



UNIVERSIDADE
ESTADUAL de LONDRINA

JULIANA STUQUI MASTINE GOMES

**PAPEL DOS CONSÓRCIOS PÚBLICOS DE SAÚDE NO
PROCESSO DE REGIONALIZAÇÃO À SAÚDE NA
MACRORREGIÃO NORTE DO PARANÁ**

Londrina
2022

JULIANA STUQUI MASTINE GOMES

**PAPEL DOS CONSÓRCIOS PÚBLICOS DE SAÚDE NO
PROCESSO DE REGIONALIZAÇÃO À SAÚDE NA
MACRORREGIÃO NORTE DO PARANÁ**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva. Universidade Estadual de Londrina -UEL, como requisito parcial para a obtenção do título de Mestra em Saúde Coletiva.

Orientador(a): Prof^a Dr^a Brígida Gimenez Carvalho

Londrina
2022

G633p Gomes, Juliana Stuqui Mastine.
PAPEL DOS CONSÓRCIOS PÚBLICOS DE SAÚDE NO PROCESSO DE
REGIONALIZAÇÃO À SAÚDE NA MACRORREGIÃO NORTE DO PARANÁ /
Juliana Stuqui Mastine Gomes. - Londrina, 2022.
72 f.

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, 2022.

Inclui bibliografia.

1. Consórcios de Saúde - Tese. 2. Regionalização - Tese. I. Carvalho, Brígida
Gimenez. II. Universidade Estadual de Londrina. Centro de Ciências da Saúde.
Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva. III. Título.

CDU 614

JULIANA STUQUI MASTINE GOMES

**PAPEL DOS CONSÓRCIOS PÚBLICOS DE SAÚDE NO
PROCESSO DE REGIONALIZAÇÃO À SAÚDE NA
MACRORREGIÃO NORTE DO PARANÁ**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva. Universidade Estadual de Londrina -UEL, como requisito parcial para a obtenção do título de Mestra em Saúde Coletiva.

BANCA EXAMINADORA

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

Prof.^a Dr.^a Luciana Dias de Lima
Escola Nacional de Saúde Pública –
ENSP/Fiocruz

Dr.^a Sônia Cristina Stefano Nicoletto
Universidade Estadual de Londrina – UEL

Prof.^a Dr.^a Elisabete de Fátima Pólo de Almeida
Nunes
Universidade Estadual de Londrina - UEL

Londrina, 13 de Maio de 2022.

AGRADECIMENTOS

Agradeço a **Deus** pela dádiva da vida, pelo privilégio de viver esse momento de transformação para que eu possa realizar minha missão profissional com mais conhecimento e zelo.

À minha orientadora professora Dra. **Brígida Gimenez Carvalho**, à qual tenho muita admiração e respeito. Gratidão por cada compartilhamento de conhecimento, estimular meu aprendizado, por acreditar no meu potencial e respeitar minhas reflexões e até as limitações.

Aos meus pais, **Maria Mastine e Antônio Carlos Mastine**, por todo amor, carinho e dedicação em me proporcionar estudo adequado. Por mostrar que o caminho para o crescimento pessoal é por meio da busca por conhecimento. Obrigada por serem exemplos de profissionais, uma enfermeira capacitada com senso de justiça e amor ao próximo e um professor que ama lecionar e que auxilia seus alunos para um futuro melhor.

Ao meu marido **Luciano** que me compreendeu nesse momento e me apoiou, não me deixou desanimar, por todo amor e carinho. Te amo!

Aos participantes do grupo de pesquisa **GestSUS** pelo auxílio na realização dos instrumentos de coleta, na discussão de referências, na troca de conhecimento e experiências e principalmente no apoio, pois no início sentia uma grande dificuldade com o tema e todos me acolheram.

À **Laís** minha companheira de mestrado que participou do processo de construção do projeto, do instrumento de coleta, da coleta de dados e transcrições. Gratidão ao aluno de Iniciação Científica, **Gian**, que também contribuiu na coleta dos dados e transcrição.

Aos meus amigos que me ampararam com palavras de carinho e conforto nos momentos de desânimo, também proporcionaram momentos de descontração, sendo estas pessoas especiais **Nathaly, Marytssa e Maria Helena**. À minha amiga **Isadora** que também está passando pelo mesmo processo de mestrado.

Por fim, agradeço a todos que direta ou indiretamente auxiliaram para que fosse possível a materialização desta pesquisa.

Aos outros, dou o direito de ser como são.

A mim, dou o dever de ser cada dia melhor
Chico Xavier

APRESENTAÇÃO DA PESQUISA

Apresento nas próximas páginas, um conjunto de resultados sistematizados da pesquisa “Papel dos Consórcios Públicos de Saúde no Processo de Regionalização à Saúde na Macrorregião Norte do Paraná”, que aponta para reflexões de gestores municipais, estaduais e gerentes de consórcios públicos sobre o papel dos Consórcios de Saúde na Macrorregião Norte do Paraná.

Na graduação de enfermagem pela Universidade Estadual de Londrina desenvolvi maior interesse pela da área de saúde coletiva. Sou fascinada por toda a luta e conquista para a formulação e implantação do SUS e quando me formei, entrei para saúde pública com o desejo de contribuir para a melhoria do sistema. Diante disso, a escolha por cursar o mestrado foi um meio para me preparar e contribuir de forma mais qualificada no espaço em que atuo: na gestão da atenção básica do SUS.

Ao ingressar no grupo de pesquisa “GestSUS” fui apresentada aos temas regionalização, gestão da Atenção Básica, alterações no financiamento e federalismo brasileiro. Com isso, o tema regionalização despertou meu interesse e pude perceber sua importância para a garantia de oferta e acesso a ações de saúde nos municípios, principalmente nos MPP.

Para o desenvolvimento da pesquisa foi criado um pequeno grupo com os docentes, discentes de doutorado e mestrado que estavam ligados à temática. Assim foi possível a leitura de artigos, troca de experiências e discussão do assunto, para elaborar o instrumento de coleta, bem como os procedimentos para a realização da pesquisa.

Após estes dois anos de muito aprendizado, concluo a dissertação que está organizada em sete capítulos.

O primeiro refere-se à introdução, em que é realizado um resgate histórico a respeito dos princípios do SUS, como a descentralização e regionalização, as suas normativas e o surgimento dos CPS.

No segundo capítulo apresenta-se os objetivos traçados para esse estudo.

O terceiro capítulo apresenta o quadro teórico do trabalho que se divide em três, sendo eles: o federalismo e as políticas públicas no Brasil, a regionalização e planejamento regional e o consórcio público de saúde.

O quarto capítulo trata-se do percurso metodológico percorrido para elaboração desse trabalho, composto pelo tipo de estudo, o local de estudo,

participantes da pesquisa, obtenção de dados e análise de aspectos éticos.

No quinto capítulo apresentou-se a análise dos resultados, que estão organizados em dois temas, sendo estes: Papel dos Consórcios na Macrorregião Norte do Paraná e Espaços de Governança Regional da Macrorregião Norte do Paraná. Após o desenvolvimento dos resultados apresenta-se a discussão.

No sexto capítulo estão as considerações finais, em que foram sintetizados os principais achados da dissertação, conclusões e limitações do estudo, bem como as lacunas que podem ser exploradas em estudos futuros.

GOMES, Juliana Stuqui Mastine. **Papel dos Consórcios Públicos de Saúde no Processo de Regionalização à Saúde na Macrorregião Norte do Paraná.** 2022. 70 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) - Universidade Estadual de Londrina, Londrina, 2021

RESUMO

Após mais de 30 anos de criação do Sistema Único de Saúde, a regionalização, um dos seus princípios organizativos, não conseguiu superar a fragilidade das estratégias de planejamento regional e os problemas de acesso da população à atenção especializada entre os municípios e/ou estados. Visando enfrentar esse problema, os Consórcios Públicos de Saúde (CPS) foram criados na década de 1990. Essa pesquisa apresenta como objetivo principal, analisar o papel desempenhado pelos CPS no processo de regionalização na Macrorregião Norte do Paraná. Trata-se de um estudo de abordagem qualitativa e exploratória, desenvolvido na Macrorregião Norte do Paraná que abrange as Regionais de Saúde (RS) 16^a, 17^a, 18^a, 19^a e 22^a. Foram realizadas entrevistas por meio de um roteiro semiestruturado, no período de setembro de 2020 a maio de 2021. Os participantes da pesquisa foram os gestores municipais e representantes do Conselho Regional de Secretários Municipais de Saúde do Paraná (CRESEMS), gestores estaduais e dirigentes dos cinco consórcios públicos de saúde destas regiões. Os dados foram analisados e interpretados pela técnica de análise de discurso proposta por Martins e Bicudo e os resultados organizados em dois grandes temas, sendo estes: Papel dos Consórcios na Macrorregião Norte do Paraná e Espaços de Governança Regional da Macrorregião Norte do Paraná. Foram identificados diversos papéis desempenhados pelos consórcios, desde se constituir como ferramenta dos municípios para viabilizar a oferta de ações e serviços de saúde (consultas, exames especializados, e durante a pandemia compras conjuntas de EPI, contratação de profissionais para os Centros de atendimento à COVID-19), como seu importante papel para fortalecer as redes de atenção à saúde e a regionalização e ainda seu papel articulador entre os entes federados. No entanto, destacam-se alguns desafios da ação consorciada que necessitam ser superados, dentre eles a sobrecarga dos municípios quanto ao financiamento, tendo em vista a retração no aporte financeiro, especialmente do ente federal, bem como o fortalecimento da mercantiliação da saúde, ocasionada pela compra de serviços pelos CPS a preços de mercado. Outro desafio refere-se à extrapolação da atuação da direção do CPS, chegando a ser confundido com um ente federativo por alguns gestores municipais e ainda o sentimento de menor valor dos MPP frente aos municípios sede quando da tomada de decisões compartilhadas. Apesar desse sentimento por parte de alguns gestores, é reconhecida a viabilização de espaços decisórios com objetivo de estabelecer a cooperação entre os entes e o compartilhamento de interesses. Há também o estabelecimento de reuniões de grupos de municípios de acordo com seu porte populacional, o que propiciou uma maior participação e protagonismo dos pequenos municípios. Conclui-se que os CPS podem contribuir para que a regionalização se efetive, por meio de um processo dinâmico de cooperação e de articulação, desde que os gestores envolvidos no processo de governança regional se fortaleçam e exerçam seu papel gestor.

Palavras-chave: consórcios de saúde; regionalização; gestão em saúde; atenção secundária à saúde; política de saúde.

GOMES, Juliana Stuqui Mastine. **Role of Public Health Consortia in the Health Regionalization Process in the Northern Macro-region of Paraná.** 2021. 70 p. Dissertation (Master's Degree in Public Health) – State University of Londrina, Londrina, 2022.

ABSTRAC

More than 30 years after the creation of the Unified Health System, regionalization, one of its organizing principles, has not been able to overcome the fragility of regional planning strategies and the problems of population access to specialized care between municipalities and/or states. In order to face this problem, the Public Health Consortia (CPS) were created in the 1990. The main objective of this research is to analyze the role played by CPS in the regionalization process in the Northern Macro-region of Paraná. Qualitative and exploratory approach, developed in the Northern Macro-region of Paraná, which covers the 16th, 17th, 18th, 19th and 22nd Health Regions (RS). Interviews were carried out using a semi-structured script, from September 2020 to May 2021. The research participants were municipal managers and representatives of the Regional Council of Municipal Health Secretaries of Paraná (CRESEMS), state managers and directors of the five public health consortia in these regions. Data were analyzed and interpreted using the discourse analysis technique proposed by Martins and Bicudo and the results were organized into two major themes, namely: Role of Consortia in the Northern Macro-region of Paraná and Regional Governance Spaces in the Northern Macro-region of Paraná. Several roles played by the consortia were identified, from constituting themselves as a tool for municipalities to enable the provision of health actions and services (consultations, specialized exams, and during the pandemic joint purchases of PPE, hiring professionals for the COVID care centers -19), as its important role in strengthening health care networks and regionalization, as well as its articulating role among federated entities. However, some challenges of the consortium action that need to be overcome are highlighted, among them the overload of the municipalities in terms of financing, in view of the retraction in the financial contribution, especially from the federal entity, as well as the strengthening of the mercantile of health, caused by for the purchase of services by CPS at market prices. Another challenge refers to the extrapolation of the performance of the CPS management, coming to be confused with a federative entity by some municipal managers and also the feeling of lower value of the MPP vis-à-vis the host municipalities when making shared decisions. Despite this feeling on the part of some managers, the feasibility of decision-making spaces with the objective of establishing cooperation between entities and the sharing of interests is recognized. There is also the establishment of meetings of groups of municipalities according to their population size, which provided greater participation and protagonism of small municipalities. It is concluded that the CPS can contribute to making regionalization effective, through a dynamic process of cooperation and articulation, provided that the managers involved in the regional governance process are strengthened and exercise their managerial role.

Key words: health consortia; regionalization; health management; secondary health care; health policy.

LISTA DE FIGURAS

- Figura 1** - Histórico normativo do processo de descentralização e regionalização 26
- Figura 2** - Mapa das macrorregiões e suas regionais de saúde do Paraná .. 32
- Figura 3** - Mapa da macrorregião norte do Estado do Paraná 34

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Caracterização das Macrorregionais do Paraná	33
Quadro 2 - Consórcios Públicos de Saúde da Macrorregião Norte e sua composição	34
Quadro 3 - Critérios para a seleção dos municípios que participaram da pesquisa	37

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ASPS	Ações e Serviços Públicos de Saúde
CIB	Comissão Intergestores Bipartite
CF	Constituição Federal
CGR	Colegiados de Gestão Regional
CIB	Comissão Intergestores Bipartite
CIR	Comissão Intergestores Regional
CIS	Consórcio Intermunicipal de Saúde
CIT	Comissão Intergestores Tripartite
COAP	Contrato Organizativo da Ação Pública de Saúde
CONASEMS	Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde
COSEMS	Conselho de Secretarias Municipais de Saúde
CPS	Consórcio Público de Saúde
CRESEMS	Conselho Regional de Secretários Municipais de Saúde
MAC	Média e Alta Complexidade
MPP	Municípios de Pequeno Porte
NOAS	Norma Operacional de Assistência à Saúde
NOB	Norma Operacional Básica
PIB	Produto Interno Bruto
PLACIC	Plano de Ação Conjunta de Interesse Comum
PPI	Programação Pactuada e Integrada
PRI	Planejamento Regional Integrado
RS	Regional de Saúde
RAS	Redes de Atenção à Saúde
SESA	Secretaria da Saúde do Estado do Paraná
SUS	Sistema Único de Saúde

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	14
2	OBJETIVOS	17
2.1	OBJETIVO GERAL	17
2.2	OBJETIVOS ESPECÍFICOS	17
3	QUADRO TEÓRICO	18
3.1	NOTAS SOBRE O FEDERALISMO NO BRASIL E AS POLÍTICAS PÚBLICAS	18
3.2	APONTAMENTOS SOBRE REGIONALIZAÇÃO E PLANEJAMENTO REGIONAL	23
3.3	CONSÓRCIOS PÚBLICOS DE SAÚDE	29
4	METODOLOGIA	32
4.1	TIPO DE ESTUDO	32
4.2	LOCAL DE ESTUDO	32
4.3	PARTICIPANTES DA PESQUISA	37
4.4	OBTENÇÃO DE DADOS E ANÁLISE	38
4.5	ASPECTOS ÉTICOS	39
5	RESULTADOS E DISCUSSÃO	40
5.1	O PAPEL DOS CONSÓRCIOS NO PROCESSO DE REGIONALIZAÇÃO NA MACRORREGIÃO NORTE DO PARANÁ	40
5.1.1	Os Consórcio de Saúde como Ferramenta dos Municípios para Viabilizar a Atenção Especializada	40
5.1.2	Fortalecimento das Redes de Atenção à Saúde e da Regionalização	42
5.1.3	Papel Articulador entre os Entes Federados	44
5.1.4	Desafios da Ação dos Consórcios	45
5.2	ESPAÇOS DE GOVERNANÇA NA MACRORREGIÃO NORTE DO PARANÁ ..	48
5.2.1	Espaços e Fluxos Decisórios do Processo de Regionalização	48
5.2.2	Instrumentos de Pactuação	51

6	DISCUSSÃO	54
7	CONSIDERAÇÕES FINAIS	58
	REFERÊNCIAS	60
	APÊNDICES	66
	APÊNDICE A – Roteiro de entrevista com Dirigentes dos Consórcios Públicos de Saúde; Gestores estaduais e municipais de saúde; Presidente do CRESEMS	66
	APÊNDICE B – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	69

1 INTRODUÇÃO

Uma nova proposta de política nacional de saúde foi amplamente discutida na 8ª Conferência Nacional de Saúde, que tinha por fundamentos os princípios da participação social, equidade, integralidade, universalização e descentralização (ANDRADE et al, 2017). A Constituição Federal (CF) de 1988 (BRASIL,1988) incorporou as propostas da criação do Sistema Único de Saúde, que tem como uma de suas diretrizes a descentralização, evidenciando o papel do Estado e as relações entre as diferentes esferas de governo (ANDRADE et al, 2017).

A configuração do sistema de saúde, de acordo com a CF, almejou um modelo federativo que mantivesse uma relação de cooperação entre os entes para benefício da população. Porém, esta forma de governo é complexa e depende de uma gestão política que possa coordenar, mediando as dificuldades e estabelecendo regras para os atores e entes envolvidos (SOUZA, SANTOS, 2018).

Para que a descentralização e a cooperação federativa fossem significativas eram necessárias estratégias que possibilitassem a expansão do controle local, do controle social e das ações em saúde de acordo com cada realidade territorial (SOUZA, SANTOS, 2018). Durante os anos de 1990 diversos instrumentos foram criados, voltados a estabelecer estratégias de descentralização. Podem ser citadas a criação da Comissões Intergestores Bipartite (CIB) e Tripartite (CIT), que são espaços de negociação e pactuação entre gestores das três esferas de governo, que visam a criação de regulamentos voltados a definir responsabilidades para cada esfera (BRASIL, 2006).

Outra estratégia encontrada para a consolidação dessa diretriz foi a regionalização, que possibilita ampliar a atuação dos gestores nos espaços regionais e definir a participação dos três entes federados, propondo uma maior relevância no papel dos estados e municípios (BRASIL, 2006). Segundo Santos e Campos (2015) este arranjo organizacional integra os serviços de saúde da região, onde os municípios unem-se em rede para garantir a integralidade e acesso aos serviços pela população. A conformação regional em rede solidária, viabiliza ainda a cooperação, os planos integrados e gestão compartilhada, permitindo arranjos políticos institucionais que flexibilizam a gestão de projetos regionais (BRASIL, 2006).

Cabe ressaltar que apesar da regionalização constar na CF de 1988 e ser apontada como diretriz organizacional, esse processo teve desdobramento em

algumas etapas (SOUZA, SANTOS; 2018). A primeira com a edição das Normas Operacionais Básicas (NOB), (NOB 01/91, NOB 01/93, NOB 01/96), importantes para o funcionamento da descentralização política e administrativa teve maior ênfase no processo de municipalização. Estas NOB foram sucedidas pela Norma Operacional de Assistência à Saúde/01 (NOAS) em 2002, que contribuiu expressivamente para o estabelecimento de preceitos para ações e serviços de saúde dentro do movimento de regionalização (CARVALHO, JESUS, SENRA, 2017). E mesmo a NOAS, tendo apontado a importância da regionalização para a garantia do acesso, não obteve o êxito pretendido.

A segunda etapa ocorre como Pacto pela Saúde em 2006, sendo a regionalização um eixo estruturante do Pacto de Gestão do SUS. Neste documento a proposta foi a pactuação de ações que permitissem identificar realidades regionais distintas. Nas regiões de saúde foram instituídos espaços de co-gestão com a criação dos Colegiados de Gestão Regional (CGR) com participação dos gestores dos territórios abrangidos nas regiões (BRASIL, 2006). Esta iniciativa também não alcançou os resultados inicialmente pretendidos para que a regionalização se efetivasse em todo o território nacional.

E afinal a terceira etapa que constitui a promulgação do decreto nº. 7.508/2011 que aprimorou o Pacto pela Saúde e regulamentou aspectos da lei nº 8.080/1990, dispondo sobre o fortalecimento do planejamento regional, com a definição de redes de atenção, aumento da governança e qualificação dos processos decisórios tripartites (CARVALHO, JESUS, SENRA, 2017). O decreto propôs o Contrato Organizativo de Ação Pública da Saúde (COAP) para estabelecimento de ações e serviços de saúde no âmbito de uma região, porém não houve adesão entre os gestores para a efetivação deste contrato (SOUZA, SANTOS, 2018).

Com a falta de adesão ao COAP, os gestores, propuseram pela Comissão Intergestores Tripartite (CIT) um novo movimento de organização ascendente, o Planejamento Regional Integrado (PRI), regulamentado pela resolução da CIT nº.37/2018. O PRI visa a equidade regional, o fortalecimento, otimização de recursos e mecanismos de governança regional (BRASIL, 2018). Trata-se de um conjunto de diretrizes, objetivos, metas, ações e serviços que levam em conta os pressupostos de organização das redes de atenção à saúde, a definição dos territórios e os mecanismos de governança regional para garantir o acesso e a resolubilidade da atenção por meio da organização das Redes de Atenção à Saúde (RAS) (SILVA,

2021). Desde 2019, o PRI está em processo de discussão e apresenta-se como importante ferramenta à cooperação técnica e financeira nas macrorregiões de saúde (SILVA, 2021).

A Regionalização traz muitos benefícios, porém a real efetivação desse processo tem sido uma tarefa difícil que necessita de coordenação e integração de ações em espaços geográficos com diferentes características e necessidades, com distintas gestões. Outra dificuldade tem sido garantir o acesso da população com qualidade, com recursos financeiros limitados (FLEXA, BARBASTEFANO, 2020).

Neste contexto, os Consórcios Intermunicipais de Saúde ou Consórcios Públicos de Saúde (CPS), como será nomeado nesse estudo, aparecem como uma alternativa para o enfrentamento dos desafios encontrados por meio da integração dos municípios e execução ações de saúde. Constitui-se em uma estratégia jurídico-institucional que viabiliza os serviços de saúde em rede com a junção dos entes federativos autônomos na realização de atividades de interesse comum. Os CPS favorecem o planejamento intergovernamental, com a articulação das políticas públicas entre os entes federativos, minimizando e otimizando os investimentos da União, estados e municípios (SALGADO, 2014).

No âmbito da normatização ganha destaque a lei nº 1.107 de 2005, também conhecida como Lei de Consórcios, que passa a ser o principal instrumento para criação de políticas públicas e regulamentação dos serviços (LINHARES, CUNHA, 2010). Em 2007 foi promulgado o decreto nº.017 regulamentando a lei mencionada acima, estabelecendo outros critérios para o funcionamento dos consórcios (SALGADO, 2014).

Diante do exposto, a presente pesquisa parte da seguinte questão: Como se dá a participação e o papel dos consórcios públicos de saúde no processo de regionalização e quais são os instrumentos (planos, mapas, contratos, convênios, centrais de regulação, entre outros) que orientam a regionalização na Macrorregião Norte do Paraná?

Com intuito de buscar resposta a estas questões, realizou-se o presente trabalho.

2. OBJETIVOS

2.1 Objetivo geral

Analisar o papel desempenhado pelos Consórcios Públicos de Saúde no processo de regionalização na Macrorregião Norte do Paraná;

2.2 Objetivos específicos

Descrever a participação dos Consórcios Públicos de Saúde no processo de regionalização na Macrorregião Norte do Paraná.

Analisar os processos, fluxos decisórios, mecanismos e instrumentos de regionalização desenvolvidos na Macrorregião Norte do Paraná.

3. QUADRO TEÓRICO

Para maior apropriação do tema optou-se pela construção de um quadro de aspectos teóricos e conceituais sobre o federalismo e o processo de regionalização.

3.1 Notas sobre o Federalismo e as Políticas Públicas no Brasil

O federalismo é o compartilhamento de poder entre o governo central e os governos subnacionais. Pode ser conceituado também como uma forma de divisão espacial e territorial do poder, em unidades menores, geralmente chamadas de estado, e são definidas geograficamente. A divisão do poder assegura a descentralização e assim cada nível de governo interfere nas decisões políticas (LIPJPHART, 2013). Desta forma, o federalismo consiste em um pacto entre as unidades territoriais para um compartilhamento matricial de poderes entre os governos (ABRUCIO, 2003).

O pacto federativo consiste em uma soberania compartilhada para garantir a autonomia e interdependências dos governos, e os níveis subnacionais devem ter capacidade de autogoverno nas áreas da política, legislativa, administrativa e financeira. Importante ressaltar que a descentralização repassou poderes aos entes subnacionais, mas grande parcela de poder ainda se encontra no governo central (ABRUCIO, 2003).

A relação do federalismo com a democracia é permeada por alguns fatores, sendo eles a participação da população no processo político, a restrição do poder da maioria (*demos constraining*), proporcionando direitos e instrumentos políticos ao ente subnacional, fiscalização entre os níveis de governo, evitando a concentração em um único ente, participação dos cidadãos nas esferas de governo (*accountability*) e a coordenação entre os níveis de governo (ABRUCIO, 2003). Alguns mecanismos são necessários para a articulação das ações entre os níveis de governo, buscando a cooperação e o diálogo entre eles, que são: descentralização e republicanização do poder local, a Constituição Federal e o Bicameralismo (ABRUCIO, 2003).

Para compreender o atual cenário do federalismo brasileiro é importante conhecer seu início e a sua evolução histórica, que ora passava por períodos de centralização e ora por descentralização. A construção política inicial foi marcada por conflitos entre o poder central e as elites, as oligarquias locais muitas vezes não eram

atingidas pelas medidas centralizadoras e autoritárias da Colônia portuguesa, gerando um sentimento de autonomia e a busca pela republicanização. No entanto, para Abrucio (2003), a luta pelo fim da monarquia no Brasil, ocorreu mais pelo desejo da descentralização que pelo da republicanização da vida política (ABRUCIO, 2003).

A experiência do federalismo caracterizava um modelo “*hold together*”, onde a união desconcentra o poder. Neste período inicial da república houve um enfraquecimento do governo central e repasse de uma autonomia para os estados, com a busca de autogoverno e pouco espaço para interdependência (ABRUCIO, 2003). A configuração inicial foi de um federalismo brasileiro assimétrico e hierárquico e a oligarquização do sistema político no plano subnacional, com respectivo fortalecimento dos governadores e de suas máquinas estaduais (ABRUCIO, 2003).

A Revolução de 1930 modificou o cenário do federalismo brasileiro com o fortalecimento do governo federal e centralização do poder. O modelo econômico desenvolvimentista chefiado pelo Executivo federal e seus braços empresariais, promoveu uma transformação capitalista industrial. Neste período foram criadas políticas regionais para aumentar o equilíbrio entre o papel dos estados e regiões (ABRUCIO, 2003).

A república, no período de 1946 a 1964 possibilitou uma política democrática, por meio de mobilização social e de eleições. A dinâmica política era de competição, em que os interesses estaduais e partidários eram evidentes. A constituição de 1946 ampliou a autonomia dos estados e distribuiu pela primeira vez poder aos municípios. Neste período as relações intergovernamentais tornaram-se mais equilibradas, pois mostrou a importância da política subnacional no poder, mesmo com a intervenção da União. Neste período ocorreu uma mistura de federalismo com democracia (ABRUCIO, 2003).

O golpe militar de 1964 viabilizou a construção de um modelo unionista e autoritário, com relações intergovernamentais autoritárias e verticais. Com as eleições para governadores em 1982 começou o declínio do regime militar, havendo competição entre o governo federal e o estadual, e esta disputa era fomentada pelo fato de que a maioria dos governadores pertenciam à oposição. Os governadores tornaram-se fundamentais para o processo de redemocratização (ABRUCIO, 2003).

O grande marco da redemocratização do país foi a Constituição de 1988, que estabeleceu garantias aos cidadãos, legitimando seus direitos. E discorre sobre a base do sistema de saúde brasileiro, em que introduz conceitos de Seguridade Social,

sendo o conjunto de ações de iniciativa dos poderes públicos e da sociedade destinados a assegurar os direitos relativos à saúde, à previdência e à assistência social (NORONHA, PEREIRA, 2013).

A pressão de movimentos sociais e atores políticos pela redemocratização e descentralização foi expressiva e em 1989 ocorreu a eleição presidencial, de forma direta. O novo federalismo surgia com o fortalecimento dos municípios no processo político nacional, em que se transformaram em entes federativos com a mesma condição jurídica dos estados e União. Vale ressaltar que de 1982 até 1994 os governadores detinham um forte poderio, período de grande competição e endividamento público (ABRUCIO, 2003). A partir de 1995 no governo de Fernando Henrique Cardoso foram estabelecidos mecanismos para melhor compartilhamento e coordenação das políticas entre os entes e diminuído o poder dos estados (ABRUCIO, 2003).

O poder do ente municipal na redemocratização trouxe problemas como o municipalismo autárquico, que traz uma concepção de que descentralização é igual a municipalização, supondo-se que sozinhos os municípios poderiam resolver problemas de ação coletiva. Porém tal ideia, errônea, não se mantém devido a heterogeneidade do Brasil, onde os municípios possuem diferentes realidades administrativas e financeiras. Tal municipalismo gera competição e não a cooperação, causando conflitos, disputas e impactos para a implementação das políticas públicas (ABRUCIO, 2003).

O federalismo impacta nas políticas públicas, assim como estas podem gerar efeitos sobre o federalismo. Existem dois tipos de federalismo, o competitivo e cooperativo. O federalismo competitivo distribui responsabilidades entre os níveis de governo, visando preservar a autonomia das unidades na criação de políticas públicas e favorecendo a competição entre elas. O federalismo cooperativo incentiva a colaboração territorial, com a divisão de poderes funcionalmente e execução de tarefas conjuntamente (ABRUCIO, 2003).

No Brasil, o federalismo possui traços do modelo competitivo e traços do modelo cooperativo por apontar a necessidade de cooperação entre os entes federados. Com a Constituição os municípios passam a ser considerados entes federados com autonomia política, administrativa e financeira. Porém, o país possui um número elevado de municípios com características heterogêneas e muitos desses têm pouca capacidade para exercer sua autonomia (ABRUCIO, 2003). Tais

características federativas causam impasses na formulação e implementação de políticas públicas no país.

Souza (2019) aponta alguns dilemas das federações para formulação e implementação de políticas públicas: equilibrar autonomia regional e autoridade federal e conciliar políticas públicas nacionais com a autonomia dos entes constitutivos. Neste sentido, questiona-se: como distribuir poder, autoridade, recursos, preservar a unidade territorial e assegurar a diversidade? Para a autora há de haver equilíbrio entre:

- **Cooperação versus coordenação:** cooperação visa manter autonomia dos entes e a coordenação centralizar decisões. No federalismo a coordenação seriam as relações intragovernamentais (coordenação horizontal) e a cooperação as relações intergovernamentais (cooperação vertical). A prática cooperativa otimiza recursos comuns e possibilita maior equilíbrio regional, preservando a unidade federativa. No país, o fórum deliberativo que mais se assemelha à construção de consenso e de cooperação e/ou coordenação é a CIT.

- **Uniformidade versus diversidade:** Tal dilema advém do fato da marca do federalismo ser a diversidade e a das políticas públicas nacionais ser a uniformidade. As Constituições são importantes para democracias consensuais e tendem a ser uma das características dos países federais, visando a definir princípios e regras;

- **Autonomia versus compartilhamento de autoridade:** o equilíbrio entre elas é importante para a divisão de autoridade entre os estados e o governo federal. Para isso são adotados incentivos e sanções capazes de incentivar os atores políticos e os governos a preservar a federação;

- **Centralização versus descentralização:** a descentralização refere-se à divisão de poder entre os entes. A descentralização também permite aos cidadãos elegerem políticos que adotarão políticas públicas que atendam às preferências da maioria dos eleitores. Contudo, a centralização também é necessária para estabelecer interesses da federação. Análises sobre centralização/descentralização devem ser desdobradas em três componentes: fiscal, administrativa e política. A análise do componente fiscal compreende a coleta e aplicação dos recursos pelos entes subnacionais. O componente administrativo se refere à capacidade dos governos subnacionais de propor e implementar políticas e/ou de administrar a provisão de serviços. E a política infere na eleição direta para os cargos eletivos dos governos subnacionais.

Para a sobrevivência do federalismo, SOUZA (2019, p.2) afirma que é necessário:

- “técnica para agregar grandes áreas sob um só governo”;
- “salva guardas que sustentem, mediante incentivos, a estrutura federal”;
- “soberania partilhada”; e
- “autossustentação política e econômica”.

Uma importante Política Pública na área da Saúde foi a criação do SUS, sendo uma estratégia de universalização da saúde que se baseou na descentralização. A atuação federal conseguiu a adesão dos governos subnacionais às diretrizes propostas para o SUS por meio de incentivos financeiros e a segurança de que esses recursos seriam efetivamente transferidos. O sistema estrutura uma organização de serviços de forma regionalizada e hierarquizada, com fóruns de negociação intergovernamental entre os gestores municipais, estaduais e federais. A inovação do SUS colabora para a redefinição do modelo federativo brasileiro, por meio do compartilhamento de responsabilidades e cooperação entre os entes federados (ABRUCIO, 2003).

3.2 Apontamentos sobre Regionalização e Planejamento Regional

A descentralização e a regionalização são princípios norteadores para organização do Sistema Único de Saúde (SUS). A descentralização redefine responsabilidades entre os entes federativos e compartilha o poder de decisão, de gestão e de financiamento com os estados e principalmente com municípios (LIMA, QUEIROZ, 2012).

A descentralização visa promover a democratização, melhorar a eficiência e os mecanismos de controle das políticas públicas. Porém, o Brasil possui iniquidades na distribuição geográfica, estados e municípios de diferentes portes populacionais e disparidades políticas entre os entes governamentais, o que interfere na conformação do sistema de saúde (LIMA, QUEIROZ, 2012).

A regionalização é um processo técnico político que conta com participação de vários atores sociais em um espaço geográfico, com objetivo de desenvolver estratégias de planejamento, integração, gestão, regulação e financiamento de ações e serviços de saúde. O processo de regionalização presume as disparidades territoriais buscando garantir um planejamento de políticas públicas efetivo (LIMA, QUEIROZ, 2012).

Estratégias como a descentralização e regionalização favorecem mudanças nas relações entre os entes como a cooperação, competição, acordos e vetos. Para amenizar conflitos é importante garantir o equilíbrio entre a autonomia e interdependência das diferentes instâncias de governo (LIMA, QUEIROZ, 2012).

Para a acomodação das tensões federativas desenvolvidas com o processo de descentralização e regionalização, o país foi desenvolvendo progressivamente as normativas destes processos. São elas, as Normas Operacionais Básicas (NOB) publicadas durante os anos de 1990, a Norma da Assistência à saúde (NOAS) em 2002, e a partir de 2006 instituído o Pacto pela Saúde (LIMA, QUEIROZ, 2012). Mais recentemente podem ser citados a publicação da Portaria 4.279/2010 e do Decreto 7.508/2011 (ALBUQUERQUE, VIANA, 2015).

A NOB 01/93 foi importante para o início das discussões sobre regionalização e orientou a organização e definição dos papéis nos três níveis de governo e estabelecimento de relações entre elas, através das Comissões Intergestores Tripartite (CIT), Comissões Intergestores Bipartite (CIB) e dos Conselhos Municipais. Também organizou as várias formas de gestão dos Sistemas Municipais (incipiente,

parcial e semiplena) e Estaduais de Saúde (parcial e semiplena) (SCATENA, TANAKA, 2001). Essa normativa foi de grande importância para a municipalização, pois consolida os entes subnacionais como gestores do sistema (SOUZA, SANTOS, 2018).

A NOB 01/96 deu pouca ênfase à regionalização, mas estabeleceu instrumentos de planejamento e mudou a organização dos modelos de atenção para que cada nível de governo desenvolvesse ações no setor da saúde visando a incorporação do modelo epidemiológico, colocando os municípios como a base do SUS, cabendo à União e aos estados fortalecedores do processo. Também instituiu o planejamento pactuado e integrado (PPI) como instrumento de pactuação e definiu as transferências de recursos entre os entes (SOUZA, SANTOS, 2018; SCATENA, TANAKA, 2001).

Nos anos de 1990, com as NOB, a estratégia utilizada priorizada pelo governo foi o fortalecimento da gestão descentralizada dos estados e municípios. Porém, não foi suficiente para atingir os objetivos do SUS, devido a heterogeneidade e disparidades regionais, e a existência de muitos municípios de pequeno porte, trazendo dificuldades no planejamento e execução das ações de saúde.

Com isso foi identificada a necessidade de combinar os princípios organizativos, como a descentralização, regionalização e hierarquização. Para tal estruturação foi publicado a NOAS (SOUZA, SANTOS; 2018). A NOAS objetiva ampliar o acesso aos serviços de saúde por meio de redes assistenciais regionalizadas e hierarquizadas, organizando os fluxos intermunicipais e aumentando a participação dos estados no planejamento e coordenação das redes intermunicipais (ALBUQUERQUE, VIANA, 2015). A NOAS surgiu para garantir o acesso da população aos serviços de maior complexidade, com participação de cada esfera de governo no processo de direção (CARVALHO, JESUS, SENRA, 2017). Porém, essa norma foi considerada rígida e pouco efetiva, pois não considerava a realidade e desigualdade do território brasileiro (ALBUQUERQUE, VIANA, 2015).

Em 2003, após a 12ª Conferência Nacional de Saúde, por iniciativa do CONASEMS, iniciou-se um debate ampliado sobre a necessidade de mudanças na dinâmica da gestão do sistema, que substituísse a normatização excessiva e a lógica da habilitação, vigente no período das NOB e da NOAS. A proposta era pela adesão e compromisso com os resultados das ações e serviços de saúde, bem como pela gestão do sistema de saúde como um todo. O debate da 12ª Conferência resultou

em um novo pacto, denominado Pacto pela Saúde, em 2006. A proposta do Pacto pela Saúde visou suprir a necessidade de qualificação, aperfeiçoamento e redefinição de responsabilidades sanitárias e de gestão entre os entes federados nas regiões de saúde (CARVALHO, JESUS E SERRA 2017; SOUZA, SANTOS, 2018).

O Pacto pela Saúde contemplou três dimensões: o Pacto pela Vida, Pacto em defesa do SUS e Pacto de Gestão (LIMA, QUEIROZ, 2012). Este último teve como objetivo aprimorar a descentralização, regionalização, financiamento, planejamento, Programação Pactuada e Integrada (PPI), regulação, participação social, gestão do trabalho e educação em saúde. Referente à diretriz do planejamento, a ênfase se deu em torno do processo de pactuação intergovernamental com a criação de instrumentos e planos para nortear as ações e alocações de recursos (LIMA, QUEIROZ, 2012).

Como Pacto também foram criados os Colegiados de Gestão Regionais (CGR) posteriormente chamados de Comissões Intergestores Regionais (CIR), o que possibilitou espaços para a negociações dos gestores de acordo com a conformação territorial de cada região (ALBUQUERQUE, VIANA, 2015).

As publicações da Portaria 4.279/2010 e do Decreto 7.508/2011 trouxeram uma nova perspectiva das redes de atenção à saúde visando integrar o processo de planejamento entre os entes federativos, associar planejamento e orçamento, diminuir as desigualdades socioespaciais, superar os limites da municipalização e fortalecer o papel do estado (ALBUQUERQUE, VIANA, 2015). O decreto influi sobre as atribuições de cada ente de uma região de saúde, definindo quem assume as competências sanitárias e quem as financia (SANTOS, CAMPOS, 2015). O Decreto 7508 propôs como instrumento de pactuação entre os entes o Contrato Organizativo da Ação Pública (COAP) (ALBUQUERQUE, VIANA, 2015).

O COAP objetiva delimitar as responsabilidades de cada ente da federação nas ações de saúde, de maneira hierarquizada e regionalizada nas regiões de saúde. Esse instrumento impulsionou a discussão de temas como regionalização, relações intergovernamentais, organização em RAS e financiamento. O contrato se tornaria um arranjo federativo onde os entes “obrigam-se” reciprocamente a realizarem ações para obtenção de resultados comuns. Entretanto apenas os estados do Ceará e Mato Grosso do Sul firmaram o COAP. Os demais estados mantiveram um diálogo pouco produtivo para implementação do COAP, exibindo padrões de evolução diferenciados (OUVERNEY, RIBEIRO, MOREIRA, 2017; SOUZA, SANTOS, 2018).

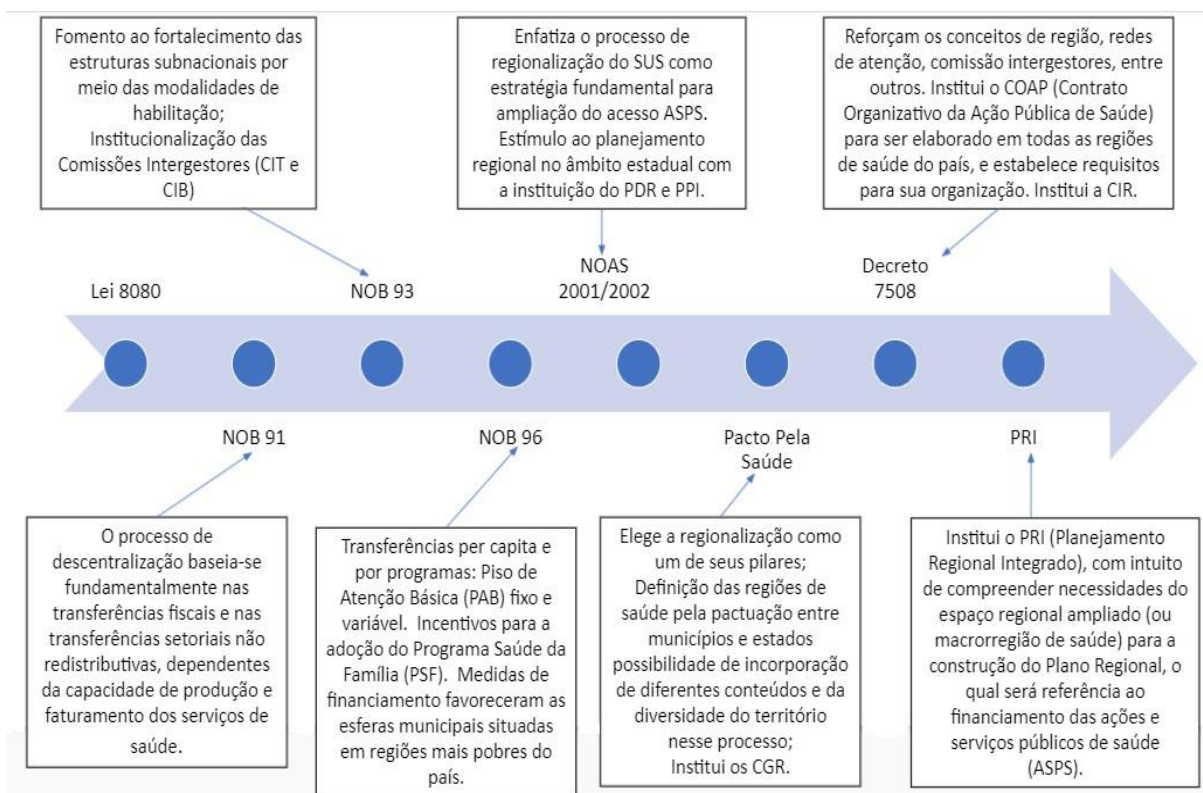
Como o COAP não foi instituído, a CIT aprovou a resolução nº.37/2018 que dispõe sobre o PRI e a organização de macrorregiões de saúde. O PRI leva em conta as macrorregiões de saúde e propõe que, a partir dele, deve ser dada a elaboração do Plano Estadual de Saúde (BRASIL, 2018). O processo de planejamento deve ser “coordenado pelo estado em articulação com os municípios e participação da União, a partir da configuração das regiões de saúde definidas na Comissão Intergestores Bipartite (CIB)” (CIT, 2018, p.135).

O PRI objetiva o conjunto de diretrizes, metas e ações para garantia e resolubilidade da atenção por meio da organização da RAS. E deve expressar a identificação do espaço regional ampliado, a situação do território, as necessidades de saúde e a capacidade instalada, as prioridades sanitárias e respectivas diretrizes. Também deve expressar os prazos para execução, as responsabilidades de cada ente federado no espaço regional, a programação geral das ações e a alocação dos recursos de investimento e custeio da União, estados, municípios, bem como de emendas parlamentares (CIT, 2018).

O PRI propõe um novo modo de financiamento das ações e serviços públicos de saúde (ASPS) baseado na alocação global dos recursos, observando as prioridades e os compromissos acordados pela União, estados e municípios, no espaço regional ampliado. A CIB é a responsável por orientar e monitorar o processo de planejamento em cada estado (CIT, 2018).

A figura 1 elucida a evolução histórica e normativa do processo de descentralização e regionalização do SUS.

Figura1. Histórico normativo do processo de descentralização e regionalização



Fonte: SILVA; 2021.

Mesmo com as normativas citadas, ainda se constitui um desafio a elaboração de um planejamento regional ampliado, capaz de reunir estratégias para enfrentamento das históricas desigualdades territoriais. Essas desigualdades causam a insuficiência na oferta de serviços de saúde e dificuldades na articulação dos distintos pontos da rede de atenção à saúde (VIANA, IOZZI; 2019).

Para a organização do SUS são necessários instrumentos com base em várias escalas como o maior entendimento das redes e da complexidade urbana. Também é importante a visão integrada dos sistemas de saúde e seus determinantes socioespaciais, com intervenção entre diferentes setores, agentes e instituições, definição dos padrões de contratualização entre os setores público e privados, devido ao empresariamento do setor público. Também se faz necessário a introdução de um padrão tecnológico que visa a integração e regulação relacionados com as desigualdades territoriais de tecnologia e profissionais como a telessaúde, novos processos de regulação do acesso de profissionais e prestadores, regulação assistencial que vise a qualidade e segurança da assistência (VIANA, IOZZI; 2019).

Alguns impasses são citados por Viana e Iozzi (2019) para a constituição das regiões e redes de saúde como a infraestrutura deficiente, recursos físicos, financeiros

e humanos ausentes, falta de serviço e ações, financiamentos desalinhados com o esgotamento das fontes municipais, devido à pouca racionalidade sistêmica e equitativa no gasto estadual e o subfinanciamento no plano federal. As autoras também citam a assimetrias federativas e o baixo desenvolvimento das relações intergovernamentais entre as instâncias de planejamento, de negociação e deliberações.

Uma cooperação federativa territorial e a promoção de capacidades estatais dos entes podem ser instrumentos políticos que assegurem a presença interterritoriais na produção cooperativa de políticas. Os CPS são exemplos de experiências para a diminuição das desigualdades ao acesso e para decisões e intervenções mais democráticas (VIANA, IOZZI; 2019).

O processo de planejamento deve ser realizado a partir das escalas espaciais para o problema ser enfrentado em cada escala. Para isso é necessário a articulação dos níveis de governo e de esferas de poder específicas. É importante a articulação intrarregional para ampliar seu escopo político para negociação inter-regional, colocando em discussão os conflitos e interesses de cada escala e construir coletivamente a contratualização das políticas públicas (BRANDÃO; 2013).

3.3 Consórcios Públicos de Saúde

A responsabilização dos municípios no processo de descentralização trouxe acúmulo de atribuição para os gestores, pois não houve o compartilhamento de funções e competências de gestão dos sistemas entre os entes federados, com isso houve uma acentuação da atribuição dos municípios para provisão técnica de ações e serviços de saúde em seu território (PINAFO et al; 2020).

Para suprir a necessidade de oferta de ações e serviços de saúde, foi criado o primeiro Consórcio Público de Saúde no ano de 1986 em Penápolis, na microrregião do Nordeste de São Paulo com sete municípios participantes. Outro motivo para implantação do Consórcio Público de Saúde de Penápolis foi a experiência exitosa vivida anteriormente pelos prefeitos com um consórcio de saneamento (NEVES, RIBEIRO; 2006).

Apesar do primeiro consórcio de saúde surgir na década de 1980 fica evidente sua expansão no país a partir dos anos 1990 (LIMA, 2000). No Paraná, o primeiro consórcio surgiu em 1992, devido à dificuldade do governo estadual de contratar profissionais especializados para atuar nos Centros Regionais de Especialidades. A partir deste momento os consórcios assumem o papel de organizar e ampliar a assistência médica especializada (NICOLETTO, CORDONI, COSTA, 2005).

Organizações como Consórcios de Saúde já estavam previstas na Lei nº 8080, a formação desse arranjo organizacional tem sido estimulado pelo Ministério da Saúde e pelos governos estaduais. Os consórcios se apresentam como associações que visam a maior flexibilidade gerencial para aquisição de equipamentos, contratação de pessoal e implementação de programas de incentivo (RIBEIRO, COSTA, 2000).

O CPS é um modelo de atuação interfederativa do poder público previsto na CF e regulamentado pela Lei Federal nº 11.107/ 2005. Este tipo de arranjo auxilia na negociação, na coordenação e na implementação cooperada de Políticas Públicas de responsabilidade compartilhada entre os entes federados, com o objetivo de otimizar recursos e atividades de interesse comum (SALGADO, 2014).

Segundo a Confederação Nacional de Municípios (2016) alguns fatores favorecem o consorciamento público:

- A existência de uma identidade regional;
- Lideranças políticas regionais capazes de produzir alianças;
- Problemas coletivos comuns aos municípios, sendo necessária a

cooperação para sua resolução;

- A lógica das Políticas Públicas;
- Apoio e a indução do governo estadual e federal.

Outro fator fundamental para a constituição e sustentabilidade de um consórcio é a existência de uma governança pública, ou seja, da capacidade dos entes exercerem a autoridade, controle e poder na administração dos recursos por meio de planejamento, formulação e implementação de políticas públicas (RIBEIRO, TANAKA, DENIS, 2017). Para a implementação de políticas públicas são necessárias a articulação e cooperação entre os atores políticos e sociais em espaços para intermediar interesses, participação e acompanhamento das políticas públicas (CNM, 2016).

A fragilidade institucional dos CPS foi estabilizada pela lei nº11.107/2005, que dispôs sobre a possibilidade de os entes federativos criarem pessoa jurídica pública de direito privado sem fins lucrativos, ou seja, é regido por um regime público por regras de direito privado, e também integrante da administração indireta dos entes instituidores. A lei também inseriu no ordenamento jurídico nacional a figura jurídica da associação pública, na qualidade de autarquia interfederativa, específica para atuar em ações consorciadas e integralmente regida pelo Direito Público (SALGADO; 2014). Com isso, pode-se afirmar que os consórcios públicos constituem pessoa jurídica distinta dos entes federativos (CNM; 2016).

O decreto 6.017/2007 regulamentou a lei mencionada acima e trouxe o entendimento que os consórcios constituídos em desacordo com a lei poderiam ser transformados em consórcios públicos de direito público ou privado, desde que atendidos os requisitos de celebração de protocolo de intenções e de sua ratificação por lei de cada ente consorciado (SALGADO; 2014).

O documento inicial do consórcio é o protocolo de intenções e seu conteúdo deve obedecer a lei e ao decreto regulamentador dos CPS. O protocolo de intenções deve conter a denominação, finalidade, o prazo de duração, a sede do consórcio, os entes que fazem parte do consórcio, o tipo de associação (associação pública ou pessoa jurídica de direito privado), os critérios e interesses comuns, autorização para representação dos entes federados pelo consórcio, as normas de convocação e funcionamento. Após o protocolo publicado na imprensa oficial, ratificado de acordo com a lei e aprovado pela casa legislativa, passa a constituir o contrato de constituição do CPS (GRANATO, 2016).

A gestão do Consórcio intermunicipal é de inteira autonomia dos municípios, o órgão máximo é o Conselho de Prefeitos, este conselho nomeia uma Comissão Executiva de prefeitos que encaminha as deliberações do Conselho e administra o consórcio. A comissão de prefeitos nomeia uma coordenação executiva do serviço que normalmente é composta de um coordenador geral, um técnico e um administrativo. A comissão técnica, consultiva e paritária não é órgão executivo apenas assessora o consórcio (BERTONE, 1996).

Os recursos financeiros do Consórcios são provenientes da prestação de serviços de saúde e a remuneração pela tabela SUS (via ente que detem a gestão do teto de média e alta complexidade (MAC), da contribuição dos entes consorciados e de recursos humanos, materiais e equipamentos provenientes do Estado repassados através da cessão de uso ou de convênios (BERTONE, 1996).

O recurso financeiro de um consórcio para a realização de despesas ocorre por meio de um contrato de rateio. A execução das receitas e despesas do consórcio público deve obedecer às normas de direito financeiro aplicável a entidades públicas e sujeito a fiscalização do tribunal de contas. A manutenção da transparência auxilia na consolidação da confiança e credibilidade que os entes consorciados devem ter para o alcance do benefício coletivo (GRANATO, 2016).

O consórcio de saúde torna-se um instrumento de organização e gestão do SUS. As necessidades e carências apresentadas pelas secretarias municipais de saúde para a implementação de ações de saúde como o fornecimento de uma estrutura física adequada, de recursos materiais, apoio diagnóstico com qualidade, acesso a novas tecnologias médicas, somadas a escassez de recursos humanos especializados tem ampliado a busca por esse tipo de organização. No Brasil fica claro este tipo de associação entre MPP. No ano de 2000, dos municípios consorciados 60% possuíam população menor que 10.000 habitantes (LIMA; 2000).

No país o aumento dos municípios participantes desta conformação de serviços em saúde representa uma mudança na forma de gestão pública, que fortalece a descentralização e estimula a regionalização por meio da agregação de territórios com características específicas (MENDONÇA, ANDRADE; 2018).

4. METODOLOGIA

4.1 Tipo de estudo

Trata-se de um estudo de abordagem qualitativa com o objetivo exploratório, para que assim possa ser investigada a relevância dos Consórcios Públicos de Saúde no processo de Regionalização da Macrorregião Norte do Paraná. O método qualitativo leva em conta às relações, representações, as crenças, as percepções e as opiniões sob a ótica dos atores. Essa metodologia tem fundamento teórico, além de permitir revelar processos sociais em grupos particulares, propiciando a construção de novas abordagens, revisão e criação de novos conceitos e categorias durante a investigação (MINAYO, 2008). Com este método é possível visualizar as diferentes percepções dos participantes conforme a realidade em que cada indivíduo se encontra inserido.

4.2 Local do estudo

O estado do Paraná possui 22 Regionais de Saúde (RS). As macrorregiões surgiram em 2013 com a organização das RS (PARANÁ, 2016), sendo estas as macrorregiões: Leste, Oeste, Norte, Noroeste, conforme a figura 2 e o quadro 2.

Figura 2 – Mapa das macrorregiões e suas regionais de saúde do Paraná.



LEGENDA

SECRETARIA DA SAÚDE DO PARANÁ

DIVISÃO POR REGIONAIS E MACROREGIONAIS

REGIONAIS DE SAÚDE	Nº DE MUNICÍPIOS	REGIONAIS DE SAÚDE	Nº DE MUNICÍPIOS	MACROREGIONAIS DE SAÚDE	Nº DE MUNICÍPIOS
● 1ª PARANAGUÁ	7	● 13ª CIANORTE	11	■ MACRO LESTE	93
● 2ª CURITIBA	29	● 14ª PARANAÍ	28	■ MACRO NORTE	97
● 3ª PONTA GROSSA	12	● 15ª MARINGÁ	30	■ MACRO OESTE	94
● 4ª IRATI	9	● 16ª APUCARANA	17	■ MACRO NOROESTE	115
● 5ª GUARAPUAVA	20	● 17ª LONDRINA	21		
● 6ª UNIÃO DA VITÓRIA	9	● 18ª CORNÉLIO PROCÓPIO	21		
● 7ª PATO BRANCO	15	● 19ª JACAREZINHO	22		
● 8ª FRANCISCO BELTRÃO	27	● 20ª TOLEDO	18		
● 9ª FOZ DO IGUAÇÚ	9	● 21ª TELÊMACO BORBA	7		
● 10ª CASCAVEL	25	● 22ª IVAIPORÁ	16		
● 11ª CAMPO MOURÃO	25	■ TOTAL DO PARANÁ	399		
● 12ª UMUARAMA	21				

Fonte: Paraná, 2020.

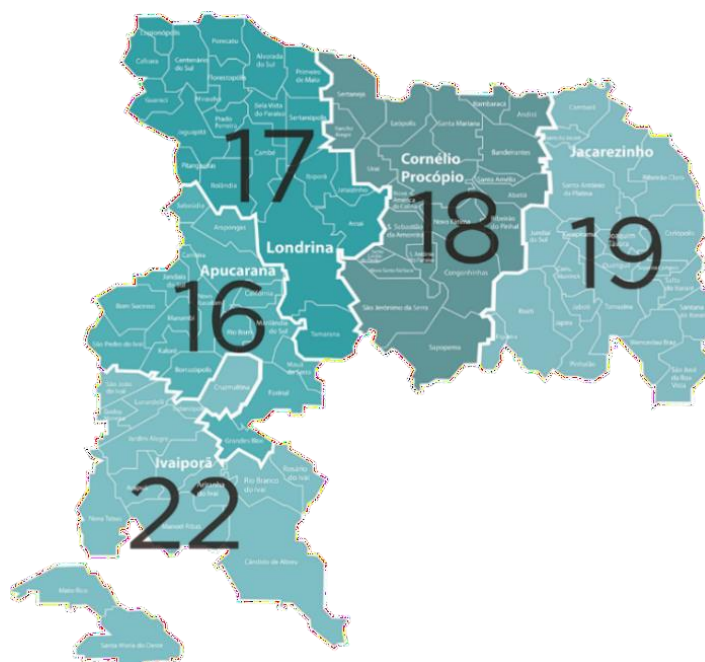
Quadro1 - Caracterização das Macrorregionais do Paraná.

ESTADO DO PARANÁ - BRASIL	
Macrorregiões	4 (22 Regionais de Saúde)
Municípios	399
Áreatotal	199.322 km ²
PopulaçãoTotal	10.279.545 habitantes

Fonte: Paraná, 2016

O estudo foi realizado na Macrorregião Norte do Paraná que abrange as Regionais de Saúde (RS) 16^a, 17^a, 18^a, 19^a e 22^a (Figura 3).

Figura 3- Mapa da Macrorregião Norte do Estado do Paraná.



Fonte: Paraná, 2016

A Macrorregião Norte é composta por cinco CPS, onde cada regional de saúde possui um CPS (Quadro 3). Os consórcios gerenciam ambulatórios multiprofissionais especializados (PARANÁ, 2020).

Quadro 2. Consórcios Públicos de Saúde da Macrorregião Norte e sua composição

Região I de Saúde	Município sede	Consórcio	Municípios Consorciados	População IBGE/TCU 2018
16 ^a	Apucarana	Consórcio Intermunicipal de Saúde do Vale do Ivaí e Região CISVIR	1. Apucarana	133.726
			2. Arapongas	121.198
			3. Bom Sucesso	6995
			4. Borrazópolis	6.749
			5. Califórnia	8.533
			6. Cambira	7.813
			7. Faxinal	17.185
			8. Grandes Rios	5.742
			9. Jandaia do Sul	21.122
			10. Kaloré	4.154
			11. Marilândia do Sul	8.858
			12. Marumbi	4.681
			13. Mauá da Serra	10.397
			14. Novo Itacolomi	2.848
			15. Rio Bom	3.225
			16. Sabáudia	6.760
			17. São Pedro do Ivaí	10.915

			Total	380.901
17ª	Londrina	Consórcio Intermunicipal de Saúde do Médio Paranapanema CISMEPAR	1. Alvorada do Sul	11.306
			2. Assaí	15.289
			3. Bela Vista do Paraíso	15.395
			4. Cafeara	2.914
			5. Cambé	105.704
			6. Centenário do Sul	10.891
			7. Florestópolis	10.646
			8. Guaraci	5.473
			9. Ibiporã	53.970
			10. Jaguapitã	13.494
			11. Jataizinho	12.536
			12. Londrina	563.943
			13. Lupionópolis	4.894
			14. Miraselva	1.816
			15. Pitangueiras	3.185
			16. Porecatu	13.084
			17. Prado Ferreira	3.726
			18. Primeiro de Maio	11.114
			19. Rolândia	65.757
			20. Sertanópolis	16.323
			21. Tamarana	14.548
				Total
18ª	Cornélio Procópio	Consórcio Intermunicipal de Saúde do Norte do Paraná CISNOP	1. Abatiá	7.507
			2. Andirá	20.139
			3. Bandeirantes	31.526
			4. Congonhinhas	8.777
			5. Cornélio Procópio	47.847
			6. Itambaracá	6.616
			7. Leopólis	3.984
			8. Nova América da Colina	3.456
			9. Nova Fátima	8.170
			10. Nova Santa Bárbara	4.220
			11. Rancho Alegre	3.832
			12. Ribeirão do Pinhal	13.112
			13. Santa Amélia	3.385
			14. Santa Cecília do Pavão	3.376
			15. Santa Mariana	11.829
			16. Santo Antônio do Paraíso	2.144
			17. São Sebastião da Amoreira	8.847
			18. São Jerônimo da Serra	11.213
			19. Sapopema	6.751
			20. Sertaneja	5.355
			21. Uraí	11.356
	Total	223.442		
19ª	Jacarezinho	Consórcio Intermunicipal de Saúde do Norte Pioneiro CISNORPI	1. Barra do Jacaré	2.781
			2. Cambará	25.252
			3. Carlópolis	14.391
			4. Conselheiro Mairinck	3.843
			5. Figueira	7.845
			6. Guapirama	3.820
			7. Ibaiti	31.142
			8. Jaboti	5.244
			9. Jacarezinho	39.435
			10. Japira	4.995

			11. Joaquim Távora	11.803
			12. Jundiá do Sul	3.315
			13. Pinhalão	6.327
			14. Quatiguá	7.420
			15. Ribeirão Claro	10.693
			16. Salto do Itararé	4.973
			17. Santana do Itararé	5.031
			18. Santo Antônio da Platina	45.728
			19. São José da Boa Vista	6.254
			20. Siqueira Campos	20.778
			21. Tomazina	8.032
			22. Wenceslau Braz	19.444
			Total	288.438
22 ^a	Ivaiporã	Consórcio Intermunicipal de Saúde de Ivaiporã CIS	1. Arapuã	3.128
			2. Ariranha do Ivaí	2.151
			3. Cândido Abreu	15.233
			4. Cruzmaltina	2.980
			5. Godoy Moreira	2.996
			6. Ivaiporã	32.035
			7. Jardim Alegre	11.465
			8. Lidianópolis	3.391
			9. Lunardelli	4.845
			10. Manoel Ribas	13.494
			11. Mato Rico	3.340
			12. Nova Tebas	5.856
			13. Rio Branco do Ivaí	4.083
			14. Rosário do Ivaí	4.886
			15. Santa Maria do Oeste	9.824
			16. São João do Ivaí	10.386
			Total	130.093

Fonte: adaptado de SESA, Paraná.

Como a região é composta por diversos municípios e para contemplar a essa diversidade, utilizou-se alguns critérios para a seleção dos municípios para a participação da pesquisa: a distância dos municípios ao Consórcio Público de Saúde e o porte populacional.

Referente à distância foram classificados como sede, próximos (aqueles com menos de cinquenta quilômetros de distância) e distantes (aqueles que distavam mais de cinquenta quilômetros). Em relação ao porte populacional foram classificados como pequeno porte I (municípios com menos de 5 mil habitantes), pequeno porte II (5 mil a 20 mil habitantes), médio (20 mil a 50 mil habitantes) e grande (municípios com mais de 50 mil habitantes). Foram selecionados todos os municípios sede dos consórcios e conseqüentemente estes são os que possuem o maior porte populacional, municípios próximos e distantes, a fim de averiguar se a distância interferia nas respostas dos entrevistados e foram selecionados municípios de pequeno porte I, pequeno porte II, médio e grande, conforme o quadro abaixo.

Quadro 3. Critérios para a seleção dos municípios que participaram da pesquisa.

Distância	Porte Populacional	Número de Municípios
Sede	Pequeno porte I	0
	Pequeno porte II	0
	Médio	3
	Grande	2
Próximo	Pequeno porte I	1
	Pequeno porte II	2
	Médio	1
	Grande	2
Distante	Pequeno porte I	6
	Pequeno portell	2
	Médio	1
	Grande	0
Total		20

Fonte: Autor

4.3 Participantes do estudo

Foram convidados a participar da pesquisa os gestores municipais dos municípios selecionados e os representantes do Conselho Regional de Secretários Municipais de Saúde do Paraná (CRESEMS) de cada região. Também foram convidados outros atores que fazem parte do processo de regionalização: gestores estaduais (atuantes nas regionais e saúde) e dirigentes de cada um dos consórcios públicos de saúde. Os participantes foram convidados por meio de contato telefônico e os que aceitaram foram agendadas as entrevistas de acordo com a disponibilidades dos mesmos. Dos 20 gestores municipais selecionados houve três recusas. Com isso foram entrevistados 17 gestores municipais, cinco gestores estaduais e seis dirigentes de consórcio (de um dos consórcios, além do diretor executivo, foi entrevistado o diretor de planejamento, visando complementar algumas informações).

4.4 Obtenção de dados e análise

O instrumento utilizado na pesquisa para obtenção de informações foi um roteiro de entrevista semiestruturado (Apêndice A) que continha questões relacionadas ao processo de regionalização de cada região, ao papel do consórcio dentro do processo de regionalização, questionamentos sobre a relação dos atores envolvidos no processo e aos espaços de discussão e governança regional, processos, fluxos decisórios e instrumentos de pactuação utilizados pelas instituições e atores envolvidos no período do estudo. Esse tipo de instrumento permite flexibilidade nas conversas e a absorção de novos temas. Também leva o entrevistado a emitir várias narrativas possíveis da sua vivência e permite mostrar sua visão sobre as relações sociais envolvidas nessa ação (MINAYO, 2008).

Foi realizada uma entrevista piloto com uma gestora municipal (não participante da pesquisa) para balizamento do instrumento de coleta de dados. As entrevistas foram realizadas no período de setembro de 2020 a maio de 2021, de modo on-line pelo Google Meet, com vistas a manter o distanciamento social devido a pandemia da Covid-19 e tiveram duração média de 45 minutos. Foram gravadas, posteriormente transcritas, sendo que os registros de áudio foram destruídos após a transcrição. A fala dos entrevistados foi codificada com as letras G01 a G17 para os gestores municipais, R01 a R05 para os gestores regionais, C01 a C06 para os diretores de consórcios, na ordem em que foram realizadas as entrevistas, de modo a preservar a identidade dos participantes.

Após transcrição foram realizadas análise e interpretação pela técnica de análise de discurso proposta por Martins e Bicudo (1989). Primeiramente foi realizada a leitura flutuante dos discursos, buscando apropriar-se do conteúdo dos discursos, sem realizar quaisquer interpretações. Em seguida, foi realizada uma leitura mais atenciosa e foram discriminadas as unidades de significado, que são palavras ou frases com algum sentido na perspectiva do fenômeno em questão. O próximo passo foi a reflexão das unidades de significados, buscando aproximações e divergências a respeito do tema em estudo, que deram origem às categorias de análise.

4.5 Aspectos éticos

Este estudo respeitou os aspectos éticos contidos na resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde e integra um projeto maior intitulado Estratégias de cooperação para a regionalização em saúde em regiões do Paraná, aprovado sob número 3.120.681/2019, pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Instituição a qual os pesquisadores estão vinculados (CAAE: 56868416.1.0000.5231).

Todos os participantes do estudo, somente participaram após o conhecimento dos objetivos da pesquisa e manifestaram concordância em participar da mesma, mediante a assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido (Apêndice 2) enviado por meio da ferramenta de Google Forms.

5. RESULTADOS E DISCUSSÃO

A efetivação do processo de regionalização na macrorregião norte constitui-se situação desafiadora, sendo apontado pelos participantes como questão relevante o processo inconcluso do Planejamento Regional Integrado, iniciado em 2019 e interrompido pela pandemia. Outro problema se refere ao financiamento insuficiente para garantir oferta suficiente de ações e serviços e saúde para atender as necessidades da população usuária, tendo em vista que ao longo dos últimos anos foram realizados apenas ajustes pontuais nos tetos financeiros, sem aporte significativo de recursos novos.

Outro fator que dificulta o avanço da regionalização é a dificuldade na cooperação entre os entes, pois a dinâmica instituída entre eles é a de priorizar apenas as necessidades municipais e não regionais. Para um gestor municipal, ao debater o assunto com cada município, “[...] *cada um quer puxar para o seu lado, cada um queria ter as coisas ali no seu município, que é justamente o que foge da regionalização [...] (G5)*”. Para outro gestor municipal, os vazios assistenciais encontrados no estado, associados aos fatores políticos também interferem na implantação de uma regionalização efetiva.

Considerando estes apontamentos iniciais, será apresentado a seguir, como os consórcios se inserem nesse contexto e que papel têm cumprido no processo de regionalização.

5.1 O Papel dos Consórcios no Processo de Regionalização na Macrorregião Norte do Paraná

Foram identificados diversos papéis desempenhados pelos consórcios nesta região, desde se constituir como ferramenta dos municípios para viabilizar ações e serviços de saúde, seu importante papel para fortalecer as redes de atenção à saúde e a regionalização e seu papel articulador entre os entes federados.

5.1.1 Os Consórcio de Saúde como ferramenta dos municípios para viabilizar ações e serviços de saúde

Segundo a representante de um consórcio , a ação consorciada entre os

municípios teve início “em 1996 quando os antigos Centros Regionais de Especialidades que foram abandonados pelo Estado. E daí não tinha quem assumisse a média complexidade e uma das alternativas foram os municípios se associarem e fazerem ações conjuntas para responder algumas demandas da região” (C1). Por essa razão foram criados os Consórcios Intermunicipais de Saúde no estado do Paraná.

Houve consenso entre os entrevistados de que desde a sua criação os consórcios se constituem em ferramenta da gestão municipal para viabilizar a compra de consultas e exames especializados, especialmente para MPP, que sozinhos não teriam condições de garantir acesso de seus munícipes à atenção especializada.

Somos um município de pequeno porte, bem pequenininho e o Consórcio veio fortalecer as ações do município [...] Imagine a gente pactuar consultas, exames, tudo o que o Consórcio faz de forma sozinho. Nosso poder de compra e negociação é muito pequeno (G4)

Para outra gestora de pequeno município, “o consórcio soma com a região e com os municípios. Ele realmente tem a preocupação de fazer [...] um trabalho que os municípios realmente precisam. Não é um trabalho isolado, eu vejo que é [...] uma parceria muito grande”. (G16)

Outra atuação relevante, no sentido de viabilizar ações e serviços de saúde aos municípios, ocorreu no início da pandemia de COVID-19. Foram desenvolvidas diferentes estratégias aos municípios, como o fornecimento de equipamentos de proteção individual (EPI) que tinham disponíveis em seus estoques, como máscaras, aventais, álcool em gel.

Também houve apoio para a realização de licitações e identificação de fornecedores com menores preços (para as compras realizadas com dispensa de licitação), conforme o relato de um gestora e de uma representante do CPS

Agora na pandemia, ficou muito difícil para os municípios fazerem a compra de EPI, porque aumentou muito o valor. Então nós fizemos através do Consórcio, uma licitação grande né, que desse para atender os 22 municípios e eles compram o serviço do consórcio (C5).

[...] foi um problema muito grande (a falta de EPI) no início da pandemia... Então o Consórcio fez uma licitação e via Consórcio a gente pôde pedir esses EPI básicos, álcool gel, máscaras, macacões e isso favoreceu bastante nesses últimos tempos (G11).

Essas estratégias possibilitaram que os municípios adquirissem produtos a preços mais acessíveis, em um período em que os preços de EPI se tornaram abusivos.

Outra ação realizada se deu para viabilizar o funcionamento dos Centros de atendimento a covid por meio de inclusão de ações nos contratos de programas dos municípios. Para alguns foi realizada a contratação de profissionais para realização de plantões médicos: *“fez um contrato de programa com o município pra fazer a contratação dos plantões pra eles nos municípios”* (C6). Em outra região o CPS apoiou os municípios no uso do recurso recebido para “Covid”, para a realização de exames laboratoriais, incluindo um item específico no contrato dos municípios.

só agora na pandemia que veio dinheiro ‘carimbado’ que eles estão podendo usar para a COVID. E a gente inclusive, fez, como está no contrato de programa, a gente lançou como se fosse um ícone a mais para eles poderem usar nos exames nesse ícone diferenciado (C4).

5.1.2 Fortalecimento das Redes de Atenção à Saúde e da Regionalização

Foi consenso entre os gestores das diferentes regiões que os consórcios contribuem para a regionalização, sendo a forma *“que os municípios lançaram mão pra se organizar e atingir toda a demanda que estava reprimida nos municípios”* (G2). Para o gestor de um município de grande porte e sede de região, o consórcio pode contribuir para o diagnóstico das necessidades da região, pois ele, *“tem condição de auxiliar, ser um dos nossos braços dentro dessa ação de planejamento, porque recebe demandas dos municípios diariamente, por que detém a fila de espera dos municípios diariamente”* (G5).

O fortalecimento da regionalização tem se dado por meio da implementação das redes de atenção à saúde, especialmente da Rede materno-infantil, do idoso e a de saúde mental. Além de ofertar consultas e exames especializados para essas redes, o consórcio desenvolve ações de matriciamento, com a participação dos profissionais especialistas, visando a qualificação dos profissionais da rede básica.

A gente tem também um matriciamento que a gente faz com eles, junto com os profissionais sobre as famílias em risco aqui, a gente tem essas reuniões mensais com eles, pra discussões, o que a gente pode melhorar. Então, ele fortalece bem a rede. (G3)

Também estabelecem fluxos de atendimento dos pacientes a partir das estratificações de riscos das gestantes, idosos e de portadores de doença crônicas.

Nosso consórcio tem referência do alto risco, onde as gestantes de alto risco são consultadas até o fim da gestação e depois os bebês que nascem também que são alto risco, continuam fazendo acompanhamento. Aí nós temos outras especialidades também, o MAC. [...] Doenças crônicas, onde tem uma organização importante para os municípios, a organização juntamente com a regional. Para atendimento das pessoas de alto e médio risco, hipertensos, diabéticos, idosos e as gestantes já fazem parte. São vários papéis que o consórcio desenvolve. (G16)

Segundo a representante de um consórcio, o fato destes estarem presentes e conhecerem a realidade de cada região permite que eles *“identifiquem e atendam às necessidades específicas de cada região [...] E consegue materializar a regionalização por ofertar serviços de forma regionalizada e responder às demandas de saúde de uma determinada região”* (C1). Para a representante de consórcio de outra região, além de potencializar a regionalização, os CPS também participam, juntamente com *“outros atores: prefeitos, secretários, representante do Estado e até mesmo os prestadores. dessa governança regional”* (C6). Em outra regional, uma gerente de consórcio acredita que *“no processo de regionalização o consórcio é um instrumento de apoio e ele também é um espaço que fomenta as discussões regionais para organização da rede de atenção à saúde”* (C2)

No entanto, para um gestor de município de médio porte, a secretaria de saúde do estado tem tido uma visão utilitarista dos consórcios, *“usando-os como um braço do estado”* (G1), apoiando financeiramente projetos que deseja implementar nas regiões, muitas vezes sem a participação efetiva das regionais de saúde. Um gestor estadual reconhece a dificuldade de a regional exercer seu papel no espaço da região, e segundo ele, se deve à falta de autonomia, muitas vezes por falha de definições da própria SESA.

A Regional de Saúde deveria ser o ente que coordena essa compreensão do território e que apoia a produção do cuidado nos diversos ambulatorios e incluindo o do consórcio. Então primeiro vem algumas falhas que advém lá da SESA que é o quanto que a gente Regional de saúde (não) tem autonomia nessas definições. (R2)

Uma gestora municipal e presidente do CRESEMS de outra região, reforça o

importante papel dos consórcios para a organização das redes, porém, para ela, as regionais de saúde participam ativamente nesse processo.

(os CPS) têm papel importante que são a organização em rede juntamente com a regional de saúde que eles fazem um trabalho para os municípios. (G16)

Apesar de reconhecida importância, a efetivação da regionalização constitui-se desafiadora na macrorregião norte. No ano de 2019, sob coordenação da Secretaria Estadual de Saúde e com o propósito de estruturar o diagnóstico da região, iniciou-se a construção do Planejamento Regional Integrado (PRI). A participação dos consórcios na elaboração do PRI foi distinta nas diferentes regiões. Para a diretora de um consórcio, em sua região este processo contou *“com a participação de poucos municípios e sem a participação de nenhum representante do consórcio de saúde [...]”* (C2). Segundo ela, se o processo tivesse sido mais horizontal e participativo, *“certamente eles teriam analisado todos os pontos importantes e o diagnóstico teria sido realizado de uma forma mais efetiva”* (C2)

Apesar do PRI ter sido um processo interessante para o fortalecimento da região não atingiu suas potencialidades, sendo interrompido em função da pandemia de covid-19.

[...] a primeira etapa dele era o diagnóstico situacional, a segunda etapa era definição dos problemas prioritários, [...] (ou seja), a partir do diagnóstico situacional a definição dos problemas prioritários para cada região e a terceira etapa era uma etapa de iniciar o processo de detalhamento das ações que seriam desenvolvidas e de mapeamento e reorganização da rede assistencial, e aí a gente nem começou essa etapa, ficamos muito focado mesmo no diagnóstico e nas prioridades (R2)

5.1.3 Papel articulador entre os entes federados

Esse papel de articulador foi lembrado por gestores municipais de diferentes portes e regiões. Para estes gestores os CPS estimulam a articulação entre os municípios, seja para contratação de serviços, compra de insumos ou para contratação de profissionais. Desta forma, *“os CPS conseguem agregar os municípios com necessidades comuns, agindo como facilitador dos Municípios”* (G15)

eles fazem o papel de agregar os municípios, 16 municípios, visando a melhor utilização dos atendimentos, utilização de compras especialmente agora durante a pandemia. Nós fizemos várias compras pelo Consórcio, enfim eu acho que é uma maneira muito fácil para nós que facilita e reduz custos (G15)

[...] os vários municípios se unem para realmente conseguir formar base populacional maior e para que se torne interessante, para que os prestadores realmente prestem serviço para os municípios e seja financeiramente viável. (G7)

Outra articulação importante se dá na mediação entre as esferas estadual e federal, conforme apontado por uma gestora municipal:

O papel dele é fazer essa ponte também em que entre as esferas de governo. Entre o Estado, entre a união, embora tenha a necessidade de ter todo um cuidado para que não sobre carregue somente o município nas questões de saúde (G2)

Apesar do reconhecimento da importância dos consórcios para os municípios consorciados, foram destacados alguns desafios nessa relação.

5.1.4 Desafios da ação consorciada

Um importante desafio para o avanço do consorciamento dos municípios refere-se à sobrecarga do financiamento. Os gestores municipais (tanto de pequenos municípios como os de maior porte) reconhecem uma sobrecarga cada vez maior da gestão municipal para garantir a compra de ações e serviços especializados.

[...] para a gente tomar esse cuidado senão o município além da atenção básica, quando vê a gente acaba assumindo outras ações que não é do nosso. Que seria mais em relação ao estado mesmo. (G2)

[...] no intuito de agregar e subsidiar de alguma forma todas as áreas em que de certa forma o estado não consegue ofertar para os municípios, mesmo sendo o estado responsável pela atenção de média complexidade. Aí vem a questão dos consórcios, onde os municípios muitas vezes, tem que ter um aporte muito considerado mensalmente, independente do porte do município, para poder ter acesso aos serviços de saúde que o estado não supre. (G1)

Corroborando a visão dos gestores municipais sobre o financiamento, um gestor estadual relata que:

[...] município sede detém a gestão da média e alta complexidade e os demais 20 municípios detém a gestão apenas da atenção básica sendo que a média e alta complexidade estão sobre competência do Estado. Isso não significa que eles não custeiem ou realizem ações de média e alta complexidade, mas eles não detêm ou não deveriam fazer isso, uma vez que isso está sob a responsabilidade do estado e de maneira geral essa é a nossa regional. (R2)

Referem ainda que os recursos que recebem de repasse federal se baseiam na tabela SUS, no entanto, os consórcios não conseguem contratar serviços por essa tabela, tendo que ser complementada. Esse complemento do financiamento é feito pelos municípios. Desta forma, cabe destacar que muitas vezes o consórcio acaba contribuindo para o processo de mercantilização da saúde, pois *“os valores referentes ao consórcio são valores acima da tabela SUS uma vez que consórcio ele tem que ir negociar com esses prestadores [...]”* (G1)

Outro desafio, apontado em duas regiões, se refere à extrapolação da atuação da direção do CPS, chegando a ser confundido com um ente federativo. Para o gestor de um município de grande porte,

[...] o consórcio sempre deve pautar-se nas prioridades trazidas pelo Município, [...] a existência do consórcio dá-se em função da junção dos municípios. Então o consórcio não deve consolidar-se como um organismo externo e criar sua própria política para que os municípios façam a adesão. (G5)

Tal pensamento é corroborado pela fala de uma gestora estadual de outra região, pois *“a gente observa que o consórcio acaba discutindo algumas coisas com o município, tomando decisões e apenas comunica (os municípios)”* (R1).

Sobre isso, parte dos gestores revelaram que o consórcio não deve ser considerado um gestor na região de saúde, porém, muitas vezes há confusão neste papel, o que provoca dificuldades até mesmo de entendimento de gestores municipais. Para outro gestor municipal a confusão sobre o papel assumido deve-se à forma de atuação do consórcio:

em determinados momentos talvez se confunde um pouco com um ente federativo, como o município, querendo fazer a gestão, e todas as vezes que o consórcio tem esse entendimento de que é também um gestor de sistema de saúde. É evidente de que ele é o gestor das

suas ações, ele tem que fazer essa gestão, mas a partir do momento que ele se entende, se enxerga como outro gestor dentro de uma região de saúde, isso traz várias dificuldades até mesmo de entendimento para o município (G5).

Essa confusão de papéis entre os atores na região, é apontada pelo gestor de outra regional com outra conotação. Para ele,

Existem algumas iniciativas que tentam colocar outras atribuições para o consórcio, mas isso acho que existe uma confusão de papéis muito grande, pois os atores são essencialmente os mesmos, os secretários de saúde, que são quem direcionam as ações do consórcio são os mesmos da Comissão Intergestores Regional e a Regional de Saúde que tem um assento no consórcio. Agora, o consórcio ele vem se construindo enquanto um espaço gestor e nem sempre as políticas gestadas e gerenciadas pelo consórcio estão de acordo com o que a Regional de Saúde traz da Secretaria de Estado ou de acordo com a CIR [...] (R2)

Na visão de uma gestora regional, para que esse desafio seja superado, “são os gestores em si que devem se fortalecer” e deixar clara a real função do consórcio e “quais os serviços que realmente necessitam” (R1).

No entanto, esse problema pode se manter pela baixa adesão dos gestores municipais nas reuniões deliberativas. Segundo uma gestora essa ausência não acontece devido à falta de convite, “*é ele que participa um pouco menos. Mas, não por falta de espaço ou por qualquer outra questão. É pela demanda mesmo. Tem outras coisas e aí acaba não participando tanto*” (G4). De acordo com um gestor municipal a participação de todos os municípios, independentemente de seu porte populacional, é fundamental para o processo de regionalização.

Nos espaços de pactuação todos os gestores têm o mesmo peso e valor no processo. Nesse sentido,

[...] todos os municípios (devem articipar) sem vaidade, sem essa questão de que olha eu sou maior, eu sou menor, todos os municípios têm a sua importância. O SUS é pactuação e em nenhum momento da pactuação o SUS fala que município que tem mais, o que tem menos, conta a mais ou a menos, é um processo de pactuação e convencimento dentro do cenário de saúde (G5).

Apesar do entendimento que todos os municípios têm importância no processo de deliberação, na prática os pequenos município encontram desafios. Para um gestor

de MPP o município sede detem maior influência na pactuação das ações e os pequenos não conseguem demanda suficiente para implantar ações que necessitam. Já quando há interesse do município polo, sendo o maior município da região, as ações acabam sendo pactuadas.

5.2 Espaços de Governança da ação consorciada na Macrorregião Norte do Paraná

Para melhor abordagem dessa temática os resultados foram organizados em duas categorias:

5.2.1 Espaços e Fluxos Decisórios na ação consorciada

Os espaços de discussão e deliberação sobre as questões regionais vinculadas aos consórcios são: a assembleia geral de prefeitos e o conselho curador. A assembleia de prefeitos, instância máxima de deliberação, conta com um gestor que responde pela presidência e periodicamente são realizadas assembleias para as quais são convidados todos os prefeitos dos municípios consorciados. As assembleias têm o objetivo de deliberar sobre as ações e serviços de saúde que serão ofertados pelos consórcios.

O conselho curador é um espaço de participação dos secretários de saúde dos municípios consorciados e tem caráter consultivo

O conselho de secretários, que é o conselho curador, ele não é deliberativo, ele é consultivo. São cinco secretários titulares e cinco suplentes. Todos os outros podem participar, mas sem direito a voto (G5).

Tem o Conselho Curador que alguns municípios fazem parte. Inclusive deixou em aberto para todos os municípios que queiram participar. Na verdade, acredito que (a reunião) não seja mensal. É feito conforme a demanda. É agendado, mas se precisar fazer mais de uma no mês é feito (G4)

Esse conselho organiza-se por meio de um grupo de Whatsapp, e tem o objetivo de realizar discussões técnicas, oriundas de demandas do próprio consórcio ou de gestores de municípios consorciados.

“Toda a demanda que os secretários têm de novas necessidades, o que não

está dando certo, a gente tem toda a liberdade para estar discutindo nesse grupo (de Whatsapp)” (G4). Para o gestor de um município sede de consórcio, apesar de não ter caráter deliberativo, o conselho de secretários teria condição técnica de propor diretrizes para o consórcio e discutir as prioridades para, a partir daí, realizar um planejamento visando suprir suas necessidades.

Eu acho que esse fórum ele teria essa condição técnica de propor as diretrizes para o consórcio e discutir o que é prioridade baseado no entendimento e no que a gente consiga juntar de todos os 21 municípios, analisados em uma reunião de planejamento (G5).

Apesar de os secretários de saúde não serem membros do espaço deliberativo, uma gestora ressalta que em sua região eles são convidados a participar da assembleia de prefeitos, pois possuem conhecimento situacional da saúde. Esta maior apropriação dos secretários auxilia os prefeitos na tomada de decisões para ações e serviços de saúde de uma maneira consciente, de acordo com a necessidade do município e não influenciado apenas por escolhas políticas.

[...] manda o convite e assim na medida do possível o secretário e a equipe acabam acompanhando (o prefeito) para auxiliar nas decisões maiores, se for para ampliar serviços ou qualquer outro custo ou qualquer outra situação para aprovar consciente e não politicamente uma coisa que vai ser boa para a região. Porque às vezes o serviço não vai impactar tanto o município diretamente e sim a região.(G4)

Principalmente eu sempre participo quando tem assembleia dos prefeitos. A maioria dos prefeitos aqui da nossa região acaba solicitando a participação do secretário também para ter o ponto de vista de quem está ali na ponta mesmo, atendendo o usuário.(G2)

No entanto, essa participação dos secretários de saúde na assembleia de prefeitos não é uniforme em todas as regiões. Uma gestora municipal critica o fato do conselho de prefeitos ser deliberativo enquanto é o secretário de saúde que faz a gestão da saúde. Refere que em sua região o secretário não participa das assembleias do consórcio, nem como apoio técnico ao prefeito. *“Eles fazem a reunião deles só deles, o secretário não participa, então tem decisões que eles tomam equivocadas, porque eles fazem a parte política da coisa, eles não são técnicos”* (G8). Ainda para a gestora os secretários desconhecem sua real importância, pois não visualizam que são eles que fazem a gestão da saúde e desta forma teriam que

orientar os prefeitos.

Em outra região também ocorrem as reuniões do conselho curador e da assembleia de prefeitos, e a maioria dos gestores dessa região também referem a participação do representante estadual e do CRESEMS na assembleia dos prefeitos. Também há participação da coordenação do consórcio nas reuniões do CRESEMS e, segundo a maioria dos gestores, todas as decisões são tomadas conjuntamente.

Outros espaços importantes de discussão e deliberação de questões regionais são as reuniões do Conselho Regional de Secretarias Municipais de Saúde (CRESEMS) e da Comissão Intergestores Regional (CIR), também denominada de bipartite regional no Paraná. Os representantes do consórcio quando solicitados também participam destas reuniões, para troca de experiências e esclarecimentos de dúvidas. Para uma gestora estadual *“a regional (participa) às vezes junto com o Cresems, que são Conselhos Regionais de Secretários Municipais de Saúde, e as decisões são tomadas conjuntamente”* (R5).

Em duas regiões da macrorregião norte, as deliberações sobre o Consórcio de Saúde ocorrem nas reuniões do CRESEMS e da CIR, e os representantes dos consórcios participam dessas reuniões. O fluxo adotado é *“assim: o município solicita, vai para reunião de CRESEMS, o secretário coloca, aprova-se no CRESEMS, nós vamos para reunião da CIB (regional), a CIB delibera”* (C4).

De acordo com um representante do consórcio, o CRESEMS foi fundamental para a sua criação, que ocorreu devido a articulação do conselho de secretários com os gestores municipais da região.

[...] a reunião do CRESEMS, que é a do Conselho Regional dos Secretários Municipais e, geralmente o consórcio, a coordenadora do consórcio da nossa região, participa da nossa reunião. Participa também, para ver a nossa demanda da nossa discussão do dia a dia pra ver o que eles podem fazer pra melhorar o trabalho, o sistema deles (G16)

Em uma região de saúde, por iniciativa do consórcio, foram instituídas reuniões dos municípios em pequenos grupos, conforme o porte populacional. Os secretários de cada grupo de municípios são chamados para discutir as necessidades de seus territórios, e esse agrupamento ocorre devido à similaridade de problemas e demandas de acordo com cada tamanho populacional e territorial. Do grupo 1, chamado pelo CPS de G1, participa apenas o maior município e sede do consórcio,

do grupo denominado G3 são três municípios sede de microrregiões e o último grupo, qualificado como o G17 é um grupo de gestores de 17 municípios que têm até 20 mil habitantes. Segundo uma representante municipal que participa do G3, essa conformação auxilia discussão dos municípios com necessidades similares e com isso a busca de soluções que atenda o conjunto desses municípios.

[...] então a gente acaba chamando ali dentro do consórcio que é o G3, [...]a base populacional acaba tornando-se um pouco mais parecida também, são características ainda próximas. Então o consórcio consegue articular para que haja uma discussão e sempre um maior envolvimento de toda a região, para que a gente busque alternativas para os problemas (G7).

Para uma gestora de pequeno município, essa forma de organização dos municípios de acordo com o porte populacional, adotada pelo consórcio, possibilitou aos *“municípios de pequeno porte terem voz, estão impondo-se um pouquinho”* (G8)

5.2.2 Instrumentos de Pactuação

O instrumento de pactuação mais citado pelos entrevistados foi o contrato de rateio, que seria a forma de financiamento para manter o funcionamento do consórcio, sendo contabilizado de maneira per capita pelos municípios, ou seja, de acordo com o número de habitantes em cada município. *“Então a gente tem um contrato de rateio e eles pagam valor per capita mensal, que é para manutenção da administração, então, o que que é pago com esse contrato de rateio é a parte dos funcionários”* (R3). Outra gestora municipal refere que *“[...] tem um contrato de rateio, uma manutenção que a gente paga anualmente para o consórcio”* (G3).

Também existem outros contratos de projetos específicos, em que nem todos os municípios consorciados participam, cujo objetivo é de atender as necessidades de consultas e exames de cada município, conforme apontado no excerto:

[...] a oferta desse exame aí é por base populacional e ainda tem o contrato de exames que o município ele paga pelo exame que ele fizer, exemplo, tem uma fila aqui de 50 raios-x, não sei quantos ultrassons, exames de análises clínicas né?!, então se ele vai fazendo isso por mês e ele no fim do mês fecha uma fatura né?!, o que ele consumiu ali, ele paga né?!, isso aí é a parte do contrato. Tem a parte do rateio, que uma quantidade de exames que é dividido mesmo pela base populacional, e os exames que eles são originados das consultas

especializadas, esse aí, faz parte do pacote vamos dizer assim, já é agendado internamente pelo consórcio. (G6)

Desta forma, a maioria dos gestores referiram que os municípios muitas vezes realizam compras de serviços a mais, devido à grande demanda. *“Nós temos hoje o que é a oferta pelo teto e temos também um contrato de exames que seria o convênio, então esse contrato de exames é o município que vai dizer o quanto que ele quer dispor de recursos para pagar”* (G7). Assim, para outra gestora, tem o *“contrato de rateio dos atendimentos normais e do extra-cota que o município assume”* (G11). Uma gestora municipal explica sobre o significado do extra-cota: *“Cota é tudo dentro da mensalidade do valor específico, uma quantidade “x”; e extra-cota é tudo que a gente paga extra daquele valor da mensalidade, é um custo a mais”* (G9).

O consórcio também realiza contratualizações com o governo estadual, *“então através do Estado a gente recebe o valor que faz a parte da manutenção do atendimento do consórcio, além do contrato de rateio com os municípios”* (C5). Segundo uma representante do consórcio *“quando a gente fala do dinheiro estadual, é o COMSUS”* (C6). Sendo o COMSUS responsável por algumas linhas de atenção à saúde, com o a rede mãe paranaense,

[...] a gente quer trabalhar enquanto região de saúde, a gente tem que trabalhar articulado. [...] o COMSUS que financia boa parte do recurso financeiro dessa linha de cuidado [...]. Então, nas avaliações do COMSUS a gente discute as fragilidades. E a gente, assim sempre tem procurado levar junto das avaliações, a coordenadora da atenção primária da regional [...] (R1)

Outro instrumento citado apenas por uma representante de consórcio foi o Plano de Ação Conjunta de Interesse Comum (PLACIC), realizado nas assembleias do consórcio, visando um planejamento anual das ações e serviços, para ver *“se eles querem manter ou diminuir alguma coisa”* (C4).

No entanto, a representante também critica a falta de interesse demonstrado pelos gestores ao longo dos anos pelo processo de planejamento das atividades desenvolvidas pelo consórcio na região.

A gente manda o PLACIC para os secretários com no mínimo um mês de antecedência para que eles conversem com os prefeitos, com os contadores para ver se eles querem alguma alteração. Aí, se tiver alteração, eles demandam a alteração e aí, no dia da votação a gente coloca a alteração solicitada em votação. Só que por experiência,

nesses vinte anos eu não vi eles colocarem nada de diferente. Ou porque a gente discutiu muito ao longo do ano, ou porque [...] o município nem vê, nem olha o nosso orçamento (C4).

6. DISCUSSÃO

Ao analisar os resultados deste estudo fica evidente a concepção de que o CPS se constituem em um prestador de ações e serviços de saúde, mesmo sendo verificado a ampliação de funções dos CPS, auxiliando até mesmo no pacto federativo. Segundo Nicoletto, Cordoni e Costa (2005) o CPS são mecanismos viáveis para potencializar a assistência médico especializada, por meio de contratação e inserção de especialistas. A percepção de alguns gestores da Macrorregião Norte do Paraná, manifesto em outro estudo, realizado em 2015, era de que os consórcios exerciam apenas a função de mediar a contratação de serviços de MAC, não alcançando a integração da assistência entre diversos pontos de atenção, resultando na oferta insuficiente em algumas áreas (PINAFO et al; 2020).

O protagonismo dos municípios no processo de descentralização foi evidente, o que ficou conhecido como municipalização, sendo eles os entes responsáveis pela oferta e distribuição dos serviços de saúde. Os estados por outro lado, foram perdendo suas funções executivas e organizativas nesse processo. Devido a essas condições os municípios encontraram como solução para garantir o acesso dos munícipes aos serviços de MAC, a formação de cooperação intermunicipal por meio de Consórcios Públicos de Saúde (NEVES, RIBEIRO, 2006).

A participação do CPS auxilia no fortalecimento do federalismo cooperativo, proporcionando um aumento na autonomia dos entes consorciados para a produção de políticas públicas de saúde. Segundo Flexa e Barbastefano (2020) os CPS contribuem para a reafirmação dos municípios como entes autônomos, sendo uma organização para suprir as necessidades de coordenação. A integração entre os governos, contribuem para a cooperação horizontal e para a organização dos serviços de saúde nas regiões por meio de um compartilhamento de interesses com a tomada de decisões por parte dos gestores municipais, considerando a especificidade do pacto federativo brasileiro (BOTTI et al, 2013; ROCHA, 2016).

Um fator apontado como limitador para o avanço da regionalização foi o financiamento insuficiente. Estudos apontam que, apesar da composição do financiamento da saúde ser tripartite, tem havido uma redução proporcional dos gastos em saúde pelo governo federal e um concomitante aumento de investimentos em saúde pelo ente municipal. No ano 2000, o ente federal participou com 59,8% do gasto público em saúde, passando para 42,1% em 2019, enquanto a participação dos

municípios passou de 21,7% para 31,4% no mesmo período (PIOLA, et al, 2013, SERVO et al, 2020). Essa redução proporcional de gastos em saúde pelo governo federal, fez com que os municípios, responsáveis diretos pela execução das ações e serviços públicos de saúde, investissem muito mais que os 15% definidos em lei.

Essa situação faz com que os municípios estejam com suas fontes de financiamento esgotadas, devido a grande responsabilização destes na oferta e garantia de acesso aos serviços de saúde, associado a pouca racionalidade e equidade no gasto estadual e a um subfinanciamento federal (VIANA, IOZZI, 2019).

Há evidência de que houve avanço no papel exercido pelos CPS na região, tendo em vista a manifestação de gestores de que o consórcio constitui-se em um ponto de apoio à regionalização, devido ao seu poder de articulação, e de que auxiliam na organização da RAS. Neste sentido os CPS são aliados da secretaria estadual de saúde nesse processo.

A regionalização evita sobrecarga dos municípios, pois trabalha de acordo com a capacidade dos diversos atores, otimiza o serviço de saúde e o referenciamento dos pacientes entre os municípios (FLEXA, BARBASTEFANO; 2020). Ou seja, é visto como um instrumento para a organização e gestão do SUS, pois auxilia os municípios em suas necessidades e carências na implantação de ações em saúde (LIMA; 2013).

Para Leal e colaboradores (2019), os consórcios têm autonomia para construir parcerias, colaborar como planejamento regional e promover a cooperação intergovernamental e ainda conciliar interesses difusos dos gestores (LEAL et al; 2019). Ou seja, para além da oferta de ações e serviços, o consórcio também desempenha função mediadora com outras instâncias de governo (NEVES, RIBEIRO, 2006) e desta forma, se torna um importante espaço para o fortalecimento do pacto federativo.

No entanto, verificou-se que o entendimento acerca do papel exercido pelo CPS não é unânime entre os pesquisados. Para alguns gestores o consórcio, muitas vezes, coloca-se em posição de gestor, propondo e promovendo ações de saúde sem a devida discussão com os gestores de fato. Apesar da confusão, cabe pontuar que o CPS não pode ser considerado um ente federado, pois é uma instituição pública, dotada de autonomia administrativa, política, tributária e financeira. Diante disso, configura-se como uma modalidade de gestão descentralizada com o objetivo de contemplar as demandas dos entes consorciados (GADELHA, 2017; SILVA, 2021).

Os principais espaços e atores citados no processo decisório em relação ao

planejamento regional vinculado aos CPS são os conselhos de prefeitos, mas os secretários auxiliam o gestor municipal com apontamentos técnicos, visando ultrapassar as barreiras políticas e focando na necessidade de saúde da região. Segundo Domingos, Ferraz e Carvalho (2019) os atores que participam do processo de governança da média complexidade são divididos em atores governamentais e atores de mercado. Os atores governamentais são aqueles que participam da negociação federativa, podendo ser citados os secretários de saúde, prefeitos, representantes da Secretaria Estadual de Saúde, apoiadores do Conselho de Secretarias Municipais de Saúde (COSEMS), deputados e representantes do legislativo estadual. Os atores de mercado são representados por prestadores privados e filantrópicos que atuam de acordo com interesses financeiros.

Diversos espaços para a articulação da governança regional foram apontados pelos entrevistados como possíveis arenas de negociação e pactuação: a assembleia de prefeitos, o conselho curador, o CRESEMS e a CIR. Outros espaços de governança regional, apontado por Domingos, Ferraz, Carvalho (2019), são as Câmaras Técnicas, de avaliações do Programa de Apoio e Qualificação de Hospitais Públicos e Filantrópicos (HOSPSUS) e do Programa de Apoio do Estado do Paraná aos Consórcios Municipais de Saúde (COMSUS). Na esfera estadual, foram citadas por essas autoras as reuniões do COSEMS e as reuniões da Comissão Intergestores Bipartite (CIB) e na instância federal, mencionou-se a Comissão Intergestores Tripartite (CIT).

Muitos estudos reconhecem a potencialidade da CIR como a principal estratégia de governança regional e fortalecimento da regionalização, pois trata-se de um canal permanente e contínuo de negociação entre os municípios e estados, entes que estão mais próximos dos usuários e conhecem melhor a necessidade da população (NOGUEIRA, OLIVEIRA, COSTA; 2021). A CIR se constitui um espaço importante para a resolução de conflitos, os embates são resolvidos por meio de diálogo e a articulação dos diferentes atores que participam do processo (PEREIRA et al, 2020).

A baixa adesão dos gestores nas reuniões decisórias foi apontada como um desafio a ser superado. A ausência dos gestores dificulta a eficiência do processo de regionalização e a busca de benefícios para a região. Segundo Domingos, Ferraz e Carvalho (2019) a falta dos gestores nas reuniões diminui a capacidade de modificar as regras existentes nesses espaços. Alguns motivos, elencados por pesquisadores

desta área, para a baixa adesão são: a dificuldade em obter consensos, o baixo interesse na regionalização, a competitividade por recursos e a influência da política partidária (VIANA, IOZZI, 2019; MELLO et al; 2017). A baixa autonomia dos secretários, a incipiência técnica, falta de comunicação e argumentação interfere na assiduidade dos gestores, a falta de conhecimento e de interação comunicativa dificulta a construção de acordos e propicia uma comunicação confusa e pouco objetiva (CARVALHO, NICOLETTO, NUNES, 2019; DOMINGOS, FERRAZ, CARVALHO, 2019).

A facilidade de comunicação com mensagens on-line foi citada pelos participantes desta pesquisa auxilia no compartilhamento de demandas e na convocação para novas reuniões. As plataformas on-line são importantes ferramentas que tornam mais rápidas a comunicação, disseminação de informações, articulação e a resolução de problemas entre os gestores e técnicos de saúde, sendo um importante instrumento o aplicativo WhatsApp (PEREIRA et al; 2020).

Outro importante resultado deste trabalho foi a criação de grupos de identidade territorial, ou seja, conformações de acordo com suas características e porte populacional que facilitam a governança de acordo com a realidade de cada município. Como uma instituição criada pelos municípios, o consórcio deve ter um olhar ampliado sobre as diferentes demandas e problemas que municípios de diferentes portes enfrentam e assim estruturar serviço de saúde adequado a cada municípios e microrregião. A divisão em grupos se justifica, pois, o posicionamento e cooperação entre os MPP e de maior porte são diferentes quando colocados na mesma arena de pactuação. A divisão em grupos de identidade territorial auxilia na cooperação e aproximação dos gestores com as mesmas semelhanças populacionais (SILVA; 2021).

7. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O processo de regionalização na macroregião estudada está em permanente processo de construção e com inúmeros desafios a serem enfrentados como a pandemia, o aporte financeiro insuficiente, a polarização entre o federalismo cooperativo e o federalismo competitivo, em que ao mesmo tempo em que se exige esforços compartilhados entre os entes, também há disputa por recursos e benefícios individuais. Nesse contexto os CPS têm contribuído para o avanço do processo.

Na Macrorregião Norte do Paraná foram identificados diversos papéis desempenhados pelos consórcios, desde se constituir como ferramenta dos municípios para viabilizar a oferta de ações e serviços de saúde (consultas, exames especializados, e durante a pandemia compras conjuntas de EPI, contratação de profissionais para os Centros de atendimento à COVID-19), como seu importante papel para fortalecer as redes de atenção à saúde e a regionalização e ainda seu papel articulador entre os entes federados.

No entanto, destacam-se alguns desafios da ação consorciada que necessitam ser superados, dentre eles à sobrecarga dos municípios quanto ao financiamento, tendo em vista a retração no aporte financeiro, especialmente do entes federal, bem como o fortalecimento da mercantiliação da saúde, ocasionada pela compra de serviços pelos CPS a preços de mercado. Outro desafio refere-se à extrapolação da atuação da direção do CPS, chegando a ser confundido com um ente federativo por alguns gestores municipais e ainda o sentimento de menor valor dos MPP frente aos municípios sede quando da tomada de decisões compartilhadas.

Apesar desse sentimento por parte de alguns gestores, é reconhecida a viabilização de espaços decisórios com objetivo de estabelecer a cooperação entre os entes e o compartilhamento de interesses. Há também o estabelecimento de reuniões de grupos de municípios de acordo com seu porte populacional, o que propiciou uma maior participação e protagonismo dos pequenos municípios.

Na análise dos resultados, duas questões merecem destaque: a atuação da direção do CPS, muitas vezes se confundindo com o papel do gestor, por proporem e aderirem a ações e serviços de saúde, com pouca discussão com gestores municipais, e a ampliação da compra de serviços de saúde por meio da terceirização. Sobre estas temáticas foi possível verificar a falta de estudos. Nesse sentido, faz-se

necessária um maior aprofundamento destas questões, a fim de auxiliar os gestores a compreenderem seu papel e importância de sua participação efetiva nos processos decisórios, bem como das consequências da atuação dos CPS para o fortalecimento da mercantilização da saúde.

O percurso metodológico limitou o estudo, por realizado em uma Macrorregião do Paraná. No entanto pela extensão e heterogeneidade entre as cinco regiões que compõem esta macrorregião, é possível que existam características semelhantes a outras regiões do país.

Outro fator limitante foi a entrevista ser direcionada aos gestores municipais, estaduais e representantes de consórcios, ocasionando a falta de perspectiva do ente federal, bem como da população usuária sobre o papel dos CPS na Macrorregião Norte. A esse respeito, constatou-se a falta de controle social nos espaços decisórios sobre os CPS na Macrorregião Norte e a não participação de representação do ente federal nos espaços de pactuação estudados.

Conclui-se que a instituição de CPS entre os entes municipais pode contribuir para que o federalismo cooperativo se efetive, com descentralização federativa e mantendo a autonomia entre os entes. Desta forma, a existência dos CPS contribuem para a superação de alguns dos dilemas federativos, auxiliando no equilíbrio entre autonomia e compartilhamento de autoridade pelos entes, assim como na de coordenação e cooperação. Os CPS também podem contribuir para que a regionalização efetive-se, por meio de um processo dinâmico de cooperação e de articulação desde que os gestores envolvidos no processo de governança regional se fortaleçam e exerçam seu papel gestor.

REFERÊNCIAS

ABRUCIO, Fernando, Luiz. **Reforma política e federalismo**. In: BENEVIDES, M.V.; KERCHÉ, F.; VANNUCHI, P. (Org.) Reforma Política e Cidadania. São Paulo: Editora Fundação Perseu Abramo, 2003. p. 225 - 243.

ALBUQUERQUE, Mariana Versi.; VIANA, Ana Luiza d'Ávila. **Perspectivas de região e redes na política de saúde brasileira**. Saúde Debate, 39 (n. spe): 28 - 38, 2015.

ANDRADE et al. **Bases da Saúde Coletiva**. 2. Ed. Ver. E ampl. Londrina: Eduel, 2017.

BERTONE, Arnaldo Agenor. **Consórcios Intermunicipais de Saúde: uma estratégia rumo à regionalização**. Divulg. Saúde Debate; (16): 36 - 39, dez.1996.

BOTTI, Cristina Santos et al. **Regionalização dos Serviços de Saúde em Mato Grosso: um estudo de caso da implantação do Consórcio Intermunicipal de Saúde da Região do Teles Pires, no período de 2000 a 2008**. Epidemiol. Serv. Saúde, Brasília , v.22, n.3, p .491 - 500, set. 2013.

BRANDÃO, C. **Pacto federativo, reescalonamento do Estado e desafios para a integração e coesão regionais e para legitimar políticas de desenvolvimentos regional no Brasil**. In: BRANDÃO, C.; SIQUEIRA, H. (organizadores). Pacto federativo, integração nacional e desenvolvimento regional. São Paulo: Editora Fundação Perseu Abramo, 2013. p.163 - 174.

BRASIL.Constituição, 1988. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília, DF: Centro Gráfico de Senado Federal.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Regionalização Solidária e Cooperativa**. Secretaria Executiva. Departamento de Apoio à Descentralização Coordenação de Integração Programática/ Ministério da Saúde, Secretaria Executiva, Departamento de Apoio à Descentralização. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Conselho Nacional de Secretários de Saúde (Brasil)**; Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (Brasil). Orientações tripartite para o planejamento regional integrado. Brasília; Conas; [2018]. 21 p.

CARVALHO, Andre Luis Bonifácio; JESUS, Washington Luiz de Azevedo; SENRA, Isabel Maria Vilas Boas. Regionalização no SUS: processo de implementação, desafios e perspectivas na visão crítica de gestores do sistema. **Ciência & Saúde Coletiva**, 22 (4):1155 -1164, 2017.

CARVALHO, Brígida Gimenez de; NICOLETTO, Sonia Estefano; NUNES, Elisabete de Fátima Polo de Almeida. O Jogo Social dos atores na Gestão Federativa em Saúde. **Revista Gerencia y Políticas de Salud**. 2019.

Comissão Intergestores Tripartite (CIT). Resolução nº 37, de 22 de março de 2018. Dispõe sobre o processo de Planejamento Regional Integrado e a organização de macrorregiões de saúde. Brasília. Diário Oficial da República Federativa do Brasil. Seção: 1, pág: 135.

Confederação Nacional de Municípios - CNM Consórcios Públicos Intermunicipais: Uma Alternativa à Gestão Pública - Brasília: CNM, 2016.

Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde. **Regionalização da saúde**. Posicionamentos e orientações. Brasília. 2019.

DOMINGOS, Carolina Milena, FERRAZ, Edinalva de Moura e CARVALHO, Brígida Gimenez. **Governança das ações e serviços de saúde de média complexidade em uma região de saúde**. Saúde em Debate. 2019, v.43, n. 122 pp. 700 - 711

FLEXA, Raquel Gonçalves; BARBASTEFANO, Rafael Garcia. **Consórcios públicos de saúde: uma revisão da literatura**. **Ciência & Saúde Coletiva**, 25 (1): 325 - 338, 2020.

GADELHA, Sergio Ricardo de Brito. **Introdução ao Federalismo e ao Federalismo**

Fiscal no Brasil. Enap, 2017

GRANATO, Leonardo. Consórcios Públicos Intermunicipais: características e potencialidades. **Rev. Adm. Municipal**; 286: 26 - 33, jun. 2016.

LEAL, Eliane Maria Medeiros et al. Razões para a expansão de consórcios intermunicipais de saúde em Pernambuco: percepção dos gestores estaduais. **Saúde Soc** ;28(3):128 - 142, jul.- set. 2019.

LIMA, Ana Paula Gil. Os Consórcios Intermunicipais de Saúde e o Sistema Único de Saúde. **Cad.Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 16 (4): 985 - 996, out-dez, 2000.

LIMA, LD. **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. pp. 73-139. ISBN 978-85-8110-017-3. Acesso 27/11/2021.

LIMA, Luciana Dias; QUEIROZ, Lúcia de Fátima Nascimento. **O processo de descentralização e regionalização do SUS no contexto do Pacto pela Saúde.** In: MACHADO CV, BAPTISTA TWF, LIMA LD, org. Políticas de saúde no Brasil: continuidades e mudanças. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2012. p.229 - 251.

LIPJPHART, A. **Modelos de democracia: desempenho e padrões de governo em 36 países.** Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2013. p.213 - 225.

LINHARES, Paulo Tarso; CUNHA, Alexandre. **Brasil em Desenvolvimento 2010: Estado, Planejamento e Políticas Públicas.** V. 3. Série Brasil: o Estado de uma Nação Cidade Brasília; Editora Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (Ipea), 2010.

MARTINS, Joel; BICUDO, Maria Aparecida Viggiani. **A pesquisa qualitativa em**

Psicologia: fundamentos e recursos básicos. São Paulo: Educ/Moraes,1989.

MELLO, Guilherme Arantes et al. O processo de regionalização do SUS: revisão sistemática. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2017, v. 22, n. 4

MENDONÇA, Fernanda Freitas; ANDRADE, Silvia Karla Azevedo Vieira. **Consórcio Público de Saúde como arranjo para relação federativa e o processo de regionalização**. *Redes*, Santa Cruz do Sul. v.23. n.3. p.206 – 224. Setembro - dezembro, 2018.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**.11 ed. São Paulo: Hucitec. 2008.

NEVES, Luiz Antonio; RIBEIRO, José Mendes. **Consórcios de saúde: estudo de caso exitoso**. *Cad.Saúde Pública*. 2006.

NOGUEIRA, Maria Sônia Lima, OLIVEIRA, Lucia Conde de, COSTA, Liduína Farias Almeida. Comissão Intergestores Regional como mecanismo de governança da política de saúde no Ceará. *Saúde Debate*. Rio de Janeiro, v. 45. Nº 129. p. 263 - 274. Abr - Jun 2021.

NICOLETTO, Sônia Cristina; CORDONI, Luiz Jr.; COSTA, Nilson do Rosário. **Consórcios Intermunicipais de Saúde: a caso do Paraná**. *Cad. Saúde de Pública*. Rio de Janeiro. 21(1): 29 - 38. Jan - Fev. 2005.

NORONHA, José Carvalho, PEREIRA, Telma Ruth. **Princípios do Sistema de Saúde Brasileiro**. 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. pp.19 - 32.

OUVERNEY, Assis Mafort, RIBEIRO, José Mendes e MOREIRA, Marcelo Rasga. O COAP e a Regionalização do SUS: os diversos padrões de implementação nos estados brasileiros. *Ciência & Saúde Coletiva* [online]. 2017. v. 22, n. 4. [Acessado

em 28 Dezembro 2021], pp.1193 - 1207.

PARANÁ. Secretaria de Estado da Saúde do Paraná. **Plano Estadual de Saúde Paraná 2016 -2019**. — Curitiba: SESA. 2016. 200p.

PARANÁ. Secretaria de Estado da Saúde do Paraná. **Plano Estadual de Saúde Paraná 2020 – 2023** — Curitiba: SESA. 2020.

PEREIRA et al. Regionalização em saúde em Minas Gerais: uma análise da percepção dos representantes de Comissões Intergestores Regionais. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*. Rio de Janeiro. vol. 30 (1). E 300117. 2020.

PINAFO, Elisangela; NUNES, Elisabete de Fátima Polo de Almeida; CARVALHO, Brígida Gimenez; MENDONÇA, Fernanda de Freitas; DOMINGOS, Carolina Milena; SILVA, Camila Ribeiro. Problemas e estratégias de gestão do SUS: a vulnerabilidade dos municípios de pequeno. *Ciênc. Saúde Colet*; 25 (5):1619 -1628. 2020.

PIOLA, Sérgio F et al. **Financiamento Público da Saúde: uma história à procura de rumo**. Brasília. DF: Ipea; 2013. (Texto para Discussão nº.1846). Disponível em: http://repositorio.ipea.gov.br/bitstream/11058/1580/1/TD_1846.pdf

RIBEIRO, José Mendes; COSTA, Nilson do Rosário. Regionalização da Assistência à Saúde no Brasil: Os consórcios Municipais no Sistema Único de Saúde (SUS). **Planejamento e Políticas Públicas**. Nº22. Dez de 2000.

RIBEIRO, Patrícia Tavares, TANAKA, Oswaldo Yoshimi, DENIS, Jean-Louis. Governança Regional no Sistema Único de Saúde: um ensaio conceitual. **Ciência & Saúde Coletiva** [online]. 2017, v. 22, nº. 4, pp. 1075 -1084.

ROCHA, Carlos Vasconcelos. A cooperação federativa e a política de saúde: o caso dos Consórcios Intermunicipais de Saúde no estado do Paraná. **Cad. Metrop.**, SãoPaulo, v.18, nº.36, pp.377 – 399. Jul- 2016.

SALGADO, Valéria Alpino Bigonha. **Consórcios Públicos Intermunicipais no**

âmbito do SUS - Aspectos Básicos. Brasília: Ministério da Saúde, 2014.
Disponível em: <<https://pdfslide.tips/documents/consorcios-publicos-intermunicipais-no-ambito-do-sus-consorcios-publicos.html>> acesso em 09/05/2020.

SANTOS, Lenir; CAMPOS, Gastão Wagner de Souza. SUS Brasil: a região de saúde como caminho. **Saúde Soc.** São Paulo. v.24. nº.2. p.438 – 446. 2015.

SCATENA, João Henrique Gurtier; TANAKA, Oswaldo Yoshimi. Os instrumentos normalizadores (NOB) no processo de descentralização da saúde. **Saúde e Sociedade** [online]. 2001, v. 10, nº. 2 [Acessado em 30 Novembro 2021] . pp.47 - 74. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S0104-12902001000200005>>.

SERVO, Luciana Mendes Santos, et al. Financiamento do SUS e Covid-19: histórico, participações federativas e respostas à pandemia. **Saúde Debate.** v.44. nº.especial 4, P.114 -129. 2020

SILVA, João Felipe Marques. **Regionalização e Cooperação nas Estratégias de Contratualização no SUS.** Tese (Doutorado em Saúde Coletiva). Universidade Estadual de Londrina. Londrina, 2021.

SOUZA, C. M. Coordenação, uniformidade e autonomia na formulação de políticas públicas: experiências federativas no cenário internacional e nacional. **Cad. Saúde Pública,** 35 (supl. 2): e00046818, 2019. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/csp/v35s2/1678-4464-csp-35-s2-e00046818.pdf>. Acesso em Dez.2021.

SOUZA, Cesar Donisete Santos; SANTOS, Alethele de Oliveira. Os desafios da regionalização do SUS no contexto federativo brasileiro. **Cad. Ibero-Amer. Dir. Sanit.,** Brasília,7 (2):29 - 47,abr/jun, 2018.

VIANA, Ana Luiza d'Ávila; IOZZI, Fabiola Lana. Enfrentando desigualdades na saúde: impasses e dilemas do processo de regionalização no Brasil. **Cadernos de Saúde Pública,** 35 (Suppl.2), 2019.

APÊNDICE A - Roteiro de entrevista com Dirigentes dos Consórcios Públicos de Saúde, Gestores estaduais e municipais de saúde; Presidente do CRESEMS:

Município _____; RS _____

Nome: _____ DN: ____/____/____

Função: _____

Tempo que atua na função:

Experiência anterior em gestão (cargo ocupado e por quanto tempo):

Escolaridade/Formação:

Questões Dirigentes de Consórcios:

- a) Como se organiza o Consórcio Público de Saúde na região (estrutura/ órgãos deliberativos/ órgãos consultivos)?
- b) Qual missão deste Consórcio? Por que ele foi criado?
- c) Fale sobre a evolução da atuação do consórcio nos últimos 15/ 20anos? (ou desde quando atua no CPS)
- d) Me fale sobre o processo de regionalização nesta região?
- e) Que papel os consórcios desempenham no processo de regionalização?
- f) Como são tomadas as decisões sobre a implantação de ações e serviços pelo CPS na região? Quem participa das decisões? (Comente sobre: estratégias, fluxos decisórios, instrumentos e ações desenvolvidas, regulação).
- g) Como é elaborado o planejamento anual para o CPS? (Como são identificados os problemas, como são planejadas as ações a serem desenvolvidas e instrumentos utilizados, quem participa e de que forma)?
- h) Como é feito o rateio das despesas? Como tem sido a participação dos municípios, estado e União neste processo?
- i) Os programas/ações/serviços desenvolvidos pelo CPS conseguem atender as necessidades de todos municípios? Como avalia isso?

j) Qual a importância do CPS para a implantação da política materno-infantil na região de saúde?

k) Como o CPS atua frente à linha materno-infantil com os entes federados consorciados (atividades desenvolvidas, o planejamento, regulação e financiamento das ações MI na região)?

l) Que dificuldades o CPS enfrenta para a organização da rede de atenção na região?

m) Como avalia os cuidados materno-infantis desenvolvidos pelo CPS?

Questões aos Gestores Municipais:

a) Que papel o CPS desempenha no sistema de saúde de seu município? (serviços ofertados/ utilizados)?

b) E para a região, que papel o CPS desempenha? (serviços ofertados/ utilizados)?

c) Além da oferta de ações e serviços o CPS desempenha algum outro papel? Qual(is)?

d) Como é a relação do município com o CPS? Como esta relação se estabelece (participa de algum fórum, comissão, conselho)?

e) Como o município fica sabendo de um novo serviço desenvolvido pelo CPS? Como é feita a pactuação sobre a oferta e o rateio das despesas? (O município participa das decisões? Comente sobre: estratégias, fluxos decisórios, instrumentos utilizados no monitoramento e avaliação de ações e serviços, regulação)

f) Em sua opinião, houve mudança no processo de trabalho do município com o CPS ao longo dos anos? Se sim. Comente sobre que mudanças ocorreram

g) Tem alguma necessidade de seu município que o CPS poderia suprir?

h) Seu município possui alguma dificuldade para acessar os programas/ações e serviços desenvolvidos pelo CPS?

i) Os programas/ações/serviços desenvolvidos pelo CPS conseguem atender todas as suas necessidades? Como avalia isso?

j) Que papel o Consórcio Público de Saúde (CPS) desempenha junto ao seu município para a implantação das Redes de Atenção à Saúde – em especial a linha materno-infantil?

k) Quais dificuldades seu município enfrenta para garantir a oferta integral da linha materno-infantil? Como o CPS contribui frente a estes problemas?

l) Como é o acesso de seus municípios às ações/serviços referentes à linha maternoinfantil desenvolvidas pelo CPS?

m) Como avalia os cuidados maternoinfantis desenvolvidos pelo CPS?

Questões aos Gestores das Regionais de Saúde/CRESEMS:

a) Fale sobre esta região de saúde.

b) Como está o processo de regionalização nesta região?

c) Que papel os CPS desempenham no sistema de saúde da região?

d) A regional/representante CRESEMS participa de algum espaço/fórum de discussão/decisão sobre a atuação do CPS no processo de regionalização e na governança da linha maternoinfantil?

e) Como é a relação da regional/CRESEMS com o CPS? Como esta relação se estabelece (participa de algum fórum, comissão, conselho)?

f) Como se dá a participação do CRESEMS e da Regional na programação, organização e desenvolvimento das ações pelo CPS na Linha MI?

g) Que papel o CPS tem desempenhado na organização e governança da linha maternoinfantil?

h) Quais são as dificuldades encontradas para a governança da linha de cuidados maternoinfantil na região?

i) Como avalia a cooperação entre os municípios da região por meio do CPS para a organização da linha de cuidados maternoinfantil?

APÊNDICE B - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

TÍTULO DO SUBPROJETO: A participação dos Consórcios Públicos de Saúde na constituição e governança da Rede de Atenção à Saúde na Macrorregião Norte do Paraná.

Prezado(a) Senhor(a): _____

Gostaria de convidá-lo(a) para participar da pesquisa “ESTRATÉGIAS DE COOPERAÇÃO PARA A REGIONALIZAÇÃO EM SAÚDE EM REGIÕES DO PARANÁ”, subprojeto: “A participação dos Consórcios Públicos de Saúde na constituição e governança da Rede de Atenção à Saúde na Macrorregião Norte do Paraná”, aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com o parecer nº 300.120.681, a ser realizada na área de abrangência da Macrorregião Norte do Paraná.

O objetivo do subprojeto de pesquisa é “Analisar a participação e as relações estabelecidas pelos CIS no processo de regionalização e na constituição e governança das Redes de Atenção à Saúde na Macrorregião Norte do Paraná”. Sua participação é muito importante e ela daria-se por meio da realização de uma entrevista via Google Meet.

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 de áudio 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. O acesso ao Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) será via Google Forms enviado por meio um link, cujo entrevistado opta pelo aceite ou não. Os TCLE serão arquivados durante um período de cinco anos. Os benefícios esperados são os de propiciar um maior e mais sistemático conhecimento sobre a participação, influência e relações estabelecidas entre o Consórcio Público de Saúde e diferentes organizações de saúde no processo de regionalização e constituição da Rede de Atenção.

Além disso, possibilitará a identificação dos elementos que favorecem ou

dificultam a regionalização em distintos contextos, visando à proposição de estratégias para a superação dos obstáculos à consolidação de redes de atenção à saúde no SUS.

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

Caso o(a) senhor(a) tenha dúvidas ou necessite de mais esclarecimentos poderá contatar a pesquisadora Brígida Gimenez Carvalho, Rua Chile, nº43, apto 1, Londrina-PR, ou pelo telefone (43) 99603 94 86.

Brígida Gimenez Carvalho

Sua resposta

Tendo sido devidamente esclarecido sobre os procedimentos da pesquisa, concordo em participar voluntariamente da pesquisa descrita acima.

Sim Não