a um mascaramento de práticas do governo unitário, como se fossem estas práticas federativas, mantendo o controle e a tomada de decisões na União (MENDES, 1993; RABAT, 2002; ARRETCHE, 2004, ANDRADE et al, 2017).

Outrossim, na hipótese de formulações de normativas por meio do trajeto ascendente, seria desnecessário a *formação* dos gestores municipais acerca dessas normativas, uma vez que os mesmos teriam participação na formulação e nas discussões acerca do tema e não caberia capacitação posterior neste sentido.

Além disso, percebe-se também o distanciamento dos gestores municipais de seus pares no processo de tomada de decisão, como quando há necessidade de formulação de políticas públicas que atendam às necessidades

regionais. Por outro lado, há aproximação entre estes gestores quando da solicitação de apoio em questões mais simples do cotidiano, tais como, a necessidade de transporte, os empréstimos de medicamentos e materiais.

Com isso, os resultados apontam para uma afinidade maior entre os municípios demograficamente menores e o distanciamento destes com os municípios de maior base populacional, no que tange ao diálogo, conhecimento das necessidades mútuas e tomada de decisões em conjunto. Neste contexto, os gestores apontam ainda para um afastamento e esfriamento das relações federativas entre gestores de diferentes portes, ressaltando que em alguns casos não há “*relação alguma*” (A02) existente.

Além disso, há uma auto percepção de desvantagem dos municípios menores em relação aos maiores, no que tange ao acesso, organização dos recursos financeiros, participação na formulação de políticas públicas, apontando que os municípios demograficamente pequenos são ainda “*esquecidos*” (A04).

Tendo em vista a necessidade de estruturação de um planejamento regional participativo, que se configure de fato ascendente, agregam-se fatores complicadores que limitam a gestão municipal e somam-se ainda fatores impeditivos de toda ordem. Um desses fatores ora apresentados é o posicionamento dos municípios em sua participação nos grupos temáticos, com pouca interação entre municípios de diferentes portes.

*Entre os municípios pequenos, qualquer reunião que a gente tem, a gente consegue interagir, mas [o município sede] é sempre separado. Não tem essa interação com os outros municípios, [nome do município] é a equipe de [nome do município] (A20).*

Diante deste cenário, cabe ressaltar que o fortalecimento das relações federativas viabiliza-se por meio das relações de cooperação entre os gestores. Neste sentido, é através da alteridade no percurso das relações sociais, da democracia e da ação coletiva, que se constroem novas propositivas para a gestão em saúde. Assim, a *atividade mental do nós* e a formação do pensamento, uma vez produzido por meio da linguagem em processos de interação social, poderão oportunizar o fortalecimento do sistema de saúde e estabelecer uma nova ordem para o planejamento e a tomada de decisões (BAKHTIN, 1986 [1929]; VYGOTSKY, 1889 [1934]; OLSON, 1999; ROCHA e FARIA, 2004; SCHOLZE et al, 2009).

Outro fator a ser superado é a situação de desconhecimento de alguns gestores municipais acerca de questões inerentes à gestão, tendo em vista sua rotatividade, dentre outros fatores. Este não-saber comum aos novos gestores pode configurar-se como motivação para sua ausência do ambiente de discussão.

Um aspecto que interfere na relação federativa e no entendimento acerca do conceito de região de saúde é a permanência de contextos que remontam à NOB 01/96, acerca das condições de gestão do município e sua habilitação como *gestor pleno* do sistema municipal, como significado da declaração dos compromissos assumidos por parte do gestor perante os outros gestores em relação à população compreendida sob sua responsabilidade (BRASIL, 1996).

Verifica-se que gestores habilitados naquela ocasião, mantenham-se, mesmo após o entendimento acerca da NOAS/01-2002 (BRASIL, 2002), do Pacto pela Saúde (BRASIL, 2006) e do COAP (BRASIL, 2011), requerindo sobre si a autoridade para tomada de decisões de forma individualizada, em substituição às instâncias da Região de Saúde, tais como as deliberações do CRESEMS e da CIR.

Ademais, uma limitação bastante preocupante é a possível submissão ou dominação entre municípios de diferentes portes ou posicionamentos, estabelecendo um sistema de dominação (SROUR, 1998). Esta relação de dominação pode se constituir considerando as diferenças existentes entre os atores da gestão, seu estilo de personalidade, atitudes de inferioridade ou superioridade, conhecimento ou desconhecimento técnico e da construção do SUS, circulação restrita de informações, entre outros.

*A situação que é, em todas as reuniões, tanto do CRESEMS, quanto da CIB [CIR], o pequeno município podia esbravejar o que fosse, prevalecia [o maior]. A canetada final era [dele]. E às vezes a gente teria que assinar e concordar com aquilo. Às vezes não queríamos, entrava uma discussão. Todos os gestores dos pequenos municípios: “não, nós não vamos aceitar”, mas chegava na hora, englobava de uma tal forma que... não consegue. Ele [o município sede] sempre esteve assim por cima (A19).*

Esse posicionamento individual em representação ao coletivo é percebido dentre os resultados do presente estudo como bastante comum no contexto das instâncias formais e informais de relação federativa, de forma que gestores municipais com maior porte decidem e demandam organizações de forma individualizada, a partir de definições que, por vezes, distam do interesse do coletivo

e que não se configuram como a *função pública compartilhada*, a partir das necessidades produzidas pela região de saúde, prevista por Santos (2012).

Todas essas limitações decorrem das fragilidades nas relações federativas no território e de uma *suposta fragmentação* estabelecida pelo processo de municipalização (SANTOS e CAMPOS, 2015). Aponta-se ainda para a inexistência de proximidade e conhecimento mútuo das realidades locais, a inexistência de discussões acerca de projetos que atendam a interesses mútuos, o que impede a construção de uma relação no âmbito regional.

Ressalta-se também a atualização das informações ao longo do tempo e a dificuldade de assimilação de novas discussões inerentes ao processo de construção do SUS, que possibilitam que se originem novos posicionamentos. Um exemplo disso está na nomenclatura empregada aos gestores municipais que assumiram a gestão e o planejamento regional de suas ações e serviços no início da década de 1990, por meio de processos de habilitação municipal.

Este processo de habilitação incluiu a gestão dos recursos financeiros repassados pela esfera federal diretamente aos municípios, de maneira fundo a fundo, conferindo autonomia aos gestores, articulados ao controle social, ainda hoje conhecidos por sua habilitação como *gestor pleno* do sistema de saúde.

O PS (BRASIL, 2006) dissolve essa nomenclatura e aponta para um novo caminho rumo a consolidação do SUS e das relações gestoras, retomando a regionalização sob ponto de vista político, a partir da descentralização, avançando para a construção do CGR e fortalecendo o conceito de Região de Saúde. Entretanto, 10 anos já se passaram, uma série de posicionamentos oriundos do PS foi reiterada por meio do Decreto Federal nº 7508/2011 (BRASIL, 2011) e ainda são evidenciadas situações concretas de incipiência da regionalização.

De um lado, aqueles, então “gestores plenos do sistema municipal”, que ainda se veem em meio às dificuldades para empregar um olhar ampliado, mais solidário, do ponto de vista da região de saúde, considerando o escopo de suas responsabilidades territoriais e do outro, municípios sob gestão estadual, com limitações estruturais e funcionais na gestão de seus territórios locais e na relação federativa com os demais entes em sua região de saúde.

Entre os gestores dos municípios demograficamente pequenos participantes, a lacuna no relacionamento é evidenciada quando estes reconhecem do papel do município sede como município-acolhedor e apontam para suas

dificuldades no desempenho desta função. Estas dificuldades são reconhecidas pelos municípios menores e associadas à complexidade na gestão do município de grande porte, uma vez que suas demandas locais ocupam integralmente o gestor e suas equipes.

Desta forma, há limitação de seu entendimento ou da execução acerca do papel como agregador de saberes e de intenções diante dos demais municípios da região. Além disso, considerando ser o município de maior visibilidade política na região, os municípios menores esperam que este assuma uma posição de liderança frente aos demais, o que, conseqüentemente, proporcionaria benefícios para os demais entes no âmbito regional.

Surge ainda o reconhecimento acerca da complexidade das funções gestoras, ainda maiores no âmbito do município sede, coincidentemente, o único então habilitado na gestão plena do sistema de saúde na região estudada. Entretanto, há apontamentos para a necessidade de estruturação de um espaço de lutas comuns, em favor da região de saúde.

Há ainda neste estudo, registros acerca do entendimento no cenário de pactuação e conformação da programação integrada regionalmente, estabelecida historicamente, de maneira que *“nada é de graça”* (A19). Neste sentido, aponta-se ainda para uma relativa dependência no que tange à oferta de serviços para determinados níveis de complexidade e insatisfação dos municípios dependentes do acesso aos serviços de média e alta complexidade, no que tange aos limitadores no fluxo e à insuficiência na oferta, tendo em vista uma pactuação inicial quando da habilitação do município em gestão plena.

*A gente entende que é difícil para o município arcar com tudo, só que assim foi feito, não foi um município de médio porte e pequeno que foi lá e falou: “ah não vocês tem que fazer”, quem se propôs a fazer foi o município [sede], para os municípios pequenos (A09).*

Tendo como enfoque as relações de poder e os jogos (Matus, 1994), ao analisar o discurso empregado pelos atores sociais como objeto desta pesquisa, é possível refletir acerca de suas vulnerabilidades diante do jogo político e do jogo do conhecimento.

Este cenário se configura já que não surgiram registros de esperança para a conquista da autonomia ou para a suficiência dos recursos que atendam as

necessidades da gestão e condições efetivas para a apropriação do comando único, ora preconizado, visto que há pontos de vulnerabilidade em especial junto às pequenas localidades, em uma relação de submissão junto ao município de grande porte, sob ponto de vista da gestão. O principal motivo dos conflitos foi apontado como sendo, a falta de diálogo no mesmo nível de conhecimento e a insuficiência de recurso financeiro para custeio das necessidades regionais.

No que tange ao financiamento e sua [in] suficiência, os gestores apontam para o acesso restrito às informações inerentes à região de saúde acerca da distribuição do recurso e sua aplicação. Há registros de existência de informações inacessíveis aos municípios menores, tais como os montantes contratualizados, metas pactuadas com hospitais de nível terciário, aplicação detalhada dos recursos inerentes à base populacional da região. Aponta-se ainda para um distanciamento de alguns dos gestores municipais às informações de cunho orçamentário-financeiro, possibilitando a apropriação acerca das dificuldades do território regional e suas potencialidades, para uma construção compartilhada.

Outra situação apontada é a não atualização das pactuações, limitações no entendimento acerca do PDR, que articula as referências na distribuição da oferta na atenção especializada ambulatorial e hospitalar, além do desconhecimento ou inexistência da PGASS no âmbito da região de saúde. Apontam ainda que não veem espaço para este entendimento nas instâncias de relação atuais, que as pactuações datam de muitos anos e que não há discussões acerca destas atualizações, nem mesmo prestação de contas por parte do município gestor dos recursos de alta complexidade da região junto aos demais entes municipais.

Dentre os registros deste estudo, verifica-se que há compreensão entre os gestores municipais acerca da necessidade de conhecimento aprofundado do financiamento existente, da programação e contratualização de todos os serviços disponíveis para a região, de cada um dos territórios locais, compartilhando informações e debatendo necessidades, como uma maneira de estreitar a relação entre os gestores municipais.

Neste sentido, é possível apurar como se estabelece o jogo social que permeia o cenário da região de saúde, uma vez que há fragilidade no papel desempenhado pelos municípios e em suas relações federativas. Essa vulnerabilidade e ausência de uma ação coletiva efetiva podem trazer

consequências para a qualidade de vida das pessoas que dependem da gestão efetiva em saúde.

Deste modo, avalia-se que a função conativa da fala é exercida nesta relação entre pares e entre os diferentes níveis de gestão e em meio ao domínio dos jogos da comunicação, das ciências e o macro organizacional, as relações de dominação não são interrompidas, permanecendo um cenário constituído por relações de dependência ou de sobredependência, com um padrão de relacionamento competitivo, o que enfraquece as relações federativas (JAKOBSON, 1969; CHALHUB, 1999; MATUS, 2005; MELUCCI, 1996; SROUR, 1998).

Além da relação entre municípios, esta subcategoria mostra a relação federativa que se estabelece entre atores de níveis distintos da gestão, uma vez que as relações entre município/estado e município/união, embora secundários, também são enfoques neste trabalho.

Neste sentido, os gestores municipais apontam para um relacionamento mais próximo com o Estado, favorecido por meio da RS, que *“representa o Estado”*, por meio de ações de *“monitoramento, avaliação e acompanhamento”* (A12).

Ainda neste sentido, os sujeitos ressaltam o apoio técnico da equipe que compõe a RS como sendo de grande importância para o entendimento acerca das políticas públicas que se apresentam, tanto no âmbito estadual como federal, além de contribuir substancialmente com atualizações técnicas e estabelecimento de prioridades.

Entretanto, aponta-se ainda para a busca por parte dos municípios à RS quando da necessidade de aquisições ou encaminhamentos de pleitos junto à Secretaria de Saúde do Estado, associando a figura da RS à CIR, vista como instância mediadora de demandas. Com isso, a identidade da RS é apontada como interlocutora das políticas públicas do Estado e da União junto aos municípios, tanto no que se refere à socialização de informações técnicas, quanto para aquisição de bens e serviços.

Ademais, evidenciam também a articulação política como meio para concretização de respostas às necessidades apontadas, utilizando-se das instâncias de deliberação e os núcleos regionais como *“porta de entrada”* (A5) e meros formalizadores das solicitações oriundas dos gestores municipais, que são concretizadas por meio da intervenção de ordem política, ainda que com



embasamento técnico. Isso mostra que o jogo político, apontado por Matus (2005) é o que prevalece neste cenário.

*Se você não tiver um trabalho de campo primeiro, você levando para a CIB [CIR], que é o primeiro pontapé para subir, [se] não tiver alguém mexendo lá em cima [meio político], não tem como (A19).*

*Eu tive a liberdade de ter contato direto já em Curitiba. Então a gente nem passava pelos núcleos [regionais]. O ruim é quando o gestor [prefeito] não te dá oportunidade, que daí fica [limitado a] essa situação regional (A05).*

Outro sítio de discussão apresentado é a relação federativa no âmbito das políticas públicas estabelecidas pelas esferas de maior amplitude e uma referida necessidade de compatibilização dessas políticas, bem como a verticalização na implementação de políticas públicas de saúde.

*No espaço federativo maior, até por conta da responsabilidade do espaço, ele acaba tendo que cortar caminhos, em termos de políticas. E no município você vai ter as políticas que o grupo de gestão estabelece como prioritária, vai desenvolver essas políticas, mas você vai ter também que desenvolver e conviver com as políticas que estão estabelecidas tanto pelo Governo Federal quanto pelo Governo Estadual. Você tem que trabalhar pra fazer com que elas, ao máximo possível, convirjam, no mesmo sentido (A11).*

Também há apontamentos para algumas demandas territoriais que quando formuladas originalmente pelos municípios com base em suas necessidades, demandam maior tempo político e administrativo para concretização, já que, após as discussões regionais, torna-se necessária a maturação das propostas, o convencimento dos gestores das esferas de maior amplitude, e a captação de recursos para implantação efetiva dessas políticas. E por fim, em parte das situações, não se encontra viabilidade para implantação das políticas. Este cenário traz, em determinadas ocasiões, certa apatia ou cansaço para os gestores com mais experiência na gestão, desestimulando-os à participação e enfraquecendo iniciativas de discussão e criação de propostas de maneira ascendente, o que leva os gestores municipais a certa dependência ou à mera execução das políticas das demais esferas de gestão.

Outra característica evidenciada no que se refere à relação federativa no âmbito das políticas públicas de saúde é a relação de dependência, apatia ou submissão identificada ou transmitida nas falas dos participantes deste estudo.

Outra situação contextualizada é o esforço do âmbito municipal para a adequação às políticas propostas pela esfera federal e a impossibilidade de sua execução em plenitude.

*De cima pra baixo, tem que se adequar, ela [a política] não condiz com a realidade dos municípios pequenos. Porque nem sempre o que o Ministério determina, o município tem perna pra fazer (A03).*

Neste sentido, cabem reflexões acerca da construção dos consensos, bem como a representatividade dos entes em seus espaços de deliberação, tal como ocorre com os municípios e o CONASEMS. E neste sentido, cabe compreender como se estabelece a representatividade e como são construídos os fluxos de discussão entre os representantes e seus representados. Como exemplo, verifica-se que as discussões técnicas envolvem entidades de classe, conselhos de saúde e outros atores que conferem uma ampla representação nacional.

Entretanto, resta compreender se os atores representados estão em sintonia com seus representantes, considerando a articulação de grupos técnicos de trabalho no âmbito tripartite – município/estado/união – para discussões relevantes ao cotidiano dos municípios. Esta questão permanece em aberto e não encontra respostas por meio dos objetivos deste estudo, contudo, desvelar possibilidades neste cenário também poderá corroborar para o entendimento acerca das relações federativas.

Os atores envolvidos na pesquisa também apontam para o papel e efetividade do Apoiador Regional (AR), que é um profissional com reconhecido conhecimento técnico acerca da gestão de políticas públicas, designado formalmente pelo COSEMS para atuação junto aos gestores municipais.

Esse ator é reconhecido pelos sujeitos do estudo como uma nobre figura para o fortalecimento e instrumentalização dos gestores municipais, diante dos espaços de discussão e da implementação das políticas públicas na região de saúde.

Neste contexto, são ressaltados valores como a simplicidade e a praticidade na transmissão do conhecimento, o apoio oportuno e a disponibilidade

do apoiador. Todas essas características são apresentadas como fundamentais para subsidiar a discussão e a tomada de decisões, no desenvolvimento das políticas públicas. Esse modelo de construção de estruturas de apoio podem ser alternativas significativas para o fortalecimento do federalismo, tendo em vista os princípios da equidade e fortalecendo o processo de regionalização.

Em contribuição a estas reflexões, segue-se para a segunda categoria de análise deste estudo, que trata os arranjos organizativos favoráveis a esse processo de fortalecimento.

### **6.2.2. Os arranjos organizativos e a ação consorciada**

Esta categoria apresenta a configuração dos consórcios públicos de saúde, no que tange à sua identidade, o papel que exercem na relação federativa e suas potencialidades, já que em meio à discussão acerca do federalismo, os consórcios se configuram como arranjos organizativos entre os entes governamentais das esferas municipal, estadual e federal. Neste sentido, esta categoria dispõe de 2 subcategorias, quais sejam: 1) a identidade e o papel do consórcio de saúde, e; 2) a potencialidade do consórcio público no âmbito da relação federativa.

#### **6.2.2.1. A identidade e o papel do consórcio de saúde**

Nesta subcategoria são ressaltados os elementos que configuram a identidade e o papel do consórcio no local de estudo e suas especificidades quando comparados a outros estudos acerca deste tema.

Para o desenvolvimento de seu papel, os consórcios públicos agem por meio de programas estabelecidos de forma consensuada pelos entes consorciados. Estes programas são pactuados por meio de resoluções, discussões técnicas e do planejamento físico-orçamentário do consórcio e firmados por meio de contratos, sob acompanhamento, fiscalização e auditoria dos órgãos de controle do sistema público, conforme estabelecido por meio da Lei Federal nº 11.105/2005 (BRASIL, 2005).

A execução dos programas ocorre através de projetos e atividades, de forma temporária ou permanente (BRASIL, 1999; BRASIL, 2005). Estes, por sua vez, são executados por meio do consórcio e ofertados para os entes consorciados, em sua maioria, no âmbito regional, atendendo aos interesses do coletivo.

Os consórcios públicos podem constituir-se de gestores de diferentes realidades, sendo entes de todos os portes e funções frente ao território a que pertencem. Entretanto, o principal produto de sua atuação é a ação coletiva, devendo ser executada de forma cooperativa, por meio de um protocolo de intenções (BRASIL, 2005). Desta forma, os consórcios surgem como agentes que viabilizam *novos papéis* para a gestão municipal (ENDLICH, 2017, p. 92).

Neste sentido, é a ação coletiva que insere os consórcios no contexto da relação federativa, uma vez que congregam entes públicos do executivo, de forma que a participação dos consórcios públicos no âmbito das políticas de saúde deve ser subordinada à deliberação de seus entes consorciados.

No caso do Estado do Paraná, os consórcios públicos são exclusivamente intermunicipais, de forma que os interesses coletivos são deliberados por meio de conselhos de prefeitos, secretários de saúde e fiscais técnicos, por meio de seus atos deliberativos. Esta prática confere autonomia ao município para gerenciar sobre as políticas regionais no âmbito da ação consorciada.

Neste sentido, no que se refere ao processo de organização política do SUS, aponta-se para os consórcios como uma iniciativa de associativismo entre os entes federativos, de forma a privilegiar a aproximação entre os atores da gestão em saúde, uma vez que o planejamento dos programas necessários ao atendimento do interesse coletivo se dá por meio de deliberações entre pares.

Esse posicionamento dos municípios diante da possibilidade de constituição de novos arranjos organizativos por meio dos consórcios públicos prosperou desde a década de 1990 e foi bastante exaltado no *Ano da Saúde no Brasil* (BRASIL, 1997). Trata-se de uma alternativa para o fortalecimento dos entes municipais, podendo melhor posicioná-los à frente dos jogos sociais, empoderando-os de maneira especial, diante do jogo econômico, político e macro organizacional (MATUSS, 2005).

Esta estratégia adotada neste local de estudo e em todo o Estado permite que as jogadas sejam desenvolvidas por meio da atuação entre pares, oportunizando a inversão dos papéis diante das relações de dependência por meio do compartilhar de saberes, experiências e estratégias (MATUS, 2005; SROUR, 2008).

Dentre os resultados deste estudo, o contexto do associativismo é ressaltado, de forma que os sujeitos apontam para os consórcios como organizações que possibilitam a supressão do risco de atomização dos municípios:

*[A NOB 96] dizia do risco de atomização do sistema municipal se os municípios de fato não tomassem essa decisão, decisão essa reconhecida que é por vontade política, de se associar, de se consorciar. Então os consórcios também como uma possibilidade de ajudar nesse movimento de associativismo (A12).*

Neste apontamento, a atomização a que se refere à NOB 96 (BRASIL, 1996) diz respeito ao processo de municipalização e o risco de que se todos os municípios tivessem que prover todos os tipos de serviços por si só, isso poderia representar sua falência. Desta forma, o consórcio é posicionado como uma estratégia que fortalece não somente a descentralização, mas exalta a regionalização, combatendo a atomização e a sobrecarga municipal, o que favorece uma distribuição social de poder de forma mais igualitária (MELUCCI, 1996; FLEURY, 2006).

Verificou-se ainda que o consórcio conta com um sistema de manutenção financeira tripartite: municipal, estadual e federal. No que se refere à participação financeira municipal, os municípios investem um índice per capita igual para todos os consorciados, de maneira fixa, não variável por utilização, para o programa relacionado à atenção especializada, comum a todos os consorciados. Este montante é utilizado pelo consórcio para manutenção da estrutura administrativa, em geral, com pessoal.

Já para programas específicos da AB, os municípios aportam recursos para aquisição de serviços complementares, extraordinários à sua programação local, por meio de contratos individualizados, de acordo com sua rede local. Alguns desses programas são: contratação de plantonistas para Unidade de Pronto Atendimento (UPA), aquisição de insumos para Centro de Especialidades Odontológicas (CEO), aquisição de procedimentos diagnósticos complementares para a Atenção Primária, entre outros.

Em relação à participação estadual, os sujeitos referem que a Secretaria de Saúde do Estado do Paraná (SESA PR) mantém convênios de parceria com o consórcio para fins de execução de suas políticas prioritárias no território regional, por meio da ação consorciada, configurando-se como um agente parceiro da ação

consorciada municipal e incentivando seu crescimento, sem interferência direta em sua atuação. E por fim, a participação federal se dá através de recursos oriundos do Fundo Nacional de Saúde (FNS), gerenciado pelo município sede da região de saúde e contratualizado junto ao consórcio.

Os participantes relatam que houve modificações significativas no processo de qualificação do consorciamento ao longo da história de construção do SUS e apontam para evidências de aceleração destas mudanças nos últimos anos, quais sejam: a melhoria de sua estrutura física, a ampliação da oferta de serviços e a maior sensibilidade acerca das necessidades dos gestores municipais e do território regional.

Há ainda relatos significativos acerca do processo de profissionalização das equipes técnicas dos consórcios, da adequação de sua natureza jurídica pública após a publicação da Lei dos Consórcios (BRASIL, 2005), associando ao movimento de avanço, o processo de cristalização e profissionalização da estrutura orgânica do consórcio. Neste contexto, os gestores apontam o consórcio como *“uma das melhores ideias que nasceram no SUS”* (A11).

Neste contexto, os consórcios públicos são apontados como um eficaz instrumento na congregação de esforços, tendo em vista o conceito de rede integrada, diante do processo de regionalização. Neste sentido, Rocha (2016) ressalta os consórcios respondem à quase imperativa necessidade de conjugação de esforços no SUS, de forma que se configuram como um mecanismo indutor da cooperação.

Neste contexto, o estabelecimento do papel do consórcio transcorre um caminho conflituoso e com diversas questões e reflexões. Uma delas é o confundimento entre os papéis do consórcio e o questionamento se o consórcio é *“prestador ou gestor”* (A11), como se não houvesse outras nomenclaturas a serem reconhecidas neste sentido.

Essa limitação acerca das expressões a serem utilizadas para a qualificação do consórcio surge em razão dos seguimentos definidos no âmbito dos conselhos de saúde, como sendo apenas quatro: gestor, trabalhador, prestador, usuário. Tendo em vista que o papel desempenhado pelos consórcios não se assemelham ao usuário ou ao trabalhador, especificamente, resta o dualismo entre gestor e prestador.

Entretanto, o consórcio público não se configura como gestor, já que dentre as esferas de gestão há apenas três gestores de saúde estabelecidos: o secretário municipal, o secretário estadual e o ministro da saúde. Com isso, resta apenas o papel de prestador ao consórcio público. No Estado do Paraná, o entendimento acerca da identidade do consórcio associada à do prestador é reforçada, já que neste território, os consórcios nasceram da necessidade de estruturação de serviços ambulatoriais especializados.

Contudo, os consórcios não podem ser configurados como prestadores de serviço apenas pelo fato de administrarem pontos de atenção assistencial por meio dos programas que gestiona, já que sua natureza consorciada representa os interesses dos gestores, reforçando seu papel junto à ação coletiva (OLSON, 1999).

Considerando as referências existentes acerca de consórcios públicos de saúde, Ribeiro e Costa (1999) apontam para o uso do consórcio como uma ótima estratégia para ampliação da oferta de especialistas médicos e outros serviços de elevada densidade tecnológica, com vistas à ampliação da escala.

Outro estudo, ao analisar a inovação dos arranjos organizativos por meio de consórcios intermunicipais, mostra que a gestão de saúde com uso da estratégia do consórcio propiciou aumento da qualidade e da eficiência na oferta de serviços em saúde (TEIXEIRA et al, 2003).

Outro apontamento refere-se à aplicação de incentivos oriundos do governo estadual ou federal, de forma que estes venham a apoiar a aquisição de novas tecnologias ou implementação de serviços por meio do consórcio e ao mesmo tempo, atuar como reguladores deste sistema (TEIXEIRA et al, 2002).

Nesses estudos demonstrados acima, o consórcio tem sua identidade associada a variadas configurações: a) uma forma de associação para superar as deficiências de escala; b) como prestador de serviços para os entes consorciados ou diante do sistema público de saúde; c) como um instrumento de formalização contratual, com a finalidade de agregar e gerenciar recursos que os entes municipais não teriam facilidade para gerir individualmente.

Registram-se ainda apontamentos para a figura do consórcio como ente de saúde suplementar, alheio ao SUS, uma vez ao consórcio público é permitido estabelecer sua própria tabela de honorários e de serviços, condizente com o custo real dos serviços. Com isso, cabe ressaltar que estas tabelas somente poderão ser estabelecidas considerando as especificidades territoriais, conforme estabelece a

legislação inerente aos processos licitatórios em serviços públicos, de forma que o consórcio público apresenta-se como executor dos pressupostos do SUS em representação aos seus entes consorciados, que têm a Tabela de Procedimentos do SUS como referência *mínima* de valores.

Com isso, embora os consórcios tenham iniciado sua atividade pública, ainda que respaldado pela CF, mas com escassos instrumentos normativos e de regulamentação legal, após algumas décadas de atuação e por meio da legislação atual, é oportunizado aos entes federados que lancem mão de ferramentas seguras e transparentes para apoio à gestão.

Entretanto, não é afastado o risco de supressão da autonomia municipal na hipótese do consórcio apresentar-se como um organismo descolado do ente federado, utilizando-se de sistemas paralelos na tomada de decisões e distando da opção pela ação coletiva como mecanismo de gestão.

Ao longo de sua organização, os consórcios públicos tiveram sua identidade diretamente relacionada ao papel de prestador de serviço, considerando serem as lacunas cobertas por sua função relacionada à oferta de serviços. Esta referência identitária delegada aos consórcios públicos reforça a relação mercantilista destes junto aos gestores municipais, resultando em distanciamentos e concorrência entre estes atores, fragilizando esta relação, quando, originalmente, a municipalidade seria parte intrínseca na organização do consórcio.

Entretanto, suas responsabilidades, em algumas situações, se misturam com as dos gestores, de forma que é necessário que exista um ambiente favorável ao diálogo e ao entendimento, para que possam construir cenários de avanço nas políticas de saúde em conjunto, em benefício do coletivo. No entanto, na realidade da maioria dos consórcios atualmente, não obstante alguns cenários difíceis, os consórcios “*avançaram em sua organização*” (A12) e atuação em benefício de seus entes consorciados.

Ainda assim, os resultados mostram que a ação coletiva por meio dos consórcios é viável e promove a participação de seus entes, de forma que os consórcios se prestam a outros papéis além da prestação de serviços, reconfigurando sua identidade por meio de sua atuação efetiva.

Um dos papéis reconhecidos como próprios do consórcio de saúde é o de agente de cooperação intermunicipal. Esse papel é evidenciado por meio de diversas ações do consórcio, reconhecidas pelos sujeitos do estudo. Uma delas é a



disponibilidade de um serviço de regulação assistencial no âmbito ambulatorial aos entes consorciados, que atende aos pré-requisitos previstos junto à Carta de Ottawa, em especial no que se refere à equidade e justiça social (PAIM, 2008; FERREIRA e BUSS, 2002).

Desta forma, o serviço de regulação assistencial do consórcio, conforme relato dos gestores municipais, é utilizado por estes como forma de qualificar a demanda assistencial e suas incluem a análise individualizada dos encaminhamentos para programas gerenciados pelo consórcio, tais como o centro de atenção ambulatorial especializada, além da estratificação do risco de cada caso, no qual são analisadas as evidências clínicas inerentes ao encaminhamento, executada por meio de profissionais médicos e enfermeiros em processo eletrônico.

Por ocasião deste processo de regulação, após a identificação do perfil de risco estabelecido caso-a-caso, o acesso aos atendimentos é ordenado tendo como base esse perfil, sendo que quanto mais elevado for o risco clínico, maior prioridade será conferida ao acesso. Ademais, são emitidos pareceres de segunda opinião clínica para orientação e qualificação da atuação profissional na APS.

Neste sentido, todas estas atividades inerentes à regulação executadas por meio do consórcio são reconhecidas pelos gestores municipais de saúde, sujeitos deste estudo, como fundamentais para a organização do acesso no território regional.

Esta atividade possibilita que a classificação da oferta de serviços programáticos existentes junto ao consórcio seja utilizada pelos municípios consorciados sob princípio da equidade, já que, independente da procedência do encaminhamento, qualquer que seja o município de origem do usuário, o acesso será oportunizado preferencialmente de acordo com o critério de maior necessidade clínica. A Carta de Ottawa, ao referir-se a equidade como um dos pré-requisitos para conquista da saúde almejada para todas as pessoas no ano 2000, tratava de um sistema de saúde sensível aos que mais necessitam.

A execução deste serviço por um consórcio público de saúde demonstra a preocupação do consórcio e seus entes consorciados na qualificação dos processos de trabalho assistenciais junto às equipes de atenção básica, ainda que o tema AB não contenha um programa diretamente relacionado na ação consorciada. Com isso, verificou-se que o consórcio tomou a iniciativa na implantação deste serviço de

regulação e mantém o serviço, considerando o benefício trazido para seus entes consorciados.

Outro papel exercido pelo consórcio é o de executante de programas no território regional que atendam o coletivo, sem que para tanto seja apostado investimento financeiro oriundo do tesouro municipal extraordinário. Uma dessas experiências é desvelada por meio desse estudo, em que os atores afirmam que os serviços prestados no programa de atenção especializada ambulatorial por meio do consórcio é financiado com recursos provenientes do FNS, transferidos fundo a fundo para um dos gestores municipais habilitados na década de 1990 na “gestão plena do sistema de saúde” sem que para tanto, qualquer dos municípios tenha que arcar as despesas assistenciais do programa com recursos de seu próprio orçamento, mesmo que os valores praticados pelo consórcio não sejam condizentes com os valores do SUS.

Além disso, o consórcio é citado como agente de captação de recursos públicos, para fins de investimento no território regional, como apontam os sujeitos, acerca da elaboração de projetos para os municípios da região, para fins de captação de recursos provenientes de emenda parlamentar e outras fontes ministeriais.

Outra questão evidenciada é a relação entre os entes municipais e as equipes técnicas executivas que compõe a administração do consórcio. Aponta-se para uma aproximação entre estes e um “*relacionamento bom*” (A12) entre os entes municipais e os representantes da estrutura orgânica do consórcio, com trânsito facilitado de informações entre estes e os partícipes da ação consorciada.

O excerto abaixo apresenta o entendimento acerca do consórcio como uma ferramenta para a gestão:

*Ele tem as suas responsabilidades lá atrás criada como prestador, mas eu vejo de uma maneira diferente não simplesmente como um prestador de serviços, mas como uma ferramenta, para que o município possa utilizar da maneira mais adequada. E o consórcio ele tem essa visão global de todos os municípios (A12).*

Além disso, a discussão percorre o caminho da reflexão acerca da personalidade do consórcio, sua função diante dos entes consorciados. Desta forma, há um apontamento para um campo indefinido, ainda a ser desvelado e esclarecido diante desta função. Alguns caminhos são apontados, neste cenário a ser

desvelado, do papel que cumpre o consórcio público, apresentando o reconhecimento do consórcio pelos gestores municipais como sendo *ferramenta, apoio, assessoria, braço* ou *instrumento público* de gestão.

Ademais, a partir do modelo referido de organização do financiamento para manutenção das atividades do consórcio, principalmente por meio de atividades comuns aos entes consorciados e com contribuição fixa para todos, independente da utilização, ressalta-se que o papel do consórcio dista da imagem de prestador de serviços, evidenciando-se o papel de articulador de políticas de interesse comum.

Os sujeitos apresentam ainda exemplos de situações experienciadas em que o consórcio atuou por meio do assessoramento à gestão municipal, através da elaboração de estudos técnicos como subsídio às proposições de políticas públicas no âmbito regional. Neste sentido, referiu-se ainda que diante destas necessidades, há uma forte preferência na utilização da figura do consórcio como ferramenta para implementação da gestão e do planejamento regional em saúde. Esta tendência justifica-se uma vez que os sujeitos apontam que o consórcio apresenta elevada competência técnica, sem ônus agregados para os municípios, que referem que a contratação de empresas de consultoria externa habitualmente apresenta custo elevado em sua execução, com resultados pouco aplicáveis.

*Como é que ele [o consórcio] pode ajudar? Eu acho que desde discutir com os municípios, promover atividades de formação dos quadros, discutir o que é uma comissão intergestora, como é que ela deve funcionar, que às vezes pessoa pode estar meio perdido nisso. Discutir o plano regional, por exemplo (A11).*

Os consórcios são apontados ainda como atores no processo de educação permanente em saúde, quer seja junto às equipes gestoras ou equipes assistenciais. Os sujeitos referem que o consórcio atende as demandas dos municípios em “*atividades de capacitação*” (A03), em especial para a atenção primária, com vistas ao preparo técnico das equipes nas funções do cotidiano no que se refere aos protocolos clínicos, manejo de agravos em saúde, uso adequado de equipamentos médicos, entre outros.

Com isso, os gestores ressaltam que as atividades de educação em saúde realizadas pelo consórcio público na região nos últimos anos tem favorecido a

“*redução da demanda*” (A03) na atenção especializada, por meio da qualificação da atenção primária em saúde, com vistas à resolutividade neste nível de atenção.

Por meio de ações de educação permanente em saúde, em especial, àquelas voltadas ao planejamento e à gestão e através do estabelecimento de espaços abertos para o compartilhar de situações-problema sem julgamentos e da construção de uma rede de apoio mútuo, potencializam o movimento de supressão das relações de dominação (SROUR, 1998).

Esse apontamento reforça o entendimento acerca do papel do consórcio público de saúde como apoiador das ações municipais, citando como exemplo, a “*capacitação na especialidade reumatologia*” (A03), direcionada a profissionais médicos da atenção básica, que suprimiu as “*filas de espera nesta especialidade*” (A03) na região. Ademais, os sujeitos ressaltam que uma necessidade a ser suprida por meio da “*escola do consórcio*” (A12) é a implantação de um programa permanente de formação para gestores de saúde e suas equipes técnicas quanto às funções de gestão e planejamento, considerando a “*expertise*” (A11) das equipes atuantes no consórcio.

Outro aspecto evidenciado a partir do relato das experiências dos atores envolvidos no estudo foi a representatividade da ação consorciada. Os gestores municipais reforçam a figura do consórcio como representante do ente municipal e legitimam sua representatividade diante dos interesses de seus entes consorciados, ressaltando o emprego do princípio da equidade e seu envolvimento direto com as políticas públicas no âmbito da região de saúde.

*Também tem a representatividade. Ele [o consórcio] tá representando o município. Ele representa os municípios, na verdade (A03).*

Neste contexto, ressalta-se que o reconhecimento do gestor de saúde ao consórcio como representante da municipalidade mostra que a figura do consórcio está associada aos municípios, uma vez que este atua ao lado da esfera municipal na busca de soluções às necessidades de saúde, por meio da implantação de programas, desenvolvidos através de projetos e atividades. Além disso, aponta-se para esta representatividade quando o consórcio atua na captação de recursos para o atendimento às demandas regionais junto às demais esferas de governo. Ademais, os participantes ressaltam ainda o papel do consórcio como representante do município por meio das atividades de regulação assistencial à saúde.

Evidencia-se ainda o reconhecimento dos gestores municipais e estaduais acerca da capacidade técnica da equipe executiva do consórcio, o que é possibilitado pela própria estrutura da ação consorciada, com o destacamento de profissionais para o cumprimento exclusivo das funções do consórcio, com enfoque na região de saúde.

*É óbvio que muitas vezes o corpo diretivo, corpo técnico, corpo organizativo do consórcio, às vezes, ele é tecnicamente mais preparado, até que o próprio Estado, até que o próprio município maior, ele é mais ágil, porque a dinâmica do consórcio, o processo administrativo do consórcio é mais ágil e isso tem que ser trabalhado como uma vantagem e não como um problema. [...] esse corpo técnico tem expertise [...], se profissionalizaram, o consórcio tá muito bem estruturado administrativamente, bem organizado (A11).*

Registra-se ainda um aspecto relevante para a ação consorciada, considerando sua neutralidade política e administrativa, o que confere equidade interfederativa por meio de suas ações, favorecendo a execução das atribuições relacionadas à regulação assistencial.

Ademais, há relatos entre os sujeitos do estudo que apontam para características do consórcio que conferem agilidade, segurança e “transparência” (A09) à realização destas atividades de regulação assistencial, referindo-se ao consórcio como sendo um “serviço isento, onde todo mundo fala a mesma língua” (A19). Com isso, a existência de um organismo com função de regulação assistencial vinculado ao consórcio, tal como ocorre nesta região, é validada por seus entes consorciados.

A responsabilidade do consórcio pelo coletivo também requer que este seja comprometido com as especificidades locais e da região, de forma que cada ente federativo possua equiparação de direitos e também de deveres frente à ação coletiva, de forma que o papel e a potência dos municípios se desenvolvem de maneira uniforme.

Além disso, há outro cenário desvelado no âmbito da relação entre o consórcio e outras esferas de gestão. Um exemplo disso é o entendimento acerca do consórcio como um “parceiro” (A21) para a gestão estadual, uma vez que o consórcio, uma vez representativo das necessidades do coletivo regional, executa políticas públicas estaduais de interesse dos municípios, por meio da ação consorciada.

Antoniaconi (2016) aponta para iniciativas de investimento do Estado do Paraná junto aos consórcios públicos por meio de convênio para implantação das RAS e ressalta que por meio deste instrumento os consórcios públicos de saúde estabelecidos no estado passam de prestadores de serviços a parceiros na gestão estadual.

*Não só [apoio] do município, mas para o Estado também. O Estado [se] utiliza da ferramenta consórcio para desenvolver as políticas públicas. Então ele [o consórcio] é um parceiro do Estado (A12).*

Para Olson (1999), o ente federativo que atua como “*carona*” pode configurar-se como um agente dificultador para que a ação consorciada seja efetiva e sustentável. Entretanto, os sujeitos apontam que há um elevado nível de exigência desenvolvido entre pares para que os compromissos financeiros sejam honrados por todos, reduzindo as chances de ocorrer a utilização do consórcio por um ente que não contribui e apenas usufrui do arranjo organizativo.

Neste contexto, o princípio do comando único é fortalecido e respeitado, já que por meio da construção de consensos e deliberações é que se executa a relação federativa no âmbito do consórcio público. Com isso, o respeito à autonomia municipal e a estruturação de políticas públicas, tendo em vista as especificidades regionais, são premissas importantes na execução da ação consorciada.

Neste sentido, o consórcio pode fortalecer a atuação dos gestores por meio de programas estabelecidos através da ação coletiva, devido ao interesse em comum dos entes consorciados na obtenção de um benefício coletivo (OLSON, 1999).

Os resultados, portanto, ressaltam que a ação consorciada é entendida não apenas como a de um ente provido de natureza jurídica própria, uma instituição tangencial ou uma nova instância, mas como um espaço para execução da ação coletiva, que congrega os gestores municipais a interagirem como protagonistas diante do jogo social, mediados por uma rede de mediação, que empodera os entes de seu dever, para o fortalecimento do federalismo (OLSON, 1999; MELUCCI, 1989; MATUS, 2005).

Portanto, diante do fenômeno apresentado por meio deste estudo, constata-se que os consórcios podem libertar-se de seu posicionamento, ainda

residual na atualidade, como *prestadores de serviços* e assumir integralmente seu posicionamento como *apoiadores* na relação junto aos entes consorciados, empregando junto a estes as funções de articulação, representando-os em suas necessidades, estas construídas por meio da ação coletiva, da cooperação, do planejamento regional e da interdependência.

Do mesmo modo, o consórcio é apontado como um instrumento marcante na relação federativa, já que atua por meio da pactuação das necessidades de maneira integrada pelos municípios, através da utilização dos equipamentos disponíveis nos territórios regionais, através da formalização de instrumentos contratuais entre o consórcio e os entes federativos consorciados e desses entes entre si. Este modelo pactuado de gestão de necessidades e desenvolvimento de ações suscita a cooperação e ajuda mútua, de maneira que os benefícios coletivos e individuais alcançados pelo grupo estimulam os atores a permanecer investindo esforços nessa relação de interdependência (OLSON, 1999; SROUR, 2008;).

O Quadro 3 mostra a organização estrutural dos entes federativos e suas instâncias de deliberação e regulação, segundo Fleury 2011), adaptada com a inserção da CIR e dos consórcios públicos de saúde.

**Quadro 3:** Quadro de estruturação dos entes federados, instâncias de deliberação e de regulação no âmbito das relações federativas no SUS

Níveis de Governo	Construção de consenso e instrumentos gerenciais	Autoridade da saúde	Relações entre pares	Financiamento	Mecanismos de controle social (50% governo; 50% sociedade)	Mecanismos de formulação de políticas
Federal		Ministro		Fundo Nacional de Saúde	Conselho Nacional de Saúde	Conferência Nacional de Saúde
Estadual		Secretário Estadual	CONASS	Fundo Estadual de Saúde	Conselho Estadual de Saúde	Conferência Estadual de Saúde
Municipal	CONSÓRCIO PÚBLICO CIR CIB CIT	Secretário Municipal	CRESEMS COSEMS CONASEMS	Fundo Municipal de Saúde	Conselho Municipal de Saúde	Conselho Municipal de Saúde

Fonte: Adaptado de “Reforma dos serviços de saúde no Brasil: movimentos sociais e sociedade civil” (FLEURY, 2011).

### 6.2.2.2. A potencialidade do consórcio público na região de saúde

Esta subcategoria pretende explorar as potencialidades do consórcio, diante da identidade e do papel apontados pelo presente estudo, tendo em vista os indicativos acerca do papel dos consórcios públicos na construção da ação coletiva entre os gestores de saúde. Desta forma, verifica-se que há potencialidades a serem exploradas acerca deste tema, uma vez que compreende-se que os consórcios se configuram a partir das necessidades do território regional, respeitando suas especificidades.

Neste contexto, os sujeitos do estudo, em suas referências acerca de como veem o consórcio e suas potencialidades, apontam para o entendimento de que, por sua natureza pública, os consórcios são posicionados como “*ferramentas*” (A12, A03, A18) jurídicas de articulação e gestão, uma vez que sua característica organizacional prevê que o consórcio assuma responsabilidades em representação ao coletivo dos entes consorciados.

A propósito deste entendimento junto ao presente estudo, Endlich (2017) destaca que há muito a ser construído no caminho da cooperação intermunicipal no Brasil, além de obstáculos a serem superados, entre eles, as rivalidades territoriais e políticas localistas. Ao estudar as experiências cooperativas entre municípios no Brasil e na Espanha, a autora ressalta que esses arranjos organizativos são presididos por atores políticos, em geral, prefeitos, que compõe também suas instâncias plenárias e dispõem de equipes profissionais técnicas para o comando diretivo em seu dia-a-dia. No caso dos consórcios públicos no Brasil, o peso das eleições municipais no cenário da gestão institucional apresenta impacto na dinâmica de funcionamento dos consórcios pode configurar-se como significativa limitação.

Neste sentido, as experiências exitosas de cooperação intermunicipal conferem desenvolvimento econômico para os territórios regionais, racionalização econômica e ganho de escala, além da recuperação de uma *dinâmica demográfica positiva* evitando a migração territorial para grandes centros e o favorecimento da multiplicidade interacional entre os entes federativos, iniciativas estas que resultam em melhor qualidade de vida para as pessoas. Essas conquistas potencializam a força política e a capacidade técnica regional por meio da gestão conjunta, possibilitando tomada de decisões entre pares no âmbito da construção de políticas públicas (ENDLICH, 2017).



Para os municípios, qualquer que seja sua base populacional ou potencial técnico-político-administrativo, ainda que seja possível a este atuar de forma isolada, aponta Vaz (1997), atuar por meio da relação federativa com outros municípios gera economia, de forma que resulte em satisfação e menor esforço para cada ente consorciado, alcançando resultados finais melhores.

Sendo assim, as características basilares dos consórcios públicos de saúde trazem elementos significativos para a construção da equidade entre os pares, no processo de planejamento, na eleição de prioridades em saúde e na tomada de decisões, o que justifica a introdução dos consórcios na relação federativa. Ademais, Neves e Ribeiro (2006) os consórcios são citados como mecanismos de governança e ressaltam o ineditismo da utilização de consórcios a no âmbito regional.

Portanto, tendo em vista o papel do consórcio público como apoiador, seja por meio da assessoria ou posicionando-se como ferramenta na gestão de saúde, conforme indicados neste estudo, cabe aos gestores municipais de cada região de saúde estabelecer quais serão as funções e atribuições a serem executadas por meio de sua força consorciada.

Neste sentido, uma das ações que poderão ser desenvolvidas por meio do consórcio é o apoio aos gestores para percorrerem um novo caminho de planejamento e pactuações. Com isso, poderá viabilizar-se a construção efetiva de uma programação de ações e serviços no âmbito regional.

Alguns apontamentos constam ainda do aconselhamento, da interlocução junto ao prefeito, na retaguarda técnica, na organização.

*Acho que pode ajudar sim, por exemplo, na sistematização, dentro de um plano regional, o consórcio instrumentalizando os municípios para discussão, assessorando, dando retaguarda técnica na discussão [...] no sentido de assessorar os municípios na sua organização de gestão, de planejamento, [...] que ajude nesse processo de relacionamento entre gestores ou em momentos de conflito ou em momentos de omissão. Eu mudei um pouco esse conceito, eu era mais radical, dizia: “consórcio é só um prestador de serviço”, mas ele não é só um prestador de serviço, porque ele tem uma característica diferenciada, já que ele é uma estrutura que pertence às prefeituras. Então se ele tá lá para facilitar para as prefeituras o acesso a uma consulta de neurologia, a uma tomografia, então ele pode estar lá também para facilitar as*

*prefeituras a se instrumentalizar no seu planejamento, a se capacitar na sua gestão? (A11).*

Neste contexto, destaca-se o papel do consórcio no processo de implementação de uma identidade regional, que integra, além dos interesses individuais e coletivos dos gestores municipais, também assumem parcerias junto ao ente estadual e federal, além dos demais atores do sistema de saúde tais como prestadores de serviço, representantes das instâncias de relação federativa e demais setores de atuação meio e fim da saúde, tanto no planejamento, na execução e também na avaliação do sistema.

Ademais, diante destas reflexões, os representantes da estrutura orgânica do consórcio público de saúde, se conscientes da identidade do consórcio como impulsionador da ação coletiva entre os entes municipais, podem configurar-se como partícipes nas instâncias de relação federativa, ao lado de seus entes consorciados.

É ressaltada ainda, por meio do estudo, a necessidade de agregar diferentes atores em busca de constituir um planejamento ascendente e participativo, conforme expressa o excerto:

*E se não houver uma mobilização social que dê sustentação a essa região e a essa identidade, dificilmente isso vai ficar só a cargo de governo, não é? Isso não é uma questão só governamental por si só, essa é uma questão social (A18).*

Considerando que a ação coletiva é capaz de promover transformações sociais, os agentes sociais, configurados para fins deste estudo como sendo os gestores de saúde, podem fortalecer e estabelecer causas coletivas a serem defendidas, por meio de interesse coletivo e da constituição de identidades através do consórcio público de saúde, desde que este esteja posicionado em favor da municipalidade (Melucci, 1989, 1996; OLSON, 1999).

Considerando a LAC (Olson, 1999) ao referir-se aos benefícios procedentes da ação coletiva em grupos de interesses comuns, ao considerar que os consórcios se estabelecem como um destes grupos, o crescimento progressivo da ação consorciada, de acordo com o referido pelos sujeitos do estudo, apontam que os benefícios verificados pelos gestores municipais superam o custo individual que o mesmo tem diante desta ação.

Compreende-se, portanto, como se dão as relações federativas por meio da ação coletiva e dos consórcios públicos, o que congrega e fortalece os atores, oferecendo oportunidade de atuação com equidade, no intuito de atuar coletivamente em prol do aprimoramento da saúde coletiva em uma região de saúde, tal como referido quando da implantação de um serviço de regulação assistencial com ações executadas pelo consórcio em benefício do coletivo.

Diante desse cenário potencial, verifica-se que é necessário que existam instâncias de interação e diálogo entre os entes municipais, para a construção de um ambiente de cooperação (Rocha e Faria, 2004). Entretanto, não se deve cooperar quando se trata de fortalecer o sistema de dominação (MELUCCI, 1996), mas para fomentar a equidade. Assim, o consórcio público de saúde, pode desconstruir o cenário de competição, propondo ações comuns, com vistas ao fortalecimento das relações federativas.

Ressalta-se, ainda, o uso do consórcio como arranjo organizativo de apelo social, tendo em vista sua potencialidade para modificar o meio. Para Bakhtin (1986 [1929]), as relações sociais favorecem a consciência por meio dos grupos organizados. Desta forma, assim como o signo pode ser o instrumento de protesto, assim também o consórcio poderá assumir esse papel, ou outros, entre locutor e interlocutor.

Além disso, conforme aponta Vygotsky (1989 [1934]), considerando o nível social e de formação da consciência exercidos pela linguagem, infere que há uma inter-relação entre o nível social e o de formação da consciência, de maneira que o consórcio poderá torna-se um espaço favorável à expressão dos entes consorciados, por meio da interação social junto ao seu coletivo.

Neste cenário de relações sociais, cabe também aos consórcios públicos apoiar os atores aos quais representa no intuito de fomentar a alteridade, conforme aponta Segato (2006), por meio da valorização das subjetividades, singularidades e diferenças entre os territórios, suas especificidades locais e regionais, suas por meio do princípio da equidade, prevista na CF e defendida como princípio relevante para a implementação do SUS (BRASIL, 1988; PAIM, 2008; FERREIRA e BUSS, 2002; ANDRADE et al, 2017) e que também pode ser aplicada no contexto das relações federativas.

Ademais, por meio da ação coletiva, poderão ser estabelecidos caminhos para a cooperação, sem contudo, ferir a autonomia dos entes municipais. Neste sentido, segundo Abrucio e Soares (2001) apontam que:

*(...) a obtenção de um equilíbrio entre cooperação e competição depende da constituição de redes federativas, isto é, da criação de instituições, políticas e práticas intergovernamentais que reforcem os laços de parceria entre os entes, sem que se percam o pluralismo e a autonomia característicos da estrutura federativa (p. 48).*

Percebe-se assim que embora os consórcios no Brasil tenham se constituído inicialmente a partir da soma de interesses individuais, sob a LAC (OLSON, 1999), vislumbra-se a necessidade de orientação e de organização social entre os entes federativos. E neste contexto, o consórcio pode configurar-se como uma ferramenta para a constituição da ação coletiva, com vistas à construção de uma identidade regional de interesse coletivo, por meio de ações de empoderamento dos entes municipais, sob enfoque técnico, político e administrativo.

## **7 CONSIDERAÇÕES FINAIS E CONTRIBUIÇÕES**

Considerando a subjetividade da natureza das relações entre gestores de saúde, nas quais se baseia o discurso empregado nas instâncias de relação, que por sua vez, dão suporte à tomada de decisões, é que se verifica que as relações de dependência constituem-se como linha indelével condutora desses espaços. Ademais, verifica-se a ilegitimidade na participação dos consórcios públicos junto às instâncias formais de discussão e deliberação.

Em meio a este cenário de fragilidades, resultante da descentralização das políticas públicas e da municipalização do sistema de saúde, a agenda da relação federativa torna-se absolutamente oportuna e o tema consórcios encontra-se inserido nesta pauta de forma bastante necessária e impreterível.

Assim, é premente a necessidade de construção de um cenário de cooperação intermunicipal, no intuito de conferir identidade aos territórios regionais em todo país e o consórcio público de saúde apresenta-se como um ator recomendável, tanto na articulação, como no fortalecimento desses territórios, por meio do empoderamento dos entes municipais.

Entretanto, ressalta-se que há necessidade de estabelecimento e esclarecimento acerca do papel do consórcio, no âmbito da organização em saúde, questão a qual este estudo ensejou aproximar.

Ressalta-se, contudo, a importância da atuação do consórcio público como ferramenta da gestão e da relação federativa junto aos entes consorciados, exaltando sua representatividade autêntica ao ente municipal e por sua importância, viabilizando a efetivação de ações significativas para implementação de políticas públicas para a região de saúde.

Diante dessa oportunidade, aponta-se para a necessidade de reformulação da PGASS, por meio do conhecimento de todo o recurso físico e financeiro da região, a reformulação do mapa da rede de serviços e referências de cada município gestor, de forma que seja possível compartilhar e gerenciar sobre as informações acerca do potencial sanitário, para que cada município tome para si a gestão ampliada acerca do território local e regional.

Aponta-se ainda, em meio aos resultados deste estudo, para a necessidade de fortalecimento técnico e político dos atores envolvidos na gestão municipal, tornando viável a execução de ações de mobilização política e de ação

educativa em gestão, direcionadas ao fortalecimento dos entes municipais do território regional, como incentivo ao exercício de seu protagonismo nestas ações.

Ademais, cabe à estrutura orgânica dos consórcios públicos o estabelecimento de uma nova ordem acerca de seu papel diante dos municípios consorciados, de forma que estes se vejam integrantes do consórcio e se fortaleçam por meio da ação coletiva, tal como foi apontado nesta região de saúde, pelos atores envolvidos neste estudo.

Para tanto, cabe ao consórcio ir além de sua identidade de prestador de serviços, para que se veja pertencido ao coletivo de municípios e estes ao consórcio, executando funções de apoiador da relação federativa e de ferramenta para o fortalecimento do federalismo, no âmbito técnico e político em saúde.

O presente estudo aponta ainda para o consórcio como um meritório arranjo organizativo no papel de articulador da atuação do gestor municipal na construção de uma identidade regional, fomentando o processo de planejamento e gestão em saúde, em um cenário onde a participação e a horizontalidade sejam fatores significativos no ordenamento da ação coletiva.

Por fim, verifica-se que algumas questões ainda restam por ser compreendidas, uma vez que o estudo aponta para a necessidade de ampliação da investigação. Dentre estas questões, estão: a) como poderiam ser reconformadas as instâncias formais da relação federativa no âmbito da saúde, tendo em vista o novo posicionamento dos consórcios públicos e as necessidades regionais? b) como se articulariam os conselhos deliberativos internos dos consórcios junto a estas instâncias? c) como fomentar o processo de regionalização, tendo os consórcios como mecanismos de fortalecimento do federalismo?

## REFERÊNCIAS

\_\_\_\_\_. BRASIL. **1997 - O Ano da Saúde no Brasil. Ações e Metas Prioritárias.** Ministério da Saúde. Brasília, mar. 1997a. 16p.

\_\_\_\_\_.BRASIL. **Caderno de Informações para a Gestão Interfederativa no SUS: 2012.** Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Articulação Interfederativa. Ministério da Saúde. Brasília, 2012b. 352 p.

\_\_\_\_\_.BRASIL. **CONASS 25 anos.** Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. – Brasília: CONASS, 2007. 156 p. ISBN: 978-85-89545-48-8. Disponível em: <http://www.conass.org.br/biblioteca/pdf/conass-25-anos.pdf>. Acesso em: 12 nov.2017.

\_\_\_\_\_.BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil.** Senado Federal. Brasília, 1988.

\_\_\_\_\_.BRASIL. **Contrato Organizativo da Ação Pública da Saúde.** Brasília: Ministério da Saúde, 2011. Disponível em [http://observasaude.fundap.sp.gov.br/saude2/sus/Acervo/coap\\_231211.pdf](http://observasaude.fundap.sp.gov.br/saude2/sus/Acervo/coap_231211.pdf). acesso em 08 de maio de 2013.

\_\_\_\_\_.BRASIL. **Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011.** Diário Oficial da União. Brasília, 2011.

\_\_\_\_\_.BRASIL. **Emenda Constitucional - EC n.1 de 17 de outubro de 1969.** Edita o novo texto da Constituição Federal de 24 de janeiro de 1967. Brasília, 1969.

\_\_\_\_\_.BRASIL. **Emenda Constitucional - EC n.19 de 04 de junho de 1998.** Modifica o regime e dispõe sobre princípio e normas da Administração Pública, servidores e Agentes políticos, controle de despesas e finanças públicas e custeio de atividades a cargo do Distrito Federal, e dá outras providências. Brasília, 1998.

\_\_\_\_\_.BRASIL. **HumanizaSUS: documento base para gestores e trabalhadores do SUS.** Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. Secretaria de Atenção à Saúde. Ministério da Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2006a. Disponível em: <http://scielo.br/pdf/icse/v13n31/a06v1331.pdf>. Acesso em: 20 de abril de 2017.

\_\_\_\_\_.BRASIL. **Lei Federal nº 8080 de 19-09-1990.** Diário Oficial da União. Brasília, 1990a.

\_\_\_\_\_.BRASIL. **Lei Federal nº 8142 de 28-12-1990.** Diário Oficial da União. Brasília, 1990b.

\_\_\_\_\_.BRASIL. **Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde - NOB - SUS 91.** Ministério da Saúde. Brasília, 1991.

\_\_\_\_\_.BRASIL. **Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde - NOB - SUS 93.** Ministério da Saúde. Brasília, 1993a.

\_\_\_\_\_.BRASIL. **Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde - NOB - SUS 96**. Ministério da Saúde. Brasília, 1996.

\_\_\_\_\_.BRASIL. **O consórcio e a gestão municipal em saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 1997b. 32p.

\_\_\_\_\_.BRASIL. **Portaria do Gabinete do Ministro nº 1.180 de 22-07-1991**. Cria a Comissão Intergestores Tripartite. Ministério da Saúde. Diário Oficial da União. Brasília, 1991a.

\_\_\_\_\_.BRASIL. **Portaria do Gabinete do Ministro nº 2203, de 5 de novembro de 1996**. Aprova a Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde, NOB - SUS 01/96. Ministério da Saúde. Diário Oficial da União. Brasília, 1996.

\_\_\_\_\_.BRASIL. **Portaria do Gabinete do Ministro nº 373 de 27-02-2002**. Aprova a Norma Operacional da Assistência à Saúde - NOAS - SUS 01/2002. Ministério da Saúde. Diário Oficial Da União. Brasília, 2002a.

\_\_\_\_\_.BRASIL. **Portaria do Gabinete do Ministro nº 4.279 de 30-12-2010**. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Ministério da Saúde. Diário Oficial da União, 30 dez. 2010.

\_\_\_\_\_.BRASIL. **Portaria do Gabinete do Ministro nº 42 de 14-04-1999**. Atualiza a discriminação da despesa por funções de que tratam o inciso I, do § 1º, do artigo 2º, e § 2º, do artigo 8º, ambos da Lei nº 4.320, de 17 de março de 1964; estabelece os conceitos de função, subfunção, programa, projeto, atividade, operações especiais, e dá outras providências. Ministério do Orçamento e Gestão. Diário Oficial da União. Brasília, 1999.

\_\_\_\_\_.BRASIL. **Portaria do Gabinete do Ministro nº 699 de 30-03-2006**. Regulamenta as Diretrizes Operacionais dos Pactos pela Vida e de Gestão. Ministério da Saúde. Diário Oficial da União. Brasília, 2006.

\_\_\_\_\_.BRASIL. **Portaria do Gabinete do Ministro nº 95 de 26-02-2001**. Aprova a Norma Operacional da Assistência à Saúde – NOAS-SUS 01/2001. Ministério da Saude. Diário Oficial da União. Brasília, 2001.

\_\_\_\_\_.BRASIL. **Resolução INAMPS 273**. Publicado em 17 de Julho de 1991. Reedição da Norma Operacional Básica/SUS no. 01/91. Brasília, 1991b.

\_\_\_\_\_.PARANÁ. **Plano Diretor de Regionalização**. PDR. [http://www.saude.pr.gov.br/arquivos/File/PDR\\_Compilado\\_Final\\_correcao\\_em\\_08\\_07\\_2016.pdf](http://www.saude.pr.gov.br/arquivos/File/PDR_Compilado_Final_correcao_em_08_07_2016.pdf)

AARÃO REIS, Daniel. **Ditadura e democracia no Brasil. Do golpe de 1964 à Constituição de 1988**. Rio de Janeiro: Zahar, 2014.

AARÃO REIS, Daniel. **Ditadura militar, esquerdas e sociedade**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 3ª ed., 2005.

ABRUCIO, F. L. 1998. **Os barões da federação**. São Paulo : Hucitec



ABRUCIO, F. L. e SOARES, M. M. (2001). **Redes federativas no Brasil: cooperação intermunicipal no Grande ABC**. São Paulo, Fundação Konrad Adenauer

ANTONIACONI, G. **Consórcios intermunicipais de saúde e o processo de implantação do COMSUS no Estado do Paraná**. Dissertação. Mestrado em Saúde Coletiva. UEL, 2016.

ARRETCHE, M. **Federalismo e Igualdade Territorial: Uma Contradição em Termos?** Revista de Ciências Sociais, Rio de Janeiro, vol. 53, n. 3, p. 587- 620, 2010

ARRETCHE, M. **Federalismo e políticas sociais no Brasil: problemas de coordenação e autonomia**. São Paulo Perspec., São Paulo , v. 18, n. 2, p. 17-26, June 2004

ARRETCHE, M. **Financiamento federal e gestão local de políticas sociais: o difícil equilíbrio entre regulação, responsabilidade e autonomia**.Ciencia e Saude Coletiva. 2003; 8(2):331-345

BAKHTIN, M. (VOLOCHÍNOV) (1929) **Marxismo e filosofia da linguagem**. 3. ed. São Paulo: Hucitec, 1986.

BARATA, L.R.B; TANAKA, O.Y.; MENDES, J.D.V. **Por um processo de descentralização que consolide os princípios do Sistema Único de Saúde**. Epidemiologia e Serviços de Saúde. 2004, 13(1), 15-24. <https://dx.doi.org/10.5123/S1679-49742004000100003> Bases da Saúde Coletiva, 2 ed. cap 3, pg 47-90.

CAMPOS, G.W.S. **Regionalização é o futuro do SUS. Região e Redes: caminho da universalização da saúde no Brasil**. Entrevista para Região e Redes: Caminhos da Universalização da Saúde no Brasil. Disponível em:< [http:// www.resbr.net.br/regionalizacao-e-o-futuro-do-sus/](http://www.resbr.net.br/regionalizacao-e-o-futuro-do-sus/)> Acesso em: 03/04/2017.

CARNEIRO, P.S; FORSTER, A.C.; FERREIRA, J.B.B. **A dinâmica de três colegiados de gestão regional: um olhar sobre a regionalização e pactuação**. Saúde em Debate, Rio de Janeiro, v.38, n.100, p.57-68, jan./mar. 2014.

CARVALHO, B.G.; CORDONI Jr. L., SOUZA, R.K.T., MARTIN, G.B., NICOLETTO, S.C.S. **A organização do Sistema de Saúde no Brasil**. In: Bases da Saúde Coletiva. Londrina, PR: UEL, 2017.

CHALHUB, S. **Funções da linguagem**. Ática, 1999.

CICONELLO, A. **A participação social como processo de consolidação da democracia no Brasil**. In: From pover: how active citizens and effective states can change the world. Oxfam International, jun. 2008.

COHEN, J. L.;ARATO, A. **Civil Society and Political Theory**. Cambridge: MIT Press, 1992.

COHEN, J. **Strategy or Identity: New Theoretical Paradigms and Contemporary Social Movements**. Social Research, No. 52, p. 663 - 716. Del sector informal a la economia popular. Quito, Instituto Fronesis, 1985.

CORDONI JR, L.; CARVALHO, B.G.; GIL, C.R.R. **Planejamento em Saúde**. In: Bases da Saúde Coletiva. Londrina, PR: UEL, 2017.

CORDONI JR., L. **Medicina comunitária: emergência e desenvolvimento na sociedade brasileira**. Dissertação (Mestrado em Medicina Preventiva) - Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, 1979.

CUNHA, A. P. G. **Representações sociais e organização do poder político: a engenharia social do federalismo no Brasil Império**. Rio de Janeiro: EBAPE-FGV, Dissertação de Mestrado, 2001.

ELZIOVO, C.R. **Colegiado de Gestão Regional desafios e perspectivas: relato de experiência**. Saúde e Transformação Social. Florianópolis, v.3, n.1, p.102-105, jan. 2012 .

FERREIRA JR, BUSS P. **Atenção primária e promoção da saúde**. In: Ministério da Saúde (BR). As cartas da promoção da saúde. Brasília: O Ministério; 2002. p.7-18.

FICO, C.; FERREIRA, M.; ARAUJO, M.; QUADRAT, S. **Ditadura e Democracia na América Latina**. Rio de Janeiro: FGV, 2008.

FLEURY, S. **Democracia, descentralização e desenvolvimento: Brasil e Espanha**. Rio de Janeiro: Editora FGV; 2006.

FLEURY, S. **Reforma dos serviços de saúde no Brasil: movimentos sociais e sociedade civil**. In: The Lancet. Saúde no Brasil. London – UK. 2011

FLEURY, S; OUVENEY, A. **O sistema único de saúde brasileiro: desafios da gestão em rede**. Revista Portuguesa e Brasileira de Gestão. Lisboa, v.11, n.2-3, p.74-83, 2012.

GOHN, M.G. **Teoria dos movimentos sociais**. São Paulo: Loyola (1997).

GONDIM, S.M. **Grupos focais como técnica de investigação qualitativa: Desafios metodológicos**. Paidéia. Cadernos de Psicologia e Educação, 12(24), 149-161, 2002.

HARMAN, G. **Intergovernmental relations: federal systems**. In: HAWKESWORTH, M. e KOGAN, M. (eds.). Encyclopedia of government and politics. London, Routledge, 1992, p.336-350.

IBGE. **Estimativa de Consórcios Públicos no Brasil**. Diretoria de Pesquisas, Coordenação de População e Indicadores Sociais, Pesquisa de Informações Básicas Municipais. 2015.

JAKOBSON, Roman. **Linguística e comunicação**. São Paulo, Cultrix, 1969.

KITZINGER, J. **Focus groups with users and providers of health care.** In: POPE, C.; MAYS, N. (Org.). *Qualitative research in health care.* 2. ed. London: BMJ Books, 2000.

LAZARINI, F.M., FÉLIX, S.B.C.M, LIMA, J.V.C, MENDONÇA, F.F. **A Atenção Básica no contexto do Sistema Único de Saúde.** In: Bases da saúde coletiva. Londrina, PR: UEL, 2017.

LIMA, A.P.G. **Os Consórcios Intermunicipais de Saúde e o Sistema Único de Saúde.** Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro , v. 16, n. 4, p. 985-996, Dec. 2000 .

LUZ, M.T.. **Notas sobre as políticas de saúde no Brasil de "transição democrática": anos 80.** Physis, , v. 1, n. 1, p. 77-96, 1991. Disponível em: <[http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-73311991000100004&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73311991000100004&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em 02 Nov. 2017.

MACHADO, C.V et al. **Federalismo e política de saúde: comissões intergovernamentais no Brasil.** Revista de Saúde Pública, v.48, n.4, p.642-650, 2014.

MACHADO, C.V, Baptista, T.W.F, Lima, L.D. **O planejamento nacional da política de saúde no Brasil: estratégias e instrumentos nos anos 2000.** Ciência e Saúde Col. 2010;15(5):2367-82.

MALUF, Sônia Weidner. **A antropologia reversa e “nós”: alteridade e diferença.** Ilha Revista de Antropologia, Florianópolis, v. 12, n. 1,2, p. 41-58, jan. 2010. ISSN 2175-8034. Disponível em: <<https://periodicos.ufsc.br/index.php/ilha/article/view/2175-8034.2010v12n1-2p41/20799>>. Acesso em: 21 abr. 2017. doi:<http://dx.doi.org/10.5007/2175-8034.2010v12n1-2p41>.

MARTINS, J.; BICUDO, M. A. V. **A pesquisa qualitativa em psicologia: fundamentos e recursos básicos.** São Paulo: Centauro, 2003.

MATTA, Gustavo Correa. **Políticas de Saúde: Organização e Operacionalização do Sistema único de Saúde.** /Organizado por Gustavo Corrêa Matta e Ana Lúcia de Moura Pontes. Rio de Janeiro: EPSJV / Fiocruz, 2007, 284 p.

MATUS, C. (1996) **Estratégias políticas: Chimpanzé, Maquiavel e Gandhi.** São Paulo: FUNDAP, 2ª impressão, 2007.

MATUS, C. **Adiós, señor presidente.** Caracas: Fundación Altadir. 1994.

MATUS, C. **Teoria do jogo social.** Salud Colectiva, Buenos Aires, v. 3, n. 1, p. 81-91, 2005

MELUCCI, A. **Um objetivo para os movimentos sociais.** CEDEC, nº 17, jun., pp. 49-66. . Lua Nova. São Paulo, 1989.

MELUCCI, A. **Challenging codes: Collective action in the information age.** Cambridge University Press, 1996.

MENDES, EV. **Distritos sanitários: processo social de mudanças nas práticas sanitárias para Sistema Único de Saúde**. São Paulo: Editora Hucitec/Rio de Janeiro: ABRASCO; 1993

MERHY, Emerson Elias. Um dos grandes desafios para os gestores do SUS: apostar em novos modos de fabricar os modelos de atenção. In: MERHY, Emerson Elias et al. (Org). O trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano. São Paulo: Hucitec. 2004. p. 15-35.

MINAYO M. C. S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 12. ed. São Paulo: Hucitec, 2010. 407 p.

NEVES JA, RIBEIRO JM. **Consórcios de saúde: estudo de caso exitoso**. Cad Saude Publica. 2006;22(10):2207- 17. DOI:10.1590/S0102-311X2006001000027.

NICOLETTO, S. C. S. **As comissões Intergestores regionais e a gestão interfederativa no norte do Paraná, 2011 a 2013**. 2015. 180f. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) - Universidade Estadual de Londrina, Londrina, 2015.

NICOLETTO, S. C. S.; CORDONI Jr. L.; COSTA, N. R. **Consórcios Intermunicipais de Saúde: o caso do Paraná, Brasil**. Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 21, n. 1, p. 29-38, jan./fev. 2005.

OLIVEIRA, J.A.A.; TEIXEIRA, S.M.F. **(Im)Previdência Social: 60 anos de história da Previdência no Brasil**. Rio de Janeiro: Abrasco, 1986.

OLSON, Mancur. **A lógica da ação coletiva: os benefícios públicos e uma teoria dos grupos sociais**. São Paulo: EdUSP, 1999.

PAIM, J.S. **Gestão da atenção básica nas cidades**. In: NETO, E.R.; BÓGUS, C.M. Saúde nos aglomerados urbanos: uma visão integrada. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2003b. p.183-210.

PAIM, J.S. **Período FHC**. In: Reforma sanitária brasileira: contribuição para a compreensão e crítica [online]. Salvador: EDUFBA; Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2008, pp. 203-239. ISBN 978-85-7541-359- 3.

PIMENTA, A.L. **A história do CONASEMS: da fase heroica da década de 80 ao desejo de mudança do modelo de atenção e gestão dos anos 2000**. Revista do Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde. 2007. Disponível em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/historia\\_conasems.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/historia_conasems.pdf). Acesso em: 12 nov.2017.

PINAFO, E. et al. **Gestor de município de pequeno porte no estado do Paraná: perfil, funções e conhecimento sobre os instrumentos de gestão**. Espaço para a Saúde: Revista de Saúde Pública do Paraná, Londrina, v. 17, n. 1, p. 130-137, jul. 2016.

PINAFO, E. **Problemas e estratégias em gestão do SUS em municípios de pequeno porte**. Tese. Doutorado em Saúde Coletiva. Londrina, 2017.

PINAFO, E.; NUNES, E. F. P. A.; CARVALHO, B. G. **Descentralização da gestão: caminho percorrido, nós críticos e perspectivas.** Ciência & Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v.21, n. 5, p. 1511-1524, 2016.

QUANDT, F. L. **Avaliação da efetividade do Consórcio Intermunicipal de Saúde na região do Alto Uruguai Catarinense - CIS/AMAUC.** 2012. 138p. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) - Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2012.

RABAT, M.N. **A federação: centralização e descentralização do poder político no Brasil.** Câmara dos Deputados. Brasília. 2002

RIBEIRO J.M.; COSTA N.R. da. **Regionalização da assistência à saúde no Brasil: os consórcios municipais no Sistema Único de Saúde (SUS).** Planejamento e Políticas Públicas, n. 22, p. 173-220, dez. 2000

ROCHA, C.V. **A cooperação federativa e a política de saúde: o caso dos Consórcios Intermunicipais de Saúde no estado do Paraná.** Cadernos Metr pole. 2016. 18(36), 377-399. <https://dx.doi.org/10.1590/2236-9996.2016-3604>

ROCHA, C.V; FARIA, C.A.P. **Cooperação intermunicipal, reterritorialização da gestão pública e provisão de bens e serviços sociais no Brasil contemporâneo: a experiência dos Consórcios de Saúde de Minas Gerais.** CADERNOS METRÓPOLE, N. 11, pp. 73-105, 1º sem. 2004

SANTOS, L. **SUS: desafios político-administrativo da gestão interfederativa da saúde. Regionalizando a descentralização.** Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) - Universidade Estadual de Campinas, Faculdade de Ciências Médicas, Campinas, 2012.

SANTOS, L.; ANDRADE, L.O.M. **SUS: o espaço da gestão inovada e dos consensos interfederativo: aspectos jurídicos, administrativos e financeiros.** 2. ed. Campinas: Saberes Editora, 2009.

SANTOS, L.; Campos, GWS. **SUS Brasil: a região de saúde como caminho.** Saude soc., Jun 2015, vol.24, no.2, p.438-446. ISSN 0104-1290

SAUTER, A.M.W; GIRARDON-PERLINI, N.M.O; KOPF, A.W. **Política de regionalização da saúde: das normas operacionais ao Pacto pela Saúde.** 2002. REME - Rev Min Enferm.; 16(2):265-274.

SCHOLZE, A.S.; DUARTE JUNIOR, C.F.; FLORES E SILVA, Y. **Trabalho em saúde e a implantação do acolhimento na atenção primária à saúde: afeto, empatia ou alteridade?** Interface (Botucatu), Botucatu , v. 13, n. 31, p. 303-314, Dec. 2009 . <http://dx.doi.org/10.1590/S1414-32832009000400006>.

SEGATO, Rita Laura. **Antropologia e direitos humanos: alteridade e ética no movimento de expansão dos direitos universais.** Mana, Rio de Janeiro , v. 12, n. 1, p. 207-236, Apr. 2006 . Available from <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-93132006000100008&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-93132006000100008&lng=en&nrm=iso)>. access on 21 Apr. 2017. <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-93132006000100008>.

SILVA, C.D.O. **Lei nº 11.107/05: marco regulatório dos consórcios públicos brasileiros.** Jus Navigandi, Teresina, a. 9, n. 705, 10 jun. 2005.

SILVA, L.H.O. **Por uma semiótica do vivido: entrevista com o sociossemiotista Eric Landowski.** CASA: Cadernos de Semiótica Aplicada [S.l.], v. 12, n. 1. 2014. E-ISSN: 1679-3404. Disponível em: <<http://seer.fclar.unesp.br/casa/article/view/7129>>. Acesso em: 20 abr. 2017. DOI: <http://dx.doi.org/10.21709/casa.v12i1.7129>

SILVA, S.F. et al. **Redes de atenção à saúde no SUS: o pacto pela saúde e redes regionalizadas de ações e serviços de saúde.** São Paulo: Idisa, 2008.

SILVA, S.F. **Organização de redes regionalizadas e integradas de atenção à saúde: desafios do Sistema Único de Saúde (Brasil).** Cien Saude Colet 2011; 16(6):2753-2762.

SOUZA, C. **Federalismo, desenho contitucional e instituições federativas no Brasil pós-1988.** Revista de Sociologia e Política, (24), 105-121. 2005. <https://dx.doi.org/10.1590/S0104-44782005000100008>

SOUZA, C. **Governos e sociedades locais em contextos de desigualdades e de descentralização.** Ciênc. Saúde Coletiva. 2002; 7:431-42

SOUZA, C. **Intermediação de Interesses Regionais no Brasil: O Impacto do Federalismo e da Descentralização.** 1998. Dados, 41(3) <https://dx.doi.org/10.1590/S0011-52581998000300003>

SOUZA, R. T. de. (2000). **Sentido e alteridade: Dez ensaios sobre o pensamento de Emmanuel Levinas.** Porto Alegre: EDIPUCRS.

SROUR, Robert Henry. **Poder, cultura e ética nas organizações.** 6 ed. Rio de Janeiro: Campus, 1998.

TAMAKI, E. M; Tanaka, O.Y; Felisberto E.; Alves C.K.A.; Drummond Júnior, M.; Bezerra, L.C.A.; Calvo, M.C.M.; Miranda, A.S. **Metodologia de construção de um painel de indicadores para o monitoramento e a avaliação da gestão do SUS.** Ciênc. saúde coletiva, Rio de Janeiro, 2002. v. 17, n. 4, p. 839-849.

TEIXEIRA, L.; MAC DOWELL, M.C.; BUGARIN, M.. **Consórcios intermunicipais de saúde: uma análise à luz da teoria dos jogos.** Rev. Bras. Econ., Rio de Janeiro , v. 57, n. 1, p. 253-281, Mar. 2003 . <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-71402003000100011>.

TEIXEIRA, L.S. **Ensaio sobre consórcios intermunicipais de saúde: financiamento, comportamento estratégico, incentivos e economia política.** Brasília: Câmara dos Deputados, Coordenação de Publicações, 2007. (Série temas de interesse do legislativo; n. 11).

VAN DIJK, T.A. **Critical Discourse Analysis. In: The Handbook of Discourse Analysis.** Edited by: Deborah Schiffrin, Deborah Tannen, and Heidi E. Hamilton. Blackwell Publishers, 2001.

VAZ, J. C. **Consórcios Intermunicipais. Dicas Polis Ildesfes: ação administrativa – idéias para a ação municipal. 1997.** Disponível em: <http://polis.org.br/publicacoes/consorcios-intermunicipais/> Acesso em: 25 out. 2017.

VIANA, A.L.D.; IBAÑEZ N; ELIAS, P.E.M.; LIMA, L.D.; ALBUQUERQUE, M.; IOZZI, F.L. **Novas perspectivas para a regionalização da saúde.** São Paulo Perspec, 2008; 22(1):92-106.

VYGOTSKY, L. S. **Pensamento e linguagem.** 2ª ed. São Paulo: Martins Fontes, 1989.

VYGOTSKY, Lev. **A formação Social da Mente.** São Paulo: Martins Fontes, 1984.

WEBER, M. **Ensaio de Sociologia,** 1982.

**APÊNDICES**

APÊNDICE 1 – SISTEMATIZAÇÃO DAS ETAPAS DA PESQUISA

APÊNDICE 2 – FICHA DE CADASTRO DE PARTICIPANTE

APÊNDICE 3 – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

APÊNDICE 4 – ROTEIRO GRUPO FOCAL A – GESTORES MUNICÍPIOS COM ATÉ 5,9 HABITANTES

APÊNDICE 5 – ROTEIRO GRUPO FOCAL B – GESTORES MUNICÍPIOS DE 6 A 20 MIL HABITANTES

APÊNDICE 6 – ROTEIRO DE ENTREVISTA: GESTORES MUNICÍPIOS SEDE DE MICROREGIÃO

APÊNDICE 7 – ROTEIRO DE ENTREVISTA: GESTOR MUNICÍPIO SEDE DE REGIÃO DE SAÚDE

APÊNDICE 8 – ROTEIRO ENTREVISTA: REGIONAL DE SAÚDE

APÊNDICE 9 – ROTEIRO ENTREVISTA: GESTOR ESTADUAL DE SAÚDE

APÊNDICE 10 – ROTEIRO ENTREVISTA: DIRETOR DEPARTAMENTO ARTICULAÇÃO INTERFEDERATIVA/MS

APÊNDICE 11 – ROTEIRO ENTREVISTA: CONSÓRCIO PÚBLICO



## APÊNDICE 1 - SISTEMATIZAÇÃO DAS ETAPAS DA PESQUISA

ETAPA	INSTRUMENTO	OBJETIVO	ATORES ENVOLVIDOS	APENDICE.
INICIAL	FCP	-	-	2
	TCLE	-	-	3
1ª ETAPA	REVISÃO DOCUMENTAL	Identificar e revisar trabalhos que discorrem acerca desse tema	-	-
2ª ETAPA	GRUPOS FOCAIS	Desvendar aspectos subjetivos na relação federativa e buscar evidências de fragilidades e potencialidades nesta relação	GRUPO FOCAL A: 6 MUNICIPIOS COM ATÉ 5,9 MIL HABITANTES	4
			GRUPO FOCAL B: 11 MUNICIPIOS COM BASE POP.ACIMA DE 6 MIL HABITANTES	5
3ª ETAPA	ENTREVISTAS	Compreender como atuam os atores envolvidos no processo de construção da articulação interfederativa em relação com o consórcio	MUNICIPIOS SEDE DE MICROREGIÃO DA REGIÃO DE SAÚDE	6
			MUNICÍPIO SEDE DA REGIÃO DE SAÚDE	7
			REGIONAL DE SAÚDE	8
			GESTÃO ESTADUAL	9
			MINISTÉRIO DA SAUDE	10
			CONSÓRCIO	11

## APÊNDICE 2 – FICHA DE CADASTRO DE PARTICIPANTE

NOME:	
DATA DE NASCIMENTO:	
MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA:	
ESCOLARIDADE:	
PROFISSÃO:	
PÉRIODO NA FUNÇÃO GESTORA:	
SERVIDOR DE CARREIRA?	( ) SIM - ( ) MUNICIPAL ( ) ESTADUAL ( ) FEDERAL ( ) NÃO

AVALIAÇÃO:

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

## APÊNDICE 3 - TCLE

**Apêndice 3****TCLE - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido**

**PESQUISA** "CONSÓRCIO PÚBLICO DE SAÚDE: A RELAÇÃO FEDERATIVA".

Ilmo. Sr. xxxxx

O Senhor está sendo convidado a participar da pesquisa "CONSÓRCIO PÚBLICO DE SAÚDE: A RELAÇÃO FEDERATIVA", que está sendo realizada pela pesquisadora e mestrandia Silvia Karla Azevedo Vieira Andrade, para fins de obtenção do título de mestre em saúde pública. O objetivo geral da pesquisa é compreender como se dá a relação federativa entre os atores que compõem os consórcios públicos. Trata-se de um estudo investigativo de abordagem qualitativa.

Solicitamos vossa participação em entrevista, onde as falas serão gravadas, mas ao ser encerrada a pesquisa os materiais gravados e transcritos serão destruídos pelo pesquisador. Gostaríamos de esclarecer que vossa participação é totalmente voluntária, podendo 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 vossa identidade, cargo e posição. O Senhor terá livre acesso a todas as informações e esclarecimentos adicionais sobre o estudo.

Esperamos ao final da pesquisa compreender melhor como se articulam os entes federativos da região de saúde, compreender qual o entendimento dos gestores de saúde acerca da relação federativa e da ação consorciada, no fortalecimento da gestão pública na região de saúde. Para vossa participação, a entrevista abordará o contexto das políticas públicas do Estado e as parcerias com os consórcios públicos de saúde.

Caso você tenha dúvidas ou necessite de maiores esclarecimentos pode contatar o orientador da pesquisa e docente da Universidade Estadual de Londrina, Dr. Luiz Cordoni, por meio do endereço: Av. Robert Koch, 60 – Vila Operária,

Londrina – Pr, ou pelos telefones: (43) 3337-5100, celular (43) (43) 9994-7218 e pelo e-mail: [luizcordoni@gmail.com](mailto:luizcordoni@gmail.com). Informamos que todas as despesas decorrentes da pesquisa serão de competência dos pesquisadores.

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

\_\_\_\_\_  
Cordialmente,

Silvia Karla Azevedo Vieira Andrade

Pesquisadora e aluna do curso de pós graduação da

Universidade Estadual de Londrina - Fone: 43 99991-4053.

<p>Eu, _____,</p> <p>_____, tendo sido devidamente esclarecido sobre os procedimentos da pesquisa, concordo em participar voluntariamente da pesquisa descrita acima.</p> <p>Londrina, ____ de _____ de _____.</p> <p>Assinatura: _____</p>
---

## APÊNDICE 4 – ROTEIRO DE GRUPO FOCAL A

1. Como se dá o papel do gestor municipal de saúde? Quais são as atribuições que vocês consideram mais importantes?
2. No início do trabalho na gestão, quais foram os sonhos que vocês tiveram para o município? Como vocês buscaram concretizar esses sonhos? Era um sonho solitário ou vocês percebem que outros gestores têm os mesmos sonhos?
3. Como foi a experiência de vocês na montagem do plano municipal de saúde?
4. Considerando que no Brasil temos 3 instâncias federadas, os municípios, estados e união, todas autônomas, mas com algum grau de interdependência, a articulação interfederativa é bastante importante para a gestão e o planejamento em saúde. Diante disso, como os municípios de pequeno porte se articulam para o planejamento e gestão?
5. Como se dá a relação entre os gestores de saúde da região? Há momentos de articulação para construção em comum? Como vocês vêem a atuação dos gestores municipais nas instâncias de relação interfederativa, tais como a CIR e CIB? Como são decididos novos projetos, planos e necessidades regionais? Quem define as estratégias e projetos? Como chegam as decisões? São discutidas? Como se dá a relação entre os municípios de uma mesma microregião?
6. E a relação dos municípios menores com o município sede da região, como se dá? Já foi realizado algum trabalho em conjunto, visitas, reuniões? De onde parte a iniciativa para a ação em conjunto? Há alguma dificuldade nessa relação?
7. Como foi sua experiência com a organização dos serviços locais e a programação da oferta de serviços especializados?
8. Quais ferramentas e instrumentos você acredita que são importantes para a construção do sistema de saúde na região?
9. Como você vê a participação dos consórcios públicos no sistema de saúde da região? Quais são as responsabilidades do consórcio público de sua região?
10. Como você percebe que é visto o COAP atualmente?

## APÊNDICE 5 – ROTEIRO DE GRUPO FOCAL B

1. Como se dá o papel do gestor municipal de saúde? Quais são suas atribuições?
2. Como os municípios de pequeno porte se articulam para o planejamento e gestão em saúde?
3. Considerando que no Brasil temos 3 instâncias federadas, os municípios, estados e união, todas autônomas, mas com algum grau de interdependência, a articulação interfederativa é bastante importante para a gestão e o planejamento em saúde. Diante disso, como os municípios de pequeno porte se articulam para o planejamento e gestão em saúde no Brasil?
4. Como se articulam os gestores municipais em nossa região? Quais as instâncias de articulação interfederativa? Quem são os participantes destas instâncias? Como são decididos novos projetos, planos, necessidades regionais? Quem define as estratégias e projetos? Como chegam as decisões? São discutidas?
5. Como se dá a relação entre os municípios de uma mesma microregião? Os municípios de sentem pertencidos à região de saúde?
6. Considerando a publicação do Decreto 7508/2011, como o COAP e seus instrumentos, são vistos atualmente? Houve alguma organização nas instâncias de articulação neste sentido, em sua região?
7. Como se dá a relação junto ao município sede da região?
8. Qual sua percepção acerca do papel do consórcio público na região de saúde?
9. Quais as responsabilidades do consórcio público de sua região? Há integração entre as responsabilidades dos gestores municipais e as responsabilidades do consórcio?
10. Tendo em vista o COAP e seu papel junto à articulação interfederativa, como poderiam os consórcios ser inseridos nesse contexto?
11. Pensando nos desafios de uma nova equipe gestora e do fortalecimento da região de saúde, se esse fosse o seu primeiro ano na gestão municipal e diante da experiência que você já tem adquirida hoje, quais seriam os pontos prioritários que vocês trabalhariam na gestão?

## APÊNDICE 6: ROTEIRO DE ENTREVISTA: MUNICÍPIOS SEDE DE MICROREGIÃO

1. Como se dá o papel do gestor municipal de saúde? Quais são suas atribuições?
2. Como se articulam os gestores municipais em nossa região? Quais as instâncias de relação federativa? Quem são os participantes destas instâncias?
3. Considerando que no Brasil temos 3 instâncias federadas, os municípios, estados e união, todas autônomas, mas com algum grau de interdependência, a articulação interfederativa é bastante importante para a gestão e o planejamento em saúde. Diante disso, como os municípios de médio porte se articulam para o planejamento e gestão em saúde?
4. Como se articulam os gestores municipais em nossa região? Quais as instâncias de articulação interfederativa? Quem são os participantes destas instâncias? Como são decididos novos projetos, planos, necessidades regionais? Quem define as estratégias e projetos? Como chegam as decisões? São discutidas?
5. Como se dá a relação entre os municípios de uma mesma microregião? Os municípios de sentem pertencidos à região de saúde?
6. Considerando a publicação do Decreto 7508/2011, que traz o COAP e seus instrumentos (citar) como ferramenta de articulação interfederativa, como é visto essa ferramenta atualmente? Houve alguma organização nas instâncias de articulação neste sentido, em sua região? Vocês participaram nesse processo?
7. Como os municípios de médio porte se articulam para o planejamento e gestão em saúde?
8. Como se dá a relação junto aos municípios de pequeno porte da microregião? Como se dá a relação junto ao município sede da região?
9. Qual sua percepção acerca do papel do consórcio público na região de saúde? Quais são suas responsabilidades? Como vocês pensam uma integração das ações e das responsabilidades dos gestores municipais e a responsabilidade do consórcio?
10. Tendo em vista a relação federativa, vocês vêem que os consórcios podem ser inseridos neste contexto?

## APÊNDICE 7 – ROTEIRO DE ENTREVISTA: MUNICÍPIO SEDE DA REGIÃO

1. Como se dá o papel do gestor municipal de saúde em um município como este? Quais são suas atribuições da gestão?
2. Como você vê a articulação de municípios de grande porte, como este, junto às demais esferas de gestão, estadual e federal? Como se dá o planejamento das políticas públicas e sua articulação entre essas esferas de governo? Há convergência ou divergência de interesses?
3. E qual a sua visão acerca da relação do município sede junto aos municípios de pequeno e médio porte da região? Como se estabelece a relação no dia-a-dia? E nas instâncias de articulação, tais como: CRESEMS, COSEMS.
4. Como você vê o posicionamento dos gestores de saúde dos municípios da região diante da oportunidade do debate nas instâncias de deliberação CIR, CIB, CRESEMS?
5. Como são decididos novos projetos, planos, necessidades no município e na região de saúde? Quem define as estratégias e projetos? Como acontece a tomada de decisões? Há horizontalidade ou verticalidade no processo?
6. Qual sua percepção acerca do papel do consórcio público na região de saúde?
7. Quais as responsabilidades do consórcio público de sua região? Há integração entre as responsabilidades dos gestores municipais e as responsabilidades do consórcio?
8. Tendo em vista a necessidade de relação federativa, você acredita que os consórcios teriam alguma contribuição nesse sentido?



## APÊNDICE 8 – ROTEIRO DE ENTREVISTA: REGIONAL DE SAÚDE

1. Como se articulam os gestores municipais na 17ª Regional de Saúde? Quais as instâncias de articulação interfederativa? Quem são os participantes destas instâncias?
2. Considerando que no Brasil temos 3 instâncias federadas, os municípios, estados e união, todas autônomas, mas com algum grau de interdependência, a relação federativa é bastante importante para a gestão e o planejamento em saúde. Diante disso, como os municípios se articulam para o planejamento no território regional?
3. Como funcionam as instâncias da relação federativa? Como se cumprem as deliberações e se há feedback acerca das mesmas, entre outras questões pertinentes à relação federativa na CIR.
4. Como se dá a relação dos municípios na região de saúde? Como se dá a relação junto ao município sede da região?
5. Qual sua percepção acerca do papel do consórcio público na região de saúde?
6. Como você vê as responsabilidades do consórcio público?
7. Considerando a publicação do Decreto 7508/2011, que traz o COAP e seus instrumentos (citar) como ferramenta de articulação interfederativa, como é visto essa ferramenta atualmente? Houve alguma organização nas instâncias de articulação neste sentido, na perspectiva da 17ª Regional de Saúde?

## APÊNDICE 9 – ROTEIRO DE ENTREVISTA: GESTÃO ESTADUAL DE SAÚDE

1. Considerando o planejamento e execução de políticas públicas de saúde, qual a sua percepção acerca da relação federativa dos gestores municipais entre si e entre os demais níveis de gestão (estadual/federal)?
2. Em sua avaliação, como se dá a relação dos municípios nas regiões de saúde? E a relação dos pequenos municípios junto ao município sede da região de saúde? E os municípios em gestão plena junto à gestão estadual de Saúde do Paraná?
3. Qual sua percepção acerca do papel e das responsabilidades dos consórcios públicos de saúde no Estado do Paraná?
4. Você acredita que os consórcios tem algum papel diante do processo de regionalização?
5. Diante do planejamento de gestão estratégica deste governo, em que a SESA envolveu os consórcios como parceiros na execução das políticas prioritárias da saúde, você acredita que os consórcios tem respondido às expectativas desta parceria?

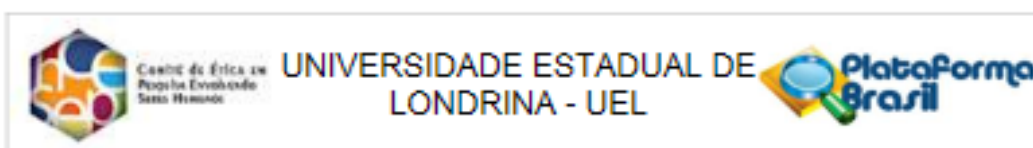
## APÊNDICE 10 – ROTEIRO DE ENTREVISTA: MINISTÉRIO DA SAÚDE

1. Como se articulam os gestores municipais no Brasil? Quais as instâncias de articulação interfederativa? Quem são os participantes destas instâncias?
2. Considerando as instancias de articulação interfederativa no brasil, como se dá, em sua concepção a articulação entre os gestores municipais entre si e entre os niveis de gestão (estadual/federal)?
3. Como é visto o COAP atualmente e qual a perspectiva do Ministerio da Saúde diante da tarefa de implantação do COAP? A quem caberia esta tarefa? Quais esforços seriam necessários?
4. Como se dá a relação dos municípios nas regiões de saúde? Como se dá a relação junto aos municípios sede das regiões?
5. Qual sua percepção acerca do papel do consórcio público?
6. O que o Ministério da Saúde espera da gestão municipal e dos consórcios em relação à regionalização?
7. Considerando a necessidade de avanço na regionalização como um elemento da construção do SUS, como o ministério da saude ve que os consorcios podem apoiar nesse sentido?
8. Como o Ministério da Saúde vê as responsabilidades dos consórcios públicos? Nessa perspectiva, é prevista integração entre as responsabilidades dos gestores municipais e as responsabilidades dos consórcios públicos de saúde?
9. Tendo em vista o COAP e seu papel junto à articulação interfederativa, como poderiam os consorcios ser inseridos nesse contexto?
10. Tendo em vista o desafio da regionalização, da redução das desigualdades e da equidade entre gestores municipais, quais seriam as ferramentas e instrumentos adequados a serem aplicados?

## APÊNDICE 11- ROTEIRO DE ENTREVISTA: CONSÓRCIO PÚBLICO

1. Quais as responsabilidades do consórcio público e a quem ele representa?
2. Como se dá a integração entre os gestores municipais e a administração executiva do consórcio público de saúde?
3. E como você vê a relação dos municípios menores frente ao município sede da região?
4. Como se dá a relação da administração executiva do consórcio público junto ao município sede em sua região de saúde?
5. E como é a relação da administração executiva do consórcio junto aos demais municípios da região?
6. Como você vê a pactuação de ações e serviços para os municípios na região de saúde? Como se dá o processo de planejamento e tomada de decisões nas instancias de articulação existentes – CRESEMS/COSEMS?
7. Quais as potencialidades do consórcio público de saúde, sob seu ponto de vista?
8. Quais são os espaços oferecidos pelo consórcio na relação federativa dos gestores municipais?
9. Como você avalia a potencialidade do consorcio público em relação às responsabilidades dos gestores municipais no planejamento e gestão?
10. Como poderiam os consorcios ser inseridos nesse contexto?
11. Há diferença entre as funções do consórcio e do Centro de Especialidades? Como isso acontece?
12. Como você compreende a diferença nas responsabilidades do consórcio público de saúde e da Regional de Saúde?
13. A forma de atuação dos consórcios no Estado do Paraná acontece de forma semelhante entre os consorcios ou há diferenças entre eles?
14. Como os consórcios públicos se articulam entre si?

## ANEXO A – PARECER COMISSÃO DE ÉTICA



### PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

#### DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

**Título da Pesquisa:** Gestão interfederativa do SUS na organização de arranjos regionais para atenção de média complexidade na macrorregião norte do Paraná.

**Pesquisador:** Fernanda de Freitas Mandonça

**Área Temática:**

**Versão:** 2

**CAAE:** 58888416.1.0000.5231

**Instituição Proponente:** CCS - Departamento de Saúde Coletiva

**Patrocinador Principal:** Fundação Araucária

#### DADOS DO PARECER

**Número do Parecer:** 1.700.851

#### Apresentação do Projeto:

O acesso aos serviços de Média Complexidade (MC) torna-se um desafio para os gestores do SUS pois, além da diversidade de características de estados, regiões ou municípios, o setor privado é o que prioritariamente realiza os procedimentos mais complexos em relação a exames e procedimentos diagnósticos, ficando o Sistema de Saúde na dependência da iniciativa privada, que atua como fonte suplementar de serviços. Diante disso, o objetivo desse estudo é compreender o processo de gestão interfederativa do SUS na organização de arranjos regionais para atenção de média complexidade na Macrorregião Norte do Paraná. Trata-se de um estudo de natureza quanti-qualitativa realizada em dois momentos. O primeiro terá um caráter exploratório com banco de dados e sistemas de informação. Já o segundo será um estudo de caso por meio de análise de documentos e entrevistas com gestores. O estudo será realizado na macrorregião norte do Paraná. Com os possíveis resultados, espera-se produzir o mapeamento do acesso às ações e serviços de média complexidade; a identificação da participação das esferas de governo no financiamento das ações e serviços de média complexidade; a produção de elementos que subsidiem o aprimoramento da Gestão Interfederativa das ações e serviços de média complexidade; a ampliação do conhecimento sobre a Gestão Interfederativa, suas potencialidades e limites na macrorregião norte do Paraná; e ofertar subsídios para a elaboração de estratégias que auxiliem

**Endereço:** LABESC - Sala 14

**Bairro:** Campus Universitário

**UF:** PR

**Município:** LONDRINA

**CEP:** 86.057-970

**Telefone:** (43)3371-5455

**E-mail:** cep288@uel.br



Centro de Estudos em  
Políticas Especiais em  
Saúde Pública

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE  
LONDRINA - UEL



Continuação do Parecer: 1.700.851

na superação dos desafios relacionados ao sistema de governança dos serviços de média complexidade.

#### Objetivo da Pesquisa:

**Objetivo primário:** Compreender o processo de gestão interfederativa do SUS na organização de arranjos regionais para atenção de média complexidade na Macrorregião Norte do Paraná.

**Objetivos secundários:** Identificar as ações e serviços ambulatoriais e hospitalares disponibilizados no âmbito da atenção de média complexidade em saúde; Analisar a relação público-privado para atenção à saúde de média complexidade quanto à programação, formas de vinculação e pagamento, mecanismos de regulação e resultados produzidos; Analisar a constituição e atuação de Consórcios Intermunicipais de Saúde para a atenção de média complexidade; Caracterizar o sistema de governança da atenção de média complexidade; Analisar a gestão dos recursos aplicados em saúde na média complexidade e a participação dos três entes federados no seu financiamento.

#### Avaliação dos Riscos e Benefícios:

De acordo com o pesquisador, os riscos são mínimos e se referem aos dados que serão fornecidos. Contudo serão tomados os devidos cuidados com o sigilo das informações que serão recolhidas. Os benefícios apontados são: mapeamento do acesso às ações e serviços de média complexidade; identificação da participação das esferas de governo no financiamento das ações e serviços de média complexidade; produção de elementos que subsidiem o aprimoramento da Gestão Interfederativa das ações e serviços de média complexidade; ampliação do conhecimento sobre a Gestão Interfederativa, suas potencialidades e limites na macrorregião norte do Paraná; Subsídio para a elaboração de estratégias que auxiliem na superação dos desafios relacionados ao sistema de governança dos serviços de média complexidade.

#### Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Considerando que várias pesquisas apontam que atualmente um dos grandes problemas de acesso da população aos serviços de saúde encontra-se na MC e que essa dificuldade de acesso representa um entrave para garantir a integralidade da atenção, é fundamental a realização de uma investigação científica que explore a gestão interfederativa do SUS na organização de ações e serviços de média complexidade. Sendo assim, esta CEPESH reconhece a importância do referido projeto.

#### Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Apresentou folha de rosto devidamente assinada; Termo de Consentimento Livre Esclarecido com

Endereço: LABEBC - Sala 14

Bairro: Campus Universitário

CEP: 88.057-970

UF: PR

Município: LONDRINA

Telefone: (48)3371-5455

E-mail: [cep268@uel.br](mailto:cep268@uel.br)



Comitê de Ética em  
Pesquisas Envolvendo  
Serres Humanos

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE  
LONDRINA - UEL



Continuação do Parecer: 1.700.001

conteúdo adequado; cronograma e orçamento adequados; termo de sigilo assinado pela pesquisadora responsável; roteiro das entrevistas; declarações de instituições co-participantes devidamente assinadas.

#### Recomendações:

Recomenda-se que no TCLE seja revista a ortografia da palavra interfederativa. Além disso, recomenda-se também que o pesquisador traduza a sigla CIR, lembrando que toda sigla deve ser esclarecida.

#### Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Não há pendências.

#### Considerações Finais a critério do CEP:

Prezado (a) Pesquisador (a),

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

Coordenação CEP/UEL.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_725670.pdf	18/09/2018 18:33:38		Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.pdf	09/07/2018 10:47:54	Fernanda de Freitas Mendonça	Aceito
Outros	declaracao_uenp.jpg	09/07/2018 10:37:44	Fernanda de Freitas Mendonça	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETO_SISOT_MEDIA_COMPLEXO DADE.doc	31/05/2018 15:33:32	Fernanda de Freitas Mendonça	Aceito
Outros	oficio_18RS.pdf	31/05/2018 15:33:10	Fernanda de Freitas Mendonça	Aceito
Outros	Oficio_22RS.pdf	30/05/2018 15:13:05	Fernanda de Freitas Mendonça	Aceito
Outros	Oficio_19RS.pdf	30/05/2018 15:12:44	Fernanda de Freitas Mendonça	Aceito
Outros	Oficio_17RS.pdf	30/05/2018 15:12:25	Fernanda de Freitas Mendonça	Aceito

Endereço: LABEBC - Sala 14

Bairro: Campus Universitário

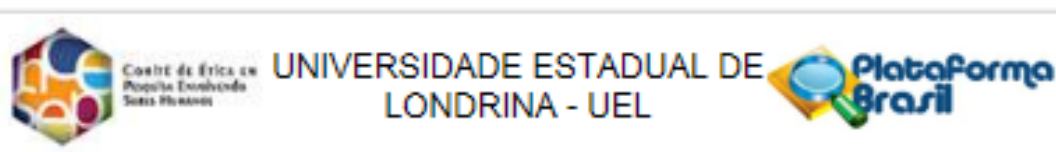
CEP: 86.057-970

UF: PR

Município: LONDRINA

Telefone: (43)3371-5455

E-mail: [cep200@uel.br](mailto:cep200@uel.br)



Continuação do Parecer: 1.700.051

Outros	oficio_16RS.pdf	30/05/2018 15:11:49	Fernanda de Freitas Mendonça	Aceito
Outros	TERMO_SIGILO.pdf	30/05/2018 15:09:53	Fernanda de Freitas Mendonça	Aceito
Folha de Rosto	FOLHA_ROSTO.pdf	30/05/2018 15:07:37	Fernanda de Freitas Mendonça	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

LONDRINA, 29 de Agosto de 2018

Assinado por:

Alexandrina Aparecida Maciel Cardelli  
(Coordenador)

Endereço: LABESC - Sala 14

Bairro: Campus Universitário

CEP: 88.057-970

UF: PR

Município: LONDRINA

Telefone: (45)3371-5455

E-mail: ccp268@uel.br