



UNIVERSIDADE
ESTADUAL DE LONDRINA

EDINALVA DE MOURA FERRAZ

**GOVERNANÇA DAS AÇÕES E SERVIÇOS DE MÉDIA
COMPLEXIDADE EM UMA REGIÃO DE SAÚDE**

Londrina
2018

EDINALVA DE MOURA FERRAZ

**GOVERNANÇA DAS AÇÕES E SERVIÇOS DE MÉDIA
COMPLEXIDADE EM UMA REGIÃO DE SAÚDE**

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

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Brígida Gimenez Carvalho

Londrina
2018

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

Ferraz, Edinalva de Moura.

Governança das ações e serviços de média complexidade em uma região de saúde / Edinalva de Moura Ferraz. - Londrina, 2018.
79 f. : il.

Orientador: Brígida Gimenez Carvalho.

Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) - Universidade Estadual de Londrina, Centro de Ciências da Saúde, Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, 2018.
Inclui bibliografia.

1. Governança - Tese. 2. Atenção secundária a saúde - Tese. 3. Regionalização - Tese. 4. Sistema único de saúde - Tese. I. Carvalho, Brígida Gimenez. II. Universidade Estadual de Londrina. Centro de Ciências da Saúde. Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva. III. Título.

EDINALVA DE MOURA FERRAZ

**GOVERNANÇA DAS AÇÕES E SERVIÇOS DE MÉDIA
COMPLEXIDADE EM UMA REGIÃO DE SAÚDE**

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

BANCA EXAMINADORA

Orientadora: Prof^ª. Dr^ª. Brígida Gimenez Carvalho
Universidade Estadual de Londrina - UEL

Dr^ª. Carolina Milena Domingos
Universidade Estadual de Londrina - UEL

Dr^ª. Sônia Cristina Stefano Nicoletto
Secretaria Estadual de Saúde do Paraná

Londrina, 28 de março de 2018.

Dedico este trabalho à minha mãe, mulher virtuosa, humilde e vencedora!

Vive em função da família!

Sem a senhora não teria chegado até aqui!

AGRADECIMENTOS

À Deus por sua infinita bondade, amor e misericórdia.

Ao programa de pós graduação em Saúde Coletiva da Universidade Estadual de Londrina, por propiciar aos seus alunos oportunidade e incentivo ao crescimento.

Aos docentes do programa da Universidade Estadual de Londrina que desenvolveram seu papel com maestria.

As funcionárias do departamento pela acolhida e apoio.

À Dr^a Carolina Milena Domingos e à Dr^a Sônia Cristina Stefano Nicoletto por gentilmente ajudarem no processo de construção desse trabalho e no meu crescimento profissional.

À minha amada orientadora Dr^a. Brígida Gimenez Carvalho que com sua sabedoria me auxiliou a trilhar o caminho do mestrado. Mulher batalhadora, sábia, virtuosa, sempre me acolheu de forma maternal, nunca me esquecerei do modo em que me recepcionava em sua casa nas tardes de orientação.

Aos meus colegas do mestrado, em especial ao João, Silvia e Ana Lúcia, pela amizade construída.

Aos integrantes do grupo de pesquisa GestSUS pelo conhecimento compartilhado.

À Stella, Edileuza e Schiarolli pelo incentivo e companheirismo.

À Clara e a Secretaria Estadual de Saúde do Paraná, por me permitirem participar do mestrado.

Aos meus colegas de trabalho por compreenderem minha ausência e me incentivarem nos momentos difíceis.

À minha estagiária Nathália por todo apoio e comprometimento.

À Flora, pessoa amável, amiga para todas as horas. Obrigada por seu carinho e companheirismo em todos os momentos.

Ao meu tio Sadi, Tia Lia, Vô Zezé e Vó Chiquinha, pessoas que sempre me incentivaram e apoiaram nas decisões da vida. Vocês se foram antes da conclusão do meu mestrado, mas os amarei eternamente. Obrigado por terem feito parte da minha vida terrestre.

Ao meu esposo Julio, aos meus irmãos (as), cunhadas (os), sobrinhos (os), tios, enfim a toda minha família, desculpe pelas ausências durante a “fase do mestrado”.

Aos meus amados filhos Murillo e Gustavo, vocês são minhas joias raras, heranças do Senhor para minha vida.

Aos participantes da pesquisa que confiaram a mim suas particularidades e que colaboraram para o meu crescimento profissional.

FRRAZ, Edinalva de Moura. **Governança das ações e serviços de média complexidade em uma região de saúde.** 2018. 79 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Universidade Estadual de Londrina, Londrina, 2018.

RESUMO

Na governança das redes de atenção à saúde em uma região participam múltiplos atores, com diferentes graus de poder. Na constituição dessa rede, as ações e serviços de média complexidade (ASMC) têm representado um problema de grande relevância, seja no campo da gestão ou no campo da assistência, para os diferentes entes governamentais, constituindo-se em um desafio para a organização da atenção em saúde. Desse modo, esse estudo teve como objetivo compreender a governança da atenção de média complexidade em uma região de saúde. Trata-se de um estudo qualitativo, exploratório, desenvolvido na área de abrangência de uma regional de saúde do norte do Paraná - PR, composta por 17 municípios. Os dados foram obtidos por meio de oito entrevistas semiestruturadas, sendo cinco com gestores públicos de saúde, um representante do Gestor Estadual do SUS, o apoiador regional do Conselho de Secretários Municipais de Saúde do Paraná (COSEMS- PR) e o diretor do Consórcio Intermunicipal de Saúde (CIS) da região, realizadas no período de novembro de 2016 a maio de 2017. Os dados foram organizados e analisados por meio da análise de discurso. Os atores que participam do processo de governança das ASMC foram classificados em atores governamentais e atores de mercado. As reuniões da Comissão Intergestores Regional (CIR) foram ressaltadas como espaços potentes para a governança das ASMC, porém são subutilizadas para esse fim. A maior parte das ASMC na região é ofertada por prestadores privados, porém, a insuficiência de oferta ao SUS, a demanda expressiva para esta fração da assistência atrelada à baixa resolutividade da atenção básica e a um sistema de comunicação ineficaz entre os diferentes pontos de atenção, se constituem em fragilidades para a organização desse nível de atenção e potencializam os desafios envolvidos na governança dessas ações na região. Dentre esses desafios estão: a falta de solidariedade e de compartilhamento de responsabilidades entre os entes federativos; a fragilidade do ente municipal em relação aos demais atores envolvidos na governança; assimetrias de poder, o frágil planejamento integrado e regionalizado, a não efetivação do Contrato Organizativo da Ação Pública (COAP) na região; o subfinanciamento do SUS; o incipiente sistema regulatório e a interferência político partidária. O processo de governança das ações e serviços de média complexidade se constitui num grande jogo, complexo, permeado por relações sociais de competição e conflitos entre os atores participantes e que sofre forte influência do jogo econômico. Para superar esses obstáculos se faz necessário fortalecer a região de saúde e a cooperação entre os entes, viabilizando políticas de saúde coerentes com a necessidade coletiva.

Palavras-chave: Governança. Federalismo. Atenção Secundária a Saúde. Regionalização. Sistema Único de Saúde.

FERRAZ, Edinalva de Moura. **Medium Complexity Actions and Services Governance in a Health Region.** 2018. 79 p. Dissertation (Master's Degree in Public Health) – Universidade Estadual de Londrina, Londrina, 2018.

ABSTRACT

In the governance of health care networks in a region multiple actors participate, with different degrees of power. In the constitution of this network, the actions and services of medium complexity (ASMC) have shown a problem of great relevance, such as in the management field or in the assistance field, to the different governmental entities, becoming a challenge for the health care organization. Thus, this study aimed to understand the governance of medium complexity care in a health region. It is a qualitative, exploratory study, developed in the area of a health region IN the North of Paraná - PR, composed of 17 cities. The data were obtained through eight semi-structured interviews, five of them with public health managers, one representative of the State Manager of SUS, the regional supporter of the Municipal Health Council of Paraná Secretaries (COSEMS-PR), and the director of the Intermunicipal Consortium (CIS) of the region, conducted from November 2016 to May 2017. Data were organized and analyzed through discourse analysis. The actors who participate in the ASMC governance process were classified in governmental actors and market actors. The Regional Interagency Committee (CIR) meetings were highlighted as potent spaces for ASCM governance, but are underutilized for this purpose. Most ASMCs in the region are offered by private providers, however, the insufficiency of supply to SUS, the expressive demand for this fraction of the assistance linked to the low resolution of basic care and an ineffective communication system between the different points of attention, constitute fragilities to the organization level of attention and potentiate the challenges involved in the governance of these actions in the region. Among these challenges are: the lack of solidarity and the sharing of responsibilities between federative entities; the fragility of the municipal entity in relation to the other actors involved in governance; asymmetries of power, the fragile integrated and regionalized planning, non-implementation of the Public Action Organizational Contract (COAP) in the region; the SUS underfunding; the incipient regulatory system and partisan political interference. The process of governance of actions and services of medium complexity constitutes a great game, complex, permeated by social relations of competition and conflicts between the actors involved and that is strongly influenced by the economic game. To overcome these obstacles, it is necessary to strengthen the region of health and cooperation between entities, making health policies coherent with the collective need.

Keywords: Governance. Federalism. Secondary Care. Regionalization. Unified Health System (SUS).

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 – Mapa da 16ª Regional de Saúde de Apucarana	38
Quadro 1 – Sujeitos de Pesquisa.....	39

LISTA DE ABREVIATURAS

AB	Atenção Básica
AC	Alta Complexidade
ASMC	Ações e Serviços de Média Complexidade
CIB	Comissão Intergestores Bipartite
CIR	Comissão Intergestores Regional
CIS	Consórcio Intermunicipal de Saúde
CIT	Comissão Intergestores Tripartite
COAP	Contrato Organizativo de Ação Pública de Saúde
CONASEMS	Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde
CONASS	Conselho Nacional de Secretários de Saúde
COSEMS	Conselho de Secretários Municipais de Saúde
CRESEMS	Conselho Regional dos Secretários Municipais de Saúde
HOSPSUS	Programa de Apoio aos Hospitais Públicos e Filantrópicos do Paraná
INAMPS	Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social
MPP	Municípios de Pequeno Porte
NOAS	Norma Operacional de Assistência à Saúde
NOB	Norma Operacional Básica
PPI	Programação Pactuada e Integrada
RAS	Redes de Atenção à Saúde
SES	Secretaria de Estado de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
TCE	Tribunal de Contas do Estado
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TFD	Tratamento Fora de Domicílio

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO	10
INTRODUÇÃO	13
2. REFERENCIAL TEÓRICO	17
2.1 O federalismo Brasileiro	17
2.2 O processo de regionalização da concepção do SUS aos dias atuais	21
2.3 A coordenação federativa no SUS	26
2.4 A governança	29
2.5 Contribuição de Carlos Matus	31
3. OBJETIVO GERAL	36
3.1 Objetivos específicos	36
4. PERCURSO METODOLÓGICO	37
4.1 Delineamento da pesquisa	37
4.2 Campo da pesquisa	37
4.3 Sujeitos do estudo	38
4.4 Procedimento de coleta de dados	39
4.5 Transcrição do material e análise dos dados	40
4.6 Aspectos éticos	41
5. RESULTADOS E DISCUSSÃO	42
5.1 Organização da média complexidade na região e suas fragilidades	42
5.2 Os atores e espaços envolvidos no processo de governança	48
5.3 Os desafios enfrentados na região para governança da média complexidade	52
6. TECENDO ALGUMAS CONSIDERAÇÕES	59
REFERÊNCIAS	61
APÊNDICES	70

APÊNDICE A – Questionário	71
APÊNDICE B – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO.....	73
ANEXO	75
ANEXO A – PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP	76

APRESENTAÇÃO

Desde muito cedo, ainda enquanto criança, ia junto com minha mãe no “Centro de Saúde” em busca de guias para consultar com especialistas. Saíamos às três da manhã para conseguir a consulta ou um exame especializado. Quando cresci, após uma conversa em família com minha cunhada Re, meu irmão Adilson e minha mãe, escolhi que faria enfermagem, pois cursar essa faculdade me traria novas possibilidades. Concluí então, minha graduação na Universidade Estadual de Londrina no ano de 2002 e desde sempre tenho paixão por saúde pública.

Fui enfermeira da Estratégia Saúde da família (ESF), por aproximadamente cinco anos no município em que resido, fiz parte de uma equipe à qual guardo ótimas lembranças. Neste tempo pude aprender o que é trabalho em equipe e como a interação interprofissional e cooperativa faz a diferença. Fazíamos reuniões para discussão em busca de resolver os casos clínicos dos pacientes, pois tentávamos resolver a maioria dos problemas de saúde deles dentro do nosso próprio território. Porém, muitas vezes sofriamos junto com os pacientes, suas mazelas e dificuldades em acessar exames complementares para elucidação diagnóstica. Enquanto equipe éramos tendenciados a encaminhá-los aos especialistas, mesmo que fosse somente para fazer um exame. As filas eram grandes, estávamos então, fazendo um intercâmbio de problemas, pois havia demanda reprimida no município.

Paralelamente a esta atividade, lecionei no curso de Agentes Comunitários de Saúde, Auxiliares e Técnicos em enfermagem. Atuar nessa área foi um processo muito estimulante e desafiador. Com as trocas de experiências, acredito que nesta época mais aprendi do que ensinei.

No ano de 2007, em busca de estabilidade profissional, passei a atuar na ESF do município vizinho, onde me senti muito acolhida pelas equipes em que atuei, tanto pelos colegas, como pelos usuários da UBS. Nessa época conheci o que era matriciamento (apesar que já o fazia na outra equipe, sem conhecer sua definição), me lembro de nossos encontros em busca de resolutividade para os problemas de saúde de nossa população adscrita. Porém havia necessidades que extrapolavam nosso poderio de solução e nos deparávamos novamente com a dificuldade de acessar exames e consultas especializadas para ofertar a população.

Em 2013, após 04 anos de espera, fui nomeada em um concurso público da Secretaria Estadual de Saúde do Paraná para trabalhar em uma Regional de Saúde, onde atuo até o presente momento. Na época queria desempenhar minhas funções na seção de Atenção Básica

em Saúde, mas por falta de vagas tive que fazer outra escolha. Optei por trabalhar na seção de regulação, controle, avaliação e auditoria (SCRACA).

Creio que Deus tem sua forma peculiar de trabalhar e faz infinitamente mais do que imaginamos, pois, este setor ampliou muito meus horizontes. Inicialmente trabalhava somente com o tratamento fora de domicílio, depois as tarefas foram aumentando. Hoje participo de atividades de condução de campanha de cirurgias eletivas, regulação das ações e serviços de saúde e avaliação dos serviços contratualizados com os prestadores filantrópicos.

No começo tudo me parecia muito estranho, ainda mais eu, que era acostumada com atividades relacionadas à assistência até então. Hoje percebo que o SCRACA é um setor estratégico para resolução dos problemas nos três níveis de atenção (Atenção básica em saúde, de média e de alta complexidade).

Durante as reuniões de grupos condutores de cirurgias eletivas, novamente experimentei em conjunto com colegas da regional, secretários de saúde, apoiadora do COSEMS, representantes de prestadores filantrópicos e integrantes do consórcio intermunicipal de saúde, as dificuldades para acessar certos exames e procedimentos cirúrgicos eletivos.

Nos encontros da Comissão Intergestora Regional tive a certeza da necessidade de aprofundar meus conhecimentos em políticas de saúde e relações federativas. Foi então que resolvi tentar a prova do mestrado em Saúde Coletiva, e para minha grande surpresa, não é que fui aprovada!

Durante o mestrado tive a oportunidade de participar do grupo de pesquisa que estuda a Gestão federativa do SUS na organização de arranjos regionais para atenção de média complexidade na macrorregião norte do Paraná. As discussões que fazíamos me despertaram novos olhares. Aprendi muito com os colegas e professores do curso.

Por vivenciar os desafios da média complexidade como usuária do sistema público de saúde, como profissional que atuou na assistência e que hoje desempenha sua função como integrante de uma equipe gestora é que escolhi e fui escolhida para desenvolver a pesquisa intitulada “**Governança das Ações e Serviços de Média Complexidade em uma Região de Saúde**”.

Como fruto dessa pesquisa apresento essa dissertação estruturada em seis capítulos. No capítulo 1 abordo a introdução ao assunto a ser investigado na dissertação.

No capítulo 2 apresento o referencial teórico em que abordo o federalismo brasileiro, o processo de regionalização: da criação do SUS aos dias atuais, a coordenação federativa no

Sistema Único de Saúde, a governança e as contribuições de Carlos Matus sobre jogo social. No capítulo 3 são apresentados os objetivos da pesquisa, e, no 4, o percurso metodológico.

No capítulo 05 apresento os resultados e discussão estruturados em três categorias que respondem aos objetivos do presente estudo, a saber: organização da média complexidade e suas fragilidades; os atores e espaços envolvidos no processo de governança e os desafios enfrentados na região para governança da média complexidade. No capítulo 6 teço algumas considerações sobre a governança da média complexidade na região.

Meu desejo é que este trabalho possa contribuir para o aperfeiçoamento do SUS e que gestores, políticos, profissionais e usuários do sistema possam conhecer e refletir sobre as informações aqui apresentadas, em prol de uma saúde pública resolutiva, equânime e que responda as necessidades de saúde da população.

1 INTRODUÇÃO

A Reforma sanitária brasileira, ao clamar pela garantia do direito à saúde, como componente de cidadania, representou um processo civilizatório, com a pretensão de transformar os valores prevalentes na sociedade brasileira, com responsabilidades instituídas para as três esferas de governo (PAIM; TEIXEIRA, 2007).

Entre os objetivos da reforma estava o de cessar o autoritarismo exercido por parte do Estado, ocasionando na sociedade mudanças que transcendiam o campo saúde, percorrendo os setores administrativos, financeiros, campos políticos, jurídicos, organizacionais e comportamentais. Defendia a saúde como direito universal e dever do Estado (PAIM, 2008).

Dessa reforma emergiu o Sistema Único de Saúde (SUS), criado por meio da Constituição Federal, no ano de 1988, aperfeiçoando o processo de retorno ao Estado democrático. Neste contexto, a saúde se transformou em direito do cidadão, contendo entre outros princípios, a universalidade, a integralidade e a descentralização, modificando profundamente a organização da saúde pública brasileira (PAIVA; TEIXEIRA, 2014).

Conforme proposto desde a criação do SUS, o acesso universal, citado nesta carta magna, tornou-se uma bandeira de lutas dos movimentos sociais, visando à garantia de um atendimento público de saúde integral, resolutivo e equânime (JESUS; ASSIS, 2010; PAIM, 2009). Entretanto, nos dias atuais, ainda persistem obstáculos, identificados há várias décadas, tais como: clientelismo político, favoritismo; debilidade da base de sustentação política; formas obsoletas de gestão; baixo compromisso com os serviços públicos, entre outros (PAIM, 2009).

Vislumbrando criar uma concepção hierárquica da atenção à saúde com aumento gradativo da densidade tecnológica, no ano de 2002, a Norma Operacional de Assistência à Saúde (NOAS/SUS), definiu os níveis assistenciais em três modalidades, vigentes até os dias de hoje: Atenção Básica (AB), Média Complexidade (MC) e Alta Complexidade (AC) (Brasil, 2002), com vistas à oferta de saúde integral, hierarquizada e regionalizada.

A Atenção Básica está definida como conjunto de ações individuais, familiares e coletivas, que integram ações de promoção, prevenção, proteção, diagnóstico, tratamento, reabilitação, redução de danos, cuidados paliativos e vigilância em saúde, onde atuam múltiplos profissionais executando cuidados integrados, em um território estabelecido. A AB deverá ser a porta de entrada, coordenadora do cuidado e ordenadora das ações e serviços disponibilizados na rede de atenção à saúde (BRASIL, 2017).

Segundo o Ministério da Saúde a Média complexidade:

Compõe-se por ações e serviços que visam a atender aos principais problemas de saúde e agravos da população, cuja prática clínica demande disponibilidade de profissionais especializados e o uso de recursos tecnológicos de apoio diagnóstico e terapêutico. A atenção média foi instituída pelo Decreto nº 4.726, de 2003(...) (BRASIL, 2009, p.207).

E a Alta complexidade é definida como:

Conjunto de procedimentos que, no contexto do SUS, envolve alta tecnologia e alto custo, objetivando propiciar à população acesso a serviços qualificados, integrando-os aos demais níveis de atenção à saúde (atenção básica e de média complexidade) (BRASIL, 2009, p.32).

Porém, ao refletir sobre a realidade brasileira, percebe-se que a integralidade da assistência em saúde tem se mostrado como um grande desafio para a construção normativa e prática da Reforma sanitária (KALICHMAN *et al.*, 2016).

Dentre os princípios doutrinários do SUS, este princípio é o que está intimamente relacionado à organização dos serviços, pois envolve diferentes saberes, entre eles: técnicos, de participação popular e do campo de gestão para uma assistência efetiva em saúde (KALICHMAN *et al.*, 2016). Para Ayres (2009), esse princípio é o que está intimamente relacionado à dificuldade de alcançar os valores de justiça, democracia e acesso à saúde.

Cecílio (2001) conceitua integralidade sob duas dimensões: **Integralidade focalizada e integralidade ampliada**. A **integralidade focalizada** reporta-se ao resultado do atendimento profissional a cada usuário do sistema visando atender suas necessidades, enquanto a **integralidade ampliada** refere-se à articulação complementar da assistência prestada por diferentes profissionais em cada equipe, dos diferentes pontos das redes de serviços de saúde, de acordo com a necessidade de cada cidadão (CECILIO, 2001).

Outro princípio fundamental para estruturação do SUS é a **descentralização**, que assume papel estruturante do sistema ao convidar as três instâncias federativa (União, estados e municípios) a exercitar a articulação e cooperação entre si (BELTRAMMI, 2008) no sentido de ampliar e qualificar as ações e serviços de saúde ofertados à população. Entre os aparatos da descentralização, um importante instrumento operacional constitui a regionalização, se conformando como uma importante estratégia na provisão Estatal da assistência em saúde (KNOPP; ALCOFORADO, 2010; BELTRAMMI, 2008), capaz de propiciar a garantia de serviços hierarquizados, integrais e regionalizados, entre eles os de MC.

A regionalização destacou-se no cenário brasileiro no ano de 2000, sendo novamente impulsionada no ano de 2011, por meio do decreto nº 7.508/2011 (DOURADO, 2010; LIMA *et al.*, 2012). A mesma é percebida como um processo técnico-político, abrangendo a distribuição de poder, as relações estabelecidas entre os governos, as organizações públicas e

privadas e cidadãos, dentre outros, em um determinado espaço geográfico (VIANA; LIMA, 2011, FLEURY; OUVENEY, 2007).

No âmbito da regionalização, diversos indivíduos apresentam-se como parte do processo de negociação que caracteriza a governança regional. Esta, compreendendo o exercício do poder, refere-se aos processos de governo, à reorientação das formas de relação entre Estado e sociedade, entre governos, e entre agentes privados e sociedade (MARQUES, 2013).

A governança representa diversidade de interesses organizados e negociados de acordo com finalidades comuns na garantia do direito à saúde. Para o desenvolvimento da governança destaca-se a criação de um ambiente institucional favorável à coordenação e a articulação de atores, serviços e ações (LIMA; ALBUQUERQUE; SCATENA, 2016). E ainda, constitui um dos componentes e elemento-chave para a organização das Redes de Atenção em Saúde (RAS).

Na constituição das RAS, as ASMC têm representado um problema de grande relevância, seja no campo da gestão ou no campo da assistência, constituindo-se em um desafio para a organização da atenção em saúde (SPEDO; PINTO; TANAKA, 2010; CORIOLANO *et al.*, 2010; AGUILERA *et al.*, 2013; SILVA *et al.*, 2017).

Romano, Scatena e Kehrig (2015) afirmam que no caso do Estado brasileiro em que se consagra a supremacia da oferta de ações e serviços de média complexidade (ASMC) na rede de serviços privados, o frágil investimento de recursos na rede pública de saúde, além de confrontos de poder político e econômico entre grupos de interesse na privatização da saúde brasileira, acarreta amplas barreiras para a operacionalização do SUS.

Observa-se então a necessidade de fortalecer políticas de saúde regionalizadas, que atendam a necessidade coletiva, o que motiva a descentralização do SUS a fim de minorar as desigualdades regionais. De acordo com Barata, Tanaka e Mendes (2004), a proposta da descentralização se deu em resposta a uma estrutura pré-existente à criação do sistema público de saúde, em que as decisões eram autoritárias, centralizadas na União, o que era inviável para um país com tamanho e de diferentes realidades, como o Brasil.

Para superar obstáculos referentes à gestão e oferta das ASMC nas RAS, observa-se a necessidade de fortalecer a região de saúde, viabilizando políticas de saúde coerentes com a necessidade coletiva. Todavia, conforme destacam Ribeiro, Tanaka e Denis (2017), ao visualizar a região como locus político-social, observa-se que a mesma é arraigada por assimetrias, conflitos de poder e contradições.

Essas assimetrias e incongruências também podem ser visualizadas nos espaços de articulação federativa, conforme identificado por Nicoletto (2015), causando desconforto entre os atores que participam destes cenários.

Visando transpor essas barreiras é preciso desenvolver mecanismos de comunicação entre os atores governamentais envolvidos nos cenários de cogestão, fortalecendo a lógica da governança, além de promover a qualificação dos gestores do SUS, no âmbito regional, para que exerçam de maneira mais efetiva o poder que lhes cabe. Para tanto exige o desenvolvimento de processos político-negociais capazes de aumentar a identificação de necessidades, a construção de objetivos comuns e a afirmação de políticas regionais e locais convergentes e compatíveis com as distintas realidades municipais (RIBEIRO; TANAKA; DENIS, 2017).

Diante deste contexto surgiram os seguintes questionamentos: Como estão organizados os serviços de média complexidade na região? Como se desenvolve o processo de governança das ASMC? Quem são os atores envolvidos e como participam do seu processo de governança?

Assim, torna-se relevante compreender como a governança da média complexidade tem sido articulada na região.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 O Federalismo Brasileiro

O federalismo tem sua natureza representada na própria constituição da palavra *foedus*, no latim, que tem o significado de contrato, aliança, pacto. Trata-se então, da união entre os diferentes governos, possibilitando o compartilhamento harmônico da soberania territorial e a manutenção da autonomia de cada ente federado, com distribuição e redistribuição da autoridade entre as partes, ou seja, a organização política territorial torna legítimas as decisões coletivas entre mais de um nível de governo (DOURADO; DALLARI; ELIAS, 2013; ABRUCIO; FRANZESE, 2007; RODDEN, 2005).

Com origem nos Estados Unidos no ano de 1787, o federalismo moderno foi concebido como uma forma de organizar o Estado, promovendo equilíbrio entre a centralização e a descentralização do poder político, reafirmando a necessidade de manutenção da unidade na diversidade, onde o exercício do poder deve ser compartilhado, porém não pulverizado (DOURADO; DALLARI; ELIAS, 2013; ABRUCIO; FRANZESE, 2007).

Enquanto o federalismo estadunidense foi centrípeto, com sua origem na junção das treze colônias que formaram o Estado, o federalismo brasileiro ocorreu de maneira oposta a norte americana, com sua origem centrífuga, nasceu da desagregação do Governo Imperial (ABRUCIO, 1998; ABRUCIO; FRANZESE, 2007).

A literatura apresenta diferentes arranjos federativos, entretanto, todos têm como princípio básico, evitar a tirania do controle absoluto unitário (RIBEIRO; MOREIRA, 2016). São identificados alguns delineamentos iniciais do federalismo brasileiro nas constituições de 1824 e 1891. A constituição de 1824 propiciou autonomia administrativa às províncias, iniciando o percurso do sistema federativo (SOUZA, 2005). Já a constituição de 1891 reforçou a promessa descentralizadora, porém permitiu a poucos estados receber o repasse de recursos públicos, demonstrando a concepção da organização federativa brasileira com seu aspecto segregatório, ao permitir o repasse de recursos públicos a poucos estados e a mínima relação entre os entes (SOUZA, 2005).

A partir deste período há relatos de fases de centralização e descentralização do poder político administrativo, num movimento pendular, conforme se alteravam os governos (SOUZA, 2005; SOUZA *et al.*, 2015). A concepção da federação brasileira foi marcada por dificuldades para se implantar a democracia. Embora tenha sido garantida a ampla

autonomia no campo político quando da implantação do regime federativo, o período foi marcado por fraudes eleitorais, em que o poder era exercido pelos grandes proprietários de terra (SOUZA *et al.*, 2015).

A federação brasileira, assim como a belga possui a peculiaridade do triplo federalismo, ou seja, a estrutura federativa é composta por três esferas autônomas (União, estados e municípios), porém interdependentes (DOURADO; ELIAS, 2011; RIBEIRO; MOREIRA, 2016), instaurado por meio da Constituição Federal de 1988, a qual restaurou a forma organizativa ao instituir o arranjo cooperativo e firmar a longa tradição de autonomia municipal, quando alçou o município à condição de ente federado (SOUZA, 2005; SANTOS, 2012).

No entanto, ainda nos dias de hoje, a Federação brasileira é caracterizada pelo forte centralismo por parte da União, que tem maior competência em relação às instâncias subnacionais, como a de legislar sobre matéria civil, penal, tributária, processual, eleitoral, trabalhista e outras. Os estados e municípios possuem um menor aparato de competências, que concorrem à legislação federal, com pouca margem para exercer suas competências residuais de legislar para atender às suas particularidades regionais em todos os campos que não estejam reservados à União (SOUZA, 2005, SANTOS, 2012). Segundo Souza (2005) o federalismo brasileiro primou por duas dimensões: desenho constitucional e divisão territorial de poder governamental. Destaca ainda, que as diferenças econômicas entre as regiões se constituem no principal problema do sistema federativo do país (SOUZA, 2005).

Na atual circunstância, em que os Estados têm o papel hegemônico de impulsionar o bem-estar social, prima-se pela cooperação recíproca entre os entes, para alcançar os objetivos sociais e econômicos das federações (DOURADO; ELIAS 2011). Para fortalecer essa visão cooperativa torna-se imprescindível compreender que determinadas funções públicas não devem ser de competência única ou preponderante de algum dos entes federados, sendo necessário a cooperação e o exercício de interesses comuns (DOURADO; ELIAS 2011).

Entretanto, SOUZA (2005) defende a existência de uma árdua tarefa para alcançar os objetivos do federalismo cooperativo por duas razões principais: a primeira relaciona-se às capacidades divergentes dos governos subnacionais de implementarem políticas públicas, haja vista as grandes dificuldades financeiras, técnicas e de gestão existentes. A segunda condiz com a insuficiência de mecanismos institucionais ou constitucionais que estimulem a cooperação, acarretando num sistema altamente competitivo.

Camargo (1994) alia estas fragilidades ao fato de a Constituição Federal não ter conseguido organizar o processo de descentralização, necessário para atender um país de

grande extensão territorial e marcado por extremas diversidades. Além disso, ressalta que a falta de definição das competências de cada nível de governo, propicia nebulosidade quanto às responsabilidades administrativas de cada ente federado (CAMARGO, 1994). Santos e Andrade (2011) salientam que num estado federado como o brasileiro, no qual o município é um ente autônomo, e não uma divisão política do Estado membro, muitas são as complexidades.

O estado brasileiro é composto por 5570 municípios com inúmeras disparidades, sendo a maioria desprovida de atividades econômicas que promovam arrecadação financeira sólida capaz de propiciar condições de autossuficiência fiscal e tributária, e, além disso, apresentam baixa capacidade técnica de gestão municipal (LEITE, 2014).

Muitos desses municípios, principalmente os considerados de pequeno porte, com até 20 mil habitantes conforme Brasil (2005a), não conseguem arcar sozinhos com a assistência integral em saúde de seus habitantes, pois estes não arrecadam sequer para custear o legislativo e o executivo municipal (SILVA *et al.*, 2017; LEITE, 2014; SPEDO; PINTO E TANAKA 2010).

Visando diminuir estes problemas vivenciados nos pequenos municípios, Leite (2014) em seu estudo realizado em Minas Gerais em municípios de 5 a 10 mil habitantes, sugeriu a fusão¹ daqueles pequenos municípios como alternativa para melhorar o desempenho econômico fiscal. Para essa autora, a formação de unidades locais maiores promovem o aumento da eficiência e economicidade na prestação de serviços, redução dos gastos com cargos administrativos, e principalmente, dos cargos políticos do legislativo e executivo, possibilitando melhor alocação de recursos.

Ainda relacionado à racionalização de custos, Dollery, Kortt e Grant (2012) alegam que estudos teóricos e empíricos existentes sugerem que a consolidação de municípios melhora a capacidade governamental local, todavia, além de implicar em gastos podem ser prejudicial à região, em questão de democracia. Gomes e Mac Dowell (2000) aliam a falta de interesse pela fusão dos municípios às características da descentralização política e do federalismo municipal brasileiro. Segundo estes autores os municípios com até 5.000 habitantes contam com maior recurso financeiro per capita do que qualquer outro município. Isso não é explicado nem pelo desempenho arrecadador dos Municípios de Pequeno Porte (MPP), nem pelas transferências estaduais (que são feitas proporcionalmente aos produtos

¹ Fusão é a união de dois ou mais municípios que perdem todos eles, sua anterior personalidade, surgindo então, um novo município.

internos dos municípios), mas sim aos recursos federais, que são repassados pelo Fundo de Participação dos Municípios (FPM), com viés fortemente favorável aos municípios com porte populacional de até 5.000 habitantes. Estudo apresentado pelo Tribunal de Contas do Estado do Paraná (TCE/PR) no ano de 2015 acrescenta que o FPM destinado a municípios menos populosos, favorecem a manutenção dos mesmos.

Em relação à fusão de municípios, sugere-se a necessidade de estudos mais aprofundados sobre a questão, pois existem inúmeras variáveis a se considerar, tais como: o processo histórico de sua formação, o federalismo brasileiro, a escala municipal, o custo de estruturas administrativas, entre outros. Dessa maneira não há como se posicionar de forma precisa sobre a consolidação municipal como opção mais recomendada à região (TCE/PR, 2015).

Tomando como base características da federação brasileira, Abrucio e Franzese (2007) apontam que o sucesso das políticas públicas num Estado federal depende da capacidade de inserir mecanismos de controle mútuo e de coordenação entre as diferentes instâncias governamentais.

Entretanto em referência especificamente ao setor saúde, no Estado brasileiro, é notória a crise do federalismo cooperativo. Governos estaduais em constantes crises fiscais, em muitos casos não valorizam a área da saúde, além de não cumprirem o papel de coordenar as políticas regionais (RIBEIRO; MOREIRA, 2016).

Contribuindo para sanar esses desafios, Abrucio e Franzese (2007), definem em linhas gerais, cinco questões centrais na relação entre federalismo e políticas públicas que precisam ser melhor equilibradas:

1. Fortalecimento das condições de governança democrática nos estados e municípios, promovendo a democratização do poder local.
2. Elaboração de mecanismos que propiciem a cooperação entre os entes governamentais. Em relação à definição de um federalismo mais cooperativo no campo das competências constitucionais, o federalismo brasileiro na prática é muito compartimentalizado, o que atrapalha as políticas públicas, tanto em termos de eficiência como de responsabilização.
3. Reflexão sobre os marcos políticos territoriais do país, estabelecendo as formas de governança regional, além de desmistificar a ideologia municipalista, segundo a qual os municípios devem ser a unidade básica da provisão e planejamento dos serviços públicos.

4. Melhor definição dos papéis de coordenação e indução do Governo Federal e dos estados. Políticas nacionais não devem gerar conflitos em relação à descentralização. Na mesma linha de raciocínio, os governos estaduais têm de encontrar o campo de atuação, pois a falta de definição de suas funções é um dos maiores problemas do federalismo brasileiro.
5. O último, diz respeito aos fóruns federativos. Isto é, as arenas nas quais participam os atores intergovernamentais devem ser reforçadas, em prol da democratização e maior efetividade de suas ações. Salientar o papel dos fóruns federativos e da ação mais cooperativa entre os níveis de governo é fugir do improdutivo debate descentralização versus centralização. Partir desse caminho, o da coordenação federativa, possibilita colher mais frutos positivos, além de favorecer a articulação dos recursos governamentais financeiros e administrativos e de atuação conjunta com a sociedade (ABRUCIO; FRANZESE, 2007).

No estado brasileiro, onde a média complexidade em saúde tem se demonstrado um problema de grande relevância para os gestores das distintas esferas governamentais, o federalismo deveria ser uma alavanca, no sentido de impulsionar a atuação destes atores, e não mais um dos vários obstáculos à boa governança dessa importante fração da assistência, promovendo economicidade e qualidade dos serviços ofertados por meio do SUS aos cidadãos nas regiões de saúde.

2.2 O Processo de Regionalização: da criação do SUS aos dias atuais.

O SUS foi instituído por meio da promulgação da Constituição Federal de 1988, que estabelece no artigo 196 a saúde como direito de todos e dever do Estado, assegurada por meio de políticas sociais e econômicas que busquem a redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação (BRASIL, 1988 p.23). Neste contexto a saúde passou a ser reconhecida como um bem social, competindo ao Estado garantir o direito à saúde da população, através de suas políticas públicas, com as premissas da democracia, descentralização, e responsabilidades para as três esferas de governo, atuando em conjunto com a sociedade (BRASIL, 1988).

No ano de 1990 a lei nº 8.080/90 regulamentou o SUS tecendo seus princípios doutrinários e organizativos para oferta de ações e serviços de saúde, organizados em um único sistema público, com administração e execução descentralizadas, permitindo a complementaridade por meio do setor privado (BRASIL, 1990).

Este sistema apresenta como “princípios finalísticos” **a universalização**, em que todos podem acessar as ações e serviços de saúde; **a integralidade**, que aponta para união dos serviços curativos e preventivos e **a descentralização**, que reforça a necessidade de deslocar os centros de poder, reforçando o papel da municipalização (CARVALHO *et al.*, 2017).

A regionalização teve seu caráter estruturante e operativo ratificado por meio da Norma Operacional Básica (NOB) de 1993 a qual além de buscar regulamentar o financiamento, também institucionalizou as Comissões Intergestores Tripartite e Bipartites, criando, dessa forma, arenas decisórias compartilhadas do SUS, ou seja, fóruns de negociação e redistribuição de poder, entre os entes federativos, envolvendo a reorganização das instituições por meio de dimensões políticas, sociais e culturais (FELICIELLO *et al.*, 2016; SCATENA; TANAKA, 2001). A NOB 96, embora não tenha enfatizado a regionalização, ressaltou o importante papel das Comissões Intergestores (CARVALHO *et al.*, 2017), estimulou a municipalização dos sistemas, propôs a implantação da PPI (Programação Pactuada e Integrada), visto como um importante acordo intergestores para a gestão da assistência nas redes regionalizadas de saúde (FELICIELLO *et al.*, 2016).

Apesar da legislação da época significar um grande avanço no direcionamento de um sistema de saúde equânime e universal, a forma de repasse de recursos financeiros para a MC, se baseava em série histórica de produtividade, totalmente distante das reais necessidades de saúde da população, não levando em consideração as enormes diferenças loco regionais, ou seja, o repasse de recursos financeiros continuou a ser direcionado pela oferta de serviços e não pela necessidade de saúde da população (FELICIELLO *et al.*, 2016).

Embora as NOBs tenham trazido estratégias viabilizadoras de descentralização, o que deve ser pautado é que elas não conseguiram ultrapassar o seu papel normativo (SCATENA; TANAKA, 2001). E nesta década (de 1990), toda a ênfase foi dada ao processo descentralizador, não tendo sido definidas as diretrizes para a regionalização da atenção, mesmo sendo concebida como um dos princípios basilares para a construção do SUS (DOURADO, 2010). Para Feliciello (2016) o quadro observado à época causava fragilidades aos gestores públicos de saúde, dificultando o planejamento, o monitoramento, a avaliação e regulação dos serviços de saúde, além de continuarem utilizando modelos de contratualização de serviços e prestação de contas, especialmente para a MC, baseados em antigos instrumentos, desenvolvidos pelo INAMPS.

Porém nota-se que o avanço da descentralização do SUS, principalmente com a municipalização, minorou a participação dos entes federais e estaduais, configurando-se numa descentralização autárquica, ao conferir autonomia aos municípios. Esse processo foi marcado

por fragilidades de capacitação técnica e política, além da falta de apoio necessário dos outros dois níveis de gestão (FELICIELLO *et al.*, 2016).

Neste contexto, permaneciam os problemas inerentes à regionalização do SUS, no sentido da equidade ao acesso dos usuários em todos os níveis de atenção, de forma a atender as necessidades da população e não a oferta de serviços (FELICIELLO *et al.*, 2016). O processo de regionalização ganhou importância no cenário nacional somente após o ano 2000, com a edição NOAS em 2001 (DOURADO, 2010; LIMA *et al.*, 2012).

Essa NOAS foi fruto de intensas discussões entre o CONASS, o CONASEMS, o Conselho Nacional de Saúde e a Comissão Intergestores Tripartite (FELICIELLO *et al.*, 2016), e tinha por objetivo avançar na consolidação do SUS, aprimorando a regionalização do sistema de saúde, criando módulos assistenciais, com aumento gradativo da densidade tecnológica: Atenção Básica (AB), Média Complexidade (MC) e Alta Complexidade (AC), (SPEDO; PINTO E TANAKA, 2010; CARVALHO *et al.*, 2017).

A NOAS define ainda formas de contratualização de acordo com os compromissos assumidos entre os gestores públicos do SUS, com a intenção de estabelecer um comando único sobre os serviços em cada território, bem como a organização de mecanismos de regulação e acesso (FELICIELLO *et al.*, 2016; CARVALHO *et al.*, 2017). Além disso, objetivou estabelecer o processo de regionalização da assistência, fundamentado nas prioridades de acordo com as necessidades de saúde da população (FELICIELLO *et al.*, 2016).

Com intuito de avançar na implantação dos princípios constitucionais referentes à saúde pública no país e definir as responsabilidades de gestão de cada ente federado, em 2006 foi publicado o Pacto pela Saúde, por meio da Portaria GM/MS nº 399. Esse Pacto propunha um compromisso federativo para fortalecer o processo de regionalização, onde os municípios, estados e União, aliados ao Conselho Nacional de Saúde, se comprometeriam a reorganizar o funcionamento do Sistema Único de Saúde (BRASIL, 2006a). Desde sua concepção criou-se as expectativas que esse pacto ultrapassasse as barreiras de habilitação, elevando todos os municípios à condição de gestor pleno no seu território (CARVALHO *et al.*, 2017).

Esse pacto foi idealizado sobre três dimensões: pacto pela vida, pacto em defesa do SUS e pacto de Gestão do SUS. O Pacto pela Vida foi constituído por um conjunto de compromissos sanitários, derivados da análise da situação de saúde do país e das prioridades definidas pelos governos federal, estaduais e municipais. O Pacto em Defesa do SUS expressou a necessidade de interconexão entre as três instâncias federativas no intuito de reforçar o SUS como política de Estado mais do que política de governos (BRASIL, 2006a).

Porém foi o Pacto de Gestão do SUS que estabeleceu as responsabilidades claras de cada ente federado visando diminuir as competências concorrentes, definindo as responsabilidades de cada ente, propiciando assim, o fortalecimento da gestão compartilhada e solidária do SUS (BRASIL, 2006a). Apresentou a territorialização da saúde como processo basilar para organização dos sistemas, estruturando as regiões sanitárias com atribuição das responsabilidades em cada esfera de governo, por meio do Termo de Gestão de Compromisso (BRASIL, 2006a), com vistas a superar o processo de habilitação (FELICIELLO *et al.*, 2016).

Esse pacto teve como foco o fortalecimento dos princípios da regionalização, buscando romper a lógica centralizadora (CARVALHO *et al.*, 2017). Retomou ainda as diretrizes para a gestão do SUS, no tocante ao financiamento, programação pactuada e integrada, regulação, planejamento, participação e controle social (FELICIELLO *et al.*, 2016).

Instituiu ainda o Colegiado de Gestão Regional (CGR), com vistas a estabelecer o relacionamento horizontal entre os municípios e representantes da esfera estadual, ao primar por processos decisórios compartilhados entre estas instâncias, para definição de políticas públicas de saúde de abrangência regional (CARVALHO *et al.*, 2017). A implantação deste Pacto, no território nacional, foi gradativa no período de 2006 a 2010. Neste período todos os estados oficializaram seus acordos, bem como 68% dos municípios, contando com a implantação de 417 CGR (FELICIELLO *et al.*, 2016).

Todavia, apesar dos avanços já alcançados pelo SUS, ainda era apontado em fóruns federativos a necessidade de aumentar a transparência na gestão do SUS e a segurança jurídica nas relações entre os entes, o que motivou a edição do Decreto nº 7.508, pela presidência da República, publicado em 28 de junho de 2011, regulamentando a lei nº 8.080/90. Este decreto dispõe sobre a organização do SUS, narra conceitos importantes sobre o planejamento, a assistência à saúde e a articulação federativa (BRASIL, 2011; CARVALHO *et al.*, 2017).

Dentre os conceitos definidos pelo decreto nº 7.508/11 (BRASIL, 2011, p. 1), são relevantes para este estudo:

I- Região de Saúde - espaço geográfico ininterrupto, formado por agrupamento de municípios circunvizinhos, determinado a partir de identidades culturais, econômicas e sociais com comunicação em redes, objetivando integrar a organização, o planejamento e a execução de ações e serviços de saúde.

II- Hierarquização - garantia do acesso universal, permitindo cuidado continuado na rede regionalizada e hierarquizada do SUS, de acordo com a complexidade das ações e serviços,

III- Planejamento da saúde- será loco ascendente, integrado do nível local até o federal, deverá atrelar as necessidades das políticas de saúde à

disponibilidade de recursos financeiros. Devem-se considerar os serviços e as ações prestadas pela iniciativa privada, de forma complementar ou não ao SUS, os quais participam dos Mapas da Saúde Regional, estadual e nacional.

IV- Contrato Organizativo da Ação Pública da Saúde (COAP) - pacto de colaboração realizado entre entes federativos objetivando garantir a assistência integral à saúde aos usuários do SUS, organizando e integrando as ações e serviços de saúde, na rede regionalizada e integrada, com definição de responsabilidades, indicadores e metas de saúde, formas de avaliação de desempenho, recursos financeiros que serão oportunizados, maneira pela qual será realizado o controle e fiscalização da execução e demais elementos necessários a implementação integrada das ações e serviços de saúde.

V- Portas de Entrada- serviços de atendimento inicial à saúde do usuário no SUS.

VI - Rede de Atenção à Saúde (RAS) - conjunto de ações e serviços de saúde interligados em níveis crescentes de complexidade, objetivando garantir a integralidade da assistência à saúde.

VII- Comissões Intergestores- instâncias de pactuação consensual para fortalecimento da governança do SUS, organizando o funcionamento das ações e serviços de saúde em redes de atenção em saúde. Demonstra o papel da Comissão Intergestores Tripartite no âmbito da União, da Comissão Intergestores Bipartite no âmbito do Estado, e da Comissão Intergestores Regional (CIR), no nível regional. Instrumentaliza nas Comissões Intergestores, a representação dos gestores públicos de saúde pelo CONASS, pelo CONASEMS e pelo Conselho Estadual de Secretarias Municipais de Saúde (COSEMS).

O decreto nº 7.508/11 atualizou ainda orientações para operacionalizar a regionalização, regulamentando a estrutura normativa do SUS, visando consolidar, de forma mais efetiva, as responsabilidades dos diferentes entes para oferta organizada de ações e serviços de uma região de saúde. Essa oferta seria estruturada de forma compartilhada entre os diferentes entes, migrando de uma gestão individual para uma de interesse regional, pautada em interesses cooperativos e prática dos deveres impressos na legislação para fortalecer a relação federativa no campo saúde (CURVINA, 2017).

A regionalização passa a ser compreendida como processo técnico-político que envolve relações de diferentes esferas governamentais para organizar e ofertar ações e serviços de saúde num território, primando por garantir a assistência integral em saúde (CURVINA, 2017; LIMA *et al.*, 2012). E, a partir do Decreto nº 7.508, a regionalização foi estabelecida por meio do COAP (BRASIL, 2011).

No Brasil, este processo (regionalização) mostrou-se uma ferramenta para garantia do direito à saúde, capaz de minorar as desigualdades sócio territoriais, promover a racionalização dos gastos, otimizar recursos e fortalecer o processo de descentralização, entretanto, aponta que esse processo é incipiente devido às frágeis capacidades administrativas e institucionais das instâncias federativas, além do histórico da política

brasileira, em que predominam os interesses de coalizões políticas partidárias, acarretando disputas entre os entes e valorosas inconsistências na assistência em saúde prestada no território (CURVINA, 2017).

Viana *et al.* (2015) destacam que a forma de descentralização da política de saúde brasileira como foi realizada no país, com ausência de integração regional, fragilidades no poder Estatal para ofertar serviços de maior complexidade, somado aos extensos vazios assistenciais em várias partes do país, aumentou a oferta de serviços privados financiados pelo Estado. Estes serviços exercem forte influência sobre as decisões políticas, além disso, a frágil regulação do Estado neste setor acaba por minorar a capacidade de fortalecer o processo de regionalização (VIANA *et al.*, 2015).

Nesse contexto, reforça-se a importância do protagonismo do Estado ao desempenhar seu papel regulatório de políticas públicas protagonizando os interesses coletivos, trilhando para a universalização do acesso à saúde e da atenção integral em todas as regiões do território brasileiro (VIANA *et al.*, 2015; RIBEIRO; MOREIRA, 2016).

Percebe-se então que os aspectos políticos e estruturais do processo de regionalização, como as relações entre os entes federativos envolvidos na coordenação das políticas públicas de saúde, as relações público privadas, as capacidades internas de gestão, entre outros aspectos, influenciam diretamente a governança da RAS, conforme disposto na portaria nº 4.279/10 (Brasil, 2010).

No caso da Média Complexidade em que a maioria de suas ações e serviços são disponibilizados pelo SUS à sociedade predominantemente por prestadores privados, faz-se necessário uma coordenação efetiva exercida pelos gestores públicos para que haja uma oferta de serviços de saúde regionalizados, integralizados e resolutivos.

2.3 A Coordenação Federativa no Sistema Único de Saúde

Embora a questão federativa tenha um contexto histórico bastante importante, no campo da saúde foi consagrada na Constituição de 1988, com a criação do SUS. Concebido sob a égide federativa, o SUS, mantém a característica do Estado federal brasileiro, tornando legítima a autonomia dos três níveis de governo (federal, estadual e municipal) na gestão de serviços de saúde em seu território, compondo assim o arcabouço do federalismo sanitário brasileiro (MACHADO *et al.*, 2014; DOURADO; ELIAS, 2011).

Dada a magnitude de um sistema de saúde público universal e o contexto continental do território brasileiro, pautado no princípio da descentralização, com comando único em

cada esfera de governo autônomo, porém, interdependentes entre si, com várias competências compartilhadas por determinação constitucional, tornaram-se necessárias estratégias de articulação federativa, primando conciliar a descentralização político-administrativa, organizando os serviços de forma regionalizada e hierarquizada (SANTOS; ANDRADE, 2011; ABRUCIO; FRANCEZE, 2007).

Dourado e Elias (2011) retratam que para a gestão de políticas públicas em federações torna-se imprescindível a construção de processos decisórios compartilhados, na construção do planejamento e execução das ações, no âmbito sócio econômico que visem o bem-estar coletivo. Essa coordenação federativa pode ser realizada com regras transparentes e legais que levem os atores a dividir as decisões e tarefas, bem como definirem suas competências no âmbito das políticas públicas. Neste sentido, existe ainda, a possibilidade de fóruns federativos, onde o respeito mútuo deve estar atrelado no plano das negociações entre os diferentes atores das distintas esferas de governo (Abrucio, 2005), formando assim a rede federativa (SANTOS; ANDRADE 2011).

A articulação entre os entes federativos nesta rede deve ser pautada em princípios jurídico-administrativos, capazes de propiciar a integração e cogestão dos serviços de saúde, com interdependência política, administrativa e financeira, sem hierarquia e com autonomia de cada ente (SANTOS; ANDRADE 2011).

O fortalecimento da rede federativa se dá com a interação entre os atores envolvidos, num campo em que as discussões e reflexões ocorram horizontalmente, primando por interesses coletivos que atendam às necessidades regionais, às divergências econômicas culturais e sociais do território (SANTOS; ANDRADE 2011).

O SUS implantou este modelo de coordenação, quando instituiu as comissões intergovernamentais em saúde, tanto no âmbito nacional, como estadual. Na concepção destes espaços, observou-se a possibilidade de debate entre todas as esferas de governo, permitindo alianças solidárias para criação de metas de desempenho e execução das políticas nacionais, entre outras ações (GUIMARÃES; GIOVANELLA, 2004).

A Comissão Intergestores Tripartite (CIT) foi instituída com representantes das três esferas de governo. Já a Comissão Intergestores Bipartite (CIB) foi concebida nos estados brasileiros, com composição paritária de representantes das secretarias estaduais e municipais de saúde (MACHADO *et al.*, 2014).

As CIB permitem a adaptação das diretrizes nacionais do processo de descentralização em nível estadual, propiciando a formação de acordos e a redefinição de papéis entre as esferas

subnacionais na gestão dos sistemas e serviços de saúde. Esses arranjos refletem não só a capacidade gestora, a qualificação gerencial das secretarias estaduais e municipais de saúde como também o grau de amadurecimento das discussões e as particularidades locais e regionais do relacionamento entre as diferentes instâncias de governo (LIMA, 2013).

Santos e Andrade (2011) reforçam que, no caso da saúde, todos os entes federados devem unir recursos numa rede única, imbricados no propósito de prestar assistência integral ao ser humano. A CIB é um espaço privilegiado, capaz de exercitar a atividade de coordenação necessária ao adequado funcionamento das regiões de saúde (DOURADO; ELIAS, 2011). Todavia, o fortalecimento dos vínculos federativos nestes espaços de cogestão, tornou-se um desafio permanente para viabilizar a consolidação do sistema público de saúde (LIMA, 2013).

Conforme já mencionado, num país com extensa dimensão territorial e inúmeras disparidades, como o Estado brasileiro, no qual o município compõe um dos tripés da federação, sendo um ente autônomo, e não apenas uma divisão política, inúmeras complexidades necessitam ser superadas para alcançar os objetivos do SUS (SANTOS; ANDRADE, 2011).

Nessa ótica, Dourado e Elias (2011), chamam a atenção para a assimetria de informações e de poder político existente no Brasil, muitas vezes causadas por condicionantes do federalismo brasileiro, inviabilizando a livre negociação entre os gestores, na condução e definição de políticas de saúde nas regiões, conforme os princípios do SUS.

No campo da saúde, conforme relata Nicoletto (2015), as assimetrias de poder existentes nos espaços de cogestão têm acarretado consequências negativas à gestão cooperativa do SUS, transformando estas arenas mais em lócus para informações do que para discussão dos problemas inerentes à região de saúde. Para Dourado e Elias (2011), essas assimetrias podem estar atreladas ao poder político exercido por municípios de maior população e maior inserção econômica, muitas vezes somada à maior capacidade instalada na rede assistencial.

Outro fator a ser considerado, diz a respeito à forma de deliberações existentes nestas arenas de negociação, sempre por consenso. Por tradição, o consensualismo é um termo atrelado ao federalismo, que vem ganhando destaque no perfil contemporâneo da administração pública (DOURADO; ELIAS, 2011). Nesse contexto, cabe destacar que o conceito de consenso muitas vezes é empregado de maneira inadequada como sinônimo de unanimidade. Entretanto, torna-se necessário o desacordo, para que se chegue ao consenso de

forma natural, não como temor de coerção. Espera-se que os conflitos federativos possam ser manifestos, no intuito de serem minimizados ou até mesmos absorvidos (DOURADO; ELIAS, 2011).

Ao permitir o amplo debate nestes espaços e respeito às divergências de opiniões, aproxima-se de atingir os princípios elencados na organização constitucional do SUS, primando pelos interesses coletivos. Embora seja notável a atuação das comissões intergovernamentais, como um grande avanço, a necessidade de aprimorar sua competência para coordenação federativa é fator indiscutível para organização e oferta regionalizada de saúde no país (MACHADO *et al.*, 2014), o que possibilitaria fortalecer a governança das ASMC dentro da região.

2.4 A Governança

A governança é operacionalizada num campo abrangente, relaciona-se à forma pela qual o poder é exercido na administração de recursos sócios financeiros de um país em busca de seu desenvolvimento. Está imbricada na capacidade dos entes federativos de planejar, formular, implementar políticas e cumprir funções envolvendo diferentes atores, com diferentes graus de poder (SANTOS, 1997; IBANHEZ *et al.*, 2007).

Delimitada por relações sociais e organizacionais, a governança é alternativa ao centralismo decisório com direção única, propondo a transição de uma gestão única para uma gestão mais dialogada (KNOPP; ALCOFORADO, 2010), em que participam atores estatais e não estatais, conectados por laços formais e informais, cujas relações pessoais podem afetar as políticas públicas (MARQUES, 2013).

Ibanhez *et al.* (2007), sugerem utilizar o conceito de governança para desvelar os fatores que organizam a interação entre os atores, a dinâmica dos processos e as regras do jogo, implicados na tomada e implementação da decisão, numa determinada sociedade.

Consideram ainda que os atores constroem as regras e se posicionam em um jogo, de acordo com seus interesses e necessidades (IBANHEZ *et al.*, 2007; MATUS, 2005). Estes autores contribuem ainda para esta reflexão, ao defenderem a necessidade de pensar em distribuição de poder entre os atores, transparência e controle (mútuo) sobre decisões e ações, no processo de governança.

No campo da saúde, visando atender a necessidade coletiva, caberia desenvolver entre os atores envolvidos no processo de governança relações de cooperação, interatividade e acordos entre os diferentes participantes (Estado, mercado e sociedade). Embora os interesses,

muitas vezes se conformem de maneiras divergentes, estes podem ser organizados e negociados, pautados nos interesses da coletividade, assegurando o acesso universal e qualificado à saúde (LIMA; ALBUQUERQUE; SCATENA, 2016).

Essas relações cooperativas podem ser desenvolvidas no âmbito das comissões intergestoras, as quais podem funcionar como ferramenta para fortalecimento da governança regional ao reunir diferentes indivíduos responsáveis pela tomada de decisão nos territórios sanitários e pela negociação da alocação de recursos e distribuição dos serviços de uso comum na região.

Entretanto para Lima, Albuquerque e Scatena (2016) é preciso reconstruir elementos chave para consolidação do SUS, por meio de:

- a) redefinição de um ambiente favorável à coordenação e articulação dos atores, serviços e ações em benefício da universalização nas regiões de saúde;
- b) aprimoramento da capacidade do Estado na condução da política regional de saúde, reforçando a lógica territorial e a qualificação das funções de organização, financiamento das ações e serviços de saúde;
- c) reforço da lógica pública, pautada pelas necessidades e demandas da população e que se expressam nas regiões.

Marques (2013) defende ainda a ideia de que os atores participam dos processos de negociação e decisão de acordo com seus recursos disponíveis e que a simples inclusão de múltiplos atores na governança, não propicia horizontalidade, quando considerado os recursos de poder desses atores. Lima, Albuquerque e Scatena (2016) acrescentam que a governança no campo da saúde é permeada por inúmeras complexidades, como a lógica do mercado e das corporações profissionais influenciando fortemente nos processos decisórios, ou se apresentando diversas vezes de forma concorrente com a lógica pública do direito à saúde.

Neste estudo, adota-se um conceito amplo de governança, na condução de políticas públicas, no contexto da organização da média complexidade em uma região de saúde, apoiada nas concepções dos autores supracitados. Visando buscar subsídios para compreender sobre as complexidades envolvidas na relação entre os atores envolvidos no processo de tomada de decisão para governança das ASMC, optou-se por estudar os jogos sociais descritos por Carlos Matus.

2.5 Contribuições de Carlos Matus

Os desafios vivenciados pelos gestores para governança da média complexidade podem ser analisados e discutidos adotando as contribuições de Carlos Matus, principalmente na perspectiva dos jogos sociais explicada por este autor, pois ao reconhecer o tipo de jogo envolvido no processo de governança, possibilitará aos envolvidos, compreender e enfrentar os desafios pertinentes à governança das ASMC na região.

Nascido do Chile em 1931, Carlos Matus foi um dos maiores estudiosos na área de planejamento estratégico de governo e governabilidade, entre outros assuntos. Preocupou-se em estudar não somente o homem em ação, mas também o homem em ação de governo (LIMA, 2010), motivo pelo qual foi escolhido para contribuir como referencial na presente pesquisa.

No presente estudo, que visa compreender a governança das ASMC, adotou-se o conceito de jogo social defendido por este autor, levando em consideração os espaços em que se dão as relações entre os atores envolvidos no processo, sendo estes tomados como jogadores.

Para Matus (2005), o jogo social é caracterizado por aglutinação de forças cooperativas, com intencionalidades coletivas envolvendo empatia ou antipatia. Nesse processo podem surgir conflitos cooperativos ou concorrência entre os atores envolvidos.

Quando as regras do jogo são construídas socialmente, possibilitam aos atores envolvidos no processo, conhecerem a dualidade entre as possibilidades e proibições dentro de sua arena de atuação, bem como as regras de convivência, facilitando o pensar no modo de agir do outro jogador. Um jogador habilidoso e criativo consegue reestruturar as regras do jogo sendo beneficiado com o resultado (MATUS, 2005).

Cada jogador é dotado de habilidades características, motivações e suas próprias visões. Os jogadores sociais podem possuir diferentes interesses: entre eles: acúmulo de prestígio social, produção de conhecimento, de poder político e aumento do patrimônio e do capital econômico. Existem ainda os jogadores solidários, os quais primam por apoio ao próximo (MATUS, 2005).

As jogadas demonstram quem são os atores em ação. Estes podem agir combinando jogadas entre si, quando houver interesses mútuos, ou jogar de forma desconexa, de acordo com o interesse do grupo onde os resultados obtidos contam a favor da arena do jogo (MATUS, 2005).

O jogo social permite ao ator conhecer mais de si mesmo e interagir com outros jogadores, porém isso não o torna capaz de enxergar com os “óculos do outro” nem de prever o futuro, pois o ser humano é um ser mutável, duelando entre razão e emoção. Isso pode ser evidenciado em suas jogadas sociais, pois a memória emocional (sentimentos, emoções) pode ultrapassar a racionalidade (MATUS, 2005).

Este mesmo autor relata sobre o exercício da liberdade democrática, em que o intercâmbio de problemas é uma característica do jogo social. O participante é livre para produzir jogadas, na medida em que acumula suas forças, ou seja, quanto mais força, mais liberdade para produção de jogadas (MATUS, 2005).

Já relacionado à igualdade, traz que é fruto do uso da liberdade, onde os que possuem mais força produzem maior desigualdade. Pode-se dizer que igualdade e liberdade, neste contexto, são processos antagônicos, e que o papel das regras do jogo e da política deve estar sempre ao lado da igualdade, uma vez que a liberdade aumenta a desigualdades (MATUS, 2005).

Para Matus (2005) o jogador social se limita a atuar conforme as regras pré-estabelecidas nas genoestruturas vigentes, distraíndo-se com as preocupações cotidianas, o que lhe consome boa parte de suas energias, impossibilitando-o de alcançar vãos grandiosos.

De acordo com esse mesmo autor podemos analisar um jogo distinguindo os seguintes conceitos:

- **Ator:** jogador criativo, estrategista, pouco previsível em relação às suas jogadas, com objetivos dentro do jogo. Considerado como fenoeestrutura humana, ele age sempre pautado em suas convicções e com poderio próprio.
- **Produção, jogadas ou fluxos:** indica as ações realizadas pelos atores, relacionadas diretamente à dinâmica do jogo.
- **Acumulações, capacidades ou fenoeestruturas:** as acumulações relacionam-se com a capacidade de jogar do ator social; já a fenoeestrutura relaciona-se com o resultado atingido pelos atores e suas jogadas.
- **Genoestruturas ou regras do jogo:** determinam o espaço de variedade possível de acumulações e jogadas.

As genoestruturas não sofrem grandes modificações, são mantidas pelos atores sociais que detêm o poder. Os defensores das regras genoestruturais apresentam graus diferentes de satisfação, porém os jogadores que querem mudar as regras reconhecem a origem de suas insatisfações e de seus problemas (MATUS, 2005).

Para este mesmo autor, 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).

Matus (2005), defende ainda que o poder é disputado por meio de nove jogos:

- **O jogo político:** o qual se disputa ou distribui o poder político, civil e militar. Tem como função criar, concentrar e distribuir o poder social. Nele os atores envolvidos lutam pelo controle dos variados sistemas de governo em vigor no jogo social, sendo a disputa combinada por motivações pessoais e ideológicas, expressando-as em projetos sociais.
- **O jogo econômico:** tem como função a produção dos bens e serviços para satisfazer a necessidade da população, distribuir a renda e a propriedade de bens econômicos, regular as principais variáveis macroeconômicas e estabelecer as relações de troca com o mundo exterior. Nele combina a ação instrumental com a ação social, em que a produção de bens e serviços impulsiona os recursos econômicos. É um jogo entre empresários e consumidores, pelo controle dos recursos econômicos e pelo domínio dos mercados.
- **O jogo da vida quotidiana:** é o jogo do ser humano no espaço em que reside e luta pela resolução dos seus problemas de saúde, moradia, educação, segurança, equipamentos urbanos entre outros. O critério dominante na avaliação deste jogo é a qualidade de vida.
- **O jogo pessoal:** no qual ocorre disputa da liderança individual e a distribuição das recompensas pessoais no espaço das satisfações do mundo interior do homem, e o poder pessoal. Cria o perfil de personalidade e proporciona os atores para todos os outros jogos. Na competição entre indivíduos é que a pessoa se desenvolve através da criação do seu mundo interior, composto por conhecimentos, valores, emoções e traços de personalidade. Neste jogo, se decide o equilíbrio dos objetivos pessoais com os objetivos sociais e a competição pela liderança nos demais jogos. Esse jogo liberta ou subjuga o homem através do equilíbrio ou desequilíbrio em seu mundo interior. Há um confronto entre o pólo egocêntrico do benefício social e o pólo exocêntrico do benefício social. O jogo produz a pessoa, e a pessoa produz o jogo.
- **O jogo da comunicação:** neste se realiza o apoio a todos os outros jogos para que haja comunicação e entendimento entre os jogadores. Tem na linguagem o poder

de comunicação, geradora de convicções e motivações. Sua função é produzir interação comunicativa que é funcional para o jogo dos atores dominantes. Este jogo ocorre com grau significativo de atrito, sendo causado por múltiplas barreiras, entre elas, idiomáticas, cognitivas, de interpretação, de controle e seleção de comunicação. É um jogo do entendimento entre o falar e o escutar, entre os indivíduos, com as dificuldades próprias do diálogo entre seres humanos. Pode ocorrer opacidade ou transparência no diálogo, sendo os atores dominantes quem controlam a clareza das conversações. A liberdade da conversação no jogo social só é compatível com o exercício da democracia.

- **O jogo macroorganizacional:** tem como função produzir a ação organizacional, que é uma ação humana coletiva capaz de materializar a produção institucional a serviço de qualquer um dos outros jogos. É um jogo de coordenação, concorrência e cooperação institucional, tendo ao mesmo tempo, disputa pela governança e pelo poder da organização. Esse jogo está limitado pela governabilidade e pelo atrito burocrático, que encurrala o homem entre a ação individual, a concentração da governabilidade macroorganizacional e o atrito burocrático da ação organizacional centralizada.
- **O jogo dos valores:** refere-se à consciência de todos os outros jogos. Acontece uma batalha entre o mundo interior do homem (consciência fechada) e entre os homens (a consciência aberta). Tem como função conceber, recriar ou tutelar os valores éticos, étnicos, religiosos e ideológicos, e aplicá-los ao juízo humano do intercâmbio de problemas, a fim de propor resposta quanto à finalidade última do jogo. Este jogo propicia o fortalecimento da consciência individual.
- **O jogo das ciências:** este jogo gera e distribui o poder cognitivo. Sua função é criar, acumular, conservar e distribuir conhecimentos. É o jogo que liberta ou subjuga o homem através da conquista e distribuição do conhecimento científico acerca dos vários mundos da sua realidade. Neste jogo existe uma luta constante entre os inovadores, e os seguidores. Os inovadores, devido à sua criatividade abrem os caminhos, enquanto os seguidores caminham submissos, fiel ao que se aprende.
- **Jogo da natureza:** formado pelo capital fixo proporcionado pelos ecossistemas ao desenvolvimento do jogo social, onde se disputa o controle dos recursos escassos da natureza e o seu uso de acordo com os critérios de sua preservação ou sua

exploração, em relação com a eficiência e a eficácia operacionais dos jogos que demandam por recursos naturais. Esse jogo produz uma modificação da natureza e de sua biodiversidade, afetando o equilíbrio ecológico. É um jogo sujeito a pressão demográfica.

Ao expor sobre essas breves contribuições de Carlos Matus pode-se observar que o poder pode produzir desigualdades no jogo social. Santos *et al.* (2015) defendem o poder como algo construído a partir de diferentes forças que, de maneira ideal, atuam não apenas de forma verticalizada, mas em todos os lados. Quando se fala em processo de políticas de saúde, existem algumas forças que atuam de maneira mais organizada na construção dessas políticas.

Percebe-se que as relações de poder se enraízam no conjunto das redes de políticas públicas no Sistema Único de Saúde (SUS) com redefinição do lócus de produção, ampliando a necessidade de compartilhar o processo de tomada de decisão nos espaços de governança (SANTOS *et al.*, 2015). Ainda para esses autores, um dos objetos importantes de análise da política de saúde no Brasil relaciona-se à compreensão do papel dos múltiplos atores envolvidos nos processos políticos.

Partindo desta perspectiva, a presente pesquisa visa compreender como a governança das ASMC tem sido articulada na região estudada.

3 OBJETIVO GERAL

- Compreender a governança das ações e serviços de média complexidade em uma região de saúde.

3.1 Objetivos Específicos

- Descrever a organização da assistência de média complexidade em uma região de saúde;
- Analisar em que espaços a governança da média complexidade é articulada nesta região;
- Identificar os diferentes atores envolvidos na governança da média complexidade;
- Analisar os desafios para governança da média complexidade em uma região de saúde.

4 PERCURSO METODOLÓGICO

4.1 Delineamento da Pesquisa

Trata-se de um estudo exploratório de natureza qualitativa. Segundo Minayo (2008, p.57) “o método **qualitativo** é adequado aos estudos da história, das representações e crenças, das relações, das percepções e opiniões, ou seja, dos produtos das interpretações que os humanos fazem durante suas vidas, da forma como constroem seus artefatos materiais e a si mesmos, sentem e pensam”.

Devido suas peculiaridades, a pesquisa qualitativa vem sendo amplamente utilizada na área da saúde e da sociologia, uma vez que ela não se restringe a quantificar dados e fenômenos, mas sim, amplia a possibilidade da compreensão dos mesmos, a partir dos sujeitos que o vivenciam, que o sentem, valorizando o processo por meio do qual o fenômeno se manifesta mesmo na sinuosidade das relações sociais, considerando que a ação humana depende profundamente dos significados que lhe são atribuídos pelos atores sociais (SUASSUNA, 2009; TURATO, 2005).

4.2 Campo de Pesquisa

O estudo foi desenvolvido na área de abrangência da 16ª Regional de Saúde de Apucarana (Figura 1), situada na região norte do Estado do Paraná. Esta regional é composta por 17 municípios sendo eles: Apucarana, Araongas, Bom Sucesso, Borrazópolis, California, Cambira, Faxinal, Grandes Rios, Jandaia do Sul, Kaloré, Marilândia do Sul, Marumbi, Mauá da Serra, Novo Itacolomi, Rio Bom, Sabáudia, São Pedro do Ivaí, com uma população de 3252.126 habitantes (IBGE, 2010).

Figura 1- Mapa da 16ª RSA.



Fonte: Secretaria de Estado de Saúde do Paraná, 2013.

4.3 Sujeitos de Estudo

A população deste estudo foi constituída por 8 participantes, dentre destes: 5 eram gestores que ocupavam o cargo de secretários municipais de saúde, um era representante do gestor Estadual do SUS, um da diretoria do Consórcio Intermunicipal de Saúde do Vale do Ivaí e Região (CISVIR), e um apoiador do COSEMS.

Para definição dos entrevistados, foi utilizado como critério de inclusão: experiência na gestão municipal de, no mínimo, um ano, representação de gestores de municípios de diferentes portes populacionais, dentre os secretários um era secretário municipal de saúde de município menor de 5 mil habitantes e também ocupava o cargo de presidente do CRESEMS, um era de município maior de 5 mil e menor de 10 mil habitantes, um de município maior 10 mil e menor 25 mil habitantes, um de município maior que 100 mil

habitantes (gestão ampliada da atenção básica), um de município maior que 100 mil habitantes (gestão plena do sistema municipal). Primou-se também em garantir representação da gestão estadual e do consórcio intermunicipal de saúde da região. Devido ao envolvimento e assessoria dada aos gestores municipais, relacionada à gestão da média complexidade, optou-se também por entrevistar a apoiadora Regional do COSEMS, com intuito de ampliar a abrangência das informações relacionadas ao tema na região em estudo.

O quadro 1 ilustra a amostra selecionada:

Quadro 1 – Distribuição da amostra de entrevistados da 16ª Regional de Saúde do Paraná, 2017

POPULAÇÃO	TOTAL DE MUNICÍPIOS	ENTREVISTADOS
≤ 5 mil hab.	04	01
> 5 mil ≤ 10 mil hab.	08	01
> 10 mil ≤ 25 mil hab.	03	01
> 100 mil hab.	02	02
Representante Gestor Estadual		01
Apoiadora do COSEMS		01
TOTAL DE ENTREVISTADOS01		08
Diretora do Consórcio Intermunicipal de Saúde		

Fonte: própria autora

4.4 Procedimento de Obtenção dos Dados

Os dados foram obtidos por meio de entrevistas semiestruturadas, realizadas pela própria pesquisadora, orientada por um roteiro contendo questões que versavam sobre os espaços, atores e processo de governança das ASMC na região (Apêndice A).

A entrevista semiestruturada foi formulada com questões abertas, flexíveis na sequência de apresentação ao entrevistado, sendo complementadas questões quando necessário para compreensão do fenômeno estudado, conforme proposto por Manzine (2012).

A entrevista semiestruturada tem como princípio alguns questionamentos básicos, apoiados no referencial teórico, mas também em toda informação que o pesquisador já possui sobre o fenômeno em estudo (TRIVINOS, 2007).

Devido à pesquisadora ser integrante da equipe gestora regional, foi possível a participação e observação das reuniões de câmara técnica e da CIR, a participação em atividades de avaliações do Programa de Apoio aos Hospitais Públicos e Filantrópicos do Paraná (HOSPSUS), entre outras atividades. Essa vivência auxiliou no desenvolvimento de reflexões e elaboração dos questionamentos relacionados ao tema em estudo.

Preliminarmente à coleta de dados foi realizada uma entrevista piloto, no mês de outubro de 2016, em município pertencente à outra regional de saúde, porém com características semelhantes aos municípios estudados, para validação do roteiro de entrevista. A realização desse piloto possibilitou corrigir termos técnicos, adequar a linguagem visando um melhor entendimento do que estava sendo investigado (MANZINI, 2012).

A coleta de dados se iniciou em novembro de 2016 e o término ocorreu em maio de 2017. Por se tratar de ano eleitoral, alguns dos sujeitos estudados poderiam não permanecer no cargo no ano de 2017, fato que motivou priorizar a entrevista com os gestores que encerrariam seu mandato em dezembro de 2016, tendo em vista que a complexidade do tema estudado demandava a vivência em gestão.

As entrevistas foram registradas por meio do uso de gravador digital, com a permissão dos participantes. De acordo SCHRAIBER (1995) e MANZINI (2012) o uso do gravador torna-se um artefato que permite a captação e arquivo de elementos importantes da comunicação, como: silêncios para reflexão, dúvidas, diferentes tons da voz, expressões de entusiasmo, crítica, entre outros, auxiliando a compreender os relatos.

4.5 Transcrição do Material e Análise dos Dados

As entrevistas foram transcritas na íntegra pela própria pesquisadora e, após conferência, foram retirados os vícios de linguagem e realizada a correção ortográfica das mesmas como formas de garantir a proteção dos participantes. Seguindo as orientações de Goldim (2000), os entrevistados foram identificados por códigos, no intuito de preservar o sigilo de sua identidade. Desta forma, os participantes foram codificados recebendo a letra E seguida de um número, conforme a ordem de realização das entrevistas, sendo a primeira E1, E2, [...] e a última E8.

O referencial metodológico utilizado, como forma de extração e organização dos dados, foi a análise de discurso, proposto por Martins e Bicudo (2005), e compreendeu dois momentos: a análise ideográfica e a análise nomotética.

No primeiro momento, realizou-se a análise ideográfica, na qual procurou se por unidades de significado, para isso foi feita uma leitura flutuante das transcrições de cada entrevista individual, sem buscar uma interpretação, mas com o objetivo de se apropriar do fenômeno estudado (MARTINS; BICUDO, 2005). Nesse momento, atentou-se à pergunta da pesquisa e procurou-se manter uma postura empática em relação à vivência do entrevistado conforme sugerido por Garnica (1997) e Macedo *et al.* (2008).

Num segundo momento, fez-se a análise nomotética, onde após nova leitura das entrevistas, foram realizadas aproximações, e identificadas convergências e divergências das unidades de significado, o que permitiu construir categorias para a estruturação do fenômeno estudado, conforme proposto por Martins e Bicudo (2005).

4.6 Aspectos Éticos

Este estudo integra a pesquisa maior, denominada **Gestão interfederativa do SUS na organização de arranjos regionais para atenção de média complexidade na macrorregião norte do Paraná**, submetida e aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual de Londrina, em 29/08/2016, sob o parecer nº 1.700.851-16 (Anexo A).

A pesquisa respeitou as normas relativas a pesquisas que envolvem seres humanos, conforme Resolução nº 466/2012 (BRASIL, 2012a) do Conselho Nacional de Saúde. Os entrevistados foram informados sobre os objetivos da pesquisa, os riscos, os benefícios, seus direitos sobre a possibilidade de interrupção da participação na pesquisa a qualquer momento e garantia do anonimato em relação às informações coletadas, e sua concordância foi manifesta por meio da assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido (Apêndice B).

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

O processo de análise das entrevistas resultou na proposição de três categorias, que respondem aos objetivos do presente estudo, a saber: organização da média complexidade e suas fragilidades; os espaços e atores envolvidos no processo de governança e os desafios enfrentados na região para governança da média complexidade.

5.1 Organização da média complexidade na região e suas fragilidades

Na região estudada a atenção de média complexidade ambulatorial é ofertada majoritariamente via CIS, sendo este, fundado no ano de 1996, e se constitui como consórcio público, sob a forma de associação pública, com personalidade de direito público de natureza autárquica sem fins lucrativos, regido pelo disposto na lei nº 11.107 de 06 de abril de 2005 (BRASIL, 2005b).

Atualmente o consórcio da região possui cinco estruturas físicas, sendo sua sede localizada no município de Apucarana em prédio próprio e as demais estruturas distribuídas em outros municípios pertencentes à região de saúde, em espaços alugados ou cedidos. A oferta de serviços se dá pela compra de consultas e exames, por valores diferentes da tabela SUS. A distribuição destes serviços aos 17 municípios que o constitui é proporcional à população dos mesmos, por meio de cotas mensais. É possível a aquisição de cotas extras, dependendo do interesse/necessidade dos municípios e da disponibilidade do consórcio.

Como a região estudada é composta, em sua grande maioria, por MPP, na tentativa de se aproximar da assistência integralizada, eles se uniram através de CIS para a ampliação da oferta de ASMC ambulatoriais, amparados no artigo 10 da lei nº 8.080/90, artigo 3 da lei nº 8.142/90, e pela lei nº 11.107 de 06/04/2005 (BRASIL, 2005b). Os CIS são vistos como formalização solidária intermunicipal, objetivando a junção de esforços em torno de problemas comuns, cuja resolução extrapola o limite de um município, e atinge um espaço microrregional ou regional (ABRUCIO; FRANZESE, 2007).

Para Nicoletto, Cordorni e Costa (2005) a formação dos CIS viabiliza a assistência de média complexidade, dado a sua possibilidade de ampliação de consultas e exames especializados. Entretanto, Silva *et al.* (2017) relatam que a organização dos municípios em CIS, não tem sido capaz de solucionar o problema de acesso aos serviços especializados em curto prazo, devido a diferentes fatores externos, como modelo de atenção adotado, número insuficiente de profissionais médicos e frágil governança dessa área.

Outros serviços de MC são ofertados na região por meio das instituições hospitalares em sua grande maioria de natureza privada e/ou filantrópica, totalizando 13 instituições. Dentre esses hospitais, oito são de pequeno porte, dois de médio porte e três de grande porte. A disponibilização destes serviços aos municípios, que respondem somente pela gestão da atenção básica², é viabilizada por meio de contratualização entre o prestador e a Secretaria de Saúde do Estado.

Ainda, para os serviços não disponíveis na região, há a possibilidade de encaminhamento via Secretaria Estadual de Saúde, na modalidade de Tratamento Fora de Domicílio (TFD), para outro município da região macro norte ou para cidade de Curitiba ou ainda para outros estados da federação.

O TFD foi estabelecido pela Portaria SAS/MS 55/1999, que regula o financiamento para transporte, ajuda de custo e hospedagem, tanto para o paciente, como para o acompanhante, para tratamento hospitalar ou ambulatorial, desde que previamente agendados (BRASIL, 1999; SANTOS; RODRIGUES, 2014).

Ocorre que a oferta de ASMC, tem sido insuficiente às demandas dos municípios. Para tentar supri-la, muitos desses municípios, mesmo não tendo assumido responsabilidade pela MC, acabam por contratar esses serviços junto aos prestadores privados ou filantrópicos, por meio de contratos paralelos, com recursos do tesouro municipal.

Silva *et al.* (2017), constataram em seu estudo que, embora os gestores municipais não tivessem assumido formalmente a responsabilidade pelo custeio da MC, estes elevaram seus gastos em saúde, intencionando garantir a assistência especializada aos seus munícipes, sendo seu investimento maior do que o preconizado pela Lei nº 141/12 para os gastos no setor (BRASIL, 2012b).

Apesar dessa dificuldade ser sentida por vários municípios, não se observa na região ações potentes, desenvolvidas de forma conjunta, para superar esta problemática. Ao invés disso, alguns gestores optam por realizar compra de serviços diretamente de prestadores privados, uma vez que *de repente vai um município sozinho, e negocia um valor X mensal, e fecha um contrato de um ano, e ele começa a pagar para o município dele. Então fecham-se as portas para o município que não consegue pagar* (E3). Esse tipo de ação causa desequilíbrio de ofertas aos outros municípios da região.

² Esta terminologia foi suprimida pelo pacto pela saúde em 2006, no entanto, na prática a mesma continua vigente.

Ao agir desta forma, os gestores realizam um intercâmbio de problemas, pois o que parece resolver o problema a curto prazo, cria problemas maiores a médio e longo prazo conforme Matus (2005), inviabilizando o fortalecimento de políticas de saúde que atendam às necessidades coletivas da região.

Apenas o município responsável pela gestão plena do sistema de saúde, contratualiza oficialmente com os prestadores a maioria de seus serviços e considerou a oferta de serviços e ações de média complexidade sendo satisfatória à demanda de seus munícipes.

Entretanto, para a maioria dos gestores as *ofertas de serviços de média complexidade são insuficientes para a demanda, sempre foram* (E4). *A média complexidade é o gargalo da saúde pública* (E1), *é o maior problema que nós temos* (E5).

Apesar de a Constituição Federal de 1988 definir a saúde como direito de todos, dever do Estado, e a atenção integral como diretriz do SUS, constata-se que a MC se apresenta como um entrave para o alcance de ambos os princípios, representando assim um problema de grande relevância para a gestão do SUS (SPEDO; PINTO; TANAKA, 2010; AGUILERA, 2013).

De acordo com os gestores, existem *serviços de média complexidade na região, cuja oferta seria suficiente, porém não são contratualizados pelo SUS* (E1). Afirmam também que a oferta de serviço ao SUS é determinada pelo que interessa aos prestadores, ou seja, conseguem *comprar os serviços, conforme o mercado oferta* (E2), pois *existe oferta daquilo que é interessante aos prestadores* (E5).

A inclinação da oferta de ASMC nos serviços privados/filantrópicos contratualizados demonstra o atual modelo de atenção pautado na supremacia dos interesses da corporação médica, das indústrias e serviços privados no país, tendenciando a compra indiferenciada de serviços do setor privado pelo público (PIRES, 2010).

Conforme observado no estudo, o setor privado possui múltiplas ligações com o serviço público, tornando a oferta de serviços complexa e segmentada, com distintos padrões de acesso, qualidade e integralidade da atenção prestada, reforçando as disparidades na oferta aos usuários e produzindo assim barreiras de acesso a esses serviços.

Apoiada em Matus (2005), constata-se que a oferta e disponibilização de ASMC estão permeadas por jogos políticos e econômicos, em que nem sempre são consideradas as necessidades de saúde dos cidadãos.

Para mudar esta realidade Paim (2009), defende a ideia de que um sistema de saúde publicizado seria capaz de conter os interesses de mercado, seja ele causado por partidos políticos partidários ou corporações, o que propiciaria atender as necessidades da população.

Além da insuficiência de oferta e de suas consequências, foram relatadas pelos representantes dos diferentes entes federativos, outras fragilidades, com impactos negativos para uma oferta organizada e efetiva de ASMC. Entre elas podem ser citadas o corporativismo médico, em que há indícios de uma ação coordenada que dificultam a entrada de novos profissionais médicos especialistas na região, pois *parece que os médicos se fecham então isso causa dificuldade para pactuar novos serviços* (E1).

Outra agravante é *a defasagem dos valores da Tabela SUS [...], porque o prestador não se submete o valor da tabela, e o gestor não consegue pagar o que o prestador quer* (E3). Essa opinião é reforçada por vários gestores:

Nós temos uma tabela SUS congelada, que desde que me lembro os valores que o SUS paga são os mesmos, então não existiu inflação, não existiu nada (E7).

Por causa de preço de tabela [...]. É o mercado, é o preço que varia. Entendeu? Então assim, quem é prestador não vai sair no prejuízo, e o gestor do SUS não consegue pagar o preço que às vezes os prestadores querem, mas também a tabela SUS é inaceitável, o preço da tabela SUS. (E1).

A falta de correção dos valores da tabela SUS acarreta dificuldades para aquisição dos serviços de saúde a serem ofertados à população, uma vez que desestimula os profissionais de saúde a atuarem no sistema, tanto para realização de consultas especializadas como de procedimentos e exames.

Estes achados corroboram os dados encontrados por Spedo, Pinto e Tanaka (2010) ao relatarem que os valores pagos pela tabela SUS e interesses corporativos são alguns dos obstáculos para o acesso aos serviços de média complexidade.

O Ministério da Saúde não priorizou a correção dos valores pagos pela tabela SUS. Ao invés disto, instituiu a portaria 1.606 em setembro de 2001 (Brasil, 2001), a qual permitiu, aos gestores públicos, complementarem os valores pagos aos prestadores filantrópicos e/ou privados pelos procedimentos e serviços prestados aos usuários do SUS. A referida portaria definiu em seu Artigo 1º que os estados, Distrito Federal e municípios, ao utilizarem a tabela diferenciada para liquidação de serviços assistenciais de saúde, deverão fazer uso de recursos próprios estaduais e/ou municipais, para efeito de complementação financeira (BRASIL, 2001).

Ao não permitir a utilização de recursos federais para esta finalidade, além de acarretar desigualdades regionais nos valores pagos aos prestadores, onerou os municípios,

principalmente os de pequeno porte, que acabaram por ter que complementar valores, às vezes muito superiores ao estabelecido pela tabela.

Para Romano, Scatena e Kehrig (2015) o fato da tabela SUS não ser um limitador do valor financeiro para pagamentos de ações e serviços de saúde prestados na rede pública, abre brechas para pagamentos de valores diferenciados, o que pode causar distorções nas contratualizações celebradas entre os entes públicos e privados.

Porém, mesmo o CIS da região ao pagar valores diferenciados, constata-se que

a falta de profissional especialista no mercado é um grande problema, por exemplo: possuímos um chamamento aberto para contratação de médicos especialistas com o valor de R\$ 30,00 a consulta (três vezes a tabela SUS), conseguimos quase todas as especialidades, exceto infectologia, reumatologia e pneumologia (E8).

A falta de disponibilidade de profissionais médicos em algumas especialidades também foi observada por Silveira Filho *et al.* (2016), num estudo realizado na região de Vitória da Conquista, Bahia, ao constatar que a falta de preenchimento de vagas era algo comum. Os autores aliam este fato à inexistência de políticas de gestão de trabalho suficientemente atrativas no SUS, fragilizando a intenção dos profissionais médicos de se fixarem como trabalhadores assalariados neste sistema.

Outra fragilidade apontada está relacionada à demanda expressiva para ASMC e se refere a

uma falha da atenção básica. Acho que no Brasil, não só no nosso município, a atenção básica está desvirtuada do seu trajeto, com os profissionais não entendendo sua função na atenção básica, não conseguindo dar resolutividade naquilo que poderia ser feito na atenção básica, aumentando a demanda da questão especializada. Então essa demanda... exagerada cria-se uma fila para especialista e para os exames especializados, e depois para o retorno, e isso encarece e não traz resolutividade para o sistema de saúde (E6).

Do ponto de vista das RAS, é papel da AB em saúde articular-se com os usuários. Espera-se da AB, que além de coordenadora do sistema, possua um profundo conhecimento e relacionamento com a população adscrita, para que possa realizar a gestão de base territorial. Esses elementos podem subsidiar a ruptura da gestão baseada na oferta, característica de sistemas fragmentados, promovendo a gestão baseada nas necessidades dos usuários, ou gestão de base populacional, elemento primordial das RAS (MENDES, 2012). Entre as funções exercidas pela Atenção Básica encontram-se as ações de prevenção aos agravos e promoção à saúde, a qual deveria encaminhar para outros níveis de atenção somente os casos mais complexos (BRASIL, 2017a).

Porém, como relata Pires (2010), ocorre uma baixa resolutividade da AB, sobrecarregando a MC. Essa situação produz um ciclo vicioso, pois, a resolutividade da AB perpassa seu campo de atuação, haja vista sua efetividade sujeitar-se ao acesso às consultas e procedimentos disponíveis na atenção de MC e AC em saúde. Além disso, a AB não dispõe de condições materiais (tecnológicas, operacionais, organizacionais) e simbólicas (valores, significados e representações para os usuários destes serviços) para que se configure como gestora do cuidado nas RAS (SILOCCHI; JUNGES, 2017; CECILIO *et al.*, 2012).

Pinafo *et al.* (2016), corroboram ao defenderem a concepção de que para que haja resolutividade na APS e a mesma responda à universalidade do acesso, torna-se necessário a garantia do atendimento em todos os níveis de assistência em saúde, inclusive na média complexidade.

A falta de diálogo entre os profissionais da AB e especialistas, somado a um ineficiente sistema de comunicação demonstrou ser outro nó crítico, conforme a fala a seguir:

Outra coisa que eu acho fundamental e que eu vejo que a gente com o passar do tempo tem se utilizado muito pouco são as contra referências. [...] o médico começa sempre um novo serviço. Ou esse médico da atenção básica não considera que aquela outra ação que está sendo feita na atenção de média complexidade, que ele participa, então ele trata só as outras coisas. E o que está na média ele desconsidera. O paciente que está na média deveria voltar para a básica. Média retorna para básica... média retorna para básica...média retorna para básica. E a gente não vê isso! (E6).

Na região estudada, os dados encontrados em relação à utilização de referência e contrarreferência também foram evidenciados por Aires *et al.* (2017), ao afirmarem a necessidade de fortalecimento interinstitucional, garantindo um adequado fluxo de referência e contrarreferência com inclusão de todos os serviços de saúde, sejam eles públicos ou privados.

No Brasil, a comunicação eficaz entre a rede hierarquizada tem se constituído uma fragilidade para a continuidade do cuidado nos diversos níveis de atenção. Essa comunicação deficiente dificulta a socialização do cuidado, inviabilizando a potencialidade e continuidade da assistência em saúde (AIRES *et al.*, 2017). Torna-se preciso ampliar progressivamente a capacidade da atenção básica para intervir nos processos regulatórios, consolidando gradualmente a legitimidade perante os usuários, consolidando-a como efetivo centro de comunicação com os demais pontos de cuidado. Além disso, é preciso materializar as redes de serviços com funcionalidades integradas, visando propiciar a integralidade do cuidado conforme a necessidade das pessoas (CECILIO *et al.*, 2012).

Mendes (2011) reforça a necessidade de uma RAS composta por serviços integrados por meio de sistemas de comunicação, serviços de transporte, referência e contrarreferência, sistema de regulação, além da oferta de ações e serviços, de acordo com a necessidade/demanda dos usuários.

Todavia Silva *et al.*(2017), apontam fragilidades na organização da RAS. Conforme estudo realizado por estes mesmos autores, é possível afirmar que a dificuldade de acesso à atenção especializada, não é exclusivo de uma região, nem de um país, nem do SUS (SILVA *et al.*, 2017).

As inúmeras fragilidades apontadas na organização de ASMC constituem-se em elementos que potencializam os desafios para a governança desta área. Para aprofundar o conhecimento sobre a governança das ASMC na região, faz-se necessário discorrer sobre os atores envolvidos no processo de governança, espaços para articulação, bem como os desafios a serem superados para o seu fortalecimento, os quais serão abordados nos próximos capítulos.

5.2 Os Atores e Espaços Envolvidos no Processo de Governança

O conjunto do material analisado permitiu classificar, baseado em Cortes (2009), os atores que participam do processo de governança da média complexidade em atores governamentais e atores de mercado. Os atores governamentais são os sujeitos que participam dos cenários de negociação federativa, entre eles podem ser citados: os da esfera municipal - representados pelos secretários municipais de saúde e os prefeitos; os de âmbito estadual - representados pelos funcionários da Secretaria Estadual de Saúde (SES), a apoiadora do COSEMS-PR e os deputados, representantes estes do legislativo estadual. Já os atores de mercado são representados pelos prestadores privados e filantrópicos e que atuam de acordo com seus interesses econômicos.

Enquanto os gestores municipais e estaduais concentram suas forças nas instâncias regionais, os prestadores privados e filantrópicos atuam induzindo diretamente as decisões governamentais em nível estadual, além disso, são capazes de estabelecer estratégias para benefício próprio, fortalecendo seus privilégios como provedores de serviços no âmbito do SUS (CORTES, 2009).

De acordo com os participantes do estudo, dentre os atores governamentais, o executivo municipal mostra forte atuação nas definições de políticas de saúde a serem implementadas na região. Exemplo disso é a atuação desses atores para as aquisições de

ASMC ambulatoriais, pois para se contratar o serviço tem que solicitar à presidência (do CIS) e à sua diretoria que são nas assembleias de prefeitos, e não de secretários, então a gente depende dos prefeitos para que se tomem decisões (E6).

A influência dos prestadores hospitalares privados e filantrópicos também se destacou na governança das ASMC, mesmo não participando da CIR nem das reuniões de secretários municipais. Esses atores possuem capacidade de induzir os atores governamentais (deputados) na definição das ações e serviços de saúde ofertados à população, atravessando as arenas de negociação e influenciando as contratualizações de ASMC, nem sempre considerando as necessidades e as demandas regionais.

Desse modo, nota-se que os atores de mercado realizam diferentes jogos, com vistas à manutenção da sua posição hegemônica, acarretando sérias complicações à governança dessa importante fração da assistência. Nesta arena existe a predominância do jogo econômico, referido por Matus (2005), como aquele que ocorre entre os empresários e consumidores pelo controle de mercado. Assim, o setor privado exerce o papel de empresário, enquanto os gestores e usuários podem ser vistos como consumidores. Estes prestadores, por serem os principais provedores de ASMC para o setor público, desde antes a criação do SUS, aumentaram sua inserção no setor em busca de lucro (CORTES, 2009).

Nota-se também a existência do jogo da comunicação, ao verificar que estes prestadores mostraram-se capazes de influenciar os atores governamentais. Soma-se ainda a esses jogos, o macroorganizacional, uma vez que há disputa pelo poder e governança das ASMC (MATUS, 2005).

Quanto aos espaços para articulação da governança, os participantes do estudo relataram como possíveis arenas de negociação e pactuação: em âmbito regional, as reuniões do Conselho Regional de Secretários Municipais de Saúde (CRESEMS), da Comissão Intergestores Regional (CIR), das Câmaras Técnicas, de avaliações do Programa de Apoio e Qualificação de Hospitais Públicos e Filantrópicos (HOSPUS), e do Programa de Apoio do Estado do Paraná aos Consórcios Municipais de Saúde (COMSUS) e reuniões das assembleias de prefeitos (onde são discutidas questões pertinentes ao CIS). Na esfera estadual foram citadas as reuniões do COSEMS e as reuniões da Comissão Intergestores Bipartite (CIB). Já na instância federal mencionou-se a Comissão Intergestora Tripartite.

Os entrevistados destacaram as reuniões das arenas regionais como espaços privilegiados para se desenvolver a governança, dentre esses, ressaltaram a do CRESEMS e da CIR, dando-se ainda maior ênfase para as reuniões das CIR. As reuniões do CRESEMS acontecem mensalmente, algumas horas antes das reuniões da CIR. Participam destas, os

secretários municipais de saúde, assessorados tecnicamente pela apoiadora do COSEMS. Esses encontros ocorrem frequentemente no prédio do município sede da regional de saúde, não havendo participação dos representantes da esfera estadual.

Já as reuniões da CIR acontecem na sede da regional de saúde, também com periodicidade mensal, ou podem ser realizadas extraordinariamente quando necessário. Os participantes são os representantes da esfera estadual, os secretários municipais de saúde e seus assessores e a apoiadora do COSEMS.

Para os entrevistados, a *CIR é o caminho para a realização da pactuação de soluções para a organização da rede regional de ações e serviços de atenção à saúde integrada e resolutive, como no caso das ações e serviços de média complexidade (E4)*. Entretanto, as reuniões da CIR foram referidas como permeadas por atitudes centralizadoras da esfera estadual ao manejar as discussões, caracterizando-se como um mero momento de aprovação de pautas predefinidas, conforme expressam as falas abaixo:

É... mas as pactuações que a gente consegue discutir geralmente são as pactuações que partem do Estado. Mas a gente tem uma dificuldade muito grande de discutir as pactuações das necessidades dos municípios (E6).

Entendo a CIR como espaço de pactuação, espaço de estabelecimentos de fluxo de serviços de média e alta, porém [...], definem-se as ações a serem feitas, e depois nos é repassado para executar, faltando um amplo debate para o assunto” (E8).

Embora a CIR seja um espaço organizado há mais de duas décadas (antes denominado Colegiado de Gestão Regional - CGR), nota-se que a mesma não vem sendo utilizada para desempenhar seu papel conforme o proposto, corroborando resultados de outros estudos que apontam as reuniões de CIR como instâncias meramente burocráticas e homologatórias, não respondendo ao papel de ser um espaço legítimo de auxílio à gestão eficiente do SUS (IANNI *et al.*, 2012; MOTA; VIANA; BOUSQUAT, 2016).

Importante salientar a ausência de muitos gestores municipais nestas reuniões, e ainda, muitos dos que participam não se sentem capacitados para discutir temas relacionados à gestão e políticas de saúde. A insuficiente qualificação, muitas vezes se relaciona com a rotatividade dos secretários municipais de saúde, notadamente a cada pleito municipal, comprometendo o acúmulo de conhecimento e o aprendizado institucional (SANTOS; GIOVANELLA, 2014).

A fragilidade no acúmulo de conhecimento demonstrado pelos gestores municipais influencia sua capacidade de combinar jogadas sociais e dificulta sua interação com outros

pares. Nesse aspecto, a limitação na produção de jogadas inviabiliza a transformação das regras organizacionais nas instâncias regionais (MATUS, 2005).

A ausência dos gestores nas reuniões diminui sua capacidade em desenvolver estratégias para modificar as regras existentes nos espaços decisórios. Este resultado corrobora os achados de Moreira, Ribeiro e Ouverney (2017), que caracterizam os ambientes de tomada de decisão como complexos. Destaca-se ainda que os atores participantes são detentores de racionalidade limitada, com capacidades fragilizadas para estabelecer seus próprios interesses e para compreender os dos demais.

Os entrevistados referiram que os sujeitos desses espaços agem muitas vezes por intuição, ou ainda, por “consenso” com seus outros pares. Este fato causa prejuízos à governança exercida por estes atores.

Os secretários são muito mal preparados, alguns nem são da área de saúde, outros não têm preparo de gestão. A gente sente uma dificuldade muito grande quando tem que discutir com os parceiros, de conseguir discutir, a gente sabe que tem problemas, dificuldade de resolver. A falta de resolutividade dos municípios é muito grande porque é um grupo que não tem o embasamento total entre todos os seus entes (E6).

A dificuldade dos gestores municipais em exercerem o juízo analítico, por meio de uma argumentação rigorosa, que atenda os interesses coletivos para fortalecer a saúde pública da região, inviabiliza a solução de problemas (Matus, 2005). Ainda segundo este autor, ao agir intuitivamente, o indivíduo se manifesta por meio da impulsividade, o que é próprio do juízo intuitivo, onde a ação se dá sem um amplo debate, de maneira precipitada. Ao manifestarem-se desta forma, estes atores ocultam conflitos, não discutindo seus problemas, nem sua cadeia causal, o que os impossibilita de fundamentar suas ações, empobrecendo seu poder de decisão (MATUS, 2005). Para Cortes (2009), a ação articulada dos atores seria de fundamental importância para reestruturar as regras e o formato destes espaços decisórios.

Os resultados também demonstraram que as pactuações nestas arenas, muitas vezes, são direcionadas pelo interesse de um dos entes ou de grupos que se encontram no poder, conforme expressa a fala:

O que eu digo é que os municípios se deixam pautar pela pauta do Estado. [...]. Os municípios é que não conseguem ter o papel de também colocar as coisas a serem discutidas (E6).

E ainda, nestas arenas *os conflitos são poucos, [...] Mas não é um conflito de idéias. Porque não tem idéia, eles só têm o problema. A sugestão não chega, ou se chega é sugestão ilegal, sem base constitucional, sem base de estrutura, que não dá nem para discutir* (E6).

De acordo com os entrevistados, quando existem opiniões divergentes entre os participantes nos processos de negociação, *é convocada câmara técnica especificamente para se conversar dessa área de conflito* (E5). Essa câmara bipartite vista como meio para *chegar a um consenso, para chegar um entendimento comum* (E5), tem por objetivo ampliar a capacidade de debate e facilitar a decisão desses atores nas reuniões de CIR, porém essas câmaras não têm periodicidade estabelecida.

Ainda, de acordo com Matus (2005), as arenas são genoestruturas que não sofrem grandes alterações com a disputa de poder entre os diferentes atores. Essa disputa pode ocorrer por diferentes jogos, entre eles os jogos: político, econômico, pessoal, de comunicação, o macro organizacional e o jogo das ciências. Muitos desses jogos encontram-se presentes nos espaços de negociação e nas relações federativas.

A falta de participação de alguns gestores nas arenas de articulação, somado à indefinição de prazo para realização de câmaras técnicas, fragiliza o poderio processual técnico político dos atores participantes destes espaços, bem como sua capacidade analítica, contribuindo para que a governança das ASMC na região seja incipiente.

Segundo Machado, Lima e Baptista (2007), é notório que a política de saúde brasileira, vigente desde 1988, trouxe uma série de inovações, no sentido de construir um arcabouço decisório e institucional capaz de considerar as particularidades do arranjo federativo brasileiro, na organização dos serviços de saúde.

No entanto, observa-se ainda que muitas dificuldades precisam ser superadas pelos gestores do SUS para o fortalecimento das relações federativas que auxiliem na governança pública dos serviços de saúde ofertados dentro de uma região.

5.3 Os desafios enfrentados na região para governança da média complexidade

Dentre os desafios revelados pelas falas dos participantes estão: a falta de solidariedade e compartilhamento de responsabilidades entre os entes federativos; a fragilidade do ente municipal em relação aos demais atores envolvidos na governança (União, ente estadual e atores de mercado); o subfinanciamento do SUS por parte das instâncias federal e estadual; a não efetivação do Contrato Organizativo da Ação Pública (COAP) na região; as fragilidades no sistema de regulação nas esferas municipal e estadual e ainda a interferência política de deputados junto ao Gestor Estadual, a favor dos prestadores privados.

Para os entrevistados, as relações entre os entes federativos brasileiros tem sido um grande desafio para a governança das ASMC, *pois o atual modelo é extremamente*

centralizador com alta concentração de poderes, o que estimula a competição entre os entes, culminando com desnivelamento de repartição de poderes e recursos financeiros (E4), dificultando o fortalecimento da autonomia e da solidariedade entre os entes.

Os gestores, sujeitos desse estudo, compreendem a governança como *o compartilhamento das responsabilidades e ações entre os entes federados (União, Estados e Municípios) na organização, planejamento e execução das funções de interesse comum (E4), relaciona-se ao controle de todas as demandas, necessidades de serviços e prestação de serviços efetivamente (E5)* e que, para atingir a governança em uma região de saúde, há necessidade de solidariedade entre os entes, primando pela coletividade. Essa concepção de governança formulada pelos atores do estudo se aproxima do referencial adotado na presente pesquisa, uma vez que houve concordância dos mesmos ao relatarem a governança como um amplo e complexo processo com diferentes padrões de vinculação e cooperação entre atores sociais e políticos, e arranjos institucionais que se manifestam como reguladores e coordenadores do processo, sendo necessária ainda uma gestão mais dialogada e solidária conforme defendem Santos (1997), Ibanhez *et. al.* (2007) e Knoop e Alcoforado (2010).

Além disso, características sócio-demográficas diferenciadas dos municípios que compõe a região, dificultam a interdependência e a solidariedade entre as instâncias subnacionais, como expresso por um entrevistado: *então dois municípios vêem as coisas de uma forma e 15 vêem de outra, o que dificulta que [...] as vantagens sejam as mesmas para todos. Eu acho que, como a maioria são pequenos, a gente perde força (E 6)*. O que acarreta um grande desafio, pois num país heterogêneo como o Brasil, políticas públicas mal adaptadas às realidades regionais causam adversidades, principalmente às camadas mais pobres da população (CAVALHEIRO; JUCHEM, 2009).

Neste contexto, cabe frisar que a Constituição Federal de 1988, traz a assistência em saúde como responsabilidade concorrente dos Municípios, Distrito Federal, Estados e União. Abrucio e Franzese (2007) chamam atenção para a grande parcela dos encargos que ficaram sob a responsabilidade dos municípios, assumindo-as de forma desorganizada, além da ausência de cooperação entre os outros entes federativos e o aumento de competição entre as instâncias subnacionais.

Esse cenário se torna ainda mais desafiador para os MPP, pois muitas vezes estes possuem baixa capacidade instalada de serviços no seu território, tornando-os dependentes dos municípios maiores da região para acesso às ASMC. Isso acarreta dificuldades aos MPP para serem protagonistas no processo de governança das ASMC. Devido ao baixo poder político e econômico conferidos a estes municípios, em muitos momentos, acabam se

portando de forma subserviente aos municípios maiores, às outras instâncias federativas, e aos prestadores privados.

Este fato foi apontado na região, onde cerca de 90% dos municípios são MPP e não apresentam recursos financeiros e administrativos suficientes, ou mesmo apoio político, forte o bastante, para adoção de estratégias capazes de superar os obstáculos para alcançar a integralidade à saúde, nos três níveis de atenção.

Pinafo (2017) alia o baixo poder político dos MPP ao seu baixo contingente populacional, acarretando uma menor quantidade de votos, o que dificulta a eleição de representantes políticos. Quanto ao poder econômico, apesar destes municípios serem reconhecidos em sua autonomia, possuem pequena produção de bens e serviços, não possuindo uma atividade econômica forte o bastante para possibilitar auto-suficiência fiscal e tributária, gerando baixa arrecadação de impostos. Esta pequena arrecadação leva a fragilidades em sua capacidade técnica de gestão (PINAFO, 2017).

Outro desafio referido foi o subfinanciamento do SUS por parte das instâncias federal e estadual, para aquisição de serviços ambulatoriais de média complexidade na região. Segundo o relato sobre as despesas do CIS no ano de 2016, *verificou-se que 71% dos recursos vieram dos municípios (o que demonstra os municípios tendo que investir cada vez mais em saúde, além do que é preconizado), 20% do governo federal, e 9% do estado* (E 8).

Segundo relatório do Banco Mundial, que aborda os gastos públicos no Brasil, as três instâncias de governo (federal, estadual e municipal) empregam mal os recursos financeiros da área da saúde, tornando visível a ineficiência da gestão em saúde já que não cumprem o objetivo de uma assistência integral e resolutiva. Além disso, o relatório demonstra que se no país fossem equiparados a eficiência de todos os municípios (dos menos aos mais eficientes) poderiam ser economizados aproximadamente 22 bilhões de reais, ou 0,3% do produto interno bruto gastos com o SUS. Aponta ainda, uma eficiência média dos serviços de atenção de média e alta complexidade muito baixa, de 29%, ou seja, uma ineficiência de 71% (WORLD BANK. 2017).

Isso demonstra que há possibilidades para melhorar substancialmente tanto a quantidade quanto a qualidade das ASMC ofertadas na rede pública de saúde, ou ainda, que podem ser disponibilizadas as mesmas ações e serviços com custos menores, minimizando os riscos em relação à sustentabilidade fiscal no estado brasileiro, desde que ocorra eficiência na gestão dos gastos públicos.

Também se destacou dentre as fragilidades referidas para o fortalecimento da governança das ASMC, a não efetivação do COAP na região, o que pode acarretar em

barreira no sentido de fortalecer o processo de governança. Fato semelhante foi descrito por Silva *et al.* (2017) ao identificarem o COAP em processo embrionário em outra região de Saúde do Paraná. Um estudo realizado por Goya *et al.* (2017), evidenciou que no estado do Ceará, onde este contrato encontra-se instituído, inaugurou-se uma regionalização contratual entre as três instâncias de gestão, porém sua institucionalidade no SUS atrela-se ao enfrentamento estruturais do sistema por meio de uma cooperação trina, reforçando a necessidade de solidariedade entre os entes. O COAP se constitui como instrumento para estabelecer as competências dos entes governamentais, além de auxiliar no processo de governança das ações e serviços de saúde disponibilizados pelo SUS na região, fortalecendo o enfrentamento dos desafios para a organização destes serviços, além disso, busca propiciar um federalismo cooperativo mais robusto, dado a necessidade de envolver dimensões políticas para sua efetivação, auxiliando os gestores públicos na governança dos serviços de saúde da região (BRASIL, 2011).

Entretanto, percebe-se que passados quase 07 anos da publicação do decreto nº 7.508/11 (Brasil, 2011) apenas 03 estados brasileiros (Ceará, Mato Grosso e Alagoas) assinaram o COAP, o que, segundo Feliciello *et al.* (2016), demonstra estagnação dessas discussões no sentido de se implantar esse contrato.

Para que esse contrato seja firmado, nota-se a necessidade de um processo de planejamento loco-regional, integrado e participativo, aliado à negociação entre os entes federados regionais, bem como a definição dos diversos compromissos a serem assumidos por estes atores com vistas a uma oferta de ações e serviços de saúde regionalizada e hierarquizada, que atendam às necessidades de saúde da população, além de definir suas fontes de financiamento com acompanhamento de sua execução (BRASIL, 2011).

A não realização do planejamento ascendente e regionalizado, também parece estar refletindo nas formas de contratualizações hospitalares de ASMC na região, uma vez que os contratos e convênios foram celebrados entre o conveniente e o tomador, em sua grande maioria, de maneira centralizada na SES, muitas vezes de forma padronizada, nem sempre, atendendo as particularidades regionais, ou seja, as necessidades apresentadas pela região.

O planejamento loco ascendente participativo e integrado possibilitaria capacidades cognitivas às equipes gestoras para aquisição de ASMC, conforme as necessidades regionais, minimizando as pressões exercidas por “determinados grupos”. Embora o Pacto de Gestão (Brasil, 2006a) e o Decreto nº 7.508/11 (Brasil, 2011) reforcem a importância do planejamento ascendente, esta rotina ainda não faz parte da realidade do Estado Brasileiro, mesmo com a peculiaridade do triplo federalismo (DOMINGOS, 2017; DOURADO; ELIAS,

2011). O planejamento das ações e serviços de saúde se torna uma ação extremamente necessária, uma vez que a portaria nº 3992 de 29 de dezembro de 2017 (Brasil, 2017b), que trata da nova regulamentação para o financiamento no SUS, permite a possibilidade da gestão influenciar na alocação de recursos específicos para cada nível de atenção, conforme estabelecido no plano municipal de saúde.

De acordo com o Ministério da Saúde, planejar ações deveria ser uma prática frequente no cotidiano dos gestores públicos em saúde. Os conselhos municipais de saúde deveriam atuar de forma mais ativa em seus municípios, com vista a elencar suas prioridades de ações e serviços de saúde a serem contratualizadas. Os municípios por sua vez deveriam atuar junto aos seus pares, no planejamento das necessidades de saúde da região, coordenados pelo ente estadual. O ato de planejar as ações regularmente, possibilitaria dotar os gestores de informações, tornando suas ações mais efetivas sobre sua realidade sanitária, além de redirecionar suas decisões (BRASIL, 2016b), contribuindo para uma efetiva governança das políticas públicas.

Além disso, um planejamento eficiente pode contribuir para minorar o sucateamento do SUS, se considerado o atual contexto brasileiro, marcado por crise financeira, intensa recessão e retração nas contas públicas determinadas pela Emenda Constitucional 95/2016, que instituiu o novo regime fiscal no âmbito do orçamento, congelando os gastos da esfera federal por 20 anos (BRASIL, 2016a).

Outro desafio referido são as fragilidades no sistema de regulação nas esferas municipais e estadual, gerando transtornos à efetividade do SUS, uma vez que a regulação concentra atividades de regulamentação, fiscalização, controle, auditoria e avaliação dos prestadores sobre a distribuição de ações e serviços de saúde. A macro regulação deveria ser uma ação básica desenvolvida pela equipe gestora, contribuindo para a defesa dos interesses coletivos. Ao perder a capacidade regulatória, os gestores públicos minimizam ainda mais a possibilidade de mudar as regras do jogo, diminuindo sua capacidade de acumulação de poder (MATUS, 2005). O jogador (no caso o prestador de serviço), ao controlar as acumulações de poder político, de patrimônio econômico e de capital cognitivo, desequilibra o jogo, ao ditar as regras para oferta de ASMC.

Para os participantes da pesquisa a oferta de ASMC disponibilizada ao SUS é insuficiente às necessidades de saúde apresentadas pelos usuários da população adscrita. Este fato é reforçado pela primazia dos serviços privados ofertarem ao SUS ações e serviços de saúde que lhes são mais rentáveis economicamente. Esta situação, encontrada na região pesquisada, está em desconformidade ao que rege a lei nº 8666/93, que determina que a

contratação de serviços, deve respeitar a supremacia do interesse público sobre o privado (BRASIL, 1993).

Percebe-se que o jogo econômico, manifesto na maneira como a atenção de MC é executada no SUS, exerce um domínio sobre o jogo político, onde atuam os entes federados. Pinafo (2017) reitera que as políticas públicas que regem o setor saúde foram tomadas pela lógica capitalista, o que demanda uma força maior para seu enfrentamento.

Nesse sentido cabe ressaltar a necessidade de desenvolver políticas com enfoque regional, adequadas a uma realidade que “qualifiquem” os aspectos histórico-culturais dos processos de gestão, permitindo consolidar o desenvolvimento equânime do sistema público de saúde brasileiro.

Destaca-se ainda a urgência de se aprimorar os processos de planejamento e as práticas de monitoramento e avaliação e, para tanto, será necessário investir nos indivíduos que operacionalizam o sistema, capacitando-os e possibilitando profissionalizar a gestão do SUS (CARVALHO; JESUS; SENRA, 2017).

O incipiente processo de planejamento integrado e regionalizado, a falta de regulação, aliada à insuficiente oferta de ASMC contratualizadas pelo ente estadual referidos pelos participantes, têm tido como consequência a busca de uma alternativa pelo ente municipal, que são as contratualizações paralelas e individuais junto aos prestadores privados.

Essas contratualizações minimizam o fortalecimento das políticas públicas de saúde, não atendendo aos interesses regionais. E, na opinião dos gestores, *dificulta bastante, porque você luta pelos caminhos comuns para todos, você pensa no coletivo e não no individual, aí vai um município lá e paga para um prestador que já é SUS, num contrato paralelo (E3).*

Essa forma de contratualização acontece à revelia as normativas do SUS, além de ferir a lógica do comando único, fragilizam o controle e a fiscalização destes serviços ao não respeitar os princípios gerais do sistema, além disso, gera um problema à longo prazo para aquisição de ações e serviços de saúde na região. o gestor público municipal ao tentar resolver um problema, cria outro que se manifestará mais adiante, ou seja, está realizando um intercâmbio de problemas (MATUS, 2005), capaz de afetar negativamente a governança das ASMC na região.

Porém nota-se que essas formas de acordo para acessar aos serviços de saúde, nem sempre ocorrem por ingenuidade dos gestores, conforme apontado no relato do entrevistado

Eu não sei se eles não conseguem enxergar, ou se não fazem questão de enxergar, [...] porque se eu faço separado, eu consigo vaga na frente. Então eu não sei até que ponto eles querem ou não querem por interesse próprio, e isso dificulta a governança (E1).

Ademais, a forma de contratualização de ações e serviços de saúde hoje vigente no SUS possibilita aos prestadores privados e filantrópicos suggestionarem as ASMC, haja vista a maior oferta ao SUS de ações e serviços de saúde que são mais rentáveis economicamente aos prestadores, e não necessariamente o que seria necessidade da região, conforme evidenciado no relato dos entrevistados.

Outro desafio se deve à *interferência política de deputados junto ao Gestor Estadual, em prol dos grandes prestadores privados*. Nesse sentido, a *questão política, todos os hospitais grandes têm muitos deputados por trás (E1)*, foi identificada nas falas como uma dificuldade para a efetivação da governança das ASMC. Sobre esse aspecto, foi uniforme a visão de que a interferência política, tem sido um desafio a ser vencido para instituição da governança das ASMC hospitalares, pois o protecionismo político, exercido por atores governamentais do poder legislativo estadual para com os prestadores privados, resulta no sentimento de impotência e comodismo dos gestores municipais frente aos problemas encontrados junto a estes mesmos prestadores de serviço.

Entre os gestores, há também aqueles em que a dimensão da política partidária se sobrepõe à dimensão técnica da gestão, o que é exemplificado na fala: *aqui na região eu vejo que é uma região que têm muitos gestores politiqueros (E1)*. Assim, a interferência política também se mostrou altamente presente no cotidiano dos gestores, dificultando o exercício de sua função.

Às vezes a gente até sabe o que está fazendo, o caminho correto esbarra em coisas assim que te impedem de trabalhar...o meio político. A saúde não é soberana, não pode trabalhar de acordo com as necessidades dela, tudo bem que você sabe que tem que seguir regras, mas o meio político interfere muito no nosso trabalho (E3).

É oportuno destacar que a política partidária, muitas vezes, interfere negativamente nas políticas públicas de saúde (CARVALHO; JESUS; SENRA, 2017), e que o protecionismo político oferecido à esfera privada fortalece os interesses corporativos.

Para Matus (2005), o poder político, ao subordinar-se ao poder econômico das minorias (prestadores), permite o jogo plutocrático, no qual o poder é exercido pelos grupos mais ricos. Neste contexto, merece crítica a ineficiência do Estado Brasileiro (União, estados e municípios) em frear os interesses das minorias, em detrimento aos da coletividade.

6 Tecendo algumas considerações

Os resultados apresentados na presente pesquisa permitem compreender como a governança das ações e serviços de média complexidade estão sendo exercidos, quais os atores participantes, seus lócus de atuação, bem como os desafios atuais em uma região de saúde. Possibilitam reafirmar que a Média Complexidade é um problema de grande relevância tanto no campo da assistência quanto no da gestão em saúde.

Na presente pesquisa, foi possível classificar os envolvidos na governança das ASMC como atores governamentais e de mercado baseado em Cortes (2009).

Embora os conselhos municipais de saúde sejam espaços importantes e garantidos por lei para o controle democrático das políticas públicas, os entrevistados deste estudo não apontaram seus representantes como atores sociais de destaque na governança das ASMC. O mesmo foi notado em relação à CIR, apesar de ser constituída como arena privilegiada, com participação garantida dos diferentes entes (estadual e municipal), o espaço não foi suficiente para que governança pública das ASMC se efetivasse na região estudada.

O estudo também evidenciou que a organização e disponibilização de ASMC por meio do SUS é afetada por distintas fragilidades, entre elas pode-se citar sua insuficiência de oferta, a defasagem na correção dos valores da tabela SUS, a demanda expressiva para ASMC atrelada à baixa resolutividade da atenção básica, um ineficaz sistema de comunicação entre os pontos de atenção que compõe as RAS, entre outras. Essas fragilidades se constituem em elementos que potencializam os desafios envolvidos no processo de governança das ASMC.

Entre estes desafios, merecem ser destacados: a necessidade de relações mais simétricas e solidárias entre os entes federados; o fortalecimento e qualificação dos gestores municipais de saúde para o processo de negociação com outros atores; a garantia de financiamento SUS suficiente às necessidades da área da MC; o fortalecimento do planejamento integrado e regionalizado; a implantação de sistemas de regulação que garantam a oferta e o acesso adequado e em tempo oportuno dos cidadãos às ASMC, uma efetiva participação dos conselhos municipais de saúde, onde seja manifestos os interesses da sociedade e uma menor interferência político partidária, que atenda às necessidades da população ao invés dos interesses da esfera privada.

Este processo (de governança) se constitui em um grande jogo, complexo, permeado por relações sociais de competição e conflitos entre os atores participantes (governamentais e de mercado), e sofre forte influência do jogo econômico e político.

Os resultados apontados neste estudo demonstram a existência de um longo caminho à ser percorrido, no sentido de fortalecer a região de saúde e a cooperação entre os entes envolvidos para que as necessidades coletivas possam ser privilegiadas, objetivando a efetivação da governança pública dos serviços de saúde na região.

O presente estudo apresenta limitações quanto a governança sob o ponto de vista do âmbito privado, ao não ter incluído como sujeitos da pesquisa os atores de mercado (prestadores privados), e aponta a necessidade de futuros estudos na área que contemple também a perspectiva dos prestadores privados/filantrópicos conveniados ou contratualizados pelo SUS, haja vista o domínio econômico exercido por estes atores de mercado na média complexidade no Estado brasileiro.

Recomenda-se também, considerando o cenário de mudanças nas legislações, em especial no que tange ao financiamento das políticas públicas, à (des) regulamentação da participação do setor privado na saúde, à flexibilização da aplicação dos recursos dos SUS pelos gestores e que sejam realizados estudos que analisem o impacto dessas mudanças na área da MC, em especial nas relações entre atores e na governança da área.

REFERÊNCIAS

- ABRUCIO, F. L. **Os barões da federação: os governadores e a redemocratização brasileira**. São Paulo: Hucitec, 1998. 253 p.
- ABRUCIO, F. L. A coordenação federativa no Brasil: a experiência do período FHC e os desafios do governo Lula. **Sociologia e Política**, Curitiba, n. 24, p. 41-67, jun. 2005.
- ABRUCIO, F. L.; FRANZESE, C. Federalismo e políticas públicas: o impacto das relações intergovernamentais no Brasil. In: ARAUJO, M.; BEIRA, L. (Org.). **Tópicos de economia paulista para gestores públicos**. São Paulo: Fundap, 2007, v.1, p. 13-31.
- AGUILERA, S. L. V. U. et al. Articulação entre os níveis de atenção dos serviços de saúde na Região Metropolitana de Curitiba: desafios para os gestores. **Administração Pública**, Rio de Janeiro, v. 47, n.4, p.1021-1040, ago. 2013.
- AIRES, L. C. P. et al. Referência e contrarreferência do bebê egresso da unidade neonatal no sistema de saúde: percepção de profissionais de saúde da Atenção Primária. **Escola Anna Nery**. Rio de Janeiro, v. 21, n.2, e20170028, 2017.
- ARRETCHE, M. Federalismo e políticas sociais no Brasil: problemas de coordenação e autonomia. **São Paulo em Perspectiva**, São Paulo, v. 18, n. 2, p. 17-26, jun. 2004.
- AYRES, J. R. C. M. Organização das ações de atenção à saúde: modelos e práticas. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 18, n. supl. 2, p. 11-23, jun. 2009.
- 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 Serviços de Saúde**. Brasília, v.13, n.1, p. 15-24, p. 17, mar. 2004.
- BELTRAMMI, D. G. M. Descentralização: o desafio da regionalização para Estados e Municípios. **Revista de administração em saúde**. São Paulo, v. 10, n. 41, p. 159-163, out.-dez. 2008.
- BONFIM, M. C. B. **Autopercepção da equipe gestora sobre o preparo para o desempenho da função de gestão em saúde em municípios de pequeno porte**. 72 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) - Universidade Estadual de Londrina, Londrina, 2016.
- BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**, de 5 de outubro de 1988, DF: Senado Federal, 1988.
- BRASIL. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, D. F., 20 set. 1990 a. Seção I. p. 1.
- BRASIL. Lei 8.142, de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do sistema Único de Saúde – SUS e sobre transferências intergovernamentais de

recursos na área da saúde e dá outras providências. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, D. F., 31 dez.1990b. Seção I. p. 25694.

BRASIL. Lei nº 8.666, de 21 de junho de 1993. Regulamenta o art. 37, inciso XXI da Constituição Federal, institui normas para licitações e contratos da Administração Pública e dá outras providências. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, D. F., 21 jun. 1993.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria MS/SAS 2203, de 5 de novembro de 1996**. Norma Operacional Básica 01/96. Atos Normativos. Brasília, D.F: Ministério da Saúde, 1996.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Portaria SAS/MS, Nº 55, de 24 de fevereiro de 1999. **Dispõe sobre a rotina do Tratamento Fora de Domicílio no Sistema Único de Saúde – SUS, com inclusão dos procedimentos específicos na tabela de procedimentos do Sistema de Informações Ambulatoriais do SIA/SUS e dá outras providências**. 1999.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.606, de 11 de setembro de 2001. Define que os estados, distrito federal e municípios que adotarem tabela diferenciada para remuneração de serviços assistenciais de saúde deverão, para efeito de complementação financeira, empregar recursos próprios estaduais e/ou municipais, sendo vedada a utilização de recursos federais para esta finalidade. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, D. F., 14 set. 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria GM/ MS 373, de 27 de fevereiro de 2002: **Norma Operacional da Assistência a Saúde**. Brasília, D. F., 2002.

BRASIL. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome e Secretaria Nacional de Assistência Social. **Política Nacional de Assistência Social PNAS/2004 e Norma Operacional Básica NOB/SUAS**. Brasília, D. F., Nov., 2005a 175p.

BRASIL. Presidência da República. Lei nº 11.107, de 06 de abril de 2005. Dispõe sobre normas gerais de contratação de consórcios públicos e dá outras providências. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, D. F., 06 abr. 2005b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria MS/GM 399 de 22 de fevereiro de 2006. Divulga pelo pacto pela Saúde 2006 a - Consolidação do SUS e aprova Diretrizes Operacionais do Referido Pacto. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, D. F., 23 fev. 2006. Seção 1, p. 43.

BRASIL. **Regionalização solidária e cooperativa**: orientações para sua implementação no SUS. Série Pacto pela Saúde, v.3. Brasília: Ministério da Saúde, 2006 b.

BRASIL. Ministério da Saúde. **O SUS de A Z**: garantindo saúde nos municípios / Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde. – 3. ed. – Brasília : Editora do Ministério da Saúde, 2009 p.32-207.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 4.279 de 30 de dezembro de 2010. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do

Sistema Único de Saúde (SUS). **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, D. F., 30 dez. 2010. Seção 1, p. 88.

BRASIL. Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011. Regulamenta a Lei no 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde – SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, D. F., n. 123, 29 jun. 2011. Seção I. p. 1.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 466/12 de 12 de dezembro de 2012. **Aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos**. Brasília, 2012a.

BRASIL. Presidência da República. Lei Complementar nº 141 de 13 de janeiro de 2012. **Regulamenta o parágrafo 3º do artigo 198 da Constituição Federal, revoga os dispositivos das leis nº 8.080 de 1990 e 8.689 de 1993 e dá outras providências**. Brasília-DF, 2012b.

BRASIL. **Emenda Constitucional nº 95 de 2016**. Altera o ato das disposições constitucionais transitórias para instituir o novo regime fiscal, e dá outras providências. Brasília, 2016a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Manual de Planejamento no SUS. 1 ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2016b, 138 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria MS/GM nº 2436 de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, D.F, 22 de setembro de 2017a. Seção 1, p. 68.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria MS/GM nº 3992 de 28 de dezembro de 2017. Altera a Portaria de Consolidação nº 6/GM/MS, de 28 de setembro de 2017, para dispor sobre o financiamento e a transferência dos recursos federais para as ações e os serviços públicos de saúde do Sistema Único de Saúde. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, D.F., 28 de dezembro de 2017b. Seção 1, p. 91-92.

CECILIO, L. C. O. et al. A Atenção Básica à Saúde e a construção das redes temáticas de saúde: qual pode ser o seu papel?. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 17, n. 11, p. 2893-2902, nov. 2012.

CECILIO, L. C. O. As necessidades de saúde como conceito estruturante na luta pela integralidade e equidade na atenção em saúde. In: PINHEIRO, R, MATTOS, R. A. (Org.). **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. Rio de Janeiro: Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro/ABRASCO; 2001. p. 113 – 126.

CAMARGO, A. O novo pacto federativo. **Revista do Serviço Público**. Brasília, ano 45, v. 118, p. 87-94, jan.-jul. 1994.

CARVALHO, B. G. et al. A organização do Sistema de Saúde no Brasil. In Andrade, S. M. et al. **Bases de Saúde Coletiva** – 2ªed. Rev. ampl. – Londrina: Eduel, 2017. p. 47-91.

CARVALHO, A. L. B.; JESUS, W. L. A.; SENRA, I. M. V. B. Regionalização no SUS: processo de implementação, desafios e perspectivas na visão crítica de gestores do sistema. **Ciência & Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v. 22, n. 4, p. 1155-1164, abr. 2017.

CAVALHEIRO, M. E; JUCHEM, D. M. Políticas Públicas: Uma análise mais apurada sobre Governança e Governabilidade. **Revista Brasileira de História & Ciências Sociais**. Ano I - Número I - Julho de 2009. Disponível em: www.rbhcs.com. Acesso em: 18 de outubro de 2017.

CORIOLO, M. W. L. et al. Vivenciando o processo de municipalização do SUS no município de Juazeiro do Norte (CE). **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 5, p. 2447-2454, ago. 2010.

CORTES, S. V. Sistema Único de Saúde: espaços decisórios e a arena política de saúde. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 7, p. 1626-1633, jul. 2009.

CURVINA, A. C. C. A regionalização da saúde no federalismo brasileiro. **Cadernos Ibero-Americanos de Direito Sanitário**, Brasília, v. 6, n. 2, p. 42-57, abr.-jun. 2017.

DOLLERY, B.; KORTT, M.; GRANT, B. "Options for Rationalizing Local Government Structure: A Policy Agenda" (2012). International Center for Public Policy Working Paper Series. Paper 59. Disponível em: <http://scholarworks.gsu.edu/icepp/59>. Acesso em: 05 de fevereiro de 2018.

DOMINGOS, C. M. **Estratégias fortalecedoras da atenção básica no SUS em municípios de pequeno porte da Macrorregião norte do Paraná**. 2017. 215 f. Tese (Doutorado - Saúde Coletiva). Universidade Estadual de Londrina, Londrina, 2017.

DOURADO, D. A. **Regionalização e federalismo sanitário no Brasil**. 2010. 182 f. Dissertação (Mestrado – Medicina Preventiva). Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2010.

DOURADO, D. A.; ELIAS, P. E. M. Regionalização e dinâmica política do federalismo sanitário brasileiro. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, vol.45, n.1, p.204-211, fev. 2011.

DOURADO, D.A.; DALLARI, S.G.; ELIAS, P. E. M. Federalismo sanitário brasileiro: perspectiva da regionalização do Sistema Único de Saúde. **Revista de Direito Sanitário**, São Paulo, v. 12, n. 3, p. 10-34, fev. 2012

FELICIELLO D., et al. **Contratualização de serviços de saúde: guia prático para gestores públicos e gerentes de serviços de saúde do SUS**. NEPP. UNICAMP. Campinas, SP. 2016, 229 p.

FLEURY, S.; OUVREY, A. M. **Gestão de redes: a estratégia de regionalização da política de saúde**. Rio de Janeiro: FGV, 2007. 204 p.

GARNICA, A. V. M. Algumas notas sobre a pesquisa qualitativa e a fenomenologia. **Interface — Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v.1, n.1, p. 109-122, ago. 1997.

GOLDIM, J. R. **Manual de iniciação à pesquisa em saúde**. 2 ed. Porto Alegre: Da casa, 2000, 179 p.

GOMES, G. M.; MAC DOWELL, M. C. **Descentralização política, federalismo fiscal e criação de municípios: o que é mau para o econômico nem sempre é bom para o social**. Texto para discussão n. 706. Brasília: Ipea, 2000.

GOYA, N. et.al. Percepções de gestores estaduais da saúde sobre o Contrato Organizativo da Ação Pública da Saúde no Ceará, Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v. 22 n.4, p. 1235-1244, abr. 2017.

GUIMARÃES, L; GIOVANELLA, L. Entre a cooperação e a competição: percursos da descentralização do setor saúde no Brasil. **Revista Panamericana de Saúde Pública**, Washington, v. 16, n. 4, p. 283-288, 2004.

IANNI, A. M. Z, et al. Metrópole e região: dilemas da pactuação da saúde. O caso da Região Metropolitana da Baixada Santista, São Paulo, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 28, n. 5, p. 925-934, maio 2012.

IBANHES, L. C. et al . Governança e regulação na saúde: desafios para a gestão na Região Metropolitana de São Paulo, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 3, p. 575-584, mar. 2007.

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Censo Demográfico 2010**. Rio de Janeiro, 2010.

JESUS, W. L. A; ASSIS, M. M. A. Revisão sistemática sobre o conceito de acesso nos serviços de saúde: contribuições do planejamento. **Ciência & Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v. 15, n. 32, p. 161-170, jan. 2010.

KALICHMAN, A. O. et al. Integralidade e tecnologias de atenção à saúde: uma narrativa sobre contribuições conceituais à construção do princípio da integralidade no SUS. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 32, n. 8, e. 00183415, ago. 2016.

KNOPP, G.; ALCOFORADO, F. Governança social, intersetorialidade e territorialidade em políticas públicas: o caso da Oscip Centro Mineiro De Alianças Intersetoriais (Cemais). In: CONGRESSO CONSAD DE GESTÃO PÚBLICA, 3., 2010, Brasília, DF. **Anais...**Brasília, DF: Consad, 2010. P. 1-26.

LEITE, F. L. B. **Fusão de municípios: impactos econômicos e políticos da diminuição do número de municípios em Minas Gerais**.2014. 129 f. Dissertação (Mestrado em Administração Pública) - Universidade do Minho - Escola de Economia e Gestão, Minho, 2014.

LIMA, J. C. Teoria do jogo social. **Ciência & Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v. 15, n. 5, p. 2647-2648, ago. 2010.

-
- LIMA, L.D, et al. Regionalização e acesso à saúde nos estados brasileiros: condicionantes históricos e político-institucionais. **Ciência & Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v. 17, n. 11, p. 2881-2892, nov. 2012.
- LIMA, L. D. A coordenação federativa do sistema público de saúde no Brasil. In FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ. **A saúde no Brasil em 2030 - prospecção estratégica do sistema de saúde brasileiro: organização e gestão do sistema de saúde** [online]. Rio de Janeiro: Fiocruz/Ipea/Ministério da Saúde/Secretaria de Assuntos Estratégicos da Presidência da República, 2013. Vol. 3. p. 73-139. ISBN 978-85-8110-017-3.
- LIMA, L. D.; ALBUQUERQUE, M. V.; SCATENA, J. H. G.; **Quem governa e como se governam as regiões e redes de atenção à saúde no Brasil? Contribuições para o estudo da governança regional na saúde**. Novos Caminhos, n.8. Pesquisa Política, Planejamento e Gestão das Regiões e Redes de Atenção à Saúde no Brasil. 2016. Disponível em: www.regiaoeredes.com.br. Acesso em 28 nov. 2017.
- MACEDO, L. C. et al. Análise do discurso: uma reflexão para pesquisas em saúde. **Interface: comunicação, saúde e educação**. Botucatu, v. 12, n. 26, p. 640-57, jul. - set. 2008.
- MACHADO, C. V.; LIMA, L. D; BAPTISTA, T. W. F. Configuração Institucional e o Papel dos Gestores no Sistema Único de Saúde. In: **Políticas de saúde: a organização e a operacionalização do Sistema Único de Saúde**. 1. ed. Rio de Janeiro: EPSJV/Fiocruz, 2007. p. 139-162.
- MACHADO, C. V. et al. Federalismo e política de saúde: comissões intergovernamentais no Brasil. **Revista de Saúde Pública**. São Paulo, v. 48, n. 4, p. 642-650, ago. 2014.
- MANZINI, E. J. Uso da entrevista em dissertações e teses produzidas em um programa de pós-graduação em educação. **Revista Percursos**. Maringá, v.4, n. 2, p. 149-171, 2012.
- MARQUES, E. Government, political actors and governance in urban policies in Brazil and São Paulo: concepts for a future research agenda. **Bras. Political Sci. Rev.**, São Paulo, v. 7, n. 3, p. 8-35, 2013.
- MARTINS, J; BICUDO, M. A.V. **A pesquisa qualitativa em psicologia: fundamentos e recursos básicos**. São Paulo: Centauro, 2005.
- MATUS, C. **Teoria do jogo social**. Tradução Luís Felipe Rodriguez Del Riego; revisão técnica Vanya Mundim Sant'Ana. São Paulo: Fundap, 2005. 524 p.
- MENDES, E. V. **As redes de atenção à saúde**. Brasília: Organização Panamericana da Saúde, 2011. 549 p.
- MENDES, E.V. **O Cuidado das condições crônicas na atenção primária a saúde: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família**. Brasília: Organização Panamericana da Saúde, 2012. 512 p.
- MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento**. 11 ed. São Paulo: Hucitec, 2008. 407 p.

-
- MOREIRA, M. R.; RIBEIRO, J. M.; OUVENEY, A. M. Political Obstacles to Regionalization of the SUS: perceptions of Municipal Health Secretaries with seat in the Bipartite Interagency Commissions. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 4, p. 1097-1108, abr. 2017.
- MOTA, P. H. S; VIANA, A. L. D; BOUSQUAT, A. Relações federativas no Programa Academia da Saúde: estudo de dois municípios paulistas. **Saúde Debate**. Rio de Janeiro, v. 40, n. 108, p. 64-73, mar. 2016.
- NICOLETTO, S. C. S; CORDONI JR, L; COSTA, N. R. Consórcios Intermunicipais de Saúde: o caso do Paraná, Brasil. **Cadernos de Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v. 21, n. 1, p. 29-38, jan. - fev. 2005.
- NICOLETTO, S. C. S. **As Comissões Intergestoras Regionais e a Gestão Interfederativa no Norte do Paraná, 2011 a 2013**. 2015. 180 f. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) – Universidade Estadual de Londrina, Londrina, 2015.
- PAIM, J. S; TEIXEIRA, C. F. Configuração institucional e gestão do Sistema Único de Saúde: problemas e desafios. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 12, supl. p. 1819-1829, nov. 2007.
- PAIM, J. S. **Reforma sanitária brasileira: contribuição para a compreensão e crítica**. Salvador: Edufba, Rio de Janeiro: Editora Fiocruz. 2008.
- PAIM, J. Uma análise sobre o processo da Reforma Sanitária brasileira. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 33, n. 81, p. 27-37, Jan. - Abr. 2009.
- PAIVA, C. H. A; TEIXEIRA, L. A. Reforma sanitária e a criação do Sistema Único de Saúde: notas sobre contextos e autores. **História, Ciências, Saúde – Manguinhos**, Rio de Janeiro, v.21, n.1, p.15-35, jan.- mar. 2014.
- PARANÁ. Secretaria de Estado da Saúde do Paraná. **Plano de Ação de Urgência e Emergência da Macrorregião Norte**. Londrina: SESA, 2013.
- PINAFO, E.; *et al.* Descentralização da gestão: caminho percorrido, nós críticos e perspectivas. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 5, p. 1511-1524, maio 2016.
- PINAFO, E. **Problemas e estratégias de gestão do SUS em municípios de pequeno porte**. 2017. 193 f. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva). Universidade Estadual de Londrina. Londrina, 2017.
- PIRES, M. R. G. M, et al . Oferta e demanda por média complexidade/SUS: relação com atenção básica. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, supl. 1, p. 1009-1019, Jun. 2010.
- RIBEIRO, J. M.; MOREIRA, M. R. A crise do federalismo cooperativo nas políticas de saúde no Brasil. **Saúde Debate**, Rio de Janeiro, v. 40, n. spe, p. 14-24, dez. 2016.

RIBEIRO, P. T.; TANAKA, O. Y. ; DENIS, J. L. Governança regional no Sistema Único de Saúde: um ensaio conceitual. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 4, p. 1075-1084, abr. 2017.

RODDEN, J. Federalismo e descentralização em perspectiva comparada: sobre significados e medidas. **Revista de Sociologia e Política**, Curitiba, n. 24, p. 9-27, jun. 2005.

ROMANO, C. M. C; SCATENA, J. H. G; KEHRIG, R. T. Articulação público-privada na atenção ambulatorial de média e alta complexidade do SUS: atuação da Secretaria de Estado de Saúde de Mato Grosso. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 4, p. 1095-1115, dez. 2015.

SANTOS, A. M; GIOVANELLA, L. Governança regional: estratégias e disputas para gestão em saúde. **Revista de Saúde Pública**. São Paulo, v. 48, n. 4, p. 622-631, ago. 2014.

SANTOS, M. H. C. Governabilidade, Governança e Democracia: Criação de Capacidade Governativa e Relações Executivo-Legislativo no Brasil Pós-Constituinte. **Dados**, Rio de Janeiro, v. 40, n. 3, 1997.

SANTOS, L; ANDRADE, L. O. M. Redes interfederativas de saúde: um desafio para o SUS nos seus vinte anos. **Ciência & saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 3, p. 1671-1680, mar. 2011.

SANTOS, L. **SUS: desafios político-administrativo da gestão interfederativa da saúde. Regionalizando a descentralização.** 2012. 266 f. Tese (Doutorado) - Faculdade de Ciências Médicas da Unicamp, Campinas, 2012.

SANTOS, D. L; RODRIGUES, P. H. A. Política, atenção primária e acesso a serviços de Média e Alta Complexidade em pequenos municípios. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 38, n. 103, p. 744-755, out.- dez. 2014.

SANTOS, F. A. et al . A definição de prioridade de investimento em saúde: uma análise a partir da participação dos atores na tomada de decisão. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 4, p. 1079-1094, dez. 2015.

SCATENA, J. H. G.; TANAKA, O. Y. Os instrumentos normatizadores (NOB) no processo de descentralização da saúde. **Revista Saúde e Sociedade**, São Paulo, v.10, n.2 p. 47-74, maio - ago. 2001.

SCHRAIBER, L. B. Pesquisa qualitativa em saúde: reflexões metodológicas do relato oral e da produção de narrativas em estudo sobre profissão médica. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v.29, n.1, p. 63-74, fev. 1995.

SILVEIRA FILHO, R. M. et al . Ações da Comissão Intergestores Regional para gestão compartilhada de serviços especializados no Sistema Único de Saúde. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 3, p. 853-878, set. 2016.

SILOCCHI, C; JUNGES, J. R. Equipes de atenção primária: dificuldades no cuidado de pessoas com doenças crônicas não transmissíveis. **Trabalho, educação e saúde**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 2, p. 599-615, ago. 2017.

SILVA, C. R. *et al.* Dificuldade de acesso a serviços de média complexidade em municípios de pequeno porte: um estudo de caso. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 4, p. 1109-1120, abr. 2017.

SOUZA, C. Federalismo, desenho constitucional e instituições federativas no Brasil pós-1988. **Revista de sociologia e política**, Curitiba, v. 24, n. 24, p. 105-122, jun. 2005.

SOUZA, A. C. T. *et al.* **Federalismo no Brasil**. Belo Horizonte: Assembléia Legislativa do Estado de Minas Gerais, Escola do Legislativo, 2015. 24 p.

SPEDO, S. M; PINTO, N. R. S.; TANAKA, O. Y. O difícil acesso aos serviços de media complexidade do SUS: o caso da cidade de São Paulo, Brasil. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 3, p. 953-972, 2010.

SUASSUNA, L. Pesquisa qualitativa em Educação e Linguagem: histórico e validação do paradigma indiciário. **Revista Perspectiva**, Florianópolis, v. 26, n. 1, p. 341-377, abr. 2009.

TRIBUNAL DE CONTAS DO ESTADO DO PARANÁ. **Estudo de viabilidade municipal, 2015**. Disponível em: <http://www1.tce.pr.gov.br/multimidia/2017/1/pdf/00308470.pdf>. Acesso em: janeiro de 2017.

TRIVIÑOS, A. N. S. **Introdução à pesquisa em ciências sociais**: a pesquisa qualitativa em educação. 1. ed. 15ª reimpressão. São Paulo: Atlas; 2007. 176 p.

TURATO, E. R. Métodos qualitativos e quantitativos na área da saúde: definições, diferenças e seus objetos de pesquisa. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 39, n. 3, p. 507-514, jun. 2005.

WORLD BANK. 2017. **A fair adjustment**: efficiency and equity of public spending in Brazil. Volume I: síntese (Portuguese). Washington, D. C.: World Bank Group, 2017. 156 p.

VIANA, A. L. D.; LIMA, L. D. O processo de regionalização na saúde: contextos, condicionantes e papel das Comissões Intergestores Bipartites. In: Viana, A. L. D, Lima L. D. (Org.). **Regionalização e relações federativas na política de saúde do Brasil**. Rio de Janeiro: Contra Capa, 2011. p. 11-24.

VIANA, A. L. D. *et al.* Tipologia das regiões de saúde: condicionantes estruturais para a regionalização no Brasil. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 24, n. 2, p. 413-422, jun. 2015.

APÊNDICES

APÊNDICE A

Questionário:

Iniciais

Município

Cargo Escolaridade

Idade

Tempo no cargo

Experiência anterior em gestão

Questões norteadoras

- 1- Como você avalia a oferta de ações e serviços de média complexidade na sua região?
- 2- Caso considere a oferta insuficiente cite as barreiras que interferem para o aumento da oferta de serviços de média complexidade.
- 3- Como são definidas as prioridades de oferta de ações e serviços de média complexidade? Há discussão antes da efetivação das mesmas? Quem participa dessas discussões?
- 4- Como se dá o processo de pactuação e o estabelecimento de fluxos de encaminhamento para as ações e serviços de média complexidade (que entidades participam e de que forma ocorre a participação)?
- 5- O que você considera que dificulta ou facilita essas discussões, pactuações e decisões? Elas têm reflexo na prática? Como?
- 6- O que você entende por governança federativa?
- 7- Poderia expressar o que facilita e dificulta sua execução (Governança federativa)?
- 8- Quando existem conflitos de interesses entre os atores envolvidos nas discussões, quais são os mecanismos utilizados para eliminá-los ou reduzi-los?
- 9- Como se dá a operacionalização da contratação de ações e serviços de média complexidade (definição de quantidade, prestador, gastos, como é estabelecido o valor a ser pago e definição de rateio entre os municípios)?
- 10- Como se estabelece a relação com os prestadores de ações e serviços de média complexidade?
- 11- Como você avalia sua participação nesse processo? Consegue ser ouvido quando precisa apresentar/trazer as necessidades de sua população ou de suas equipes?

12- O que você poderia sugerir para melhorar a governança federativa da média complexidade em nossa região?

APÊNDICE B

- TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

TITULO DO PROJETO: Gestão interfederativa do SUS na organização de arranjos regionais para atenção de média complexidade na macrorregião norte do Paraná.

Prezado(a) Senhor(a):

Gostaria de convidá-lo (a) para participar da pesquisa **“Gestão interfederativa do SUS na organização de arranjos regionais para atenção de média complexidade na macrorregião norte do Paraná”, aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com o parecer nº 1700.851, com ênfase na Governança da Média Complexidade da 16ª Regional de Saúde de Apucarana (RSA)** a ser realizada na área de abrangência da 16ª RSA. O objetivo da pesquisa é “Compreender o processo de gestão do SUS na organização de arranjos regionais para atenção de média complexidade na Macrorregião Norte do Paraná” enfatizando como se revela o sistema de governança dos serviços de média complexidade na 16ª RSA. Sua participação é muito importante e ela se daria por meio da aplicação de um questionário.

Esclareço que sua participação é totalmente voluntária, podendo o (a) senhor (a): recusar-se a participar, ou mesmo desistir a qualquer momento, sem que isto acarrete qualquer ônus ou prejuízo à sua pessoa. Esclareço, também, que suas informações serão utilizadas somente para os fins desta pesquisa e serão tratadas com o mais absoluto sigilo e confidencialidade, de modo a preservar a sua identidade. Destacamos que os registros audiovisuais obtidos durante a coleta de dados serão destruídos após o seu uso.

Esclareço ainda, que o(a) senhor(a) não pagará e nem será remunerado(a) por sua participação..

Os benefícios esperados são de contribuir com a identificação das dificuldades encontradas na configuração da CIR enquanto espaço de decisão e organização da rede regional de ações e serviços de saúde bem como na ampliação da capacidade de governança, resultando em garantia do acesso e da integralidade da atenção.

Quanto aos riscos, informo que a presente pesquisa não apresenta risco aos envolvidos sendo que todas as informações obtidas através de questionários e registros impressos serão tratados com confidencialidade e sigilo.

Caso o(a) senhor(a) tenha dúvidas ou necessite de maiores esclarecimentos poderá contatar a pesquisadora Edinalva de Moura Ferraz, Rua Tirano , nº 254, Arapongas- PR, ou pelo telefone(43) 99722260 .

Este termo deverá ser preenchido em duas vias de igual teor, sendo uma delas devidamente preenchida, assinada e entregue ao (à) senhor (a).

Londrina, _____ de _____ de 2017.

Edinalva de Moura Ferraz
Pesquisadora

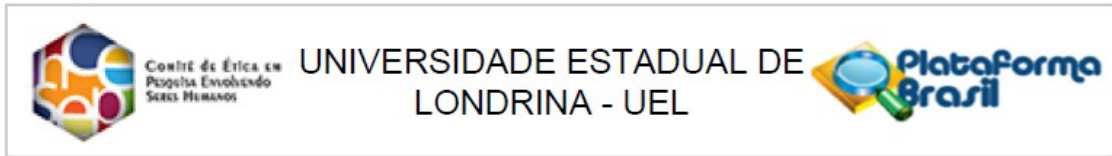
Eu, _____, tendo sido devidamente esclarecido sobre os procedimentos da pesquisa, concordo em participar **voluntariamente** da pesquisa descrita acima.

Assinatura: _____
Data: ____/____/____

Obs.: TCLE conforme normas da Resolução 466/2012 de 12 de dezembro de 2012.

ANEXO

ANEXO A



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 Mendonça

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 56868416.1.0000.5231

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 da 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

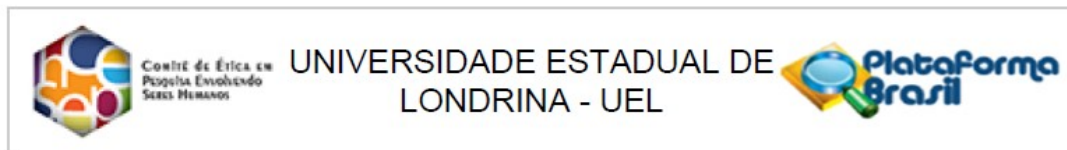
UF: PR

Município: LONDRINA

Telefone: (43)3371-5455

CEP: 86.057-970

E-mail: cep268@uel.br



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.

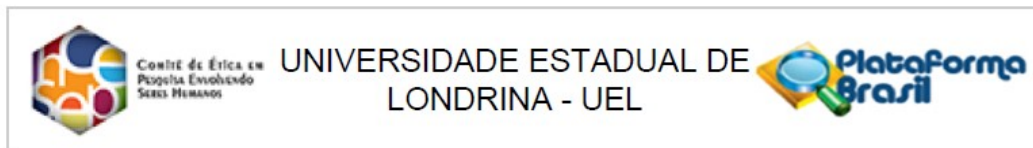
Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

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, este 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: LABESC - Sala 14	CEP: 86.057-970
Bairro: Campus Universitário	
UF: PR Município: LONDRINA	
Telefone: (43)3371-5455	E-mail: cep268@uel.br



Continuação do Parecer: 1.700.851

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 revisto 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),

Este 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_BASICAS_DO_PROJETO_725670.pdf	16/08/2016 16:33:36		Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.pdf	08/07/2016 10:47:54	Fernanda de Freitas Mendonça	Aceito
Outros	declaracao_uenp.jpg	08/07/2016 10:37:44	Fernanda de Freitas Mendonça	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETO_SISCT_MEDIA_COMPLEXIDADE.doc	31/05/2016 15:33:32	Fernanda de Freitas Mendonça	Aceito
Outros	oficio_18RS.pdf	31/05/2016 15:33:10	Fernanda de Freitas Mendonça	Aceito
Outros	Oficio_22RS.pdf	30/05/2016 15:13:05	Fernanda de Freitas Mendonça	Aceito
Outros	Oficio_19RS.pdf	30/05/2016 15:12:44	Fernanda de Freitas Mendonça	Aceito
Outros	Oficio_17RS.pdf	30/05/2016 15:12:25	Fernanda de Freitas Mendonça	Aceito

Endereço: LABESC - Sala 14

Bairro: Campus Universitário

UF: PR

Município: LONDRINA

Telefone: (43)3371-5455

CEP: 86.057-970

E-mail: cep268@uel.br



COMITÊ de ÉTICA em
Pesquisa Envolvendo
SERES HUMANOS

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE
LONDRINA - UEL



Continuação do Parecer: 1.700.851

Outros	oficio_16RS.pdf	30/05/2016 15:11:49	Fernanda de Freitas Mendonça	Aceito
Outros	TERMO_SIGILO.pdf	30/05/2016 15:09:53	Fernanda de Freitas Mendonça	Aceito
Folha de Rosto	FOLHA_ROSTO.pdf	30/05/2016 15:07:37	Fernanda de Freitas Mendonça	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

LONDRINA, 29 de Agosto de 2016

Assinado por:

Alexandrina Aparecida Maciel Cardelli
(Coordenador)

Endereço: LABESC - Sala 14

Bairro: Campus Universitário

UF: PR

Município: LONDRINA

Telefone: (43)3371-5455

CEP: 86.057-970

E-mail: cep268@uel.br