



UNIVERSIDADE
ESTADUAL DE LONDRINA

SILVIA KARLA AZEVEDO VIEIRA ANDRADE

AÇÃO COLETIVA E COOPERAÇÃO:
POR UMA NOVA REGIONALIZAÇÃO NO SUS

Londrina
2022

SILVIA KARLA AZEVEDO VIEIRA ANDRADE

**AÇÃO COLETIVA E COOPERAÇÃO:
POR UMA NOVA REGIONALIZAÇÃO NO SUS**

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Estadual de Londrina, para obtenção do título de Doutora em Saúde Coletiva. Turma 2018.

Orientador: Profa. Dra. Fernanda de Freitas Mendonça.

Londrina
2022

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

A553 Andrade, Sílvia Karla Azevedo Vieira.
Ação coletiva e cooperação : por uma nova regionalização no SUS / Sílvia Karla Azevedo Vieira Andrade. - Londrina, 2022.
248 f. : il.

Orientador: Fernanda de Freitas Mendonça.
Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) - Universidade Estadual de Londrina, Centro de Ciências da Saúde, Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, 2022.
Inclui bibliografia.

1. Federalismo - Tese. 2. Regionalização - Tese. 3. Política de Saúde - Tese. 4. Planejamento em Saúde - Tese. I. Mendonça, Fernanda de Freitas. II. Universidade Estadual de Londrina. Centro de Ciências da Saúde. Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva. III. Título.

CDU 614

SILVIA KARLA AZEVEDO VIEIRA ANDRADE

**AÇÃO COLETIVA E COOPERAÇÃO:
POR UMA NOVA REGIONALIZAÇÃO NO SUS**

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação stricto sensu em Saúde Coletiva da Universidade Estadual de Londrina, como requisito parcial à obtenção do Título de Doutora em Saúde Coletiva.

BANCA EXAMINADORA

Orientador: Prof.^a Dr.^a. Fernanda de Freitas
Mendonça
Universidade Estadual de Londrina - UEL

Prof.^a Dr.^a. Lumena Almeida Castro
Universidade Federal de São Paulo - UNIFESP

Prof.^a Dr.^a. Luciana Dias de Lima
Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio
Arouca - ENSP/FIOCRUZ

Prof.^a Dr.^a. Rossana Steavie Baduy
Universidade Federal do Rio de Janeiro - UFRJ

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

SUPLENTES

Prof.^a Dr.^a. Adelyne Maria Mendes Pereira
Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio
Arouca - ENSP/FIOCRUZ

Prof.^a Dr.^a. Sonia Cristina Stefano Nicoletto
Universidade Estadual de Londrina - UEL

Londrina, 06 de maio de 2022.

Dedico este trabalho
aos meus queridos
Adrian, Heloísa, Luca e Valentina,
por sua paciência e incentivos reiterados,
por transmitirem seu apoio
e seu amor incondicional, cada um a seu modo.
Pilares e inspiração para toda minha trajetória acadêmica
e sentido para minha vida.

AGRADECIMENTOS

Agradeço nessas palavras a cada um dos que atravessaram esse caminho de confecção da tese, que também contribuíram para minhas reflexões, ajudaram na construção do pensamento e estão presentes de muitas formas em cada uma das escolhas e dos capítulos desse estudo:

À minha dedicada orientadora Fernanda, querida companheira na construção do aprendizado nessa jornada, que se colocou disponível para escuta, com sua delicadeza nas propositivas, firmeza no apoio incondicional e enorme na empatia. Seu olhar democrático e respeito às diferenças e individualidades me inspiram a evoluir como pessoa.

Às professoras Fátima e Marselle, pela grande contribuição e incentivo diuturno para uma tese dialogada e dialogadora com o cotidiano, a sabedoria e desprendimento de vocês iluminam a pós graduação.

Às brilhantes membros da banca Lumena, Luciana, Rossana e Brígida, cujas contribuições foram fundamentais para a qualificação e aprimoramento da tese, me ajudaram a compreender a significância do tema para a realidade atual da saúde pública do Brasil. Sua atenção e disponibilidade nos encontros antes e após a qualificação foram de grande aprendizado para mim e ajudaram a dar grande sentido e a lapidar a tese.

À Adelyne e à Sonia Nicoletto, membros suplentes da banca, que dedicaram cuidadosamente seu apoio para o aprimoramento do material e cujo companheirismo foram espelho para minha trajetória.

Aos queridos colegas sempre presentes do grupo de estudo “3 teses e um destino” João Felipe e Edinalva, a quem admiro e em quem me espelho. Estiveram ao meu lado, no aprofundamento das discussões temáticas em nossas reuniões de sexta à noite ou de domingo após o almoço, no aconselhamento, escuta e apoio nas horas mais difíceis e desesperançadas, na revisão crítica da tese e nas contribuições sempre prontas de todas as horas, vocês fizeram a diferença nessa jornada.

Aos colegas mestrandos, doutorandos e iniciantes do grupo de pesquisa GestSUS, que me ladearam nesse percurso de aprendizado e abertura para novos conhecimentos e avanços ao longo desses anos, a parceria, presença e apoio de vocês foram fundamentais.

Às colegas Carol e Talita, que doaram tempo e energia na coleta de interposição e contribuíram para afirmar a importância da pesquisa no contexto da região de saúde. O apoio de vocês em meio às incertezas do caminho foram muito importantes.

Aos docentes mais próximos do Programa de Pós Graduação em Saúde Coletiva Regina, Mathias e Marcos; e aos colegas da turma do doutorado, Poliana, Letícia, Talita, Marla, André, Giovana e Suzana, que me incentivaram no aprofundamento do debate do estudo durante as disciplinas e seminários e contribuíram para enriquecer a tese.

Às docentes Brígida, Adelyne, Brígida e Fernanda da disciplina especial de Federalismo, aos colegas estagiários André, Ana Cássia e João Felipe e aos alunos da disciplina, na qual me vi em confronto com minhas próprias convicções e que me ajudaram a superar os limites em um espaço de desconstruções e reconstruções importante para a finalização desta tese.

Às companheiras e companheiros de jornada no dia-a-dia do Cismepar, Simone, Aline, Ana, Gislainy, Vilma, Viviane, Rosana, Tatiana, Maria Fernanda, Diana, Valéria, Verushka, Ana Beatriz, Nilvana, Nicola, Gilberto, Lino, Toshio e muitas outras pessoas especiais de uma grande lista de apoiadores que carregaram claramente na memória e no coração, pessoas que me incentivam e ajudam a sustentar uma nova via para acreditar em minhas capacidades de conciliar a pesquisa com os desafios da prática de gestão. Por suas palavras, cartinhas, substituições, olhares de apoio, abraços e simbólicos puxões e empurrões, mensagens, visitas, mãos estendidas, apontando para seguir em frente.

Aos presidentes do Cismepar nesse período do estudo, Beto e Marcos, que de certa forma enfrentaram junto comigo esses desafios, no tempo da pesquisa e avalizaram o local de estudo, apoiaram nas minhas ausências e participaram na jornada de descobertas.

A cada um dos sujeitos da pesquisa, que dedicaram seus melhores pensamentos e doaram suas compreensões acerca da realidade, de forma que, sem suas verdades seria impossível produzir novos saberes.

Aos gestores municipais de saúde e suas equipes de gestão, que nesse período de duas gestões que a pesquisa percorreu, lutaram o bom combate, propositivos, não desanimaram em fazer parte dessa construção, atores singulares com os quais aprendi imensamente nessa trajetória.

Agradeço ao magistrado Bruno Santos, com o qual pude compreender algo significativo sobre os desafios dos direitos sociais garantidos pelo SUS, sob um olhar conciliador, em uma ação coletiva produtiva e desafiadora.

Aos colegas que lutam pelos consórcios públicos de saúde, apoiadores deste estudo, Letícia, Daniela, Konstance, Marlei, Gisele, Ivete, Cristina, Silvia, Késia, batalhadoras da ACISPAR e ao Victor, apoiador do estudo à frente da RNCP;

Agradeço aos meus pais João e Silvia, minha tia Silvana e minha avó Iracema (in memoriam), por sua doação e empenho, por investirem esforços em minha formação, por insistirem com valores e acreditarem nas minhas capacidades de resiliência, coragem, superação e ética.

De forma muito destacada, agradeço à minha mãe Silvia, que sempre acreditou em mim, desde a infância, despendeu todas as suas energias no incentivo à minha educação, formação humana, profissional e que esteve ao meu lado por todos esses anos de vida, incentivando, direcionando, ressaltando minhas virtudes, relembrando cada desafio superado e me ajudando a acreditar em meu potencial cada dia, você foi a grande sustentação dessa tese.

Aos meus familiares mais próximos, que me conhecem como realmente sou e me aceitam mesmo assim, meu quase genro João Carlos, minha prima-irmã Kelly, minha sogra Nevinha, meus cunhados Eder, Vanessa, Veridiana, Alexandre, Andrea e Juliano, a todos os meus tios, tias, minha tia Alta, primos e primas, às minhas primas-sobrinhas Vicky e Suzana e às minhas sobrinhas Maria Clara, Lorena, Sophie Helena, Alice, Luísa e Júlia e aos meus sobrinhos Tales, Davi, João Otávio, Pedro, Kaleb, Vincenzo, Arthur e Tomás, vocês são parte da minha história e da pessoa que me tornei.

(...) a dignidade humana precisa de nova garantia, somente encontrável em novos princípios políticos e em uma nova lei na terra, cuja vigência desta vez alcance toda a humanidade, mas cujo poder deve permanecer estritamente limitado, estabelecido e controlado por entidades territoriais novamente definidas.

Hannah Arendt, 1979

ANDRADE, Silvia Karla Azevedo Vieira. **Ação coletiva e cooperação: por uma nova regionalização no SUS.** 2022. 248 f. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) – Universidade Estadual de Londrina, Londrina, 2022.

RESUMO

O processo de regionalização no SUS encontra entraves para sua efetivação, considerando a diversidade e complexidade dos territórios regionais no país e as limitações nas relações federativas. Essas limitações, embora percebidas pelos atores que participam dos espaços de discussão e de tomada de decisões, se cristalizam no cotidiano técnico-político da gestão e do planejamento em saúde. Frente a esses pressupostos, esse estudo objetiva compreender como ocorre a ação coletiva e a cooperação no território regional com vistas à estruturação de um plano de ação para uma nova regionalização no SUS. O embasamento do estudo contemplou os conceitos do federalismo, das relações de poder e da ação coletiva, que se entrelaçaram como referentes em um mapa teórico conceitual. O caminho do estudo foi estruturado a partir da metodologia de pesquisa-ação, de abordagem qualitativa, envolvendo os sujeitos atuantes no território e percorrendo três etapas subsequentes: a etapa diagnóstica, que teve dois momentos de coleta, a etapa de imersão, que identificou e estruturou espaços de ação coletiva e, por fim, a etapa de interposição, que oportunizou a estruturação do plano de ação para a regionalização. Como resultados do estudo, foram identificados os elementos da ação coletiva e do exercício do poder no âmbito da relação federativa, bem como aspectos limitadores da atuação dos entes frente às suas competências, além de fatores que limitam ou potencializam a ação coletiva no território, que se expressa por meio da cooperação e coordenação de políticas públicas no planejamento regional no SUS. Foram também experimentadas estratégias em potencial para fortalecer a ação coletiva no cotidiano das relações federativas e das relações de poder neste local e, por fim, foi elaborado um plano de ação, como exercício de propositiva de caminhos para uma nova regionalização no SUS. Esses caminhos apontaram para a necessidade de estruturação de espaços dialógicos horizontais no território regional e da pactuação de um contrato da ação pública entre os entes federativos, para o compartilhamento de responsabilidades melhor definidas entre esses entes, que preceda a contratualização de ações e serviços e sintetize o planejamento regional das políticas públicas de saúde.

Palavras-chave: federalismo; regionalização; política de saúde; planejamento em saúde; gestão em saúde.

ANDRADE, Silvia Karla Azevedo Vieira. **Collective action and cooperation: for a new regionalization in the SUS.** 2022. 248 s. Doctoral Thesis. Collective Health Department – State University of Londrina, Londrina, 2022.

ABSTRACT

The process of regionalization in the Unified Health System, the SUS, encounters obstacles to its effectiveness, considering the diversity and complexity of regional territories in the country and the limitations in federative relations. These limitations, although perceived by the actors who participate in the discussion and decision-making spaces, are crystallized in the technical-political routine of health management and planning. In view of these assumptions, this study aims to understand how collective action and cooperation occurs in the regional territory, with a view to structuring an action plan for a new regionalization in the SUS. The basis of the study included the concepts of federalism, power relations and collective action, which were intertwined as references in a conceptual theoretical map. The study path was structured from the action research methodology, with a qualitative approach, involving the subjects who act in the territory and covers three subsequent stages: the diagnostic stage, which had two moments of collection; the immersion stage, which identified and structured spaces for collective action, and, finally; the interposition stage, which provided the opportunity to structure the action plan for regionalization. As a result of the study, the elements of collective action and the exercise of power within the scope of the federative relationship were identified, such as aspects that limit the performance of entities in relation to their competences, in addition to factors that limit or enhance collective action in the territory, which is expressed through cooperation and coordination of public policies in regional planning in the SUS. Potential strategies were also tested to strengthen collective action in the daily life of federative relations and power relations in this place and, finally, an action plan was elaborated, as an exercise in proposing paths for a new regionalization in the SUS. These paths pointed to the need to structure horizontal dialogic spaces in the regional territory and the agreement of a public action contract between the federative entities, for the sharing of better defined responsibilities between these entities, which precedes the contractualization of actions and services and summarize the regional planning of public health policies.

Keywords: federalism; regional planning; health policy; health planification; health management.

ANDRADE, Silvia Karla Azevedo Vieira. **Acción colectiva y cooperación: por una nueva regionalización en el SUS.** 2022. 248 h. Tesis de doctorado. Departamento de Acción Colectiva – Universidad Estatal de Londrina, Londrina, 2022.

RESUMÉN

El proceso de regionalización en el SUS encuentra obstáculos para su efectividad, considerando la diversidad y complejidad de los territorios regionales en el país y las limitaciones en las relaciones federativas. Estas limitaciones, aunque percibidas por los actores que participan de los espacios de discusión y toma de decisiones, se cristalizan en el cotidiano técnico-político de la gestión y planificación en salud. Frente a estos supuestos, este estudio tiene como objetivo comprender cómo se produce la acción colectiva y la cooperación en el territorio regional, con miras de estructurar un plan de acción para una nueva regionalización en el SUS. La base del estudio incluyó los conceptos del federalismo, relaciones de poder y acción colectiva, los cuales se entrelazaron como referentes en un mapa teórico conceptual. El itinerario de estudio se estructuró a partir de la metodología de investigación acción, con enfoque cualitativo, involucrando a los sujetos que trabajan en el territorio y abarcando tres etapas posteriores: la etapa de diagnóstico, que tuvo dos momentos de recolección, la etapa de inmersión, que identificó y estructuró espacios de la acción colectiva y, finalmente, la etapa de interposición, que brindó la oportunidad de estructurar el plan de acción para la regionalización. Como resultado del estudio se identificaron los elementos de la acción colectiva y el ejercicio del poder en el ámbito de la relación federativa, además de aspectos que limitan el desempeño de las entidades en relación con sus competencias, además de factores que limitan o potencian la acción colectiva en el territorio, que se expresa a través de la cooperación y coordinación de políticas públicas en la planificación regional en el SUS. También se ensayaron potenciales estrategias para fortalecer la acción colectiva en el cotidiano de las relaciones federativas y de poder en este lugar y, finalmente, se elaboró un plan de acción, como ejercicio de propuesta de caminos para una nueva regionalización en el SUS. Estos caminos señalaron la necesidad de estructurar espacios dialógicos horizontales en el territorio regional y la concertación de un contrato de acción pública entre las entidades federativas, para el reparto de responsabilidades mejor definidas entre estas entidades, que antecede a la contractualización de acciones y servicios y resume la planificación regional de las políticas públicas de salud.

Palabras clave: federalismo; regionalización; política de salud; planificación de salud; gestión em salud.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Diagrama 1-	Modelos políticos federal, hierárquico e orgânico	38
Diagrama 2 -	Padrões de relação local, estadual e nacional.....	53
Diagrama 3 -	Mapa conceitual do estudo	63
Diagrama 4 -	Temporalidade das etapas do estudo por ano da gestão municipal, estadual e federal	70
Diagrama 5 -	Categorias significantes da coleta inicial.....	73
Diagrama 6 -	Representações e instâncias deliberativas do SUS por ente federativo segundo espacialidade de atuação	77
Diagrama 7 -	Modelo Estrutural do Plano de Ação.....	100

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Características fundacionais dos modelos políticos	39
Quadro 2 - Mapeamento quantitativo de municípios da MRN estratificados por Referência.....	69
Quadro 3 - Ações da etapa de imersão.....	87
Quadro 4 - Elementos de resultado classificados por eixo e subeixo	93
Quadro 5 - Plano de Ação e suas ações potenciais por eixo e subeixo.....	102
Quadro 6 - Síntese das etapas e passos do estudo em relação aos seus objetivos, instrumentos, temporalidade e sujeitos.....	106
Quadro 7 - Síntese dos resultados do estudo a partir dos objetivos propostos	209

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Agrupamento geral dos excertos das entrevistas individuais transcritas.....	79
Tabela 2 - Quantitativo de unidades de significado classificadas por categorias significantes e por eixo e subeixo.....	91
Tabela 3 - Quantitativo de ações potenciais do plano de ação por eixo e subeixo.....	101

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AB	Atenção Básica em Saúde
AC	Alta Complexidade
CEXE	Comitê Executivo de Saúde
CF/1891	Constituição Federal de 1891
CF/1988	Constituição Federal de 1988
CIB	Comissão Intergestores Bipartite Estadual
CIR	Comissão Intergestores Bipartite Regional
CIT	Comissão Intergestores Tripartite
CNJ	Conselho Nacional de Justiça
CNS	Conferência Nacional de Saúde
COAP	Contrato Organizativo da Ação Pública da Saúde
CONASEMS	Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde
COSEMS	Conselho Estadual de Secretários Municipais de Saúde
CPS	Consórcio Público de Saúde
CRESEMS	Conselho Regional de Secretários Municipais de Saúde
DF/7508	Decreto Federal nº 7508 de 2011
EPS	Educação Permanente em Saúde
FRS	Fórum Regional de Saúde
GIT	Grupo de Identidade Territorial

LOS	Lei Orgânica da Saúde
MD	Média Complexidade
MPP	Município de Pequeno Porte
MR	Macroregião
MRN	Macroregião Norte
NOAS	Norma Operacional de Assistência em Saúde
NOB	Normativa Operacional Básica
PDR	Plano Diretor Regional
PS	Pacto pela Saúde
PGASS	Programação Geral de Ações e Serviços de Saúde
PPI	Programação Pactuada Integrada
PRI	Planejamento Regional Integrado
RAC	Referência em Alta Complexidade
RAS	Rede de Atenção à Saúde
RS	Região de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
TAUD	Termo de Autorização de Uso de Dados
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

SUMÁRIO

PARTE I	20
CAPÍTULO 1 - ASPECTOS INTRODUTÓRIOS	21
SEÇÃO 1 - APRESENTAÇÃO	22
SEÇÃO 2 - INTRODUÇÃO	27
CAPÍTULO 2 - REFERENCIAL TEÓRICO	34
SEÇÃO 1 - CONCEITO, HISTÓRICO E IMPLICAÇÕES DO FEDERALISMO NO BRASIL NO ÂMBITO DAS POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE.....	36
SEÇÃO 2 - RELAÇÕES DE PODER E ETHOS NO EXERCÍCIO DO PODER	47
SEÇÃO 3 - AÇÃO COLETIVA E SUA CONSTITUIÇÃO DIALÓGICA.....	54
SEÇÃO 4 - MAPA CONCEITUAL DO ESTUDO	61
CAPÍTULO 3 - OBJETIVOS	64
SEÇÃO 1 - OBJETIVO GERAL.....	64
SEÇÃO 2 - OBJETIVOS ESPECÍFICOS	64
CAPÍTULO 4 - CAMINHO METODOLÓGICO	65
SEÇÃO 1 - TIPO DE ESTUDO	65
SEÇÃO 2 - LOCAL DE ESTUDO.....	67
SEÇÃO 3 - PERCORRENDO AS ETAPAS E PASSOS DA PESQUISA	71
Subseção 1 - Etapa Diagnóstica	73
Subseção 2 - Etapa de Imersão	81
Subseção 3 - Etapa de Interposição	89
SEÇÃO 4 - ASPECTOS ÉTICOS	107
PARTE II	109
CAPÍTULO 1: DESAFIOS PARA A CONSTRUÇÃO DE ESTRATÉGIAS E INSTRUMENTOS DE COOPERAÇÃO E COORDENAÇÃO DE POLÍTICAS PÚBLICAS NO TERRITÓRIO REGIONAL	110

	SEÇÃO 1: ENTENDIMENTO DOS PAPÉIS E DAS COMPETÊNCIAS NA RELAÇÃO FEDERATIVA	112
1.1.	O PODER DOS ESTADOS FEDERADOS	115
1.2.	A DESCONTINUIDADE E O IMPACTO PELA MUDANÇA DOS CARGOS ELETIVOS ESTADUAIS	120
1.3.	A MUNICIPALIDADE E SEUS DESAFIOS NO PROCESSO DE REGIONALIZAÇÃO	123
1.4.	O PAPEL DOS COLEGIADOS REPRESENTATIVOS, APOIADORES E CONSÓRCIOS PÚBLICOS.....	128
	SEÇÃO 2: FUNDAMENTOS DA REGIONALIZAÇÃO E SEUS DISPOSITIVOS E CONDICIONANTES	136
2.1.	TERRITÓRIO, (IN)SUFICIÊNCIA E INTEGRALIDADE NA REGIONALIZAÇÃO	136
2.2.	PROBLEMAS PARA A COOPERAÇÃO E COORDENAÇÃO HORIZONTAL DE POLÍTICAS	145
	SEÇÃO 3: PRESSÕES SOBRE AS EQUIPES DE GESTÃO MUNICIPAL	152
3.1.	ACÚMULO DE RESPONSABILIDADES	152
3.2.	LACUNAS NA INTEGRAÇÃO ENTRE PARES.....	155
3.3.	IMPASSES NO FINANCIAMENTO.....	159

**CAPÍTULO 2: RELAÇÕES FEDERATIVAS E OS MODOS DE
EXERCÍCIO DO PODER PARA O PLANEJAMENTO
REGIONAL EM SAÚDE**

	SEÇÃO 1: A INDEPENDÊNCIA NA AÇÃO PÚBLICA ESTATAL	165
	SEÇÃO 2: O AUTORITARISMO NAS RELAÇÕES FEDERATIVAS E ELEMENTOS TOTALITÁRIOS NA REGIONALIZAÇÃO	170
	SEÇÃO 3: A DEMOCRACIA E A AÇÃO COLETIVA	183

**CAPÍTULO 3: UM NOVO CAMPO POTENCIAL PARA A
REGIONALIZAÇÃO A PARTIR DA AÇÃO COLETIVA**

	SEÇÃO 1: ATUAÇÃO EM POTENCIAL A PARTIR DAS COMPETÊNCIAS	188
	SEÇÃO 2: ESPAÇOS DIALÓGICOS COMO PONTO DE PARTIDA PARA O PLANEJAMENTO.....	194

SEÇÃO 3: POR UM CONTRATO DA AÇÃO PÚBLICA COMPARTILHADA QUE RESULTE DO PLANEJAMENTO REGIONAL.....	200
CONSIDERAÇÕES FINAIS	208
REFERÊNCIAS	214
APÊNDICES	223
APÊNDICE 1 – Mapeamento de Municípios da MRN por estratificação segundo referências.....	224
APÊNDICE 2 – Roteiro, programação e situação-problema da oficina de regionalização do Curso de Extensão Progestão do GestSUS	226
APÊNDICE 3 – Texto de apoio	228
APÊNDICE 5 – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) - Progestão	236
APÊNDICE 6 – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) – Remoto	237
APÊNDICE 7 – Questionário para Identificação dos Entrevistados	238
APÊNDICE 8 – Termo de Autorização de Uso de Dados	239
APÊNDICE 9 – Roteiro da Oficina de Interposição.....	241
APÊNDICE 10 – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) – Oficina de Interposição	242
ANEXOS	244
ANEXO 1 Parecer Consubstanciado do Comitê de Ética e Pesquisa	245
ANEXO 2 Emenda do parecer Consubstanciado do Comitê de Ética e Pesquisa	248

Parte I

Estrutura do estudo

CAPÍTULO 1 - ASPECTOS INTRODUTÓRIOS

Este capítulo introdutório dispõe da apresentação do estudo, iniciando pela seção de apresentação com a descrição e caracterização da pesquisadora e a seguir, apontando como o estudo foi estruturado por meio de capítulos, seções e subseções. Na sequência, a seção 2 traz a introdução do estudo, caracterizando o tema e a questão de estudo.

Seção 1 - APRESENTAÇÃO

Este é um estudo sobre a regionalização, analisada sob o olhar de uma pesquisadora implicada com o campo de estudo. Aqui pude colocar minha energia e desejo. Um desejo de compreender, inquieto, questionando o instituído, mas ainda mais, uma provocação para o processo de construção, do avanço e das mudanças que podem ser estruturadas a partir do cotidiano.

No início de minha trajetória profissional, tive o primeiro contato com o Sistema Único de Saúde (SUS) em 1998, ao ser inserida em uma equipe técnica no serviço de controle, avaliação e auditoria recém-implantado à época no município, após habilitação como gestor pleno do sistema municipal, pelos critérios da Normativa Operacional Básica nº 01 de 1996 (NOB 01/96).

Foi uma experiência de grande aprendizado, para a qual fui designada para ajudar a analisar a conformidade dos processos de cuidado e de contratação de serviços complementares da rede de saúde, apoiando a construção de protocolos e fluxogramas, controle orçamentário, que se configuraram em meu primeiro contato com a área de planejamento e gestão na saúde.

Minha inserção neste universo de construção do SUS no território municipal foi permeada por um desejo por entender, participar, compreender. Em 2001 foi iniciado no município um processo de qualificação dos trabalhadores da saúde e a partir de 2004 o município participou como colaborador no processo de educação permanente em saúde (EPS) do Ministério da Saúde (MS), sendo oportunizada minha qualificação como facilitadora de EPS. O contato com esse tema me trouxe uma nova forma de entender a gestão em saúde e os mecanismos e estratégias na construção das políticas públicas de forma mais horizontal e dialógica.

Nos anos seguintes, minha atuação no município-polo se seguiu em outras atividades de estruturação da rede de cuidados, na implementação do serviço de regulação da atenção e do acesso em saúde, na elaboração de projetos de ampliação da oferta de serviços com vistas à integralidade do cuidado, em processos de habilitação do município em políticas públicas ministeriais e em atividades de planejamento de políticas e implicação do financiamento na saúde, até o início do ano de 2010.

Em 2010 surgiu a oportunidade de atuar no consórcio intermunicipal da região, na diretoria de planejamento e regulação, para apoio ao coletivo de 21 municípios da região de saúde. As tensões que permearam esses primeiros anos na atuação do consórcio me instigaram a buscar compreender melhor qual seu papel e sua caracterização, em meio às disputas do território. Além disso, também surgiu a oportunidade de uma breve passagem concomitante na área de epidemiologia, no âmbito da vigilância em saúde municipal.

No ano de 2013, a aproximação com um projeto de pesquisa sobre ação consorciada fez despertar em mim o desejo pelo mestrado na saúde coletiva, que se conformou em um dispositivo e alavanca fundamental para o início dessa investigação. Para a construção da dissertação, me ancoriei de forma significativa no referencial da ação coletiva, que fez muito sentido com minha formação de base, na graduação, a licenciatura em letras estrangeiras modernas, concluída em 2011, a qual me oportunizou um contato significativo com o campo da dialogia e da construção do conhecimento por meio da interação social.

Os resultados da dissertação do mestrado, tendo a Teoria do Jogo Social (MATUS, 2005) e a ação coletiva (GOHN, 1997; MATUS, 2005; MELUCCI, 1989, 2001) como embasamento teórico, me ajudaram a pensar o consórcio público de saúde como sendo um arranjo federativo com papel instrumental na ação pública, que se diferencia do papel de prestador de serviços ou de gestor de saúde, mas pode se conformar como um apoiador na estruturação do planejamento e na execução de políticas públicas, a serem delegadas pelos entes consorciados.

O estudo mostrou que a legislação em vigor sobre consórcios públicos aponta para sua atuação por meio da administração indireta dos entes federativos, o que demandava modificações em minha atuação na diretoria da área técnica do consórcio público onde atuava. Neste sentido, percebi o consórcio sendo proposto não como um agente individual no sistema de saúde, nem mesmo como uma instituição com livre arbítrio, mas podendo se tornar um elemento agregador de interesses comuns para conformação de projetos coletivos em seu território de atuação.

No ano de 2018, em meio a dilemas pessoais, me afastei das funções no consórcio e foi possível iniciar a conformação do projeto para a

tese. Tive o primeiro contato com o estágio-docente na universidade pública e com uma experiência na docência no setor privado, simultaneamente. Além disso, foi um ano oportuno para a busca de referenciais, abordagens e metodologias que ajudassem a entender os movimentos de avanço e as limitações da região de saúde na qual estou inserida, o que me levou às primeiras leituras sobre o federalismo, relações de poder e a metodologia da pesquisa-ação.

Em 2019, ao retomar as atividades no consórcio em outra função, na diretoria executiva, entendi que havia uma oportunidade de avançar na pesquisa a partir de um novo olhar acerca dos desafios para a regionalização e para as relações federativas no SUS, enquanto sujeito pertencente ao processo de gestão no território regional.

Essa perspectiva me instigou a investigar, compreender e ao mesmo tempo, despertou um desejo por participar ativamente do processo de construção e de mudanças, por meio da experimentação e construção coletiva, a partir das singularidades e especificidades do território.

Nesse período percebi que o tema da regionalização tornou-se para mim um disparador para reflexões, me instigou a investigar outros campos que ajudam a explicá-la, como o federalismo, as relações de poder, buscando entender como o poder é exercido neste território, e me ajudou a pensar ainda em estratégias que pudessem modificar a realidade. E com isso, me vi desafiada a entender melhor e experimentar estratégias de ação coletiva, buscar compreender como ela se configura, se explica, como é rejeitada ou adotada no cotidiano dos atores, o que foi dando forma e corpo para configuração de um espaço oportuno para pesquisa. Assim, muitas inquietudes que conviviam nesse cenário afloraram em um misto de curiosidades, inconformismos e esperanças.

Ao longo dessa trajetória na construção do estudo do tema da regionalização, os referenciais do federalismo, das relações de poder e da ação coletiva foram fazendo mais e mais sentido com as práticas de meu cotidiano, apontando para um cenário propício para pensar, repensar, experimentar e propor estratégias de cooperação entre os atores e coordenação de políticas para que tomassem um mesmo sentido, a partir da construção coletiva, com enfoque na relação federativa e suas nuances, fatores

que influenciam no planejamento e na gestão regional em saúde, além de novos arranjos, desconstruções e consertações possíveis em uma região de saúde.

A oportunidade de atuação no cenário estudado fomentou um novo aspecto da investigação, para além da evidenciação e análise dos cenários, mas também para uma ação de imersão e de interposição de saberes, que caminha em três movimentos consecutivos: desvelar, experimentar e compartilhar.

Um ciclo continuado: desvelar as nuances em que as ações são desenvolvidas e desejadas ou que encontram limitações no âmbito do território regional; experimentar, propor, fomentar e registrar ações e estratégias que possibilitem os avanços nas políticas de saúde nos territórios regionais; compartilhar e construir com os atores do território, as estratégias de planejamento e gestão, no intuito de ampliar seus horizontes e apoiar a construção de novas proposições. E então reiniciar o ciclo, desvelar, e experimentar, e compartilhar novamente.

No percurso da pesquisa, diversas estratégias me ajudaram a problematizar os achados e exercitar a reflexão a partir das ferramentas escolhidas para esse caminho. A principal delas foi o ambiente estruturado no grupo de pesquisa GestSUS por meio de encontros para debate das pesquisas em desenvolvimento entre os estudantes e docentes, organização de seminário, debate de artigos, entreajudas e estruturação de projetos de pesquisa e foram ferramentas muito impulsionadoras para o aprofundamento no campo da pesquisa.

Além disso, junto com uma colega doutoranda atuante na gestão estadual em uma região de saúde vizinha e um colega doutorando atuante em um município de outra região de saúde e mais a frente como apoiador no Conselho Estadual de Secretários Municipais de Saúde (COSEMS), estruturamos um grupo de estudos “Três teses e um destino” que se conformou a partir do grupo de pesquisa e se reuniu sistematicamente durante esses anos, resultando em um cenário oportuno para aprofundamento das discussões ao longo da trajetória da pesquisa.

O trabalho de construção do estudo será apresentado em duas partes, cada qual contendo capítulos e seções para sua estruturação.

A parte 1 contempla quatro capítulos que se seguem desde o capítulo 1 dos aspectos introdutórios, que contém as seções de apresentação e introdução; capítulo 2, do referencial teórico, dividido em quatro seções; capítulo 3, que apresenta os objetivos do estudo, e; capítulo 4, que discorre sobre o caminho metodológico percorrido.

A parte 2 contém os resultados da pesquisa, a discussão desses resultados, coerentes com os objetivos específicos do estudo sendo classificada em três capítulos, quais sejam: capítulo 1, que mapeia as estratégias e instrumentos de cooperação federativa e coordenação de políticas públicas; capítulo 2, que analisa os fatores que influenciam as relações federativas nos processos de planejamento e gestão no SUS, a partir das relações de poder; capítulo 3, que analisa estratégias de compartilhamento de saberes entre os entes federativos. A seguir, as considerações finais encerram essa segunda parte do estudo.

Por fim, o estudo apresenta as referências, apêndices e anexos.

Seção 2 - INTRODUÇÃO

Como introdução à reflexão sobre o tema do estudo, cabe ressaltar que o SUS, por sua natureza constitucional, trouxe significativos avanços para o Brasil desde a sua criação e tornou-se uma robusta e desafiadora construção, que exigiu do Estado, instituições, usuários e trabalhadores, um grande e conjunto esforço, para que seus objetivos de oferecer mais vida e mais qualidade de vida aos cidadãos se cumpram amplamente.

Como tema central do estudo, a regionalização trata de uma organização político-territorial que impacta sobre o sistema político dependendo da forma como o Estado atua, no âmbito do planejamento, organização de ações e serviços e das relações governamentais e não governamentais em uma região de saúde (ABRÚCIO, 2003).

A Região de Saúde¹ (RS) trata da menor unidade de complexidade sistêmica para as políticas de saúde e a regionalização foi pensada como uma ferramenta para facilitar o acesso à saúde e para o planejamento integrado dos entes federativos com enfoque em suas necessidades e no desenho de uma rede de cuidados. Desta forma, a regionalização (MELLO; DEMARZO; VIANA, 2019, p. 1143):

(...) não é um conceito finalístico ou de mera eficiência administrativa, mas um meio para alcançar o acesso equitativo aos recursos necessários ao enfrentamento do adoecer e seus determinantes sociais.

A regionalização surgiu como um processo político-administrativo-financeiro fomentado a partir da descentralização da saúde no Brasil, iniciada nos anos de 1970 e sofreu modificações e implicações ao longo da constituição do SUS, este impulsionado a partir do Movimento da Reforma Sanitária (PAIM, 2008). Diante do processo de redemocratização no país, o SUS é proposto a

¹ A Região de Saúde é um termo empregado para denominar um território composto por municípios geograficamente agregados não necessariamente no mesmo estado federativo, com características territoriais, socioeconômicas, demográficas, epidemiológicas e sanitárias compartilhadas, com suficiência para atender por meio de sua rede de cuidados, a maior parte das necessidades de sua população. O vocábulo foi empregado nos documentos iniciais do SUS e reforçado por meio do Pacto pela Saúde, que foi um instrumento de reforma normativa do SUS que ocorreu em 2006, divulgado pela Portaria GM/MS nº 399/2006, vigorando até a publicação do Decreto Federal nº 7508/2011, que, por sua vez, reiterou a conceituação de região de saúde.

partir de uma nova conformação, um desenho descentralizado e regionalizado para a gestão em saúde (FLEURY, 2011).

Entretanto, a descentralização trouxe aumento das responsabilidades e do ônus conferidos à gestão municipal, o que apontou para um esgotamento potencial das iniciativas individuais dos municípios na organização do sistema de saúde. Essa perspectiva desafiou os gestores municipais na busca de soluções e ressaltou a necessidade de adotar e potencializar mecanismos para a modificação e o fortalecimento das ações de gestão, sob pena de fragilizar o sistema de saúde e restringir aos cidadãos o acesso à saúde (FLEURY, 2006; WAGNER, 2006).

A partir da carta constitucional, a regionalização tornou-se uma diretriz do SUS, no intuito de integrar entes federados (DOURADO; DALLARI; ELIAS, 2012). Contudo, o processo de regionalização no Brasil é extremamente complexo, diferenciando de outros países com sistemas universais, uma vez que fatores histórico-estruturais, político-institucionais a influenciam (LIMA, 2015).

Nesse ponto, é importante abordar as referências legais e normativas que deram suporte à regionalização, desde a constituição federal até os dias atuais. Para a construção desse processo, após a criação do SUS por meio da Constituição Federal de 1988 (CF/1988), foram publicadas as Leis Orgânicas da Saúde (LOS), Lei Federal nº 8080/90 (BRASIL, 1990b) e a Lei Federal nº 8142/90 (BRASIL, 1990c), no intuito de estabelecer os parâmetros infraconstitucionais de organização e gestão do SUS.

Após a 9ª Conferência Nacional de Saúde (CNS), foram publicadas as Normativas Operacionais Básicas (NOB) para regulamentar a descentralização na saúde e definir competências entre os entes federativos.

Contudo, no intuito de responder aos problemas inerentes à relação federativa, no início da década de 2000 é editada a Norma Operacional de Assistência à Saúde (NOAS), propondo otimizar recursos para o acesso às ações e serviços de saúde nos territórios, estabelecendo o início do processo de regionalização, por meio do Plano Diretor de Regionalização (PDR).

Após a 12ª CNS no ano de 2003, ainda são enfatizadas necessidades de mudança na gestão do sistema de saúde (CARVALHO *et al.*, 2017) e decorrente dessas inquietudes, é publicado em 2006 o Pacto pela

Saúde (PS) (BRASIL, 2006) como um conjunto de reformas no âmbito das políticas públicas de saúde no país, tendo em vista os compromissos e metas pactuados pelos gestores, a fim de oportunizar o acesso e atender às prioridades locais e regionais, considerando suas desigualdades.

Neste sentido, o PS propõe um modelo de operacionalização do SUS entre os gestores das três esferas de governo a partir do estabelecimento de metas e compromissos para os entes federativos de forma solidária e cooperativa, a partir da regionalização, a ser estruturada a partir das redes de atenção à saúde (RAS).

Contudo, uma das lacunas que o PS deixou foi a organização de instrumentos jurídicos para consolidar a pactuação entre os entes federativos, de forma que o Decreto Federal nº 7508/2011 (BRASIL, 2011), que regulamenta a Lei Federal nº 8.080/90 se apresentou como resposta à esta lacuna, inserindo o Contrato Organizativo da Ação Pública da Saúde (COAP) como instrumento para a relação federativa.

Neste sentido, o contrato se constituiu enquanto um instrumento estruturante de gestão, contemplando elementos para a programação, por meio da Programação Geral de Ações e Serviços de Saúde (PGASS) em substituição à Programação Pactuada Integrada (PPI), pactuação, Planejamento Regional Integrado (PRI) e mapeamento de serviços de saúde, no âmbito das regiões de saúde.

Mais recente, na última década, após o COAP, foram pactuadas pela Comissão Intergestores Tripartite (CIT), cujo espaço de discussão é composto pelos gestores de saúde dos três entes federativos (União, estados e municípios), as Resoluções n.º 23/2017, 37/2018 e 44/2019, que conformaram o PRI, para a organização do planejamento e instrumentalização da regionalização.

Deste modo, a regionalização tem sido construída ao longo do processo de consolidação do SUS e é considerada um importante processo para a efetivação das políticas públicas de saúde e apresenta extrema relevância para o fortalecimento das ações de planejamento e gestão de saúde no país. Diante disso, falar de regionalização sem explorar as relações federativas é ignorar uma importante variável para que esse processo seja desencadeado em uma região de saúde.

Com isso, a relação federativa, entendida como o conjunto de estratégias relacionais entre os entes federados, torna-se um desafio a ser enfrentado, uma vez impulsionado pelo processo de redemocratização do país, na década de 1980, em movimentos desenvolvidos por pessoas, grupos e coletivos. Essas relações tendem a assumir uma característica efetivamente federativa apenas se os princípios do federalismo, a autonomia² e a soberania, forem respeitadas pelos entes nacional e subnacionais (estados e municípios) e se o resultado dessas relações se expressar por meio da democracia e da interdependência.

Diante desse entendimento, os diferentes arranjos para a concretização da regionalização se colocam ora como processo que favorece as relações democráticas, ora como impeditivo para que o direito à saúde seja exercido em diferentes territórios no país. Com isso, os aspectos resultantes desses arranjos podem ser tanto a integralidade e resolubilidade das ações quanto o desenvolvimento de ações individuais de planejamento e gestão em saúde em nichos territoriais, considerando a diversidade territorial e as formas de relação federativa.

Neste sentido, um aspecto significativo que contribui para a reflexão acerca da regionalização em saúde, para além de entender as normativas que estabelecem ou impulsionam esse processo, é compreender como ocorre a gestão dos territórios regionais de saúde tendo em vista a repartição de competências entre os entes e demais organismos partícipes (PEREIRA; LIMA; MACHADO, 2018; REIS *et al.*, 2017), uma vez que a repartição de competências entre os entes federados pode apresentar questões significativas a serem esclarecidas no que se refere ao processo de regionalização.

Além disso, a identificação de competências dos entes federativos, sua participação na concepção, financiamento e execução das políticas públicas de saúde é uma tarefa importante para alavancar espaços de diálogo e avanços no SUS, impactando na estruturação da regionalização.

² Pereira Neto (2006) indica que a autonomia dos entes subnacionais, elemento fundamental para o Estado Federal, é o poder de auto-organização, autogoverno e autoadministração e não se confunde com a soberania nacional. Os instrumentos que regulamentam a autonomia dos entes subgovernamentais são as leis orgânicas municipais e estaduais.

Diante deste contexto, as relações federativas e a regionalização apresentam-se como temas bastante intrigantes no cenário político brasileiro atual, sobretudo no que tange às estratégias de cooperação e coordenação de políticas entre os entes federativos, suas ações e instrumentos.

Desse modo, o exercício das relações federativas é um importante foco de análise e considerações, uma vez que o cenário em que essas relações ocorrem é constantemente atravessado por situações que interferem no planejamento regional e no avanço dos territórios regionais.

Além disso, podem ocorrer debilidades relacionais, tal como o distanciamento entre pares no âmbito municipal e estadual e destes com a União. Esse distanciamento pode impactar na tomada de decisões da gestão no aspecto individual, a partir do emprego de esforços das municipalidades em políticas públicas que atendam apenas às necessidades de seu território singular, ainda que essas necessidades sejam compartilhadas pelos demais municípios da região.

Estudos mostram que o processo de regionalização encontra obstáculos para consolidação nas relações entre os atores representativos da gestão em saúde nas diferentes esferas espaciais e nas demais organizações que circundam esses coletivos, considerando este ser um campo de relações heterogêneas, não lineares e pouco padronizados (MELLO; DEMARZO; VIANA, 2019).

Assim, essas rotinas individualizadas na gestão em saúde, uma vez cristalizadas, podem apresentar-se como entraves para a gestão em saúde. Outro aspecto desafiador no contexto da regionalização é o modo como o poder é exercido pelos gestores, delineando a forma, as estratégias e os instrumentos para tomada de decisões, que podem resultar em modelos mais democráticos ou mais autoritários, a partir de como o poder é exercido em cada território e como são empregados esforços nas relações federativas.

Diante de um cenário com muitas mudanças e incertezas resultantes das políticas públicas originárias nos territórios regionais é compreensível que as equipes gestoras tenham dificuldade de construir arranjos de forma coletiva. Da mesma forma, quando as orientações para confecção nos planos de saúde são majoritariamente municipais e não regionais, as estratégias para a estruturação de políticas regionais figuram em segundo plano.

Além disso, desafios de outra ordem atravessam o processo de regionalização, tais como a fragilidade de acordos na relação federativa e a existência de territórios demarcados pela verticalização na tomada de decisões e por relações de submissão e dependência entre entes federativos, quer seja entre pares da gestão municipal ou entre as esferas: município, estado e União (MENDONÇA; ANDRADE, 2018).

Diante disso, para que a regionalização ganhe força no contexto atual, torna-se necessário que os espaços dialógicos sejam retomados a partir da capacidade de criação de novos conflitos, debates e construções entre os entes federativos nas regiões de saúde, com a participação dos organismos de apoio à regionalização. Em meio a esse padrão impositivo, importa que as relações sejam repensadas e constituídas de forma horizontal entre os entes federativos, o que possibilitaria a construção de um caminho integrado de organização para o avanço das políticas públicas de saúde.

Por outro lado, há relatos de avanços e conquistas experimentadas de maneira diversa nas RS, que mostram que existem experiências no âmbito da cooperação que se constituíram em cenários favoráveis para o fortalecimento da regionalização, embora de maneira pouco sistematizada (ANDRADE *et al.*, 2022). Essas iniciativas acenam para a possibilidade de construção de uma identidade territorial fortalecida, que ao serem desveladas e sistematizadas podem motivar a estruturação de novos arranjos nos territórios regionais, no campo do planejamento e da gestão de políticas públicas.

O planejamento regional em saúde é uma ferramenta que pode ajudar os municípios gestores na formulação de políticas públicas tendo em vista a regionalização das ações em saúde, sem que sua autonomia federativa seja ameaçada (BRANDÃO, 2011).

Nesse contexto, a partir da compreensão acerca da relação federativa e do processo de regionalização na trajetória de construção do SUS, desde o amparo legal até os processos de implementação normativa e fática da história recente do processo político de saúde no país, torna-se significativo o aprofundamento das linhas de definição e detalhamento das estratégias em que se baseiam as relações entre os entes gestores, com vistas à compreensão acerca das ações e instrumentos, desvelando e fomentando a democratização na tomada de decisões.

Para tanto, torna-se relevante responder à questão diante do cenário da gestão e do planejamento em saúde nos territórios regionais: de que forma o federalismo e o modo como se constituem as relações federativas no Brasil influenciam o planejamento e a gestão das regiões de saúde no SUS? Como transformar e desenvolver práticas de estruturação de políticas públicas mais solidárias e cooperativas nessas regiões? Como a regionalização pode se traduzir em novos arranjos de cooperação e coordenação federativos no SUS?

Neste sentido o estudo é proposto no sentido de conduzir reflexões considerando os desafios de ordem social e da gestão no âmbito da saúde, uma vez que as ações no aspecto individual resultam em ônus significativo para o desenvolvimento regional e importa que sejam apontados caminhos referenciais e motivadores para um novo processo de regionalização a partir da cooperação e da coordenação de políticas, assim como da relação entre os entes federativos, com vistas ao apontamento de caminhos para o avanço das políticas públicas no SUS.

Com isso, supõe-se que as melhores expectativas foram desenhadas no início da construção do SUS para o desenvolvimento do processo de regionalização, no intuito de subsidiar a construção de diversas identidades regionais. Contudo, várias implicações se apresentaram como impeditivos para seu avanço, tornando esse tema oportuno para estudo. A exploração deste campo de estudo pode contribuir para o entendimento acerca de suas limitações e potencialidades, subsidiando efetivamente a construção do planejamento e da gestão regional de forma cooperativa, horizontal, coordenada e democrática.

CAPÍTULO 2 - REFERENCIAL TEÓRICO

A regionalização pode ser melhor compreendida sob o enfoque do federalismo, na medida em que se analisa como as relações federativas no Brasil se organizam. Tais relações são permeadas pelo exercício do poder entre os entes federativos, podendo resultar em diferentes estratégias, dentre elas a ação coletiva. Diante disso, o capítulo do referencial teórico deste estudo foi estruturado a partir da organização de três grandes conceitos: federalismo, relações de poder e ação coletiva.

O referencial é iniciado pelo entendimento sobre o federalismo, desde o ponto mais basilar com o histórico dos acontecimentos que o conformaram no Brasil, sua comparação com outros modelos políticos e com outros modelos de federalismo no mundo, interligados com o resgate ao debate de outros estudos acerca de suas implicações no modelo político brasileiro e nas políticas de saúde. Essa seção do referencial mostra que os desafios e embates para a relação federativa no campo do planejamento e gestão em saúde no território regional estão implicados com sua conceituação, histórico e conformação do federalismo e apoiam o entendimento dos resultados do estudo.

A segunda seção do referencial traz as relações de poder a partir das reflexões do filósofo Michel Foucault, que trata da microfísica do poder e aponta para conceitos relevantes como os regimes de verdade e do entendimento do cientista político Robert Srouf, que apresenta quatro modos de exercício do poder, além de outros autores complementares que se relacionam com as relações de poder em suas reflexões, permitindo a análise dos resultados a partir dessas relações.

Por fim, a terceira seção do referencial apresenta reflexões de ordem multidisciplinar acerca da ação coletiva e sua conceituação, tendo como embasamento os aspectos intrínsecos aos movimentos sociais, além de elementos constituintes da ação coletiva como a alteridade, a ética, identidade coletiva e solidariedade, que contribuem para o entendimento dos resultados, apoiam o exercício comparativo com a realidade encontrada e incentivam novas construções para a regionalização.

Esses conceitos são apresentados separadamente nas seções nesse capítulo, sendo que ao final, apresenta-se a última seção com a intercessão a partir de um mapa conceitual, em que os três temas se mostram inteiramente conectados. Apesar de bastante desafiadora, essa escolha trouxe um sólido embasamento para as discussões do estudo.

Seção 1 - Conceito, histórico e implicações do federalismo no Brasil no âmbito das políticas públicas de saúde

A proposta desta seção consiste em apresentar o conceito do federalismo, um histórico desse processo no Brasil, bem como as implicações desse arranjo no âmbito da coordenação e cooperação dos diferentes entes: União, estados, municípios e distrito federal e as discussões de outros estudos significativos a esse tema.

A democracia no Brasil é estruturada a partir do Estado Federal e diversos autores defendem que o federalismo é constituído por meio da distribuição do poder e da soberania compartilhada entre os entes federativos, pelo asseguramento do poder regional por meio do bicameralismo³, além de uma constituição federal difícil de emendar e suprema corte para defesa constitucional (ABRÚCIO, 2003; ARRETCHE, 2010a; LIJPHART, 2012; OBINGER; LEIBFRIED; CASTLES, 2005).

Para Dourado et al (2012) o federalismo representa uma forma de organização do Estado, tendo como pressuposto, o equilíbrio entre o poder político centralizado e descentralizado, compatibilizando a coexistência de unidades federadas autônomas e a manutenção da unidade em meio à diversidade. Harman (1992) aponta que o federalismo compreende os laços constitutivos de um povo e de suas instituições, construídos através de consentimento mútuo e voltados para objetivos específicos, sem, contudo, significar a perda de identidades individuais, referindo-se à estruturação de uma federação.

O Estado federativo, de forma oposta ao Estado unitário, supõe autonomia federativa dos entes, prevista constitucionalmente, conferindo aos Estados-membros um poder próprio, que possibilita a estes instituir a ordem jurídica de suas coletividades e fixar suas competências (QUINTILIANO, 2012).

Desta forma, enquanto no Estado unitário há monopólio de competências (FACHIN, 2019) e é conferida sua soberania, no Estado federativo, o Estado abre mão da soberania em prol da União, uma vez que esta existe apenas a partir do federalismo.

³ O bicameralismo trata da instituição de dupla câmara de representatividade, sendo a câmara baixa (Câmara dos Deputados) representativa do povo a partir da identidade nacional e uma forte câmara alta (Senado Nacional), representando o povo em sua identidade regional.

O termo federação, para Affonso (1995), pressupõe a constituição de um pacto, uma União, de forma que esta é uma organização territorial de poder, articulando o poder central com os poderes regionais e locais. Elazar (1995) ao estudar os arranjos federativos, entende o federalismo como:

[...] o modo de associação e organização política que une políticas separadas dentro de um sistema mais abrangente, de maneira a permitir que cada um mantenha sua integridade política (ELAZAR, 1995).

Abrúcio (2003) entende que o federalismo trata da organização político-territorial do poder, sendo um aspecto importante para a democracia contemporânea, de forma que as regras do jogo se diferenciam de acordo com o nível de governo, de acordo com as peculiaridades políticas da dinâmica nacional e locais.

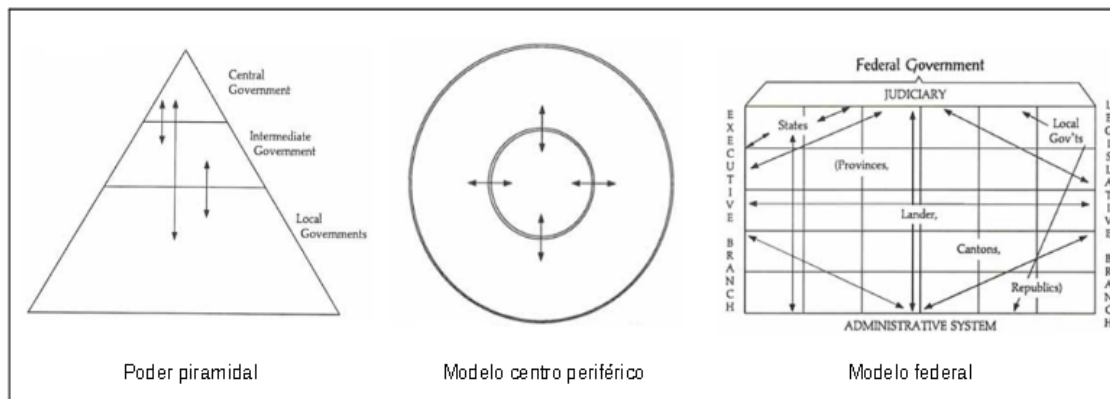
Para Pereira Neto (2006) o federalismo compreende a norma matriz que estabelece os princípios basilares que regem o Estado, suas competências e receitas. Desta forma, para ele, o federalismo é:

A forma de Estado que se caracteriza por uma repartição de competências efetuada a partir da *célula mater* do ordenamento jurídico, marcada pela autonomia política das entidades federadas, com participação dos membros nas decisões da União e atribuição de rendas próprias às diversas esferas de competências (PEREIRA NETO, 2006)

Elazar (1995) propõe a representação do federalismo por meio de uma matriz em que não há poder superior ou inferior, sendo os sistemas políticos federativos representados por um governo geral que envolve diferentes grupos constituintes com poderes protegidos ou reservados, dentro de uma unidade, com diferentes centros de poder que interagem e com abrangências distintas.

Com isso, para ele, o federalismo possui diferentes arenas políticas e de organização de governo, o que predispõe esse modelo ao exercício da cooperação e da democracia (ELAZAR, 1995). Desta forma, para Elazar (1995), existem três diferentes formas de poder: hierárquico, orgânico e federal. A matriz representativa do federalismo conta com diferentes núcleos de poder e se opõe à forma hierárquica de distribuição do poder (representada pela relação piramidal entre governo central acima, governo intermediário e governo local abaixo) em que o poder se concentra no topo, conforme Diagrama 1.

Diagrama 1: Modelos políticos hierárquico, orgânico e federal



Fonte: Adaptado de Elazar (1995).

Da mesma forma, o federalismo, é opositor ao segundo modelo, a forma orgânica (representada por uma esfera inserida em outra), que se estrutura por um centro e uma periferia na relação de poder, de maneira que a esfera central é mais escutada em suas necessidades, por encontrar-se mais próxima ao comando.

Segundo Elazar(1995), esses três diferentes tipos de regimes e arranjos políticos, se comparados demonstram grandes disparidades, conforme apontado no Quadro 1.

Quadro 1: Características fundacionais dos modelos políticos

Características	Hierarquia	Orgânico	Federal
Poder	Força (conquista)	Acidental	Reflexão e escolha
Símbolo	Pirâmide	Círculo	Matriz
Forma de Governo	Hierarquia	Centro-periferia	Estruturas e células
Administração	Burocracia Topo-base	Oligarquia, política e clubes	Constitucional
Política	Tribunal político	Administração centro para fora	Político aberto com facções
Constituição	Carta constitucional	Constituição tradicional	Administração compartilhada
Apoteose	Armamentismo	Parlamentarismo	Federalismo
Excesso	Totalitarismo ditatorial	Estado jacobino	Anarquismo

Fonte: Adaptado de Elazar (1995).

Iniciado com a Constituição dos Estados Unidos da América em 1787, com a combinação de suas soberanias em um pacto federativo por meio da união de suas colônias autônomas (mais tarde estados), o federalismo vem sofrendo modificações e adaptações às especificidades de cada federação, a partir das variações históricas, sociais, políticas e econômicas (DOURADO; DALLARI; ELIAS, 2012).

O modelo inicial federalista estadunidense influenciou sobremaneira os países da América Latina e, em especial, o Brasil (BERNARDES, 2008) e foi bastante pautado sobre a distribuição de competências entre a União e os estados federados. Entretanto, ao longo do século XX, a evolução do federalismo criou outra forma de repartição, oportunizando a ação conjunta, sendo que, na atualidade, a colaboração mútua e a cooperação entre os entes têm sido o grande desafio desse modelo, implicado em relações de interdependência e interesses coletivos (DOURADO; DALLARI; ELIAS, 2012). Dallari (2011) propõe que no exercício da cooperação não há supremacia de qualquer dos entes sobre os demais.

No Brasil, aponta Abrúcio (2003), a trajetória do federalismo diferiu do modelo estadunidense, que ocorreu por meio da proposta de juntar partes separadas para criar unidade (come together), enquanto que no modelo brasileiro houve necessidade de desconcentrar o poder para manter a união entre as partes (hold together), de forma que a autonomia foi marcada mais pela oligarquização do poder do que pela republicanização.

Deste modo, o federalismo brasileiro trata de um histórico bastante peculiar, marcado pelo fim da monarquia como resposta ao desejo de descentralização do poder, porém não como aposta no republicanismo. Além disso, esse histórico é marcado pelo conflito entre o poder central e as elites regionais, o domínio das oligarquias nos territórios nacional, regional e locais e um desenho federativo retomado após longo período centralizador (ABRÚCIO, 2003).

No Brasil, o regime teve início em 1891, logo após a Proclamação da República no Brasil, com o fim do governo imperial, a dissolução do Estado Unitário e a instituição de um Governo Provisório para a República⁴. A primeira carta constitucional brasileira de 1891 (BRASIL, 1891), estabelecia em seu artigo 41 que, no âmbito da estruturação da hierarquia do poder republicano, o Poder Executivo seria exercido pelo Presidente da República⁵.

O artigo 68⁶ desta constituição tratava dos Municípios, apontava que os estados deveriam assegurar a esses a autonomia, condizente com seus interesses. Além disso, a Constituição Federal de 1891⁷ (CF/1891) estabeleceu que a justiça deveria ser exercida pela Justiça Federal, ladeada pela Justiça

⁴ O Decreto nº 1 de 15 de novembro de 1889 (1º da República) estabeleceu o Governo Provisório, determinou as esferas subnacionais como sendo as províncias: “Art. 2º As Províncias do Brazil, reunidas pelo laço da federação, ficam constituindo os Estados Unidos do Brazil” (BRAZIL, 1889).

⁵ O Presidente da República poderia ser substituído pelo Vice Presidente, que assumia o Senado Federal. Não havia, entre os estados, uniformidade na denominação de cargos do executivo ou das câmaras municipais, de forma que as denominações variavam entre governador, presidente ou chefe do executivo.

⁶ O artigo 68 tratava de uma redação considerada bastante vaga, que não esclarecia sobre a forma de nomeação dos prefeitos, ora denominados *Intendentes* ou *Superintendentes* e por vezes, também vereadores eram chamados *Intendentes*.

⁷ Os primeiros anos do federalismo foram consideravelmente conturbados politicamente, sendo que os republicanos que ocuparam os primeiros lugares no poder legislativo nas eleições, quer fossem juristas ou profissionais de carreira liberal, militares, positivistas ou outros que aderiram ao regime, em sua maioria, defendiam o federalismo (BALEIRO, 2012). Os positivistas buscavam implantar as ideias filosóficas e políticas de Auguste Comte e tinham grande influência sobre os jovens militares, os chamados “cadetes filosóficos”. Auguste Comte defendia que a sociedade como um todo deveria ser organizada de acordo com conhecimentos científicos e foi responsável pelo lema da bandeira brasileira “Ordem e Progresso”. Comte entendia que as pessoas deveriam crer que todas as ações dos soberanos e seus ajudantes são autênticas, uma vez que estes servem aos mais altos ideais da humanidade.

Estadual e também pelo Supremo Tribunal Federal (BALEIRO, 2012). A segunda Constituição Federal do Brasil, promulgada em 1934⁸ (BRASIL, 1934) estabelece competências dos entes e prevê eletividade do executivo municipal, à exceção da capital dos estados.

Entretanto, em 1937, uma nova constituição federal (BRASIL, 1937) é proposta⁹ e os prefeitos passam a ser nomeados pelo governador dos estados e ao longo do texto constitucional, percebe-se a centralização do poder no governo central, ainda que mantido, ao menos nominalmente, o regime federal. Na sequência, a Constituição Federal de 1946 (BRASIL, 1946) é promulgada retomando o texto democrático¹⁰. Em 1967, a quinta Constituição Federal (BRASIL, 1967) é promulgada após o Golpe Militar de 1964 e mantém um texto aparentemente democrático, entretanto, os Atos Institucionais¹¹ que a precedem e sucedem se sobrepõem à constituição.

Com isso, fica evidenciado que no primeiro século do federalismo brasileiro houve alternância entre os modelos de poder efetivamente aplicados, a partir de governos ora mais democráticos, ora mais autoritários (ARRETICHE, 1999). A partir da Constituição Federal de 1988 (BRASIL, 1988), o Brasil retoma suas origens de Estado federado e inicia o processo de descentralização, com a distribuição de competências entre os entes federativos, prevendo autonomia aos municípios, no âmbito político e administrativo.

Diante dessa alternância, a repartição de competências, estabelecidas constitucionalmente, tornou-se um aspecto fundamental para o federalismo no Brasil. Ferraz Jr (1995) refere que as competências públicas

⁸ A CF 1934 foi promulgada em meio à crise internacional e em período de recessão econômica, reafirmou a república federativa, visando à organização de um regime democrático para a garantia da liberdade, da justiça e do bem estar social e econômico.

⁹ A redação da CF 1937 é estruturada sob a justificativa de atender as aspirações de paz política e social, ora, cita a carta constitucional, *perturbados pela desordem, extensa e profunda infiltração comunista, luta de classes, extremação de conflitos ideológicos, ameaça da unidade e decomposição das instituições civis e políticas*.

¹⁰ A CF 1946 prevê eleições para presidente e vice-presidente da república, governadores, prefeitos, vereadores, deputados e senadores, além de estabelecer a autonomia dos municípios e possibilitar aos estados e municípios a constituição de seus próprios símbolos.

¹¹ Os Atos Constitucionais foram normas instituídas durante o regime militar brasileiro, no período de 1964 a 1969, que foram editadas pelas Forças Armadas ou pelo Presidente da República, restringindo direitos, destituindo poderes ou modificando a constituição, podendo ser acessados em: <http://www4.planalto.gov.br/legislacao/portal-legis/legislacao-historica/atos-institucionais>

são estabelecidas por meio de normas de competência¹², que delimitam a quem compete, por meio de quais procedimentos, além de apontar a situação, tema e sujeitos ao qual a competência se refere.

Há dois tipos de repartições de competências, segundo Ferraz Júnior (1995). A primeira horizontal, que segundo o autor, ocorre pela atribuição de cada ente federado, podendo ser privativa ou comum, cabendo ao ente disciplinar sobre toda a extensão de uma área que lhe é destinada. A segunda repartição é a vertical, com competências concorrentes entre os entes federativos.

Desta forma, a CF/1988 estabelece competências repartidas entre os entes federativos, possibilitando a esses, adotarem políticas públicas de acordo com suas próprias especificidades e necessidades territoriais. Neste sentido, Abrúcio (2003) reforça que o Estado Federal tem como condições essenciais a heterogeneidade e a unidade na diversidade.

Em análise específica acerca das competências dos entes federativos no Brasil, encontramos no artigo 23¹³ da CF/1988, as competências comuns¹⁴ que são repartidas entre os entes, mas não quotizadas, de forma que todos compartilham integralmente dessas responsabilidades. Dentre elas estão representados temas como a saúde, educação, meio ambiente, habitação, alimentação, entre outros. Diante das competências comuns, a carta constitucional aponta que nenhum dos entes é isento dessas responsabilidades.

As competências concorrentes entre os entes federados constam do artigo 24 da CF/1988¹⁵. Ademais, o artigo 24 estabelece que, embora conferida à União competência para legislar sobre normas gerais, este não exclui a

¹² As normas de competência diferem de normas de condutas (Ferraz Jr.,1995 apud Alf Ross – Lógica de las normas, 1968).

¹³ BRASIL. Constituição (1988). Constituição da República Federativa do Brasil. Disponível em: <https://www2.camara.leg.br/atividade-legislativa/legislacao/constituicao1988>.

¹⁴ Dentre as competências comuns estão representados temas como a saúde, educação, meio ambiente, habitação, alimentação, entre outros. Diante das competências comuns, nenhum dos entes é isento dessas responsabilidades. As competências concorrentes percorrem questões do direito tributário, financeiro, penitenciário, econômico e urbanístico, orçamentos, juntas comerciais, serviços forenses, produção e consumo, recursos naturais e proteção ambiental, além de temas ligados à proteção de patrimônio histórico, cultural e artístico, educação, cultura, desporto, inovação e pesquisa, defesa da saúde, previdência social, proteção a pessoas com deficiência, infância e juventude e organização das polícias civis.

¹⁵ BRASIL. Constituição (1988). Constituição da República Federativa do Brasil. Disponível em: <https://www2.camara.leg.br/atividade-legislativa/legislacao/constituicao1988>

competência suplementar dos estados federados. Ademais, os estados têm como competência legislar de forma concomitante à União, mesmo sobre questões normativas gerais, não abordadas por esta.

As competências privativas na CF/1988 são tratadas nos artigos 22, 25 e 30, sendo que o artigo 22¹⁶ trata das competências privativas da União, o 25¹⁷ das competências residuais dos estados federados e o artigo 30¹⁸, das competências privativas da municipalidade. Este último aponta que cabe aos municípios legislar sobre questões locais de forma complementar à legislação federal e estadual, sendo competências primordiais temas como saúde, educação, transporte público, entre outros.

As competências específicas da municipalidade foram aportadas no artigo 30 da CF/1988, apontando que cabe aos municípios legislar sobre questões locais e de forma complementar à legislação federal e estadual, sendo competências primordiais temas como saúde, educação, transporte público, entre outros.

Importa destacar que nesse conceito de repartição e compartilhamento de competências entre os entes, a coordenação e a cooperação das políticas públicas tornam-se fundamentais como princípios basilares da relação entre os diferentes entes federativos. Tendo em vista esta perspectiva, o SUS coloca-se como um elemento desencadeador da descentralização de competências do campo da saúde para a municipalidade. O regime federalista descentralizado brasileiro e seu histórico evolutivo após a Constituição Federal de 1988 (CF/1988) incorreu no aumento das responsabilidades dos municípios, tanto na saúde, quanto em outras áreas de serviços públicos básicos, diferentemente de outras federações (ARRETCHE, 2010b).

A municipalidade assumiu a responsabilidade de identificar e atender às necessidades de saúde das pessoas que vivem em seu território local, além de relacionar-se com os pares, os demais municípios do território e com o estado e a União. Com isso, a partir desse fenômeno da

¹⁶ O artigo 22 consta do Capítulo II, no Título III da Constituição da República Federativa do Brasil. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm

¹⁷ O artigo 25 consta do Capítulo III do Título III da Constituição da República Federativa do Brasil. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm

¹⁸ O artigo 30 consta do Capítulo IV do Título III da Constituição da República Federativa do Brasil. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm

descentralização, surgem nebulosidades na distribuição de papéis no âmbito do planejamento de políticas públicas, na gestão e no financiamento do SUS entre os entes e conseqüentemente, ocorre uma redistribuição relativa do poder estatal.

Para Arretche (2010b), a construção do Estado-nação – aquele em que há um sentimento comum de nação única entre todas as regiões - foi um processo que teve como característica destacada o compromisso com as políticas nacionais homogêneas, ou seja, com as mesmas regras (embora nem sempre igualitárias), com maior prioridade para a autonomia regional.

Contudo, devido à forma como o federalismo foi constituído no Brasil, os períodos de forte autoritarismo¹⁹ ao longo da história promoveram centralização do poder na União. E apesar da escolha pelo federalismo, os arranjos democráticos e autoritários se alternaram seguidamente, inviabilizando a construção de cenários que permitissem a autonomia dos entes subnacionais e tampouco a estruturação de ações sistematizadas de cooperação horizontal entre os entes federativos, o que causou agravamento à realidade de desigualdades territoriais (ARRETCHE, 2010a; SOUZA, 2005).

Desta forma, cooperação e coordenação se distinguem e coexistem. Para Rovira (1986), a cooperação trata da tomada conjunta de decisões a partir de competências em comum exercício entre os entes, de forma que estes não poderão atuar de maneira isolada. A cooperação é revelada nas competências comuns que devem ser exercidas por qualquer dos entes federados, inclusive a União, de forma conjunta, na execução das tarefas determinadas pela constituição (BERCOVICI, 2002).

A coordenação, por sua vez, é apontada como o exercício de competências onde a vontade das partes é livre e igual, podendo os entes federados, atuar de forma autônoma, buscando um resultado comum, com decisões tomadas em escala federal e executadas por cada ente federado (Rovira, 1986 apud BERCOVICI, 2011). Com isso, ROVIRA (1986) indica que a coordenação trata da decisão comum tomada pela federação e executada por

¹⁹ Segundo Arretche (2010), as medidas de centralização e supervisão da União sobre os governos subnacionais, marcaram o início do século XX no Brasil, mas também se fortaleceram por ocasião do Golpe Militar de 1964. O crescimento econômico trouxe consigo a elevação das desigualdades e as disparidades na distribuição social e espacial da riqueza, entre as diferentes regiões do país, reduzindo os direitos de cidadania e atribuindo-os de acordo com o mercado de trabalho, resultando na redução da *proteção social* aos cidadãos.

cada ente, de acordo com suas competências, de forma concorrente, ou seja, cada qual com sua intensidade.

Rovira (1986) refere que a coordenação é um modo de atribuição, um exercício conjunto de competências que pressupõe a igualdade e a liberdade dos entes para exercer sua autonomia. Bercovici (2002) aponta que a repartição de poderes entre a União e os entes federados, ao concorrerem em uma mesma função, confere materialidade à coordenação das políticas públicas entre esses entes, uma vez que as decisões ocorrem de forma separada e com âmbitos diferentes.

Souza (2019) aponta que um dos dilemas federativos trata do equilíbrio entre mecanismos de coordenação e de cooperação, o que torna central a análise das relações entre entes federativos no Brasil, considerando o caráter voluntário da cooperação e hierárquico da coordenação e tendo em vista que esses desenhos são produtos de negociação entre os entes.

Desta forma, para o exercício de suas competências federativas no âmbito do SUS, a União, estados federados e municípios poderiam exercer suas autonomias e construir relações de interdependência por meio de instâncias de discussão e deliberação²⁰, como um modo de exercício do poder de forma cooperativa e coordenada, a partir de elementos de pactuação.

Além disso, considerando que a estrutura de poder intermediário no Brasil é exercida pelos estados federados e os territórios das regiões de saúde não contam com um ente federativo para sua governança direta, verifica-se que, diante das dimensões territoriais ampliadas, a relação entre entes federativos no âmbito da RS é o elemento fundamental para a construção de políticas que efetivamente sirvam aos seus cidadãos, validando de forma singular a atuação dos espaços dialógicos e deliberativos de exercício do poder para efetivar a regionalização.

²⁰ As Comissões Intergestoras Bipartite Regional (CIR), Bipartite Estadual (CIB) ou Tripartite (CIT) tem por competência *pactuar aspectos operacionais, financeiros e administrativos da gestão compartilhada do SUS*. A CIT foi constituída pela Portaria MS nº 1180/1991 e congrega atores do Ministério da Saúde e as representações dos gestores estaduais de saúde por meio do Conselho Nacional de Secretários Estaduais de Saúde (CONASS) e do Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (CONASEMS), tendo atuação no âmbito do território nacional. As CIB foram constituídas por meio da Normativa Operacional Básica (NOB) nº 01/1993 e são compostas pela gestão estadual e representantes dos gestores municipais de cada estado, por meio dos Conselhos Estaduais de Secretários Municipais de Saúde (COSEMS), atuando no território estadual. As CIR foram instituídas pelo Decreto 7508/2011 e são constituídas pelos gestores municipais das Regiões de Saúde junto ao representante da gestão estadual no território. Sua atuação ocorre no âmbito regional.

Diante dessas reflexões conceituais, históricas, à luz dos estudos acerca do federalismo brasileiro e suas implicações na regionalização, é possível perceber uma narrativa idealizada por diversos atores como um arranjo propício para a tomada de decisões, no intuito de aproximar a realidade dos recursos de saúde às necessidades da população, contudo, seu percurso encontrou questões peculiares e situacionais do histórico político brasileiro, o que impacta na cooperação e coordenação de políticas públicas.

Seção 2 - Relações de poder e ethos no exercício do poder

As relações de poder em um determinado sistema político dispõem de mecanismos extremamente complexos para seu exercício. A partir do entendimento acerca das relações federativas no Brasil, sua trajetória ao longo da história e no intuito de compreender como essas relações são estruturadas nas regiões de saúde, em especial, no território de estudo, torna-se importante refletir mais profundamente sobre as relações.

Para essa reflexão, o referencial abordará reflexões da fase genealógica do filósofo francês Foucault (1926-1984), acerca de como se estruturam as relações de poder e sua natureza, apontando para o conceito de regime de verdade que apoia o debate nesse estudo e, na sequência, como esses diferentes regimes de verdade se relacionam com os diferentes modos de exercício do poder, discutido pelo cientista social brasileiro Robert Srour.

Ferreirinha e Raitz (2010) referem que Foucault acreditava ser possível a luta contra pensamentos e comportamentos, mas impossível livrar-se das relações de poder. Para Foucault (1979), o poder é aceito e se mantém porque não apenas constitui uma força repressora, mas porque produz coisas, discursos, induz ao prazer e forma o saber. Ele aponta que o poder está ligado a diferentes regimes de verdade (ou seja, tipos de discurso que podem ser acolhidos e funcionam como verdade), uma vez que a verdade induz efeitos de poder e estes a reproduzem, de forma que *a verdade não existe fora do poder ou sem o poder* (FOUCAULT, 1979). Para Foucault (1979, p. 10):

Cada sociedade tem seu regime de verdade, sua "política geral" de verdade: isto é, os tipos de discurso que ela acolhe e faz funcionar como verdadeiros; os mecanismos e as instâncias que permitem distinguir os enunciados verdadeiros dos falsos, a maneira como se sanciona uns e outros; as técnicas e os procedimentos que são valorizados para a obtenção da verdade; o estatuto daqueles que têm o encargo de dizer o que funciona como verdadeiro.

Para ele, a verdade trata de “um conjunto das regras segundo as quais se distingue o verdadeiro do falso e se atribui ao verdadeiro, efeitos específicos de poder”, sendo importante desvincular o poder da verdade de suas formas hegemônicas (FOUCAULT, 1979, p. 11).

Foucault percebe a modernidade como um ethos, ou seja, uma atitude (SOUSA; SILVA, 2013). Neste sentido, diferentes atores da

regionalização operam seus regimes de verdade e desenvolvem o próprio ethos a partir do próprio regime de verdade.

Para Srour (1998) coexistem quatro diferentes *ethos* no exercício do poder: liberal, autoritário, totalitário e democrático. O ethos liberal estabelece relações de independência; o ethos autoritário produz relações de dependência e subordinação; o ethos totalitário implica em relações de sobredependência, e por fim; o ethos democrático promove relações de interdependência por meio de consensos.

Para o autor, as relações de independência produzidas pelo liberalismo tratam do princípio sobre o qual cada agente social deve ter controle sobre seus atos e responder pela própria vida, sem que se espere por ajuda de outros, contando apenas com a própria força. O *ethos* liberal encontra como vetores o mérito, o desempenho e a qualificação crescente, sem que se posicionem socialmente responsáveis, exprimindo o individualismo e a percepção de autossuficiência (SROUR, 1998).

O liberalismo é abordado por Foucault como uma parte da racionalidade governamental moderna. Em contribuição para esse entendimento, Cândido (2020) observa que há um viés crítico, que busca o direito dos indivíduos como forma de impor limitações sobre a ação regulatória estatal, a partir do domínio da sociedade civil.

Para além das relações de independência na gestão em saúde, há elementos que evidenciam o modo de exercício do poder autoritário. Uma vez compreendido o autoritarismo como parte de um sistema de dominação, este produz relações de dependência, que emparelham *tutores e tutelados, prepotência e subserviência*, a partir de relações de poder (aquelas desenvolvidas entre chefe e subordinado) e relações de saber (estabelecida entre peritos ou especialistas e práticos), conforme aponta Srour (1998).

As relações de dependência são autoritárias no pensamento e no modo de gestão, configuradas por uma relação de caráter assimétrico e hierárquico, conforme aponta Srour (1998), a partir da superioridade e da subordinação entre os agentes. Essas relações supõem a prepotência e a subserviência, de forma que os dependentes são aqueles que cumprem ordens, com a disciplinarização dos cidadãos (GARCIA, 1988), supressão de

direitos sociais e a naturalização da alienação social e dos sistemas de dominação.

O autoritarismo pode se expressar, na esfera política, por meio da concentração do poder e da tomada de decisões centralizada, da desvalorização à participação social no cenário de decisões do país, o que pode ter impactado de forma recorrente no histórico de construção e desenvolvimento da política brasileira (ARAÚJO; CARVALHO, 2021; CARVALHO, 2015; SERRANO; MAGANE, 2020).

Importa considerar que o ethos autoritário impõe assimetria e hierarquia às relações sociais, sendo fortalecido no Brasil pelo histórico da escravidão, colonialismo, coronelismo, ditadura militar, moralismo, discriminações, intolerâncias, preconceitos e desigualdades sociais, raciais e de gênero, dentre outros. Esse ethos impacta nas relações sociais e nas relações federativas, culturalmente enraizadas na gestão de políticas públicas e de forma específica, nas políticas de saúde (SROUR, 1998).

O uso da força no jogo social que aponta Matus (2005), ao referir-se ao que se aplica contra um oponente ou para ganhar um aliado, se revela de diversas formas. Diante de cenários de conflitos, sobre os quais são concebidas, definidas e executadas as políticas de saúde, os gestores incorporam seu papel como ator social e inserem-se no jogo social descrito por Matus (2005) e, por meio de suas jogadas e das jogadas de seus oponentes, atuam de forma a serem beneficiados ou prejudicados.

No jogo social se encontram as estratégias e estratégias que compõem a relação federativa, revelando diversas formas de atuação ao longo do histórico de construção política nacional, considerada sua herança imperialista e os diversos golpes contra a democracia sofridos no Brasil.

No que tange às relações de sobredependência, produzidas pelo totalitarismo, segundo Srour (1998), estas podem ser representadas por ativistas radicais ou seguidores fanáticos, inspirados por ideais muito eloquentes. Este modo revela uma ambiguidade, em que os atores sociais comportam-se como súditos, mas desejam assumir uma figura poderosa. O totalitarismo propõe a supressão dos conflitos e de outros sistemas de poder, além da dominação das instituições religiosas, escolares, de comunicação, entre outras.

Cabe neste ponto resgatar as reflexões acerca do federalismo no Brasil, nascido a partir da Proclamação da República, com a dissolução do estado unitário, porém, com a manutenção de uma cultura imperialista. Segundo aponta a filósofa judia Hannah Arendt (1979), o imperialismo, incentivado pelo amor à conquista, tem sua versão ainda mais cruel no totalitarismo – *o amor à força*, em que a *tentativa totalitária de conquista global* supera o *poderio do homem*.

Acerca da *política totalitária*, a autora indica que o totalitarismo pode ser combatido, mesmo que não compreendido. Com isso, compreender²¹ é uma atividade interminável, um processo complexo, uma ação sem fim, que não gera resultados definitivos e inequívocos, de forma que não se pode adiar a luta contra o totalitarismo, sendo preciso derrotá-lo (ARENDR, 2008).

Esse modo de exercício do poder resulta em relações de sobredependência, em que um agente se vê imobilizado, a não ser que seja autorizado pelo outro. Se há sinais de um restio cultural totalitário, é preciso que seja identificado, examinado, e, como aponta Arendt (1979), combatido, mesmo antes de ser compreendido.

Ao afirmar que o totalitarismo destrói os critérios de julgamento moral e mostrar que o totalitarismo surgiu em um mundo não totalitário, Arendt reforça que não é tarefa simples compreender contra o que se luta e a favor do que se luta, mas é necessário gestar, uma nova desenvoltura para o espírito e o coração humano, apontando que esta pode vir a surgir livremente após a vitória.

O tempo que atravessa esse estudo é o tempo de enfrentamento à pandemia da COVID-19²², o que no Brasil, desvela um olhar bastante apurado

²¹ Para ela, a compreensão difere da informação correta e do conhecimento científico; o conhecimento tem por objetivo encontrar a verdade, uma vez que o pensamento procura o significado. Ainda acerca da compreensão, Arendt (1979) aponta que, por meio dela é possível chegar a um acordo e uma conciliação com a realidade e acrescenta que a conciliação é parte da compreensão. Neste sentido, a compreensão é utilizada como tentativa de sentir o mundo como nossa casa e o perdão é um gesto único, uma ação única: “Compreender não significa negar o ultrajante, subtrair o inaudito do que têm precedentes, ou explicar fenômenos por meio de analogias e generalidades tais que se deixa de sentir o impacto da realidade e o choque da experiência. Significa antes examinar e suportar conscientemente o fardo que os acontecimentos colocaram sobre nós — sem negar sua existência nem vergar humildemente a seu peso, como se tudo o que de fato aconteceu não pudesse ter acontecido de outra forma. Compreender significa, em suma, encarar a realidade, espontânea e atentamente, e resistir a ela — qualquer que seja, venha a ser ou possa ter sido” (Arendt, 1979, p.20).

²² A pandemia da COVID-19 iniciou-se a partir do vírus SARS-COV-2, descoberto na China no final do ano de 2019 e espalhou-se mundialmente, levando as nações ao seu enfrentamento no âmbito mundial.

para a coordenação ou a descoordenação de políticas de enfrentamento e proteção dos cidadãos, o que revelou as fragilidades na relação federativa no período pós-impeachment medidas totalitárias no âmbito nacional, encontrando o país na era pós-impeachment presidencial²³ provocado pelo golpe de Estado de 2016.

Neste mesmo sentido, na atualidade da política brasileira, e tendo em vista que o poder político é subjugado ao poder econômico (SERRANO; MAGANE, 2020), o neoliberalismo é tomado como o novo totalitarismo, considerando a recusa da heterogeneidade social (CHAUÍ, 2019).

Da mesma forma, no histórico recente do exercício do poder no Brasil, cabe um alerta para a observação da existência desses elementos e da mesma forma sutis marcas neofascistas que são emergentes no país (MENDES; CARNUT, 2020; BOITO JR., 2021).

E por último, o modo de exercício do poder democrático, por sua vez, produz relações de interdependência (SROUR, 1998) e respondem aos apelos da solidariedade, corresponsabilização e à cidadania, enfatizando a ação coletiva. Estas relações poderão ser observadas onde os atores agem por meio de ações coordenadas e/ou cooperativas entre pares ou junto aos demais.

As organizações ou coletivos sociais interdependentes, representam sistemas abertos, administrando pressões e conflitos, agregando valor a partir das relações com o outro e absorvendo energias que lhes são impulsionadoras, provocando uma atuação com grande capacidade de adaptação e flexibilidade (SROUR, 1998).

As relações de interdependência respondem à corresponsabilização e à cidadania, enfatizando o coletivo. Estas poderão ser observadas onde os atores agem por meio de ações coordenadas e/ou cooperativas entre pares ou junto aos demais. De outra forma, poderão ainda suscitar a cooperação, ajuda

²³ A presidenta Dilma Rousseff estava em seu segundo mandato, iniciado em 2014. O impeachment ocorreu sob votação em 31/08/2016, sob acusação de crime de responsabilidade pela publicação de decretos para abertura de crédito especial sem aprovação do congresso nacional, com 367 votos favoráveis contra 137 contrários na Câmara Federal e 7 abstenções, sendo encaminhado ao Senado Federal, definiu o impeachment por 61 votos a favor e 20 contrários. Em processo de julgamento posterior, a presidenta foi absolvida. Nas eleições seguintes, em 2018, houve denúncias de interferência no processo eleitoral e conduziu ao poder o grupo político que apoiou o processo de impeachment.

mútua, de forma que o senso de compromisso coletivo se torne uma forte vertente nesta forma de relação (SROUR, 1998).

Para Srour (1998), a cooperação é parte dos fatores que embasam as relações de interdependência entre entes federativos, tratando de uma estratégia potente para a construção 'ir de um forte senso de compromisso coletivo.

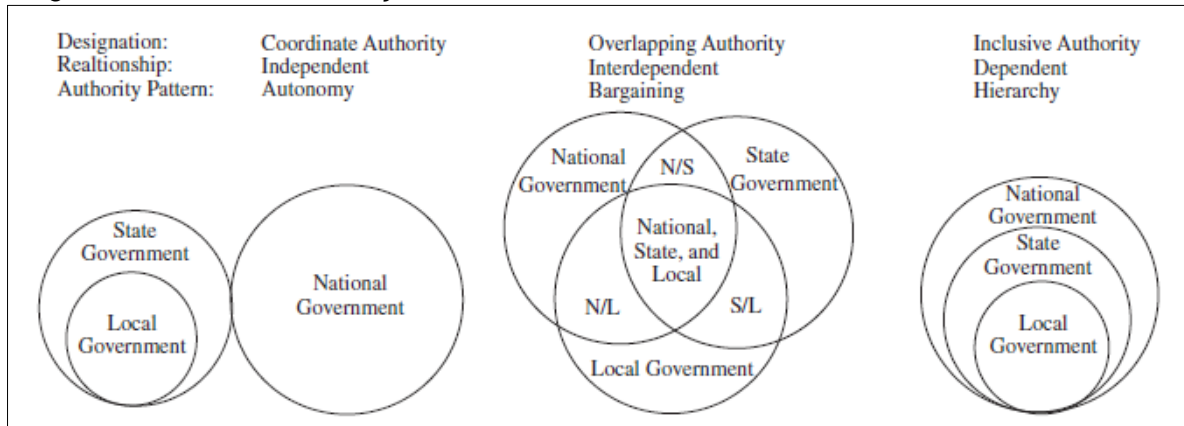
Em contribuição à forma de governar, Matus (2005) aponta que, é possível elevar a qualidade da arte de fazer política e de governar, aproximando a ciência da prática da ação pública. No âmbito do planejamento e da gestão, ele aponta para a existência de valores éticos como a liberdade, a justiça e a solidariedade, dentre outros, a serem adotados de forma que nas relações de poder, para produção de mudanças em meio a um cenário de conflitos, podem ser utilizadas diferentes estratégias.

Teoricamente, existem muitas formas de organização da democracia. Lijphart (2012), aponta que, na prática, a democracia moderna apresenta várias instituições governamentais formais, mas, quando são analisados a majoritariedade e a consensualidade entre suas regras e práticas, verifica-se que existem padrões de democracia que se repetem no mundo todo. Segundo o autor, os modelos de democracia, demonstram que a vontade da maioria nem sempre prevalecem, de forma que é possível compartilhar o poder de maneira consensuada.

Para Elazar (1995), a democracia é a mãe do federalismo. Para demonstrar a relação entre o federalismo e a democracia, o diagrama de Deal Wright (Diagrama 2) poderá ajudar a entender como podem acontecer os arranjos e modelos de relações locais, estaduais e nacionais por meio de diferentes padrões, exaltando a interdependência e horizontalidade entre os entes.

Neste sentido, Fleury e Ouverney (2007), apontam que a construção de uma relação democrática no exercício do poder supõe que exista capacidade dos atores em governar por meio de estruturas policêntricas e horizontais, no intuito de alcançar objetivos comuns (FLEURY; OUVERNEY, 2007).

Diagrama 2: Padrões de relação local, estadual e nacional



Fonte: Wright, 1988, p. 40.

Corroborando, Matus (2005) indica que a atuação governamental na prática pública sugere a construção de cenários de cooperação, apesar do risco, das incertezas e dos conflitos, tendo em vista a necessidade de enfrentamento dos problemas e de ampliação da capacidade de governo.

Mesmo após a adoção do federalismo, considera-se que um grande desafio do século XX para o desenvolvimento das relações federativas democráticas no Brasil tratou da inversão do modo como o poder é exercido, tendo em vista a hegemonia dos ideais autoritários, liberais e totalitários, a partir de relações de poder, que direcionam a forma de governar dos entes federativos.

Desta forma, o processo de regionalização é atravessado por muitos regimes de verdade e os sujeitos que atuam nos territórios exercem seu poder adotando esses diferentes ethos. Para fins deste estudo, importa reconhecer os diferentes cenários de exercício do poder, uma vez que influenciam no processo de construção de políticas públicas, inclusive no campo da saúde pública e impactam na forma como a regionalização é tomada na construção do SUS.

Seção 3 - Ação Coletiva e sua constituição dialógica

De forma complementar às reflexões acerca do federalismo e às relações de poder, o estudo destaca os autores que subsidiam o entendimento acerca da ação coletiva, sua configuração teórica e aplicações em meio às estratégias de cooperação e coordenação de políticas públicas.

A ação coletiva refere-se a um conceito bastante complexo, pelo qual é possível contribuir para a compreensão das relações federativas, da regionalização e também dos mecanismos de cooperação.

Embora a cooperação seja parte do mesmo fenômeno que compreende a competição, esta vivência é dependente do processo de adaptação dos indivíduos ao ambiente, a depender do contexto das ações escolhidas (PALMIERI; BRANCO, 2004). Para as autoras:

O indivíduo estará sempre maximizando suas possibilidades de adaptação ao ambiente, caracterizado por uma cultura ou situação específica (PALMIERI; BRANCO, 2004, p. 94).

Portanto, vivenciar situações cooperativas favorece a expressão de comportamentos que levam os indivíduos a relacionar-se socialmente de forma positiva e *pró-social*, enquanto a vivência em contextos competitivos torna-se um convite à hostilidade e à agressão (PALMIERI e BRANCO, 2004 apud Mead, 1937²⁴; Radke-Yarrow & Zahn-Waxler, 1991²⁵).

Socialmente, de acordo com May e Doob (1937 apud Deutsch, 1949), indivíduos tendem a competir quando se encontram em um esforço para atingir determinado objetivo que lhes são escassos e tendem a cooperar quando esses objetivos podem ser compartilhados.

Desta forma, as regras que induzem à igualdade são as limitações para competição, de forma que as competências estabelecidas para cada ente pode ser um aspecto motivador para escolhas comportamentais entre a cooperação ou a competição.

Além disso, Mead (1937 apud Deutsch, 1949) afirma que competição é o ato de buscar ou se esforçar para obter algo que outro está se

²⁴ Mead, G. (1937). Cooperation and competition among primitive people. New York, NY: McGraw-Hill.

²⁵ Radke-Yarrow, M. & Zahn-Waxler, C. (1991). The role of familial factors in the development of prosocial behavior: Research findings and questions. Em D. Olweus, J. Block & M Radke-Yarrow (Orgs.), Development of antisocial and prosocial behavior (pp. 207-233). New York, NY: Academic Press.

esforçando para obter ao mesmo tempo, o que não significa rivalidade. Por outro lado, a autora aponta que a cooperação é o trabalho em conjunto para alcançar o mesmo objetivo, o que não significa gentileza.

Em contribuição a este ponto, Maller (1929 apud DEUTSCH, 1949) ressalta que a competição é um comportamento orientado para um objetivo em que os demais competidores são secundários e o próprio indivíduo se vê como o único ou principal possuidor da meta/objetivo (MALLER, 1929 apud DEUTSCH, 1949). Lewis (1937 apud DEUTSCH, 1949), por sua vez, afirma ainda que no verdadeiro trabalho cooperativo as necessidades individuais podem operar apenas se forem relevantes para o objetivo comum. Ademais, para Deutsch (1949):

Em uma situação social cooperativa, os objetivos para os indivíduos ou subunidades na situação em consideração têm a seguinte característica: as regiões-objetivo para cada um dos indivíduos ou subunidades na situação são definidas de forma que uma região-objetivo possa ser inserida (para algum grau) por qualquer determinado indivíduo ou subunidade apenas se todos os indivíduos ou subunidades em consideração também puderem entrar em suas respectivas regiões-objetivo em algum grau (DEUTSCH, 1949, p. 131-132).

Neste sentido, é possível apontar para a abordagem conceitual a partir das perspectivas de Melucci (2001, 1989), Segato (2006) e Gohn (1997, 2000, 2007, 2011), oportunizando a construção de percepções acerca da ação coletiva, que quando conjugadas, podem ser aplicadas na ação pública e no campo da saúde, possibilitando sua aproximação aos ideários democráticos do SUS.

A partir da Teoria dos Novos Movimentos Sociais, Melucci (1989) ressalta a distinção na ação coletiva no que se refere aos modelos que se referem aos movimentos sociais como desajustes na ordem política e social ou produtos de cenários de crise a partir da privação dos indivíduos ou ainda como uma expressão de crenças compartilhadas. Assim, ele aponta que, a partir dessa superação conceitual, a agregação social é um fenômeno permanente, que embora tenha variações em suas formas, trata de um componente estável e irreversível da contemporaneidade (MELUCCI, 1989).

Para Melucci (2001 apud TEIXEIRA, 2013) a motivação para a ação coletiva é diferente da motivação da sociedade industrial e não está constituída sob um enfoque meramente economicista e utilitarista, distando do padrão

Marxista anterior, com enfoque nas relações de produção, bastante enfatizado até os anos de 1960.

Contudo, segundo o autor, os sujeitos passam a lutar não somente pelo poder ou por bens de consumo, mas são imbuídos de uma nova orientação para a ação social. Surge uma busca de outros bens imensuráveis, ressalta Melucci (1989), tais como a autorrealização, a solidariedade e a identidade. Para Gohn (2000), a solidariedade é o princípio que costura as diferenças internas a partir de uma representação projetada para o outro (para fora).

Em destaque à identidade coletiva, Melucci (2001) aponta que esta não é um dado ou uma essência, mas um produto de trocas, negociações, decisões e conflitos. Segundo Melucci (2001 apud TEIXEIRA, 2013) não há delimitação nos espaços de ação entre o conflito social e político, considerando o conflito estar presente na vida cotidiana.

Os conflitos surgem, aponta o autor, a partir de necessidades distintas não satisfeitas e são naturais e inevitáveis nas relações de qualquer natureza, relacionando-se de maneira próxima aos impasses. São os impasses existentes nos conflitos que impulsionam os sujeitos a lidarem com a situação por meio da construção de novos caminhos, novas formas de agir.

Diante desta perspectiva, Melucci (2001, p. 27) ressalta que “os conflitos se desenvolvem naquelas áreas do sistema diretamente investidas pelos fluxos informativos e simbólicos mais intensos”, podendo os novos movimentos sociais expressar-se ou não como antagônicos ao sistema. Neste sentido, ele refere que os atores destes conflitos são provisórios e seu papel é anunciar para a sociedade quais dilemas estão sendo atravessados.

Melucci (2001) direciona sua análise acerca dos movimentos sociais para as relações sistêmicas e para o plano microsocial, considerando sua centralidade estar posicionada no conflito social. Ele ressalta que *os problemas do indivíduo transformaram-se em problemas coletivos*, devido às pressões, de um lado, do poder sobre a identidade individual e, de outro, das representações culturais como demandas individuais (2001, p. 86).

De forma a contribuir para a conceituação da ação coletiva para fins referenciais deste estudo, tomamos o entendimento acerca da ética e alteridade, conforme apontado por Segato (2006).

Considerando a dimensão ética da existência humana e tendo em vista que a eticidade dista da moral e das leis (SEGATO, 2006), a ética é um componente da ação coletiva que permite o exercício reflexivo e questionador acerca da moral e das conformações sociais como elementos de dominação. Considerando ainda a significância do alheio nas relações, Segato (2006) enfoca a alteridade como um fator que resiste a confirmar as bases dos códigos morais arbitrários que convivem socialmente e desta forma, a alteridade permite a abertura ao outro, impõem incertezas e permite estranhamento ao seu próprio mundo, tanto mais em uma nação democrática de juridicidade plural.

Por sua vez e de forma singular para contribuir com o entendimento da ação coletiva, Gohn (2000, p. 12) caracteriza os movimentos sociais como a *ação dos homens na história*, que pressupõe o fazer por meio de um conjunto de práticas sociais, tratando da dinamicidade dos movimentos, uma vez que atuam por meio da ação, congregando diferentes atores sociais coletivos articulados, sendo esta uma ação sociopolítica coletiva (GOHN, 1997). Neste sentido, a autora ressalta que a dimensão política é um fator central no agir social.

Ela aponta que, embora outros autores enfatizem que o conflito social passou da esfera da produção e das classes para a esfera da cultura e da identidade cultural, há um terceiro aspecto bastante importante a ser considerado no âmbito dos fenômenos sociais, que é a concepção dos movimentos, que ocorre em um cenário de lutas, conflitos e contradições, originadas na divisão social, com interesses, visões, valores, ideologias e projetos de vida diferenciados, pautados nas necessidades sociais contemporâneas (GOHN, 1997).

Segundo a autora (GOHN, 2000), há alguns pressupostos para o grupo que se considere como um movimento social, tais como a necessidade de que exista algo além dos interesses em comum, formando-se assim um coletivo social, uma identidade coletiva, que supõem uma demanda comum.

Para Gohn (2000), a *ação humana* pressupõe o fazer por meio de um conjunto de ideias e práticas sociais e aponta que a ação coletiva trata, não da soma de individualidades, mas da construção de um novo projeto coletivo,

de interesse comum. Desta forma, a ação coletiva transforma demandas em reivindicações (GOHN, 2000, p. 13).

Entretanto, ao citar as referências dos movimentos sociais e estudados mais profundamente, é possível compreender melhor do que trata o conceito de ação coletiva apresentado por Melucci (1989) em especial, quando ressalta o sentido de solidariedade e identidade, ao que Gohn reforça que são características dos novos movimentos sociais, referindo ainda aos movimentos dos anos 1970 e 1980, aos quais acrescenta ainda outros fatores como *a ação, a ideologia, a cultura e as lutas cotidianas*, além da solidariedade e da identidade (GOHN, 1997).

Diante das mudanças no cenário sociopolítico após o advento da CF/1988, analisa Gohn (2005), ocorreu uma incorporação de espaços sociais de representação popular para o fortalecimento dos direitos no arcabouço constitucional, a partir da cidadania. Com isso, *a cidadania coletiva se constrói no cotidiano através do processo de identidade político-cultural que as lutas cotidianas geram* (GOHN, 1992, p. 16), sendo a prática política participativa capaz de construir oposição aos modelos de dominação (GOHN, 1992, p. 51).

Neste sentido, Gohn (2005) aponta:

[...] cidadania – filha direta de uma ordem de direitos justa – de forma que a governança de uma localidade ou país não se reduza a ações pragmáticas, fundadas na técnica, mas em uma governança com responsabilidade social, fundada na ética e na justiça social.

De forma complementar, Melucci (2001) ressalta que nos tempos contemporâneos torna-se imperativa a reinvenção dos movimentos sociais e de seus padrões através dos tempos, ao que Gohn aponta que a partir da criação e desenvolvimento de novos saberes, o uso das redes sociais e da internet construiu-se uma nova roupagem para a ação coletiva (GOHN, 2011).

Contudo, os conflitos sociais não desaparecem, tampouco a ação coletiva, sendo que esta apenas modifica sua forma. Ele ressalta que “verificar-se-á um crescimento da capacidade de produzir conflitos e construir identidades coletivas, mais transitórias e mais flexíveis, que terão como interlocutor também um sistema transnacional” (MELUCCI, 2001).

Diante do exposto acerca dos conceitos e nuances da ação coletiva e sua conceituação diante dos interesses coletivos é possível perceber que

esse tema impulsiona também as reflexões acerca das relações federativas. Assim, evidencia-se o posicionamento dos atores sociais atuantes no âmbito do planejamento e da gestão, voltados à perspectiva de atuação inclusiva, solidária e dialógica, aberta à produção de conflitos e identidades, que embasem o avanço das políticas públicas para a saúde.

Com isso, a ação coletiva configura-se como eixo motivador para o processo decisório e de mudanças, ao qual se refere o planejamento, cabendo abordá-la sob o enfoque conceitual dos valores da alteridade, ética, solidariedade e identidade coletiva, tornando a ação coletiva um potente instrumento para uma nova experimentação no processo de regionalização. Portanto, apresenta-se como um fenômeno essencial a ser posicionado no mapa conceitual deste estudo.

Contudo, para além dos aspectos conceituais, é possível entender a ação coletiva aplicada às relações federativas, por meio dos pressupostos constitucionais no contexto das políticas públicas de saúde, em apoio ao entendimento das competências e do processo de regionalização.

Espaços dialógicos ampliam a densidade do tecido social, por meio da participação social e foram fomentados nos anos de 1970 a partir da estruturação dos novos movimentos sociais. Estes espaços foram institucionalizados a partir da CF/1988 no âmbito da saúde, o que permite o aprofundamento à democracia.

Desta forma, os espaços de diálogo tornam-se fontes potenciais do planejamento, oportunizando o exercício da coordenação de políticas entre os entes e da cooperação, resultando em relações federativas estabelecidas por meio da negociação e do diálogo (ELAZAR, 1995). Para o filósofo russo Bakhtin (1986), as relações sociais se constituem por meio da interação verbal, onde a substância da língua é constituída, sendo o dialogismo a condição do sentido do discurso.

Considerando que a linguagem antecede a constituição do pensamento e permeia as interações sociais (BAKHTIN, 1986), importa configurar os espaços dialógicos para a relação federativa como cenários de relações sociais construtivas e plurais por meio da interação verbal.

A dialogia por meio de questões abertas é uma estratégia que possibilita a cooperação e a coordenação de políticas públicas e é por meio do

diálogo que o pensamento encontra suporte para novas propositivas e soluções que se coloquem ao encontro das necessidades dos territórios.

Com isso, a ação coletiva torna-se uma estratégia para estruturação de arranjos de cooperação e para o exercício da relação federativa no campo da saúde, tornando-se um pressuposto para o fortalecimento da regionalização, o que norteia o processo de organização política do SUS (SILVA *et al.*, 2020).

Desta forma, a ação coletiva pode ser construída no ambiente dialogado, a partir de pressupostos democráticos constitucionais e no contexto das políticas públicas de saúde, resultando em cooperação e figurando como uma força motriz para impulsionar novos caminhos para a regionalização.

Seção 4 - Mapa conceitual do estudo

Considerando as reflexões trazidas acerca do federalismo, relações de poder e ação coletiva, o referencial teórico deste estudo se mostrou justo e balizador das discussões. Isso porque o federalismo trata de uma escolha de regime político, mas contém diferentes nuances de conformação adotadas no sistema brasileiro, que orientam as relações intergovernamentais, tanto as relações de poder que estabeleceram historicamente quanto as que se estabelecem na atualidade, tornando o caso brasileiro bastante específico para entender a regionalização na saúde.

Essas relações são permeadas por diferentes regimes de verdade e possuem diferentes ethos no exercício do poder, que podem ser incorporados pelos mesmos atores de diferentes formas, tornando as relações federativas algumas vezes mais democráticas e outras mais independentes, autoritárias ou apresentando sinais de totalitarismo, a depender de seu contexto político e demais condicionantes.

Com isso, a forma como essas relações são constituídas e desenvolvidas nos diferentes contextos implicam na capacidade de cooperação entre os entes e na coordenação de políticas públicas de saúde entre as esferas de gestão, de forma que a ação coletiva se coloca como um fator preponderante para o aumento dessa capacidade.

O mapa conceitual do estudo (Diagrama 3), aponta que o federalismo trata das relações de um povo e exalta a cooperação entre entes federativos e a coordenação entre políticas públicas, que se expressam por meio dos modos de exercício do poder, dentre os quais se destaca o modo democrático, podendo ser forjado a partir da ação coletiva e, contudo, converge para uma construção pactuada da unidade, favorecendo o planejamento regional e impulsionando uma nova experiência de regionalização.

Dessa forma, a perspectiva de profundo entrosamento dos conceitos do federalismo com as relações de poder e com a ação coletiva como sendo referenciais significativos para fins desta investigação foi considerada para a constituição do mapa conceitual do estudo. Esse mapa vem apoiar as reflexões e as discussões da pesquisa, para dar suporte à compreensão acerca da

regionalização, a partir da convergência e complementação entre esses conceitos atinentes ao tema e aos objetivos do estudo.

Diagrama 3. Mapa conceitual do estudo



Fonte: própria autora.

CAPÍTULO 3 - OBJETIVOS

Seção 1 - Objetivo Geral

Compreender como ocorre a ação coletiva e a cooperação no território regional com vistas à estruturação de um plano de ação para uma nova regionalização no SUS.

Seção 2 - Objetivos Específicos

2.1 Identificar os desafios e estratégias de cooperação federativa e de coordenação de políticas públicas que influenciam na regionalização do SUS na região.

2.2 Analisar como ocorre a ação coletiva nos espaços de diálogo na relação federativa para o processo de planejamento e gestão regional do SUS.

2.3 Propor a elaboração de um plano de ação compartilhado a partir das relações intergovernamentais coordenadas e cooperativas no planejamento e gestão regional no SUS.

CAPÍTULO 4 - CAMINHO METODOLÓGICO

Para construção do caminho metodológico para responder aos objetivos do estudo, foi preciso optar por elementos que possibilitassem a construção da investigação, o entendimento da realidade do território estudado e seu aprofundamento, a partir das condições de pesquisa, tendo olhar da pesquisadora implicado no território. Deste modo, era preciso que o caminho do estudo se configurasse em um espaço reflexivo acerca da realidade e também de construção de um plano de ação compartilhado para mudanças no território.

Para tanto, no exercício de modelagem do estudo houve uma oportunidade para a escolha de um tipo de estudo qualitativo, com instrumentos de participação e intervenção em acompanhamento ao movimento de identificação e análise, para aprofundar a compreensão do território, considerando os objetivos da pesquisa.

Seção 1 - Tipo de Estudo

O estudo apresenta abordagem qualitativa (MINAYO, 2014), do tipo pesquisa-ação (THIOLLENT, 2018). A pesquisa qualitativa, segundo Minayo (2014) é carregada de substantivos que fundamentam a compreensão e a interpretação, tais como a experiência, vivência, significado e intencionalidade, dentre outros. Para a autora, a compreensão é o sentido da vivência, a capacidade de colocar-se no lugar do outro. Diante desse sentido, a busca pela compreensão exigiu apurar o exercício da observação, escuta e interpretação, a partir da vivência nos mesmos espaços do território, ao lado dos sujeitos da pesquisa.

A compreensão é ainda um produto da reflexão pessoal sobre a experiência, sendo esta pessoal e única, a depender da personalidade, da inserção de cada um na história e sua biografia (MINAYO, 2014). Ela refere que a interpretação sucede a compreensão, uma vez que o sujeito se apropria do que é compreendido, elaborando possibilidades projetadas para o que compreende. Com isso, o exercício da compreensão nesse estudo incluiu a pesquisadora que vivenciou, junto com os demais sujeitos, a realidade do

território e ao mesmo tempo pôde projetar possibilidades sobre sua compreensão.

Para além dessa escolha pela pesquisa qualitativa, o estudo se configura ainda como uma pesquisa-ação, que, segundo Thiollent (2018) é um método composto de técnicas participativas para coleta de dados, com a interlocução com um problema e seus atores sociais.

A pesquisa-ação é desenvolvida para refletir sobre contextos sociais, implicando no conhecimento da realidade e convertendo o conhecimento em ação em uma relação de aprendizagem e reciprocidade entre o pesquisador e os demais atores envolvidos no processo, considerando a abertura à transdisciplinariedade na atuação dos sujeitos (THIOLLENT, 2018).

Considerando a inserção da pesquisadora no local de estudo enquanto agente da gestão atuante na liderança executiva do consórcio público de saúde da região, esta abordagem metodológica foi pensada para dar suporte ao processo de investigação. Isso favoreceu a problematização a partir da coleta de dados, bem como a identificação e análise dos elementos identificados, como também, a experimentação implicada com a realidade e a possibilidade de interpor os resultados apurados, no intuito de construir saberes de modo compartilhado com os sujeitos do estudo.

Essa opção pela pesquisa-ação possibilitou que alguns espaços compartilhados entre os sujeitos fossem analisados internamente em seu cotidiano e suas ações fossem tomando parte na pesquisa. Isso trouxe para o método do estudo uma conotação dupla para cada etapa da pesquisa, em que ao mesmo tempo em que se faz a coleta de dados, também se produz resultado.

Por isso, a apresentação do caminho metodológico da pesquisa foi estruturada linearmente, compartilhando passo a passo como ocorreram as etapas do estudo e apresentando os instrumentos e estratégias de coleta, os produtos da interpretação e resultados produzidos em cada etapa.

Desta forma, passamos a apresentar o local do estudo, na sequência as etapas e passos percorridos e por fim, os aspectos éticos da pesquisa.

Seção 2 - Local de Estudo

O local de estudo é a Região de Saúde do Médio Paranapanema, composta por 21 municípios diferentes entre si, que totalizam 964.251 habitantes (BRASIL, 2019), sendo, esta região, o centro de uma das cinco macrorregiões (MR) do estado do Paraná, denominada Macrorregião Norte (MRN). Esta MR, por sua vez, é uma das quatro MR que compõem o sistema de saúde no estado.

Para fins deste estudo, os municípios da RS foram classificados de acordo com a base populacional, de forma que 17 dos 21 municípios são classificados como municípios de pequeno porte, sendo seis municípios com até 6 mil habitantes, 11 municípios com até 20 mil habitantes. A região conta ainda com quatro municípios sede de microrregião, classificados como médio porte, com 50 a 110 mil habitantes e o município-polo da região e da macrorregião de saúde, que é um município de grande porte com cerca de 600 mil habitantes.

Esse município é a referência para atendimentos de alta complexidade (RAC) para as cinco RS da MRN. Essa conformação impacta em diversas tensões, tanto no âmbito da RS, quanto da MRN, uma vez que os recursos de transferência federal para procedimentos de alta complexidade forma concentrados no município-polo quando de sua assunção como gestor pleno do sistema de saúde, sendo que sua atualização ao longo desse período não acompanhou o aumento das necessidades do território. Além disso, à exceção de outro município na MRN, todos os demais municípios estão sob gestão estadual, tendo os recursos de transferência federal para média complexidade gerenciados pelo estado.

Outro fator que promove tensões na região trata do aspecto da organização política, sendo que os municípios que pertencem ao objeto de estudo compõem grupos ou associações, seja por classificação do IBGE, distribuição territorial por meio de pactuações entre os entes federativos ou organizações voluntárias por meio da ação coletiva em associações municipais e consórcios públicos, em conformações que não são coincidentes com a sistematização de referências de serviços de saúde, conforme demonstrado no Quadro 2.

O detalhamento de estratificação desses municípios, quanto à organização em associações, consórcios e regiões de saúde encontra-se disponível junto ao Apêndice 1.

Quadro 2: Mapeamento quantitativo de municípios da MRN estratificados por Referência

Referência IBGE				Referência CIB			Referência ACISPAR			Referência AMP				
Código de MR	Código Região	Qtde	População Estimada	Região Saúde	RMC	RAC	Qtde	CPS	Município Sede	Qtde	Nome da Associação	Sigla	Município Polo	Qtde
4102	41016	17	384.198	16ª RS	Apucarana	Londrina	17	CISVIR	Apucarana	18	AM do Vale do Ivaí	AMUVI	Apucarana	26
	41022	16	128.645	22ª RS	Ivaiporã		16	CISIvaiporã	Ivaiporã	16				
	41017	21	964.251	17ª RS	Londrina		21	CISMEPAR	Londrina	21	AM do Médio Paranapanema	AMEPAR	Londrina	22
	41018	21	222.583	18ª RS	Cornélio Procópio		21	CISNOP	Cornélio Procópio	21	AM do Norte do Paraná	AMUNOP	Cornélio Procópio	19
	41019	22	289.020	19ª RS	Jacarezinho		22	CISNORPI	Jacarezinho	22	AM do Norte Pioneiro	AMUNORPI	Santo Antônio da Platina	25
Total		97	1.988.697				97				98			

Fonte: elaborado pela autora²⁶

²⁶ Nota: Os dados da Referência IBGE foram extraídos do Tabnet/DATASUS/MS na seção de estimativas de população para o Tribunal de Contas da União para o exercício 2019, disponível em <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?ibge/cnv/poptpr.def>. Para confecção dos dados da Referência CIB, além dos dados extraídos do Tabnet/Datasus - MS, foi consultado o PDR do Estado do Paraná atualizado no ano de 2015, acessado por meio da página oficial da Secretaria Estadual de Saúde do Paraná através do endereço eletrônico: https://www.saude.pr.gov.br/sites/default/arquivos_restritos/files/documento/2020-05/pdr_compilado_final_correcao_em_08_07_2016_0.pdf. Para elaboração dos dados de Referência ACISPAR, foram consultados os documentos constitutivos da Associação, podendo ser acessados em: <http://acispar.org.br/uploads/pagina/arquivos/ESTATUTO-ACISPAR.pdf>, complementados por informações localizadas nas páginas oficiais dos consórcios associados, acessíveis em: <http://acispar.org.br/#consorcios-associados> e informações complementares localizadas nas páginas oficiais dos consórcios associados, disponíveis do Cismepar, acessível em: http://cismepar.org.br/pagina/78_Atos-Constitutivos.html, Cisnorpi, disponível em: http://www.cisnorpi.com.br/pagina/133_Abrangencia.html; Cisvir, disponível em: <https://cisvir.com.br/cisvir/index.php/municipios/>, Cisnop, acessível em: <http://www.cisnop.com.br/post/324/> e Cisvaiporã, disponível em: <https://www.cisvaipora.com.br/municipios.php>. E por fim, os dados de Referência AMP foram acessados por meio da página oficial da Associação dos Municípios do Paraná no endereço eletrônico: <http://www.ampr.org.br/pagina-3.html>. Em análise comparativa, verificou-se que a composição de coletivos entre as diferentes referências apresentam diversidades, de forma que não há uniformidade na participação destes entre as RS, CPS e Associações de Municípios. Como exemplo, verificou-se que no quadro de municípios componentes dos consórcios públicos CISVIR e CISIvaiporã da Referência ACISPAR, o número de municípios diverge da Referência CIB, uma vez que o município de Rosário do Ivaí, considerado 22ª RS, constitui ambos os consórcios. Outro exemplo refere-se ao número de municípios da Referência AMP em relação à Referência ACISPAR, uma vez que o município de Arapongas e Sabáudia compõem a AMEPAR e não compõem o CISMEPAR, sendo parte da 16ª RS na Referência CIB. O município de Assaí, por sua vez, compõe a AMUNOP e é parte da 17ª RS na Referência CIB e do Cismepar na Referência ACISPAR. Outra análise identifica que o município de Curiúva, que pertence à 21ª RS e Macrorregião Leste, na Referência CIB, embora este município seja associado à AMUNORPI, portanto, não consta dos dados apresentados. Outra constatação aponta para a não participação de diversos municípios da MRN em associações municipais. Esta ausência de uniformidade ao analisar as referências coletivas pelos quais se organizam os municípios da MRN se apresenta em outras situações, não pontuadas nesta nota, uma vez que não tratam diretamente do objetivo deste estudo.

Para compreender como atuam os agentes públicos e quais espaços são estruturados no local de estudo, foram nomeadas as representações espaciais por ente federativo e instâncias deliberativas nos territórios regionais, estaduais e federal (Diagrama 4), ordenando os organismos e instâncias, ante sua espacialidade de atuação.

Diagrama 4: Representações e instâncias deliberativas do SUS por ente federativo segundo espacialidade de atuação

	MUNICÍPIO	ESTADO	UNIÃO	INSTÂNCIA
REGIÃO DE SAÚDE	CRESEMS	REGIONAIS DE SAÚDE	-	CIR
ESTADUAL	COSEMS	SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE	-	CIB
FEDERAL	CONASEMS	CONASS	MINISTÉRIO DA SAÚDE	CIT

Fonte: própria autora.

Nos espaços regionais, os entes federativos municipais participam individualmente e a partir de seu coletivo regional, o Conselho Regional de Secretários Municipais de Saúde (CRESEMS) e deliberam no âmbito da Comissão Intergestores Regional (CIR). Em âmbito estadual, os gestores municipais e estadual compõem o COSEMS e no âmbito federal, o Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (CONASEMS). O ente estadual é composto pela Regional de Saúde nos territórios regionais e contam com secretarias para atuação estadual, participando na CIT em âmbito nacional a

partir de seu coletivo, o CONASS. A CIT é composta pela totalidade dos municípios, com a representatividade junto ao CONASEMS, pela totalidade dos estados, junto ao Conselho Nacional de Secretários Estaduais de Saúde (CONASS) e pelo MS.

A União, por sua vez, não dispõe de equipe de trabalho atuante em cada RS, mas dispõe de representação nos territórios estaduais pelas superintendências do MS, que se comunicam com a sede centralizada no âmbito federal e gestionam sobre processos específicos de convênios e outros temas com os organismos públicos no estado. Contudo, ressalta-se que na CIB não há participação da superintendência do MS no território estadual.

Desta forma, os sujeitos representativos do CRESEMS, COSEMS e CONASEMS participaram enquanto sujeitos do estudo.

Seção 3 - Percorrendo as etapas e passos da pesquisa

Com vistas à completude dos objetivos do estudo, o ordenamento da pesquisa percorreu três etapas subsequentes: 1) etapa diagnóstica, que contou com a coleta de dados; 2) a etapa de imersão, com experimentações e ações no território, e por fim; 3) a etapa de interposição, com oficina de produto e elaboração de um plano de ação.

As etapas percorridas permitiram que diversos passos fossem dados na direção dos objetivos do estudo. Dentre elas, a aproximação aos sujeitos do estudo no território, coleta de dados, entendimento acerca de como o processo de regionalização foi construído no território.

A partir desses passos iniciais, foram construídas sistematizações, interpretação e análise qualitativa a partir do discurso dos sujeitos. Com isso, iniciou-se o processo de imersão no campo de pesquisa por meio de espaços e encontros no cotidiano do local estudado, a partir da identificação de espaços potentes e construção de espaços dialógicos para facilitar o estudo, sob o enfoque da ação coletiva para a regionalização.

Por fim, foram compilados os resultados e preparada a devolutiva e interposição dos resultados por meio de uma oficina que oportunizou a elaboração do plano de ação.

Os instrumentos adotados para as etapas e passos do estudo foram confeccionados ou configurados pela pesquisadora, sendo utilizados

aplicativos e plataformas eletrônicas de uso livre. Com isso, foram utilizadas as plataformas Jit.si Meet e Google Meet para entrevistas com os sujeitos e utilizadas as plataformas Microsoft Access para configuração de quatro bancos de dados para a etapa diagnóstica, a plataforma Miro para estruturar uma estrutura dinâmica para apresentar os resultados e possibilitar a confecção do plano de ação por meio da oficina na etapa de interposição.

Os sujeitos elencados para participação nas etapas do estudo foram representantes da gestão municipal e estadual, nas funções de secretários de saúde, diretores de áreas técnicas e equipe de gestão, além de representantes dos demais organismos que participam no processo de regionalização, sendo assessores técnicos do COSEMS e CONASEMS, diretores de área técnica do consórcio público da região e a presidência da Rede Nacional de Consórcios Públicos (RNCP).

O demonstrativo de temporalidade percorrido pelas etapas do estudo em relação ao ano de gestão estão dispostos no Diagrama 5, para melhor compreensão sobre como as etapas do estudo foram desenvolvidas, em relação ao ano da gestão municipal, estadual e federal.

Diagrama 5: Temporalidade das etapas do estudo por ano da gestão municipal, estadual e federal

Temporalidade do estudo



Fonte: própria autora.

A seguir, são descritas detalhadamente como foram conduzidas as etapas e passos do estudo.

Subseção 1 - Etapa Diagnóstica

A Etapa Diagnóstica contemplou dois passos subsequentes de coleta de dados: a coleta inicial e a coleta complementar. A coleta inicial foi planejada para a aproximação inicial com os sujeitos do estudo, constituídos pelas equipes de gestão municipal e estadual da região, além de apoiadores,

como técnicos do consórcio público e do Conselho Estadual de Secretários Municipais de Saúde (COSEMS).

Essa coleta de dados foi constituída a partir de uma parceria entre o grupo de pesquisa GestSUS e a equipe técnica da 17ª Regional de Saúde. A partir desta parceria foi estruturado um Curso de Extensão denominado Progestão²⁷, que contou com encontros presenciais e momentos de dispersão. O programa do curso contemplou encontros presenciais com pequenos grupos, que oportunizaram a problematização de suas realidades do cotidiano da gestão, intercalados com momentos de dispersão, em que os sujeitos produziram materiais textuais individuais a partir de suas reflexões, em resposta às questões disparadoras.

O objetivo da coleta inicial para fins do presente estudo foi identificar padrões, divergências e convergências que viessem a favorecer o mapeamento das estratégias e instrumentos de cooperação federativa e coordenação de políticas. O material produzido nesse espaço apoiou o entendimento acerca de como encontram-se constituídas as relações entre os entes federativos no território regional, além de ajudar na identificação dos sujeitos para aprofundamento acerca do tema e na instrumentalização para a preparação do roteiro de entrevistas da coleta complementar.

Com isso, na coleta inicial foram construídos instrumentos para apoiar o andamento da pesquisa:

a) mapa de municípios da macroregião norte (MRN) por estratificação segundo suas referências (apêndice 1), com o intuito de identificar especificidades da organização territorial e política no local de estudo e a influência do papel que ocupam os sujeitos frente aos demais municípios e regiões da MRN, condensados no Quadro 2;

b) roteiro, programação e situação-problema do encontro do curso de extensão PROGESTÃO junto ao grupo de pesquisa GestSUS, para primeira oficina do curso com enfoque no tema Regionalização (apêndice 2) e as questões disparadoras, para promover a coleta de dados inicial por meio do

²⁷ O curso de extensão Progestão foi realizado pelo Grupo de Pesquisa denominado GestSUS, que atua por meio da investigação o campo das políticas públicas, planejamento e gestão em saúde no âmbito dos pequenos municípios, no intuito de compreender e apoiar suas práticas cotidianas e fortalecer o SUS. O GestSUS está inserido no Programa de Pós Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Estadual de Londrina. O curso Progestão foi realizado pelo esforço dos pesquisadores, docentes e alunos atuantes no GestSUS e trabalhadores e dirigentes da 17ª Regional de Saúde do Estado do Paraná.

relatório individual dos participantes a ser produzido no período de dispersão entre o primeiro e o segundo encontro;

c) texto de apoio para a oficina de regionalização do curso PROGESTÃO, no intuito de incentivar os participantes da oficina a refletirem acerca do conceito e estratégias de ação coletiva no cotidiano da gestão no território regional e na regionalização (apêndice 3);

d) termo de consentimento livre e esclarecido, para esclarecer os sujeitos sobre sua implicação e condições de participação no estudo e coletar seu consentimento escrito (apêndice 4);

Para a sistematização dos dados produzidos a partir da coleta inicial foram utilizados os relatórios produzidos pelos participantes do curso no momento de dispersão após o primeiro encontro presencial. Foram apresentados 42 relatórios eletrônicos pelos participantes do curso, por meio do Google Forms²⁸. Apenas os participantes que devolveram o TCLE preenchido e assinado foram tomados como sujeitos do estudo para análise dos excertos. Foram devolvidos 17 termos devidamente preenchidos e assinados, sendo seus relatórios individuais considerados válidos para esse fim. A partir das respostas desses sujeitos, foram extraídas as percepções dos respondentes e individualizados 23 excertos de fala, que foram codificados com a inicial R (respondente) seguida de numeração sequencial, na ordem de entrega dos relatórios individuais.

Os relatórios foram numerados e cadastrados individualmente em um banco de dados do Microsoft Access²⁹ para elaboração de um compilado de respostas, classificando em três excertos por participante, que corresponderam às questões formuladas no material de dispersão. Após essa sistematização, foram atribuídos termos-chave representativos a partir dos relatórios e a partir de seu agrupamento, foi possível identificar cinco categorias significantes: limitações (do cotidiano da gestão), objetivos, estratégias, atores e valores (que fazem parte do processo de regionalização).

²⁸ A plataforma Google Forms é um aplicativo gratuito de gerenciamento de coleta de informações por meio de formulários e questionários criado pelo Google.

²⁹ O banco de dados foi estruturado pela autora no programa Access da Microsoft, com a alocação integral das três respostas por participante do curso. As respostas foram organizadas a partir de categorias significantes e agrupadas em categorias.

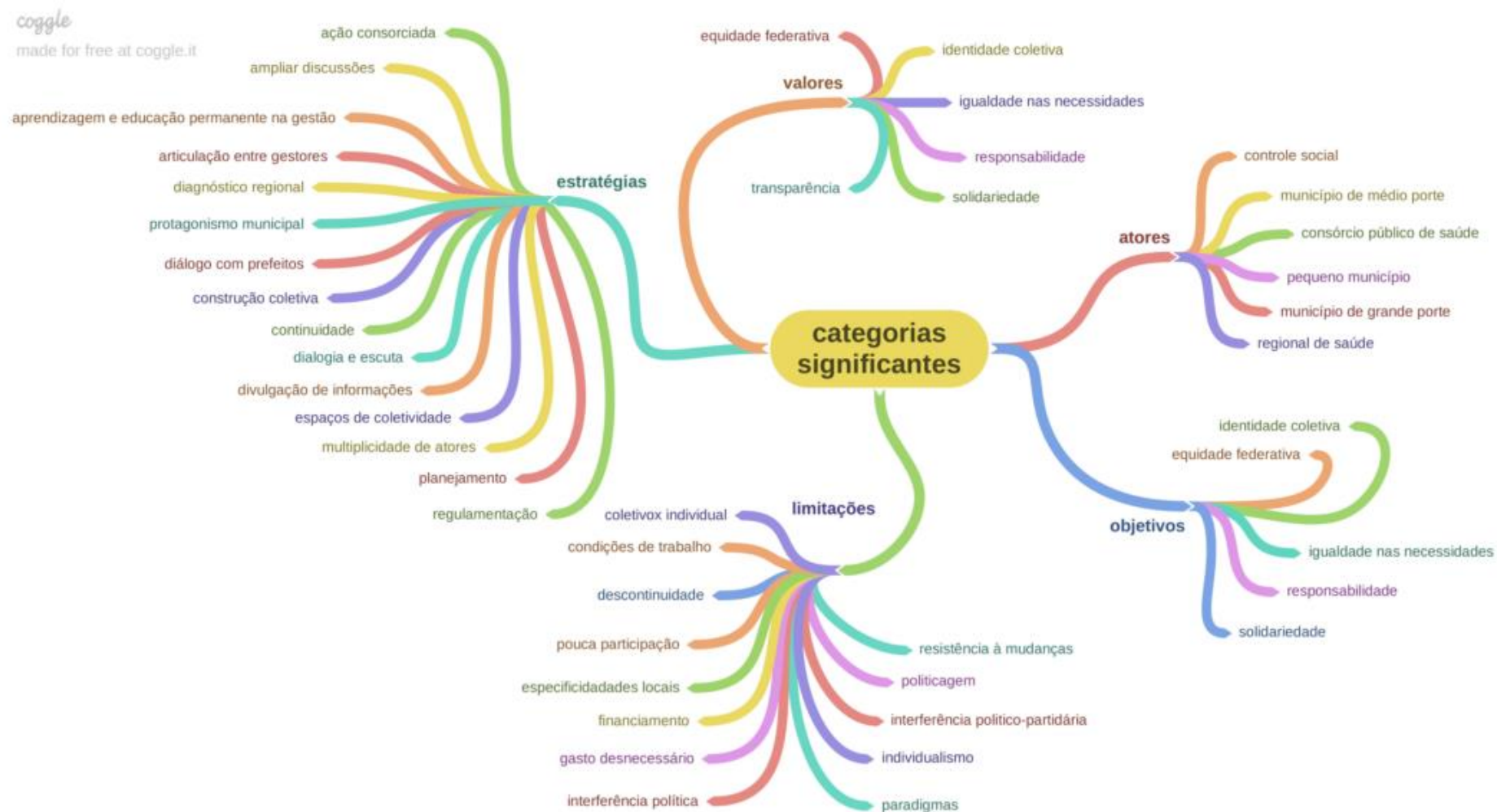
Dentre as “limitações” foram contempladas as temáticas: coletivo versus individual, condições de trabalho, descontinuidade, pouca participação, especificidades locais, financiamento, gasto desnecessário, interferência política, paradigmas, politicagem, resistência às mudanças. A categoria de “objetivos” abrangeu os termos-chave: identidade coletiva, equidade federativa, solidariedade, responsabilidade, igualdade nas necessidades.

A categoria significativa “estratégias” agrupou os termos-chave: ação consorciada, ampliar discussões, aprendizagem e educação permanente na gestão, articulação entre gestores, diagnóstico regional, protagonismo municipal, diálogo com prefeitos, construção coletiva, continuidade, dialogia e escuta, divulgação de informações, espaços de coletividade, multiplicidade de atores, planejamento e regulamentação.

A categoria significativa “atores” contemplou os termos-chave: controle social, município de médio porte, consórcio público de saúde, pequeno município, município de grande porte e regional de saúde. E por fim, na categoria “valores” foram agrupados os termos-chave: equidade federativa, identidade coletiva, igualdade nas necessidades, responsabilidade, solidariedade e transparência.

A partir dessas palavras-chave e categorias significantes foi construído o Diagrama 6, no sentido de apoiar o direcionamento do próximo passo do estudo.

Diagrama 6: Categorias significantes da coleta inicial.



Fonte: própria autora.

Esse diagrama norteou o foco da pesquisa para o passo seguinte, sendo um sinalizador importante para compreender o fenômeno estudado. As respostas desses questionários também foram tomadas de forma analítica, incorporada no passo seguinte desta etapa diagnóstica.

Para tanto, foi aplicado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (apêndice 4), contudo, apenas os participantes que devolveram o TCLE preenchido e assinado foram tomados como sujeitos do estudo para análise dos excertos segundo análise do discurso. Foram devolvidos 17 termos devidamente preenchidos e assinados, sendo seus relatórios individuais considerados válidos para esse fim.

A partir das respostas desses 17 sujeitos, foram extraídas as percepções dos respondentes e individualizados 23 excertos de fala.

A coleta complementar foi realizada por meio de entrevistas na modalidade remoto por meio da plataforma Jit.si meet e Google meet³⁰. Os instrumentos confeccionados para essa etapa foram:

- a) roteiro de entrevistas semiestruturados (apêndice 4), com questões direcionadas para cada grupo de sujeitos a serem entrevistados;
- b) termo de consentimento livre e esclarecido nas modalidades presencial e remoto, para esclarecer aos sujeitos sobre sua implicação e condições de participação no estudo, para coletar seu consentimento escrito (apêndice 5 e 6);
- c) questionário para identificação do perfil dos entrevistados, tempo de exercício na função, categoria profissional e escolaridade (apêndice 7);

Os roteiros de entrevista tiveram por objetivo a identificação das ações realizadas e instrumentos já desenvolvidos na RS, segundo a percepção dos atores envolvidos. As questões apontaram para a identificação de limitações e dificuldades na relação federativa, experiências exitosas na regionalização, contribuições e propositivas.

Além disso, os roteiros apresentaram questões para incentivar o imaginário dos gestores para avançar no apontamento de novas estratégias da relação federalista que poderiam ser aplicadas no intuito de propor novos

³⁰A plataforma Jit.si meet é uma ferramenta online gratuita que permite fazer vídeo chamadas e gravação de áudio e vídeo e a plataforma Google meet é uma plataforma gratuita de videoconferências

rumos ao processo de regionalização, ainda que não tenham sido testadas. As entrevistas foram gravadas e transcritas em sua integralidade.

As entrevistas tiveram como sujeitos, especificamente: a) 1 representante da equipe dirigente do Consórcio Público de Saúde³¹ local; b) o presidente do CRESEMS³² da Região de Saúde no ano de realização da entrevista; c) dois representantes da assessoria técnica do COSEMS/PR³³ e um representante do CONASEMS; d) um técnico do corpo diretivo da gestão estadual atuante na 17ª Regional de Saúde do Paraná; e) 4 representantes da gestão municipal (secretários de saúde e equipe de gestão) que concluíram o curso de extensão PROGESTÃO, sendo: um representante dos municípios de até seis mil habitantes; um representante dos municípios com até 20 mil habitantes; um representante dentre os três municípios sede de microrregião de saúde, que contam com até 110 mil habitantes, e; um representante do município-polo da região de saúde, com 600 mil habitantes.

As entrevistas foram transcritas e sua sistematização foi realizada por meio de um banco de dados do Microsoft Access que recebeu os textos em sua forma bruta e integral. Ao todo, foram extraídos 230 excertos de fala das entrevistas e classificados em 4 grupos, que aproximaram temas afins identificados nos excertos, conforme Tabela 1.

Tabela 1: Agrupamento geral dos excertos das entrevistas individuais transcritas

Agrupamento geral dos excertos por temas afins		Número de excertos
A	Um lugar para as relações federativas	75
B1	Se as relações de poder interferem na gestão regional	59
B2	A vez da cooperação e da coordenação de políticas	28
C	Primeiros pensamentos sobre as potencialidades para a regionalização	68
Total		230

Fonte: própria autora.

³¹ O consórcio público de saúde local foi criado em 1995 e possui natureza jurídica público-público, adequado à Lei Federal nº 11.107/2005, sendo composto por 21 municípios do território regional.

³² O CRESEMS é o Conselho Regional de Secretários Municipais de Saúde do território regional e conta com uma mesa diretora e um presidente eleito por seus pares para um mandato de 2 anos.

³³ O COSEMS-PR refere-se ao Conselho Estadual de Secretários Municipais de Saúde, congregando os 399 municípios do Estado do Paraná, contando com uma Mesa Diretora composta por membros do conselho e Presidente eleito por seus pares, para um mandato de 2 anos. Conta ainda com equipe de assessoria centralizada, além de apoiadores aos gestores municipais atuantes nas regiões de saúde, de forma descentralizada, a partir de profissionais contratados para estas finalidades de assessoria e apoio.

Após a sistematização, os dados produzidos na coleta complementar (230 excertos) foram somados aos dados da etapa inicial (23 excertos) e iniciou-se a análise dos dados coletados nessa etapa.

A metodologia de análise escolhida foi a análise do discurso, a partir dos registros de fala e entendimento do pensamento dos sujeitos acerca da realidade, de forma rigorosa e sistematizada, proposta por Martins e Bicudo (1989). Para esta análise, foram percorridas as etapas ideográfica e nomotética, para atribuição de significado às unidades extraídas a partir do discurso (BICUDO, 1994; MARTINS; BICUDO, 1989).

A análise ideográfica ou individual foi realizada a partir da leitura dos registros do material coletado, objetivando a apropriação do conteúdo dos discursos dos sujeitos. Desta forma, os discursos foram apropriados sem interpretações, o que possibilitou a experimentação empática acerca de suas realidades.

Na sequência, os excertos foram separados em trechos e foram discriminadas as unidades de significado para cada trecho a partir dos discursos. Essas unidades de significado foram sentenças curtas elaboradas a partir da interpretação dos trechos por meio de instrumentos linguísticos, tornando mais evidente as formas de representação dos dados e o sentido transmitido pelos sujeitos em seu discurso.

O segundo momento da análise foi a nomotética ou geral, desenvolvida com objetivo de estabelecer a compreensão e articulação dos diversos sentidos a partir da releitura do material coletado, realizando aproximações e identificando convergências e divergências nas unidades de significado, além da identificação do tema e objeto a que se referiam. A partir do agrupamento desses temas e objetos, foram construídas as categorias de análise desta etapa da pesquisa, o que tornou possível desvelar, dentre os elementos do discurso, aspectos relevantes para responder aos objetivos do estudo.

Esses resultados ecoaram e afetaram diretamente a preparação das etapas seguintes da pesquisa, tornando a etapa de imersão um cenário não apenas de observação, mas também de ação.

Subseção 2 - Etapa de Imersão

A etapa de imersão foi bastante desafiadora e para melhor estruturá-la foi preciso organizar todos os registros significativos à existência de espaços efetivamente dialógicos, ainda que informais. Como apoio a esta organização, foi confeccionado um diário de campo, com registro das atividades significativas à pesquisa, considerando a oportunidade de participar no cotidiano do trabalho das equipes de gestão do território regional, a partir do olhar do consórcio público, possibilitando o encontro dos resultados da etapa diagnóstica com a observação e participação na realidade das relações no território regional.

O diário de campo foi confeccionado a partir de curtos registros manuscritos que expressaram sentimentos, ideias e impressões acerca das vivências, para ser sistematizado como material para análise, de forma que dele foram extraídos como resultado as ações desenvolvidas na qualidade de experimentação, o que oportunizou a qualificação da tipologia de pesquisa-ação.

Esse diário oportunizou a compreensão acerca das realidades dos sujeitos e registrou ainda pequenos trechos-chave e registros de pensamentos e falas por ocasião de reuniões e atividades do cotidiano, o que incentivou a estruturação de novos espaços dialógicos em que a cooperação e a coordenação de políticas pudessem figurar, oportunizando o aprofundamento aos referenciais teóricos e o entendimento de como esse referenciais dialogam com o campo de estudo, no intuito de refinar os resultados.

Nessa imersão, o diário de campo foi acompanhado pela análise de memórias de reuniões e de conversações realizadas junto aos agentes atuantes no processo de regionalização. A inserção das ações que foram extraídas para análise nessa etapa da pesquisa foi autorizada pelos sujeitos por meio de um Termo de Autorização de Uso de Dados (apêndice 8), que incluiu a autorização para a implementação de novas ações que favorecessem e fomentassem a ação coletiva em meio às relações federativas.

Essa etapa oportunizou a experimentação ao lado dos sujeitos que compõem o cenário da regionalização do SUS em meio às suas relações. Os sujeitos que participaram das ações elencadas, em geral, coincidiram com

aqueles que participaram da coleta inicial, salvo algumas exceções por meio de faltas ou outras questões que impediram que os mesmos sujeitos participassem, mas também incluiu outros agentes que atuam no território e não haviam participado na coleta inicial ou na coleta complementar, como: agentes do ministério público, magistrados atuantes na região, dirigentes de hospitais da região, prefeitos e profissionais atuantes diretamente nas atividades de cuidado em saúde.

A primeira ação elencada na experimentação desta etapa foi um espaço denominado Grupos de Identidade Territorial (GIT). Esse espaço foi iniciado a partir dos resultados da etapa diagnóstica do estudo, na coleta inicial, em que os sujeitos representativos de municípios de pequeno porte (MPP) apontaram que os espaços de deliberação se apresentavam insuficientes para o diálogo e a troca de experiências entre as equipes de gestão, o que poderia enriquecer o planejamento regional.

Os primeiros encontros foram realizados com a totalidade dos gestores do território, contudo, a partir das primeiras experiências de diálogo, considerando a manifestação dos sujeitos, foram constituídos dois grupos, um deles congregando os quatro municípios sede de microrregião e região, denominado G4. O outro grupo reuniu os municípios de pequeno porte da região, que totalizam dezessete municípios e foi denominado G17.

Essa ação foi proposta e iniciada pela pesquisadora junto aos gestores municipais ainda de forma incipiente após a sistematização dos resultados da Coleta Inicial no último ano da gestão municipal e implementado oficialmente no calendário dos gestores municipais no exercício seguinte, sendo este o primeiro ano da gestão municipal, ainda na duração do estudo.

A autorização para implantação desse espaço dialógico foi emitida em Assembleia Geral de Prefeitos do consórcio e o produto desses encontros foi registrado por meio de cronogramas e de memórias de reuniões, com Termo de Autorização de Uso de Dados (apêndice 8) emitido pelos Presidentes do consórcio dos diferentes períodos onde foram implantados os espaços e realizadas as reuniões.

O formato proposto pelos próprios sujeitos para as discussões foi o de roda de conversa, sem pauta previamente estabelecida ou tempo limite para discussão de cada assunto. A princípio, a roda de conversa se iniciava a partir

de uma pergunta disparadora acerca do enfrentamento de situações-problema do território, sem que houvesse algum controle ou posição hierárquica no debate, tendo a equipe de gestão do CPS como facilitadora do processo dialógico.

Nos encontros seguintes, os sujeitos propuseram que um check list temático pudesse ser estruturado no primeiro momento do encontro e a partir deste instrumento, os assuntos poderiam ser debatidos até seu esgotamento, um após o outro e um calendário oficial de encontros bimestrais foi aprovado e incorporado à dinâmica de reuniões oficiais do consórcio. Os primeiros resultados apontaram que as características territoriais são significativas para a construção de uma identidade coletiva entre os gestores, o que poderia facilitar a estruturação de estratégias de cooperação entre pares.

O segundo espaço estruturado na Etapa de Imersão foi um espaço coletivo para encontros em meio remoto, congregando prefeitos dos municípios da RS, além de gestores de saúde desses municípios, sendo coordenado por um dos prefeitos da região e assessorado para sua organização pelo Presidente do CRESEMS, apoiador do COSEMS e do Consórcio Público de Saúde do território, em representação à municipalidade, além da diretoria da Regional de Saúde e do escritório Regional da Casa Civil, ambos em representação ao ente estadual.

O objetivo deste espaço dialógico foi oportunizar o debate ampliado de temas significativos à regionalização, em meio às questões-problema e oportunidades de avanços no cenário regional. Os registros desses encontros foram realizados por meio de memórias de reuniões e foi preenchido e assinado o Termo de Autorização de Uso dos Dados pelo Presidente do CRESEMS e pelo coordenador do Fórum. Esta ação foi implementada no último ano da gestão municipal e continuada no primeiro ano da gestão municipal subsequente, ainda no período do estudo.

A segunda ação estratégica identificada a partir do diário de campo foi o Fórum Regional de Saúde (FRS). Essa ação foi iniciada a partir de um modelo implantado originalmente na região metropolitana de Curitiba, por ocasião do enfrentamento à pandemia e foi replicado de maneira semelhante no local estudado.

Inicialmente, os prefeitos e secretários municipais de saúde foram convidados a participar dos encontros para o debate acerca do perfil e da situação epidemiológica do momento, a partir de informativos e relatórios técnicos produzidos pelas equipes de trabalho do escritório da Regional de Saúde no território. A organização e facilitação dos encontros foram compartilhadas entre os atores do CPS, Regional de Saúde, Escritório Regional da Casa Civil e CRESEMS, constituindo um grupo de apoio aos sujeitos participantes e protagonistas do FRS.

O formato dos encontros foi estruturado a partir de um roteiro com pauta previamente apontada pelo grupo organizador e a palavra aberta livremente aos prefeitos municipais e secretários de saúde, privilegiando os primeiros, no intuito de promover a manutenção do interesse na participação continuada nos encontros.

No primeiro ano de implantação, foram realizados oito encontros sequenciais com a temática direcionada à tomada de decisões no enfrentamento à pandemia, compartilhar de vivências de cada município, além da participação de agentes de outras localidades ou áreas da ação pública, como a segurança pública.

No segundo ano de implantação do FRS, foi possível elencar um dos prefeitos que se responsabilizou pela coordenação da ação, de forma que os participantes pactuaram pela existência do fórum de forma permanente, com convocação de reuniões na medida de sua necessidade.

No início deste segundo exercício, que coincidiu com o segundo ano de enfrentamento à pandemia de COVID19 no Brasil, o FRS reuniu-se continuamente, em 7 reuniões sequenciais diárias, para tratar de uma situação-problema acerca da necessidade de tomada de decisões conjuntas no território para adoção de medidas de distanciamento, suspensão de atividades comerciais e outras medidas.

A terceira ação registrada e elencada a partir do diário de campo foi o Comitê Executivo da Saúde (CEXE), que trata de um grupo estruturado por iniciativa do Conselho Nacional de Justiça (CNJ), e coordenado em territórios regionais no país e encontrava-se em seu terceiro ano de constituição quando tiveram início os registros de suas reuniões no diário. A finalidade do CEXE é

reduzir o processo de judicialização da saúde e no ano de seu registro neste estudo, o tema de debate debruçou-se sobre a pandemia.

Com isso, no início do último ano da gestão municipal, foram convidados todos os gestores municipais de saúde da região, bem como a Presidência do CRESEMS ao espaço de debates, antes participado de forma restrita por gestores do município sede da região metropolitana e pelos municípios de médio porte, junto aos magistrados, procuradores e promotores públicos atuantes na região, além dos gestores de estabelecimentos de saúde vinculados ao SUS.

A proposta de aproximação dos demais gestores municipais ocorreu por meio da solicitação da pesquisadora junto à coordenação do Comitê, sendo autorizada prontamente e foram incluídos os contatos dos gestores municipais em um grupo de mensagens eletrônicas para comunicação das reuniões oficiais e das temáticas a serem propostas para as pautas dessas reuniões.

Com isso, os gestores dos municípios de pequeno porte foram aproximados ao tema e iniciaram participação ativa nas reuniões no mesmo ano de inclusão, qual seja, o último da gestão municipal, sendo continuada com a atualização dos contatos e membros participantes no ano seguinte, primeiro da gestão municipal, ainda no período do estudo.

A quarta ação foi retratada por uma coletânea de grupos técnicos, comissões e espaços de troca de experiências, confecção de documentos de uso compartilhado e tomada de decisões de forma coletiva. Um dos grupos técnicos tratou de discutir o acesso ambulatorial especializado e o segundo grupo discutiu o tema das cirurgias eletivas.

Além disso, foi registrada a atuação de uma comissão de confecção de protocolos de manejo clínico da atenção básica, atenção especializada e regulação assistencial, com estruturação e aplicação pelas equipes técnicas dos municípios, da gestão estadual atuantes na RS, apoiador do COSEMS no território e agentes técnicos do consórcio público de saúde (CPS) da região.

A quinta ação elencada constou da atuação de uma Escola de Saúde do âmbito regional, em seu quinto ano de implantação, com intuito de desenvolver ações de educação permanente em saúde, vinculada à Atenção Básica e ao consórcio público, além de um espaço de diálogo compartilhado por meio de transmissão ao vivo. As ferramentas utilizadas pela ação são

rodas de conversa, aulas expositivas, capacitações, encontros de discussão de casos, entre outros.

O registro dessas ações a partir do diário de campo permitiu o apontamento, tanto para a necessidade de ampliar a experimentação de espaços dialógicos informais para favorecer a cooperação e coordenação de políticas públicas de saúde, quanto para a qualificação e a implementação de novas estratégias de diálogo e participação nos espaços oficiais em execução no território.

A partir do diário, foram identificadas e extraídas cinco ações relevantes ao tema do estudo, que foram desenvolvidas no local estudado. Essas ações foram analisadas de forma global, em seu escopo propositivo (Quadro 3).

Quadro 3: Ações da etapa de imersão

Ações	Proposição	Estratégia-objetivo	Organismos validadores	Instituição e duração
i. Grupos de Identidade Territorial	Pesquisadora com autorização do CPS (1)	Implantar espaço dialógico para fomentar discussões sobre o planejamento regional entre pares da gestão municipal a partir de suas realidades, sob autorização do CPS	<ul style="list-style-type: none"> • CPS 	Instituído por ocasião da pesquisa e mantido após o término desta etapa da pesquisa, sendo incluído no calendário oficial do CPS
ii. Fórum Regional de Saúde	Pesquisadora em parceria com outros atores da região (2)	Implantar espaço dialógico para exercício da relação federativa entre gestores de municípios de diferentes portes, para compartilhamento de experiências locais e para tomada de decisões conjuntas, no intuito de fortalecer o planejamento regional no âmbito da saúde.	<ul style="list-style-type: none"> • CPS • CRESEMS • 17ª RS • Regional da Casa Civil/PR 	Instituído por ocasião da pesquisa, conforme modelo adotado na Região Metropolitana de Curitiba e mantido pelos organismos validadores após o término desta etapa da pesquisa
iii. Comitê Regional de Saúde	CNJ com participação de outros atores da região (3)	Promover a expansão do debate acerca de questões vinculadas ao tema da judicialização, incorporando atores dos municípios de pequeno porte	<ul style="list-style-type: none"> • Coordenação do Comitê Regional de Saúde 	Instituído em 2017 e mantido de forma independente da pesquisa
iv. Grupo temático e comissão técnica	Regional de Saúde e Consórcio com apoio e participação de outros atores da região (4)	Promover espaços de discussão entre equipes gestoras e demais atores partícipes da ação pública na região de saúde para embasamento ao planejamento regional e para a discussão e confecção de protocolos clínicos	<ul style="list-style-type: none"> • Regional de Saúde • CRESEMS • CPS 	Instituído em 2019 pelos organismos validadores e incrementado anualmente, sendo mantido de forma independente à pesquisa
v. Escola de Saúde	CPS com apoio da gestão em saúde dos municípios da região (5)	Promover rodas de conversa, encontros de formação e atualização, suporte matricial, espaços de encontros de realidades de especialidades diversas	<ul style="list-style-type: none"> • CPS 	Iniciado em 2011 e instituída pelo organismo validador em 2014, sendo mantida e incrementada anualmente independente da pesquisa

Fonte: elaborado pela autora.

Observações:

(1) Propositiva de implantação pela pesquisadora em sua atuação junto ao Consórcio Público de Saúde do território – Cismepar, autorizado pelo órgão interno máximo de deliberação do consórcio.

- (2) Propositiva de implantação pela pesquisadora, tendo como modelo a experiência da Região Metropolitana de Curitiba e como agentes de implantação a Diretoria Geral da 17ª Regional de Saúde, Presidência do CRESEMS e apoiador do COSEMS da região, representante da Casa Civil do Governo do Estado do Paraná na região metropolitana de Londrina e o Consórcio Público de Saúde do território – Cismepar.
- (3) O Comitê Regional de Saúde foi implantado na região por iniciativa do Conselho Nacional de Justiça, tendo como coordenador do no período estudado um magistrado da 3ª Vara de Justiça do Estado do Paraná com sede no município de Londrina. É participado pelos magistrados, promotores públicos, gestores municipais, técnicos da gestão estadual e do CPS, além de representantes das unidades prestadoras de serviço ao SUS na região.
- (4) Os grupos temáticos de discussão do acesso ambulatorial especializado e à cirurgia eletiva foram propostos pelas equipes técnicas da Regional de Saúde e tem como participantes os representantes do CRESEMS, do CPS e representantes das unidades prestadoras de serviço ao SUS na região.
- (5) A Escola de Saúde foi constituída pelo CPS, com apoio e aprovação dos gestores municipais do território regional, tendo ofertas direcionadas aos profissionais atuantes na atenção básica dos municípios da região.

A principal finalidade desta etapa foi a aproximação dos dados coletados e sistematizados na etapa diagnóstica com a imersão no campo estudado, a partir da experimentação das práticas vivenciadas na gestão em saúde no território regional junto aos atores da gestão municipal e estadual e seus apoiadores. Essas vivências e impressões permearam o mesmo tempo do estudo, o que possibilitou a realização de encontros e estruturação de espaços dialógicos entre os atores, que puderam ser incorporados em suas práticas do cotidiano no processo de planejamento e gestão em saúde.

A produção e experimentação dessas estratégias ao lado dos demais sujeitos do estudo possibilitaram ainda a validação da escolha dos conceitos estruturados por meio do mapa conceitual do estudo considerando sua vinculação às práticas do cotidiano no processo de regionalização e permitiram reflexões acerca das questões que se apresentaram na etapa diagnóstica do estudo.

A utilização dos dados desta etapa foi permitida pelos atores responsáveis pelo desenvolvimento de cada ação ou estratégia, da mesma forma, por meio de Termo de Autorização de Uso de Dados (Apêndice 8) e a sistematização e reflexões acerca das ações identificadas nessa etapa subsidiaram a estruturação da última etapa do estudo.

Portanto, essa etapa resultou na implementação de dois espaços dialógicos (Ação i e ii do Quadro 3), para discussão e subsídio ao planejamento em saúde, a partir da análise de estratégias potentes para o acontecimento da cooperação e da coordenação de políticas públicas de saúde. Esses espaços foram participados por entes da gestão municipal e demais atores partícipes da regionalização. As demais ações (Ações iii, iv e v do Quadro 3) já se encontravam em desenvolvimento no território e receberam implementações a partir do incentivo à ação coletiva.

Subseção 3 - Etapa de Interposição

Por fim, o estudo avançou para a etapa de interposição, que foi realizada por meio da organização dos resultados sistematizados da etapa diagnóstica somados às reflexões produzidas na etapa de imersão, ampliando a perspectiva da pesquisa-ação.

Para a preparação dessa etapa, foram analisadas, à princípio, as 469 unidades de significado produzidas nas etapas anteriores. Essas unidades de significado foram agrupadas em categorias significantes, considerando sua convergência quanto ao tema abordado e objeto de discussão. Para melhor compreensão acerca dessas categorias significantes, essas foram aproximadas e as unidades de significado que compunham cada uma das categorias significantes foram comparadas. A partir dessa comparação, foi possível compor 74 elementos de resultado. Esses elementos foram classificados considerando os referenciais teóricos da pesquisa e seus objetivos, resultando em 3 grandes eixos. Os eixos, por sua vez, foram divididos em subeixos específicos e mantiveram as categorias significantes e suas unidades de significados de origem.

Essa coletânea de elementos de resultados, devidamente catalogados e organizados foi utilizada nesta etapa, por meio de uma apresentação que compôs a oficina de produto e está quantificada na Tabela 2.

Tabela 2: Quantitativo de unidades de significado classificadas por categorias significantes e por capítulo e seção

Eixos		Subeixos			Categorias significantes		
Descrição	Nº US	Descrição	Nº Elementos	Nº US	Descrição	Nº US	
1 A regionalização em saúde e seus impasses	224	Impasses na cooperação e coordenação a partir da definição de competências no SUS	16	108	1	Entendimento dos papéis	61
					2	Verticalização e hierarquização	23
					3	Cooperação	7
					4	Vazios assistenciais	5
					5	Financiamento	5
					6	Relações federativas	3
					7	Autonomia	2
					8	Regionalização	1
					9	Relação público-privado	1
		Impasses na relação federativa para o planejamento regional no SUS	7	116	1	Integração, espaços de coletividade e participação	30
					2	Descontinuidade	17
					3	Regionalização	12
					4	Financiamento	8
					5	Resistência às mudanças	5
6	Relações federativas				2		
2 Relações federativas e exercício do poder no planejamento regional em saúde	91	A independência na ação pública estatal	2	28	1	Individualismo	18
					2	Entendimento de papéis	5
					3	Formalizações não efetivas	3
					4	Crises de interação social	2
		O autoritarismo e elementos totalitários	9	29	1	Verticalização e hierarquização nas relações	23
					2	Entendimento de papéis	3
					3	Formalizações não efetivas	2
					4	Crises de interação social	1
		A democracia e a ação coletiva	4	34	1	Potencial dialógico	14
					2	Cooperação em ato	13
					3	Dispositivos	5
					4	Entendimento de papéis	2

3 Um novo campo potencial para a regionalização a partir da ação coletiva	154	Atuação em potencial dos entes a partir de suas competências	14	37	1	Potencial dialógico ampliado	38
					2	Entendimento do papel	32
					3	Identificação de iniquidades e potencialidades	22
					4	Empoderamento e horizontalidade	13
	154	Espaços dialógicos como ponto de partida para o planejamento	11	64	5	Efetivação de dispositivos da ação pública compartilhada	11
					6	Cooperação e coordenação de políticas	10
					7	Cooperação e coordenação de políticas	9
	154	Por um contrato da ação pública compartilhada que resulte do planejamento regional	11	53	8	Financiamento equitativo tripartite	9
					9	Construção de identidades, lutas e conflitos	6
					10	Empoderamento e horizontalidade	4
Total						469	

Fonte: própria autora.

Os elementos de resultado descritos de forma detalhada, tal como foram construídos e apresentados na oficina encontram-se dispostos no Quadro 4.

Quadro 4 – Elementos de resultado classificados por eixo e subeixo

EIXO 1 - A REGIONALIZAÇÃO EM SAÚDE E SEUS IMPASSES SOB ENFOQUE DA AÇÃO COLETIVA	
SUBEIXO 1 – Impasses na cooperação e coordenação a partir da definição de competências no SUS	
1	Os entes subnacionais (estados e municípios) não figuram como meros implementadores de políticas, mas se apresentaram como sujeitos ativos no processo reflexivo acerca dos temas da regionalização, planejamento regional, cooperação e coordenação das políticas de saúde
2	A conjuntura nacional e internacional e outros fatores institucionais e não institucionais exercem pressões sobre a política de saúde
3	As intencionalidades diversas promovem mudanças no cotidiano e constroem novas realidades, por meio de diferentes desenhos e modelagens na regionalização
4	A cooperação e a coordenação figuram como elementos necessários à mediação dos conflitos políticos e especificidades locais do território regional entre os atores
5	A figura de coordenador, apontada eventualmente em portarias e outros documentos orientativos e de pactuação no SUS, pode revelar-se autoritária em sua natureza
6	Na esfera estadual, encontram-se mais próximos à realidade do território regional, o escritório regional da equipe gestora estadual de saúde, composto por uma equipe técnica descentralizada, com ações que fomentam a implantação de políticas públicas de iniciativa estadual e da União.
7	Atividades desenvolvidas no território pela equipe regional do estado federado: 1. Mapeamento do território regional; 2. Adequação do território às condições necessárias à implantação das políticas estaduais e ministeriais; 3. Indução à pactuação regional; 4. Oferta de espaços de treinamento de equipes gestoras municipais para adaptação dessas políticas; 5. Monitoramento e fiscalização das ações executadas pelos entes municipais no âmbito destas políticas.
8	MPP e capacidade de planejamento: os MPP contam com equipes em menor número e com menor experiência na gestão, com isso, tem sua capacidade de planejamento subestimada pelos organismos colegiados. Essa condição (MPP) não lhes retira a capacidade de reconhecer suas necessidades territoriais, estabelecer mecanismos de cooperação e efetuar a tomada de decisões.
9	CRESEMS tomado como espaço de confiança, diálogo apoio ao MPP; COSEMS tomado como informativo das decisões colegiadas no âmbito estadual e federal aos municípios; CONASEMS em defesa da indução da união.
10	Papel do consórcio público: agente dialogador com estado; execução parcial de suas capacidades; funções delegadas e complementares; integração horizontal; transformação do papel após lei regulamentadora.
11	Recorrência de imposições acerca da adoção de determinadas políticas e modelos de atenção.
12	As equipes regionais da gestão estadual exercem papel tutelar sobre as equipes de gestão municipal em determinadas questões do planejamento, considerando sua maior apropriação teórica acerca das políticas públicas de saúde.
13	Dificuldade na relação entre município polo e MPP: percepção do município polo de papel coadjuvante do MPP; percepção dos MPP de que se encontram no polo passivo na tomada de decisões e que o município polo se envolve na propositiva de solução de problemas da RS apenas para evitar prejuízos de ordem individual.

14	Repasse por incentivos diretamente aos hospitais de AC ou por LC ou programas suprimem a atuação e autonomia dos gestores municipais, induzindo à relação piramidal; modelos pré-definidos de contratualização fragilizam o exercício das competências locais; transferências federais para um dos FMS não confere senso de propriedade coletiva e estimula o individualismo e competitividade.
15	Simplificação de etapas nas obrigações da municipalidade reduz a autonomia dos gestores, não favorecem a cooperação e impedem a coordenação entre os entes federativos; receber instrumentos prontos reduz a habilidade para o debate de ideias e construção de consensos.
16	Acúmulo de funções da municipalidade: gestores respondem por todas as atividades da gestão municipal, não havendo repartição de tarefas; fragilidade nas relações internas (prefeito e gestor saúde) na convergência de prioridades na saúde e interferência ideológicas e partidárias.
SUBEIXO 2 - Impasses na relação federativa para o planejamento regional no SUS	
1	Descontinuidades por mudança nas lideranças e nas equipes de gestão no âmbito da RS: O processo eletivo estadual impacta nas mudanças nos cargos das regionais de saúde, que tem as lideranças reestruturadas constantemente e de forma morosa, prejudicando a regionalização. A mudança dos cargos eletivos municipais impacta no processo de trabalho dessas equipes estaduais, que se dedicam ao conhecimento e à instrumentalização das novas equipes municipais. Equipes técnicas estaduais sofrem poucas modificações se comparado às trocas na gestão municipal: cria um cenário de dependência técnica dos entes municipais junto ao ente estadual.
2	Descendência e não ascendência: a) Percepção municipal: a equipe técnica estadual demonstra abertura, escuta e acolhimento às demandas municipais. b) Os escritórios regionais não são considerados como elo de comunicação para subsidiar o planejamento de políticas dos estados federativos. c) As políticas públicas advindas do estado não respondem à boa parte das expectativas municipais.
3	Existência de ações focais de cooperação no local estudado, porém com pouca integração entre pares da gestão municipal de forma ampliada, falta de abertura para o diálogo sobre limitações, provocando insatisfação na forma de organização dos espaços de debate.
4	Cooperação incipiente, limitação na integração horizontal e dialogada entre pares que impede diagnóstico e planejamento mais eficientes, que subsidiem a tomada de decisões para médio e longo prazo.
5	Entendimento de que as divergências são elementos democráticos importantes, que devem ser incentivados para que haja diversidade de pensamentos e construção de consensos de forma horizontal.
6	Estratégia de microregionalização frágil no território estudado. Empenho do MPP para oferta integral de serviços no território local, fomentando atuação individual.
7	Cenários de discussões esvaziado, considerando estabelecimento de políticas prioritárias pela gestão estadual e federal; insuficiência na quantidade e qualidade dos espaços de diálogo.
EIXO 2 - RELAÇÕES FEDERATIVAS E OS MODOS DE EXERCÍCIO DO PODER PARA O PLANEJAMENTO REGIONAL EM SAÚDE	
SUBEIXO 1 - A independência na ação pública estatal	
1	Tensão a partir do desejo de que as referências de atenção à saúde ocorram de forma concentrada no território municipal para oferta exclusiva à sua população local, com interesse local prioritário ao interesse coletivo da região; compromete o fortalecimento da AB; ocasiona elevado ônus financeiro; fragmenta e reduz a qualidade dos serviços; compromete a integralidade do cuidado.
2	Luta particular do município polo: a) a qualificação de suas equipes para atualização técnica, normativa, gerencial e estratégica frente ao processo

	de regionalização; b) manutenção e aprimoramento dos serviços prestados sob sua gestão com referência para RS ou MRS frente aos vazios, e; c) desfinanciamento nas transferências oriundas da união e estados.
SUBEIXO 2 - O autoritarismo e elementos totalitários	
1	Implementação de políticas de caráter federal com exíguas considerações ou mesmo com total desconsideração às especificidades locais e regionais; imposição de recursos sem discussão com gestor local (R37), o que estabelece o cenário de verticalização de decisões no SUS (R39).
2	Hierarquização sutil na relação entre os entes, tornando a autonomia federativa chancelada ou circunstancial (E6), causando atrofia no desenvolvimento urbano das pequenas localidades.
3	Municípios que assumiram a gestão dos recursos do MAC (NOB/96) que estabeleceu três níveis de gestão, incipiente, parcial e plena, ainda é obstáculo para uma relação democrática na gestão em saúde.
4	Problemas específicos enfrentados por municípios maiores: dificuldade na construção de um planejamento diante das bolhas de especificidades territoriais, índices elevados de vulnerabilidade social nas regiões periféricas; dilema entre a priorização das necessidades do município em detrimento das referências estabelecidas.
5	Pactuações formais que não se concretizam da forma como foram acordadas; ocorrência de apropriação de recursos em um município que deveriam ser compartilhados regionalmente.
6	Espaços formais não se configurar em espaços dialógicos; estruturas meramente burocráticas; sem espaço de escuta; exclusivo para transmissão de normas e regulamentos de políticas a serem executadas pela municipalidade; subestimadas as capacidades reflexivas, de construção e planejamento.
7	Crises de interação social: espaços orgânicos de discussão com reuniões ocasionais ou temáticas pouco sistematizadas, com seletividade na escolha dos participantes, sem potencial de debate, que interfere nos resultados esperados pela discussão, levando a planejamento meramente de gabinete, sem mudanças ao longo do tempo.
8	Identificado exercício pela União: excede os limites de sua atuação regulatória; impõe padrões e políticas que não se colocam ao encontro das necessidades locais; estabelece novas políticas de financiamento pouco discutidas de forma colegiada; na ausência e na descoordenação de políticas.
9	Exercício pelos estados: retirada da participação no financiamento estadual de políticas nos territórios regionais, considerando o próprio enfrentamento à crise fiscal; determinando prioridades, sem que estas sejam apontadas em espaços dialogados entre os entes municipais.
SUBEIXO 3 - A democracia e a ação coletiva	
1	Experiência: mobilização a partir de uma situação pontual de um dos municípios, apoiada pelos pares. resultou na constituição de um GT identificando os pontos que estavam falhos dentro da rede.
2	Desejo por uma relação dialógica, livre de amarrações prévias, com discussão aberta entre pares.
3	Os sujeitos apontam que é imprescindível a compreensão de que as críticas são parte do cenário de conflitos e sem esses conflitos não há dialogia, não há crescimento e, por conseguinte, não há democracia;
4	Propositivas de novas construções no aspecto do financiamento, como forma de avanço para o planejamento, que promovam a operacionalização da regionalização (R5), a partir da construção circular, planejar e discutir, valorizando o papel dos pequenos municípios como atores potentes.
EIXO 3 - UM NOVO CAMPO POTENCIAL PARA A REGIONALIZAÇÃO A PARTIR DA AÇÃO COLETIVA	
SUBEIXO 1 - Atuação em potencial a partir das competências	
1	Reconhecimento às fragilidades do modelo de atenção adotado; dificuldades de acesso e de efetivação da integralidade; desvirtuamento do papel da atenção básica; importância de que esses temas sejam cada vez mais colocados em debate pela

	municipalidade em conjunto com os estados e a União, como partícipes no processo de regionalização.
2	Os municípios do local estudado têm avançado gradualmente no entendimento de seu papel de gestão, conscientes da necessidade de articulação entre pares e na construção de espaços para o exercício da cooperação.
3	Estratégias experimentadas: indicativos potentes para a ação coletiva; ação dos gestores municipais, estadual, dos órgãos colegiados e da ação consorciada; supõe o desenvolvimento de diferentes e pertinentes papéis: protagonistas, adjuvantes, apoiadores ou facilitadores.
4	A análise das experiências sugere: o planejamento pode ser vivo e dinâmico; estruturado por meio das competências entrelaçadas de uma gama de atores políticos e técnicos, no cenário regional da gestão em saúde; a propositiva e experimentação desses espaços facilitam o exercício das competências dos atores; contribuem para o entendimento das diferentes realidades e perspectivas de melhoria no sistema de saúde regional.
5	Competências dos municípios gestores: administração dos recursos de diferentes ordens para o atendimento às necessidades diante de sua espacialidade local.
6	Papel dos órgãos representativos colegiados: representar, subsidiar e integrar às demais esferas de gestão, por meio da organização dos pares e da articulação centrífuga (e não o contrário) de realidades, necessidades e informações de ordem técnica e normativa.
7	Expectativa acerca dos órgãos representativos colegiados: empoderamento e instrumentalização informativa da gestão municipal, incentivador da participação, aproximação, governança e cooperação interfederativas.
8	Potencialidade: se desvela na atuação dos órgãos colegiados da municipalidade: capilaridade para capturar as necessidades; retomada da luta pela redução de iniquidades e desigualdades nas políticas de saúde; legitimar o planejamento regional; facilitar a participação tripartite nas discussões em cada território.
9	Papel dos consórcios públicos: instrumentalizar a ação pública a ser executada por meio da ação coletiva entre diferentes entes federativos; oferecer apoio ao planejamento e tomada de decisões no âmbito regional; incentivador do diálogo horizontal entre equipes técnicas municipais e estadual, considerando seu pressuposto constitucional para a cooperação federativa.
10	Competências dos gestores estaduais e federais: reunir diversidades, a partir das necessidades, vazios e potencialidades, congregando e articulando esforços para a redução das desigualdades territoriais por meio da equidade.
11	Potencialidades para a gestão estadual: oferecer apoio para fortalecimento da gestão municipal; promoção de espaços dialógicos para encontro de novos e renovados conflitos, que expressem novas lutas cotidianas e avanços para novas construções de solução compartilhadas.
12	Competências potenciais da união: necessidade de priorização de uma política de distribuição equitativa no financiamento do SUS; retomada ao investimento em estratégias de educação permanente, a partir de uma visão ampliada de saúde.
13	Papel da união de coordenador de políticas se justifica se: perpassa o entendimento acerca das desigualdades e inequidades; houver esforço para o sincronismo de políticas entre municípios, União, estados e distrito federal, de forma horizontal, por meio de seu exercício tripartite nos espaços dialógicos constituídos.
14	Um novo encontro de competências: potencialidade capaz de promover a articulação sincrônica de estratégias e políticas públicas, de forma que as estratégias de solução aos problemas enfrentados no campo da saúde exigem que os entes federativos atuem de forma autônoma, porém cooperativa e coordenada.
SUBEIXO 2 - Espaços dialógicos como ponto de partida para o planejamento	
1	Experimentações: a livre comunicação, sem pautas previamente estabelecidas ou expectativas de produtos produzidos a partir de espaços roteirizados, o processo dialógico permitiu o encontro de diferentes

	realidades, identificação de fragilidades e potencialidades no território comum, com ativação do uso da fala pelas pequenas localidades.
2	Experimentações: exercício da alteridade e escuta empática do outro em suas especificidades locais entre gestores municipais com diferentes realidades resultou na percepção da construção de cenários de interdependência e de pequenas pactuações, baseadas na solidariedade interfederativa.
3	Experiência saúde bucal: congregou diferentes atores em torno de um projeto coletivo; resultou na construção de um novo programa de atenção especializada em saúde bucal.
4	Experiência rodas nacionais: rodas de conversa a partir do cotidiano dos atores, em eixos temáticos com entendimento do âmbito regional e de outros espaços territoriais, como do âmbito nacional e de outras regiões do país.
5	Demanda por reformulações: reuniões protocolares e normativas com roteiros estruturados são impeditivas da interdependência; necessitam ser remodelados para pactuação sobre diferentes realidades e estruturação plural de projetos coletivos regionais.
6	Potencialidade: promover constantes reflexões coletivas e regionalizadas acerca das necessidades territoriais; espaços que garantam horizontalidade ao debate; combate aos elementos de engessamento e atrofia das autonomias territoriais; considerar os fatores de alinhamento e de redução de desigualdades; movimentos ascendentes ao encontro das necessidades locais e regionais.
7	Potencialidade para confecção de diagnósticos: necessidades regionais identificadas a partir das localidades, somando-se em municipalidades e consolidando-se nas regiões de saúde; construção de dentro para fora, sem hierarquização; processo contínuo, gradual e progressivo, considerando a renovação das lideranças e as mudanças no contexto político-organizativo da ação pública.
8	Potencialidade para pactuações: articulações técnicas e financeiras construídas a partir de um novo olhar; microregionalização e a configuração de identidades territoriais como elementos significativos; redução de disputas e competições; oportunidade para a livre estruturação de projetos que respondam às necessidades sem indução vertical.
9	Estratégia para ampliação do debate: propositiva de conhecimento detalhado das limitações e conquistas dos gestores municipais ante o processo de regionalização; incluir representantes da gestão municipal, estadual, federal, consórcios e órgãos colegiados representativos; compartilhar espontâneo de limitações, lutas e fragilidades, suporte ao silêncio, às divergências e confronto de ideias e opiniões.
10	Potencialização de construção de identidades: reconhecimento de necessidades e vazios; interação social qualitativa; embasamento para o planejamento e a construção de projetos coletivos.
11	A relação federativa estruturada por meio do compartilhar de vivências, com clareza sobre as limitações e potencialidades do território e inverteu os jogos de competição e possibilitou a construção de relações cooperativas e coordenadas, subsidiando o planejamento de forma ascendente.
SUBEIXO 3 - Por um contrato da ação pública compartilhada que resulte do planejamento regional	
1	Os gestores municipais elaboram sua percepção acerca do que é a regionalização a partir das necessidades que surgem no cotidiano. Situações concretas vivenciadas no cotidiano da gestão em saúde são componentes do exercício para o planejamento regional.
2	O planejamento regional integrado ou o contrato organizativo da ação pública são instrumentos a serem implementados mediante suporte financeiro e isso não pode ser uma limitação para a estruturação de espaços dialógicos e a organização dos territórios.
3	O planejamento é dinâmico e requer que seja acompanhado por um instrumento que o acompanhe, de forma que para que o planejamento seja efetivo é necessário executar o diagnóstico das necessidades da região de saúde, a partir da percepção das equipes de gestão municipal, dos trabalhadores e da comunidade.
4	A efetivação de espaços de construção dialógica são cenários propícios para o amadurecimento e aprimoramento das ferramentas e instrumentos de planejamento e

	gestão em saúde.
5	Os desafios da região de saúde devem ser colocados em espaços dialógicos para construção de soluções de forma coletiva, a partir da participação ampliada e aprofundamento nas discussões.
6	Planejar concretamente e planejar o futuro das políticas de saúde é uma atividade necessária. Uma nova regionalização é parte da construção de um novo futuro pós-pandemia.
7	A contratualização da ação pública contempla as responsabilidades compartilhadas de acordo com a complexidade do território, suas especificidades, financiamento disponível e potencial. contratualizar a ação pública significa estabelecer mecanismos concretos de conjugação de esforços, a partir das necessidades identificadas coletivamente pelos entes nos territórios regionais, em espaços dialógicos horizontais.
8	Passos para a contratualização: 1. identificação das necessidades; 2. estabelecimento de referências; 3. mapeamento dos serviços; 4. pactuação de prioridades; 5. definir e contratualizar as fontes de investimentos e custeio tripartite. 6. contratualização das ações e serviços, superando limitações da tabela de procedimentos.
9	Cenário potencial de uma nova regionalização: engajamento dos atores políticos no cenário de planejamento e contratualização do SUS, tais como prefeitos, parlamentares e demais atores participativos no território regional, além da escuta plural às diversidades locais de municípios de diferentes condições, portes e realidades.
10	Cenário potente: retomada das discussões tripartite para instrumentalizar os gestores em um debate acerca da iminente necessidade de contratualização da ação pública, a partir da conjugação de esforços e do debate iniciado no âmbito do território regional com o desenho dos vazios a partir do PRI.
11	Cenário potente: não limitar-se pelas barreiras do desfinanciamento a partir de um aprendizado e amadurecimento reflexivo, organizar uma uníssona voz para reivindicar a retomada da discussão; avançar no desenho tripartite estruturado da necessidade de investimentos em saúde no território regional.

Fonte: própria autora.

O método utilizado para a interposição dos resultados junto aos sujeitos foi a organização de uma oficina de produto, tendo por direcionamento um roteiro semiestruturado (apêndice 9), que contou com dois momentos sequenciais: a) apresentação da sistematização dos elementos de resultados do estudo; b) debate e confecção de um plano de ação. A finalidade dessa oficina foi permitir a interposição dos sujeitos do território envolvidos no processo de regionalização, a partir dos resultados coletados nas etapas anteriores, incentivando o debate para validação ou não dos resultados.

Considerando que essa etapa foi realizada no ano de 2021, nem todos os sujeitos participantes desta etapa coincidiram exatamente com os mesmos sujeitos que participaram das etapas anteriores, considerando a mudança na gestão municipal. Contudo, os sujeitos foram gestores de municípios representativos da gestão municipal no território regional, considerando a significância da ação do gestor municipal para a atuação por meio de ação coletiva.

Para seleção dos sujeitos, foram atribuídos os seguintes critérios de escolha: 1) preferência por sujeitos que participaram nas etapas anteriores do estudo; 2) sujeitos de municípios de diferentes portes. Os sujeitos selecionados foram: a) dois prefeitos municipais, um de um município de pequeno porte e um de município de médio porte, sendo que ambos participaram ativamente em todas as atividades de uma das ações na etapa de imersão, o FRS (ação ii do quadro 3), que envolveu prefeitos municipais; b) dois gestores de saúde de municípios, de diferentes portes do território regional, sendo que cada sujeito representou um município diferente nessa oficina e ambos participaram da etapa diagnóstica de coleta inicial e de ações da etapa de imersão e um deles participou da coleta complementar. Para a oficina foi confeccionado um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido específico (apêndice 10).

A oficina foi realizada de forma presencial em um encontro previamente agendado junto aos sujeitos e apoiadores da etapa. Esta foi conduzida pela pesquisadora com apoio docente da orientadora da pesquisa e de duas estudantes do grupo de pesquisa GestSUS, no papel de facilitadoras do fluxo dialógico e montagem da plataforma de apoio do plano de ação, tendo como base o roteiro da oficina.

No início desta atividade, os sujeitos do estudo e os apoiadores se apresentaram individualmente e o TCLE foi lido e consentido pelos sujeitos. Assim, no primeiro momento foram pactuadas as etapas previstas no roteiro da oficina entre os sujeitos e iniciou-se a primeira parte da oficina, que contemplou uma apresentação expositiva.

Os elementos de resultado das etapas anteriores do estudo (quadro 4) foram apresentados descritivamente no formato de apresentação de slides, um a um, de forma que fosse possível sua interposição pelos participantes, além da realização de apontamentos complementares, com vistas à sua validação e para que pudessem atuar como disparadores para confecção do plano de ação, conforme descritos no quadro 5.

Após a apresentação desses elementos de resultado, foram disparadas as seguintes questões norteadoras: 1) Os resultados apresentados nos eixos e subeixos do estudo são coerentes com a realidade vivenciada? 2) Quais ações podem ser desenvolvidas a partir desses resultados para a construção de um novo caminho para a regionalização?

Com isso, deu-se início à segunda parte da oficina, onde os resultados foram debatidos abertamente pelos sujeitos e concomitante a esse debate o modelo estrutural do plano de ação (diagrama 7), desenvolvido por meio da plataforma Miro³⁴, foi projetado em datashow e as ações potenciais foram sendo construídas simultaneamente ao debate junto aos sujeitos.

Diagrama 7: Modelo Estrutural do Plano de Ação

Eixos	Subeixos	Elementos do resultado	Potencialidades
1 - A regionalização em saúde e seus impasses sob enfoque da ação coletiva	1. A cooperação e a coordenação a partir da definição de competências no SUS		
	2. Impasses na relação federativa para o planejamento regional do SUS		
2 - Relações federativas e os modos de exercício do poder para o planejamento regional em saúde	1. A independência na ação pública estatal		
	2. O autoritarismo nas relações federativas		
	3. Relações de sobredependência e elementos totalitários		
	4. A democracia e a ação coletiva		
3 - Um novo campo potencial para a regionalização a partir da ação coletiva	1. Atuação em potencial a partir das competências		
	2. Espaços dialógicos com o ponto de partida para o planejamento		
	3. Por um contrato da ação pública compartilhada que resulte do planejamento regional		

Fonte: própria autora.

O quantitativo dessas ações encontra-se representado na Tabela 3 e seu detalhamento encontra-se disponível no Quadro 5.

³⁴ O Miro é uma plataforma online gratuita que permite a construção de mapas mentais, diagramas e quadros com notas.

Tabela 3: Quantitativo de ações potenciais do plano de ação por eixo e subeixo do estudo

Eixo		Subeixo		Nº de elementos
1	A regionalização em saúde e seus impasses sob enfoque da ação coletiva	1	Impasses na cooperação e coordenação a partir da definição de competências no SUS	2
		2	Impasses na relação federativa para o planejamento regional no SUS	3
2	Relações federativas e os modos de exercício do poder para o planejamento regional em saúde	1	A independência na ação pública estatal	2
		2	O autoritarismo e elemento totalitários	2
		3	A democracia e a ação coletiva	1
3	Um novo campo potencial para a regionalização a partir da ação coletiva	1	Atuação em potencial a partir das competências	2
		2	Espaços dialógicos como ponto de partida para o planejamento	6
		3	Por um contrato de ação pública compartilhada que resulte do planejamento regional	7
Total				28

Fonte: própria autora.

Quadro 5: Plano de Ação e suas ações potenciais por eixo e subeixo

EIXO 1 - A REGIONALIZAÇÃO EM SAÚDE E SEUS IMPASSES SOB ENFOQUE DA AÇÃO COLETIVA	
Subeixo 1 – Impasses na cooperação e coordenação a partir da definição de competências no SUS	
1	Reconhecer as demandas locais, a partir dos Planos Municipais de Saúde e demandas das Conferências Municipais de Saúde, efetuando o preenchimento de uma árvore de demandas locais, no intuito de identificar as prioridades no âmbito do território regional.
2	Articular as prioridades locais para compor efetivamente o cenário de necessidades a partir da articulação entre as municipalidades na RS.
Subeixo 2 - Impasses na relação federativa para o planejamento regional no SUS	
3	Iniciar a construção de um planejamento ascendente que atenda às principais necessidades da RS.
4	Organizar o planejamento regional a partir da identificação de limitações e obstáculos para a ação pública entre os gestores, com vistas à sua redução, tendo em vista as descontinuidades e mudanças de lideranças e equipes de gestão dos entes federativos
5	Fomentar o debate acerca do alinhamento do calendário eleitoral e consequente desdobramento de ano fiscal, que possa diferir do ano civil, no intuito de reduzir as descontinuidades e fomentar a cooperação e a coordenação de políticas públicas entre as diferentes esferas de gestão em saúde.
EIXO 2 - RELAÇÕES FEDERATIVAS E OS MODOS DE EXERCÍCIO DO PODER PARA O PLANEJAMENTO REGIONAL EM SAÚDE	
Subeixo 1 - A independência na ação pública estatal	
1	Promover debates acerca da cooperação e coordenação de políticas públicas entre os entes federativos, no intuito de reposicionar o município polo frente às estratégias de ação coletiva para o planejamento regional, no intuito de repensar a cultura histórica individualista na gestão em saúde.
2	Repensar a microregionalização de forma ampliada, no intuito de estabelecer novas referências, reduzir o fluxo de atenção junto ao município polo e reduzir as desigualdades entre municípios de diferentes portes.
Subeixo 2 - O autoritarismo e elementos totalitários	
3	Estruturar espaços horizontais de discussão para o planejamento regional, a partir dos coletivos municipais junto à gestão estadual, compartilhando as necessidades do território regional.
4	Considerar a diversidade territorial na RS, no intuito de que as diferenças territoriais não sejam anuladas no processo de estruturação do planejamento regional.
Subeixo 3 - A democracia e a ação coletiva	
5	Promover a construção da unidade regional a partir da identificação dos problemas, necessidades e demandas comuns entre os entes municipais no território regional

EIXO 3 - UM NOVO CAMPO POTENCIAL PARA A REGIONALIZAÇÃO A PARTIR DA AÇÃO COLETIVA	
Subeixo 1 - Atuação em potencial a partir das competências	
1	Compreender como os municípios que gestionam recursos de AB, MD e AC em outras regiões ou estados atuam, compreendendo o período de transição entre o Pacto pela Saúde e o Decreto 7508/2011, ainda que não disponham de todos os serviços em seu território local.
2	Estabelecer espaços para o debate acerca da gestão dos recursos de AB, MD e AC por cada município, no intuito de desmistificar a “gestão plena”, superar as limitações temporais das normativas e compreender as competências dos diferentes entes federativos, no intuito de facilitar ações de cooperação e coordenação de políticas públicas de saúde.
Subeixo 2 - Espaços dialógicos como ponto de partida para o planejamento	
3	Repensar o escopo dos espaços de discussão no território regional, com objetivo de estruturar espaços de diálogo integrados entre os prefeitos e equipes técnicas municipais, estadual, consórcio e demais atores envolvidos no processo de regionalização.
4	Estruturar espaços para congregar esforços na área pública e privada, no intuito de sincronizar políticas intersetoriais na região, tendo como objetivo o avanço das políticas públicas de saúde de forma articulada no território regional.
5	Promover a discussão de estratégias de cooperação nas instâncias municipais, para fomentar e facilitar a construção de consensos no âmbito da RS.
6	Implantar espaços de diálogo entre o chefe do executivo municipal e as equipes gestoras municipais de saúde, no âmbito regional, para fomentar a instrumentalização e embasamento técnico dos prefeitos da região, com vistas ao seu empoderamento técnico e articulação política, no âmbito da saúde.
7	Organizar espaços abertos de diálogo para análise dos fenômenos e necessidades da região de saúde, integrando diferentes entes federativos.
8	Identificar as demandas comuns nos espaços de deliberação entre prefeitos e nos espaços técnicos da gestão em saúde, com vistas à sua integração e concatenamento.
Subeixo 3 - Por um contrato da ação pública compartilhada que resulte do planejamento regional	
9	Estabelecer um fórum de gestão do financiamento da saúde, objetivando subsidiar o planejamento regional, disponibilizando acesso ampliado às informações sobre recursos transferidos para cada município e para o estado, considerando fonte de financiamento, contratos de ações e serviços, vazios assistenciais e políticas públicas prioritárias que demandem novas fontes de financiamento para atenção às necessidades do território regional, que oportunizem a formulação de um contrato da ação pública tripartite.
10	Estabelecer e pactuar uma minuta contratual da ação pública para celebração entre os municípios, estado e união, para a gestão compartilhada dos recursos na região de saúde, no intuito de superar as dificuldades de cooperação e coordenação de políticas públicas frente às constantes ameaças de descontinuidade.
11	Pleitear junto à academia o apoio para a estruturação de espaços de educação permanente em saúde que subsidie a problematização e a tomada de decisões de forma compartilhada, no intuito de mapear as necessidades, oferta, vazios e recursos de diferentes ordens da região de saúde, que ensejem a estruturação e atualização dinâmica de um contrato da ação pública entre os diferentes entes federativos.
12	Pleitear a construção regular de cadernos informativos de oferta e listas de espera junto ao município polo, para melhorar a instrumentalização da

	gestão dos municípios da região.
13	Elaborar instrumentos para simplificar os processos de gestão em saúde, no âmbito do financiamento e planejamento, no intuito de promover a solução de impasses para a cooperação e coordenação de políticas públicas
14	Repensar os instrumentos de apoio ao planejamento regional (COAP, PRI, PlanificaSUS, entre outros) no intuito de identificar suas finalidades, evitar sobreposições e encontrar formas de unificação, sem que percam suas especificidades.
15	Estruturar bases de dados unificadas para discussão nos colegiados, instâncias de deliberação e demais espaços horizontais de diálogo no âmbito da região de saúde.

Fonte: própria autora.

Após a realização da oficina e a elaboração do plano de ação pelos sujeitos, este foi tomado como produto analítico para fins do estudo, no intuito de apontar para caminhos propositivos de contribuição para o território regional. Esses elementos foram somadas aos resultados da etapa de interposição, que elencou duas ações potenciais para o subeixo 1 e outras três ações para a subeixo 2 e são tomados da mesma forma nesta discussão.

Para melhor compreensão sobre como se relacionam as etapas do estudo com seus objetivos e demais elementos do estudo, o Quadro 6 demonstra como foram organizadas as etapas em relação aos seus passos, objetivos específicos, instrumentos de coleta, ano de execução e sujeitos participantes de cada etapa.

Quadro 6: Síntese das etapas e passos do estudo em relação aos seus objetivos, instrumentos, temporalidade e sujeitos

Etapas	Objetivos específicos	Passos por etapa	Instrumentos	Produtos	Ano	Sujeitos do estudo
Etapa Diagnóstica	1,2	Coleta de dados inicial (curso Progestão)	• Apêndice 1, 2 e 3	• Diagrama 2 • Diagrama 5	2019/2020	<ul style="list-style-type: none"> • Secretários de Saúde • Equipes de gestão municipal • Equipes de gestão estadual • Equipes de gestão do CPS • Presidência CRESEMS • Assessoria COSEMS • Assessoria CONASEMS • Presidência RNCP • Diretoria técnica do CPS • Diretoria técnica 17RS
		Coleta de dados complementar – elaboração do roteiro de entrevistas	• Diagrama 2 e 5 • Bancos de dados do Microsoft Access da coleta inicial	• Apêndice 4		
		Coleta de dados complementar – realização das entrevistas	• Apêndice 4, 5, 6 e 7 • Jit.si Meet e Google Meet	• Tabela 1 • Tabela 2		
		Sistematização dos dados das entrevistas e análise nomotética a e ideográfica do discurso	• Banco de dados do Microsoft Access • Quadro 1			
Etapa de Imersão	2,3	Imersão no campo de pesquisa e identificação e construção de espaços dialógicos no território	• Apêndice 8 • Diário de Campo	• Quadro 2 • Quadro 3 • Quadro 4 (final)	2020/2021	<ul style="list-style-type: none"> • Secretários de Saúde, Prefeitos e Equipes de gestão municipal de saúde • Equipes de gestão estadual de saúde • Equipes da AB e AE • Equipes de gestão do CPS • Agentes do judiciário e MP
Etapa de Interposição	3	Coleta de Interposição e confecção do plano de ação	• Apêndices 9 e 10 • Plataforma Miro • Tabelas 1 e 2 • Diagrama 7	• Quadro 5 • Tabela 3		<ul style="list-style-type: none"> • Prefeito do G4 que participou na Etapa de Imersão • Prefeito do G17 que participou na Etapa de Imersão • Secretário de Saúde do G4 que participou na Etapa Diagnóstica • Secretário de Saúde do G17 que participou na Etapa Diagnóstica e de Imersão

Fonte: elaborado pela autora.

Seção 4 - Aspectos Éticos

Este estudo é parte de um projeto ampliado denominado “Estratégias de cooperação para a regionalização em saúde: os casos do Paraná”, que é desenvolvido por um grupo de pesquisadores com objetivos e questões de pesquisa concernentes ao tema, coordenado pelo Grupo de Pesquisa GestSUS no Programa de Pós Graduação em Saúde Coletiva do Departamento de Saúde Coletiva da Universidade Estadual de Londrina.

Em todas as etapas da pesquisa foram seguidos preceitos éticos contidos na resolução 466/2012 (BRASIL, 2012). Além disso, o projeto que originou esse relatório foi submetido ao Comitê de Ética da Universidade Estadual de Londrina (CEP-UEL) obtendo aprovação no parecer CAAE nº 0416551.2.0000.5231, de forma que todos os aspectos éticos foram seguidos (anexo 1).

Por ocasião da pandemia SARS-COV-2 enfrentada mundialmente e considerando a etapa de coleta de dados coincidir com as medidas de restrição e isolamento social em razão da pandemia, foram atualizados os instrumentos de coleta por meio de entrevistas e novamente submetido ao CEP-UEL, com aprovação complementar para o período (anexo 2).

A partir dos elementos de resultado coletados na etapa diagnóstica e na etapa de imersão junto às ações potenciais desveladas na etapa de interposição, foram organizados os temas de discussão para o estudo.

Parte II
Apresentação e
Discussão dos Resultados

CAPÍTULO 1: DESAFIOS PARA A CONSTRUÇÃO DE ESTRATÉGIAS E INSTRUMENTOS DE COOPERAÇÃO E COORDENAÇÃO DE POLÍTICAS PÚBLICAS NO TERRITÓRIO REGIONAL

Este capítulo tem a intenção de discutir os desafios para a construção de estratégias e instrumentos de cooperação federativa e coordenação de políticas públicas na saúde mapeadas no território estudado, considerando fatores dificultosos e a existência ou não de elementos fundamentais ao impulsionamento da regionalização. Desta forma, o capítulo é classificado em três seções e seus diferentes enfoques.

A primeira seção é denominada “Entendimento dos papéis e das competências na relação federativa” e trata dos desafios identificados na regionalização que são intrínsecos ao papel e às competências dos entes federativos e demais organismos que participam do processo de regionalização. No intuito de facilitar a compreensão das temáticas abordadas, a seção se subdivide e conta com os seguintes enfoques: 1. O poder dos estados federados; 2. A descontinuidade e o impacto pela mudança dos cargos eletivos estaduais; 3. A municipalidade, e; 4. O papel dos colegiados representativos, apoiadores e consórcios públicos.

A segunda seção é intitulada “Fundamentos da regionalização e seus dispositivos e condicionantes” e mostra que há fundamentos normativos para estruturação da regionalização, contudo, a ausência dos dispositivos para sua operacionalização e a existência de condicionantes impedem que a cooperação e a coordenação de políticas se consolide. A seção apresenta se divide nos seguintes enfoques: 1. Território, (in)suficiência e integralidade na regionalização, e; 2. Problemas para a cooperação e coordenação horizontal de políticas.

A terceira seção denominada “Pressões sobre as equipes de gestão municipal” apresenta resultados que demonstram que as pressões sobre a municipalidade interferem no processo de regionalização. Esta seção enfoca o cotidiano da gestão municipal, apontando para limitadores para o desenvolvimento da regionalização e é classificada em três enfoques: 1.

Acúmulo de responsabilidades; 2. Lacunas na integração entre pares, e; 3. Impasses no financiamento.

Desta forma, o capítulo se propõe a apresentar um desenho com apontamentos significativos acerca dos desafios para a estruturação das estratégias e instrumentos de cooperação em meio ao processo de regionalização.

Seção 1: Entendimento dos papéis e das competências na relação federativa

Esta seção aborda o entendimento dos papéis e os padrões de competências dos entes federativos e dos demais organismos de representatividade e apoio que participam no processo de regionalização, analisando como esses conceitos são vivenciados no local estudado, a partir do entendimento acerca do poder dos estados, do impacto da descontinuidade e de questões da municipalidade e dos colegiados representativos, apoiadores e consórcios públicos.

Como introdução a essa discussão, apontamos que a regionalização é melhor entendida à luz do federalismo e de como as relações federativas no Brasil se organizaram, de modo que buscamos investigar como se conformam as relações que decorrem do exercício do poder entre os entes federativos no território estudado, uma vez que essas podem resultar em estratégias de cooperação e coordenação de políticas no âmbito da regionalização³⁵.

Neste sentido, Elazar (1995) apontou que o federalismo é uma das mais universais formas de organização política e ressalta que através deste, é possível o desenvolvimento de um comportamento político e social que envolve um compromisso de parceria e participação ativa por meio da cooperação.

No âmbito da saúde, tomamos que a Constituição Federal, as Leis Orgânicas do SUS e as demais normatizações e legislações infraconstitucionais, tais como as NOB, NOAS, PS e o DF 7508, além das portarias ministeriais, estabelecem, delineiam e conformam competências distribuídas entre os entes federados e supõem autonomia e interdependência entre os entes.

Ainda neste sentido, verifica-se que a Lei Federal nº 8080/1990³⁶, no parágrafo 1º do Título I, que trata de suas disposições gerais, aponta que o dever do Estado-nação de garantir a saúde, consiste:

³⁵ De acordo com o Dicionário Michaelis, cooperar significa *agir ou trabalhar junto com outro ou com outros para um fim comum; colaborar*. Epistemologicamente, o termo advém do latim *cooperari*. Com isso, a cooperação suposta pelo federalismo propõe a atuação conjunta entre os entes federativos, de forma convergente e tendo em vista os mesmos objetivos. Coordenar, por sua vez, pode ser referido sob diferentes sentidos, podendo referir-se a organizar, estruturar ou ainda conjugar, concatenar, interligar. Logo, para fins deste estudo, o termo coordenar é tomado no sentido de conjugar esforços.

³⁶ A Lei Federal nº 8080/1990 e a Lei Federal nº 8142/1990 são as Leis Orgânicas do SUS. Referência. Disponível em:

[...] na formulação e execução de políticas econômicas e sociais que visem à redução de riscos de doenças e de outros agravos e no estabelecimento de condições que assegurem acesso universal e igualitário às ações e aos serviços para a sua promoção, proteção e recuperação.

Evidencia-se que o SUS tem por objetivos a identificação de fatores condicionantes e determinantes da saúde, a formulação de políticas públicas de saúde no âmbito de suas disposições e a assistência à saúde para a população por meio de ações e serviços (BRASIL, 1990a).

Apesar das normativas e dos instrumentos estabelecidos ao longo do histórico de construção e fortalecimento do SUS, há fatores dificultosos significativos, que se configuram como obstáculos e impedem o avanço dos territórios regionais, evidenciado nesse estudo.

No âmbito nacional, nota-se um progressivo investimento na organização normativa para instrumentalização da gestão, estruturada e implantada por meio da relação federativa na regionalização, além de expectativas da ordem do capital para o avanço de ações que se colocam na contramão, tanto da cooperação entre os entes, como da coordenação entre as políticas nos diferentes territórios, que resultem na redução de desigualdades.

Neste sentido, a legislação e as normativas estabelecidas na criação e ao longo da implementação do SUS não apresentam todas as respostas para que esse caminho regionalizado seja percorrido, apontando que é preciso repensar a regionalização enquanto se caminha no âmbito da construção de políticas.

Os sujeitos desse estudo apontam que os dispositivos para a regionalização nem sempre são elementos dados para a implantação de políticas públicas, mas requer que sejam construídos em espaços de consensos no SUS, que devem estar em constante processo de evolução.

Eu acho que a grande limitação é uma insuficiência de dispositivos da condução e de efetuação da regionalização no cotidiano do SUS mesmo, tanto em nível nacional estadual e como o próprio regional (E8).

Além disso, há uma percepção de morosidade na tomada de decisões que criem dispositivos para a regionalização no âmbito da região de saúde.

A regionalização, por mais que a gente discute, eu acho fraco aqui. As nossas ações pra regionalização [...] acho que tudo é muito moroso, muito demorado (E11).

Neste sentido, compreende-se que há um espaço de criação de estratégias e ferramentas no SUS, frente à falta de efetivação de dispositivos a regionalização, mas que, a depender do modo de execução, podem elevar o grau de individualidades e competição nos territórios regionais.

E o outro processo é que [...] nós focamos muito na descentralização com foco na municipalização e deveríamos ao mesmo tempo fortalecer o processo de regionalização, né, com definições claras de responsabilidade, de governança, de gestão compartilhada, de cooperação [...] então a gente teve essa dificuldade de efetivar esse processo (E7).

No cotidiano das políticas de saúde, com atribuições de responsabilidades a todos os entes federados, as competências são colocadas em um plano turvo ou pouco delineado, com diferentes nuances de complexidade. Essas nuances demandam ser entendidas e esclarecidas para possibilitar seu avanço, sobretudo nos territórios regionais, de forma que estratégias de cooperação e da mesma forma, a coordenação federativa, são primordiais para o avanço do SUS.

No local de estudo, os municípios têm uma expectativa não suprida em relação ao papel desempenhado pelo estado. Além disso, há uma expectativa por parte dos municípios de contar com o financiamento complementar dos estados. E sob entendimento de que o teto financeiro gerenciado na saúde é parte do pacto federativo, isso demonstra que o financiamento configura um dos impasses para a cooperação na relação federativa.

Por essas razões, em análise aos resultados do estudo, é possível entender que o significado da regionalização é um tema de difícil compreensão em todos os níveis de gestão. Isso porque, a saúde é dinâmica, o SUS é vivo e é exercitando as relações federativas que as estratégias com diferentes intencionalidades são produzidas em cada território. Neste sentido, os espaços

de coletividade tornam-se ferramentas importantes para o empoderamento dos gestores no exercício de suas competências.

Para compreender como são estabelecidas as competências federativas e como o entendimento dos papéis de cada ente federativo impacta nas relações entre esses entes, cabe indicar que a relação federativa ocorre entre pares da municipalidade e entre municípios e estados, municípios e a União ou entre estados e a União. Diante deste entendimento, passamos à reflexão acerca das competências dos estados federativos e das municipalidades.

1.1. O poder dos estados federados

No território estudado e em todo o estado, as Regiões de Saúde são ordenadas a partir de coletivos municipais e do estado, com atuação de equipes técnicas da gestão estadual, que atuam em um órgão territorial denominado Regional de Saúde.

Ao referir-se ao papel do estado nos territórios regionais, os sujeitos do estudo apresentam evidências de que a atuação dessas equipes técnicas no território estudado se mostra como um elemento que fomenta ações de implantação de políticas públicas de iniciativa estritamente estadual, a partir de um roteiro sequenciado: a) mapeamento do território regional; b) adequação do território às condições necessárias à implantação destas políticas; c) execução de ações de indução à pactuação regional; d) oferta de espaços de treinamento de equipes gestoras e técnicas municipais para adaptação das políticas estaduais; e) monitoramento e fiscalização das ações executadas pelos entes municipais no âmbito destas políticas.

O diagnostico de necessidades deve ser executado pela municipalidade e compartilhado com o estado e não o contrário (E8)

Mas entender isso como uma política e os processos quando eles vem muito pronto fica mais difícil (E8).

O ambiente com a organização do estado é diferente (E6).

A gente vive isso aqui [tutela do estado sobre os municípios] e não é o estado que vai conseguir resolver o problema da região (E8).

É muito mais fácil estruturar um trabalho dentro de um gabinete, escrever do jeito que você quer, com as considerações que você quer, baseado nos autores que você quer e fazer um belo

planejamento dentro do seu gabinete. Replicá-los né, fazer várias cópias e entregar para todos os atores para que desenvolvam né, mas essa é a forma mais lamentável de gestão, mais medíocre, né? (E6).

Esse roteiro de atuação do gestor estadual, ora identificado, percorre etapas para efetivação das políticas estaduais. Contudo, fomentar ações de implantação das políticas de iniciativa estadual, embora demonstre intencionalidade deste ente na formulação de políticas, não necessariamente mostra que essas políticas se organizam a partir das necessidades dos territórios e em razão de sua diversidade. Neste sentido, os sujeitos demonstram claro entendimento de que as necessidades deveriam ser identificadas de forma ascendente.

[Conhecer] as necessidades de cada território para que a gente possa fazer o planejamento ascendente que a gente fala, partindo das necessidades da população, conseguir garantir o que é necessário em cada território (E7).

Outro ponto que se destaca diante dos resultados do estudo é o entendimento de como o poder se organiza e a forma como se denomina o território. Considerando o entendimento de que o território regional trata de um coletivo de gestores municipais e estadual, que se manifesta por diversos grupos de trabalho e exerce o poder de tomada de decisões por meio da CIR, ao menos teoricamente, constatou-se que o termo Região de Saúde, estabelecido normativamente, é pouco utilizado no Paraná e por vezes se confunde com a expressão Regional de Saúde, que remete ao escritório técnico da gestão estadual no território regional.

(...) para os municípios da 17ª Regional de Saúde (E9).

Contudo, a forma de atuação da gestão estadual no papel que lhe foi estabelecido de coordenadora do sistema de saúde no território estadual evidencia a atuação das equipes técnicas da gestão estadual de forma verticalizada, por vezes deixando à sombra a autonomia municipal.

Existe uma fala que ela é bem elegante da autonomia do ente, dentro do exercício da sua competência. Mas ela é bonita para ser dita, efetivamente não é assim que acontece (E6).

Desta forma, faz bastante sentido denominar o território regional como Regional de Saúde e não Região de Saúde, uma vez que a tomada de decisões é majoritariamente influenciada pela direção estadual.

Acerca do poder dos estados federados, os resultados mostram que o papel do estado no território estudado não se coloca com clareza para os sujeitos do estudo e há uma insatisfação na forma como esse gestor atua no território.

Eu sempre fui muito crítica com relação ao papel do estado. Eu acho que o estado se perde um pouco na parte do investimento e na própria articulação (E5).

Eu acho que tem medidas que a gente tem que repensar a questão da forma (E8).

Eu acho que ainda falta muita articulação para o estado realmente definir o papel dele (E5).

Contudo, verifica-se que para a União e os estados federados, há outra forma de exercício de suas competências federativas no âmbito do SUS, de forma que os municípios poderiam exercer suas autonomias e construir relações de interdependência por meio de instâncias de discussão e deliberação e o presente estudo evidencia que essa prática não ocorre. Essa forma poderia oportunizar efetivamente o modo de exercício do poder de forma cooperativa e coordenada, a partir de elementos de pactuação.

Constatou-se que os sujeitos apontam para um distanciamento entre o município e o ente estadual, no sentido de apontar para suas necessidades locais para a coordenação de políticas entre os diferentes entes.

E a regional ficava perdida... muitas vezes o município tinha acesso à informação antes do que a própria Regional (E5).

Além disso, o estudo mostrou que no local estudado o regime de verdade do estado se sobrepõe aos entendimentos da municipalidade, no que se refere às prioridades nas políticas públicas.

Entre alguns sujeitos do estudo alheios à municipalidade, apresentou-se no discurso uma expectativa de que a comunicação entre os entes federados seja piramidal, o que valida a prática a que os municípios frequentemente são submetidos: questionamentos, fiscalizações e apontamentos por meio de organismos colegiados representativos da própria

municipalidade ou pelos demais entes federados.

Mas eu acho que a gente tem que também ter estratégia para dialogar com o estado, para mim dos mais difíceis, né? Porque ele tem um poder sobre os pequenos municípios concentrado há anos e você não consegue mexer nisso, o estado, ele não modifica muito [a forma de atuar], troca gente e não muda (E8).

Desta forma, na região estudada, verifica-se que o papel do estado federativo não está claramente definido entre as municipalidades, que entendem sua insuficiente participação no custeio das políticas públicas de iniciativa territorial. Contudo, apontou-se positivamente para o papel de apoiador das equipes técnicas das regionais de saúde.

Existe um apoio tanto da regional como do consórcio nesse processo de qualificação que os gestores têm para poder se comunicar (E5).

Ficou evidenciado ainda que, em determinadas questões do planejamento, as equipes regionais da gestão estadual exercem papel tutelar sobre as equipes de gestão municipal, considerando sua maior apropriação teórica acerca das políticas públicas de saúde, *criando-se uma hierarquia que não existe* [no federalismo] (E6).

Os gestores municipais devem tornar-se protagonistas do cuidado da população, deixando de esperar os comandos da gestão estadual (R26).

Alguns estudos demonstram que os estados são historicamente pouco cooperativos no que se refere à relação federativa. Abrúcio (1994) apresenta algumas explicações para esta afirmação. Ressalta que a população é desinteressada da política estadual, tendo pouca visibilidade acerca da distinção de suas competências no território. Além disso, diante da política tributária, o autor aponta que o estado não é um cobrador de impostos que aparece diretamente diante da população. Com isso, os estados federativos não sofrem pressões públicas para a atuação coletiva.

Por outro lado, o poder dos governos estaduais se fortaleceu após o fim da ditadura militar, como o início do processo de redemocratização e o fim do modelo unionista – criado pelos militares, que tinha como objetivo manter ao máximo o poder político, econômico e tributário no governo central, uma vez que o fortalecimento de estruturas subnacionais era um contraponto significativo ao regime autoritário (ABRUCIO, 1994).

Outro ponto que fortalece o poder dos governadores é o domínio direto ou indireto (por meio de dependência financeira publicitária) da imprensa regional. Desta forma, a opinião pública mostra-se apática e exerce insuficiente cobrança acerca das ações dos estados, quando comparado aos demais entes federativos (ABRUCIO, 1994).

Neste sentido, segundo Abrúcio (1994), os estados federativos tiveram forte influência no processo de retomada da democracia no Brasil no início dos anos 1980, permitindo a constituição de uma nova estratégia relacional entre os entes federativos, com a ascensão política dos governadores, seguida do fortalecimento tributário dos estados, por meio da CF/1988. Além disso, a partir do processo de redemocratização, a carta constitucional apresenta forte indução à cooperação federativa e coordenação federal (ABRUCIO *et al.*, 2020).

Outro fator que pode sobrepor o poder dos estados, em especial diante das municipalidades, é a influência política dos governadores sobre os deputados estaduais, além de participarem de forma determinante na escolha de conselheiros dos Tribunais de Contas estaduais e na procuradoria geral do Ministério Público.

Além disso, os resultados do estudo demonstram que na esfera estadual, encontram-se mais próximos à realidade do território regional, a Regional de Saúde, composta por uma equipe técnica descentralizada. Contudo, evidenciou-se que as Regionais de Saúde, exercem funções de apoio ao município, mais com a intenção de possibilitar a implantação de políticas estaduais e ministeriais de saúde do que de conhecer as realidades e especificidade locais que constituam necessidades para o planejamento ascendente.

Com isso, o estudo evidenciou que existe uma fragilidade na regionalização ocasionada por fatores que perpassam a insuficiência no papel dos estados federativos, seu distanciamento às necessidades dos entes municipais e a inexistência de articulação entre pares.

Diante deste contexto de desafios no entendimento acerca dos papéis e competências e no recorte ao papel do estado federado diante das muitas formas de exercício do poder entre os entes, ao retomar o diagrama de Deal Wright (Diagrama 2), verifica-se que no território estudado, o modelo

adotado é o hierárquico-dependente, com uma tênue nuance autoritária, impedindo a interdependência e horizontalidade entre os entes e posicionando os municípios em um círculo dentro do estado e este, por sua vez, dentro da União.

1.2. A descontinuidade e o impacto pela mudança dos cargos eletivos estaduais

Um dos fatores evidenciados pelo estudo como limitante da interação e das ações de cooperação e da mesma forma, como impedimento para o fortalecimento da RS e da estruturação da coordenação nas políticas públicas entre os entes federativos é a descontinuidade das políticas públicas, acentuando a incipiência no processo de regionalização. As políticas, programas e projetos prioritários sofrem mudanças no conceito, financiamento, nomenclatura e organização e isso atrapalha a gestão local e regional.

Entre os sujeitos, houve percepção de que há um curto espaço de tempo na gestão para a elaboração e execução de um planejamento efetivo e os instrumentos de gestão, em alguns casos, são elaborados meramente para o cumprimento de agendas de obrigações, não sendo efetivamente aplicados, causando enfraquecimento das prioridades do território local. Os objetivos das atividades de planejamento e monitoramento não são cumpridos integralmente, em geral, e frequentemente não subsidiam a tomada de decisões.

E esse processo, por sua vez, confere fragilidade à cooperação entre pares, considerando a descontinuidade na composição das equipes de gestão municipais, uma vez que novos gestores não habituados a atuar em coletividade podem apresentar dificuldades em cooperar com seus pares.

A descontinuidade acentua a incipiência no processo de regionalização (E9).

Demonstrou-se, por meio do presente estudo, que a descontinuidade produzida pelo processo eletivo estadual impacta nas mudanças nos cargos das regionais de saúde que tem as lideranças de suas equipes técnicas reestruturadas constantemente. Os sujeitos relatam que é comum a morosidade na efetivação de novas lideranças regionais, que prejudicam a regionalização.

A Regional de Saúde, ela teve praticamente a sua estrutura administrativa definida em agosto setembro (E1).

Da mesma forma, a mudança dos cargos eletivos municipais impacta no processo de trabalho das regionais de saúde do estado, que se dedicam ao conhecimento e à instrumentalização das novas equipes municipais.

É, nós temos de quatro em quatro anos, nós temos uma mudança de mandato. E se a gente for pensar mais... de forma mais afinada, de 2 em 2 anos, a gente tem mudanças de mandatos e não raro mudanças de direcionamento das próprias políticas (E2).

A cada dois anos a gente tem essa transição de gestão. E eu digo, a gente tem acompanhado o quanto tempo se perde para pegarem no tranco todo mundo, o quanto tempo leva para que todas as cadeiras tenham seus assentos preenchidos, né? E isso é muito demorado. Então, o estado e a federação pegam o município na metade da gestão para fazer isso. E aí nós estamos todos lá embaladinhos, né, bem engrenado, de repente a gente tem que parar e assistir uma movimentação e uma hipoatividade. A última foi até mais, com nove meses, né, aqui na nossa regional, mas a gente, em média, a gente perde 6 meses, aguardando as coisas se assentarem [...] esse período recai sempre nas costas do usuário, ele é o maior prejudicado (E6).

E agora a gente tem um outro momento, né, que é o momento de eleições municipais também mexe muito com a relação dos poderes (E1).

Verificou-se que a rotatividade dos atores na tomada de decisões é inerente ao processo eletivo e à disputa de poder entre grupos concorrentes no âmbito dos estados e municípios, com a recorrente desconstrução de políticas públicas, além da interferência na gestão técnica por demandas da disputa política.

Entretanto, embora os cargos de liderança na Regional de Saúde (direção e coordenação de divisão e setores) se modifiquem constantemente e de forma morosa para sua efetivação após as eleições para o governo estadual, as equipes técnicas de gestão que atuam nessas Regionais de Saúde sofrem poucas modificações quando comparado às trocas nas equipes de gestão municipal. Isso cria um cenário de dependência técnica dos entes municipais junto ao ente estadual, tornando o processo de renovação da gestão municipal dependente dos repasses de saberes e informações pelos técnicos da Regional de Saúde às equipes municipais.

[...] o estado ele não modifica muito [com o processo eleitoral], troca

gente e não muda [as equipes técnicas] (E8).

Outra evidência do estudo é a percepção dos gestores municipais acerca da equipe técnica estadual. Eles percebem que a equipe estadual que atua no território regional demonstra abertura, escuta e acolhimento às demandas municipais. Entretanto, os escritórios regionais não são considerados como elo de comunicação para subsidiar o planejamento de políticas dos estados federativos. Ademais, os sujeitos apontaram que as políticas públicas advindas do estado não respondem às expectativas municipais.

Além disso, as equipes de gestão têm expectativa de melhora na troca dos gestores e *isso nem sempre acontece* (E5). A inexperiência de novos gestores leva o município a incorrer em tentativas de atuação por meio de padrões já frustrados em gestões anteriores. Ademais, ainda que as equipes de gestão se mantenham, com a troca do gestor municipal, há descontinuidade na gestão.

A ação coletiva é diretamente dependente de um processo de adaptação dos indivíduos ao ambiente (PALMIERI; BRANCO, 2004) e o processo de descontinuidade dos atores e das políticas (temáticas em discussão) fragiliza a cooperação e a coordenação de políticas entre diferentes entes federativos.

Considerando que a cooperação trata da construção de objetivos compartilhados (May e Doob, 1937 apud Deutsch, 1949), o período de dois anos para troca de liderança no território regional fragiliza as relações federativas e impacta em prejuízo para a regionalização, uma vez que as equipes técnicas que permanecem na gestão municipal são dispersas e os técnicos da gestão estadual não se modificam constantemente. Isso fortalece a verticalização no planejamento regional e a hierarquização nas relações de poder entre município e estado.

Por outro lado, espera-se que o regime político adotado no país encontre alternativas para os efeitos da descontinuidade em razão da alternância dos cargos políticos, o que não ocorre no território estudado.

Com isso, a descontinuidade torna-se uma ameaça ao desenho das prioridades para o território regional e se coloca como ainda mais prejudicial à

municipalidade, comprimindo a autonomia municipal e limitando a matriz democrática, tornando o modelo de relações de poder mais piramidal.

1.3. A municipalidade e seus desafios no processo de regionalização

No que se refere à municipalidade, as competências municipais abrangem o mapeamento das necessidades, diagnóstico e planejamento de políticas locais e loco-regionais, além da execução dessas políticas por meio de equipes próprias atuantes nas áreas do cuidado e da gestão em saúde. É importante lembrar que os municípios também exercem seu poder através das relações, influenciado por seu regime de verdade.

Considerando a relação federativa e o processo de regionalização, em especial, nos territórios regionais, que são compostos pela municipalidade, na relação entre pares e tendo em vista a igualdade jurídica entre esses e a União, estados e distrito federal, cabe apontar que ao município é conferida normativamente a autonomia para exercer todas as competências que lhe são atribuídas pelo artigo 30 da constituição e considerando o pacto federativo. Essa autonomia se expressa por meio de capacidades de auto-organização, autogoverno, autoadministração e legislativa, conforme corrobora Fachin (2019).

Ressalta-se ainda que para o desenvolvimento de suas competências, os municípios poderão cooperar técnica ou financeiramente com outros entes, quer seja com outros municípios, estado ou União. Desta forma, o artigo 43 da CF/1988 que trata das regiões, estabelece que a União poderá atuar para o desenvolvimento das regiões e a redução das desigualdades regionais.

O artigo 18 da CF/1988 trata da organização político-administrativa do Estado e estabelece como autônomos os entes federativos, quais sejam: União, estados, distrito federal e municípios. Contudo, as especificidades locais constroem identidades diversas em um mesmo território regional, apontando para a necessidade de cooperação entre pares da municipalidade.

Além disso, o artigo 241 da CF/1988 estabelece que os entes federados disciplinarão por meio de lei os consórcios públicos e convênios de cooperação para gestão associada de serviços públicos e transferências de

encargos, serviços, pessoal e bens essenciais à continuidade dos serviços transferidos.

Neste ponto, cabe ressaltar que os estados federativos têm como competência legislar de forma concomitante à União, mesmo sobre questões normativas gerais, não abordadas por esta.

Por outro lado, o estudo aponta que os gestores municipais ainda enfrentam uma nebulosidade no que se refere ao papel do município no âmbito do planejamento e execução de políticas.

(...) acho que a gente ainda tem muito pouca maturidade e existe uma confusão de papéis muito grande (...) esse processo [precisa] de amadurecimento dos papéis, de amadurecimento da compreensão dos gestores municipais (E9).

A atenção básica executa papel de urgência e emergência que não lhe cabe e isso impacta negativamente na estratégia saúde da família (E11).

E infelizmente alguns ainda pensam assim, atenção básica, media e alta, eu sou gestor só da básica [...] você é gestor de tudo, você não é gestor só de uma parte (E10).

Contudo, o exercício das competências federativas se faz não apenas por meio de atos normativos, mas, sobretudo, no caminho percorrido, na vivência e na experimentação do cotidiano da gestão em saúde, nos territórios locais e em sua integração no âmbito regional. E os sujeitos enfatizam que a autonomia municipal não acontece para além da legislação e há um “outro” que impõe condutas e práticas que devem ser implementadas pelos municípios.

Porque se eles [municípios] não estiverem, se não tiver a voz da gestão municipal eu não acredito que a gente avance na regionalização o quanto deve (E8).

Tem que trabalhar com agenda, tem que trabalhar com acompanhamento, com classificação, com estratificação de risco, e tudo o mais, eu acho que o caminho é esse mesmo, né? Mas aí eles colocam mais, mais situações... (E11).

O entendimento de que há um “eles” frente ao gestor municipal que o indica caminhos a serem seguidos demonstra que há interações entre os diferentes entes, contudo, tratam de indicativos de atuação, determinações sobre como o município deve atuar diante de políticas que não foram debatidas

na base dos territórios, mas estabelecidas em outras esferas e com pouca representatividade de seus iguais.

[...] normativas para querer induzir [...] (E7).

(...) criando as facilidades e dificuldades pelo seu lado nos seus interesses (E8).

E se você não fizer [o que o outro impõe] eu aciono o Ministério Público. Essa relação [entre estado e município] para mim é lamentável e triste (E6).

No caso dos municípios de pequeno porte, o estudo apontou que, ainda que sob intermediação das instâncias de coletividade, os pequenos municípios encontram dificuldade na relação com o município polo. Há uma percepção deste município de que os municípios de pequeno porte são meros coadjuvantes no processo de regionalização e foi demonstrada uma hierarquização equivocada e o desprestígio em relação aos demais é percebida pelos municípios de pequeno porte.

Apontou-se ainda uma insatisfação por estarem em um polo passivo na tomada de decisões, enquanto que o município sede da região encontra-se no polo ativo, frente às definições quem impactam em toda a região. O ethos desenvolvido historicamente pelos agentes atuantes no município polo desde a sua luta pela autonomia provocou um isolamento do município frente aos seus pares e não houve movimento de construção coletiva de sua parte.

Em algumas situações os municípios menores são menos favorecidos quando na verdade as necessidades são as mesmas (R20).

Esse papel é um papel natural, não é um papel imposto [...] é a maior cidade (E9).

Frente às reflexões acerca das relações com o município polo, sujeitos representativos da gestão de municípios de médio porte, sujeitos do estudo, demonstraram o interesse em compreender como atuam outras regiões que estruturaram arranjos consorciados sem a participação do município sede da região, como exemplo, a região metropolitana de Curitiba, Umuarama e outros polos regionais no Paraná.

Acho que os maiores municípios tem que ser protagonistas, até porque as regionalizações, elas vão se dar em grandes centros, dos quais [o município de grande porte] deve encabeçar (...) e [os

pequenos municípios] são coadjuvantes importantes, em especial de modo que consigam se alinhar com os municípios de grande porte (E9).

De toda forma, desvelou-se uma percepção dos sujeitos de que há uma diferenciação danosa aos municípios pequenos, uma subvalorização de suas capacidades, tanto por parte do estado, quanto do município polo e ainda dos apoiadores do COSEMS entrevistados e essa percepção aponta para um dos problemas para efetuação da regionalização, de forma que haveria uma aceitação por parte desses gestores acerca de suas incapacidades, suprimindo o cenário de lutas necessário à consolidação da cooperação.

E aí eu vou fazer essa separação por que é que a gente acha que tem muita diferença da gestão de pequenos municípios, eles têm um papel importantíssimo do que eles têm que ser atores potentes, atores que possam ter voz nessas relações porque ninguém vai dar isso de presente para a região, né? (E8).

Outro ponto evidenciado na atuação dos gestores municipais em grupos de discussão e tomada de decisões trouxe luz à participação de poucos atores das áreas técnicas e da prática do cuidado no planejamento e nas ações de avaliação dos serviços, o que reduz ainda mais a competência dos pequenos municípios nesses espaços.

Mas eu acredito que o sistema de urgência e emergência da região, precisa ter condutores no grupo de gestão, condutores de unidade móvel, ela precisa ter o piloto de helicóptero, o grupo que pensa a gestão da rede de urgência e emergência, por exemplo. Ela não pode ter só a chefe de disso, o chefe daquilo, secretário do município e agora com muita luta, agora, de pequeno município também (E6).

Ademais, a regionalização encontra ainda impasses no âmbito dos micropoderes estabelecidos nos territórios regionais para seu avanço. Um exemplo se revela a partir de dificuldades na relação de trabalho cotidiano entre o prefeito e o secretário de saúde, quando da necessidade de convergência de objetivos e prioridades no campo da saúde, além de interferência nas decisões de ordem técnica marcadas por sinais de interferência por meio de relações político-ideológicas e partidárias.

Com isso, os gestores se veem divididos entre a atuação interna e localizada para atender à demandas pontuais de sua gestão municipal, situações específicas do acesso individual de usuários, demandas do prefeito e

do grupo político local ou uma atuação articulada junto aos demais gestores municipais do território e com os entes estadual e federal.

O estudo trouxe evidências de que a opção preferencial ou executada ainda que por falta de opção é a atuação exclusivamente local no território do município, tanto no município polo, quanto nos municípios de médio e pequeno porte. Os sujeitos apontaram que as demandas do cotidiano do cuidado em saúde tomam a maior parte do tempo das equipes gestoras, restando pouca energia para a atuação coletiva junto aos seus iguais.

Neste sentido, na primeira ação observada na etapa de imersão do estudo, o GIT, os gestores municipais demonstraram pouco conhecimento efetivo acerca dos dados de sua produção regional, conteúdo e acordos contratuais com prestadores de serviços que atendem ao território regional, suas fragilidades, metas, custo efetivo, lacunas assistenciais, fluxos e critérios de regulação e orçamento de média e alta complexidade. Esse desconhecimento fragilizou o exercício da competência municipal e a atuação no planejamento e gestão das políticas públicas frente às necessidades do território regional, coletivamente.

O estudo desvelou ainda que há uma inquietude por parte da municipalidade acerca da conformação de seu papel, da atuação entre pares da municipalidade e da construção de políticas territoriais que atendam às suas necessidades, de forma que uma parte dos gestores municipais busca produzir um debate para reconhecimento de necessidades, entendimento dos instrumentos e dos contratos e pactuações existentes.

Entretanto, outra parte dos gestores municipais, após o primeiro ano da gestão municipal, demonstra uma postura expectante e delegam à Regional de Saúde e gestão estadual a apresentação das políticas públicas para solução de suas questões locais, o que mantém o status permanente de dependência e verticalização no território.

Desta forma, é possível verificar que há ainda confusões no entendimento acerca das implicações de seu papel pelo ente municipal, que, ao mesmo tempo em que percebe a verticalização na distribuição do poder entre os entes, sobretudo entre estado e município, limita-se a compreender quais são as responsabilidades inerentes à autonomia e interdependência.

Essas limitações evidenciadas tanto nos municípios de pequeno porte (ao delegar ao estado suas competências ou ao limitar o papel da atenção básica) quanto no município polo (ao tomar decisões que implicam no território regional de forma independente) tem caráter impositivo sobre sua atuação, uma vez que a forma como o gestor compreende seu papel impõe o modelo de atenção a ser adotado em seu território.

1.4. O papel dos colegiados representativos, apoiadores e consórcios públicos

Considerando que dentre os sujeitos do estudo houve representantes dos colegiados de gestores municipais CRESEMS, COSEMS e CONASEMS, cabe ressaltar o indicativo acerca de seu papel e referências dos gestores municipais acerca de sua atuação.

Quanto ao papel e competências do CRESEMS, cabe ressaltar que a sua organização na região de saúde no local estudado (que ocorre da mesma forma em outras regiões do estado) é conformada pela representatividade de todos os gestores municipais da região, liderados pela figura do presidente do CRESEMS, eleito entre os pares, com apoio de cinco outros gestores que compõem sua mesa diretora.

O estudo aponta para um elevado nível de confiança e representatividade transmitida pelos demais gestores municipais à esses representantes, encontrando apoio para solução de impasses, alinhamento de respostas aos questionamentos do Ministério Público ou de outros entes federativos e no compartilhar de situações difíceis a serem enfrentadas e superadas coletivamente. Contudo, o estudo desvelou que existe uma relação permanente de cobrança dos municípios a essa mesa diretora do CRESEMS para alcance de soluções e respostas que beneficiem a todos os municípios da região.

Neste contexto, os sujeitos apontam que o principal papel percebido para o CRESEMS é fazer articulação entre os gestores, aproximando-os, além de promover a articulação com a gestão estadual.

Eu acho que o principal [papel do CRESEMS] mesmo é a articulação, a articulação com as outras instituições, junto com o estado, junto com o município sede, né, que é difícil (E11).

Sob outro contexto, o COSEMS se vê atuando como organismo de apoio à gestão municipal a partir de estratégias de atualização informativa. E a partir da informação, o COSEMS ajuda o gestor na estruturação de dispositivos de aplicação das ações, políticas e programas advindos das esferas de deliberação tripartite e bipartite.

O fundamental, o principal objetivo é fortalecer a gestão municipal, no sentido da autonomia do gestor para que ele possa participar como protagonista mesmo no processo decisório do sistema único de saúde (E2).

Contudo, na percepção dos sujeitos representativos da assessoria do COSEMS surge uma autocrítica de que o papel de apoio não substitui o protagonismo do gestor municipal. Neste aspecto, seus representantes, sujeito deste estudo, apontam para a necessidade de implementar a cooperação entre os entes nas regiões de saúde.

A partir de outro olhar, os sujeitos indicam que, para além de manter os gestores informados para tomada de decisões, o papel do COSEMS, por meio de seus apoiadores institucionais, deveria ser o de tornar efetivos os planos municipais de saúde, reunir as especificidades das diferentes localidades e regiões, propondo construções coletivas diagnósticas e estruturantes do planejamento ascendente.

No entanto, cabe uma reflexão sobre o que de fato é esperado em um planejamento ascendente. O termo ascendente se refere a algo que progride, que aumenta ou cresce. Isso significa que o planejamento ascendente tende a ser iniciado menor para tornar-se maior, do local para o ampliado, do singular para o coletivo.

Desta forma, um planejamento em que o gestor municipal se torne protagonista é iniciado a partir das necessidades locais, por meio da participação social, pequenos grupos, expandindo-se para a expressão da municipalidade, na sequência, somando-se às soluções para as necessidades dos iguais do território microregional, regional, macroregional, estadual e por fim, nacional.

Acerca do CONASEMS, há percepção do organismo de encontrar-se representando as necessidades dos municípios na instância tripartite de deliberação, ainda que por meio de apontamentos da necessidade de indução

de políticas públicas definidas no âmbito tripartite para reorganização e avanços dos municípios e dos territórios regionais.

Além disso, é esperado pelo CONASEMS que os municípios abandonem seus individualismos e atuem de forma cooperativa e solidária. Dentre os resultados evidenciados, apresenta-se bastante evidente o entendimento do CONASEMS o papel indutor de políticas públicas do governo federal e o papel de implementador do município.

Neste sentido, o CONASEMS, representado entre os sujeitos do estudo, entende que seu papel institucional em relação aos municípios é induzir, orientar, monitorar, avaliar, cobrar e conduzir.

E esse processo [trabalho integrado do conasems e conass] ele é constante, contínuo, de nós construirmos de forma tripartite algo que possa induzir esse processo que possa facilitar (E7)

Um dos termos evidenciados dentre os resultados do estudo, que neste caso apontou para um comportamento habitual da União em relação aos entes subnacionais foi utilizado por um dos sujeitos do estudo, atuante na estrutura representativa nacional da municipalidade para o SUS. Este vocábulo *indutor* que coaduna com sua interpretação do papel coordenador de políticas é comumente apontado para o governo federal, mas nesse escopo foi utilizado como sendo o papel do CONASEMS:

Então o dever nosso é construir algo que facilite, que induza, que possa orientar essa regionalização e essa responsabilização dos entes e ao mesmo tempo monitorar, avaliar frequentemente pra que a gente consiga a partir desse monitoramento e avaliação, a gente... Ter decisões mais assertivas, no intuito de estar cobrando e conduzindo esse processo em âmbito nacional (E7).

Esse posicionamento suscita discussões interessantes nesse contexto, considerando que o mesmo órgão representativo pode comportar-se como operador da indução organizativa e financeira do MS sobre as secretarias municipais, caso não exercite o movimento contrário, de escuta de seus representados e ascendência de realidades e propositivas, para debate horizontal na CIT.

Isso mostra que há também uma hierarquia relacional entre os organismos de representatividade municipal e que o CONASEMS, ao menos nesta ocasião recortada, coloca-se em posição de definição das políticas,

podendo compor o “outro” representado em algumas falas dos demais sujeitos quando se referem ao que lhes é imposto.

Outro ator apontado no estudo são os consórcios públicos de saúde. Acerca de sua atuação no local estudado, em que pese a participação da pesquisadora neste cenário, os sujeitos se referiram à sua atuação no modelo horizontal, na mesma esfera de gestão da municipalidade e apontaram para a agilidade do instrumento da ação consorciada junto aos municípios consorciados.

Eu acho que é isso mesmo, cada um tem um tempo, né? E o consórcio é mais ágil, rápido, até porque eu acho que ele é mais cobrado, né, os prefeitos estão ali todo mês, eles [cobram], já fez, já andou, então por isso que as coisas são mais dinâmicas, né, quando depende do consórcio... quando depende do estado, ele é muito moroso mesmo (E11).

A partir desse entendimento acerca de como atuam os órgãos colegiados representativos da municipalidade nos territórios regionais, coletivos estaduais e nacional, verifica-se, por meio desse estudo, que a tomada de decisões, nos tempos atuais podem ser frontalmente atravessadas por interesses particulares, não necessariamente, contextualizado pela vontade e pela luta de coletivos, mas de grupos de representantes e assessorias técnicas interessados na perpetuação das mesmas ideias ou de mudanças que não encontram embasamento da representatividade que deveriam significar, de forma que o planejamento não se coloca efetivamente ascendente.

Em outra direção, os sujeitos do estudo apontam que os consórcios têm o papel de dialogar com a gestão estadual e sugerem que os espaços de diálogo promovidos pelo consórcio para compartilhar de vivências são propícios e permitem a maior integração entre os entes. Além disso, consideram que o consórcio tornou-se um espaço protegido para o gestor municipal, produzindo novos arranjos de articulação e criando espaços de fala democrática para os gestores municipais. Ademais, o consórcio cumpre com o papel de executor de políticas, no âmbito da municipalidade.

Os consórcios também têm um papel de execução de serviços de saúde assim como os gestores municipais o tem, com uma lógica de serviço próprio e de qualidade, que vem de encontro com a necessidade da população (E8).

No consórcio cai por terra essa coisa de chancela do estado (E6).

[...] eu citei da importância do consórcio, penso que o consórcio nesse sentido tem condição de auxiliar, ser um dos braços nossos dentro dessa ação de planejamento, porque recebe demandas dos municípios diariamente (E9).

[...] [o consórcio] sempre muito aberto, bem dinâmico, né... não tem essa morosidade das respostas, bem ágil (E11).

Evidenciou-se ainda que os consórcios têm funções no campo do financiamento e da contratualização para otimizar a aplicação dos recursos municipais, além de compromisso com a defesa dos entes consorciados e os sujeitos da pesquisa, em sua maioria, apontaram que os consórcios tem uma pauta junto aos estados e à União, que trata dos interesses dos entes municipais consorciados.

Há vinculação no conceito de consórcio, cooperação e cooperativismo, [sobre o papel do consórcio] primeiro atender um pressuposto legal e segundo otimizar aplicação de serviço ao cidadão, ao contribuinte, através de um processo eficiente na relação tripartite entre os entes participantes (E3).

No território estudado, verificou-se que o consórcio possui fonte de receitas oriundas de transferências da União dos recursos da média e alta complexidade e de convênios de investimentos em equipamentos provenientes de emendas parlamentares, além de convênio com o estado para serviços de saúde. Contudo, a maior parte das receitas provém da municipalidade, para manutenção das atividades e para o custeio de serviços de saúde para o território regional.

Entretanto, o estudo evidencia que o consórcio atuante na região não executa toda sua capacidade de ofertas no campo das relações entre pares. Ademais, acerca do papel do consórcio, os sujeitos referem que este se divide em dois aspectos: a articulação e a oferta de serviços.

Os consórcios não executam toda sua capacidade de ofertas no campo das relações entre pares (E8).

O primeiro aspecto que trata da articulação refere-se à relação entre os entes, próprio de sua natureza da relação e da articulação entre os entes consorciados, acerca das necessidades a serem gerenciadas por meio dos programas da ação consorciada, uma vez que sua principal função é atender às demandas de ordem coletiva de seus consorciados.

O segundo aspecto da oferta de serviços trata da competência do consórcio no desenvolvimento de programas de interesse comum aos municípios, em uma atuação delegada, de forma complementar às finalidades municipais.

Os espaços de diálogo promovidos pelo consórcio para compartilhar de vivências permitem a maior integração entre os entes (E6).

o consórcio, ele é um instrumento também de equidade, de garantia cuidar depois que elas têm mais dificuldade de acesso que até Alta tecnologia mesmo, exames mais caros, né? (E8).

No estudo, surgiram apontamentos de ainda existir um confundimento acerca do papel do consórcio em meio à cooperação federativa, podendo motivar atritos, em especial, junto ao ente estadual. Por meio dos resultados desse estudo, ficou evidenciado a partir da percepção dos sujeitos que ao longo da construção do SUS, os consórcios se propuseram a implementar sua atuação, aprimorando seu papel, sobretudo após as adequações à Lei dos Consórcios Públicos, de acordo com seu escopo legal, o que difere da função para o qual foram criados inicialmente.

Porque que eu acho que o consórcio... ele tem uma crise, não sei se é uma crise, mas uma indefinição ainda, de quem é o consórcio, do que que ele faz (E8).

[sobre as dificuldades para o consórcio se consolidar] quando uma pessoa não conhece a ferramenta, quando ela não compreende como é que funciona (E3).

Com isso, uma das funções apontadas como sendo resultado da atuação dos consórcios foi um esforço para a elevação dos municípios ao protagonismo na gestão nos territórios regionais, sendo entendido pela gestão municipal como um elemento de empoderamento municipal, agilidade e equidade interfederativa, instrumento de planejamento e de articulação da rede de cuidados. Além disso, os sujeitos apontam para uma transformação do papel do consórcio e o esclarecimento acerca de suas funções a partir da adoção de legislação específica para os consórcios públicos.

A gente ainda tá aprendendo a construir nesse novo cenário nesse novo papel ao que os consórcios se propõe a executar (E1).

Evidente que teve várias atualizações aperfeiçoamentos novos programas (E9).

Outro ponto significativo evidenciado pelo estudo mostrou que os consórcios desenvolveram uma tecnologia na articulação com o setor privado, por meio do aprimoramento de sua atuação ao longo do tempo. Essa relação com o setor privado se dá, considerando que os consórcios também tem um papel de execução de serviços de saúde assim como os gestores municipais o tem. Contudo, uma vez que a oferta de serviços do setor público é insuficiente para avanço da integralidade no SUS, a relação do setor público junto ao privado evidencia a necessidade de uma ética robusta e estruturada, ante as recomendações legais e normativas.

Acho que o consórcio ele tem essa experiência de ir em defesa do público mesmo, né? A defesa do acesso às pessoas, a garantia de equidade, né? (E8).

Diante das evidências produzidas pelo estudo acerca das competências dos estados federativos, da municipalidade e nesse último aspecto dos agentes representativos e de apoio e instrumentalização das ações da municipalidade, salientamos o papel dos municípios no planejamento e execução de políticas e a competência dos estados federados no alcance das necessidades dos diferentes territórios, uma vez respeitada a autonomia municipal.

Para tanto, aos escritórios regionais de saúde da gestão estadual cabe fazer presente o ente federativo estadual no território regional, para que de forma horizontal, sejam compreendidas as necessidades dos territórios locais e que estas sejam consideradas e tomem parte nas atividades de planejamento do ente estadual.

Ademais, considera-se que o papel dos órgãos colegiados de municípios, tais como CRESEMS, COSEMS e CONASEMS é concatenar esforços e o papel dos consórcios é instrumentalizar. De forma alguma, qualquer desses agentes tem como tarefa substituir, induzir, suggestionar ou cercear a autonomia federativa do ente municipal, a partir de regimes de verdade particulares, mas que sejam representativos dos coletivos de gestores para o qual são incumbidos.

Os consórcios públicos, a partir do avanço na legislação federal, são chamados a atuar no contexto das “tarefas comuns” e promover a cooperação intermunicipal no campo prático das políticas públicas (BERCOVICI, 2011),

atuando como uma instituição municipal, fortalecida a partir da CF/1988 (SOUZA, 2005).

Neste sentido, tanto os consórcios públicos quanto os colegiados da gestão municipal nas regiões, nos estados e na federação, atuam como apoiadores importantes no processo de tomada de decisões, contudo, não substituem o ente municipal no processo de planejamento e na gestão de políticas públicas. Esses atores são desafiados ao enfoque de sua atuação na contribuição do processo de cooperação federativa horizontal e na instrumentalização da coordenação de políticas entre os diferentes entes federativos.

Um alerta nesse aspecto do importante papel evidenciado na atuação dos colegiados apoiadores e dos consórcios públicos para fomentar o exercício democrático do poder é a ressalva de que o papel dos colegiados deve superar o caráter meramente informativo e educativo de atualização de normativas constituídas no âmbito estadual e da União para os municípios, tornando-se porta-voz das especificidades territoriais de forma ascendente, para fomentar a atenção às necessidades e redução de iniquidades. O consórcio público, por sua vez, deve superar suas limitações e ampliar seu escopo de atuação em apoio instrumental às necessidades das RS.

Em destaque, evidencia-se, em comparação ao diagrama de Deal Wright apresentado no Diagrama 2, que os consórcios favorecem a execução de modos de exercício do poder de forma interdependente pelas municipalidades, que limita a relação de sobredependência entre gestor municipal e estadual, exercendo influência no território para adoção do modelo de sobreposição interdependente de poder negociado entre os entes, que se aproxima tanto do modo democrático apontado por Srour (1998) quanto da matriz de modelo federal de distribuição de poder de Elazar (1995).

Seção 2: Fundamentos da regionalização e seus dispositivos e condicionantes

Para compreender como os instrumentos e estratégias de cooperação e coordenação de políticas públicas ocorre no território estudado é importante compreender que há fundamentos estruturantes do papel do Estado que trazem pistas sobre a regionalização, contudo, a partir da ausência de dispositivos para sua operacionalização ou da existência de condicionantes para que não seja efetivada, tornam-se apenas conceitos ou normativas e não se concretizam no cotidiano da gestão em saúde.

Neste sentido, esta seção aponta para aspectos como a insuficiência de serviços para atender a necessidade do território no sistema de saúde com vistas à integralidade e na sequência aponta para os problemas para a cooperação e coordenação horizontal nas políticas de saúde.

2.1. Território, (In)suficiência e integralidade na regionalização

As reflexões a seguir se propõem a apoiar na compreensão de como os fundamentos que apontam para a regionalização foram construídos a partir dos territórios regionais, tendo em vista a descentralização da saúde e, considerando suas limitações, embora os territórios tenham sido pensados para oferecerem serviços suficientes para o cuidado integral de sua população, estes ainda se mostram insuficientes para o alcance da integralidade na atenção à saúde.

Os sujeitos apontaram que a descentralização encontrou espaço para avanço no Brasil, considerando as perspectivas globalizantes e os municípios assumiram responsabilidades acima do que lhes é possível suportar, considerando as diferenças e especificidades territoriais.

Hoje os municípios em torno de 24% em média tem uns que gastam mais outros menos, mas em média onde deveria investir 15% da sua receita própria, inclusive vem comprometendo o orçamento Municipal de vários entes, né. E essa é uma preocupação que a gente tem, por isso a gente tem focado muito desse processo de regionalização como uma alternativa de garantir os princípios do SUS, né, da hierarquia, da regionalização, de todos aqueles processos que a gente de fato ainda não efetivou na prática, né, Esse é um grande desafio hoje ainda (E7).

O processo de descentralização implicou em um importante condicionante para a regionalização, com o aumento das responsabilidades do

ente municipal. Dallari (2011) aponta que o Estado é uma nação com suas leis próprias, atuando como um grande e robusto homem artificial, construído pelo homem natural para sua proteção e defesa, que abrange o povo, o território e a soberania, e sua finalidade, por meio de pactos recíprocos entre seus membros.

Corroborando esse entendimento, Pereira Neto (2006) ressalta que o Estado é constituído de três elementos formadores principais: o povo, o território e a soberania, destacando o elemento *povo* como distinto de população, uma vez que a população refere-se aos habitantes e povo é o *conjunto de cidadãos do Estado*, vinculados a uma nacionalidade. Neste sentido, a administração pública, segundo Fachin (2019) requer espírito público qualificado, de forma que os administradores públicos são chamados a fazê-lo em nome do povo e no interesse deste.

A soberania, elemento indispensável ao Estado, é indivisível, uma vez que *se aplica à totalidade de fatos ocorridos no Estado*, imprescritível e inalienável, uma vez que ao seu término ou delegação, o Estado se dissolve. A soberania é o poder maior representado e sua titularidade pertence ao povo, já que pela CF/1988, *todo o poder emana do povo* (DALLARI, 2011; PEREIRA NETO, 2006). Considerando que o federalismo conta com múltiplos centros de poder, esta forma de regime propõe que seja assegurada uma parte importante na divisão do poder ao nível regional (LIJPHART, 2012).

Quanto à soberania, o Brasil conta com um modelo de soberania compartilhada entre os entes federativos, apontando para a necessidade de simetria e coordenação das políticas públicas, para que alcancem de forma equitativa nas necessidades das diferentes regiões do país.

O federalismo é aplicado de diferentes formas entre as nações³⁷, que possuem como característica comum o estabelecimento de uma união nacional, na qual a constituição é a lei suprema do território, porém, com poder e autoridade compartilhados entre governo central e os governos constituintes (ELAZAR, 1995).

³⁷ Habermas (2000), ao referir-se ao federalismo para a União Europeia, como exemplo, aponta que por meio do federalismo é possível implementar políticas que estabeleçam uma ordem cosmopolita sensível às diferenças e às desigualdades sociais.

No modelo brasileiro, Abrúcio (2003) ressalta que a soberania³⁸ nacional é estabelecida a partir da autonomia dos entes e o poder nacional é oriundo de um acordo entre os entes subnacionais que compõem a União.

Dentre os resultados do estudo, o termo aponta para a soberania do Estado diante da necessidade de implantar políticas públicas que se apresentem coesas entre os entes federativos e reforça a autonomia local nas políticas públicas, ultrapassando as limitações impostas.

E esquecem que se trabalhássemos a regionalização teríamos uma força maior nas três esferas federativas (R23).

Os gestores municipais devem tornar-se protagonistas do cuidado da população, deixando de esperar os comandos da gestão estadual (R26).

Então assim, nós estamos falando de micro poderes, nós estamos falando de situações que não são simples de negociar (E10).

A relação entre o federalismo e a democracia apresenta fatores basilares como a soberania e a participação cidadã, a construção do Estado-nação, no intuito de evitar a disputa predatória entre os governos subnacionais, além de mecanismos como Demos Constraining³⁹ e Check and Balances⁴⁰, que se propõem ao controle e fiscalização, restrição do poder e coordenação federativa (ABRÚCIO, 2003).

Esse modelo federal embasado no povo, na soberania e no território se conforma na prática da gestão em saúde, causando estranhamentos e limitações significativas.

Então você começa a conhecer, você começa a ver também toda a dificuldade, que envolve para uma tomada de decisão, para uma resolução do problema, pra uma pactuação (E11).

Na normativa do SUS, o povo não se posiciona apenas enquanto usuário assistido pelas políticas públicas, mas enquanto protagonista,

³⁸ Abrúcio (2003) aponta que a soberania e a participação cidadã são configuradas em uma dupla identidade, qual seja: individual e territorial. O exercício dos votos do cidadão de forma individual e de forma representativa do território requer um forte senso democrático e plural, além de adequação das instituições políticas para o exercício do poder no modelo consociativo.

³⁹ Demos constraining é a restrição do poder da maioria, por meio de prerrogativas que protegem os direitos das minorias (Abrúcio, 2003).

⁴⁰ O termo check and balances refere-se a um conjunto de controles da governança, a partir de mútuo controle entre os níveis de governo, múltiplos mecanismos de controle e participação cidadã, fiscalização recíproca entre os diferentes poderes e coordenação de políticas públicas entre os entes federativos, por meio da interdependência e compartilhamento na tomada de decisões.

exercendo papel no planejamento, controle e fiscalização da execução das ações de saúde. Os sujeitos do estudo apontam que ainda há distanciamento da população nas práticas do planejamento em saúde, que podem ser posicionados de forma mais efetiva, em favor da melhor qualidade no sistema de saúde.

Eu acho que a gente não usou ainda tecnologia a nosso favor, na região. Acredito que ainda a gente tem avançar mesmo na comunicação com o usuário, que eu digo assim mesmo a comunicação com o usuário, eu acho que ela poderia tá sendo muito melhor [...] acho que isso também é um ponto que requer mais atenção (E5).

A população deve ser mobilizada para não permitir mudanças nas políticas estabelecidas (E7).

O terceiro elemento, o território, segundo Pereira Neto (2006), requer fazer valer suas decisões num determinado espaço geográfico. No âmbito da saúde coletiva, o território é considerado um espaço expressivamente dinâmico, tomado por diversidades e enculturações, a partir de suas especificidades relacionadas ao caráter cultural, social, religioso, político, dentre outros fatores significativos à sua conformação.

Inclusive o processo de planejamento não é estático, ele é vivo em cada território (E7).

E aí por isso a importância de criar dispositivos pra aprofundar essa discussão (E8).

[conhecer] as necessidades de cada território para que a gente possa fazer o planejamento ascendente que a gente fala, partindo das necessidades da população, conseguir garantir o que é necessário em cada território (E7).

Dentre as evidências apontadas no estudo, os gestores municipais esperam que os serviços de saúde no território regional sejam suficientes para cobrir os vazios assistenciais em todas as macrorregiões do país.

Ao estudar a literatura referente a esse assunto, temos que a regionalização pode ser um instrumento para otimizar o potencial da RS proporcionando suficiência na oferta dos serviços de saúde, porém, nesse estudo, os sujeitos ressaltam que o entendimento sobre a regionalização pelos gestores da saúde, em geral, se limita ao nível teórico. Os gestores, em sua atuação, tem a percepção de que na teoria, as políticas estão bem construídas, mas não na prática.

Ao refletir sob a perspectiva da cooperação, nota-se que o SUS coloca-se como um elemento impulsionador da descentralização de competências do campo da saúde. A descentralização, para Vieira (2012) é um fenômeno complexo, visualizado como um problema de distribuição do poder entre o governo central e os governos subnacionais, em especial, os governos locais, uma vez que os governos intermediários são deixados, de certa forma, em segundo plano.

Sob esse entendimento, o autor ressalta que o grau de descentralização do poder merece ser compreendido em sistemas descentralizados, sendo este um mecanismo dinâmico e, certo que está inserido em contextos políticos, variável em um mesmo país, a partir de fatores geográficos, demográficos, econômicos, históricos, culturais ou ecológicos.

O tema da descentralização é tratado como um importante aspecto do processo de transformação do Estado no mundo e no Brasil, trazendo discussões acerca de fatores como autonomia, democracia participativa, responsabilidade, desigualdades e liberdade, sendo impulsionado⁴¹ mais fortemente nas últimas décadas do século XX (ABRUCIO, 2002).

Contudo, o radicalismo dos modelos descentralizados e centralizados traz desafios para a execução plena do federalismo e para a dosagem de suas medidas, quer seja em suas tendências mais centralizadoras, como as receitas tributárias e de competências centradas na União ou mais descentralizadoras, como na repartição tríplice de entes (PEREIRA NETO, 2006).

Em geral, segundo Abrúcio (2002), os sistemas de bem estar social, instituídos a partir da década de 1950 pelos governos centrais, foram ampliados para os governos subnacionais em busca de parcerias e ações de financiamento, resultando na criação de estruturas administrativas locais.

Dentre os resultados que foram esperados estavam: eficiência administrativa, aprimoramento dos instrumentos de controle das políticas públicas com participação dos cidadãos, o fortalecimento do processo democrático e do fluxo de informações. Por outro lado, os temas mais desafiadores no âmbito da descentralização são: as desigualdades entre as

⁴¹ Exemplos: caso da Itália, Espanha, Bélgica, Canadá e Austrália.

regiões, a fragmentação excessiva e a fragilidade dos instrumentos de cooperação (ABRUCIO, 2002).

Entretanto, a descentralização pode apresentar problemas frente às questões das desigualdades regionais e desenvolvimento territorial, de forma que Prud'Homme (1995) aponta que a tomada de decisões pode ser mais eficaz se aplicada em sistemas centralizados⁴², de forma que apenas o orçamento nacional poderá, além de reduzir as disparidades regionais⁴³, também atender com equidade as diferentes demandas, uma vez que as demandas locais diferem de um território para outro. Com isso, ele ressalta que a diminuição deste orçamento nacional poderá impactar na redução das políticas de equidade⁴⁴ e até mesmo poderão fortalecer a burocracia e a corrupção.

No caso do Brasil, a partir de outro ponto de vista, Abrúcio (2002) aponta que o federalismo torna o processo de descentralização ainda mais acentuado. O federalismo, contrário do regime unitário, em que os governos subnacionais acumulam menos poder que o governo central, é uma maneira de lidar com heterogeneidades, propondo a unidade na diversidade, de forma pactuada, autônoma e interdependente, sem que a soberania seja concentrada em um só ente, com direitos originários aos entes subnacionais (ABRUCIO, 2002).

Outrossim, Lima (2008) aponta que o processo de descentralização tributária após o processo de redemocratização trouxe frustrações no que se refere à interferência federal nas decisões dos estados e municípios,

⁴² No sistema descentralizado, aponta Prud'Homme (1995), o governo local coleta os impostos e distribui entre seus residentes, enquanto que no sistema centralizado, por meio da distribuição de renda, ocorre a redistribuição das áreas mais ricas para as mais pobres.

⁴³ Para Prud'Homme (1995), a descentralização é um perigo, que pode afetar a distribuição por meio da equidade, com aumento das desigualdades. Isto porque as iniciativas locais para corrigir as disparidades poderiam se tornar injustas, considerando a dificuldade de aplicar políticas de equidade em uma mesma localidade, ainda que os governos o intencionem fazê-lo. Contudo, refere que não se pode entender como normais essas disparidades regionais, nem mesmo que sejam automaticamente eliminados pelo movimento de bens, capital e trabalho. Ademais, o autor afirma que melhorar apenas a distribuição de renda entre os cidadãos mais pobres é insuficiente para redução de desigualdades, mas é preciso modificar as áreas de pobreza e desenvolvê-las. Desta forma, ele diz que os sistemas descentralizados não são mais eficazes que os sistemas centralizados, no que se refere à equidade entre as regiões.

⁴⁴ Arretche (2010) aponta que a centralização da arrecadação tributária brasileira, fomentada pelos períodos de autoritarismo no Brasil, ao final do período da República Velha, também foram fatores que, justificados pela defesa de que a autonomia regional é permissiva da corrupção e clientelismo ou da manipulação eleitoral, permitiram a distribuição de receitas para compensar as desigualdades territoriais por parte da União.

restringindo sua autonomia e apresentando-se ineficiente na tarefa de redução das desigualdades regionais.

Contudo, esse modelo fomentado pelo sistema de partilha no Brasil, considerando que, em geral, a maior parte das receitas municipais provém de transferências da União e no que se refere aos recursos de transferência do SUS, tem como maiores prejudicados os municípios de médio porte, que são os que estão mais sujeitos aos mecanismos de indução, determinação e controle do MS.

Da mesma forma, Lima e Andrade (2009) apontam que os municípios com mais de 100 mil habitantes, que contribuem com a capacidade de oferta com vistas à integralidade no SUS, ainda que consideradas as receitas com destinação vinculada à saúde e as impactadas pelo regramento da Emenda Constitucional nº 29/2000 (EC/29), apresentam grau de dependência diverso entre diferentes regiões do país.

O referido estudo mostra que há maior grau de dependência de recursos de transferência pelo FPM nos municípios de grande porte das regiões Norte e Nordeste do país e maior receita proveniente de receitas próprias ou transferências estaduais nos grandes municípios das regiões Sul e Sudeste, na proporção per capita, sendo as transferências da União bastante significativas nas receitas do SUS em diversas regiões, um sistema de distribuição fiscal ineficaz, reforçando o papel indutor do MS nas políticas de saúde (LIMA; ANDRADE, 2009).

O federalismo apresenta aos estados e municípios a liberdade para o planejamento e execução de políticas públicas (PEREIRA NETO, 2006). Para Arretche (2010b), o estado federativo que mantém autoridade regulatória no governo central (operando para a uniformidade) e autonomia política local (permitindo a variação de políticas) obtém como resultado a redução das desigualdades e cooperação entre os entes.

Outra questão significativa para pensar novos rumos para o processo de regionalização é o entendimento de que trata de um processo que busca a efetividade aos princípios do SUS. E considerando que as fragilidades da regionalização tem como prejudicado final o usuário, as debilidades históricas da regionalização devem ser enfrentadas coletivamente para o fortalecimento da governança regional. Contudo, apontam que esta é uma

política que extrapola as questões específicas da saúde, mas tem impacto em outras áreas do desenvolvimento urbano, econômico, nas relações políticas, entre outras.

Para tanto, os sujeitos apontam que a forma de operacionalização da regionalização carece ser repensada e o processo de regionalização deve ser entendido como um processo de integração para participação dos pequenos municípios, que são apontados como sendo a maioria dos municípios no país, se analisado o fator demográfico.

De fato, no último século, ocorreram inúmeras transformações na forma de organização espacial dos territórios, conferindo maiores limitações na oferta suficiente de serviços públicos em pequenas localidades, especialmente, se distantes dos grandes centros urbanos e regiões metropolitanas, o que aponta para a necessidade cada vez mais ampliada de atuação dos entes por meio de mecanismos e estratégias de cooperação (ENDLICH, 2018).

O local de estudo em questão trata uma RS composta por municípios de grande, médio e pequeno porte, que compreende uma região metropolitana, centro de uma referência em saúde para média e alta complexidade para as demais regiões de saúde do norte do estado, que juntas conformam uma macrorregião de saúde, no entanto, não há suficiência de recursos e equipamentos para que a integralidade seja efetivada.

As evidências encontradas demonstram que embora existam instrumentos de regulação municipais, regional e estadual, além de organização de fluxos de acesso, grupos de trabalho temáticos e grupos condutores para diversas linhas de cuidado, a cooperação entre municípios no local estudado é incipiente, ainda que a oferta de serviços nesse território regional seja mais abundante que nas demais RS da mesma macrorregião.

Apontou-se que há um potencial no interior dos pequenos municípios, a ser explorado no âmbito da estruturação da rede de cuidados, na organização das referências e na contribuição para o planejamento regional. Da mesma forma, os municípios de grande porte tem boa capacidade técnica para fomentar o planejamento da RS e da MRS.

Contudo, embora os municípios polo das RS tenham um papel importante no processo de regionalização, estes frequentemente se envolvem na propositiva de solução de problemas da região somente para evitar

prejuízos de ordem individual. No território estudado, algumas ações de regulação são centralizadas no município polo e esse aspecto é referido como um limitador para a fluidez nas relações federativas, uma vez que as informações de regulação são privilegiadas em relação ao cenário de necessidades e os atores envolvidos nos processos regulatórios exercem um poder estabelecido normativamente.

Com isso, na tentativa de refletir sobre o termo e relativizar o caráter indutor de políticas como função inata do governo nacional frente aos demais entes federativos, em especial, por meio de estratégias de financiamento de políticas que confirmam uniformidade às políticas desenvolvidas no território nacional, é oportuno identificar como esse fenômeno ocorre, não apenas no local de estudo, mas em outras regiões do Brasil.

Dentre outros fatores, a dificuldade no diagnóstico de necessidades do território agravam os vazios assistenciais, evidenciando um impasse no âmbito das competências neste sentido.

Diante desse cenário de desafios à consolidação e avanço do SUS, embora a legislação, normativas e os instrumentos de planejamento e gestão do sistema de saúde no Brasil tenham como pressupostos ao longo da história os interesses coletivos e a universalidade do direito à saúde, é possível notar que há fatores limitantes bastante significativos, inerentes às relações federativas.

Ao refletir sobre esse tema do território e sua suficiência na oferta de serviços frente à forma de governo no federalismo, entende-se que existem condicionantes na gestão regional, com a redução da autonomia municipal.

Esse condicionante parece se iniciar pelo movimento de simplificação de instrumentos pelos organismos apoiadores da gestão municipal e estadual, como forma de facilitar o exercício de construção do planejamento pelos gestores locais. Porém, nestes casos, estes acabam por não se apropriar devidamente dos instrumentos de gestão, resultando em sua confecção, meramente protocolar e falhas no diagnóstico territorial.

Neste sentido, as evidências do estudo apontam que cabe um melhor entendimento acerca da competência dos entes federados na prática do cotidiano da gestão pública e dos organismos de apoio e instrumentalização da regionalização.

Ademais, a normalidade no processo de transferências regulares por incentivo e vinculadas, fragiliza os entes subnacionais e coloca estados e municípios em uma posição de passividade ou engessamento, no que se refere a formulação de políticas públicas que atendam às necessidades locais e regionais.

Ante esse aspecto, importa apontar que a estruturação orçamentária, o custeio das ações e serviços de saúde no território tratam de um rateio integral de despesas e não apenas participação dos estados federados por meio de incentivos e tampouco participação da União restrita às transferências para investimento em suas políticas prioritárias, mas sensíveis aos apontamentos territoriais.

2.2. Problemas para a cooperação e coordenação horizontal de políticas

O Estado moderno passou por um processo de complexificação e aumento das funções públicas e das instituições políticas democráticas, com participação popular, tornando-o mais accountable⁴⁵. Isso incorre no surgimento de uma demanda pela autonomia dos governos subnacionais, criando espaço para sua atuação no cenário político nacional, incorrendo, por vezes, em conflitos entre nação e regiões, além de assimetria e hierarquização de poderes, com arenas de discussões e deliberação (ABRÚCIO, 2003; AFFONSO, 1995).

Os governos subnacionais, no nível intermediário ou local, detêm a capacidade de autogoverno, com grande raio de poder no terreno político, legal, administrativo e financeiro, de forma que sua força política reside na existência de direitos constitucionais originários, que não podem ser retirados pela União (ABRÚCIO, 2003; ARRETCHE, 1999).

Diante disso, a coordenação de políticas públicas de saúde é necessária para que o exercício do poder se constitua de forma horizontal, por

⁴⁵ Accountability é um termo ainda sem tradução para o português em uma única palavra que expresse integralmente seu significado, sendo contemplado pela soma dos significados dos termos controle, fiscalização, transparência, prestação de contas e acompanhamento. Trata de um processo que envolve atores sociais e arranjos internos ou externos das instituições, o controle social, observatórios, sistemas de controle interinstitucionais e entre poderes, conselhos consultivos, fiscalizatórios e deliberativos, tribunais de contas, ministério público, entre outros. Supõe o engajamento dos agentes públicos, instituições e da sociedade para conferir eficiência à administração pública, a partir de mecanismos de transparência na execução de suas ações.

meio de consensos acerca das necessidades e prioridades. Com isso, supõe-se que a cooperação e a coordenação de políticas são elementos significativos à relação federativa, sobretudo, pelo fato do poder nacional não advir da constituição de partes que conformam uma nação, mas por derivar de um acordo entre essas partes.

A cooperação é um fator determinante dentre os princípios políticos que motivam o federalismo, sendo estabelecida pela multiplicidade de centros de poder, permanente difusão da autoridade e a perpetuação de sua essência: unidade e descentralização (ELAZAR, 1995).

Contudo, a coordenação e a cooperação, apontada eventualmente em portarias e outros documentos orientativos e de pactuação no SUS, pode revelar-se autoritária em sua natureza, se os entes não forem entendidos como agentes facilitadores da coordenação entre as políticas, de forma a não existir um ente federativo coordenador de um conjunto de entes federados.

Diante desses aspectos teóricos, o estudo desvelou que a realidade prática do cotidiano das relações entre os atores está muito distante do que é esperado no arcabouço normativo e no discurso teórico, mostrando que os problemas da cooperação e da coordenação influenciam na efetivação da regionalização.

Uma coisa para mim que ficou bem nítido, que a gente é muito capaz de colocar no papel todas as possibilidades, todas as normativas e todas as ideias. Eu acho que a gente tem que sair do que tá escrito para a prática. A gente saiu de NOB, de NOAS, de Pacto [pela saúde]. É isso que vai fazer a diferença: as pessoas que fazem tiverem vontade de resolver a situação, de querer fazer, de querer organizar (E7).

Outro aspecto acerca das competências dos entes federativos desvelado pelo estudo mostra que os gestores acreditam que há caminhos no SUS para a organização das políticas públicas no âmbito da regionalização, mas que ainda está distante de se concretizar, no que se refere à cooperação.

A gente precisa evoluir em um meio para chegar lá. Acho que a gente precisa caminhar muito ainda nesse sentido da cooperação (E10).

Uma questão significativa que limita a cooperação entre os pares da gestão municipal é o desejo do pequeno município em dispor de oferta integral de serviços no território local. Os sujeitos apontam que considerando ser a

microregionalização incipiente no território e as referências limitadas no âmbito da região de saúde, considerando as limitações no teto financeiro de média e alta complexidade junto ao município sede, resta aos pequenos, a tentativa de atuar individualmente.

O SUS, uma vez alicerçado no federalismo cooperativo brasileiro, dispõe de caminhos para organização das políticas públicas no âmbito da regionalização, por meio da cooperação e coordenação de esforços, para identificação de necessidades e proposição de políticas.

O federalismo no Brasil apresenta nuances de centralização e descentralização em um movimento descrito como um movimento pendular por Viana e Machado (2009), o que impacta na relação federativa e envolve tensões de diversas ordens, de forma que a descentralização consolidada na carta constitucional trouxe forte ênfase no papel dos municípios.

Ao olhar para a realidade nas relações federativas, o estudo mostrou que há uma disputa silenciosa no território, de forma que diferentes regimes de verdade se colocam e esses discursos não se encontram e conseqüentemente, um dos maiores problemas para a regionalização encontra-se na dificuldade de conjugação de esforços.

Uma das evidências que comprova que esse cenário de fragilidades impacta na cooperação está no discurso dos atores da gestão estadual, que traz elementos de imposição, como quando é apontado que “deve ser” ou “este é o caminho” ou ainda, “a única forma de acesso para esse procedimento é pelo sistema do estado”.

Além disso, em análise há alguns espaços de diálogo, verificou-se que não houve intenção de promover debates ou espaços democráticos de discordância, mas o contrário, os sujeitos apontam para o enfoque informativo, vertical, com repasse de informações construídas de forma unilateral.

Aí eu percebo que ultimamente os municípios querem se manifestar. Nós não temos mais momentos de discussão me parece, sabia? Fica muito amarrado assim, a política da Regional. Porque [as reuniões] ficam muito informativas (E5).

Em algumas ocasiões, com discursos que subjagam a capacidade dos gestores de municípios de pequeno porte, como por exemplo, com

técnicos da Regional de Saúde que se expressam em uma postura escolar na posição de professores-expositores.

Outro elemento é a forma de organização de espaços de conversa ou para tomada de decisões, que ocorre por meio da seleção dos atores que devem ter espaço de fala, fazendo com que discursos de oposição sejam naturalmente abafados. Com isso, ainda que com a intenção de juntar as pessoas, a cooperação não se configura, uma vez que a potência municipal é subjugada e sem a valorização dos esforços, esses não são conjugados em busca de objetivos comuns.

Diante disso, o cenário de discussões no local estudado ainda se apresenta esvaziado, considerando que as políticas prioritárias são estabelecidas pela gestão estadual e federal. Neste ponto, apontou-se que os participantes das instâncias deliberativas regionais e outros grupos de trabalho que apresentam propositivas concorrentes ou em contraposição a essas políticas são discriminados ou desacreditados.

E se a gente diz alguma coisa que pode não agradar ou pode parecer uma crítica, então isso é um problema, não pode ser dito isso, né? Vamos ver o que tá acontecendo para essa pessoa tá dizendo isso. Então acho que esse movimento trouxe o medo, assim um receio, um silêncio mesmo. As pessoas evitam a qualquer custo que algum erro apareça, que alguma fragilidade possa surgir, porque se surgir eu corro risco. Isso não pode no SUS! (E5).

Para além disso, observou-se que as iniciativas individuais dos gestores municipais ou por eles delegadas ao consórcio, se colocaram como tangenciais ou com pouco valor, despertando o desejo de supressão dessas agendas ou ainda seu controle por parte da gestão estadual, ainda que inexistam iniciativas semelhantes no território.

Dentre as consequências dessa forma de atuação, tem-se a perpetuação dos vazios limitações na coordenação de políticas entre os entes e nas estratégias de cooperação, incorrendo na existência de vazios assistenciais no território, suprimindo as ações de promoção e prevenção, alongando listas de esperas de especialidades e deixando que a atenção às urgências se torne cada vez mais robusta, sem integração com a diversidade de necessidades do território.

Por outro lado, algumas estratégias de cooperação foram evidenciadas. Uma delas foi percebida na etapa de imersão, a partir do Comitê

Executivo da Saúde, que teve nesse período do estudo em sua liderança um magistrado, que por diversas ocasiões exerceu o papel de facilitador e impulsionador do debate entre os sujeitos.

Desta forma, atores da gestão municipal que haviam iniciado de forma recente sua participação no comitê, se viram incentivados a compartilhar suas realidades, problemas e necessidades abertamente junto aos demais, que por vezes eram membros do ministério público, dirigentes de serviços de saúde, demais gestores de municípios de pequeno, médio e grande porte, técnicos da regional de saúde, técnicos ou mesmo o secretário estadual de saúde, equipes técnicas do MS.

Esse espaço mostrou que a dialogia é possível e que há conteúdo político-técnico a ser debatido, há ideias contra hegemônicas a serem desveladas, que por sua vez oportunizam novas construções a serem empreendidas. Contudo, em outros momentos, foi perceptível um incômodo por parte dos sujeitos que representavam a gestão estadual acerca do que se chamou “descontrole” ou “conversa que precisa ser feita reservadamente” e os sujeitos foram convidados a uma conversa restrita na sequência, no espaço de controle da regional de saúde.

Outro momento em que se evidenciou a coordenação foi na ação da Escola de Saúde do CPS elencada na etapa de imersão. Esta foi concebida inicialmente para fortalecer as ações de regulação do acesso ambulatorial especializado de um dos programas desenvolvidos pelo consórcio. Contudo, ao longo de seu desenvolvimento, anualmente agregou novas perspectivas sob ponto de vista da política de educação e gestão do trabalho, incorporando estratégias como rodas de conversa, debates técnicos, organização e produção de fluxogramas e novos processos de trabalho em regulação, como por exemplo, a discussão dos casos entre as equipes de atenção básica e especializada, para embasar a regulação assistencial e encaminhamentos para os casos.

A coordenação de políticas não é sinônimo de liderança de um dos entes sobre os demais, ou sobrepor os saberes e a tomada de decisões acumulada em um dos entes, ainda que em algumas normativas essa forma de interpretação do termo apareça constantemente, talvez herança da cultura

imperialista brasileira⁴⁶. Contudo, a coordenar políticas é estruturar a partir do entendimento das lacunas dos diferentes territórios e buscar sincronia dessas políticas, quer sejam de iniciativa municipal, estadual ou federal. Dessa forma, pode haver maior possibilidade de exercício da interdependência e autonomia, em especial pelos pequenos municípios junto aos seus iguais.

Neste sentido, ressalta-se que para o exercício da interdependência, a autonomia é salientada no artigo 18 da CF/1988.

A organização político-administrativa da República Federativa do Brasil compreende a União, os estados, o distrito federal e os municípios, todos autônomos, nos termos desta Constituição.

A autonomia dos entes municipais na saúde aponta para o respeito às suas especificidades locais e regionais, considerando que o federalismo trata de uma construção de interesses sem a *perda de identidades individuais* (HARMAN, 1992). Ademais, uma vez que os entes federativos subnacionais dispõem de autonomia prevista constitucionalmente, isso permite a instituição de uma ordem jurídica que fixe suas competências (QUINTILIANO, 2012).

Desta forma, os entes subnacionais não deveriam figurar como meros implementadores, podendo se apresentar como sujeitos ativos no processo reflexivo acerca dos temas da regionalização, planejamento regional, cooperação e coordenação das políticas de saúde.

Evidenciou-se por este estudo que para os atores que participam do planejamento e gestão de políticas públicas é difícil compreender que a regionalização é uma política a ser construída coletivamente. Como alternativas à essa construção, um dos caminhos apontados pelos sujeitos para ampliar a resolutividade nas ações de saúde frente às responsabilidades assumidas pelos municípios é a microregionalização de acordos e referências.

A microregionalização se apresenta pouco concretizada no local estudado, mesmo no âmbito da atenção as urgências e nas referências do âmbito hospitalar, demonstrando fragilidades importantes, de forma que os

⁴⁶ O federalismo foi implantado no Brasil em um cenário controverso, em que o império, pressionado, deixa o poder e configura-se a República. Os primeiros defensores do federalismo não eram defensores da República, mas admitiam que mesmo a monarquia poderia alinhar-se ao federalismo. Neste mesmo sentido, os primeiros decretos federais foram escritos na solidão redacional destas autoridades, tal como o foi Rui Barbosa, que estava longamente acostumado ao governo imperial.

dispositivos de regionalização para a referência de atenção no território microrregional apresentam pouca efetividade.

Dentre os sujeitos do estudo, os gestores municipais perceberam avanços em políticas públicas e prioridades específicas no âmbito da região, tomando como exemplo a evolução do processo de estruturação da atenção de urgência ao longo do tempo, oportunizado por meio da regionalização. Contudo, referindo-se à mesma política, apontam que ainda há um longo caminho para a que a regionalização se concretize em interdependência e cooperação, no intuito de atender às necessidades e especificidades locais a partir da oferta de serviços organizados regionalmente e para que as políticas públicas sejam coordenadas entre esses entes.

A coordenação de políticas públicas, por meio da cooperação e da ação coletiva são tomadas como meios para efetivação da regionalização. Portanto, embora a coordenação entre entes federativos e a cooperação de políticas sejam elementos fundamentais para o planejamento regional e os avanços do SUS, os problemas da falta de efetivação dos espaços de diálogo, a desvalorização da potencia dos entes municipais pela gestão estadual e conseqüentemente, a falta de conjugação desses esforços, além do entendimento de que a coordenação é a concentração da tomada de decisões sobre o ente estadual, tornam tanto a cooperação quanto a coordenação de políticas no território meramente normativas.

Contudo, as intencionalidades entre diferentes atores são diversas e demandam ser alinhadas aos princípios originários do SUS, pela universalidade e equidade, devendo ser perseguidos por todos os organismos componentes da regionalização.

Seção 3: Pressões sobre as equipes de gestão municipal

Tendo em vista a perspectiva territorial sob análise de competências e papéis dos entes federativos, as fragilidades na cooperação e coordenação entre os entes e os condicionantes existentes no território, o estudo evidenciou que há pressões vivenciadas na relação federativa no território estudado, sobretudo sobre a municipalidade, uma vez que as equipes de gestão nos pequenos municípios respondem por todas as atividades da gestão municipal, não havendo repartição de tarefas entre os atores na medida da necessidade.

No Estado Federal, aos entes subnacionais e o governo nacional, cabe tratamento isonômico⁴⁷, sob ponto de vista hierárquico, jurídico-formal, gerando equilíbrio federativo⁴⁸ (PEREIRA NETO, 2006).

Contudo, ao longo do processo de regionalização, os municípios assumiram responsabilidades excedentes, o que se constituiu como problemas a serem enfrentados e que se apresentam no acúmulo de responsabilidades, lacunas na integração e impasses no financiamento, conforme discussão nas respectivas subseções a seguir.

3.1. Acúmulo de responsabilidades

Neste aspecto, os sujeitos indicam que há acúmulo de responsabilidades na atenção básica, sobrecarga de funções, em especial nos pequenos municípios, que respondem por todas as atividades da gestão municipal, não havendo repartição de tarefas entre os atores na medida da necessidade.

Mas no município de pequeno porte, eu acho que essa é a grande dificuldade, porque o secretário, direção de saúde, direção da atenção básica, esses quatro atores acabam fazendo de A a Z na gestão (E6).

Essa sobrecarga impacta em diferentes pressões sofridas pela municipalidade. Uma das pressões desveladas pelo estudo é a expectativa que os demais entes federados alimentam acerca de como deve atuar a municipalidade no âmbito da efetivação da atenção básica. São recorrentes as

⁴⁷ Essa isonomia, segundo Pereira Neto (2006), acompanha o conceito de justiça, em que os iguais são tratados com igualdade e aos diferentes é conferido o direito a terem atendidas suas demandas, na medida de suas necessidades.

⁴⁸ Para Pereira Neto (2006), o equilíbrio federativo possui caráter de competências e receitas e deverá resultar de sua justa distribuição entre os entes e no federalismo cooperativo.

imposições acerca da adoção de determinadas políticas e modelos de atenção, sem o compatível financiamento dessas políticas.

Esse apoio financeiro eu acho que ele é muito ainda aquém do que o município precisa (E5).

A atribuição essencial da atenção básica não é realizada por sobrecarga das equipes com as demais funções (E11).

É preciso estar ali, é preciso ser cotidianamente presente nas dificuldades, na dinâmica dos serviços de saúde do município (E6).

Então eu acho que esse é uma limitação também, o financiamento escasso, é insuficiente (E8).

Esse acúmulo traz efeitos indesejáveis que se apresentam, sobretudo no apontamento de vazios assistenciais nas ações e serviços de saúde, que são agravados em razão das limitações no entendimento de competências ou verticalizações e hierarquizações na tomada de decisões acerca da rede de cuidados.

A sobrecarga das responsabilidades também se acumula na pessoa da secretária/secretário municipal de saúde, do qual é esperado o entendimento das funções da gestão, liderança das equipes de saúde do município, articulação junto aos demais entes federativos para solução dos impasses e resposta às necessidades de saúde de seu território local. Nesse malabarismo de prioridades, ocasionalmente, verificou-se que os gestores tendem se esforçar por buscar soluções imediatas para as questões locais, deixando a articulação de políticas com outras esferas para segundo plano, considerando a expectativa de resultado a médio ou longo prazo.

De outra forma, também restou evidenciada uma exaustão potencial do município polo, decorrente de seu porte e do desenho das referências regionais, frente às suas responsabilidades diante dos problemas de toda a região e em algumas situações, de toda a macrorregião, o que os coloca em uma fragilidade econômica e política.

Os municípios sede de região se veem prejudicados por terem que responder aos problemas de toda a região referenciada (E8).

Essa fragilidade pode ser considerada um efeito da estruturação do sistema de saúde a partir do comando único na gestão em saúde, estabilizado nas normativas vigentes desde o início da construção do SUS. No artigo 198

da CF/1988, a descentralização com direção única em cada esfera de governo é ressaltada como diretriz para o sistema de saúde, contudo, essa organização mostrou-se intermediária na definição de competências para o processo de regionalização e não contou com avanços e dispositivos para sua evolução, reforçando a hierarquização na tomada de decisões e atritos na relação federativa.

Os municípios sede, por exemplo, que são polos regionais, que tem um papel importante na regionalização... eles também tem as suas dificuldades e pensam muito focado na gestão do seu próprio município, eles têm muita dificuldade de pensar a gestão da região (E8).

Ademais, em análise à incipiência do processo de regionalização no território estudado, verifica-se que essas limitações se apresentam por ausência de instrumentos e dispositivos que amparem as pactuações e a distribuição de tarefas e responsabilidades entre os entes federativos, no âmbito das competências na saúde.

A regionalização, sob a minha ótica, é um desafio enorme e necessário (R15).

No território estudado, o município-polo se organizou a partir de suas necessidades individuais, potencializando as atividades de auditoria e controle da produção de serviços da alta complexidade, causando o estreitamento do acesso aos serviços especializados de média complexidade.

Contudo, a articulação entre pares da gestão municipal foi negligenciada, de forma que o gestor municipal e demais atores da equipe de gestão não participam rotineiramente das instâncias de deliberação, espaços de diálogo e outros grupos de trabalho, além de evitar disponibilizar agendas para conversas com os demais gestores, com o consórcio, regional de saúde e outros atores do âmbito da gestão regional do território.

Com isso, o posicionamento adotado produz um desenho de ilha do município polo e alienação dos demais gestores municipais, resultando em individualismos e pouca capacidade de gestão do território de forma ampliada.

Com isso, verifica-se que o acúmulo de responsabilidades, o esgotamento do município polo e a dificuldade de entendimento acerca do processo de regionalização pela municipalidade são parte das pressões

sofridas pela municipalidade e fazem parte do cotidiano da gestão municipal no SUS.

3.2. Lacunas na integração entre pares

Neste sentido, outra pressão enfrentada pelas equipes de gestão municipal trata das lacunas na integração entre pares da municipalidade.

A federação pressupõe, não apenas a autonomia, mas também a interdependência entre os entes, com políticas a serem estabelecidas de forma pactuada e negociada para a construção da unidade (ELAZAR, 1987). Contudo, para que a cooperação federativa seja constituída por meio de relações de interdependência, alguns elementos fundamentais são incipientes no local estudado. O primeiro desses elementos trata da integração entre pares.

No local de estudo, embora não sejam inexistentes as ações de cooperação entre municípios, os resultados do estudo apontaram que os gestores dos pequenos municípios tem a percepção de que há falta de integração entre pares da municipalidade de forma ampliada, apesar da existência das instâncias de deliberação e de grupos de trabalho estruturados regionalmente no território.

Os espaços de diálogo e pactuações são insuficientes em quantidade e qualidade (E8).

Há falta de integração entre os municípios (R33).

Pois a grande maioria ainda pensa somente no seu município, querem resolver o problema dos seus munícipes (R23).

Neste sentido, observa-se na fala dos sujeitos uma insatisfação acerca da forma de estruturação desses espaços, com dificuldades de abertura para o diálogo acerca de suas limitações, sem que sejam responsabilizados ou apontados como gestores ineficientes, implicando na estruturação de ações de cooperação e espaços eficientes para o planejamento regional e desenvolvimento de relações de interdependência.

Além disso, as evidências do estudo mostram que os espaços de discussão entre municípios são pouco participados na região. As equipes de gestão municipal percebem que entre os gestores da municipalidade, alguns

são pouco participativos nas discussões e delegam a tomada de decisões a seus pares.

Com isso, alguns gestores municipais tem pouca apropriação dos temas que estão sendo discutidos, impedindo o fortalecimento da regionalização no território. Por outro lado, acerca desses espaços dialógicos e de pactuações, os sujeitos apontam que há uma insuficiência tanto na quantidade, quanto na qualidade das atividades realizadas. E as ferramentas que existem na relação federativa ainda são muito protocolares, não permitindo inovações.

Ademais, há percepção de que alguns gestores são resistentes às mudanças em sua forma de atuação e há uma limitação no entendimento de que a relação de interdependência entre os entes federativos fortalece cada um dos entes e os espaços se tornam arenas de disputa pelo poder.

Importa lembrar a afirmação de Lamounier (1992 apud ARRETCHE, 2010b) , que aponta como *artificialismo* a adoção do federalismo no Brasil, uma vez que “*a sociedade brasileira não apresenta as clivagens étnicas ou religiosas que justificariam a adoção de arranjos consociativos*”. Essa realidade parece ser verdadeira no território estudado, impactando no desejo de participação dos gestores nas instâncias de discussão e deliberação.

Nem todos os municípios participam integralmente das discussões e processos para a melhoria [...] muitos deles vão na "carona" (R13).

Essa limitação na ampla integração entre pares impede a estruturação de estratégias diagnósticas e de planejamento mais eficientes, que subsidiem a tomada de decisões de forma dialogada e compartilhada no território regional, a partir de espaços dialógicos e horizontais, que sirvam como elementos de modificação das relações federativas a médio e longo prazo.

Ainda de forma a contribuir com essa reflexão, ressalta-se que o processo de regionalização é carregado de potência para modificar frontalmente a distribuição do poder, a forma como as decisões são tomadas para o avanço da saúde e como estes avanços se estruturam nos territórios. Os sujeitos compreendem a importância em construir consensos nesse sentido.

Para a evolução da gestão em saúde é necessário avançar no caminho da construção de consensos (E10).

Além disso, no âmbito dos colegiados representativos da gestão municipal, CRESEMS, COSEMS e CONASEMS, o estudo evidencia que esses agentes subestimam as equipes dos municípios de pequeno porte ou pequenas localidades, em sua capacidade de planejamento, uma vez que se apresentam com equipes em menor número e por vezes com menor experiência na gestão das políticas de saúde, sendo consideradas fragilizadas.

Entretanto, diante dos resultados do estudo, verificou-se que essa condição não lhes retira a capacidade de reconhecer suas necessidades territoriais, estabelecer mecanismos de cooperação e efetuar a tomada de decisões.

Outro apontamento desses atores representativos singulares é o entendimento de que as divergências são elementos democráticos importantes, que devem ser incentivados, uma vez previstos constitucionalmente no SUS, para que haja diversidade de pensamentos e construção de consensos de forma horizontal. Essa prática de estímulo ao debate mostrou-se comum no território estudado.

A estratégia é a fomentação de grupos de discussão nas regiões (...) para que eles possam tomar decisões de acordo com aquilo que eles encaram na sua realidade (...) que ele tenha empoderamento suficiente para atuar nas áreas do SUS (E2).

(...) e sempre saíam discussões ricas ali né, então eu acredito que esses momentos eles tem que existir, eles não podem parar, deve acontecer muito mais e de uma forma continua (E5).

Livremente, sem ninguém para controlar o tempo, tem que alguém tenha feito um planejamento da reunião (E6).

Outro fator evidenciado trata da percepção de alguns dos gestores municipais, de que em algumas situações são produzidos instrumentos pelos entes estaduais ou federal em uma tentativa de simplificar as etapas de construção de propositivas e reduzir as obrigações da municipalidade. Contudo, os sujeitos apontam que receber instrumentos prontos dificulta o entendimento conceitual da regionalização, não favorece a cooperação, reduz a habilidade para o exercício democrático do debate de ideias e construção de consensos e acaba por reduzir a autonomia dos gestores, impedindo ainda a coordenação das ações no campo da saúde por diferentes entes federativos.

Para aprofundar o entendimento acerca da constituição da interdependência, promovida pelo exercício democrático do poder, cabe considerar a previsão de coordenação das ações desenvolvidas pelos entes federados no planejamento, estruturação e execução de políticas públicas.

Eu acho que a gente tem que criar mecanismos mais participativos, mais democráticos de gestão dos recursos, tanto de equipamentos como ações que os municípios faz... participar mais (E8).

Contudo, a falta de dispositivos para cooperação, a herança normativa, o princípio do comando-único estabelecido na gestão em saúde, a dificuldade no entendimento dos papéis dos entes e dos organismos representativos e de apoio, resulta em fragilidades na integração entre pares e mostram que os gestores encontram barreiras de transição entre normativas, rejeitando o exercício do controle da totalidade dos recursos de média e alta complexidade sob sua gestão, o que reforça os interesses individualistas de *elites regionais*⁴⁹.

Evidenciou-se ainda que a conjuntura nacional e internacional, a atuação dos movimentos sociais de base e outros fatores institucionais e não institucionais, exercem pressões sobre a política de saúde, de forma que essas intencionalidades diversas promovem mudanças no cotidiano e constroem novas realidades, por meio de diferentes desenhos e modelagens do exercício do poder em todas as esferas de gestão.

Desta forma, a existência de lacunas na interação entre pares da gestão municipal configura uma pressão importante na tomada de decisões e no planejamento efetivo em saúde no território regional, sendo um fator a ser enfrentado pelos entes, no intuito de ressignificar o processo de regionalização.

⁴⁹ As elites regionais foram as grandes impulsionadoras do federalismo no Brasil, no intuito de promover a descentralização do poder. Mais recente, contudo, considerando que normativas como o Pacto pela Saúde publicado pela Portaria GM/MS nº 399/2006 que teve como enfoque as regiões de saúde promoveu avanços na estratégia organizativa do SUS e o Contrato Organizativo da Ação Pública – COAP apresentado pelo Decreto Federal nº 7508/2011, não alcançaram plenamente seus efeitos e tendo em vista que os municípios de grande porte e sede de região metropolitana configuram padrões de necessidades e condições de planejamento e implementação de políticas de saúde absolutamente distintas das pequenas localidades, que são os municípios de pequeno porte representativos de cerca de 70% da realidade dos municípios no território nacional, estabelecendo de certa forma, elites regionais que exercitam o poder.

3.3. Impasses no financiamento

O processo de regionalização no Brasil é apontado nas normativas infraconstitucionais do SUS e nos dispositivos estabelecidos para sua implantação. Contudo, esse processo é considerado mais um efeito das pressões políticas e econômicas que sofrem interferência dos acontecimentos no cenário nacional e internacional, do que um processo de mobilização social visando o acesso saúde e melhores condições de vida para a população (VIANA; IOZZI, 2019).

Isso mostra que o processo de regionalização no Brasil foi construído sob efeito das ações da globalização (PONTES, 2007) e considerando a heterogeneidade territorial do país, aliado às limitações nas relações federativas, diante do cenário de desigualdades e iniquidades, apostar no processo de regionalização torna-se um dos grandes desafios do SUS.

Com o avanço da descentralização, os municípios assumiram responsabilidades excedentes, aplicando seus melhores esforços no campo da saúde, com financiamento incompatível com suas competências, com fragilidades, sobretudo no que se refere às pequenas localidades.

Entretanto, apesar do movimento de descentralização, com a manutenção da centralidade do poder, em especial no âmbito do financiamento, a União exerce forte pressão junto aos entes subnacionais, considerando medidas de indução e regulação das políticas públicas de saúde no país (PEREIRA *et al.*, 2015).

Neste ponto, cabe ressaltar que o pacto federativo trata de alianças entre fundos públicos e encontra-se em uma crise fiscal evidenciada pela dívida dos estados, a sobreoneração municipal e a reconcentração de receitas e o papel indutor da União, embora não seja este o ponto central dos problemas do federalismo brasileiro⁵⁰ (Affonso, 1995).

Para tanto, Duarte, Mendes e Louvison (2018) apontam a partir de um estudo realizado entre 2009 e 2014, no qual se verificou que após o processo de redemocratização ocorreu uma maior centralidade na formulação

⁵⁰ Affonso (1995) ressalta que a associação da descentralização ao federalismo no Brasil deu-se a partir da CF/1988, considerando apenas uma parte dos participantes no pacto federativo, quer sejam, os entes subnacionais, estados e municípios, de forma que a luta pela redemocratização brasileira se confunde com a luta pela redistribuição fiscal e administrativa.

de políticas públicas, a partir do entendimento do papel da União como indutora de políticas públicas.

O estudo compara a aplicação de recursos na municipalidade originários de transferências em relação aos recursos livres e conclui que essa prática reduz a autonomia dos entes subnacionais na tomada de decisões e priorização de estratégias de acordo com as necessidades do território.

No entanto, não obstante a alternância entre o autoritarismo e a democracia que se desenhou no federalismo no Brasil⁵¹, as intenções de manutenção do poder centralizado no governo nacional prevalecem. Ademais, considerando que em diferentes momentos o movimento de indução⁵² foi fortalecido no federalismo, uma vez considerada a necessidade de estabelecer unidade federativa por meio da interdependência e autonomia, há evidências de hierarquização nessa relação.

Para essa reflexão, cabe analisar como as políticas sob forte indução federal foram pensadas, considerando as pactuações em instâncias deliberativas, consultas ou debates construídos a partir de suas bases representadas e, por fim, compreender se, uma vez articuladas essas representatividades, a formulação da propositiva ocorreu por meio de um movimento centrípeto ou centrífugo.

Um fator que evidencia esta realidade de indução de políticas públicas da União sobre os entes subnacionais é a análise de transferência de recursos para os estados e municípios, em geral, a partir de incentivos e de forma vinculada, com limitação na aplicação do recurso em estratégias previamente estruturadas pela União.

A efetivação da regionalização esbarra na limitação do financiamento (E9).

⁵¹ Existem diversos tipos de federalismo no mundo que conhecemos. O federalismo no Brasil é um desses tipos, porém coexistem arranjos singulares, considerando os laços históricos dos territórios nacionais, impactados pela forma como o federalismo foi sendo constituído, em que cenário e sob quais condições foi iniciado em cada nação e como se organizaram as relações e os pactos federativos. Ao longo da história do federalismo no Brasil, intenções mais autoritárias se alternaram com despontamentos democráticos e a ameaça do autoritarismo é uma constante inegável no arranjo federal que o país constituiu. E a interpretação conveniente para o termo coordenar pode ter sido adotada organicamente durante esse histórico de forma hierárquica entre os entes.

⁵² O termo indução, etimologicamente, advém do latim *inductio* (segundo dicionário Michaelis. Acesso em 06 jun. 2021. Disponível em: <https://michaelis.uol.com.br/moderno-portugues/>) e seu significado é apontado como ato ou efeito de induzir, induzimento; processo de estímulo para realização de algo.

A PGASS substituiu a PPI, mas não impactou em reajustes nas transferências federais, prejudicando a cooperação entre os entes (E7).

Nos regimes federais, para Bercovici (2002), pressupõe-se a transferência de recursos entre as regiões, o que se fundamenta pelo princípio da solidariedade. Ressalta que em países como o Brasil, a União tem o papel de busca da redução de desigualdades regionais⁵³, de maneira que os fundos públicos são fundamentais para o equilíbrio das relações federativas.

Contudo, considerando a diversidade entre os territórios nas inúmeras regiões de saúde do país, a atuação dos entes federativos se organiza por meio de diferentes estratégias, devendo ser modeladas localmente para responder às diferentes necessidades territoriais, de forma que essa atuação impacta no financiamento.

Quando a gente discute regionalização, pactuação e programação a gente vai cair na questão do financiamento (E9).

Neste sentido do financiamento, os resultados evidenciam que a forma de transferências federais para um dos entes municipais, como ocorre no território estudado, não confere senso de propriedade coletiva e estimula o ambiente de individualismo e competitividade. Além disso, o modelo de transferências ministeriais passou a executar repasses específicos através de incentivo à implantação de políticas prioritárias da União e não deixa claro qual é o teto financeiro de cada ente federativo, colocando-se inapropriado para fortalecer a regionalização.

Com isso, os sujeitos apontam que no território estudado, a política de transferências ministeriais adotou o repasse por meio de incentivos diretamente aos hospitais de alta complexidade, impedindo o processo de coordenação de políticas públicas e suprimindo a atuação dos gestores municipais.

Lá em 2004/2005, começou a se discutir a contratualização dos serviços de saúde [...] começaram a implantar as RAS e junto com as redes trazendo incentivo, trazendo algumas vantagens aos hospitais para estar dentro do processo (E9).

⁵³ O título I da CF/88 (BRASIL, 1988) trata dos Princípios Fundamentais estabelece, em seu artigo 3º, que a República Federativa do Brasil tem como um de seus objetivos fundamentais a redução das desigualdades sociais e regionais.

Isso aponta que a formatação da contratualização dos serviços de saúde proposta pela União, implantada pelos estados e municípios, de acordo com modelos pré-determinados, fragiliza o exercício das competências locais e distribuição dos recursos a partir das necessidades ampliadas do território.

No que se refere ao exercício da autonomia municipal, o modelo de transferências federais por incentivos, linhas de cuidado e programas estratégicos torna limitada a aplicação dos recursos nos municípios, causando relações de dependência entre os entes. Deste modo, ao induzir financeiramente os municípios a incorporarem políticas públicas propostas pela União, esta oferece limitada segurança para a instrumentalização das políticas públicas pelo gestor municipal.

Alguns municípios têm tido dificuldade de manter e garantir todo o acesso e atenção necessária, até mesmo em algumas regiões e estados do país está havendo um retrocesso, uma recentralização da atenção, devido à dificuldade que os municípios estão tendo (E7).

Os resultados do estudo indicam ainda que a transferência de recursos da Média e Alta Complexidade (MAC) para uso nas ações de saúde no território regional, estabelecidos de forma centralizada em um único fundo municipal, reduz a autonomia dos municípios em relação ao uso dos recursos a serem aplicados e configuram-se como objeto de disputa, reduzindo a interdependência entre os entes.

No que se refere ao aporte financeiro para suportar a regionalização, verifica-se que as fragilidades no sistema de distribuição e transferências na saúde resultam na impossibilidade de estruturação do acesso para atender as necessidades do território regional e torna-se um impedimento para a cooperação. O cenário político nacional da atualidade fomenta a escassez de recursos para a saúde pública.

Com isso, os entes subnacionais se veem limitados na discussão acerca da repartição de competências e responsabilidades, e apontam que essas limitações para o diálogo estão alicerçadas na falta de perspectiva em vislumbrar soluções para o desfinanciamento, sem a participação mais efetiva da União.

Quanto ao cenário político nacional, conclui-se que a indução de políticas públicas planejadas pela União e implantadas pelos entes

subnacionais requerem aprofundamento e reflexão, no intuito de compreender em que medida essas políticas, uma vez estimuladas para que sejam implementadas pelos estados federativos ou pelas municipalidades, vêm de encontro às necessidades locais ou regionais, ainda que tendo como intuito promover uniformidade e alinhamento nacional.

Nesse sentido, importa ressaltar que o financiamento do SUS sofre um processo de desfinanciamento, provocado pela Emenda Constitucional n.º 95 de 15 de dezembro de 2016, que trata de um novo regime fiscal e promove o congelamento dos gastos com a saúde pelo período de 20 anos. Com isso, o estudo evidencia que o financiamento é uma questão fundamental para o avanço da regionalização e configura-se em um dos maiores entraves para sua estruturação efetiva.

Tendo em vista as estratégias e instrumentos de cooperação e coordenação de políticas no território estudado, concluiu-se que a definição das competências carece maior aprofundamento e apropriação pelos entes federados e pelos demais organismos que participam da regionalização.

Além disso, os fundamentos do federalismo, a soberania, povo e território, pelos quais as estratégias e instrumentos podem ser estruturados apontam para limitações em seus dispositivos e condicionantes para a regionalização, que distam da realidade vivida no território.

Por fim, há pressões sobre as equipes de gestão municipal, dentre elas, o acúmulo de responsabilidades, as lacunas na integração e impasses da ordem do financiamento, que apresentam-se como fatores de limitação para a regionalização.

Dentre as tensões evidenciadas estão o desejo de concentração de referências de atenção à saúde em pequenos municípios, lutas particulares de grandes centros, desconsideração de especificidades locais ou regionais para implantação de políticas públicas no âmbito nacional ou federal, desfinanciamento da saúde pública, hierarquização nas relações federativas, espaços formais que são pouco dialógicos e crises de interação social, ausência de entes federativos no financiamento de políticas.

Diante de todo esse cenário de desafios para a construção de estratégias e instrumentos para a regionalização, evidenciam-se: a) problemas

enfrentados pelos municípios que se colocaram como referência no modelo de gestão regionalizada que vigora no SUS; b) confusão no entendimento acerca do papel da municipalidade; c) verticalização do poder dos estados federados sobre a municipalidade; d) descontinuidade das políticas de saúde; e) insuficiência das ações para a integralidade no território; f) acúmulo de responsabilidades da municipalidade.

Esses e outros fatores evidenciados pelo estudo são impedimentos para que a regionalização aconteça sob enfoque da ação coletiva, com vistas à interdependência que resultem em cooperação entre os entes e coordenação de políticas públicas.

CAPÍTULO 2: RELAÇÕES FEDERATIVAS E OS MODOS DE EXERCÍCIO DO PODER PARA O PLANEJAMENTO REGIONAL EM SAÚDE

Os resultados deste capítulo estão organizados em três seções de discussão. As duas primeiras tratam dos ethos independente, autoritário e totalitário no exercício do poder.

Com isso, evidenciam-se formas de atuação dos entes federativos no campo da gestão em saúde que se manifestam por meio de comportamentos e medidas que impedem a construção e efetuação de políticas públicas de saúde de forma compartilhada e integrada nos territórios regionais brasileiros, opondo-se aos princípios democráticos constitucionais, o que sugerem e o combate aos ethos individualista, autoritário ou totalitário no exercício do poder⁵⁴.

Essas seções agrupam as categorias significantes que abordam o individualismo, lacunas no entendimento dos papéis, não efetivação de formalidades, crises de interação social e verticalização e hierarquização nas relações.

A última seção trata das relações democráticas e agrupa as categorias significantes que apontam para evidências de cooperação em ato, entendimento de papéis, potencial dialógico e dispositivos.

⁵⁴ Os quatro modos de exercício do poder são apontados pelo cientista social Robert Henry Srour (1998), que indica o ethos liberal, ethos autoritário, ethos totalitário e ethos democrático como modos de exercício do poder, que resultam, respectivamente, em relações de independência, dependência, sobredependência e interdependência.

Seção 1: A independência na ação pública estatal

Esta primeira seção evidencia que o município é parte significativa do planejamento regional e sua atuação cooperativa e coordenada é capaz de impulsionar um novo caminho para a regionalização. Contudo, há evidências que apontam para práticas isoladas de alguns entes.

O estudo revelou que, como exemplo de tensão, a expressão e o desejo de que as referências de atenção à saúde ocorram de forma concentrada no território municipal para oferta exclusiva à sua população local, aparecem de forma recorrente entre gestores de municípios tanto de pequeno, quanto de médio e grande porte.

Porque a regionalização é aquilo, é complicado, né? Então, a questão dos prefeitos, o gestor de saúde, tem aquela coisa assim, o meu município, meu município! Então eu acho que tem que trabalhar, tem que fortalecer... Fazer acontecer a regionalização. A maior dificuldade é o administrador municipal entender essa questão da regionalização. O prefeito, ele quer para o município dele. Ah, eu quero RX no meu município, outro, eu quero ultrassom, é assim, é no município! Então para os prefeitos, a questão de regionalização ainda não faz parte do dia a dia deles, do planejamento, né? (E11).

Atuar de forma independente na ação estatal é uma estratégia de gestão solitária, focada em interesses e problemas locais, em que o gestor de saúde e sua equipe de trabalho se encontram mergulhados em situações-problema e em propositivas e busca de soluções, tendo em vista sua condição, como se esta fosse única.

Para Foucault (CANDIDO, 2020), há uma luta contra pensamentos e comportamentos. No que se refere à individualidade, o exercício desse modo de poder a partir do ethos liberal (SROUR, 1998), embora impulsionada pela integração social e *generosidade com os desvalidos*, entende que os sujeitos são plenamente responsáveis, cada qual, por seus próprios atos, o que poderá motivar os gestores a aplicar grandes esforços na sobrevivência de seus ideais, com base em suas experiências anteriores e contando com sua capacidade própria de solução de problemas e construção de projetos.

Neste sentido, as relações com os demais entes federativos se torna fragilizada, por meio de jogos, negociações e barganhas, sem alinhamento com os demais entes municipais de sua região, o que causa atritos e disputa nas relações locais e regionais.

Na percepção dos sujeitos que atuam em municípios de pequeno porte, essa busca pela oferta de serviços na sede de seus municípios de forma individualizada é de que este é um elemento que compromete a prioridade no fortalecimento da atenção básica, ocasionando elevado ônus financeiro para esses municípios e redução da qualidade dos serviços prestados. Isso incorre em fragmentação, comprometendo a integralidade do cuidado, para a qual os sujeitos apontam como sendo parte das *debilidades históricas* (R17) do território.

De outra forma, este modo de exercício do poder na atuação de municípios de médio e grande porte também se desvelou no estudo, a partir do entendimento de que são recorrentes as situações em que o município possui interesse individual prioritário aos interesses coletivos da região. De forma especial, municípios de grande porte são pioneiros no exercício da autonomia e da organização de estratégias municipais de ampliação do acesso ao cuidado, no planejamento local e ações de regulação, controle e avaliação municipais. Isso torna sua trajetória no SUS marcada pelo aumento das responsabilidades de maneira exponencial, muitas vezes, acima de suas capacidades técnicas, ao longo da construção do SUS.

Com isso, historicamente tem sido exigido dos municípios de grande porte ou municípios sede de RS ou MRS, a tomada de decisões no âmbito ampliado de seus territórios de referência, tendo em vista o processo de regionalização, impactando em desafios diversos, que se configuram em uma luta particular.

Dentre esses desafios estão a) a qualificação de suas equipes para atualização técnica, normativa, gerencial e estratégica frente ao processo de regionalização; b) manutenção e aprimoramento dos serviços prestados sob sua gestão com referência para RS ou MRS, e; c) desfinanciamento nas transferências oriundas da União e estados.

Esse histórico de luta, avanços e obstáculos, fez com que os municípios de grande porte se organizassem para o ordenamento de práticas e alternativas que os levaram a uma visão independente e em algumas situações, um comportamento individual e competitivo, que impede que a regionalização avance:

Eu vou falar da época [...] algumas vezes o prefeito falava: não! Nós não vamos atender! Nós vamos atender só nós! E a gente queria [...] sabia que o município precisava do hospital [...] não é fácil de se lidar [...] vai mexer com poderes [...] (E10).

(...) para as grandes cidades não é de interesse a solidariedade, já que são autossuficientes. E isso deixa os pequenos municípios com muitas dificuldades (R31).

Neste sentido, a independência na atividade pública mostra-se controversa aos ideários democráticos, uma vez que direcionam à *individualidade autônoma*, tendo como vetores o *mérito* e o *desempenho*, provocando desagregação de esforços e concorrência entre os gestores de uma mesma região, de forma que os fracassos de uns são de sua própria responsabilidade.

Se por um lado a cooperação é considerada quando a partir do compartilhamento de esforços em busca de um mesmo objetivo, de forma que os objetivos de todos os participantes forem considerados em algum grau, por outro lado, a independência é representada por uma busca pela realização de objetivos de um único indivíduo, ente ou organização de forma individualizada, porém, sem que esses atores convivam coletivamente.

Ao aproximar essa realidade atual do cotidiano das relações federativas ao histórico da gestão de políticas públicas de saúde no Brasil, importa considerar que a cultura individualista, *hegemônica e predominante* (R8) na gestão pública é anterior ao processo de municipalização. Historicamente, diante da disputa pelo poder e pela sobrevivência de ideais, os *municípios atuam de forma individualizada, desconsiderando os aspectos e características da região de saúde e seus problemas comuns* (R30).

Para os estados, também é possível atuar com independência em relação aos demais estados, bem como com os municípios que o constituem. A partir do modo de exercício do poder liberal podem se afastar dos municípios que o compõem, construindo hipóteses acerca das necessidades das pessoas que os habitam.

Esse modo pode ser agravado com a falta de proximidade do comando central de governo estadual com as localidades regionais, podendo ser conferida ao planejamento uma imagem distorcida acerca das realidades regionais do território. Essa atuação independente dos estados federativos em relação aos

seus pares ou aos municípios que os compõem podem trazer consequências negativas e enfraquecimento para o processo de regionalização.

Essas evidências mostram que o exercício do poder liberal pode assemelhar-se, no âmbito mencionado nesse ponto, ao regime político orgânico, em que o poder que se movimento do centro para as periferias. No âmbito do planejamento e gestão em saúde, esse modo enfraquece o federalismo e por consequência, a autonomia municipal e as relações de interdependência previstas constitucionalmente, colocando a regionalização em cheque e sem espaço para avanços.

Para a superação dessa forma de expressão de poder, algumas alternativas foram levantadas na fase de interposição a pesquisa, de forma que para os atores desta etapa é necessário: a) promover debates acerca da cooperação e coordenação de políticas públicas entre os entes federativos, no intuito de reposicionar o município polo frente às estratégias de ação coletiva para o planejamento regional, no intuito de repensar a cultura histórica individualista na gestão em saúde, e; b) repensar a microregionalização de forma ampliada, no intuito de estabelecer novas referências, reduzir o fluxo de atenção junto ao município polo e reduzir as desigualdades entre municípios de diferentes portes.

Diante dessas potencialidades, vislumbra-se que a estruturação de espaços de debate fomentam a cooperação e a coordenação das políticas públicas entre os entes federativos, possibilitando aos entes a superação de suas individualidades e o desenvolvimento de uma nova ética a partir da ação coletiva, que permita a estruturação de relações por meio da alteridade e solidariedade entre os entes.

Seção 2: O autoritarismo nas relações federativas e elementos totalitários na regionalização

O estudo neste território aponta que nuances de autoritarismo são identificadas, em geral, por parte dos estados ou da União sobre os municípios ou ainda a partir de municípios maiores sobre os menores, sob ponto de vista da base populacional ou da concentração de tecnologias e saberes.

Uma dessas nuances é o domínio das pautas de reuniões. Embora as instâncias de deliberação do SUS estejam bem definidas, com prerrogativas constitucional e normativa, existem elementos constituintes dessas medidas que permeiam esses espaços, tais como: forma de coordenação, mecanismo de elenco de assuntos, ordenamento do tempo reservado para a discussão ou deliberação, momento oportuno de inserção do assunto em pauta e forma de convite dos atores para a discussão. Esses elementos se apresentam em meio aos espaços de diálogo, encontros de discussão técnica ou deliberações, e são, ora imperceptíveis, ora apresentados como estratégia de indução à verticalização na tomada de decisões.

Outras nuances do autoritarismo se mostram no desejo de concentração de referências de atenção à saúde em pequenos municípios, lutas particulares de grandes centros, desconsideração de especificidades locais ou regionais para implantação de políticas públicas no âmbito nacional ou federal, desfinanciamento da saúde pública, hierarquização nas relações federativas, espaços formais que são pouco dialógicos e crises de interação social, ausência de entes federativos no financiamento de políticas.

Algumas dessas nuances podem ser agravadas e se tornam tensões no território. Neste sentido, uma tensão evidenciada no estudo mostra que há uma verticalização no ordenamento dos papéis dos gestores municipais, estaduais e federal, a partir da forma como o exercício do poder se constituiu no território regional. Segundo a percepção dos sujeitos, elementos desta natureza ocorrem nas relações entre pares (município-município) e entre diferentes esferas (município-estado; município-União; estado-União) e há evidências de exercício do poder no território no modo liberal, autoritário, totalitário e democrático.

Os sujeitos apontam que, em nível federal, as iniciativas desencadeadas são incipientes, sendo a última iniciativa potente apontada

como sendo o Pacto pela Saúde, embora com dificuldades para sua operacionalização. Além disso, os sujeitos ressaltam que a simples normatização da regionalização é insuficiente para sua efetuação e que é necessário que sejam construídos dispositivos com essa finalidade no cotidiano do SUS, em âmbito regional, estadual e nacional (E8).

A forma como o federalismo foi implantado no Brasil, as disputas políticas e econômicas que permearam o desenho adotado, o imperialismo e colonialismo herdados no histórico da federação e o recente e frágil processo de redemocratização no país, com constantes ameaças à universalização do SUS, retardaram o alcance de melhores políticas públicas que atendam as necessidades territoriais.

O traço autoritário também se destaca nas políticas federais, nas quais os participantes possuem exíguas considerações ou mesmo total desconsideração às especificidades locais e regionais e com *imposição de recursos sem discussão com gestor local* (R37), o que estabelece o cenário de *verticalização de decisões no SUS* (R39).

Este modo de exercício do poder foi apontado no estudo como sendo um gesto sutil, pouco percebido pelos gestores municipais menos observadores, deixando os municípios de pequeno porte, em especial, mas também outros gestores, desejosos de um olhar diferenciado por parte da União e dos estados para suas especificidades locais e regionais, por meio de *políticas públicas que atendam suas necessidades* (E4).

As pequenas localidades (ENDLICH, 2018), que são representadas pelos municípios de pequeno porte, maioria dos municípios no país, possuem pouca autonomia de fato na estruturação das ações de saúde no território regional. Em geral, as políticas públicas de saúde, prioridades e formas de atuação são moldadas por agentes alheios à realidade local dos territórios e ocorre indução dessas políticas, sem que de fato, sejam percebidas as reais necessidades das comunidades locais, criando cenários de difícil manejo para os gestores municipais, no atendimento às suas especificidades.

Além disso, nos últimos anos, transferências financeiras vinculadas à estruturação de linhas de cuidado prioritárias no SUS ou vinculadas aos incentivos à implantação de programas, estratégias e ações, fragmentam o financiamento (DUARTE; MENDES; LOUVISON, 2018). Da mesma forma,

estudos mostram que não é possível materializar o processo de descentralização apenas por meio de incentivos, sendo necessária uma forma de alocação de recursos para estados e municípios de forma equitativa (LOUVISON, 2019).

A recorrência nesse modelo impacta no planejamento regional e na integralidade do cuidado, condicionada aos repasses da União e em alguns casos dos estados, o que pode refletir a política de indução verticalizada de políticas públicas na saúde e redução da autonomia federativa de entes subnacionais, com poucas oportunidades de participação na construção do planejamento de forma ascendente, a partir das necessidades concretas do território.

Com isso, ocorre a hierarquização no relacionamento entre diferentes entes federados – União, estado, município e entre municípios de diferentes portes dentro da RS – em um desenho verticalizado, quer seja em espaços normativos ou orgânicos do planejamento em saúde.

A relação hierárquica é reconhecida pelos sujeitos como uma ação desenvolvida de forma sutil, ainda que não formalizada, entre diferentes esferas de gestão, originando-se ora dos estados e União sobre os municípios, ora dos municípios de maior base populacional sobre os municípios de pequeno porte, tornando *a autonomia federativa chancelada ou circunstancial* (E6).

O município de pequeno porte é o último [...] em maior número, mas ele não determina nada. Existe uma fala da autonomia do ente dentro do exercício da sua competência, mas efetivamente não é assim que acontece. Existe uma hierarquia sim de poderes do grande para o pequeno (E6).

A hierarquização entre entes federativos submete municípios de pequeno porte a medidas autoritárias no exercício do poder, por meio da relação junto aos demais municípios de médio ou grande porte ou com os estados e União. Essa condição paralisa os gestores, podendo causar o cerceamento de suas autonomias para tomada de decisões acerca de suas prioridades e do cuidado com a saúde da população local.

Neste contexto, estes apresentam índice de vulnerabilidade às relações de dependência de forma inversamente proporcional à sua base populacional, o que pode causar, em longo prazo, atrofia no desenvolvimento

local, no âmbito das políticas públicas de saúde, com absoluto enfraquecimento do desenvolvimento urbano das pequenas localidades e da regionalização.

Com isso, foram evidenciados registros de uma relação hierarquizada e vertical entre os representantes da gestão municipal e estadual, limitando a comunicação e a integração, de forma que é estabelecida *uma hierarquia* (E6) entre equipes técnicas regionais do estado, municípios de grande, médio e pequeno porte. Neste sentido, a percepção dos sujeitos aponta para a falta de espaços para uma discussão aprofundada e realística, com escuta, debates e formação de consensos.

No cotidiano dos gestores municipais, surge o receio da não pertença, da desobediência a uma tácita hierarquia. E com isso, embora os gestores busquem conhecimento e capacidade para desenvolver sua atuação estabelecendo prioridades para um planejamento local efetivo, há uma sombra hierárquica forjada no autoritarismo que acompanha as relações federativas.

Tem município criando lei, falando que não vão atender a região mais. E não é uma questão de quem tem razão. Às vezes, os municípios polo, sede, acabam assumindo uma responsabilidade que não é compartilhada com todos da região e isso é prejudicial inclusive para o município dele (E7).

Outro ponto que importa considerar na relação federativa é o recorte específico na atuação dos municípios de maior porte. Coincidente com o tempo desse estudo, *o tempo da gestão que está sendo executado atualmente no Brasil é [referido como] o tempo da transição entre o Pacto pela Saúde e o Decreto Federal nº 7.508/2011* (E10).

Entretanto, os municípios que assumiram a gestão dos recursos de média e alta complexidade nos primeiros anos de construção do SUS, considerando o advento da NOB nº 01/1993, que estabeleceu três níveis de gestão, incipiente, parcial e plena, ainda se traduz em obstáculo para uma relação democrática na gestão em saúde.

Os municípios sede, por exemplo, que são polos regionais, que tem um papel importante na regionalização, também tem as suas dificuldades e pensam muito focado na gestão do seu próprio município: [...] está sendo prejudicado, porque tem que tirar [de si] para dar para a região, para os outros municípios (E8).

De outro lado, os pequenos municípios encontram-se distantes de problemas específicos enfrentados pelo poder público nas grandes cidades.

Dentre estes problemas, podem ser detalhadas condições específicas dos grandes centros, tais como a dificuldade na construção de um planejamento que alcance às necessidades de comunidades com necessidades distintas no mesmo território municipal e diferentes bolhas de especificidades territoriais, com elevados índices de vulnerabilidade social nas regiões periféricas. Essas distinções causam distanciamento entre as pequenas localidades e grandes municípios, impactando ainda em um dilema entre a priorização das necessidades do município em detrimento das referências estabelecidas, enfraquecendo o diálogo entre os gestores de saúde.

O mais complicado é com o município [sede], o acesso é muito difícil, é muito complicado, você pede uma agenda e esse negócio é uma morosidade, é no tempo deles e a gente tem uma certa urgência. [...] tá quase inacessível, tudo é muito difícil mesmo, conversar, se você pede uma agenda, uma conversa presencial, é demorado. Se você oficia aguardando uma resposta é demorado [...] eu acho isso uma dificuldade (E11).

Outro ponto que provoca reflexões é a atuação dos colegiados de gestão municipal, em três níveis: a) Conselho Regional de Secretários Municipais de Saúde (CRESEMS); b) Conselho Estadual de Secretários Municipais de Saúde (COSEMS), e; c) Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (CONASEMS). No âmbito de colegiado de gestão estadual essa representatividade ocorre por meio do Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS).

E nesse campo surge outro elemento significativo que também caracteriza o modo de exercício do poder autoritário no discurso dos sujeitos, quando do uso dos termos “induzir”, “monitorar”, “avaliar”, “cobrar” e “conduzir”, como sendo uma prática necessária para que o SUS avance de forma coordenada em diferentes territórios, com uniformidade.

E esse processo [trabalho integrado do CONASEMS e CONASS] ele é constante, contínuo, se [for construído] de forma tripartite algo que possa induzir esse processo [...] então o dever é construir algo que facilite, que induza, que possa orientar essa regionalização e essa responsabilização dos entes e ao mesmo tempo monitorar, avaliar frequentemente pra que a [se] consiga a partir desse monitoramento e avaliação, ter decisões mais assertivas, no intuito de estar cobrando e conduzindo esse processo em âmbito nacional (E7).

Um importante aspecto que se revela nas relações autoritárias é evidenciado também nos espaços técnicos de discussão. Espaços de

discussão são estratégias para mediação de conflitos, construção de consensos, para o exercício da democracia e, no âmbito do SUS, para a tomada de decisões pactuadas, que atendam aos interesses do coletivo dos territórios.

Esses espaços poderiam ser utilizados como forma de entendimento de papéis, alinhamento de concepções acerca dos instrumentos, estratégias e dispositivos utilizados na região, porém, foram estruturados de duas formas distintas: normativa ou orgânica.

A primeira, normativamente, tem atores previamente definidos e funções semiestruturadas no debate e na tomada de decisões, em instâncias formais, como: a) reuniões dos colegiados representativos da gestão municipal e estadual; b) reuniões de participação e controle social nas políticas públicas; c) reuniões da comissão intergestores bipartite regional (CIR) ou estadual (CIB) e tripartite (CIT); d) reuniões de conselhos técnicos e deliberativos de CPS; e) reuniões para câmaras técnicas, grupos condutores, grupos técnicos, em geral, estabelecidos por meio de resoluções específicas; f) outras instâncias técnicas, políticas associativas e de participação social regulamentadas.

A gente é tem pouquíssimos espaços que a gente possa fazer pactuações e os espaços ainda são de pouca qualidade. Da forma como acontece a relação, por exemplo na CIR, as discussões são insuficientes ainda, elas não discutem proposta, elas são muito instrumentais mesmo. Nós temos que fazer isso porque tem uma lei assim, na portaria tal, a partir de agora vai ter que pactuar isso na região tal e vai ser assim, assim, assim... já vem tudo muito pré definido (E8).

Ainda que pactuações sejam estabelecidas nos espaços normativos formais entre os entes municipais, os sujeitos apontam que nem todas se concretizam da forma como foram acordadas, causando insatisfação entre os municípios da região acerca desses acordos, de forma que *na hora de fazer acontecer, as coisas não acontecem conforme foi pactuado* (E11) ou com referências a que os municípios maiores *se apropriam do recurso que deveria ser compartilhado e viram as costas para os municípios menores* (E7).

Nesse contexto de organizar a rede de atenção de forma participativa, de forma que inclusive a sociedade entenda como está organizado e qual é a porta de entrada que tem que ser fortalecida. Nós falamos muito que a atenção básica tem que ser aporta de entrada do sistema e não adianta a gente querer colocar para a

população. Ela tem que ser de fato, ela deve ser reconhecida pela população, por que a população não é boba. Se ela acha que a UPA vai ser melhor para ela e resolver o problema dela, não vai ser nós escrevendo, não vai ser nós impondo, não vamos fazer isso acontecer na prática (E7).

Essa ocorrência pode ser explicada pela falta de amadurecimento e profundidade sobre o objeto de pactuação e seu significado para os diferentes atores desta pactuação.

Um dos espaços formais e bastante normatizados e impulsionados para que sejam participados pelos gestores municipais das RS é a CIR, que acabam por não se configurar em espaços dialógicos e tem sua potência transformadora reduzida por meio de seu exíguo aproveitamento como espaço dialógico. Estudos apontam que as CIR colocam-se como estruturas meramente burocráticas e informativas ou com pautas induzidas pelos estados enquanto ente federativo e marcadas por informes acerca de políticas construídas em outros espaços e sem o devido debate horizontal (LOUVISON, 2019; NICOLETTO, 2015).

A organização das pautas pode ser um atrapalho, a estruturação de um roteiro para a conversa pode ser um limitador para a produção coletiva (E6).

Para além dos espaços formais e regulamentados, outra forma de estruturação de espaços técnicos de discussão é a forma orgânica, que ocorre a partir de organizações voluntárias entre atores da gestão em saúde com interesses afins. É o caso de reuniões ocasionais ou temáticas pouco sistematizadas, realizadas entre gestores municipais e/ou equipes de gestão municipal, equipes técnicas dos escritórios regionais dos estados, apoiadores dos colegiados representativos e dirigentes e equipes técnicas de consórcios.

Esses espaços são motivados, em geral, por necessidades de definições de temas comuns a estes sujeitos, além de reuniões para análise de dados, resultados, situações-problema, entre outros, que, a depender do contexto, órgão motivador e situação, envolvem, seletivamente, uma parte dos atores das relações de poder da região de saúde.

A característica principal desses espaços orgânicos é a escolha dos atores participantes, que poderá ser elencada a partir dos interesses dos órgãos que se colocam como promotores do encontro. Um exemplo, de forma

hipotética: se a motivação para o encontro é buscar solução para o problema do índice de mortalidade materna da região, que foi impactado por mortes ocorridas em um determinado município, o órgão implicado e sensível a esse problema pode tomar a iniciativa de convidar diferentes atores para debater a situação.

Neste caso, o elenco seletivo dos atores para participação no debate é um fator importante, que interfere nos resultados esperados pela discussão e demonstra como ocorrem as relações de poder sobre o ethos autoritário e como essas produções impactam no planejamento regional. Por consequência, as relações federativas e a tomada de decisões são impactadas pela forma como são conduzidos os espaços normativos ou orgânicos de decisão do território no contexto do SUS.

Os sujeitos do estudo manifestaram por meio de suas percepções que os grupos de trabalho existentes para o planejamento no território podem atuar de forma desarticulada, com espaço fragmentado para a relação dialógica e com enfoque individualizado na realidade de poucos municípios, sem que seja possível construir coletivamente o diagnóstico dos problemas da região, que embasem um planejamento efetivamente regionalizado e integrado.

Muitas vezes quando alguém se manifesta [pausa]. Tudo muito superficial. Não sei, parece que a coisa não evolui. Eu acho que esse receio... (E5).

O planejamento tem se restringido à construção individual, imposição autoritária e restrição de saberes e de debate, o que os sujeitos denominam como *planejamento de gabinete* (E6). Deste modo, é referida a existência de uma construção de políticas públicas no âmbito do território estadual para execução nas regiões de saúde. Estas são compartilhadas documentalmente com os técnicos das regionais de saúde e por fim, com gestores municipais, restritos ao papel de executores.

Antes de todo esse movimento a gente precisava dos problemas. A gente aprendeu a fazer problematização, né? Planejamento em cima do problema. Então se você não consegue mostrar os problemas, como é que a gente vai planejar direito, né? Se a gente não faz um bom diagnóstico, como é que a gente vai achar soluções? A gente construiu o sistema de uma forma contrária, com as pessoas divergindo, porque é divergindo que a gente cresce. As pessoas podendo falar o que elas pensam [...] tendo sua opinião respeitada.

Então, eu posso escutar uma coisa que você tá dizendo e não concordar, mas processar para o crescimento do debate (E5).

Há evidências de cristalização na forma de agir nessas relações no território, uma vez que os espaços existentes são insuficientes para o debate e para a construção de incrementos e propositivas, que venha a possibilitar avanços para o planejamento regional, situação que pode ser explicada por Bakhtin (1986)⁵⁵.

Os espaços dialógicos existentes mostram-se insuficientes para o aprofundamento do pensamento e da reflexão acerca dessas relações, de forma que o exercício do poder permanece sem mudanças ao longo do tempo, como uma herança cultural da gestão, em meio a um federalismo fragilizado.

Por outro lado, a proximidade de pequenos municípios entre si demonstram uma tentativa de entreatajuda, ainda que em demandas diretas da gestão, como a busca por insumos, cobrança de soluções esperadas por outros entes federativos ou apoiadores, entre outras demandas locais em que o município se coloca no polo passivo da relação:

Com os municípios menores [a relação] é mais fácil, porque eu acho que as nossas realidades são parecidas (...) essa união dos municípios pequenos, tem mesmo de um ajudar o outro sabe. Ah, num sei o quê da vacina, vamos todo mundo lá brigar pela vacina! Ah, num sei o quê da dengue! E a gente vê que município grande é diferente, eles conseguem... Ah, comprei não sei quantos mil exames! Nossa, a gente não consegue isso! A gente fica dependendo de Estado, fica dependendo de Ministério. E só faz em tal situação, se não for assim, não faz. Então é muito limitado para os municípios menores (E11).

A dialogia e o aprofundamento do debate, o entendimento acerca de diferentes realidades são pilares para o diagnóstico e o planejamento regional. A relação federativa é dialógica em sua essência e o planejamento em saúde, para que seja efetivo e democrático, supõe participação social, diálogo, análise dos problemas e consensos na busca de soluções para a tomada de decisões (MENDONÇA; ANDRADE, 2018).

Desta forma, pequenos municípios se encontram em um polo passivo na gestão em saúde, de um lado em que o poder para tomada de decisões é limitado.

⁵⁵ Para o filósofo russo Bakhtin (1986), o comportamento pode ser determinado pelo pensamento e o pensamento, por sua vez, é impulsionado pela atividade dialógica.

Estar em um polo passivo, isto é, com poucas oportunidades para fazer parte das discussões no âmbito do planejamento e da construção das políticas públicas enfraquece os gestores municipais, em especial, de pequeno porte e fragiliza a regionalização no cotidiano do território regional.

Esta situação se coloca, quer seja, pelas limitações na disponibilidade de equipes técnicas para fortalecer o debate nas instâncias de deliberação, pelo exíguo financiamento de fonte livre para ações desvinculadas de programas induzidos verticalmente e devido às barreiras para efetuação do planejamento acerca das próprias necessidades de forma regional integrada.

Os sinais do totalitarismo⁵⁶ na gestão em saúde nos tempos atuais são desvelados a partir do discurso dos sujeitos do estudo, o que, em termos, pode ajudar na compreensão acerca da pouca expressão dialógica nos espaços estabelecidos de discussão no SUS, ainda que eles existam. Esse ethos se coloca entre os gestores municipais e em suas relações com as demais esferas de gestão.

O que eu vejo acontecendo é um receio de que as pessoas falem alguma coisa que possa denegrir de algum jeito com imagem, né? E aí então eu preciso me proteger, preciso abafar ou até silenciar essa voz, porque não é bem-vinda. Acho que talvez esse seja um dos grandes equívocos que esses cenários políticos trazem: “alguém pode me tirar do poder... é melhor que as coisas feias não apareçam, porque isso pode trazer um levante contra mim” (E5).

O estado com um jeito de operar muito tutelar dos municípios pequenos (...). Eu acho que o estado sempre tem uma necessidade muito grande de controle da situação, de tutela dos municípios, das regiões e aí a regionalização passa a ser algo que deve ser imposto pelo estado. E os municípios acabam acatando, porque tem medo de perder o apoio do estado e não se sentem potentes o suficiente para confrontar (E8).

O planejamento das ações e das políticas de saúde uma vez impactado pelo modo totalitário é constituído de forma a impedir oposições, opiniões contrárias, exercendo um elevado nível de controle sobre as ações. Para Elazar (1995), o excesso de hierarquia se constitui no modelo de ditadura totalitária.

⁵⁶ Embora o termo totalitarismo remonte ao século XX, considerando os acontecimentos da segunda guerra mundial, o estudo mostra que essa forma de exercício de poder entre gestores de saúde podem ser identificadas nos tempos atuais.

Portanto, políticas públicas construídas individualmente por agentes públicos ou por entes federativos que se encontram distanciados dos territórios locais (onde as pessoas vivem), sem oportunidade de manifestação dos municípios, mostraram-se, em algumas situações, totalitárias, sobretudo quando ocorre o combate às opiniões contrárias, distanciando a realidade do modelo federativo democrático desenhado para o país e fortalecido pelo processo de redemocratização.

O modo totalitário é exercido pela União na medida em que excede os limites de sua atuação regulatória, por meio da imposição de padrões e políticas que não se colocam ao encontro das necessidades locais, novas políticas de financiamento pouco discutidas de forma colegiada, mas construídas em gabinetes, sob pulsão ideológica. Também ocorrem nos espaços de relação federativa, no intuito de conseguir que o município cumpra com normativas e regulamentos específicos e originários de políticas públicas determinadas por outra esfera de gestão, sem que seja escutado acerca de posições contrárias.

De outra forma, é exercido pelos estados federados quando estes se retiram da participação no financiamento de políticas nos territórios regionais, considerando a crise fiscal que enfrentam, ou provocando situações de sobredependência, determinando prioridades, sem que estas sejam apontadas em espaços dialogados entre os entes municipais.

Porque que a gente não planeja junto? É porque planejar junto dá trabalho. Mais fácil determinar as coisas. [...] Abrir espaço dá trabalho. Tem que (...) ouvir crítica, alguém pode dizer: olha essa sua ideia não é boa! Dá muito trabalho você ouvir a todas as partes [...] por exemplo de uma nota orientativa, de orientativa ela tem muito pouco, é imperativa. Ainda que haja uma argumentação, esse mecanismo de controle entra na conversa utilizando da força, do poder, para determinar. E se você não fizer eu aciono o Ministério Público. Essa é a relação quando [uma parte] não pode se dedicar a sentar no grupo e ouvir a ponderação do outro. Aí é outra relação, de obediência, né? (...) se você tem convicção das suas verdades, não cabe nenhum tipo de discussão (E6).

O totalitarismo favorece a existência de espaços antagônicos⁵⁷ em que imperam a competição, afastando a cooperação, que se alternam no

⁵⁷ A customização da democracia nesses tempos trouxe em seu bojo a redução dos direitos trabalhistas, o desfinanciamento da saúde e da ciência, a normalização da descriminalização racial, de gênero e social, que impacta no desenvolvimento de políticas de saúde, na redução do acesso, no atrofiamento da democracia e no enfrentamento à pandemia, o governo federal contou com a descontinuidade de

cotidiano da gestão pública de saúde, a depender dos interesses que estão em jogo, da percepção dos atores e suas forças.

(...) que pode não agradar ou pode parecer com uma crítica (...) eu já fui acostumada... era... discussões, a gente discutir, né? Hoje em dia está difícil até para você discutir, muitas vezes se você coloca sua [opinião], parece que você é contra aquilo, você... ninguém mais... [é importante] ver a opinião como uma forma de cada um ouvir (E5).

A gente vive isso aqui, as pessoas que se contrapõem, elas ficam muito discriminadas, [são consideradas] pessoas difíceis, o problema é dela, seu problema pessoal (E8).

Arendt (1979) afirma que é preciso combater o totalitarismo ainda que não seja possível compreendê-lo plenamente e que sua compreensão somente se dará após seu fim. Contudo, na participação ativa em espaços marcados pelo totalitarismo, não é tarefa simples compreender contra ou a favor do que se luta. Porém, na gestão de políticas públicas, e em especial na saúde pública, sua recomendação torna-se igualmente presente: é preciso combater-lo ao menor sinal.

E um último, porém recente aspecto evidenciado é a ausência da União e a desarticulação de políticas, levando estados e municípios, a formularem planos antes estruturados de forma, não apenas coordenada, mas de certa forma, centralizada pela União. Um exemplo desse aspecto de ausência da União ficou evidenciado pela descontinuidade das ações de enfrentamento à pandemia de COVID-19, levando estados e municípios a buscarem alternativas isoladamente ou em novos arranjos coletivos não experimentados anteriormente, na aquisição de equipamentos, insumos e imunobiológicos de forma fragmentada e descoordenada.

Diante do ethos totalitário e seus elementos identificados neste estudo, considerando as *fragilidades do processo de regionalização* (R17), será necessário lutar, ainda que não se tenha total compreensão acerca desses obstáculos, para que seja possível uma chance à sua consolidação democrática.

estratégias e substituições subsequentes no MS, levando municípios e estados à tomada de decisões de forma isolada, solitária e em descompasso. Diante desse embate ético deturpado pela moral, em meio às nuances do totalitarismo que demonstram a banalização do mal referida por Arendt (SCHIO, 2011), desvelam a não-civilidade incorporada na sociedade, que mostra sua face também na relação federativa. Por consequência, os princípios constitucionais do SUS, a universalidade, a integralidade da saúde e a saúde enquanto direito social, se colocam igualmente ameaçados. Isso, em termos, reflete a perspectiva do cenário político nacional dos últimos anos, após o golpe de Estado de 2016.

A luta, na percepção dos sujeitos, deve estar embasada na reestruturação de espaços horizontais de discussão para o planejamento regional, a partir dos coletivos municipais, junto à gestão estadual, compartilhando as necessidades do território regional. Cabe exaltar de forma substancial a alteridade e a identidade coletiva, de forma que sejam evidenciadas diferenças e semelhanças entre os atores do processo de regionalização, para que seja incentivado o respeito às singularidades e sua integração ao planejamento regional.

Seção 3: A democracia e a ação coletiva

Na relação com os demais municípios dos territórios regionais, o grande desafio que se apresentou ao longo das três últimas décadas na estruturação do SUS, a partir do ethos democrático, e ainda perdura em luta nos dias atuais, é a prática da ação coletiva.

Desta forma, os elementos da ação coletiva, quais sejam, a alteridade, ética, solidariedade e identidade coletiva se estabelecem no encontro com a singularidade do outro – a ser respeitada – e merecem ser considerados, tendo em vista as especificidades do território e as diferenças entre os municípios de uma mesma RS, que são delineadas pela base populacional, localização geográfica, cultura e modo de vida.

Por meio da ação coletiva, o planejamento regional torna-se potencialmente intensificante para o modo democrático de exercício do poder nas relações federativas. Neste sentido, o posicionamento das equipes gestoras será determinante para que os princípios da ação coletiva sejam constituídos no território regional, a partir da reciprocidade e o senso de compromisso coletivo.

Uma das estratégias apontadas no estudo foi o desejo por uma relação dialógica, livre de amarrações prévias, com discussão aberta entre pares. Os sujeitos apontam que é imprescindível a todos os participantes do processo de planejamento e gestão do território regional a compreensão de que as críticas são parte do cenário de conflitos e sem esses conflitos não há dialogia, não há crescimento e, por conseguinte, não há democracia, de forma que *a construção coletiva e o diálogo permitem um bom fluxo para estruturação de políticas públicas* (R19).

Neste sentido, os resultados evidenciam a expressão do desejo dos sujeitos pela criação e ou ampliação de espaços que oportunizem a troca de experiências, percepções e opiniões acerca de temas específicos e que possibilite conhecer diferentes realidades para além do *limite geográfico do município* (E6).

Esses espaços vivos e em tempo real, que venham a ser construídos por meio de uma relação horizontal entre os gestores municipais, com vistas ao crescimento coletivo e não ocorram apenas em encontros por

meio de congressos e mostras de experiências exitosas, conforme habitual, mas durante as vivências, proporcionando que se conheça a realidade, as lutas e os planos de seus pares, para construção da ação coletiva.

O estudo demonstra que os espaços existentes e a forma como as discussões são conduzidas são insuficientes para a transformação da realidade e a regionalização não penetra nem mesmo no imaginário da sociedade.

Nós fizemos o diagnóstico [do Planejamento Regional Integrado], mas nada saiu do papel ainda, nem uma ação ainda. Vamos começar a intervenção agora? Então, a morosidade, isso me aflige muito, porque a gente fica aqui no dia a dia, com as pessoas batendo na porta e a gente não consegue... fica dependendo, né? Fica dependendo de serviço de maior complexidade, das referências... isso tinha que acelerar um pouco (E11).

Os resultados apontam para evidências de tentativas pontuais de estruturação de debates que oportunizem a solução de problemas e a construção de propostas por meio da ação coletiva, que fomentem a cooperação e o fortalecimento da regionalização. Desta forma, por meio da análise de um problema específico, há registros de integração dos gestores por meio da ação coletiva, em uma mobilização que *começou no município, mas a região toda também começou a apoiar*, em um *grupo de trabalho* que se constituiu *identificando os pontos que estavam falhos dentro da rede* (E5), apontando que espaços dialógicos são passíveis de estruturação neste território regional.

A gente vê o grupo bem envolvido na resolução desse problema, bem participativo, um reforçando a colocação do município vizinho, pra estar embasando que realmente o problema existe e que já foi conversado mais de uma vez. A gente vê os municípios falando tudo a mesma língua e um fortalecendo o outro, inclusive os municípios de médio porte também, [colocando] aquilo que acontece lá no mais distante (...) porque você passa o que o outro passa, então você entende. E aí vai se juntando, vai se fortalecendo mesmo, né (E11).

Então essa relação ela tem que ser transparente, clara, as dificuldades dos municípios de fora têm que ser compartilhada com todos, não é porque ele perdeu o médico dele que não é responsabilidade de todos, porque vai acabar prejudicando todos os municípios daquele território (E7).

Importa ressaltar ainda que, em meio aos resultados do estudo, surgem significativas propositivas de novas construções no âmbito da região de saúde, inclusive no aspecto do financiamento, como forma de avanço para o

planejamento, que promovam a *operacionalização da regionalização* (R5), a partir da construção de outra forma de agir e *essa forma é circular, é no mesmo plano, sentar para conversar, planejar e discutir* (E6), valorizando o papel dos pequenos municípios como *atores potentes, que possam ter voz nessas relações* (E8).

Outra propositiva apontada como experiência potente em outros territórios regionais foi a *organização em microrregiões [como] um exemplo de cooperação* (E10), que seriam balizadores interessantes para o planejamento regional, além da propositiva de estruturação ascendente, avançando para o âmbito das macrorregiões de saúde, por meio da *programação de todo o recurso [financeiro] com parâmetros de financiamento partindo do princípio de custos, partindo da necessidade de saúde da população com parâmetros físicos definidos, com enfoque nos vazios assistenciais* (E7).

Para que essas iniciativas encontrem expressão e concretude, o cenário atual requer que se constituam em espaços essencialmente dialógicos que oportunizem *o aprimoramento do trabalho em rede para a construção de uma identidade regional fortalecida* (R40), que seja protagonizado pelos gestores das regiões de saúde e demais organismos de apoio.

Assim, o modo de exercício do poder democrático torna possível a construção de um cenário cooperativo entre os entes federativos e, por conseguinte, a oportunidade de execução do planejamento de forma regional, fortalecendo a regionalização.

Neste sentido, o estudo apresenta uma potencialidade a partir da promoção da construção da unidade regional a partir da identificação dos problemas, necessidades e demandas comuns entre os entes municipais no território regional.

Essa ação encontra viabilidade a partir do modo de exercício democrático do poder, na medida em que se oportuniza a ética nas relações e a oportunizados espaços para identidade coletiva entre os entes.

Sob análise do conceito teórico que contempla o federalismo, os modos de exercício do poder e a ação coletiva, considerando os resultados desvelados no estudo, o planejamento regional pode ser concretizado por meio de espaços dialógicos e democráticos, que possibilitem a efetivação de estratégias de cooperação em meio à relação federativa.

O estudo evidenciou ainda experiências de mobilização coletiva entre pares da gestão municipal, fomento aos espaços de geração de novos conflitos, propositivas e dialogia, além da necessidade de valorização do papel dos pequenos municípios, a partir de elementos que favorecem o aprofundamento das bases democráticas na gestão em saúde.

Alguns desses elementos foram referenciados pelo estudo como sendo o oferecimento de espaços de diálogo entre gestores para debates e para o exercício da cooperação e coordenação de políticas públicas, no intuito de subsidiar o planejamento regional, a reestruturação de estratégias de microregionalização, a valorização da alteridade e da diversidade territorial e a construção da unidade a partir da identificação dos problemas, necessidades e demandas comuns.

O caminho para uma nova regionalização perpassa o reforço aos ideários do federalismo no Brasil, o impulsionamento às relações de interdependência no exercício do modo democrático de poder entre os entes e a adoção de estratégias mediadas pela ação coletiva, que considerem a alteridade, ética, solidariedade e identidade coletiva.

E neste sentido, os dispositivos para a consolidação das políticas públicas de saúde englobam a construção de políticas a partir das necessidades locais, do debate aprofundado sobre os problemas e oportunidades, tendo o planejamento tomado como um projeto coletivo entre os entes da região de saúde, com participação ampliada.

Com isso, oportuniza-se o debate acerca da formulação de hipóteses, construção diagnóstica e estruturação de soluções, que são etapas significativas e prévias à tomada de decisões para implantação de programas e ações de saúde, diante do cenário democrático pretendido constitucionalmente.

CAPÍTULO 3: UM NOVO CAMPO POTENCIAL PARA A REGIONALIZAÇÃO A PARTIR DA AÇÃO COLETIVA

Esse capítulo analisa as ações, instrumentos e estratégias de cooperação por meio da ação coletiva, existentes e em potencial para o território estudado. Para tanto, os resultados foram organizados em três seções. A primeira aponta para a atuação em potencial dos entes a partir de suas competências. A segunda seção discute os espaços dialógicos como ponto de partida para o planejamento regional e a última seção discute a importância da retomada de um contrato da ação pública compartilhada que resulte desse planejamento, antecedendo a contratualização das ações e serviços de saúde.

Seção 1: Atuação em potencial a partir das competências

Dentre os princípios políticos que motivam o federalismo está a cooperação, estabelecida pela multiplicidade de centros de poder, a difusão permanente da autoridade (ELAZAR, 1995). Portanto, no exercício da cooperação não há supremacia de qualquer dos entes sobre os demais (DALLARI, 2011) e com isso, a cooperação torna-se um mecanismo potente para conjugação de esforços e para a superação dos individualismos no sistema político no âmbito das regiões de saúde.

No que se refere às potencialidades na competência do gestor municipal, observa-se a autonomia e interdependência entre os entes federativos, além da ação consorciada e da ação colegiada representativa da gestão municipal.

Nesse sentido, os municípios têm avançado gradualmente no entendimento de seu papel de gestão, conscientes da necessidade de articulação entre pares e na construção de espaços para o exercício da cooperação.

Dentre as competências dos municípios gestores estão a administração dos recursos de diferentes ordens para o atendimento às necessidades diante de sua espacialidade local. Os organismos de representação colegiada, por sua vez, têm como papel representar, subsidiar e integrar às demais esferas de gestão, por meio da organização dos pares e da articulação centrífuga (e não o contrário) de realidades, necessidades e informações de ordem técnica e normativa.

Os consórcios públicos, por sua vez, tem o papel de instrumentalizar a ação pública a ser executada por meio da ação coletiva entre diferentes entes federativos, quer seja entre pares da mesma esfera de poder ou entre diferentes esferas.

Os gestores estaduais e federais têm como competência reunir diversidades, a partir das necessidades, vazios e potencialidades, congregando e articulando esforços para a redução das desigualdades territoriais por meio da equidade.

Dentre as estratégias experimentadas e apontadas como indicativos potentes para a ação coletiva estão as atividades estruturadas por meio da

ação dos gestores municipais, estadual, dos órgãos colegiados e da ação consorciada, a partir do desenvolvimento de diferentes e pertinentes papéis, quer sejam, protagonistas, adjuvantes, apoiadores ou facilitadores.

Neste sentido, no caso do local estudado, tanto o colegiado representativo, quanto o consórcio público, que atuam no âmbito intermunicipal, encontraram nesses espaços experimentados, subsídio de ordem técnico-política para embasamento para apoio ao planejamento e tomada de decisões no âmbito regional.

O consórcio público oportuniza aos consorciados mecanismos de desenvolvimento de atividades de diagnóstico de necessidades, planejamento, contratualização, controle e monitoramento e efetivação do cuidado em ato. Além disso, os sujeitos apontam para o consórcio como incentivador do diálogo horizontal entre equipes técnicas municipais e estadual, considerando seu pressuposto constitucional para a cooperação federativa.

Além disso, a ação consorciada pública intermunicipal e interestadual foi apontada no estudo como tendo uma tarefa de curto prazo. Esta se refere ao fortalecimento de sua relação institucional no SUS, no intuito de promover um melhor entendimento acerca de seu papel, competências e limitações ao lado de seus entes consorciados, em um debate nas instâncias de discussão no SUS, no âmbito da gestão, controle social e poder legislativo, nas três esferas de poder.

Por fim, os consórcios são apontados nesse estudo como sendo mecanismos de cooperação na relação entre os entes federados, conferindo flexibilidade e proximidade aos partícipes, além de estratégia de acesso às tecnologias duras, leves e leve-duras (MERHY, 1997), instrumento facilitador de entendimento das diversas realidades locais conjugadas e potencializador das competências municipais.

Quanto aos organismos colegiados representativos da municipalidade, dentre os quais, o COSEMS e CONASEMS, os sujeitos apontam que os principais objetivos de sua atuação são o empoderamento e instrumentalização informativa da gestão municipal, incentivador da participação, aproximação, governança e cooperação interfederativas, com vistas ao fortalecimento da regionalização, zelando pela transparência,

coordenação e articulação política, com propositivas de estruturação a partir das macrorregiões de saúde.

Contudo, verifica-se que a maior potencialidade que se desvela na atuação dos órgãos colegiados da municipalidade é a capilaridade para capturar as necessidades locais, regionais, estaduais e do âmbito nacional para espaços horizontais, ascendentes e articulados de debate, para a retomada da luta pela redução de iniquidades e desigualdades nas políticas de saúde, legitimando o planejamento regional e facilitando a participação tripartite nas discussões em cada território.

Acerca das competências da gestão estadual no território regional os sujeitos percebem que há um importante e desafiador papel a ser desempenhado pelas secretarias estaduais de saúde e escritórios regionais, qual seja, o apoio e fortalecimento da gestão municipal, a promoção dos espaços dialógicos para encontro de novos e renovados conflitos, que expressem novas lutas cotidianas e avanços para novas construções de solução compartilhadas.

Os sujeitos representativos da municipalidade apontam que o diálogo junto às equipes técnicas da gestão estadual, não apenas alocadas nos escritórios regionais de saúde, mas no nível central das secretarias estaduais de saúde seria um importante fator a ser explorado para promover a integração de diferentes realidades regionais.

No que se refere às competências potenciais da União, os sujeitos apontam para a necessidade de priorização de uma política de distribuição equitativa no financiamento do SUS e retomada ao investimento em estratégias de educação permanente, a partir de uma visão ampliada de saúde.

Para compreender o papel que a União exerce no âmbito do planejamento e gestão de políticas públicas e como os espaços dialógicos são potencialmente estruturantes para a regionalização, cabe salientar que em um país continental como o Brasil, o papel da União torna-se extremamente relevante, uma vez considerada a diversidade econômica, política e cultural do país, que impactam em desigualdades e inequidades regionais.

Neste sentido, o papel de coordenador de políticas públicas da União perpassa o entendimento acerca dessas desigualdades e o esforço para o sincronismo de políticas entre municípios, União, estados e distrito federal, de

forma horizontal, por meio de seu exercício tripartite nos espaços dialógicos constituídos.

Da União, contudo, é requerido no tempo presente, o reposicionamento de suas competências originárias, para a construção da unidade federativa, que encontra potência na reativação das superintendências estaduais do MS e na participação ativa nos espaços de debate junto aos territórios regionais, com vistas à sua aproximação e redescoberta das necessidades territoriais.

O estudo aponta para ações que potencializam a atuação dos entes federativos a partir de suas próprias competências. A primeira ação propõe que os entes do território regional possam compreender como os municípios que gestionam recursos de Atenção Básica (AB), Média Complexidade (MD) e Alta Complexidade (AC) em outras regiões ou estados atuam, compreendendo o período de transição entre o PS e o DF 7508, ainda que não disponham de todos os serviços em seu território local. Desta forma, é possível encontrar novos arranjos de gestão e pactuação da ação pública no território, compreendendo como se dá essa efetuação em outros territórios.

A segunda ação indicada no estudo é o estabelecimento de espaços para o debate acerca da gestão dos recursos de AB, MD e AC por cada município, no intuito de desmistificar a “gestão plena”, superar as limitações temporais das normativas e compreender as competências dos diferentes entes federativos, no intuito de facilitar ações de cooperação e coordenação de políticas públicas de saúde. Essa ação tem por objetivo viabilizar a ampliação do entendimento dos entes do território acerca de informações técnicas e de gestão, para superar as limitações acerca do exercício de suas competências na gestão integral do sistema de saúde.

Além disso, o estudo desvelou potências a serem exploradas no âmbito do planejamento regional e dentre elas estão as ações: a) iniciar a construção de um planejamento ascendente que atenda às principais necessidades da RS; b) organizar o planejamento regional a partir da identificação de limitações e obstáculos para a ação pública entre os gestores, com vistas à sua redução, tendo em vista as discontinuidades e mudanças de lideranças e equipes de gestão dos entes federativos, e; c) fomentar o debate acerca do alinhamento do calendário eleitoral e consequente desdobramento

de ano fiscal, que possa diferir do ano civil, no intuito de reduzir as descontinuidades e fomentar a cooperação e a coordenação de políticas públicas entre as diferentes esferas de gestão em saúde.

A implementação dessas potencialidades demandam a construção de identidades, a abertura para exploração das limitações e ainda a ascensão de debates de forma ampliada, para mudanças no âmbito nacional, que merecem ser aprofundadas e discutidas para sua viabilidade nos espaços da relação federativa e em outros espaços de debate do SUS.

Por fim, o estudo apresenta potencialidades para encaminhamento das questões relacionadas à cooperação e coordenação de políticas entre os entes federativos a partir da definição de competências no SUS. A primeira delas propõe reconhecer as demandas locais, a partir dos Planos Municipais de Saúde e demandas das Conferências Municipais de Saúde, efetuando o preenchimento de uma árvore de demandas locais, no intuito de identificar as prioridades no âmbito do território regional. Essa ação trata do compartilhar de instrumentos utilizados pelas equipes de gestão municipal, que podem ser apoiados por outras ferramentas que demonstram as prioridades locais, como uma estratégia de cooperação.

Outro encaminhamento elencado sugere articular as prioridades locais para compor efetivamente o cenário de necessidades das municipalidades na RS. Desta forma, identifica-se que há potência na coordenação das diferentes realidades, possibilitando que as equipes gestoras exercitem a alteridade e a identidade coletiva, reconhecendo diferenças e semelhanças, que fomentem o planejamento regional.

Para efetivação desses é necessário superar os impasses na relação federativa. Deste modo, surgem questões que se colocam em aberto, considerando as limitações deste estudo: qual a motivação para que as demandas originárias do território regional não se constituam como políticas prioritárias dos estados, considerando as especificidades regionais? Seria porque o comando central da gestão estadual não se articula com as equipes técnicas dos escritórios regionais de sua própria gestão? Ou a descontinuidade referida devido ao processo eleitoral e a troca de cargos nos escritórios regionais, a morosidade na nomeação dos cargos a partir das trocas dos

governadores dificultam a continuidade desse processo de identificação de necessidades nos territórios?

As respostas a essas questões são fundamentais para a compreensão sobre como ocorrem as relações federativas nos territórios regionais e como a regionalização é significanda para os gestores do SUS. Neste sentido, fica evidenciado que o processo de regionalização não ocorrerá a contento sem a construção solidária entre os municípios, por meio da ação coletiva que resulta em cooperação.

As reflexões acerca das competências dos entes e seus impasses na relação federativa mostram que o equilíbrio nas ações de cooperação, coordenação e autonomia na atuação dos entes é um elemento fundamental para o planejamento regional e para a construção de políticas públicas que se coloquem ao encontro das necessidades territoriais.

Seção 2: Espaços dialógicos como ponto de partida para o planejamento

Esta seção parte da análise das experiências da etapa de imersão e de interposição e discute a importância de estruturação de espaços dialógicos horizontais como dispositivos para impulsionar o planejamento regional. Considerando que o *planejamento é o cálculo que precede e preside a ação* (HUERTAS, 1996), importa que os espaços de diálogo se estruturam de forma aberta e com qualidade, de forma horizontal e equitativa, a partir do compartilhar espontâneo de limitações, lutas e fragilidades, além do suporte ao silêncio, às divergências e confronto de ideias e opiniões.

Deste modo, o papel exercido pelos atores e o contexto em que ocorrem o planejamento e a gestão de saúde no âmbito regional figuram como elemento fundamental para o estabelecimento desses espaços marcados pelo diálogo. Nesse sentido, Abrúcio (2003) salienta que a configuração dos espaços passa pela reestruturação dos mesmos, de forma que se permita o diálogo.

Os resultados evidenciaram espaços dialógicos bastante potentes nesse sentido. O primeiro espaço, o GIT, que foi iniciado no período da pesquisa e possibilitou aos gestores o debate de ideias sem que uma pauta engessada fosse estabelecida, permitindo que questões limitantes inerentes ao cotidiano fossem desveladas e debatidas abertamente, sem qualquer sanção ou repreendimento.

Como resultado da primeira ação experimentada, os GIT, observou-se que os gestores passaram a reconhecer em seus pares elementos de sua própria identidade, quer seja, do perfil epidemiológico da população, os vazios assistenciais locais, formas de organização dos serviços de saúde, limitações e potencialidades na atuação das equipes de gestão.

Além disso, iniciou-se um processo de compartilhar de experiências, perspectivas, situações difíceis, com abertura ao diálogo, promovido pelos próprios sujeitos e propositivas de solução a partir de entreajudas foram desveladas e compartilhadas mutuamente. A partir dessa experiência, criou-se um fluxo de estruturação de argumentos e propositivas comuns, com definição do melhor espaço para tomada de decisões. Os GIT passaram a suscitar

questões a serem debatidas para fins de deliberação e pactuação nas instâncias oficiais do território.

Para fins desse estudo, a ação é considerada uma estratégia de cooperação horizontal entre pares, considerando que a partir da cooperação, os entes deixam de atuar individualmente e passam a tomar decisões coletivamente, a partir de suas competências comuns (ROVIRA, 1986).

A tomada de decisões a partir de rodas de conversa dialogada torna-se um instrumento de autoconhecimento de suas próprias limitações e potencialidades, além de possibilitar a escuta de outras realidades, promovendo a alteridade, além de despertar a entreajuda e a solidariedade entre entes federativos, a partir da ética, abertura dialógica e da testagem de suas próprias capacidades.

O segundo espaço, o Fórum Regional de Saúde também foi implantado no momento da pesquisa, sendo uma oportunidade de diálogo e tomada de decisões, a partir da necessidade comum entre os municípios da região, que se apresentou por ocasião da pandemia. A partir do FRS, os prefeitos e secretários de saúde, com suporte técnico dos apoiadores (CPS, apoiador do Cosems e Regional de Saúde), estruturaram uma estratégia de enfrentamento à um determinado momento da pandemia, a partir de uma minuta comum para decreto municipal de restrições, compartilhada pelos gestores, de acordo com sua própria identidade territorial.

Por meio da segunda ação, o FRS, foi possível aos gestores participarem de debates, identificarem-se mutuamente considerando suas características culturais e sociais, além de exercer sua autonomia federativa e decidir coletivamente, por meio dos valores da alteridade, solidariedade, ética e identidade coletiva.

A ação ainda teve como resultado a cooperação técnica de agentes de diferentes órgãos do território, reunidos em torno de um objetivo em comum, de oferecer dados epidemiológicos e de ocupação de leitos fidedignos e segurança jurídica, a partir da construção de instrumentos de apoio técnico. A definição de parâmetros foi construída por meio da ação coletiva, a partir da identificação de medidas pelos gestores municipais, respeitando separadamente as especificidades de municípios do G17 e do G4.

Por fim, foi confeccionada uma minuta padrão de decreto municipal a ser publicada pelos gestores de acordo com suas realidades, com diferentes medidas, mais ou menos restritivas, com pactuação no âmbito regional.

O terceiro espaço, o Comitê Regional de Saúde foi uma iniciativa anterior ao estudo e se constitui como uma oportunidade de discussão acerca de temas relevantes à judicialização, de forma horizontal pelos gestores municipais junto aos representantes magistrados e da promotoria pública, com os prestadores de serviço da região.

A partir da terceira ação com a inclusão dos demais gestores ao Comitê Executivo de Saúde, ampliou-se o cenário de debate, que teve como participantes em algumas reuniões, autoridades do MS, da Secretaria de Estado, em encontros dialógicos, expositivos, reflexivos e de compartilhar de experiências.

Os resultados foram a ampliação do espaço de trocas de informações junto aos gestores municipais de saúde e a escuta de outros entes federativos acerca da realidade da região, tornando os gestores do território, quer sejam de grande, médio ou pequeno porte, agentes reflexivos, protagonistas do planejamento e da definição de prioridades em um cenário de cooperação e horizontalidade, preservando a autonomia federativa dos entes.

O quarto espaço constituiu-se de grupos temáticos sob organização da Regional de Saúde, com a participação dos gestores municipais de saúde, CPS e apoiador COSEMS e oportunizou a construção dialogada de fluxos e protocolos.

Os resultados da quarta ação da coletânea de grupos temáticos foram a aproximação e a construção de espaços dialógicos para o exercício da discordância, experimentação de enfrentamento de pequenos conflitos, construção de consensos e pactuação de estratégias, materiais e caminhos para o avanço da regionalização, por meio da ação coletiva.

A última ação foi a Escola de Saúde do CPS, que da mesma forma, havia sido iniciada alguns anos antes do período do estudo e observou-se que esta se constitui de um espaço de diálogo e aprendizado entre profissionais de saúde de diferentes municípios da região.

A Escola de Saúde considerou atividades de educação permanente em saúde, além de uma sequência de seis encontros de conversação entre

gestores e técnicos da gestão e do cuidado dos municípios junto a outros atores de realidades distintas do âmbito da região e do cenário nacional, para debater e compartilhar experiências acerca de suas realidades, em salas de transmissão de vídeo com transmissão simultânea por meio de canal do Youtube⁵⁸ na rede de internet, denominado Conversas do Cotidiano no SUS.

Com isso, tanto os sujeitos da ação pública de saúde do território regional, quanto de outras localidades, participaram ativamente no debate por meio da mediação de questões apontadas em chats de conversação, a partir da exposição de cada dupla constituída por tema.

Dentre os resultados apontados pela quinta ação, apresentou-se o compartilhar de saberes e vivências entre os profissionais atuantes na atenção básica em saúde e sua integração junto aos profissionais da atenção especializada e em outros pontos de atenção, por meio da Escola de Saúde, construindo espaços dialógicos plurais para o avanço da regionalização e impulsionando o processo de empoderamento municipal de suas atribuições vinculadas às ações de cuidado e gestão em saúde.

Os resultados dessa ação constam ainda da integração de diferentes atores do cuidado nos municípios do território, atualização e construção de novos saberes a partir dos encontros, troca de experiências e rotinas de manejo clínico em diferentes agravos de saúde, qualificação dos encaminhamentos a serem estratificados pelas unidades de regulação do acesso e ampliação da integralidade e resolutividade no cuidado em saúde, por meio da cooperação horizontal entre profissionais de saúde de diferentes localidades de atuação.

A análise desses espaços dialógicos sugere que o planejamento pode ser vivo e dinâmico e estruturado por meio das competências entrelaçada de uma gama de atores políticos e técnicos, no cenário regional da gestão em saúde, uma vez que a propositiva e experimentação desses espaços facilitam o exercício das competências municipais, estaduais e de agentes que contribuem para o entendimento das diferentes realidades e perspectivas de melhoria no sistema de saúde regional.

⁵⁸ O Youtube é uma plataforma de transmissão de vídeos.

Verificou-se que a livre comunicação, sem pautas previamente estabelecidas ou expectativas de produtos permitiu o encontro de diferentes realidades, identificação de fragilidades e potencialidades no território comum. Mais que pretensões de obtenção de resultados imediatos, outros valores tais como a ética e a alteridade. Trata-se de um fator que se opõe à arbitrariedade, permitindo a abertura do outro, permite o estranhamento às convicções próprias, conferindo pluralidade aos espaços dialógicos e a valorização do alheio (SEGATO, 2006).

Sabe aquela catarse, aquela exposição de feridas, simplesmente isso faz com que a transformação começa a acontecer, mesmo que seja só uma única reunião, todo mundo vai tirar seus curativos e depois vai enrolar de novo e vai embora. E as suas dores vão embora (E6).

Com isso, torna-se possível a escuta às limitações e necessidades do outro, a partir do diálogo entre discursos e da escuta aberta, possibilitando a construção de relações interdependentes, por meio do exercício do modo democrático de relação entre entes, no intuito de compreender as realidades do território e desenvolver estratégias para o planejamento regional.

(...) porque a partir do momento que as pessoas se aproximam e cada um conhece a dificuldade do outro, eu me compadeço muito mais com o que tá acontecendo. A gente vai dividir. Porque aí eu vou saber realmente [...]. Então assim eu percebo que quando existe essa aproximação entre os entes, assim, eu acho que isso fica muito mais fácil de conduzir. Então, eu acredito que esses grupos são o que a gente precisa para evoluir (E5).

Compartilhar experiências e dialogar abertamente acerca das fragilidades territoriais a partir desses espaços dialógicos permite o conhecimento mútuo e construção de identidades territoriais. Melucci (2001) destaca que a identidade é produto de negociações, construída em meio aos conflitos e tomada de decisões, não se tratando de uma essência, mas uma conquista.

Essa experiência de alteridade e escuta empática do outro em suas especificidades locais entre gestores municipais com diferentes realidades resultou na percepção da construção de cenários de interdependência e de pequenas pactuações, baseadas na solidariedade interfederativa.

Neste sentido, o formato das reuniões protocolares estruturadas normativamente a partir de roteiros estruturados nas instâncias de pactuação

são consideradas impeditivas da construção de relações de interdependência, necessitando seu remodelamento para que possam conferir liberdade para construção coletiva e pactuação sobre as diferentes realidades locais e estruturação de projetos coletivos regionais, que se coloquem como mecanismos mais participativos e democráticos para a gestão em saúde.

Gestores municipais ou equipes de gestão de um pequeno município confrontado em uma comunicação não isenta de violência, ainda que sutil, pode não voltar a contribuir em outra oportunidade. Além disso, experiências fracassadas são tão relevantes para serem compartilhadas quanto às exitosas, no processo de aprendizado e de planejamento na gestão, nos espaços dialógicos.

Desta forma, a escuta entre pares e entre diferentes a partir de suas realidades, singularidades e unicidades, independente de como são estabelecidas normatizações estaduais ou ministeriais, permite a construção de identidades coletivas, promove a interdependência e fortalece a relação federativa no âmbito do SUS, impactando na qualificação da atenção em saúde, com equipes mais preparadas, capazes de reconhecer as necessidades de seus territórios.

Com isso, importa que as reuniões nas instâncias de deliberação do SUS sejam precedidas de constantes e protegidos espaços de discussão, que permitam a integração, confiança e abertura para a construção ampliada, plural e coletiva, para que resultem em pactuações e encaminhamentos, no exercício democrático das relações de poder.

Estas iniciativas de construção de espaços dialógicos horizontais e democráticos podem ser incentivadas a partir dos organismos colegiados representativos, dos consórcios públicos, estados e União. Contudo, considera-se que este é um processo contínuo, gradual e progressivo, uma vez que essa construção constitui-se de avanços e retomadas, em um ritmo que dista das expectativas, diante da renovação constante das lideranças e das mudanças no contexto político-organizativo da ação pública.

Seção 3: Por um contrato da ação pública compartilhada que resulte do planejamento regional

A marca da construção da reforma sanitária brasileira é a militância e a construção de consensos. Diante desse histórico de grandes debates e construções, surgem oportunidades de crescimento potencial da organização de estruturas regionais integradas de gestão para o fortalecimento do SUS.

Diante da oportunidade de atuação a partir de espaços dialógicos e de avanços para uma nova regionalização, esta seção discute a estratégia de estruturação de um contrato efetivo da ação pública de forma compartilhada, que possa ser constituída a partir do exercício do planejamento regional.

As perspectivas atuais do sistema de saúde, as iniquidades regionais e o desfinanciamento, as ameaças à universalização e o debate reducionista a partir do discurso pela cobertura universal, o congelamento dos gastos na saúde e as mudanças no financiamento da atenção básica, somados às limitações na coordenação de políticas públicas constituem um cenário de desafios para a saúde no Brasil.

E em um cenário de crises, a sociedade historicamente encontra espaços potencializadores do desenvolvimento social. Para tanto, é importante resgatar os acúmulos já construídos para o fortalecimento dos instrumentos de cooperação, dentre eles, o Contrato Organizativo da Ação Pública (COAP) e outros elementos de estruturação de arranjos.

Desta forma, cabe ressaltar que o DF/7508 é fruto de um grande esforço no campo da saúde pública para impulsionar a regionalização⁵⁹, a partir da estruturação dos desenhos territoriais, suas necessidades e especificidades, avançando para a pactuação de metas comuns entre os entes e finalizando com a contratualização dos acordos, por meio de instrumento legal. Uma inovação que foi agregada ao SUS pela primeira vez, com amparo legal para a pactuação entre gestores.

O COAP foi implantado em dois estados, debatido em outros estados federados brasileiros, mas seu processo de debate e implantação foi

⁵⁹ O Decreto é considerado um grande avanço para a regionalização, entretanto, este não foi efetivado na maioria dos territórios. Um dos dispositivos para a regionalização é o COAP e seus elementos, como a PGASS, RENAME e RENASES. Entretanto, o COAP não foi efetivado na maioria dos estados federados do país, considerado extremamente complexo. Outra questão impeditiva da efetivação das discussões para o COAP é o argumento de que se não há novo recurso financeiro para os territórios, então, porque discutir e desenhar a rede de cuidados?

interrompido mais adiante, buscando-se alternativas à continuidade do processo de pactuação de necessidades, referências e serviços de saúde a partir da estruturação de um processo considerado mais simplificado de diagnóstico dos territórios e desenho das referências macrorregionais, denominado Planejamento Regional Integrado. Essa substituição foi organizada por meio de um conjunto de resoluções CIT: 23/2017; 37/2018 e 44/2019.

Então o Conasems tem trabalhado até muito próximo do Conass né, e de forma tripartite. Com isso, a gente conseguiu pactuar algumas resoluções. Nós pactuamos a Resolução 23, a Resolução 37, a Resolução 10 e se não me engano a Resolução número 3 que trata do COAP também (E7).

Coincidentemente, o cenário político nacional encontrou nos anos que se seguiram à publicação do DF/7508, alternativas à democracia, em um processo reativo à crise internacional de 2008⁶⁰, coincidente com o cenário político de retrocesso democrático no Brasil após o Golpe de 2016.

Contudo, a substituição de dispositivos estabelecidos por meio de decreto da Presidência da República através de resoluções colegiadas tripartite dos gestores da saúde encontra barreiras para o reconhecimento de efetividade.

Cabe ressaltar que o SUS foi uma conquista social alcançada a partir de debates sociais, construções dialógicas, conferências ampliadas e espaços para o compartilhar de intenções e entendimentos que foram levados à reforma constitucional. Ao longo da construção do SUS, a regionalização encontrou limitações para sua consolidação.

A discussão de estratégias, ações e propositivas não impedem que sejam evidenciadas lacunas que fujam à governabilidade dos entes subnacionais, entretanto, pressupor que a falta de disponibilidade orçamentária incorrerá em esgotamento da capacidade de produzir soluções é uma percepção equivocada e subestima as competências municipais e estaduais.

O SUS foi estruturado sob uma propositiva democrática, previstos constitucionalmente e a complexidade do sistema pressupõe constante atualização e pactuações. Os gestores locais, estaduais e nacionais são eleitos

⁶⁰ A crise internacional de 2008 foi impulsionadora de movimentos econômicos de impactos danosos como a estagnação financeira e o aumento da inflação.

democraticamente pelos cidadãos, de acordo com o entendimento que estes têm de suas necessidades e da atuação que o poder público deve cumprir para 202atendê-las. Entretanto, formular e pactuar políticas públicas estruturadas nas instâncias tripartite, induzidas pelos órgãos colegiados apoiadores e pela União, e não a partir do esgotamento ao debate nas bases territoriais, configura uma prática que impede a cooperação e a coordenação de políticas de saúde com vistas à redução de desigualdades.

A representatividade ascendente dos colegiados é uma de suas principais virtudes e a indução de políticas públicas que abreviem caminhos de pactuação, resumam ou suprimam instrumentos de pactuação democrática são indesejadas pela democracia. Trata de subestimar as capacidades técnicas das equipes gestoras locais, como se não fosse possível a estas tomar decisões de forma amadurecida, em favor de seus territórios.

Com isso, é possível inferir que a proposta de supressão do COAP, diante do cenário de retrocessos à democracia, trata de uma estratégia de indução dos órgãos colegiados e isso é claramente um fator limitador da cooperação na relação federativa.

Após a publicação do DF/7508 que ocorreu no mês de junho de 2011, reafirmando o enfoque das Regiões de Saúde, a CIT publicou uma resolução para estabelecer suas diretrizes para o planejamento tripartite, tendo o município como protagonista deste movimento:

Os municípios que compõem a Região de Saúde deverão discutir o planejamento, integradamente, de forma que expresse os seus compromissos, mediante a análise conjunta da situação de saúde, observando as Programações Anuais de Saúde (PAS), os Planos de Saúde, os Planos Plurianuais (PPA), as Leis de Diretrizes Orçamentárias (LDO) de cada ente, buscando definir as prioridades da região, que aliadas às prioridades nacionais e estaduais, comporão, de forma estratégica, o conjunto de diretrizes para o território (Res. CIT nº 1 de 29 de setembro de 2011).

O estudo trouxe evidências de que os gestores municipais elaboram sua percepção acerca do que é a regionalização a partir das necessidades que surgem no cotidiano. Neste sentido, situações concretas vivenciadas no cotidiano da gestão em saúde são componentes do exercício para o planejamento regional, para a relação federativa e conseqüentemente para a cooperação e coordenação das ações entre os entes federados.

O entendimento de que o planejamento regional integrado ou o contrato organizativo da ação pública são instrumentos a serem implementados mediante suporte financeiro causa uma limitação importante para a organização dos territórios e impede que os espaços dialógicos sejam implementados.

Os gestores tem o entendimento de que o MS não tem perspectivas de reajustes lineares nos tetos municipais, o que desestimula os gestores a promoverem discussões acerca dos arranjos da rede de cuidados. Além disso, apontam que a PGASS substituiu a PPI, mas não impactou em reajustes nas transferências federais, prejudicando a cooperação entre os entes, de forma que a efetivação da regionalização esbarra na limitação do financiamento.

Entretanto, a operacionalização da regionalização na aplicação de recursos de diferentes ordens e tecnologias tornou-se incipiente em consequência do entendimento de que as barreiras no campo do financiamento são intransponíveis e de que o esforço para a construção coletiva de estratégias supera a capacidade técnica das equipes de gestão municipal.

Desta forma, as organizações representativas dos gestores municipais passaram a debater o tema da regionalização teoricamente, resultando em uma percepção de que as ações que fomentam a política de regionalização são enfraquecidas e que há uma complexidade na política de regionalização, que impede sua edificação nos espaços existentes de discussão.

Contudo, verifica-se que é necessário dispositivos para aprofundar a discussão da regionalização. O planejamento é dinâmico e requer que seja acompanhado por um instrumento que o acompanhe, de forma que para que o planejamento seja efetivo é necessário executar o diagnóstico das necessidades da região de saúde, a partir da percepção das equipes de gestão municipal, dos trabalhadores e da comunidade.

Neste sentido, os sujeitos entendem que houve inúmeros avanços no SUS, mas há necessidade de avançar ainda mais no planejamento em saúde. Ficou bastante evidenciado um esforço nos últimos anos dos órgãos representativos dos gestores para a supressão do COAP e o fortalecimento do

PRI⁶¹, no intuito de dar concretude e simplificar o processo de mapeamento de necessidades, vazios assistenciais e organização da rede de cuidados, no âmbito das macrorregiões.

Planejar concretamente e planejar o futuro das políticas de saúde é uma atividade necessária. Uma nova regionalização é parte da construção de um novo futuro, oportunizada pelas reflexões possibilitadas pela crise pandêmica acerca das ameaças ultraneoliberais no Brasil e das condições adversas como o desfinanciamento da saúde a partir da Emenda Constitucional 95/2016, além da falta de coordenação entre as políticas públicas.

No território estudado, o PRI foi desenhado tendo como ponto de partida a confecção do diagnóstico a partir da aplicação de questionários e oficinas com a participação das equipes técnicas municipais, sob organização da equipe técnica da Regional de Saúde. Os técnicos do consórcio não participaram na maior parte dos encontros para sua discussão. O texto final foi formulado em geral, por técnicos de áreas específicas da gestão estadual, a partir da análise dos indicativos dos problemas, necessidades, vazios assistenciais e prioridades das principais políticas desenvolvidas no território, apontadas por alguns técnicos das equipes de gestão municipal e estadual, escolhidos para participação pela Regional de Saúde, a partir de um roteiro estabelecido pela gestão estadual para todo o estado.

A estratégia, ainda que desenvolvida por meio de encontros de coletivos, foi realizada com prazos bastante exíguos, em que alguns dos sujeitos apontam para sua insuficiência no objetivo de promover reflexões a partir do diálogo e embasar um planejamento que se faça ascendente, mas serviu apenas para o cumprimento de uma tarefa bastante protocolar, para somar-se com as demais regiões de saúde, no âmbito do estado.

Ademais, nas oficinas, não houve acesso aos contratos de serviços, pactuações, análise orçamentária do território regional, produção de serviços executados ou contratados. Tampouco, colocou-se acessível dados acerca do

⁶¹ O PRI é o Planejamento Regional Integrado, estabelecido pelo Decreto Federal nº 7508/2011 e definido a partir de uma série de resoluções da Comissão Intergestores Tripartite CIT), quais sejam: Resolução CIT nº 23/2017, 37/2018 e 44/2019. A CIT é composta pelo Conselho Nacional de Secretários Estaduais de Saúde (CONASS), Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (CONASEMS) e Ministério da Saúde (MS).

financiamento da atenção básica, média e alta complexidade do território ou dados epidemiológicos para compreensão da realidade territorial na região.

Essa experiência mostrou que o roteiro de planejamento regional integrado pensado nas resoluções e pactuações tripartite dos últimos anos parece não adentrar ou não desejar adentrar as profundezas da realidade territorial, mas promover a construção de novos caminhos cimentados sobre os antigos problemas de desfinanciamento, reproduzindo a mesma linguagem hierárquica, autoritária. Desta forma, esse novo PRI não consegue colocar em discussão as necessidades e não cria efetivamente a possibilidade de participação.

Com isso, para além da vontade política, surge a necessidade de retomar o projeto de reforma, por meio da aplicação de valores como a sensibilidade, a alteridade, a partir do exercício do confronto de ideias, da produção de novos saberes para experimentar novos resultados por meio da ação coletiva, que levem à cooperação na relação federativa e à coordenação entre as políticas de diferentes entes federativos. O estudo ressalta que esses espaços não criam soluções possíveis e desestimulam os gestores à participação, desacreditando-os de seu potencial coletivo.

Para aprofundar esse entendimento e efetivar o planejamento regional de forma integrada e ascendente, alguns caminhos são vislumbrados para o fortalecimento da regionalização. Um deles seria a contratualização da ação pública e não apenas os serviços de saúde.

A contratualização das ações e serviços de saúde é realizada a partir de métricas que extrapolam a produção assistencial, mas possibilitam determinar e mensurar de forma quanti e qualitativa as atividades executadas âmbito do SUS em todo o território nacional, superando as limitações do financiamento baseado na tabela de procedimentos, se constituindo de uma etapa de construção bastante significativa para a superação da fragmentação das ações e contribuindo para a reorganização do cuidado e da gestão em saúde.

Contudo, a **contratualização da ação pública** contempla as responsabilidades compartilhadas de acordo com a complexidade do território, suas especificidades, financiamento disponível e potencial. Significa promover a gestão compartilhada dos recursos na RS, no intuito de superar as

dificuldades de cooperação e coordenação de políticas públicas, frente às constantes ameaças de descontinuidade.

O estudo desvelou um cenário potente para a retomada das discussões passível de instrumentalizar os gestores municipal e estadual em um debate acerca da iminente necessidade de contratualização da ação pública, a partir da conjugação de esforços e do debate iniciado no âmbito do território regional com o desenho dos vazios a partir do PRI.

Porém, esse desenho não pode ser limitado pelas barreiras do desfinanciamento, em que os gestores municipais recorrem apenas aos esforços locais para respostas às necessidades. Pelo contrário, deve se tratar da organização de uma uníssona voz para reivindicar a retomada da discussão, não apenas no espaço de debate, mas avançando para a estruturação de um desenho de necessidades e investimentos no âmbito dos estados e da União, no território regional.

Os atores citam a necessidade do estabelecimento de um fórum de gestão do financiamento da saúde, disponibilizando acesso ampliado às informações sobre recursos transferidos para cada município e para o estado, considerando fontes de financiamento, contratos de ações e serviços, vazios assistenciais e políticas públicas prioritárias, que demandem novas fontes de financiamento para atenção às necessidades do território regional, que oportunizem a formulação de um contrato da ação pública tripartite.

Para tanto, é necessário identificar necessidades, discutir referências, mapear serviços e pactuar prioridades. Com isso, estruturar contratos de ação pública requer definir a ordem de investimentos em cada território regional, com identificação do desdobramento de suas fontes orçamentárias e de forma participativa tripartite, entre os entes federados.

Um aspecto dificultador de avanços e que necessita enfrentamento em meio às potencialidades para uma nova regionalização é o combate ao desfinanciamento do SUS, uma vez que não se pode abrir mão de um financiamento mais adequado para a saúde. Os parâmetros de financiamento devem ser suficientes para atender as necessidades das regiões de saúde a partir da realidade de cada território e necessário que as equipes municipais se encontrem próximas a esse tema e uma vez empoderados, qualifica-se a tomada de decisões no SUS.

Para tanto, importa que o financiamento seja compatível com o exercício das competências dos entes, com participação tripartite nos territórios, a partir de mecanismos que confirmam transparência e sejam passíveis de acompanhamento pelas equipes de gestão e pelo controle social, com vistas à melhoria do acesso à saúde de forma oportuna, com qualidade e resolutividade.

Outro cenário potencial de uma nova regionalização se compreende inclusive a partir do **engajamento dos atores políticos** no cenário de planejamento e contratualização do SUS, tais como prefeitos, parlamentares e demais atores participativos no território regional, além da escuta plural às diversidades locais de municípios de diferentes condições, portes e realidades.

Apontou-se também como potência, pleitear junto à academia o apoio para a estruturação e fortalecimento de espaços de educação permanente em saúde que subsidie a problematização e a tomada de decisões de forma compartilhada, no intuito de mapear a necessidades, oferta, vazios e recursos de diferentes ordens da RS, que ensejem a estruturação e atualização dinâmica de um contrato da ação pública entre os diferentes entes federativos.

Outros apontamentos potenciais foram: a) elaboração de instrumentos para simplificar os processos de gestão em saúde, no âmbito do financiamento e planejamento; b) repensar os instrumentos de apoio ao planejamento regional (COAP, PRI, PlanificaSUS, entre outros) no intuito de identificar suas finalidades e evitar sobreposições; c) estabelecimento e pactuação de uma minuta contratual da ação pública para celebração entre os municípios, estado e união, para a gestão compartilhada dos recursos na região de saúde, no intuito de superar as dificuldades de cooperação e coordenação de políticas públicas frente às constantes ameaças de descontinuidade.

A partir dessas ações em potencial, torna-se possível promover aprendizado e amadurecimento reflexivo entre os atores envolvidos no planejamento de políticas públicas e na gestão em saúde nos territórios regionais, por meio da ação coletiva e da cooperação entre os entes, de forma que os espaços dialógicos e os dispositivos de efetivação de políticas e pactuações figuram como uma força motriz para impulsionar a experimentação de uma nova regionalização.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao longo do histórico do SUS, a regionalização é um dos processos que mais passou por ajustes e reajustes, pois trata de um processo dinâmico e em construção, que sobre o impacto de diferentes intencionalidades, perpassa a relação entre diferentes entes federados e é atravessado pelo enfrentamento de velhos e novos desafios para a consolidação da democracia.

Diante disso, o estudo se propôs a explorar esse aspecto com foco no planejamento regional segundo três vertentes que sistematizam os desafios e potencialidades identificados diante dos resultados do estudo, a partir dos objetivos propostos (Quadro 7).

Quadro 7: Síntese dos resultados do estudo a partir dos objetivos propostos

Objetivos Específicos do estudo	Resultados evidenciados do estudo		
	Vertentes desveladas	Desafios identificados para a regionalização	Potencialidades para uma nova regionalização
1. Identificar os desafios e estratégias de cooperação federativa e de coordenação de políticas públicas que influenciam na regionalização do SUS na região.	Desafios e estratégias de cooperação e coordenação de políticas	<ul style="list-style-type: none"> • Entendimento limitado acerca dos papéis e competências dos atores; • Descontinuidade e pressão sobre a municipalidade; • Insuficiência na participação união no financiamento, causando desfinanciamento; • Acúmulo de responsabilidades da municipalidade e pequenos municípios em polo passivo na tomada de decisões; • Limitações no papel dos demais atores da regionalização. 	Reconhecer as necessidades locais a partir dos planos municipais de saúde, construindo a árvore de prioridades regionais por meio da ação coletiva, reduzindo as individualidades e construindo efetivamente o planejamento de forma ascendente.
2. Analisar como ocorre a ação coletiva nos espaços de diálogo na relação federativa para o processo de planejamento e gestão regional do SUS.	Relações de independência dependência e sobredependência entre os entes federativos	<ul style="list-style-type: none"> • Concentração de prioridades do território local que se sobrepõem às necessidades regionais; • Relações de dependência e sobredependência dos municípios maiores sobre os menores e do estado sobre os municípios. 	Fomentar o debate, o reconhecimento das identidades territoriais e a microregionalização, reduzindo as desigualdades e fortalecendo a relação federativa horizontal em busca da unidade em meio à diversidade no território.
3. Propor a elaboração de um plano de ação compartilhado a partir das relações intergovernamentais coordenadas e cooperativas no planejamento e gestão regional no SUS.	Novo campo potencial para a regionalização	Recorrente esforço para supressão de dispositivos e discussões que não foram oportunizadas	Desmistificar a gestão regional compartilhada, configurar os espaços para que sejam dialógicos e pactuar esforços por meio da contratualização da ação pública, que precedem a contratualização de ações e serviços.

Fonte: própria autora.

A primeira, explorando os desafios e as estratégias de cooperação e coordenação de políticas públicas no território regional, dentre as quais: a) a definição de competências e entendimento dos papéis; b) a descontinuidade e o impacto da mudança de cargos eletivos; c) a municipalidade e seus desafios, e; d) o papel dos demais atores da regionalização.

Os sujeitos reconhecem a complexidade que a regionalização apresenta. A partir de suas percepções, são apresentadas as limitações para que a regionalização avance e se torne instrumento para fomentar a cooperação, que são originárias de diversas ordens e envolvem desde processos incipientes de normatização até as falhas na aplicação prática dos instrumentos de gestão e a não efetuação dos espaços de diálogo e de pactuação previstos.

De forma semelhante, o caminho percorrido para a construção de políticas de saúde e sua implantação trazem questões e reflexões acerca do papel dos entes federativos e do local de concepção dessas políticas, de forma que essas tensões surgem no espaço das relações federativas.

A segunda vertente buscou evidenciar as relações federativas e as relações de poder no âmbito do planejamento regional. Aqui se destacam evidências de relações verticalizadas que produzem dependência entre entes de diferentes esferas de poder.

A concepção de políticas públicas apresenta maior implicação com a realidade e com as necessidades de saúde na medida em que o planejamento se dá por meio da participação de atores do contexto local em sua concepção e de forma compartilhada por seus pares no território regional, por meio de relações democráticas.

Assim, torna-se importante promover constantes reflexões coletivas e regionalizadas acerca das necessidades territoriais nas RS, por meio de espaços que favoreçam a horizontalidade no debate, para que possam ser combatidos elementos de engessamento e atrofia das autonomias territoriais, mas, sobretudo, que sejam considerados fatores de alinhamento e de redução de desigualdades propostos a partir de movimentos ascendentes que produzam ofertas que se coloquem ao encontro das necessidades locais e regionais.

E a última vertente apresenta algumas reflexões sobre um novo campo potencial para a regionalização, a partir da ação coletiva, que apontem para esses novos caminhos por meio do reconhecimento das competências, retomada de espaços dialógicos para criação e renovação de conflitos, evidenciação de vazios e potencialidades, pactuações e efetuação de contratos da ação pública, que antecedam a contratualização que está posta, dos serviços e ações na prestação de serviços.

Com isso, ressalta-se que o estudo evidenciou pensamentos, entendimentos e propositivas, que desnudam o cotidiano das relações federativas em uma RS, o que por si só, pelo fato de poderem ser ditas e posteriormente compreendidas, são elementos potenciais para o avanço no entendimento acerca do planejamento de políticas públicas nos territórios regionais.

As evidências possibilitaram discussões acerca de como as regiões de saúde são estratégicas no entendimento das necessidades dos territórios e na estruturação das políticas de saúde que atendam às necessidades territoriais. Os resultados responderam aos objetivos não apenas de compreender, mas, sobretudo, propor estratégias de ação coletiva que favorecem a regionalização no âmbito das relações federativas, identificando ações de cooperação existentes e em potencial, apontando para limitadores e estratégias para a ação coletiva que impactam no planejamento regional em saúde entre os entes municipais e por fim, compartilhar saberes entre os entes do território.

Essas potencialidades demonstram que ainda há espaço para invenção ou reinvenção de caminhos para uma nova regionalização e para avanços no planejamento por meio da ação coletiva na relação federativa.

As ações experimentadas no estudo e elencadas por meio do diário de campo evidenciaram a expectativa de empoderamento dos gestores municipais e redução de disputas entre os entes, a partir do exercício da interdependência, cooperação entre pares, diálogo horizontal tripartite em espaços democráticos, para o debate acerca de suas realidades e especificidades, fomentando propositivas de interesse comum e o planejamento regional integrado efetivo.

Neste sentido, o respeito às especificidades do território na construção diagnóstica, o exercício da ação coletiva para tomada de decisões e a horizontalização nas relações de poder entre os três entes federativos configuraram-se como experiências estratégicas para suscitar a cooperação e a coordenação de políticas, potencializando a capacidade do território de governar.

Ressalta-se que o presente estudo apresentou limitações metodológicas, uma vez que na etapa diagnóstica nem todos os participantes do curso de extensão Progestão assinaram o TCLE e, portanto, suas falas não puderam ser consideradas para fins de análise do estudo. Outra limitação ocorreu em relação à observação direta prevista na etapa de imersão às atividades diagnósticas do PRI, uma vez que excepcionalmente nessa região de saúde, o consórcio não foi elencado como partícipe para as oficinas de elaboração do documento. Além disso, a etapa de interposição coincidiu com o agravamento da pandemia de COVID19, tendo reduzido o número de sujeitos convidados a participarem.

Um aspecto a ser explorado em outros estudos com o tema da regionalização trata da operacionalização de estratégias de ação coletiva em diferentes territórios regionais, além das estratégias de operacionalização do fórum de gestão do financiamento, proposto pelos sujeitos.

Por fim, neste estudo, conclui-se que a regionalização tal como foi estabelecida no país foi intencional, de maneira que a forma como foi construída não foi fruto do acaso, mas resulta de diferentes intencionalidades, dentre elas, o efeito residual da globalização e impactada pelos ideários neoliberais para o SUS. Contudo, o processo de regionalização pode ser repensado a partir da dialogia, do debate aprofundado, da continuidade e da capacidade de construção de novos conflitos.

O estudo mostra os desafios enfrentados pelos gestores no território regional, que pode se replicar em outras localidades país afora, contudo, traz luz para a capacidade dos gestores em reconhecer os entraves existentes na relação federativa e em especial, sua potência para traçar novos caminhos por meio de um plano de ação coletiva, que permita a construção de uma nova regionalização.

O plano de ação estruturado a partir da metodologia de pesquisa-ação nesse estudo é uma evidência de que os gestores atuantes no território regional são sujeitos reflexivos e propositivos que protagonizam a regionalização e, portanto, podem reconstruí-la sob nova ótica e novas intencionalidades, para o fortalecimento do SUS.

Para tanto, é preciso que seja retomada a luta coletiva por avanços para o território regional, com participação e articulação entre os três níveis de gestão, com engajamento de uma diversidade de atores participativos no território, que não se oprimam com as barreiras do desfinanciamento, mas avancem em defesa do fortalecimento da ação pública e do empoderamento da atuação estatal por meio da interdependência, com vistas ao avanço do SUS.

REFERÊNCIAS

ABRUCIO, Fernando Luiz. Descentralização e coordenação federativa no Brasil: lições dos anos FHC. *In*: ABRÚCIO, Luiz Fernando; LOUREIRO, MRG (orgs.). **O Estado numa era de reformas: os anos FHC – Parte 2**. Brasília: MP/SEGES, 2002. p. 143–246. Disponível em: <http://www.enap.gov.br>.

ABRUCIO, Fernando Luiz. Os barões da federação. **Lua Nova: Revista de Cultura e Política**, n. 33, p. 165–183, ago. 1994. DOI 10.1590/S0102-64451994000200012. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-64451994000200012&lng=pt&tlng=pt. Acesso em: 14 mar. 2021.

ABRUCIO, Fernando Luiz; GRIN, Eduardo José; FRANZESE, Cibele; SEGATTO, Catarina Ianni; COUTO, Cláudio Gonçalves. Combate à COVID-19 sob o federalismo bolsonarista: um caso de descoordenação intergovernamental. **Revista de Administração Pública**, v. 54, n. 4, p. 663–677, ago. 2020. DOI 10.1590/0034-761220200354. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-76122020000400663&tlng=pt. Acesso em: 14 mar. 2021.

ABRÚCIO, Luiz Fernando. Reforma política e federalismo. *In*: BENEVIDES, Maria Vitoria; KERCHE, F; VANNUCHI, P (orgs.). São Paulo: ED. Fund. Perseu Abramo, 2003. p. 225–243.

AFFONSO, Rui de Britto Álvares. A Federação no Brasil: Impasses e Perspectivas. *In*: AFFONSO, Rui de Britto Álvares; BARROS, Pedro Luiz (orgs.). **A Federação em perspectivas: ensaios selecionados**. São Paulo: FUNDAP, 1995.

ANDRADE, Silvia Karla Azevedo Vieira; MENDONÇA, Fernanda De Freitas; ENDLICH, Angela Maria; ALBERTO DURAN GONZALEZ. CONSÓRCIO PÚBLICO DE SAÚDE NO PROCESSO DE REGIONALIZAÇÃO: ANÁLISE SOB O ENFOQUE DA AÇÃO COLETIVA. v. 32, 31 mar. 2022. <https://doi.org/DOI:http://dx.doi.org/10.1590/S0103-73312022320106>.

ARAÚJO, Maria do Socorro Sousa de; CARVALHO, Alba Maria Pinho de. Autoritarismo no Brasil do presente: bolsonarismo nos circuitos do ultraliberalismo, militarismo e reacionarismo. **Revista Katálysis**, v. 24, n. 1, p. 146–156, abr. 2021. DOI 10.1590/1982-0259.2021.e75280. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-49802021000100146&tlng=pt. Acesso em: 5 set. 2021.

ARENDT, Hannah. **Compreender: formação, exílio e totalitarismo (ensaios) 1930-54**. [S. l.]: UFMG, 2008.

ARENDT, Hannah. *Origens do Totalitarismo*. , p. 565, 1979. .

ARRETICHE. *Federalism, Bicameralism, and Institutional Change: General Trends and One Case-study*. , p. 22, 2010a. .

ARRETCHE. Políticas sociais no Brasil: descentralização em um Estado federativo. **Revista Brasileira de Ciências Sociais**, v. 14, n. 40, p. 111–141, jun. 1999. DOI 10.1590/S0102-69091999000200009. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-69091999000200009&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt. Acesso em: 14 mar. 2021.

ARRETCHE, Marta. Federalismo e igualdade territorial: uma contradição em termos? **Dados**, v. 53, n. 3, p. 587–620, 2010b. DOI 10.1590/S0011-52582010000300003. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0011-52582010000300003&lng=pt&tlng=pt. Acesso em: 14 mar. 2021.

BAKHTIN, Mikhail-Voloshinov. **Marxismo e filosofia da linguagem**. 3. ed. São Paulo: HUCITEC, 1986.

BALEEIRO, Aliomar. **Constituições brasileiras**. Brasília: Senador Federal, 2012. v. 11, .

BERCOVICI, Gilberto. A descentralização de políticas sociais e o federalismo cooperativo brasileiro. **Revista de Direito Sanitário**, v. 3, n. 1, p. 13, 19 mar. 2002. DOI 10.11606/issn.2316-9044.v3i1p13-28. Disponível em: <http://www.revistas.usp.br/rdisan/article/view/81291>. Acesso em: 14 mar. 2021.

BERCOVICI, Gilberto. O federalismo no Brasil e os limites da competência legislativa e administrativa: memórias da pesquisa. **Revista Jurídica da Presidência**, v. 10, n. 90, p. 01, 18 jan. 2011. DOI 10.20499/2236-3645.RJP2008v10e90-253. Disponível em: https://revistajuridica.presidencia.gov.br/ojs_saj/index.php/saj/article/view/253. Acesso em: 12 abr. 2021.

BERNARDES, Wilba Lúcia Maia. O federalismo dualista e competitivo: a concepção norte-americana e suas possíveis influências no modelo brasileiro. **REVISTA BRASILEIRA DE ESTUDOS POLÍTICOS**, , p. 16, 2008. <https://doi.org/10.9732/72>.

BICUDO, Maria Aparecida Viggiani. Sobre a fenomenologia. In: BICUDO, Maria Aparecida Viggiani; ESPOSITO, Vitoria Helena Cunha (orgs.). **Pesquisa Qualitativa em Educação**. [S. l.]: Unimep, 1994. p. 15–22. Disponível em: <http://www.mariabicudo.com.br/resources/LIVROS/PESQUISA%20QUALITATIVA%20EM%20EDUCACAO%20UM%20ENFOQUE%20FENOMENOLOGICO.pdf>.

BOITO JR., Armando. O caminho brasileiro para o fascismo. **Caderno CRH**, v. 34, p. 021009, 25 jun. 2021. DOI 10.9771/ccrh.v34i0.35578. Disponível em: <https://periodicos.ufba.br/index.php/crh/article/view/35578>. Acesso em: 24 set. 2021.

BRANDÃO, Carlos. A busca da utopia do planejamento regional. , p. 21, 2011. .

BRASIL. CONSTITUIÇÃO FEDERAL 1891. 24 fev. 1891. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao91.htm. Acesso em: 16 jan. 2022.

BRASIL. CONSTITUIÇÃO FEDERAL 1934. 16 jul. 1934. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao34.htm. Acesso em: 16 jan. 2022.

BRASIL. CONSTITUIÇÃO FEDERAL 1937. 10 nov. 1937. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao37.htm. Acesso em: 16 fev. 2022.

BRASIL. CONSTITUIÇÃO FEDERAL 1946. 18 set. 1946. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao46.htm. Acesso em: 16 fev. 2022.

BRASIL. CONSTITUIÇÃO FEDERAL 1967. 1967. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao67.htm. Acesso em: 16 jan. 2022.

BRASIL. CONSTITUIÇÃO FEDERAL 1988. 5 out. 1988. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm. Acesso em: 16 fev. 2022.

BRASIL. DECRETO FEDERAL Nº 7508/2011. 2011. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/decreto/d7508.htm. Acesso em: 16 jan. 2022.

BRASIL. Lei Federal n. 8080, de 19 de setembro de 1990. 19 set. 1990a. Disponível em: <https://legislacao.presidencia.gov.br/atos/?tipo=LEI&numero=8080&ano=1990&data=19/09/1990&ato=9f7gXSq1keFpWT905>.

BRASIL. LEI FEDERAL Nº 8080/1990. 19 set. 1990b. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm. Acesso em: 16 jan. 2022.

BRASIL. LEI FEDERAL Nº 8142/1990. 28 dez. 1990c. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8142.htm. Acesso em: 16 jan. 2022.

BRASIL. **PACTO PELA SAÚDE**. [S. l.]: Ministério da Saúde, 26 jan. 2006. Disponível em: <https://conselho.saude.gov.br/webpacto/index.htm#:~:text=O%20Pacto%20pela%20Sa%C3%BAde%20%C3%A9,do%20Sistema%20%C3%9Anico%20de%20Sa%C3%BAde>. Acesso em: 16 jan. 2022.

BRASIL. **RESOLUÇÃO Nº 466, de 12 de dezembro de 2012**. [S. l.]: Conselho Nacional de Saúde, 12 dez. 2012. Disponível em: <https://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>.

BRAZIL. DECRETO Nº 1/1889. 15 nov. 1889. Disponível em: <https://www2.camara.leg.br/legin/fed/decret/1824-1899/decreto-1-15-novembro-1889-532625-publicacaooriginal-14906-pe.html#:~:text=Proclama%20provisoriamente%20e%20decreta%20como,devem%20reg%20os%20Estados%20Federaes.&text=As%20Prov%C3%ADncias%20do%20Brazil%20C%20reunidas,os%20Estados%20Unidos%20do%20Brazil>. Acesso em: 16 jan. 2022.

CANDIDO, Luiz Felipe Martins. **Foucault e o liberalismo**. 2020. 326 f. Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2020.

CARVALHO; CORDONI JR, Luiz; SOUZA, Regina Kazue Tanno de; NICOLETTO, Sonia Cristina Stefano. A organização do Sistema de Saúde no Brasil. **Bases da Saúde Coletiva**. 2. ed. [S. l.]: Eduel, 2017. v. 1, p. 47–92. . Acesso em: 16 jan. 2022.

CARVALHO, José Murilo. Fundamentos da política e da sociedade brasileiras. *In*: AVELAR, Lúcia; CINTRA, Antônio Octávio (orgs.). **Sistema político brasileiro: uma introdução**. 3. ed. [S. l.]: Unesp, 2015. p. 494.

CHAUÍ, Marilena. Neoliberalismo: a nova forma do totalitarismo. **A Terra é redonda**, 2019. Disponível em: <https://aterraeredonda.com.br/neoliberalismo-a-nova-forma-do-totalitarismo/>. Acesso em: 27 jun. 2020.

DALLARI, Dalmo de Abreu. **Elementos de Teoria Geral do Estado**. 30. ed. [S. l.]: Ed. Saraiva, 2011.

DEUTSCH, Morton. A Theory of Co-operation and Competition. **Human Relations**, v. 2, n. 2, p. 129–152, abr. 1949. DOI 10.1177/001872674900200204. Disponível em: <http://journals.sagepub.com/doi/10.1177/001872674900200204>. Acesso em: 1 out. 2021.

DOURADO, Daniel de Araújo; DALLARI, Sueli Gandolfi; ELIAS, Paulo Eduardo Mangeon. Federalismo sanitário brasileiro: perspectiva da regionalização no Sistema Único de Saúde. **RDisan**, v. 12, n. 3, p. 25, 2012. .

DUARTE, Ligia Schiavon; MENDES, Áquilas Nogueira; LOUVISON, Marília Cristina Prado. O processo de regionalização do SUS e a autonomia municipal no uso dos recursos financeiros: uma análise do estado de São Paulo (2009-2014). **Saúde em Debate**, v. 42, n. 116, p. 25–37, jan. 2018. DOI 10.1590/0103-1104201811602. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042018000100025&lng=pt&tlng=pt. Acesso em: 4 abr. 2021.

ELAZAR, Daniel J. **Exploring federalism**. Tuscaloosa: The University of Alabama Press, 1987.

ELAZAR, Daniel J. **Federalism: an overview**. Pretoria: HSRC Publishers, 1995. v. 4, (Federalism--theory & application).

ENDLICH, Angela Maria. Campeando em cidades: geografia urbana e trabalho de campo. v. 10, n. 2, p. 18, 2018. .

FACHIN, Zulmar. **Curso de Direito Constitucional**. 8. ed. São Paulo: Ed. Verbatim, 2019.

FERRAZ JÚNIOR, Tércio Sampaio. Normas gerais e competência concorrente. Uma exegese do art. 24 da Constituição Federal. **Revista da Faculdade de Direito, Universidade de São Paulo**, v. 90, n. 0, p. 245, 1 jan. 1995. DOI 10.11606/issn.2318-8235.v90i0p245-251. Disponível em: <http://www.revistas.usp.br/rfdusp/article/view/67296>. Acesso em: 17 abr. 2021.

FERREIRINHA, Isabella Maria Nunes; RAITZ, Tânia Regina. As relações de poder em Michel Foucault: reflexões teóricas. **Revista de Administração Pública**, v. 44, n. 2, p. 367–383, abr. 2010. DOI 10.1590/S0034-76122010000200008. Disponível em:

http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-76122010000200008&lng=pt&tlng=pt. Acesso em: 5 dez. 2021.

FLEURY, Sonia. Democracia, descentralização e desenvolvimento. *In*: FLEURY, Sonia (org.). **Democracia, descentralização e desenvolvimento: Brasil e Espanha**. 1. ed. Rio de Janeiro: Editora FGV, 2006. p. 23–75.

FLEURY, Sonia. Desigualdades injustas: o contradireito à saúde. **Psicologia & Sociedade**, v. 23, n. spe, p. 45–52, 2011. DOI 10.1590/S0102-71822011000400007. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-71822011000400007&lng=pt&tlng=pt. Acesso em: 1 out. 2021.

FLEURY, Sonia; OUVÉRY, Assis Mafort. **Gestão de redes: a estratégia de regionalização da política de saúde**. Rio de Janeiro: FGV, 2007.

FOUCAULT, Michel. **Microfísica do Poder**. [S. l.: s. n.], 1979. Disponível em: https://www.nodo50.org/insurgentes/biblioteca/A_Microfisica_do_Poder_-_Michel_Foucault.pdf. Acesso em: 5 dez. 2021.

GARCIA, Liliana Bueno dos Reis. A ideologia e o poder disciplinar como formas de dominação. **Trans/Form/Ação**, v. 11, n. 0, p. 53–59, dez. 1988. DOI 10.1590/S0101-31731988000100007. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-31731988000100007&lng=pt&tlng=pt. Acesso em: 19 abr. 2021.

GOHN. **Educação não-formal e cultura política**. São Paulo: Cortez, 2007.

GOHN. **Educação não-formal e cultura política: impactos sobre o associativismo do terceiro setor**. 3. ed. São Paulo: Cortez, 2005(Coleção Questões da Nossa Época).

GOHN. **Movimentos sociais e educação**. São Paulo: Cortez, 1992(Coleção Questões da Nossa Época).

GOHN. Movimentos sociais na contemporaneidade. v. 16, n. 47, p. 333–361, 2011. .

GOHN. **Teorias dos movimentos sociais: paradigmas clássicos e contemporâneos**. São Paulo, SP: Edições Loyola, 1997.

GOHN, Maria da Glória. 500 anos de lutas sociais no Brasil: movimentos sociais, ONGs e terceiro setor. **Mediações - Revista de Ciências Sociais**, v. 5, n. 1, p. 11, 15 jul. 2000. DOI 10.5433/2176-6665.2000v5n1p11. Disponível em: <http://www.uel.br/revistas/uel/index.php/mediacoes/article/view/9194>. Acesso em: 5 set. 2021.

HARMAN, Grant. Intergovernmental Relations: Federal Systems. *Encyclopedia of Government and Politics*. , p. 336–350, 1992. .

HUERTAS, Franco. **Entrevista com Matus: o método PES**. São Paulo: FUNDAP, 1996.

LIJPHART, Arend. **Patterns of democracy: government forms and performance in thirty-six countries**. 2nd ed. New Haven: Yale University Press, 2012.

LIMA, Luciana Dias de. **Condicionantes da regionalização da saúde no Brasil: desafios e recomendações para o planejamento e a gestão territorial do SUS no horizonte dos próximos 20 Anos.** [S. l.]: Fiocruz/Ministério da Saúde, 2015. Disponível em: <http://saudeamanha.fiocruz.br/>. Acesso em: 14 nov. 2021.

LIMA, Luciana Dias de. Federalismo fiscal e financiamento descentralizado do SUS: balanço de uma década expandida. **Trabalho, Educação e Saúde**, v. 6, n. 3, p. 573–598, 2008. DOI 10.1590/S1981-77462008000300010. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1981-77462008000300010&lng=pt&tlng=pt. Acesso em: 13 jun. 2021.

LIMA, Luciana Dias de; ANDRADE, Carla Lourenço Tavares de. Condições de financiamento em saúde nos grandes municípios do Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 25, n. 10, p. 2237–2248, out. 2009. DOI 10.1590/S0102-311X2009001000014. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2009001000014&tlng=pt. Acesso em: 1 out. 2021.

LOUVISON, Marília Cristina Prado. Regionalização dos sistemas de saúde como resposta às desigualdades territoriais: um debate necessário. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 35, n. suppl 2, p. e00116019, 2019. DOI 10.1590/0102-311x00116019. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2019000800404&tlng=pt. Acesso em: 4 abr. 2021.

MARTINS, Joel; BICUDO, Maria Aparecida. **A pesquisa qualitativa em Psicologia. Fundamentos e recursos básicos.** 1. ed. São Paulo: Ed. Moraes, 1989.

MATUS, Carlos Ruomo. **A teoria do jogo social.** São Paulo: Fundap, 2005.

MELLO, Guilherme Arantes; DEMARZO, Marcelo; VIANA, Ana Luiza D'Ávila. O conceito de regionalização do Sistema Único de Saúde e seu tempo histórico. **História, Ciências, Saúde-Manguinhos**, v. 26, n. 4, p. 1139–1150, dez. 2019. DOI 10.1590/s0104-59702019000400006. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-59702019000401139&tlng=pt. Acesso em: 8 maio 2021.

MELUCCI, Alberto. **A invenção do presente: movimentos sociais nas sociedades complexas.** 1. ed. [S. l.]: Vozes, 2001.

MELUCCI, Alberto. Um objetivo para os movimentos sociais? **Lua Nova: Revista de Cultura e Política**, n. 17, p. 49–66, jun. 1989. DOI 10.1590/S0102-64451989000200004. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-64451989000200004&lng=pt&tlng=pt. Acesso em: 30 jun. 2021.

MENDES, Áquilas; CARNUT, Leonardo. Crise do capital, estado e neofascismo: Bolsonaro, saúde pública e atenção primária. , p. 37, 2020. .

MENDONÇA, Fernanda Freitas; ANDRADE, Silvia Karla Azevedo Vieira. Consórcio Público de Saúde como arranjo para relação federativa e o processo de regionalização. **Redes**, v. 23, n. 3, p. 206, 12 set. 2018. DOI 10.17058/redes.v23i3.12216. Disponível

em: <https://online.unisc.br/seer/index.php/redes/article/view/12216>. Acesso em: 8 maio 2021.

MERHY, Emerson Elias. Em busca do tempo perdido: a micropolítica do Trabalho Vivo em saúde. *In*: MERHY, Emerson Elias; ONOCKO, Rosana (orgs.). **Agir em saúde: um desafio para o público**. São Paulo: HUCITEC, 1997. p. 71–112.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 14. ed. [S. l.]: HUCITEC, 2014.

NICOLETTO, Sônia Cristina Stefano. **As comissões intergestores regionais e a gestão inefederativa no norte do Paraná, 2011 a 2013**. 2015. 182 f. 2015.

OBINGER, Herbert; LEIBFRIED, Stephan; CASTLES, Francis G. **Federalism and the Welfare State: New World and European Experiences**. Cambridge: Cambridge University Press, 2005.

PAIM, Jairnilson Silva. **Reforma Sanitária Brasileira: Contribuição para a Compreensão e Crítica**. Rio de Janeiro; São Paulo: Editora FIOCRUZ [Imprint] Fundação Oswaldo Cruz SciELO [distribuidor, 2008. Disponível em: <http://books.scielo.org/id/4ndgv>. Acesso em: 1 out. 2021.

PALMIERI, Marilícia Witzler Antunes; BRANCO, Angela Uchoa. Cooperação, competição e individualismo em uma perspectiva sócio-cultural construtivista. **Psicologia: Reflexão e Crítica**, v. 17, n. 2, p. 189–198, 2004. DOI 10.1590/S0102-79722004000200007. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-79722004000200007&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt. Acesso em: 14 mar. 2021.

PEREIRA, Adelyne Maria Mendes; LIMA, Luciana Dias de; MACHADO, Cristiani Vieira. Descentralização e regionalização da política de saúde: abordagem histórico-comparada entre o Brasil e a Espanha. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 23, n. 7, p. 2239–2252, jul. 2018. DOI 10.1590/1413-81232018237.08922018. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232018000702239&lng=pt&tlng=pt. Acesso em: 14 mar. 2021.

PEREIRA, Adelyne Maria Mendes; LIMA, Luciana Dias de; MACHADO, Cristiani Vieira; FREIRE, José Manuel. Descentralização e regionalização em saúde na Espanha: trajetórias, características e condicionantes. **Saúde em Debate**, v. 39, n. spe, p. 11–27, 1 dez. 2015. DOI 10.5935/0103-1104.2015S005410. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042015000500011&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 14 mar. 2021.

PEREIRA NETO, Luiz Gonzaga. A teoria da federação e o estado federal brasileiro. **REVISTA DA AGU**, v. 5, n. 10, 30 ago. 2006. DOI 10.25109/2525-328X.v.5.n.10.2006.437. Disponível em: <https://seer.agu.gov.br/index.php/AGU/article/view/437>. Acesso em: 14 mar. 2021.

PONTES, Beatriz Maria Soares. Região e regionalização no contexto da globalização: a região sob diferentes óticas, no contexto do método dialético. **Dossiê Ensino da sociologia do Brasil**, v. 8, n. 2, p. 489–499, 2007. .

PRUD'HOMME, Remy. The dangers of decentralization. **The World Bank Research Observer**, v. 10, n. 2, p. 20, 1995. .

QUINTILIANO, Leonardo David. **Autonomia federativa: delimitação no direito constitucional brasileiro**. 2012. Doutorado em Direito do Estado – Universidade de São Paulo, São Paulo, 2012. DOI 10.11606/T.2.2012.tde-26082013-162030. Disponível em: <http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/2/2134/tde-26082013-162030/>. Acesso em: 2 abr. 2021.

REIS, Ademar Arthur Chioro dos; SÓTER, Ana Paula Menezes; FURTADO, Lumena Almeida Castro; PEREIRA, Silvana Souza da Silva. Reflexões para a construção de uma regionalização viva. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 22, n. 4, p. 1045–1054, abr. 2017. DOI 10.1590/1413-81232017224.26552016. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232017002401045&lng=pt&tlng=pt. Acesso em: 24 set. 2021.

ROVIRA, Enoch Albertí. **Federalismo y cooperación en la republica federal alemania**. [S. l.: s. n.], 1986.

SCHIO, Sônia Maria. Hannah Arendt: o mal banal e o julgar. **Veritas (Porto Alegre)**, v. 56, n. 1, 30 abr. 2011. DOI 10.15448/1984-6746.2011.1.9297. Disponível em: <http://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/veritas/article/view/9297>. Acesso em: 14 mar. 2021.

SEGATO, Rita Laura. Antropologia e direitos humanos: alteridade e ética no movimento de expansão dos direitos universais. **Mana**, v. 12, n. 1, p. 207–236, abr. 2006. DOI 10.1590/S0104-93132006000100008. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-93132006000100008&lng=pt&tlng=pt. Acesso em: 10 abr. 2021.

SERRANO, Pedro Estevam Alves Pinto; MAGANE, Renata Possi. A governabilidade de exceção permanente e a política neoliberal de gestão dos indesejáveis no Brasil. **Revista de Investigações Constitucionais**, v. 7, n. 2, p. 517, 31 out. 2020. DOI 10.5380/rinc.v7i2.67686. Disponível em: <https://revistas.ufpr.br/rinc/article/view/67686>. Acesso em: 5 set. 2021.

SILVA; ANDRADE, Silvia Karla Azevedo Vieira; CARVALHO, Brígida Gimenez; DOMINGOS, Carolina Milena. A ação coletiva e a cooperação no Sistema Único de Saúde. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 30, n. 3, p. e300329, 2020. DOI 10.1590/s0103-73312020300329. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312020000300611&tlng=pt. Acesso em: 13 mar. 2021.

SILVA, Vitor Emanuel Dias da. **O Totalitarismo em Hannah Arendt**. 2010. Universidade do Porto, 2010.

SOUSA, K.M.; SILVA, N.F. O Conceito de Dispositivo em Foucault: A Emergência Histórica do Dispositivo do Desenvolvimento Sustentável e a Construção das Subjetividades. **Revista Scripta Uniandrade**, v. 11, n. 1, p. 85–107, 30 jun. 2013. DOI 10.18305/1679-5520/scripta.uniandrade.v11n1p85-107. Disponível em: <http://www.bibliotekevvirtual.org/index.php/2013-02-07-03-02-35/2013-02-07-03-03->

11/1098-scripta-uniandrade/v11n01/10863-o-conceito-de-dispositivo-em-foucault-a-emergencia-historica-do-dispositivo-do-desenvolvimento-sustentavel-e-a-construcao-das-subjetividades.html. Acesso em: 5 dez. 2021.

SOUZA, Celina. Federalismo, desenho constitucional e instituições federativas no Brasil pós-1988. , p. 19, 2005. .

SROUR, Robert Henry. **Poder, cultura e ética nas organizações**. 8. ed. Rio de Janeiro: Campus, 1998.

THIOLLENT, Michel. **Metodologia da pesquisa-ação**. 18. ed. São Paulo: Cortez, 2018.

VIANA, Ana Luiza d'Ávila; IOZZI, Fabíola Lana. Desigualdades no centro do debate. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 35, n. suppl 2, p. e00163619, 2019. DOI 10.1590/0102-311x00163619. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2019000800408&tlng=pt. Acesso em: 1 out. 2021.

VIANA, Ana Luiza d'Ávila; MACHADO, Cristiani Vieira. Descentralização e coordenação federativa: a experiência brasileira na saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 14, n. 3, p. 807–817, jun. 2009. DOI 10.1590/S1413-81232009000300016. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232009000300016&lng=pt&tlng=pt. Acesso em: 20 jun. 2021.

VIEIRA, Paulo Reis. Em busca de uma teoria de descentralização. **Revista de Administração Pública**, v. 46, n. 5, p. 1409–1425, out. 2012. DOI 10.1590/S0034-76122012000500011. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-76122012000500011&lng=pt&tlng=pt. Acesso em: 14 mar. 2021.

WAGNER, Gastão. Efeitos paradoxais da descentralização do Sistema Único de Saúde do Brasil. In: FLEURY, Sonia (org.). **Democracia, descentralização e desenvolvimento: Brasil e Espanha**. Rio de Janeiro: Editora FGV, 2006. p. 417–442.

APÊNDICES

- Apêndice 1 Mapeamento de Municípios da MRN por estratificação segundo referências
- Apêndice 2 Roteiro, programação e situação-problema do encontro do Curso de Extensão Progestão do GestSUS – Oficina regionalização
- Apêndice 3 Texto de apoio para a Coleta Inicial
- Apêndice 4 Roteiros de Entrevistas
- Apêndice 5 Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) – Progestão
- Apêndice 6 Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) – Remoto
- Apêndice 7 Questionário para Identificação dos Entrevistados
- Apêndice 8 Termo de Autorização de Uso de Dados
- Apêndice 9 Roteiro da Oficina de Interposição
- Apêndice 10 Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) – Oficina de Interposição

Apêndice 1 – Mapeamento de Municípios da MRN por estratificação segundo referências

Município	Referência IBGE	Referência CIB		Referência ACISPAR					Referência AMP			
	Base pop.	MR	RS CIR	CISVIR	CIS/vaiporã	CISMENPAR	CISNOP	CISNORPI	AMUVI	AMEPAR	AMUNOP	AMUNORPI
1 Abatia	7.457	MRN	18ª RS				x					x
2 Alvorada do Sul	11.406	MRN	17ª RS			x				x		
3 Andaraí	20.031	MRN	18ª RS				x					x
4 Apucarana	134.996	MRN	16ª RS	x					x			
5 Arapongas	123.027	MRN	16ª RS	x						x		
6 Arapuã	3.068	MRN	22ª RS		x				x			
7 Ariranha do Ivaí	2.108	MRN	22ª RS		x				x			
8 Assaí	15.119	MRN	17ª RS			x					x	
9 Bandeirantes	31.367	MRN	18ª RS				x				x	
10 Barra do Jacaré	2.781	MRN	19ª RS					x				x
11 Bela Vista do Paraíso	15.397	MRN	17ª RS			x				x		
12 Bom Sucesso	7.032	MRN	16ª RS	x					x			
13 Borrazópolis	6.592	MRN	16ª RS	x					x			
14 Cafeara	2.934	MRN	17ª RS			x				x		
15 Califórnia	8.570	MRN	16ª RS	x					x			
16 Cambará	25.360	MRN	19ª RS					x				x
17 Cambé	106.533	MRN	17ª RS			x				x		
18 Cambira	7.865	MRN	16ª RS	x					x			
19 Cândido de Abreu	15.018	MRN	22ª RS		x							
20 Carlópolis	14.320	MRN	19ª RS					x				x
21 Centenário do Sul	10.827	MRN	17ª RS			x				x		
22 Congonhinhas	8.818	MRN	18ª RS				x				x	
23 Conselheiro Mairinck	3.860	MRN	19ª RS					x				x
24 Cornélio Procopio	47.845	MRN	18ª RS				x				x	
25 Cruzmaltina	2.950	MRN	22ª RS		x				x			
26 Faxinal	17.251	MRN	16ª RS	x					x			
27 Figueira	7.770	MRN	19ª RS					x				x
28 Florestópolis	10.548	MRN	17ª RS			x				x		
29 Godoy Moreira	2.946	MRN	22ª RS		x				x			
30 Grandes Rios	5.618	MRN	16ª RS	x					x			
31 Guapirama	3.802	MRN	19ª RS					x				x
32 Guaraci	5.502	MRN	17ª RS			x				x		
33 Ibaiti	31.364	MRN	19ª RS					x				x
34 Ibioporã	54.558	MRN	17ª RS			x				x		
35 Itambaraca	6.582	MRN	18ª RS				x				x	
36 Ivaiporã	31.984	MRN	22ª RS		x				x			
37 Jaboti	5.274	MRN	19ª RS					x				x
38 Jacarezinho	39.378	MRN	19ª RS					x				x
39 Jaguapitã	13.620	MRN	17ª RS			x				x		
40 Jandaia do Sul	21.176	MRN	16ª RS	x					x			
41 Japira	4.994	MRN	19ª RS					x				x
42 Jardim Alegre	11.328	MRN	22ª RS		x				x			
43 Jataizinho	12.588	MRN	17ª RS			x				x		
44 Joaquim Távora	11.908	MRN	19ª RS					x				x
45 Jundiá do Sul	3.292	MRN	19ª RS					x				x
46 Kaloré	4.100	MRN	16ª RS	x					x			
47 Leopoldina	3.954	MRN	18ª RS				x				x	
48 Lidianópolis	3.310	MRN	22ª RS		x				x			
49 Londrina	569.733	MRN	17ª RS			x				x		
50 Lunardelli	4.794	MRN	22ª RS		x				x			
51 Lupionópolis	4.920	MRN	17ª RS			x				x		
52 Manoel Ribas	13.502	MRN	22ª RS		x							
53 Marilândia do Sul	8.836	MRN	16ª RS	x					x			
54 Marumbi	4.679	MRN	16ª RS	x					x			
55 Mato Rico	3.272	MRN	22ª RS		x							
56 Mauá da Serra	10.601	MRN	16ª RS	x					x			
57 Miraselva	1.806	MRN	17ª RS			x				x		
58 Nova America da Colina	3.445	MRN	18ª RS				x				x	
59 Nova Fátima	8.153	MRN	18ª RS				x				x	
60 Nova Santa Barbara	4.249	MRN	18ª RS				x				x	
61 Nova Tebas	5.649	MRN	22ª RS		x							

Município	Referência IBGE	Referência CIB		Referência ACISPAR					Referência AMP			
	Base pop.	MR	RS CIR	CISVIR	CISvaiporã	CISMEPAR	CISNOP	CISNORPI	AMUVI	AMEPAR	AMUNOP	AMUNORPI
62 Novo Itacolomi	2.844	MRN	16ª RS	x					x			
63 Pinhalão	6.326	MRN	19ª RS					x				x
64 Pitangueiras	3.224	MRN	17ª RS			x				x		
65 Porecatu	12.914	MRN	17ª RS			x				x		
66 Prado Ferreira	3.753	MRN	17ª RS			x				x		
67 Primeiro de Maio	11.123	MRN	17ª RS			x				x		
68 Quatigua	7.449	MRN	19ª RS					x				x
69 Rancho Alegre	3.808	MRN	18ª RS				x				x	
70 Ribeirão Claro	10.668	MRN	19ª RS					x				x
71 Ribeirão do Pinhal	13.029	MRN	18ª RS				x					x
72 Rio Bom	3.203	MRN	16ª RS	x					x			
73 Rio Branco do Ivaí	4.096	MRN	22ª RS		x				x			
74 Rolândia	66.580	MRN	17ª RS			x				x		
75 Rosário do Ivaí	4.786	MRN	22ª RS	x	x				x			
76 Sabáudia	6.827	MRN	16ª RS	x						x		
77 Salto Itararé	4.935	MRN	19ª RS					x				x
78 Santa Amélia	3.324	MRN	18ª RS				x				x	
79 Santa Cecília do Pavão	3.334	MRN	18ª RS				x				x	
80 Santa Maria do Oeste	9.615	MRN	22ª RS		x							
81 Santa Mariana	11.724	MRN	18ª RS				x				x	
82 Santana do Itararé	4.992	MRN	19ª RS					x				x
83 Santo Antonio da Platina	45.993	MRN	19ª RS					x				x
84 Santo Antonio do Paraíso	2.106	MRN	18ª RS				x				x	
85 São Jerônimo da Serra	11.170	MRN	18ª RS				x				x	
86 São João do Ivaí	10.219	MRN	22ª RS		x				x			
87 São Jose da Boa Vista	6.206	MRN	19ª RS					x				x
88 São Pedro do Ivaí	10.981	MRN	16ª RS	x					x			
89 São Sebastião da Amoreira	8.853	MRN	18ª RS				x				x	
90 Sapopema	6.736	MRN	18ª RS				x				x	
91 Sertaneja	5.284	MRN	18ª RS				x				x	
92 Sertãoópolis	16.369	MRN	17ª RS			x				x		
93 Siqueira Campos	21.016	MRN	19ª RS					x				x
94 Tamarana	14.797	MRN	17ª RS			x				x		
95 Tomazina	7.918	MRN	19ª RS					x				x
96 Uraí	11.314	MRN	18ª RS				x				x	
97 Wenceslau Braz	19.414	MRN	19ª RS					x				x
Base populacional total e Número de Municípios por Referência	1.988.697			18	16	21	21	22	26	22	19	25

Fonte: elaborado pela autora

Nota: O quadro não considera o município de Curiúva, que pertence à 21ª RS e Macrorregião Leste, na Referência CIB e é parte da AMUNORPI pela referência AMP.

Apêndice 2 – Roteiro, programação e situação-problema da oficina de regionalização do Curso de Extensão Progestão do GestSUS

PROGRAMA DE QUALIFICAÇÃO E APOIO ÀS EQUIPES MUNICIPAIS DE GESTÃO E PLANEJAMENTO E GESTÃO DA 16ª E 17ª REGIONAL DE SAÚDE

ROTEIRO E PROGRAMAÇÃO

1º momento (30 min)

- Solicitar que os participantes destaquem o que chamou a atenção no texto OS DESAFIOS DO SER GESTOR (Capítulo 6 do livro – Gestão da Saúde em Pequenos Municípios – O caso do Norte do Paraná).

- Discutir as dimensões (técnica e política) relacionadas ao papel do gestor na saúde

OBS – O texto será enviado previamente aos participantes

2º momento – Abertura do tema Regionalização (30 min)

Questões norteadoras

Como os desafios da gestão se relacionam com o processo de regionalização?

Qual sua compreensão sobre regionalização?

Pedir que registrem em um papel e depois socializem seus conhecimentos

OBS – o grupo mediador deve sistematizar os conteúdos

3º momento (60 min) – Apresentação do caso disparador

Leitura e discussão do caso disparador em pequenos grupos (de cinco pessoas).

Intervalo (15 min)

4º momento (45 min) - Leitura do texto

Leitura do texto Regionalização como Prática na Relação Federativa em pequenos grupos (de cinco pessoas)

- Como o texto contribui para o enfrentamento dos problemas apresentados no caso.

5º momento (60 min) - Síntese dos grupos

Apresentação das síntese dos grupos

O grupo mediador deve coordenar esse momento

Momento de dispersão

Como o texto contribui para o enfrentamento de seus problemas de gestão?

Quais dificuldades você percebe para a operacionalização da regionalização?

O que você sugere para o enfrentamento dessas necessidades?

PROGRAMA DE QUALIFICAÇÃO E APOIO ÀS EQUIPES MUNICIPAIS DE GESTÃO E PLANEJAMENTO E GESTÃO DA 16ª E 17ª REGIONAL DE SAÚDE

SITUAÇÃO PROBLEMA

Roseli está em seu segundo ano como gestora de saúde do município de Joá. Este município conta com 17.000 mil habitantes, possui 3 UBS, 5 ESF, um HPP com ocupação média de 30% dos leitos/mês. Joá está em uma região de saúde denominada de Leônício José, a qual abrange 23 municípios e uma população total de 600.000 habitantes. As consultas especializadas de Joá são realizadas pelo centro de especialidade do consórcio intermunicipal e na policlínica do município.

Roseli estava na reunião do CRESEMS no município vizinho, quando recebeu uma ligação do agendador que disse necessitar marcar uma consulta com o reumatologista para Dona Maria, pois, a situação de saúde havia se agravado muito, entretanto, não haviam consultas disponíveis. Nas referências pactuadas Roseli aproveitou o momento do café da reunião para discutir o problema com os demais colegas, iniciando um debate com vários questionamentos:

- O município de gestão plena era responsável por ofertar a consulta extra?
- A oferta pactuada é respeitada?
- Como distribuir melhor a oferta entre os municípios?
- Quais instrumentos poderiam colaborar para a organização integrada dos serviços?
- O que pode ser construído no âmbito regional pelos gestores?
- Qual o recurso físico e financeiro disponível na região e como ele é aplicado?
- Quais atores que participam do acompanhamento da contratualização?

Durante o debate o apoiador do COSEMS pediu a fala e lembrou que no histórico de construção do SUS surgiram várias normativas na década de 1990 que regulamentaram o processo de descentralização do SUS para os municípios. Somente 10 anos depois iniciaram-se as discussões sobre o processo de regionalização.

O apoiador lembrou instrumentos recentes que regulamentam a relação federativa. Todas essas normativas causaram grande preocupação entre os presentes e o problema apresentado pela Roseli tornou-se pauta para a próxima reunião.

Apêndice 3 – Texto de apoio



OFICINA 1: SER GESTOR E REGIONALIZAÇÃO

TEXTO DE APOIO – A REGIONALIZAÇÃO COMO PRÁTICA NA RELAÇÃO FEDERATIVA¹

Diante do processo de redemocratização no país, com o advento do Sistema Único de Saúde (SUS), propõe-se a partir da Constituição Federal de 1988, uma nova conformação descentralizada e regionalizada da gestão em saúde, cabendo ao ente municipal as maiores responsabilidades na administração dos serviços e ações de saúde¹.

Apesar dos avanços trazidos pela municipalização, o aumento das responsabilidades e do ônus conferidos a gestão municipal apontam para a fragilidade na regionalização e no esgotamento potencial das iniciativas individuais dos municípios na organização do sistema de saúde. Além disso, a dualidade que se estabeleceu entre as normas e os territórios no processo de regionalização distanciou a concretização desse processo, uma vez nem todas as normativas são adequadas a todos os territórios, o quais apresentam configurações heterogêneas².

Esses problemas relativos ao processo de regionalização, ressaltam a necessidade de adotar e potencializar mecanismos de cooperação entre os municípios, as quais ocorrem, sobretudo, por em meio às Relações Federativas. A Relação Federativa é um elemento potencial para fomentar a Regionalização, o que requer a aplicação de instrumentos para seu fortalecimento, no intuito de cumprir com a sua efetivação.

Para Viana³ um dos fatores mais relevantes a partir da formação do sistema de saúde foi a estruturação de um tipo específico de relacionamento entre as esferas de gestão, tendo em vista a necessidade de integração, articulação e regionalização das ações e serviços.

A Regionalização, prevista na Constituição Federal e no arcabouço legal e normativo do SUS apresenta extrema relevância no fortalecimento no planejamento e na gestão pública de saúde no país e subsidia a construção de uma

¹ Texto elaborado por: GESTSUS. Grupo de Pesquisa em Gestão do SUS da Universidade Estadual de Londrina.



identidade regional, por meio do planejamento ascendente e da gestão solidária e cooperativa nas regiões de saúde.

A partir da compreensão acerca da Relação Federativa e do processo de Regionalização na trajetória de construção do SUS, toma-se imperativo compreender quais conceitos podem ser utilizados no contexto das relações federativas para contribuir com o fortalecimento regional. Para tanto, será apresentado o conceito de Ação Coletiva.

AÇÃO COLETIVA COMO FERRAMENTA PARA PROCESSO DE REGIONALIZAÇÃO

A ação coletiva é um conceito pelo qual é possível contribuir para a compreensão das relações federativas, da Regionalização e também dos mecanismos de cooperação. Para abordá-la, é importante apontar para as contribuições dos autores que subsidiam as reflexões sobre o tema. Dentre eles, destacam-se Alberto Melucci⁴ (1943-2001) e Maria da Glória Gohn⁵.

O conceito de ação coletiva para Melucci⁴ é desenvolvido por meio da Teoria dos Novos Movimentos Sociais (TNMS), sendo sua motivação não embasada em interesses economicista e utilitarista. Os sujeitos passam a lutar não pelo poder ou por bens de consumo, mas são imbuídos de uma nova orientação para a ação social. Melucci⁴ ressalta que surge uma busca de outros bens imensuráveis, como a autorrealização, a solidariedade e a identidade. Em destaque à identidade coletiva, Melucci⁶ aponta que esta não é um produto de trocas, negociações, decisões e conflitos.

Gohn⁵ por sua vez, indica que a ação coletiva não é apenas a soma de vontades individuais, mas uma forma de cooperação e requer uma ação conjunta, um projeto coletivo. Deste modo, a ação coletiva relaciona-se aos movimentos sociais, podendo manifestar-se por meio de atuações em larga escala ou de forma menos visível, através da organização e comunicação entre grupos⁷.

Diante do exposto acerca dos conceitos e nuances da ação coletiva e sua conceituação diante dos interesses individuais ou coletivos, é possível perceber que



esse tema impulsiona as reflexões acerca das relações federativas, tendo em vista o posicionamento dos atores sociais atuantes no âmbito do planejamento e da gestão em saúde.

Com isso, a ação coletiva apresenta-se como um fenômeno essencial a ser posicionado no âmbito das Relações Federativas, sobretudo diante da proposta de identificação, análise e socialização de estratégias de cooperação entre os entes federativos. Além disso, a ação coletiva configura-se como eixo motivador para o processo decisório e de mudanças, ao qual se refere o planejamento, cabendo abordá-la sob o enfoque dos valores da solidariedade, considerados outros aspectos igualmente significativos, quais sejam: a identidade coletiva (que se vincula à territorialização e às Regiões de Saúde), a ação dos atores (sendo este um agir coletivo), a cultura (representada pelo respeito às especificidades territoriais no âmbito da gestão em saúde), as lutas cotidianas (que são as práticas, ações e instrumentos da gestão) e a ideologia (podendo surgir como pressupostos os princípios do SUS, entre outros ideais comuns).

OBSTÁCULOS A SEREM SUPERADOS NA RELAÇÃO FEDERATIVA

A ação coletiva, portanto, é uma lacuna a ser fomentada entre os gestores de saúde, uma vez percebida a necessidade de controle sob os interesses individuais, para que os interesses coletivos estejam no centro das discussões, tendo em vista que o conflito social é inevitável.

Dentre estes conflitos encontram-se diversos fatores dificultosos, quais sejam:

- a) as dificuldades na Relação Federativa entre pares no âmbito municipal;
- b) a burocratização dos instrumentos de gestão;
- c) a desvalorização dos espaços de discussão e das instâncias de deliberação;
- d) a verticalização das relações no processo decisório entre as esferas de gestão em saúde;
- e) participação e engajamento municipal incipientes no planejamento regional;
- f) territórios regionais demarcados por relações de submissão e dependência;



PROGESTÃO

PROGRAMA DE QUALIFICAÇÃO E APOIO ÀS EQUIPES
MUNICIPAIS DE PLANEJAMENTO E GESTÃO DA 16ª E 17ª RS

- g) persistência de cenários de volatilidade dos acordos na Relação Federativa;
- h) rotatividade dos atores na tomada de decisões, com descontinuidade das políticas públicas;
- i) interferência na gestão por demandas do âmbito do jogo político; entre outros.

Essas limitações são comuns em diversas Regiões de Saúde no âmbito nacional. Para que uma RS seja efetiva é necessário que os entes federativos que a compõe estabeleçam uma relação dialógica e cooperativa, renovada e crescente, superando os dificultadores ocasionados pela renovação das equipes de gestão. É a partir das relações sociais que ocorrem as articulações, trocas e compartilhar de experiências, oportunizando o planejamento e a tomada de decisões, de forma que a interação oportuniza ao gestor a concretização de seu papel⁸.

A Região de Saúde do Médio Paranapanema, que contempla 21 municípios possui cerca de um milhão de habitantes em seu sistema de saúde regional e quatro microrregiões organizadas, que compartilham também das limitações apontadas. As relações federativas nesta região se apresentam ainda de maneira incipiente se analisados os aspectos da representatividade e da integração nas instâncias de articulação regional, macrorregional e estadual, além de obstáculos no modo de exercício do poder entre os entes federados, com evidências de relações de dependência e sobredependência⁹.

No âmbito da estrutura interna, as pequenas localidades enfrentam importantes limitações para estruturar a equipe de gestão local com conhecimento acerca dos processos e instrumentos de gestão, que se mostrem envolvidos e pertencidos a esse processo. Isso, entre outras questões, por conta do grande volume de atividades, intercorrências e atualizações, nos aspectos administrativo, técnico e financeiro na gestão em saúde.

Outro aspecto a ser superado refere-se às ingerências políticas na definição das prioridades para a construção do planejamento, uma vez que os gestores municipais se ocupam de construir os instrumentos como forma de cumprir com as exigências e prazos legais e normativos, deixando que outras esferas de



gestão (estadual e federal) estabeleçam o rumo para as novas políticas de saúde, o que toma a relação federativa verticalizada.

CONSTRUINDO CENÁRIOS PARA FORTALECER O PLANEJAMENTO REGIONAL

Diante desse cenário, tendo em vista a necessidade de ressignificação da ação coletiva nas Relações Federativas e no SUS, verifica-se que existem fatores limitadores inerentes às relações sociais bastante significativos.

Além disso, há instrumentos já consolidados que podem apresentar-se como entraves na tomada de decisões, no planejamento e na organização das ações e serviços, no âmbito das regiões de saúde. Os instrumentos oferecidos aos gestores para estruturação de seu processo de planejamento e tomada de decisões tomaram-se meramente formais e pouco incentivam os gestores a uma reflexão e problematização para novos rumos.

Esses entraves, portanto, impactam diretamente no modelo de atenção e no cuidado, uma vez que estes, de acordo com Merhy¹⁰, estão decisivamente relacionados ao modo como se constrói a gestão de processos políticos, organizacionais e de trabalho. Com isso, o processo de planejamento e gestão e seus pilares estruturantes influenciam no acesso à saúde e na qualidade de vida das pessoas.

Em contribuição a esse enfoque, é preciso que sejam superados ou removidos instrumentos já consolidados, de forma que os gestores de saúde, sejam eles novos nesta trajetória de planejamento ou com vasta experiência na gestão, se vejam motivados a adotar estratégias de cooperação e vislumbrem a construção de um planejamento em saúde efetivamente ascendente, que se estruture de forma participativa e democrática, por meio de um sistema de gestão cooperativo e regionalizado.

Verifica-se que é preciso estimular e valorizar novas experiências, inclusive estar atento para quando elas emergirem no cotidiano do trabalho. Assim é possível promover aprendizado e amadurecimento reflexivo entre os atores



envolvidos na gestão municipal nas Regiões de Saúde, por meio da ação coletiva e diante da perspectiva das relações federativas, acenando para a possibilidade de construção de uma identidade territorial fortalecida, considerando suas especificidades, por meio do planejamento regional.

Neste sentido, há aspectos essenciais a serem considerados para que as relações federativas sejam fortalecidas, quais sejam, a alteridade, a solidariedade e a identidade. A alteridade é a capacidade de ver o outro como um sujeito relacional com sua singularidade, sua bagagem cultural, suas diferenças e suas subjetividades¹¹.

A alteridade permite compreender as especificidades do "ser gestor", quando é possível ver o outro pela perspectiva do eu, permitindo respeito ao outro por suas individualidades, suas necessidades, bem como o repensar de sua própria realidade, deslocando-o de suas certezas.

O segundo aspecto, a solidariedade, é um aspecto fundamental na ação coletiva e permite colocar as necessidades do outro ao lado de suas próprias necessidades. Para Melucci¹² a solidariedade é "a capacidade de os atores partilharem uma identidade coletiva, isto é, a capacidade de reconhecer e ser reconhecido como parte da mesma unidade social".

Por meio do exercício da solidariedade é possível construir uma identidade coletiva, que é o terceiro aspecto essencial para a Regionalização. A identidade é o que permitirá o diálogo aberto e a construção coletiva, o bom fluxo para estruturação de políticas públicas que venham de encontro com as necessidades da Região de Saúde. É a partir do pertencimento a uma identidade regional única que as equipes gestores encontrarão liberdade, parceria e segurança para fortalecerem a relação federativa.

Neste cenário favorecido pela alteridade, solidariedade e identidade é possível construir um cenário de encontros, favoráveis ao debate e ao compartilhar de experiências, que as equipes gestoras são empoderadas para a reflexão acerca de suas próprias práticas, para estruturar um processo de mudança rumo a novos caminhos.



PROGESTÃO
PROGRAMA DE QUALIFICAÇÃO E APOIO AS EQUIPES
MUNICIPAIS DE PLANEJAMENTO E GESTÃO DA 16ª E 17ª RS

REFERÊNCIAS

1. SILVA, JFM; CARVALHO, BG. A vigilância em saúde no âmbito municipal: revisão integrativa. *Revista de Saúde Pública do Paraná*, v.18, n.1, p. 184-195, 2017.
2. VIANA, A.L.d'Á. et al. Novas perspectivas para a regionalização da saúde. *São Paulo em Perspectiva*, São Paulo, Fundação Seade, v. 22, n. 1, p. 92-106, jan./jun. 2008.
3. VIANA, A.L. d'Á. Sistema e descentralização: a política de saúde no Estado de São Paulo nos anos 80. Tese (Doutorado em Economia) – Instituto de Economia, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 1994.
4. MELUCCI, A. Um objetivo para os movimentos sociais. *CEDEC*, nº 17, jun., pp. 49-66. . Lua Nova. São Paulo, 1989.
5. GOHN, MGM. 500 anos de lutas sociais no Brasil: movimentos sociais, ONGs e terceiro setor. *Rev. Mediações*, Londrina, v. 5, n. 1, p. 11-40, jan./jun. 2000
6. MELUCCI, A. A invenção do presente. Rio de Janeiro: Vozes, 2001. 7. COHEN, J. Strategy or Identity: New Theoretical Paradigms and Contemporary Social Movements. *Social Research*, No. 52, p. 663 - 716. Del sector informal a la economia popular. Quito, Instituto Fronesis, 1985.
8. ANDRADE, SKAV. Atuação dos gestores de saúde no âmbito da relação federativa e da ação consorciada. Dissertação de Mestrado. Programa de Pós Graduação em Saúde Coletiva. UEL. Londrina, 2018. 9. SROUR, RH. Poder, cultura e ética nas organizações. 6 ed. Rio de Janeiro: Campus, 1998.
10. MERHY, EE. Um dos grandes desafios para os gestores do SUS: apostar em novos modos de fabricar os modelos de atenção. In: MERHY, Emerson Elias et al. (Org). *O trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano*. São Paulo: Hucitec. 2004. p. 15-35.
11. BRASIL. HumanizaSUS: documento base para gestores e trabalhadores do SUS. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. Secretaria de Atenção à Saúde. Ministério da Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2008a. Disponível em: <http://scielo.br/pdf/icse/v13n31/a06v1331.pdf>. Acesso em: 20 de abril de 2017.
12. MELUCCI, A. *Challenging Codes. Collective Action in the Information Age*. Cambridge, Cambridge University Press. 1996.

Apêndice 4 – Roteiro de Entrevistas

<p>Questões para o Gestor Municipal</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Quais são as estratégias que você utiliza para o planejamento das políticas públicas em seu município? 2) Quais experiências você conhece que foram desenvolvidas por meio da integração entre municípios e que deram certo em sua região? 3) Quais são as dificuldades que você observa que existem para a organização das políticas públicas de forma regionalizada? 4) Como você acredita que poderiam ser desenvolvidas políticas públicas que viessem a atender as necessidades não somente de seu município, mas de todo o território da região?
<p>Questões para representações dos consórcios públicos de saúde</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Na sua percepção, qual o papel do Consórcio Público de Saúde? 2) Quais são as estratégias que os consórcios públicos de saúde oferecem aos gestores municipais que fortalecem ou que podem fortalecer a regionalização? 3) Quais são as dificuldades que você observa que existem para a organização das políticas públicas de forma regionalizada? 4) Como você acredita que poderiam ser desenvolvidas políticas públicas por meio do planejamento e da gestão em saúde, que viessem a atender as necessidades de toda uma região?
<p>Questões para representações de apoiadores do COSEMS</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Na sua percepção, qual o papel do Apoiador do COSEMS aos CRESEMS? 2) Quais são as estratégias que o Apoiador oferece aos gestores municipais que fortalecem ou que podem fortalecer a regionalização? 3) Quais são as dificuldades que você observa que existem para a organização das políticas públicas de forma regionalizada? 4) Como você acredita que poderiam ser desenvolvidas políticas públicas por meio do planejamento e da gestão em saúde, que viessem a atender as necessidades de toda uma região?
<p>Questões para Presidente CRESEMS</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Na sua percepção, qual o papel do CRESEMS? 2) Quais são as estratégias que o CRESEMS oferece aos gestores municipais que fortalecem ou que podem fortalecer a regionalização? 3) Quais são as dificuldades que você observa que existem para a organização das políticas públicas de forma regionalizada? 4) Como você acredita que poderiam ser desenvolvidas políticas públicas por meio do planejamento e da gestão em saúde, que viessem a atender as necessidades de toda uma região?
<p>Questões para Regional de Saúde e Estado</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Na sua percepção, qual o papel do Estado (ou da Regional de Saúde) na organização de políticas públicas? 2) Quais são as estratégias que o Estado (Regional de Saúde) oferece aos gestores municipais que fortalecem ou que podem fortalecer a regionalização? 3) Quais são as dificuldades que você observa que existem para a organização das políticas públicas de forma regionalizada? 4) Como você acredita que poderiam ser desenvolvidas políticas públicas por meio do planejamento e da gestão em saúde, que viessem a atender as necessidades de toda uma região?

Apêndice 5 – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) - Progestão

PESQUISA “AÇÃO COLETIVA E COOPERAÇÃO PARA O AVANÇO NA REGIONALIZAÇÃO: CAMINHO PARA AS RELAÇÕES FEDERATIVAS”.

Senhor (a) participante do Curso de Extensão PROGESTÃO,

O(a) Senhor(a) está sendo convidado(a) a participar da pesquisa “Ação coletiva: cooperação para o avanço da regionalização”, que está sendo realizada pela pesquisadora Sílvia Karla Azevedo Vieira Andrade, para fins de obtenção do título de doutora em saúde pública. O objetivo geral da pesquisa é compreender e propor estratégias de cooperação que favorecem a regionalização no coletivo dos municípios, contribuindo para uma nova dinâmica de Planejamento e Gestão nas Regiões de Saúde da Macrorregião Norte do Paraná. Os objetivos específicos são: a) desvelar, identificar e compreender as ações e instrumentos de cooperação por meio da Ação Coletiva existente e em potencial na Região de Saúde; b) analisar as estratégias exitosas de Planejamento Regional junto aos municípios da Região de Saúde, e; c) promover o compartilhar de saberes e estimular a adoção de estratégias de cooperação para o Planejamento e Gestão em Saúde.

Considerando a realização do curso de extensão PROGESTÃO, realizado pela 17ª Regional de Saúde em parceria com o Departamento de Saúde Coletiva da Universidade Estadual de Londrina, convidamos para participação neste estudo, por meio da autorização para entrega do material produzido no curso de extensão PROGESTÃO e também por meio de grupos focais e entrevistas, onde as falas serão gravadas, mas ao ser encerrada a pesquisa os materiais gravados e transcritos serão destruídos pelo pesquisador. Trata-se de um estudo investigativo que utiliza abordagem qualitativa.

Gostaríamos de esclarecer que sua participação é totalmente voluntária, podendo você recusar-se a participar ou mesmo desistir a qualquer momento sem que isto acarrete qualquer ônus ou prejuízo à sua pessoa. As informações serão utilizadas somente para os fins desta pesquisa e serão tratadas com o mais absoluto sigilo e confidencialidade, de modo a preservar a sua identidade. Você terá livre acesso a todas as informações e esclarecimentos adicionais sobre o estudo, enfim, tudo o que você queira saber antes, durante e depois de sua participação.

Informamos que sua participação não acarretará custos, bem como não envolve qualquer remuneração por sua participação. De igual maneira, caso ocorra algum dano decorrente da sua participação no estudo, será devidamente indenizado, conforme determina a lei.

Caso você tenha dúvidas ou necessite de maiores esclarecimentos pode contatar o orientador da pesquisa e docente da Universidade Estadual de Londrina, Dra. Fernanda Mendonça, por meio do endereço: Av. Robert Koch, 60 – Vila Operária, Londrina – Pr, ou pelos telefones: (43) 3371-2374, celular (43) (43) 99845-9842 e pelo e-mail: fernanda0683@gmail.com.

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

Sílvia Karla Azevedo Vieira Andrade
Pesquisadora Responsável

Eu, _____ (nome por extenso),
_____ (função/cargo ocupado) do município de _____
no período de _____ a _____, tendo sido
devidamente esclarecido sobre os procedimentos da pesquisa, concordo em participar voluntariamente da
pesquisa descrita acima.

Londrina, ___/___/____ Assinatura: _____

Apêndice 6 – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) – Remoto

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

“Estratégias de cooperação para a regionalização em saúde: os casos do Paraná”

Prezado(a) Senhor(a):

Gostaríamos de convidá-lo (a) para participar da pesquisa **“Estratégias de cooperação para a regionalização em saúde: os casos do Paraná”**, a ser realizada em cinco regiões de saúde no Paraná. O objetivo da pesquisa é **“formular estratégias de cooperação para a regionalização em saúde na Macrorregião Norte de Saúde do Paraná.”** Sua participação é muito importante e ela se daria da seguinte forma – entrevistas via **Google Meet** com perguntas abertas sendo esse processo gravado. **As perguntas são referentes ao processo de regionalização focando no papel das redes de atenção, nos instrumentos e estratégias de planejamento regional e parcerias público-privadas que são estabelecidos pelos gestores para a garantia do acesso aos serviços de saúde de uma determinada região.**

O acesso do participante 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.


Esclarecemos que sua participação é totalmente voluntária, podendo você: recusar-se a participar, ou mesmo desistir a qualquer momento, sem que isto acarrete qualquer ônus ou prejuízo à sua pessoa. Esclarecemos, 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 (Após o processo de análise dos dados o material gravado e transcrito será destruído).

Esclarecemos ainda, que você não pagará e nem será remunerado(a) por sua participação. Garantimos, no entanto, que todas as despesas decorrentes da pesquisa serão ressarcidas, quando devidas e decorrentes especificamente de sua participação.

Os benefícios esperados são a oportunidade de refletir sobre a prática profissional e conhecer novas estratégias de gestão do trabalho. Quanto aos riscos, **estes serão os mínimos possíveis, tendo em vista que serão respeitados todos os aspectos éticos.**

Caso você tenha dúvidas ou necessite de maiores esclarecimentos poderá nos contatar (**Fernanda de Freitas Mendonça, rua Wesley Cesar Vanzo 189, apto 1104, 30373947 998459842, fernanda0683@gmail.com**) ou procurar o Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos da Universidade Estadual de Londrina, situado junto ao LABESC – Laboratório Escola, no Campus Universitário, telefone 3371-5455, e-mail: cep268@uel.br.

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



Pesquisador Responsável
RG: 8291311-4

Londrina, 09 de janeiro de 2019

(NOME POR EXTENSO DO PARTICIPANTE DA PESQUISA), tendo sido devidamente esclarecido sobre os procedimentos da pesquisa, concordo em participar **voluntariamente** da pesquisa descrita acima.

Assinatura (ou impressão dactiloscópica): _____

Data: _____

Obs.: Caso o participante da pesquisa seja menor de idade, o texto deve estar voltado para os pais e deve ser incluído ainda, campo para assinatura do menor e do responsável.

*Termo de Consentimento Livre Esclarecido apresentado, atendendo, conforme normas da Resolução 466/2012 de 12 de dezembro de 2012.

Apêndice 7 – Questionário para Identificação dos Entrevistados

Nome: _____

DN: ____/____/____ RG: _____ CPF: _____

Naturalidade: _____

Cargo: _____ Ano de nomeação: _____

Município de atuação: _____

Escolaridade:

 () Nível Médio/Técnico – curso: _____ () Nível Superior – curso: _____ () Especialização – curso: _____ () Mestrado - programa: _____ () Doutorado/Pós Doutorado – programa: _____

Declaro ser a expressão da verdade.

_____, ____/____/____ (local e data)

(assinatura)

Apêndice 8 – Termo de Autorização de Uso de Dados

Termo de Consentimento e Autorização de Uso de Dados - Fórum Regional de Saúde

Título do Subprojeto: AÇÃO COLETIVA E COOPERAÇÃO NA RELAÇÃO FEDERATIVA COMO ESTRATÉGIA PARA A REGIONALIZAÇÃO EM SAÚDE

Prezado (a) Senhor (a), O(a) Senhor(a) está sendo convidado(a) a participar da pesquisa “AÇÃO COLETIVA E COOPERAÇÃO NA RELAÇÃO FEDERATIVA COMO ESTRATÉGIA PARA A REGIONALIZAÇÃO EM SAÚDE”, que está sendo realizada pela pesquisadora Silvia Karla Azevedo Vieira Andrade, para fins de obtenção do título de doutora em saúde pública. O objetivo geral da pesquisa é Compreender e propor as estratégias de ação coletiva que favorecem a regionalização no âmbito das relações federativas. Os objetivos específicos são: a) identificar as ações, instrumentos e estratégias de cooperação por meio da ação coletiva existentes e em potencial para as políticas públicas de saúde no território regional; b) analisar os limitadores e as estratégias para ação coletiva que impactam no planejamento regional em saúde entre os entes municipais; c) promover o compartilhar de saberes e estimular a adoção de estratégias de cooperação para o planejamento e gestão em saúde. Em caso de seu consentimento, diante do cargo ocupado, sua participação se dará por meio da autorização para uso de dados referentes às memórias de reunião do Fórum Regional de Saúde no exercício de 2021 a partir da propositiva da pesquisadora e estruturado formalmente por meio de uma ação compartilhada entre a 17ª Regional de Saúde, Cismepar, CRESEMS e Escritório Regional da Casa Civil do Paraná, além de demais apoiadores, tendo como objetivo a estruturação de um espaço dialógico entre os Prefeitos e Gestores de Saúde para discussões pertinentes ao sistema de saúde da região, prioridades e situações cotidianas ou conflitivas. As memórias de reuniões referem-se ao primeiro semestre de 2021. Esclarecemos que sua participação é totalmente voluntária, podendo você recusar-se a autorizar o uso de dados sem que isto acarrete qualquer ônus ou prejuízo à sua pessoa. As informações serão utilizadas somente para os fins desta pesquisa e serão tratadas com o mais

absoluto sigilo e confidencialidade, de modo a preservar a sua identidade. Você terá livre acesso a todas as informações e esclarecimentos adicionais sobre o estudo, enfim, tudo o que você queira saber antes, durante e depois de sua participação. Informamos que sua participação não acarretará custos, bem como não envolve qualquer remuneração por sua participação. De igual maneira, caso ocorra algum dano decorrente da sua participação no estudo, será devidamente indenizado, conforme determina a lei. Quanto aos riscos aos envolvidos, informo que a pesquisa não apresenta risco aos envolvidos, visto que todas as informações obtidas por meio de entrevistas serão tratadas com confidencialidade e sigilo. Ressaltamos que as cópias dos registros de memórias de reuniões serão destruídos após seu uso. Caso você tenha dúvidas ou necessite de maiores esclarecimentos pode contatar a pesquisadora pelo telefone 43 99991-4053 ou a orientadora da pesquisa e docente da Universidade Estadual de Londrina, Prof.^a Fernanda de Freitas Mendonça, por meio dos telefones: (43) 3371-2374, celular (43) 99845-9842 e pelo e-mail: fernanda0683@gmail.com. Este termo deverá ser acessado via Google forms, enviado por meio de um link, cujo participante opta pelo aceite ou não em apostar seu consentimento e autorização para uso dos referidos dados. Este será arquivado por um período de 5 (cinco) anos. Me sinto devidamente esclarecido (a) sobre minha participação na pesquisa e concordo em participar voluntariamente, nos termos descritos acima, assentindo com o uso dos referidos dados para fins desta pesquisa. *

Sim

Não

Apêndice 9 – Roteiro da Oficina de Interposição

Oficina de Interposição

Data:

Local:

Participantes:

- ✓ 2 Prefeitos representativos do coletivo da RS, sendo um do G17 e um do G4;
- ✓ 2 Gestores municipais representativos do coletivo da RS, sendo um do G17 e um do G4
- ✓ Apoiadores da oficina: pesquisadora, orientadora e duas discentes do programa/grupo de pesquisa

Organização:

- ✓ Momento 1 – Apresentação dos elementos de resultado das etapas diagnóstica (coleta inicial e complementar) e da etapa de imersão aos sujeitos;
- ✓ Momento 2 – Livre debate entre os participantes a partir das questões disparadoras e registros das ações apontadas pelos sujeitos junto ao plano de ação:
 - 1) Os resultados apresentados nos capítulos e seções do estudo são coerentes com a realidade vivenciada?
 - 2) Quais ações podem ser desenvolvidas a partir desses resultados para a construção de um novo caminho para a regionalização?

**Apêndice 10 – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) –
Oficina de Interposição**

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - OFICINA DE INTERPOSIÇÃO

Título do Subprojeto: AÇÃO COLETIVA E COOPERAÇÃO: POR UMA NOVA REGIONALIZAÇÃO NO SUS

Prezado (a) Senhor (a), O(a) Senhor(a) está sendo convidado(a) a participar da pesquisa “AÇÃO COLETIVA E COOPERAÇÃO: POR UMA NOVA REGIONALIZAÇÃO NO SUS”, que está sendo realizada pela pesquisadora Silvia Karla Azevedo Vieira Andrade, para fins de obtenção do título de doutora em saúde pública. O objetivo geral da pesquisa é Compreender e propor as estratégias de ação coletiva que favorecem a regionalização no âmbito das relações federativas. Os objetivos específicos são: a) identificar as ações, instrumentos e estratégias de cooperação por meio da ação coletiva existentes e em potencial para as políticas públicas de saúde no território regional; b) analisar os limitadores e as estratégias para ação coletiva que impactam no planejamento regional em saúde entre os entes municipais; c) promover o compartilhar de saberes e estimular a adoção de estratégias de cooperação para o planejamento e gestão em saúde. Em caso de seu consentimento, diante do cargo ocupado, sua participação se dará por meio da participação na OFICINA DE INTERPOSIÇÃO que tem como objetivo a validação dos resultados e confecção de um plano de ação a partir dos elementos apresentados, que possibilite a organização de uma nova regionalização no SUS. Esclarecemos que sua participação é totalmente voluntária, podendo você recusar-se a participar ou autorizar o uso de dados referentes à sua participação a qualquer momento, sem que isto acarrete qualquer ônus ou prejuízo à sua pessoa. As informações serão utilizadas somente para os fins desta pesquisa e serão tratadas com o mais absoluto sigilo e confidencialidade, de modo a preservar a sua identidade. Você terá livre acesso a todas as informações e esclarecimentos adicionais sobre o estudo, enfim, tudo o que você queira saber antes, durante e depois de sua participação. Informamos que sua participação não acarretará custos, bem como não envolve qualquer remuneração. De igual maneira, caso ocorra

algum dano decorrente da sua participação no estudo, será devidamente indenizado, conforme determina a lei. Quanto aos riscos, informo que a pesquisa não apresenta risco aos envolvidos, visto que todas as informações obtidas por meio da oficina de interposição serão tratadas com confidencialidade e sigilo. Ressaltamos que a oficina será gravada e o áudio servirá apenas para fins de memória e será destruído após seu uso. Caso você tenha dúvidas ou necessite de maiores esclarecimentos pode contatar a pesquisadora e a orientadora da pesquisa e docente da Universidade Estadual de Londrina, Prof.^a Fernanda de Freitas Mendonça, por meio do endereço: Av. Robert Koch, 60 – Vila Operária, Londrina – Pr, ou pelos telefones: (43) 99991-4053 (Silvia Karla) ou (43) 99845-9842 (Fernanda) e pelos e-mails: silviakarla77@gmail.com e fernanda0683@gmail.com. Este termo deverá ser acessado via Google forms, enviado por meio de um link, cujo participante opta pelo aceite ou não em apostar seu consentimento e autorização para uso dos referidos dados. Este será arquivado por um período de 5 (cinco) anos. Me sinto devidamente esclarecido (a) sobre minha participação na pesquisa e concordo em participar voluntariamente, nos termos descritos acima, assentindo com o uso dos referidos dados para fins desta pesquisa. *

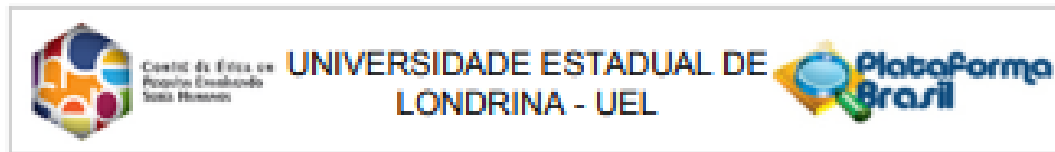
Sim

Não

ANEXOS

- Anexo 1 Parecer Consubstanciado do Comitê de Ética e Pesquisa
- Anexo 2 Emenda do parecer Consubstanciado do Comitê de Ética e Pesquisa

Anexo 1 Parecer Consubstanciado do Comitê de Ética e Pesquisa



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DA EMENDA

Título da Pesquisa: Estratégias de cooperação para a regionalização em saúde: os casos do Paraná (Brasil)

Pesquisador: Fernanda de Freitas Mendonça

Área Temática:

Versão: 5

CAAE: 04165518.2.0000.5231

Instituição Proponente: CCS - Departamento de Saúde Coletiva

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 4.074.080

Apresentação do Projeto:

Trata-se de emenda para solicitação de retirada da parte referente a Itália, pois envolvia a ida de pesquisadores do Brasil para aquela localidade e também para realização das entrevistas, via remota, online, considerando o contexto de distanciamento social.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo da emenda solicitação de exclusão de parte da realização do projeto na Itália, decorrente da necessidade de deslocamento de pesquisadores e solicitação de realização das entrevistas via remota.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Não houveram alterações de riscos e benefícios, avaliados no parecer anterior.

De acordo com o documento PB_Informações Básicas

*Riscos:

Os riscos são mínimos considerando que os sujeitos passarão apenas pelo processo de entrevista e todos os cuidados éticos serão tomados

Benefícios:

Todos os resultados estão diretamente relacionados aos objetivos de estudo. Verifica-se que a literatura atual, quando trata do processo de regionalização, apresenta em grande os limites e os desafios para que esse processo avance no contexto brasileiro. Portanto, uma das grandes

Endereço: LABESC - Sala 14

Bairro: Campus Universitário

CEP: 86.057-970

UF: PR **Município:** LONDRINA

Telefone: (43)3371-5455

E-mail: cep200@uel.br



Conselho de Ética em
Pesquisa - Universidade
Estadual de Londrina

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE
LONDRINA - UEL



Continuação do Parecer: 4.074.080

contribuições desse estudo, será apresentar arranjos regionais e de formação de trabalhadores com caráter cooperativo e de co-gestão que fortalecem o processo de regionalização.”

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Não se aplica.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Apresentou justificativa da emenda, no entanto, apresentou novo TCLE. O projeto está vigente até 31/08/2021.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

recomenda-se aprovação.

Considerações Finais a critério do CEP:

Diante do exposto, o CEP-UEL, de acordo com as atribuições definidas nas Resoluções CNS nº 466 de 2012, CNS nº 510 de 2016 e na Norma Operacional nº 001 de 2013 do CNS, manifesta-se pela aprovação da emenda do projeto de pesquisa.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMACOES_BASICAS_1548726_E1.pdf	02/06/2020 11:10:54		Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLEnovo.doc	02/06/2020 11:10:31	Fernanda de Freitas Mendonça	Aceito
Outros	termosigilo.pdf	09/01/2019 14:54:02	Fernanda de Freitas Mendonça	Aceito
Outros	Roteiro.docx	09/01/2019 14:53:14	Fernanda de Freitas Mendonça	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto.docx	09/01/2019 14:43:15	Fernanda de Freitas Mendonça	Aceito
Folha de Rosto	folhaderosito.pdf	30/11/2018 09:50:04	Fernanda de Freitas Mendonça	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	regional16.pdf	30/11/2018 08:17:23	Fernanda de Freitas Mendonça	Aceito
Declaração de Instituição e	regional22.pdf	30/11/2018 08:15:57	Fernanda de Freitas Mendonça	Aceito

Endereço: LABESC - Sala 14

Bairro: Campus Universitário

CEP: 86.057-970

UF: PR

Município: LONDRINA

Telefone: (43)3371-5455

E-mail: cep208@uel.br



Conselho da Universidade
Estadual de Londrina
Sala 14

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE
LONDRINA - UEL



Continuação do Parecer: 4.074.080

Infraestrutura	regional22.pdf	30/11/2018 08:15:57	Fernanda de Freitas Mendonça	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	regional20.pdf	30/11/2018 08:15:33	Fernanda de Freitas Mendonça	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	regional18.pdf	30/11/2018 08:15:14	Fernanda de Freitas Mendonça	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	regional17.pdf	30/11/2018 08:14:59	Fernanda de Freitas Mendonça	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	asur.pdf	30/11/2018 08:14:47	Fernanda de Freitas Mendonça	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

LONDRINA, 07 de Junho de 2020

Assinado por:

Adriana Lourenço Soares Russo
(Coordenador(a))

Endereço: LABESC - Sala 14

Bairro: Campus Universitário

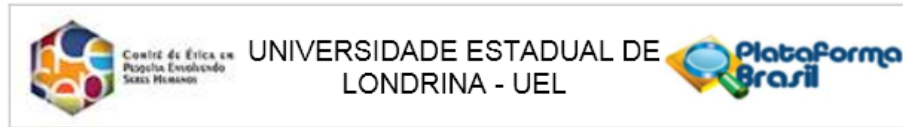
CEP: 86.057-970

UF: PR Município: LONDRINA

Telefone: (43)3371-5455

E-mail: cep208@uel.br

Anexo 2 Emenda do parecer Consubstanciado do Comitê de Ética e Pesquisa



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DA EMENDA

Título da Pesquisa: Estratégias de cooperação para a regionalização em saúde: os casos do Paraná (Brasil)

Pesquisador: Fernanda de Freitas Mendonça

Área Temática:

Versão: 5

CAAE: 04165518.2.0000.5231

Instituição Proponente: CCS - Departamento de Saúde Coletiva

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 4.074.080

Apresentação do Projeto:

Trata-se de emenda para solicitação de retirada da parte referente a Itália, pois envolvia a ida de pesquisadores do Brasil para aquela localidade e também para realização das entrevistas, via remota, online, considerando o contexto de distanciamento social.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo da emenda solicitação de exclusão de parte da realização do projeto na Itália, decorrente da necessidade de deslocamento de pesquisadores e solicitação de realização das entrevistas via remota.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Não houveram alterações de riscos e benefícios, avaliados no parecer anterior.

De acordo com o documento PB_Informações Básicas

"Riscos:

Os riscos são mínimos considerando que os sujeitos passarão apenas pelo processo de entrevista e todos os cuidados éticos serão tomados

Benefícios:

Todos os resultados estão diretamente relacionados aos objetivos de estudo. Verifica-se que a literatura atual, quando trata do processo de regionalização, apresenta em grande os limites e os desafios para que esse processo avance no contexto brasileiro. Portanto, uma das grandes

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