



**UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA
INSTITUTO DE SAÚDE COLETIVA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA
MESTRADO PROFISSIONAL EM SAÚDE COLETIVA**

NANCI NUNES SAMPAIO SALLES

**CIB-BA: CENÁRIO DE NEGOCIAÇÃO, PACTUAÇÃO E DECISÃO DA
POLÍTICA ESTADUAL DA ATENÇÃO BÁSICA**

Salvador

2014

NANCI NUNES SAMPAIO SALLES

**CIB-BA: CENÁRIO DE NEGOCIAÇÃO, PACTUAÇÃO E DECISÃO DA
POLÍTICA ESTADUAL DA ATENÇÃO BÁSICA**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação,
Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da
Bahia, como requisito para obtenção do título de Mestre
em Saúde Coletiva.

Orientador: Prof. Dr. Washington Luiz Abreu de Jesus.

Salvador

2014

Ficha Catalográfica
Elaboração Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva

S168c Salles, Nanci Nunes Sampaio.

CIB-BA: cenário de negociação, pactuação e decisão da Política Estadual da Atenção Básica. / Nanci Nunes Sampaio Salles. -- Salvador: N.N.S.Salles, 2014.

81 f.

Orientador(a): Prof^o. Dr^o. Washington Luiz Abreu de Jesus.

Dissertação (mestrado profissional) – Instituto de Saúde Coletiva. Universidade Federal da Bahia.

1. Negociação. 2. Formulação de Políticas. 3. Política de Saúde. 4. Atenção Básica. I. Título.

CDU 614.2



Universidade Federal da Bahia
Instituto de Saúde Coletiva – ISC
Programa de Pós- Graduação em Saúde Coletiva

Nanci Nunes Sampaio Salles

**"CIB-BA de Negociação, Pactuação de Decisão da Política Estadual da
Atenção Básica"**

A Comissão Examinadora abaixo assinada, aprova a Dissertação, apresentada em sessão pública ao Programa de Pós-Graduação do Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia.

Data de defesa: 14 de outubro de 2014

Banca Examinadora:

Washington Luiz Abreu de Jesus

Prof. Washington Luiz Abreu de Jesus / FAMEB/UFBA

Luciana Dias Lima

Prof. Luciana Dias Lima / ENSP/FIOCRUZ

Joana Angélica Oliveira Motesini

Prof. Joana Angélica Oliveira Motesini / UCSAL

Ana Luiza Queiroz Vilasboas

Prof. Ana Luiza Queiroz Vilasboas / ISC/UFBA

Luis Eugenio Portela Fernandes

Prof. Luis Eugenio Portela Fernandes / FIOCRUZ

Salvador
2014

Dedico este trabalho ao pai superior, Deus, criador de todas as coisas, que tem me dado sustentação em toda a minha trajetória de vida neste plano, aos meus filhos (Caio José e José Miguel) que foram a minha fonte de inspiração para a conclusão desse mestrado, ao meu companheiro (Bruno) que tem compartilhado essa vida comigo, aos meus pais (Nancy e Jorge) que me ensinaram que podia chegar até aqui.

AGRADECIMENTOS

Ao pai superior, Deus, criador de todas as coisas, mestre amado e querido Jesus e ao meu protetor espiritual, pelo caminho ensinado, amor e sustentação em toda a minha trajetória de vida nesse plano espiritual.

Aos meus filhotes (Caio José e José Miguel) que me inspiram, me fortalecem e me ensinam a cada dia a ser um ser humano melhor.

Aos meus pais (Jorge e Nancy) que sempre me impulsionaram na vida a acreditar que tenho todas as características necessárias para chegar ao lugar necessário, respeitando, entendendo e sendo parcimoniosa com aqueles que estão ao meu redor.

Ao meu companheiro (Bruno Guimarães) que tem compartilhado essa vida comigo e por ser diferente me ensina a cada dia a respeitar o limite e particularidade do olhar do outro.

A Rosimeire, minha Secretária, que cuida dos meus filhos, da minha casa e em certa medida de mim e de Bruno, figura indispensável durante estes anos nas nossas vidas e sem a qual certamente não chegaria ao final deste Mestrado com tranquilidade e compreensão de dever cumprido em outros terrenos da vida.

Aos meus irmãos (Jorge e Talita) que me acompanharam e me acompanham na minha trajetória de vida, com amor, carinho, verdade e estímulo para seguir crescendo e avançando.

A minha afilhada (Vanessa) e sobrinhos (Matheus), Carlos Henrique e Emile e minha cunhada (Elaine) por fazerem parte do meu percurso de vida e me estimularem a ser melhor a cada dia.

Aos meus familiares (tios, tias, primos e primas) que escolhi e aos que agreguei ao longo dessa vida (família de Bruno, em especial Tânia e Renato), os quais me serviram de sustentáculo por representarem para mim a extensão da minha base familiar.

Aos meus amigos de infância e vida (Conça e Clenilson), de caminhada e reflexão (Universidade – Gladys, Samantha, Joseane, Daiana, Edileide), de batalha (Fátima (minha quase co-orientadora) e Tásio) por representarem a família que escolhi e me darem todo o suporte necessário nos vários momentos de minha vida.

Aos Colegas de trabalho da CIB (Silvana, Eliana, Eliaci, Alane, André, Deivison, Sérgio, Laiane, Michele, Valdelice e todos os outros que por ali passaram) que contribuíram para as minhas reflexões sobre o processo de trabalho da CIB.

Aos colegas do Mestrado Profissional que estiveram durante estes anos do curso compartilhando saberes e experiências do cotidiano do trabalho e da vida, com destaque para Érica, Geysse, Lyz, Luciano e Lúcio que estiveram mais presentes principalmente nas atividades de equipe.

Aos professores do Mestrado Profissional que nos oportunizaram reflexões para (re)construção do nosso conhecimento resultando em um processo de aprendizado que impactou sobre o nosso processo de trabalho.

Ao Secretário Jorge Solla por ter contribuído com o seu entendimento quanto a importância do processo de qualificação para os trabalhadores em saúde construindo esta proposta de Mestrado Profissional como o Instituto de Saúde Coletiva da UFBA e dar todo o suporte necessário na trajetória do mesmo.

Ao Chefe de Gabinete e Secretário da Saúde, Washington Couto pela confiança e crédito no meu trabalho desde o início da gestão e apoio para conclusão deste projeto.

A Subsecretária Suzana Ribeiro pela compreensão da importância da minha participação e liberação para a realização deste Mestrado profissional para o processo de trabalho da CIB e por sua vez da instituição e minha como trabalhadora do SUS.

Ao meu orientador Washington Abreu que fez parte da minha trajetória profissional desde a Residência do ISC/UFBA, em Alagoinhas, como Secretário de Saúde, posteriormente como Orientador de TCC de Curso de Especialização em Gestão de Processos de Trabalho, e na SESAB desde o convite para integrar a sua equipe na Assessoria de Planejamento, como meu coordenador, à inserção na CIB, e que hoje contribui para conclusão de mais um projeto fundamental na minha vida.

Aos professores da Banca Examinadora que fizeram parte da minha trajetória profissional, Ana Luiza, desde a Graduação em Enfermagem na UFBA com suas reflexões e estímulo ao meu avanço profissional, Joana Molesini, compartilhando o objeto de trabalho Comissão Intergestores, eu na CIB e ela com a CIR, Luis Eugênio, desde a Secretaria de Saúde de Salvador quando fiz parte de sua equipe de Coordenação do PSF, a Luciana Lima, que teve o primeiro contato comigo na pesquisa realizada pela CIT/MS sobre as CIB, que me instigou a pensar na possibilidade de continuar o processo de reflexão sobre o meu trabalho e contribuíram para me impulsionar em alguma medida para chegar até aqui.

Se eu pudesse deixar algum presente a vocês,
Deixaria acesso ao sentimento de amar a vida dos seres humanos,
A consciência de aprender tudo o que foi ensinado pelo tempo afora...
Lembraria os erros que foram cometidos, para que não mais se repetissem.
A capacidade de escolher novos rumos.
Deixaria para vocês, se pudesse o respeito àquilo que é indispensável...
Além de pão, o trabalho. Além do trabalho, a ação.
E quando tudo mais faltasse, um segredo: o de buscar no interior de si mesmo a resposta e a
força para encontrar a saída.
Mahatma Gandhi

SALLES, Nanci Nunes Sampaio. CIB-BA: Cenário de Negociação, Pactuação e Decisão da Política Estadual da Atenção Básica. 84 f. il 2014. Dissertação (Mestrado Profissional) – Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2014.

RESUMO

As Comissões Intergestores Bipartite (CIB) foram instituídas com a NOB 93 para contribuir com a operacionalização do SUS. Com a sanção da Lei nº 12.466 e o Decreto nº 7508 que legalizaram a existência destas instâncias foi ratificado dentre as atribuições destas comissões, pactuar os aspectos operacionais do SUS, sendo a formulação de políticas de saúde um mecanismo possível de operacionalização deste Sistema. Entendendo a CIB como instância capaz de democratizar o processo de formulação das políticas, analisar como se deu o processo de negociação, pactuação e decisão intergestores na formulação da Política Estadual da Atenção Básica, atinente à esfera municipal, no período 2007-2013, pode proporcionar o suprimento de uma lacuna de conhecimento sobre a sua participação nesse processo. Portanto, trata-se de um Estudo descritivo, qualitativo sobre a CIB – BA, no período de 2007-2013, o qual utilizou a Análise Documental de Atas e Resoluções aprovadas nas Reuniões da CIB e reuniões do COSEMS no período supracitado. Para tanto, foi feita a análise de conteúdo destas Atas, à luz das Portarias da Atenção Básica, nas suas duas versões nacionais e a versão estadual, dos Regimentos da CIB e dos instrumentos de Planejamento – Plano Estadual de Saúde dos dois períodos. Buscou-se observar com isso como se deu o processo de negociação, pactuação e decisão da CIB para a formulação da Política da Atenção Básica, tendo como pano de fundo a Teoria do Jogo Social de Carlos Matus, identificando as situações de conflito e cooperação em momentos do processo decisório. Este estudo permitiu observar que estes momentos do processo decisório foram marcados por situações significativas de cooperação entre os representantes dos entes federados, município e estado, valendo ressaltar que tal movimento pode ter sido fruto de momentos de negociação em grupos de trabalho Bipartite e nas reuniões do COSEMS, que antecederam as reuniões da CIB. Tendo em vista as limitações do método adotado, a importância do aprofundamento da reflexão sobre os resultados apontados e a ponderação sobre os avanços da Política da Atenção Básica no Estado da Bahia, sugerimos a realização de outros estudos para maior avaliação sobre a formulação e implantação desta Política no estado, bem como, apresentamos proposta de desenvolvimento de Grupo Focal para promoção deste processo.

Palavras-chave: Negociação, Decisão, Formulação de Políticas, Políticas de Saúde, Atenção Básica.

SALLES, Nanci Nunes Sampaio. CIB-BA: Trading Scenario, agreement and decision of the State Primary Care Policy. 84 p. il 2014. Master's thesis – Instituto de Saúde Coletiva. Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2014.

ABSTRACT

The Comissão Intergestores Bipartite (CIB) were imposed with the NOB 93 to contribute with the operationalisation of SUS. With the sanction of Law no. 12.466 and Decree number. 7508 which legalized the existence of these instances was ratified among the tasks of this commission, condoning the operational aspects of the SUS, and the formulation of Health Policies a possible mechanism of operationalization of this System. Considering the CIB as instance able to democratise the process of formulation of policies, analyze how has the process of negotiation, factions and intergovernmental commissions decision in the formulation of Policies State of Basic Health Care, with regard to the municipal sphere, in the period 2007-2013, can provide the supply of a gap in the knowledge about their participation in this process. Therefore, it is a Case of Study from CIB - BA, descriptive, qualitative, of the period 2007-2013, which used the Documentary Analysis of Minutes and Resolutions adopted at the meetings of the CIB and meetings of COSEMS in the abovementioned period. For both, was made the analysis of content of these minutes, based on of the Edicts of Basic Health Care, in its two national versions and the state version, the regiments of CIB and Planning instruments – State Plan to Health of two periods. It was tried to observe it as the process of negotiation, factions and decision CIB for the formulation of Policy for Primary Care, having as a backdrop the Social Game Theory of Carlos Matus, identifying the situations of conflict and cooperation in moments of decision-making process. This study allowed us to observe that these moments of decision-making process have been marked by significant situations of cooperation between the representatives of federated entities, city and state, it is important that this movement may have been the result of moments of negotiation in working groups Bipartite meetings of COSEMS, which preceded the meeting of CIB. In view of the limitations of the method adopted, the importance of deepening the reflection on the results indicated and the weighting on the advances of the Policy of Primary Care in the State of Bahia, we suggest further studies for further assessment on the formulation and implementation of this Policy in the state, as well as presents proposal for development of Focal Group for promoting this process.

Keywords: Negotiation, Decision, formulation of policies, Health Policies, Primary Care.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Quadro 1	Momentos do Processo Decisório da CIB-Ba	36
Quadro 2	Situações definida por Matus (2005) em um Jogo Social	37

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABRASCO	Associação Brasileira de Saúde Coletiva
ACD	Agente de Consultório Dental
ACE	Agente de Combate às Endemias
ACS	Agentes Comunitários de Saúde
AIS	Ações Integradas de Saúde
APS	Atenção Primária à Saúde
Bireme	Biblioteca
Capes	Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior
CEBES	Centro Brasileiro de Estudos de Saúde
CES	Conselho Estadual de Saúde
CIB-BA	Comissão Intergestores Bipartite do Estado da Bahia
CIMS	Comissões Interinstitucionais de Saúde – em nível municipal
CIR-BA	Comissão Intergestores Regional
CIS	Comissões Interinstitucionais de Saúde – em nível estadual
CIT-BA	Comissão Intergestores Tripartite
CMS	Conselhos Municipais de Saúde
CONFERES	Conferência Estadual de Saúde
CONASS	Conselho Nacional de Secretários de Saúde
CONASEMS	Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde
CONER	Conselhos Regionais de Municípios
CGMR	Conselho de Gestão Microrregional
COSEMS – BA	Conselho de Secretarias Municipais de Saúde da Bahia
CNS	Conferência Nacional de Saúde
CRIS	Comissões Interinstitucionais de Saúde – em nível regional
CT	Câmara Técnica da Bipartite
DEM	Partido dos Democratas
DIREs	Diretorias Regionais de Saúde
EqCr	Equipe de Consultório de Rua
ESF	Equipe de Saúde da Família
ESB	Equipe de Saúde Bucal
FESF	Fundação Estatal de Sa
GT	Grupos de Trabalho da CIB

GTI – AB	Grupo de Trabalho Interinstitucional da Atenção Básica
ISC/UFBA	Instituto de Saúde Coletiva
MS	Ministério da Saúde
NASF	Núcleos de Apoio à Saúde da Família
NMR	Núcleo Microrregional de Educação Permanente
NOAS	Normas Operacionais da Assistência à Saúde
NOB	Norma Operacional Básica
ObservaSUS	Observatório da Gestão Estadual
OMS	Organização Mundial da Saúde
PACS	Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PAB	Piso de Atenção Básica (-fixo).
PCdoB	Partido Comunista do Brasil
PEAB	Política Estadual de Atenção Básica
PHPN	Programa de Humanização, Pré-Natal e Nascimento
PMAQ-AB	Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica
PPA	Plano Plurianual
PPI	Programação Pactuada e Integrada
PROVAB	Programa de Valorização da Atenção Básica
PSB	Partido Socialista Brasileiro
PSF	Programa de Saúde da Família
PT	Partido dos Trabalhadores
SAS/MS	Secretaria de Assistência à Saúde do Ministério da Saúde
SciELO	Scientific Electronic Library Online
SES	Secretaria Estadual de Saúde
SIAB	Sistema de Informação da Atenção Básica
SMS	Secretaria Municipal de Saúde
SUDS	Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
UOM	Unidade Odontológica Móvel
UNICEF	Fundo das Nações Unidas para a Infância
USF	Unidades de Saúde da Família
THD	Técnico de Higiene Dental

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	14
2	CONTEXTO POLÍTICO INSTITUCIONAL	20
2.1	PROCESSO HISTÓRICO E NORMATIVO DAS POLÍTICAS DE SAÚDE NO BRASIL E AS INSTÂNCIAS COLEGIADAS INTERGESTORES DO SUS.....	20
3	ASPECTOS CONCEITUAIS	25
3.1	POLÍTICAS PÚBLICAS, POLÍTICA DE SAÚDE E INSTÂNCIAS COLEGIADAS DO SUS	25
3.2	POLÍTICA DA ATENÇÃO BÁSICA	27
3.3	PROCESSO DE NEGOCIAÇÃO E DECISÃO DE ESTRUTURAS COLEGIADAS INTERGESTORES E PROCESSO DE FORMULAÇÃO DE POLÍTICAS DE SAÚDE	30
4	CAMINHO METODOLÓGICO	34
4.1	CENÁRIO DA PESQUISA	34
4.2	MÉTODOS, INSTRUMENTOS/TÉCNICA DE COLETA DE DADOS DA PESQUISA	35
4.3	ESTRATÉGIA DE ANÁLISE DOS DADOS	35
5	APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	40
5.1	CIB – SUA ORGANIZAÇÃO E FUNCIONAMENTO	40
5.2	COSEMS – NATUREZA, ESTRUTURA, ORGANIZAÇÃO E FUNCIONAMENTO	46
5.2.1	COSEMS-Ba e sua relação com a CIB-BA no processo de formulação da Política da Atenção Básica	48
5.3	POLÍTICA DA ATENÇÃO BÁSICA: SUA INSERÇÃO NA AGENDA NACIONAL E ESTADUAL	50
5.3.1	Política Nacional da Atenção Básica: sua inserção na Agenda de Governo	50
5.3.2	Política da Atenção Básica: sua inserção na Agenda Estadual e sua relação com a segunda versão da Política Nacional da Atenção Básica	55
5.4	PROCESSO DE NEGOCIAÇÃO, PACTUAÇÃO E DECISÃO DA CIB-Ba	59
6	COMENTÁRIOS FINAIS	67
	REFERÊNCIAS	69
	APÊNDICE A - Matriz de Análise de Conteúdo das Atas das Reuniões da CIB e COSEMS	74
	APÊNDICE B - Matriz do Consolidado do Conteúdo das Atas das Reuniões da CIB/COSEMS de 2007-2013	75
	APÊNDICE C - Matriz Sobre Assuntos Referentes a Atenção Básica Pautados na CIB por Tipo de Motivação. Período 2007-2013	76
	APÊNDICE D - ROTEIRO DE QUESTÕES PARA O GRUPO FOCAL	78
	ANEXO A – PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA DO ISC/UFBA	80

1 INTRODUÇÃO

A Constituição Federal de 1988 reconheceu a saúde como direito de todo cidadão brasileiro, adotando a concepção de seguridade social, onde caberia ao Estado garantir, através de políticas sociais e econômicas, o atendimento a esse direito.

Paim (2009) relata que se tratou de uma conquista política e social atribuída a diversas lutas e esforços, resultados do Movimento da Reforma Sanitária, entre 1976 e 1988, movimento desencadeado por entidades comunitárias, profissionais e sindicais, instituições acadêmicas e sociedades científicas, a exemplo da Centro Brasileiro de Estudos de Saúde – CEBES e Associação Brasileira de Saúde Coletiva – ABRASCO. Esse movimento resultou na implantação do Sistema Único de Saúde (SUS), o qual foi regulamentado através da Constituição Federal de 1988, as Leis Orgânicas de Saúde nº 8.080 e 8.142 de 1990, o Decreto nº 7508, de 28 de junho de 2011, e a Lei nº 141 de 13 de janeiro de 2012.

No decorrer da implantação do SUS foram sendo publicadas normas denominadas Normas Operacionais Básicas (NOB 1991, 1993, 1996) que orientavam os entes federados quanto a operacionalização do sistema para potencializar o seu funcionamento.

Tendo em vista que o Brasil se trata de um país federalista, onde os entes federados (municípios, estado e união) que o conformam são autônomos, mas interdependentes, complementares, o SUS foi sendo implantado, de forma que os municípios se responsabilizassem pela operacionalização das ações e serviços; os estados pelo apoio técnico, operacional e financeiro para o funcionamento do mesmo; e a união pela concepção das diretrizes nacionais do sistema e pelo apoio técnico e financeiro aos estados e municípios. (BRASIL, 1996; LIMA, 1999; SILVA, 2000).

Lijphart, Riker, Pierson e Leibfried apud Arretche (2002) referem que a distinção de um estado unitário para um federativo é a forma de distribuição da autoridade política dos Estados, sendo que nos Estados federativos há uma forma particular de governo dividido verticalmente, de tal modo que diferentes âmbitos de governo têm autoridade sobre a mesma população e território; há interdependência entre os governos central e os locais e estes são soberanos em suas jurisdições, ou seja, são autônomos para implementar suas próprias políticas.

Cruz (2011) destaca algumas especificidades do federalismo brasileiro que promovem implicações nas políticas de saúde: o caráter em construção do federalismo, tendo em vista os longos períodos de autoritarismo e de reforma democrática apenas após a década de 80; o peso dos municípios a partir da Constituição de 1988 que propõe a descentralização política e tributária; a existência de um grande quantitativo de municípios pequenos, com limitada capacidade financeira e administrativa para assumir as responsabilidades frente às políticas públicas; e as desigualdades econômicas e sociais entre regiões, estados e municípios.

Diante destas considerações fica evidenciado que, para avançar na operacionalização do SUS foi necessário se conceber instâncias que contribuíssem para a articulação entre estes entes federados, no âmbito estadual e no âmbito nacional.

No âmbito estadual as instâncias instituídas foram denominadas Comissões Intergestores Bipartite. Quanto à instância instituída em âmbito nacional, esta foi denominada Comissão Intergestores Triparte (LIMA, 1999 e SILVA, 2000). Tais comissões tinham como papel principal pactuar o processo de operacionalização da descentralização das ações em saúde (inicialmente) e, posteriormente, as demais políticas de saúde. (BRASIL, 1993, BRASIL, 1996, BRASIL, 2006, BRASIL, 2011).

Solla (2010) destaca que a política de saúde faz parte do conjunto de políticas públicas, em que diversos são os atores envolvidos no processo (elaboração, implantação e execução) e as relações de poder são estabelecidas em arenas mediante regras que vão conformar a definição da política de saúde.

Fleury e Ouverney (2008) destacaram que no Brasil a estrutura decisória da política de saúde estava pautada nos seguintes instrumentos, processo e arenas: mecanismos de participação e controle social (conselhos de saúde), de formação de vontade política (conferências de saúde) e de negociação e pactuação entre entes governamentais (consórcios, CIB e CIT).

Estudos sobre as CIB já foram realizados em todo o país, visando compreender os processos de negociação e decisão destas instâncias para operacionalização da descentralização, regionalização e demais políticas de saúde (LIMA, 1999, SILVA, 2001, SOUTO JUNIOR, 2010, ALVES, 2012).

Na pesquisa bibliográfica para delinear o objeto desse trabalho, realizada nas bases de dados bibliográficas do Scielo, Bireme e da Capes, foram utilizados como descritores para a pesquisa: CIB, processo decisório, política de saúde e formulação de política.

Os descritores foram identificados, quando da busca agregada, em sete (7) artigos nas duas primeiras bases, e onze (11) dissertações/tese na segunda. Dos sete (7) artigos, três (3) apresentam estudos que tinham como objeto a Comissão Intergestores Bipartite, enquanto os outros mencionam a CIB dentro do contexto da pesquisa. Quanto às dissertações, cinco (5) delas focavam a CIB como objeto de estudo.

Os estudos que tratam da CIB como objeto estão concentrados em sua maioria no sudeste e nordeste do país, destacando-se os seguintes estados: Rio de Janeiro, Espírito Santo, Minas Gerais, Sergipe e Ceará.

Os estudos que tiveram a CIB como objeto adotaram os seguintes descritores: Política de saúde, formulação e implementação de políticas, processo decisório, controle social, Reforma Sanitária, SUS, Saúde Pública, Leis, Governo, Comissão Intergestores Bipartite (CIB), Normas Operacionais Básicas do SUS, descentralização de políticas de saúde, relações intergovernamentais, sistema de saúde, Regionalização, tomada de decisão, conselhos de saúde. (SILVA, 2001; ALVES, 2012; LIMA, 1999; SOUTO JUNIOR, 2010; MARTINS, 2002; SILVA E LABRA, 2001, LIMA, 2001).

Estes estudos entendem a CIB como órgão/instância colegiado (a); centro de negociação e decisão das políticas de saúde; espaço/instância de relações, pactuação e gestão intergovernamental; arena decisória que atua no processo de formulação de políticas e na negociação de conflitos e articulação entre esferas estadual e municipal; fórum permanente de discussão, planejamento, normatização e regulação do SUS entre gestores municipais e representantes da Secretaria de Estado da Saúde – SES; *locus* de co-gestão do sistema estadual de saúde.

Os referidos estudos destacam a CIB com papel fundamental na operacionalização de diretrizes nacionais e descentralização do sistema; (RIBEIRO, 1997; SILVA E LABRA, 2001; LIMA, 1999 E 2001; SILVA, 2000; SOUTO JUNIOR, 2010; ALVES, 2012; MARTINS, 2002).

Os autores supracitados abordam que a CIB tem, como atribuições, propiciar maior democratização no processo de formulação das políticas; executar a política permitindo a construção de parceria entre estado e municípios e a consolidação de uma prática de negociação entre os gestores locais da política – mais equilibrada, democrática e participativa; discutir a política de saúde de todo o Estado e atuar para a operacionalização das políticas pactuadas.

Os trabalhos observados têm como objetivo analisar e compreender as relações da CIB com outros colegiados (Conselho Estadual de Saúde – CES) e com a Secretaria Estadual de Saúde (SES); aspectos da formulação de políticas observando a relação entre CIB e Conselho de Secretários Municipais de Saúde (COSEMS); as regras que emolduram o processo decisório e os conflitos existentes, como variáveis internas à política de saúde que podem contribuir para construir o pacto federativo no âmbito da saúde; as influências das determinações federais da política de saúde no processo de descentralização, no relacionamento entre as instâncias de governo e no funcionamento da CIB; a formação, a estrutura, os tipos de relações estabelecidas e as percepções dos gestores acerca do Colegiado Interfederativo Estadual; contribuições da CIB para o processo de regionalização. (RIBEIRO, 1997; SILVA E LABRA, 2001; LIMA, 1999 E 2001; SILVA, 2000; SOUTO JUNIOR, 2010; ALVES, 2012; MARTINS, 2002).

Conforme Serapioni (2005) identificam-se relatos sobre as dificuldades na dinâmica de trabalho das CIB, mas poucos são os estudos que evidenciam as compreensões e análises dos próprios atores governamentais, que participam dessas instâncias decisórias sobre a sua experiência e dificuldades observadas e que focam a dinâmica e do processo decisório nas diferentes CIB.

Diante da leitura de outros estudos que entendem que a CIB é uma instância capaz de democratizar o processo de formulação das políticas, além de ser um espaço de negociação, como trazido por um dos estudos (MARTINS, 2002), analisar como se dá nessa instância a formulação de uma política cuja implementação é atinente primordialmente à esfera municipal, como a Política da Atenção Básica, pode proporcionar o suprimento de uma lacuna de conhecimento sobre a participação dessa instância no processo de formulação de políticas específicas e o envolvimento e atuação dos municípios nesse processo.

Em função disso, o recorte do tema para análise da atuação da CIB na formulação da Política da Atenção Básica no Estado da Bahia se deu pela minha trajetória como coordenadora distrital e integrante da equipe de coordenação da atenção básica/Estratégia de Saúde da Família nos municípios de Lauro de Freitas e Salvador, respectivamente, denotando o interesse por essa área temática.

Além disso, a minha inserção na CIB – BA, como Secretária Executiva da Secretaria desta, me permitiu observar a recorrente introdução da temática atenção básica nas reuniões da CIB, no período da minha inserção, 2008-2013, com a publicação de diversas resoluções, as quais demonstraram a atuação da CIB no apoio a operacionalização da política, com

destaque para posterior formalização do documento da política propriamente dita, com a publicação do Decreto do Governador.

Vale ressaltar que a minha inserção na CIB se deu por convite da coordenação da gestão estadual, quando ainda integrava a equipe de coordenação de planejamento do estado, após observação da minha inserção e colaboração na construção do espaço ObservaSUS, observatório da gestão estadual, estruturado na VII Conferência Estadual de Saúde do Estado da Bahia, com o objetivo de permitir o olhar do controle social sobre os diversos problemas do SUS no Estado, no sentido de contribuir com a proposição de ações para resolução dos mesmos pelos diversos atores envolvidos.

Além disso, a minha inserção se deu também, após a minha atuação no processo de planejamento do estado e articulação realizada entre os atores do estado, dos municípios e do controle social no momento das Oficinas/Reuniões de construção do Plano Estadual de Saúde, Agenda de Saúde e Relatório de Gestão.

A observação da inserção recorrente na CIB dos assuntos da atenção básica e o processo de negociação fluido entre estado e municípios, desde a inserção do assunto na pauta, até a sua pactuação, resultando em deliberação e publicação de resolução, motivou também o interesse em entender como esse processo vinha se dando e como se praticava essa negociação entre os entes federados quando se tratava da atenção básica.

Entendendo que esta Política apresentou um crescendum desde a implantação do PACS/PSF no âmbito nacional, até o período da análise do trabalho; em se tratando de uma Política que para sua operacionalização, necessita de uma prática contínua de interação, relação, ação entre os três entes federados, desde a sua concepção, diretrizes para o seu funcionamento, ao apoio financeiro e técnico, até a sua execução propriamente dita; observar a relação entre os entes estado e município, entendendo a importância do ente estado nesse processo, pode trazer uma grande contribuição para a leitura de como essa relação se deu dentro de uma instância de negociação bipartite e como pôde contribuir na formulação e operacionalização desta política.

Vale ressaltar que a CIB do Estado da Bahia estava organizada nesse período da seguinte maneira: Plenário, Secretaria Executiva e Grupos de Trabalho/Comissão bipartite , cabendo destacar que o Plenário se configurou como espaço formal de negociação, a Secretaria Executiva como estrutura que apoiou o processo de negociação e pactuação dentro do que sua competência tratava e os Grupos de Trabalho/Comissão da bipartite como espaço

de negociação, que guardavam relação com o Plenário no que concernia a recomendação do seu funcionamento.

Do ponto de vista do seu Plenário nesse período contou com uma representação majoritariamente definida pelos seus pares (Estado pela SESAB e Municípios pela Diretoria do COSEMS), e a indicação de GT e Comissões bipartite para apoiar o processo de negociação nas questões operacionais das políticas de saúde.

Neste sentido, este estudo teve como pergunta de investigação: Qual o papel da CIB-Bahia no processo decisório de formulação da política estadual da atenção básica e qual a dinâmica de funcionamento da mesma neste processo?

Tendo em vista a instituição do Decreto 7508/2011 e da Lei 12.466/2011 que demarcam um novo momento no processo de pactuação interfederativa no país, principalmente por se tratarem de instrumentos legais de maior significância (Lei e Decreto) e estabelecerem as instâncias de pactuação entre entes federados e o papel e importância das mesmas; considerando que, com a Portaria n. 648 de 2006, a Política da Atenção Básica é formalmente descrita no país, com os seus objetivos e detalhamentos; e conforme documentos institucionais (Documento de Transição, Plano de Saúde 2008-2011 e PPA 2008-2011), através dos quais **a gestão da saúde no período 2007-2013, coloca logo no seu início, em 2007, a Atenção Básica como prioridade na Agenda do Estado, pretendemos analisar como se deu o processo de negociação, pactuação e decisão intergestores na formulação da Política Estadual da Atenção Básica, no período 2007-2013.**

Para alcançar este objetivo, adotamos os seguintes objetivos específicos:

- Descrever a organização e funcionamento da CIB – BA, no período de 2007-2013;
- Conhecer como a política de Atenção Básica de Saúde foi colocada na agenda como prioridade e quais as discussões e consensos;
- Descrever as características (quais, quantos e como os atores estaduais e municipais participaram) do processo de negociação, pactuação e decisão da CIB– BA da Política Estadual da Atenção Básica, no período 2007-2013.

2. CONTEXTO POLÍTICO INSTITUCIONAL

2.1 PROCESSO HISTÓRICO E NORMATIVO DAS POLÍTICAS DE SAÚDE NO BRASIL E AS INSTÂNCIAS COLEGIADAS INTERGESTORES DO SUS

Com o processo de redemocratização do país, decorrente da crise do modelo centralizador das relações montadas no regime militar, se instaura no país a reversão de um ciclo econômico e de abertura política, denominado de federalismo estadualista, conforme aponta Abrucio 2005, em que se processa a liberalização das eleições livres e diretas de representantes para o Congresso Nacional.

Nessa conjuntura, de redemocratização do país, o movimento sanitário se fortalece vinculando-o à reforma da saúde, o qual é desencadeado por profissionais da saúde, militantes partidários e associações de interesse.

Duas instituições relevantes para o avanço da Reforma Sanitária adquirem presença no cenário setorial, o Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS) e o Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (CONASEMS) que segundo Silva (2000), esse processo se dá em decorrência da volta dos governadores à arena nacional, com as eleições de 1982 e com a ativação da sociedade civil nos anos 80.

Silva (2000) relembra que com a proposta, que ocorreu de 1982 a 1986, se objetivou racionalizar e controlar os gastos com saúde e estabelecer uma gestão colegiada dos recursos, promovendo o entrelaçamento institucional entre estados e municípios para a gestão dos serviços de saúde.

O COSEMS é criado em 1988 com a finalidade de promover a integração técnico-administrativa dos municípios, além da assessoria técnica aos seus representantes (SILVA, 2000).

Lima (1999) pontua que a criação de comissões colegiadas de gestão não foi um fato novo na política de saúde brasileira. No período das Ações Integradas de Saúde – AIS – (1983 a 1986) foram criadas estruturas que permitiram o início da gestão colegiada da assistência à saúde em cada esfera de governo: as Comissões Interinstitucionais de Saúde.

Dentre as comissões identificadas como componentes básicos da formulação organizacional e operacional das AIS, fundamentais para o modelo sistêmico proposto, merecem destaque: as Comissões Interinstitucionais de Saúde – em nível estadual (CIS), em nível regional (CRIS) e em nível municipal (CIMS) (LIMA, 1999).

Assim, estas Comissões representaram os primeiros movimentos de gestão compartilhada entre os três entes federados e o controle social, pois incorporavam sindicatos e associações profissionais nas arenas decisórias.

As CIS, coordenadas pelos estados, e as AIS continuaram funcionando após a criação do Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDES) (1987 a 1989) e foram fortalecidas politicamente com o aprofundamento das atribuições de planejamento e acompanhamento do sistema, e as segundas funcionando como instrumento de descentralização operacional, administrativa e financeira do sistema de saúde (LIMA, 1999).

Lima (1999) refere, entretanto, que posteriormente foram suspensas as funções de pactuação existentes nas CIS, com redução da possibilidade de negociação e integração das instâncias de governo na montagem de uma rede de serviços regionalizada e hierarquizada.

Entretanto, contrariando esse cenário político, a Constituição de 1988 foi regulamentada em 1990 e incorporou as principais diretrizes da VIII Conferência Nacional de Saúde instituindo o SUS – Sistema Único de Saúde, que foi desenhado como um modelo complexo de organização dos serviços e para sua implementação seria necessário aperfeiçoar as relações intergovernamentais e interinstitucionais no setor.

Lima (1999) destaca que o modelo deveria ter como característica a desconcentração de poder mediante a transferência de atribuições gerenciais e de recursos financeiros às unidades subnacionais e esse novo padrão de relações político-institucionais abriria possibilidades para se avançar na democratização da tomada de decisões e na concretização dos princípios do SUS.

Souto Junior (2010) menciona que, para se entender as relações intergovernamentais, as pactuações, os arranjos e as decisões coordenadas, se faz necessário avaliar antecipadamente o sistema de governo, a formalidade jurídica, legal e normativa que regula o grau de centralização ou de descentralização das políticas públicas e o tipo de governança adotado nas suas movimentações no âmbito do Estado.

A relação entre a esfera federal e as subnacionais mudou com a nova correlação de forças promovida pela democratização e pela descentralização.

A política e a federação brasileiras, assim como as relações intergovernamentais, apresentam hoje um caráter difuso, gerador de uma fragmentação de poder, em que os políticos locais, principalmente os das capitais, e os políticos estaduais têm espaço de manobra próprio e são (SOUZA, 1996, p. 106).

Arretche (2002) destaca que ao longo dos anos 80, recuperaram-se as bases do Estado federativo no Brasil e foi retomada a democratização – particularmente a retomada de eleições diretas para todos os níveis de governo – e a descentralização fiscal que alterou profundamente as bases de autoridade dos governos locais.

Entretanto, Arretche (2002) refere que a gestão de políticas públicas – particularmente na área social – continuava centralizada, isto é, o governo federal – em virtude do legado do regime militar – continuava responsável pela gestão e pelo financiamento das políticas de saúde. Posteriormente – já nos anos de 1990 e já completada a institucionalização do Estado federativo – implementou-se um extensivo programa de descentralização, particularmente na área das políticas sociais.

Com a Constituição Federal de 1988, a descentralização das ações e serviços de saúde foi proposta a partir do compartilhamento de responsabilidades na condução da gestão das políticas saúde pelos entes federados (união, estados e municípios), ainda que o Ministério da Saúde fosse o responsável por definir as diretrizes nacionais.

O Brasil em se tratando de um país federalista, teve através da Constituição Federal de 1988 e Lei 8080/90 o estabelecimento de responsabilidades para funcionamento do Sistema Único de Saúde – SUS, reiterando a definição de que para o segmento saúde, deveria contar com direção única em cada esfera de governo do Sistema, tendo como responsáveis: no âmbito da União, o Ministério da Saúde; no âmbito dos estados e do Distrito Federal, as Secretarias de Saúde ou órgãos equivalentes e no âmbito dos municípios, as Secretarias de Saúde ou órgãos equivalentes.

Lima (1999) reforça que o federalismo envolve pelo menos três idéias básicas: a) a idéia de igualdade entre os entes federados; b) a idéia de integridade, ou seja, de esferas autônomas; c) a idéia de cooperação, ou pacto. Nessa direção normas operacionais básicas são propostas no decorrer do processo histórico para organização e operacionalização do SUS.

A complexidade da descentralização pautada na municipalização colocou em evidência a necessidade de se criar outra instância colegiada que, diferentemente das burocracias do MS, das SES e das SMS, comprometesse diretamente os gestores com o SUS. Dessa necessidade resultou, em 1993, com a NOB 1993, a criação da CIT no nível federal e

das CIB em cada estado, com o objetivo de agilizar a descentralização e operacionalizar o SUS (LIMA, 1999) e que já apontava para a definição de papéis dos entes federados.

Essas Comissões tinham por finalidade servir de *locus* para o estabelecimento de negociação entre os gestores do SUS, operacionalizar políticas e propiciar negociações e deliberações para o gerenciamento da descentralização. (SILVA, 2000).

Lima (1999) relata também que nesse período são realizadas Oficinas da Secretaria de Assistência à Saúde do Ministério da Saúde (SAS/MS), com o objetivo de mobilizar e fortalecer as CIB, entendidas como fóruns essenciais de negociação intergestores para qualquer avanço na construção do SUS.

Tal feito promove um crescimento substancial da importância destas instâncias, conformando-as como elementos vitais para o processo de organização e operacionalização da assistência à saúde nos estados, através de sua consolidação como espaços estratégicos para discussão, negociação e implementação do instrumental técnico-operacional necessário ao fortalecimento da capacidade gestora do SUS e à construção de um novo pacto federativo para o ordenamento e funcionamento do sistema (LIMA, 1999).

Nessa direção, a NOB SUS 01/96 também veio para apoiar esse processo no sentido de estabelecer de forma mais detalhada os papéis de cada esfera de governo, devendo municípios e estados assumirem funções gestoras, para além da função de prestadores de serviços.

Cruz (2011) destacou ainda que Norma manteve a diretriz da descentralização municipalista como forma de organização do sistema, mas reiterou a importância do Estado para harmonizar, integrar e modernizar os sistemas municipais, por meio da Programação Pactuada e Integrada (PPI).

Tendo como foco a regionalização da assistência à saúde, foram propostas as Normas Operacionais da Assistência à Saúde – NOAS. As NOAS SUS 01/01 e 01/02, conforme relata Cruz (2011), trouxeram um novo entendimento sobre a inserção dos estados no SUS e, por consequência, uma nova compreensão da relação entre descentralização e regionalização (BRASIL, 2002), tendo o Plano Diretor de Regionalização como expressão desse movimento.

Com o desenvolvimento do processo de descentralização e regionalização da Assistência à Saúde no SUS, os gestores foram se organizando no sentido de fortalecer as relações entre os entes federados. Para tanto, em 2006, foi proposto o Pacto pela Saúde,

através das Portarias 333 e 666, que dispunham sobre as diretrizes do mesmo em três dimensões: o Pacto pela Vida, o Pacto em Defesa do SUS e o Pacto de Gestão.

No ano de 2011, importante passo foi dado na direção do fortalecimento dos princípios basilares do SUS, com a publicação do Decreto 7508/2011, que trata da regulamentação da Lei 8080/90, estabelecendo, dentre outras coisas, a pactuação interfederativa como norteadora da organização e do fortalecimento do SUS, através da legitimação das Comissões Intergestoras Bipartite e Tripartite, o que representou a reafirmação de um avanço no processo de negociação e governança no SUS.

Além disso, a Lei 8080/90 também sofre alteração através da Lei 12.466, de 24 de agosto de 2011, para dispor sobre as Comissões Intergestores do SUS, reconhecendo as CIB e CIT como foros de negociação e pactuação entre gestores quanto aos aspectos operacionais do Sistema Único de Saúde e reconhece o CONASS E CONASEMS como estruturas formais de representação dos gestores municipais e estaduais de saúde para discussão e deliberação sobre as políticas públicas em âmbito nacional.

A Lei 12.466/2011 resgata o anteriormente disposto na NOB 1993 quanto à atuação dos foros de negociação e pactuação e aos seus objetivos, especificando-os da seguinte forma:

Decidir sobre aspectos operacionais, financeiros e administrativos da gestão compartilhada do SUS em conformidade com a política consubstanciada em planos de saúde; Definir diretrizes do âmbito nacional, regional e intermunicipal sobre a organização das redes de ações e serviços de saúde, principalmente quanto a governança institucional e integração de ações e serviços dos entes federados; Fixar diretrizes para regiões de saúde, distrito, integração de territórios, referência e contrarreferência e demais questões relacionadas à integração das ações e serviços de saúde. (BRASIL, 2013).

Para aprofundar o entendimento destas instâncias, o processo de formulação de uma dada política e o mecanismo de funcionamento de negociação pactuação e decisão destas instâncias nesse processo é fundamental abordar conteúdos teóricos que traduzam e possam permitir um aprofundamento do entendimento desses aspectos.

3 ASPECTOS CONCEITUAIS

As argumentações teóricas que sustentam este Projeto estão organizadas em itens que visam abordar: conceitos de políticas públicas, política de saúde e instâncias colegiadas do SUS; a Política da Atenção Básica que permite reconhecer o processo de estruturação desta com enfoque na política para o Estado da Bahia e conceitos e abordagens sobre processos de negociação e decisão em instâncias colegiadas.

3.1 POLÍTICAS PÚBLICAS, POLÍTICA DE SAÚDE E INSTÂNCIAS COLEGIADAS DO SUS

As políticas públicas de saúde vêm sendo formalizadas no Brasil a partir das discussões desencadeadas sobre direitos sociais, seguridade social, e papel do estado para atendimento às necessidades e demandas sociais e de saúde da população.

Política pública é entendida por Silva (2000, p. 13) como “resultado de um demorado e intrincado processo que envolve interesses divergentes, confrontos e negociações entre várias instâncias instituídas ou arenas e entre os atores que delas fazem parte”.

Labra (1999) afirma que a análise da política pública é um campo complexo que exige uma série de conhecimentos teóricos e dados empíricos que permitam entender o que fazem os governos, por que fazem e com quem fazem. Destaca ainda que a política tem a ver com a capacidade do sistema político para tomar decisões que resolvam inúmeros e contraditórios problemas.

Viana (1996) esclarece que o ciclo de uma política compreende cinco fases que podem acontecer de forma simultânea, não linear: entrada de um tema na agenda; formulação da política; tomada de decisão; implementação da política; avaliação da política.

O modelo teórico do ciclo da política, segundo Kingdon, vem influenciando o desenvolvimento do pensamento crítico na área de Análise e Formulação de Políticas de Saúde no contexto latino-americano e brasileiro nos últimos 30 anos, especialmente por parte de autores que trabalham na área de Planejamento e Gestão de sistemas de saúde. (TEIXEIRA e ABREU, 2010, p. 37).

Silva (2000) destaca que, ao analisar uma política, faz-se necessário observar “as agências formadoras de políticas, as regras para tomada de decisão, as inter-relações entre as agências e os formuladores, bem como os agentes externos que influenciam o seguimento das decisões”.

A fase de introdução do tema na agenda, para Kingdon, apud Viana (1996), é definida como o espaço de constituição da lista de problemas ou assuntos que chamam a atenção do governo e dos cidadãos e se diferencia em três tipos de agenda: *sistêmica* ou *não-governamental*; *governamental*; e de *decisão*.

A primeira contém a lista de assuntos que são, há anos, preocupação do país, sem, contudo, merecer atenção do governo; a segunda inclui os problemas que merecem atenção do governo; a última, a lista dos problemas a serem decididos (KINGDOM *apud* VIANA, 1996, p.7-8).

Viana (1996) destaca que a fase da formulação da política, pode ser desmembrada em três subfases: na primeira, os dados são transformados em informações relevantes; na segunda, os valores, ideais, princípios e ideologias se combinam com informações factuais para produzir conhecimento sobre ação orientada; e na última, o conhecimento empírico e normativo é transformado em ações públicas, no momento presente.

A fase de implementação da política corresponde ao momento da execução da política formulada, porém esta é imprevisível e os atores podem alterar suas posições desencadeando renegociações e a política aprovada pode ser alvo de mudanças.

Nesse sentido, Silva (2000, p. 22) reitera que a “execução da política dependerá da clareza de seus objetivos, da relação entre os atores envolvidos, das estratégias que eles utilizam, do poder de impor as decisões e do tipo de acordos estabelecidos”.

Quanto à fase de avaliação, Viana (1996), pautando-se em Rolando Franco e Ernesto Cohen (1988), afirma que as análises de políticas públicas podem ser de quatro tipos: investigação, investigação avaliativa, avaliação e monitoramento. Estes tipos se diferenciam pelo momento em que são realizados (antes, durante ou depois da política); pelo objeto do estudo; pelos objetivos do estudo; pelas técnicas que empregam; e pela relação que estabelecem com a política.

De acordo com Paim (2009), a política de saúde pode ser definida como “a resposta social de uma organização (Estado) às condições de saúde de indivíduos e população e seus determinantes, assim como em relação à produção, distribuição, gestão e regulação de bens e

serviços que afetam a saúde humana e o ambiente”. A mesma abrange questões relativas ao poder em saúde e ao estabelecimento de diretrizes, planos e programas de saúde.

Silva (2000) afirma que foram institucionalizadas as instâncias colegiadas do SUS, inaugurando-se um novo estilo de fazer política e de operacionalizá-la. Assim, as instâncias colegiadas do SUS, especificamente as Comissões Intergestores Bipartite, constituem arenas de embates constantes entre escolhas políticas e técnicas, assumindo elevado grau de importância no processo de formulação e implementação da política de saúde atual.

No âmbito estadual, Silva (2000) pontuou ainda que a formulação das políticas de saúde (o *policy-making* do setor saúde) é um processo no qual a CIB, valendo-se de suas atribuições específicas, busca negociar e decidir os rumos da política setorial com base nas diretrizes previamente aprovadas pelo MS, e trabalha com o objetivo de implementar o Sistema Único de Saúde.

Lima (1999) destaca que a execução da política (*operacionalização*) pelas instâncias colegiadas de gestão permite construir uma parceria entre estado e municípios e consolidar uma prática de negociação entre os gestores locais da política de forma mais equilibrada, democrática e participativa.

Assim, os fóruns colegiados são instâncias de negociação, deliberação e implementação das políticas que podem integrar diferentes gestores dos sistemas de saúde e contribuir para operacionalização do SUS.

3.2 POLÍTICA DA ATENÇÃO BÁSICA

Paim (2002) destaca que as necessidades de saúde identificadas nas sociedades contemporâneas estão requerendo formas de intervenção mais efetivas que superem os limites da assistência médico-hospitalar.

A natureza dessas necessidades e a complexidade dos seus determinantes demandam por políticas públicas mais abrangentes e trans setoriais, articuladas a modelos de atenção mais integrais e custo-efetivos. (PAIM, 2002, p. 382).

No Brasil essa temática da mudança do modelo de atenção vem sendo debatida desde a 8ª Conferência Nacional de Saúde – CNS, à medida que reconhece o conceito ampliado de

saúde e na 10ª CNS, que traz como tema central “SUS: Construindo um modelo de atenção à saúde para a qualidade de vida”.

No plano internacional, nos anos 70, a Organização Mundial da Saúde (OMS) e o Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF) desempenharam papel importante na difusão do conceito de atenção primária à saúde. A I Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde, convocada pela OMS juntamente com o UNICEF, realizada em 1978 em Alma-Ata, é considerada um marco histórico na discussão da APS abrangente. (CASTRO e MACHADO, 2012, p. 478).

Castro e Machado (2012) referem que no Brasil, na década de 90, optou-se por utilizar o termo atenção básica para se referir ao conjunto de ações do primeiro nível de atenção. Para Heimann e Mendonça apud Castro e Machado (2012), essa denominação teria sido adotada no intuito da defesa de um modelo de atenção que se diferenciava da proposição preventivista e se aproximasse da lógica da determinação social da doença.

A partir da Constituição de 1988 e da criação do SUS observam-se mudanças no que diz respeito à atenção básica no Brasil. Paim (1997) destaca que a reforma sanitária que contou com intensa participação popular, implicava em reorganização do sistema de saúde brasileiro, com a universalização do acesso, a conformação de um sistema público descentralizado e com mudanças no modelo assistencial, a partir de uma concepção ampliada de saúde e sua relação com o processo de democracia.

Fausto, apud Castro e Machado (2012), aponta que os esforços de construção da agenda reformista estavam concentrados em garantir uma proposta ampla, visando à mudança do modelo de atenção, porém sem enfatizar a atenção básica, provavelmente devido ao contexto adverso das reformas internacionais.

Somente na década seguinte a atenção básica passa a ocupar papel de destaque na agenda do setor saúde, favorecida pelo avanço da descentralização e pela criação do Programa Saúde da Família (PSF), em 1994, inspirado em experiências locais similares e precedido pelo Programa Agentes Comunitários de Saúde, o PACS. (FAUSTO, *apud* CASTRO e MACHADO, 2012, p. 480)

Viana e Dal Poz (2005) relatam que a criação do PSF evidencia uma nova aliança na política de saúde, com gestores locais (Secretários de Saúde e Técnicos do nível local), técnicos externos à área (da Comunidade Solidária e de organismos internacionais, como UNICEF), e associações comunitárias.

Para Castro e Machado (2012) a tríade constituída deste apoio político – comunidade, municípios e Ministério da Saúde favoreceu a entrada do programa na agenda federal. Além

disso, destacaram o caráter inovador do programa e seu foco na família, atrativo como marco de governo, o que contribuiu para sua priorização na agenda política na segunda metade dos anos 90, quando foram definidas as bases da política de atenção básica no SUS, centrada no PSF.

Castro e Machado (2012) ressaltam que a valorização dessa política na agenda federal pode ser vista a partir da publicação da Política Nacional de Atenção Básica e da inclusão da atenção básica como um dos eixos prioritários do Pacto pela Vida e no plano “Mais Saúde – Direito de Todos 2008-2011” (BRASIL, 2008), em que a atenção básica correspondia a aproximadamente 13% das metas setoriais.

Outro aspecto, conforme referem as autoras, está relacionado à presença intensa do tema da atenção básica nas reuniões da CIT e nas reuniões do Conselho Nacional de Saúde – CNS, instâncias fundamentais para a formulação nacional da política de saúde. O quarto e último aspecto, abordado pelas autoras, se refere ao financiamento dessa política, percebidos através dos esforços feitos para a correção do valor do Piso de Atenção Básica (PAB-fixe).

Depois da publicação da primeira edição da Política Nacional da Atenção Básica em 2006, já foi publicada a segunda versão desta Política, em 2012, devido à necessidade, expressada em Brasil (2012), de revisar e adequar as normas nacionais ao atual momento do desenvolvimento da atenção básica no Brasil, à consolidação da estratégia saúde da família como forma de reorganizar a atenção básica no Brasil e à necessidade de adequação de suas normas devido à experiência acumulada em todos os entes federados.

No Estado da Bahia, *na gestão 2007-2010*, a Atenção Básica foi incluída na Agenda de prioridades, logo no início da gestão, conforme é possível observar nos registros das Reuniões da CIB e nos documentos de planejamento da instituição.

Destacam-se entre os aspectos que evidenciam isso: a atenção básica compondo os documentos de gestão (PPA e Plano Estadual de Saúde) em um capítulo específico; a publicação de Decreto do Governador para formalização do repasse fundo a fundo do piso estadual da atenção básica do Estado aos municípios (contrapartida estadual para Atenção Básica), a inclusão da atenção básica como tema recorrente nas reuniões da CIB; e a ampliação pelo Estado do repasse estadual de recurso financeiro a todos os municípios para a atenção básica, com aumento do valor no decorrer da gestão.

Quanto ao documento da política estadual da atenção básica, este conforme Bahia (2013) foi publicado através de Decreto nº 14.457, de 03 de maio de 2013, para fortalecer e

ampliar os avanços alcançados a partir da gestão 2007, citados em Bahia (2013), cabendo destacar:

Entre 2007 e 2012 houve um crescimento na cobertura da Estratégia de Saúde da Família e de saúde bucal no estado da Bahia de aproximadamente 31% e 51%, respectivamente; a Bahia foi o 4º estado que mais cresceu na cobertura de Saúde da Família no Brasil; Dos 417 municípios, 414 contam com lei regulamentando e garantindo os direitos trabalhistas dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS); no período de 2007 a 2012 foram implantados 179 Núcleos de Apoio à Saúde da Família; houve um aumento de aproximadamente 99% no Incentivo Estadual aos municípios para ESF; no período de 2006 a 2011 o Estado formalizou convênios com os municípios, para construção e reformas de Unidades de Saúde da Família – USF, sendo que desde 2007 já tinham sido entregues 415 USF em 296 municípios.

Diante do exposto, este trabalho visa utilizar a atual conformação da Política para observar em que medida a CIB-BA participou como instância de negociação, pactuação e decisão da formulação da política da Atenção Básica no Estado.

3.3 PROCESSO DE NEGOCIAÇÃO E DECISÃO DE ESTRUTURAS COLEGIADAS INTERGESTORES E PROCESSO DE FORMULAÇÃO DE POLÍTICAS DE SAÚDE

Silva (2000) descreve grupos de interesse ou de pressão como associações voluntárias de indivíduos que têm interesses comuns e procuram influenciar o processo de formulação de políticas (*policy-making*).

Essa influência se dá, conforme a autora, mediante a intensidade de esforços desses grupos para modelar um resultado esperado e para tanto formam alianças com outros grupos, a fim de se fortalecerem. Enfim, a mesma arremata dizendo que atores, governamentais ou não, se organizam para influenciar e negociar seus interesses e nesse curso formam alianças com atores que compartilham a mesma idéia.

O setor saúde no Brasil consta de uma série de associações de interesse que vão desde as institucionais, como as dos secretários estaduais e municipais de saúde (CONASS e COSEMS), até as organizações representantes dos provedores privados, individuais

(profissionais) e empresariais, bem como da sociedade civil como sindicatos e associações territoriais, funcionais e de portadores de patologias (diabetes e hanseníase) Silva (2000).

Alguns modelos de *policy-making*, conforme citado por Silva (2000), permitem interpretar a produção de políticas conforme a forma de organização e intermediação dos interesses, segundo os enfoques do pluralismo e do neocorporativismo.

Labra (1999) refere que o padrão pluralista propõe a formulação de políticas mediante interação entre Estado e grupos de interesse, num jogo de forças promovido de forma contrabalançada, que ampliam seus benefícios e reduzem os custos a partir de uma associação voluntária de seus membros.

No processo decisório há um jogo no qual os atores buscam produzir resultados de acordo com seus interesses e, citando Meten e Horn, Silva destacou que, quanto menor o número de mudanças, menor o conflito existente entre os atores; e quanto maior o entrosamento entre estes, maior a capacidade de clareza política e consenso (SILVA, 2000).

O jogo social conforme explicitado por Matus (2005) trata-se de competição, luta, conflito e cooperação dentro deste e entre os jogadores, no qual o jogador que está situado em relação aos demais toma posição sobre o jogo, posição que se dá em relação aos problemas, jogadas ou operações e define as relações com os demais atores.

Matus (2005) aponta três sinais de interesse que interferem na posição do ator: o apoio, a rejeição e a indiferença a uma determinada questão ou tema abordado em um dado. Em posição de apoio o ator estabelece bases de cooperação positiva com os outros atores do mesmo sinal e, de conflito, com os de sinal contrário; a de rejeição, o mesmo assume posição contrária, podendo gerar conflito com os que apóiam a situação e de cooperação com os que rejeitam; a indiferença trata-se de não assumir posição.

Immergut, apud Silva 2000, p. 24, afirma que:

As decisões políticas não são atos singulares tomados em determinado momento do tempo; ao contrário, são o resultado final de uma seqüência de decisões tomadas por diferentes atores situados em distintas posições institucionais (...) As decisões políticas requerem um acordo em vários pontos ao longo de uma cadeia de decisões tomadas por representantes em diferentes arenas políticas. (IMMERGUT *apud* SILVA, 2000, p. 24).

Para Lindblom, *apud* Silva (2000, p. 24),

o processo decisório não é ordenado, com princípio, meio e fim definidos, mas um percurso complexo onde soluções para um grupo podem representar

problemas para outro. Esse seguimento envolve interação, influência, controle e poder, e sua cabal compreensão coloca a necessidade de conhecer as características dos participantes, os papéis que desempenham, a autoridade a que estão submetidos e sua relação entre os membros da instituição decisória. Mais ainda, resulta de um complexo de decisões tomadas com base em análises técnicas e escolhas racionais individuais e considerações subjetivas.

Nas arenas colegiadas do SUS o modo de se operar o processo decisório ocorre segundo regras que o normatizam, que, apesar de serem conhecidas por todos, ainda não são consideradas condicionantes de condutas dos membros destes colegiados, visando facilitar ou coibir escolhas e interferir nas decisões (SILVA, 2000).

Silva e Labra (2001) ressaltam que a existência de coalisões no processo decisório da CIB é uma constante, mas a resolução dos problemas através do consenso permite que muitos assuntos sejam aprovados. Destacam também que a relação boa ou ruim entre as instâncias de pactuação e o estado depende de uma correlação positiva ou negativa entre as forças políticas (por causa de posições estratégicas na arena política, influência partidária e poder de veto) e da capacidade dos atores para colocar seus interesses e influírem nas decisões.

Por sua vez, a atuação da CIB vai ser incentivada ou inibida dependendo da forma autoritária ou democrática de a SES exercer o poder. O poder pode ser entendido, segundo Testa, *apud* Teixeira (2010), como fruto de relações entre os diversos atores sociais que atuam no processo político e conforme tipologia do poder distinguido em poder administrativo, técnico e político, os quais são definidos conforme segue: poder administrativo, as atividades e processos que implicam em manejo de recursos materiais e financeiros; poder técnico trata-se do uso de conhecimentos e tecnologias no setor saúde; poder político é a expressão da defesa de interesses dos diversos grupos relacionados ao setor.

Para Teixeira (2010) a concepção de Testa quanto à estrutura de poder no setor saúde é interessante para o mapeamento e análise de posições político-ideológicas dos atores envolvidos no processo político em saúde. Assim, o mecanismo de organização do ente estadual para gerar um processo de pactuação mais participativo e democrático é fundamental para contribuir para a operacionalização das políticas de saúde.

Silva e Labra (2001) apontam que num fórum democrático, onde todos têm direito de participar e expor suas idéias, a obtenção do consenso é mais demorada, no entanto esses mesmos espaços oferecem a possibilidade de elaboração e pactuação de políticas mais sustentáveis.

Instâncias de negociação, pactuação e decisão influenciam o processo de discussão de uma política e podem ser o referencial para o seu avanço no cenário estadual ou nacional, além de contribuir para a operacionalização de uma dada política no território em que a mesma é discutida.

4 CAMINHO METODOLÓGICO

4.1 CENÁRIO DA PESQUISA

Este é um estudo exploratório de abordagem qualitativa, da Comissão Intergestores Bipartite do Estado da Bahia (CIB – BA), no período de 2007-2013, tendo em vista a observação da priorização da Atenção Básica na Agenda de Governo do Estado, desde o início da gestão em 2007, com o processo de diagnóstico e planejamento do estado, e como marco final do estudo o ano de 2013, pelo fato da formalização da publicação da Política do Estado neste ano.

Utilizando a conceituação de Minayo (2004, pg 10), as metodologias de pesquisa qualitativas, são entendidas como “aquelas capazes de incorporar a questão do SIGNIFICADO e da INTENCIONALIDADE como inerentes aos atos, às relações, e às estruturas sociais, sendo essas últimas tomadas tanto no seu advento quanto na sua transformação, como construções humanas significativas”.

Dessa maneira, faz-se preponderante entender como e quando se deu a instituição da CIB no Estado da Bahia, assim como compreender o processo de funcionamento desta à época de sua implantação. Para tanto, cabe esclarecer que a CIB foi instituída no Estado através de Portaria nº. 2.094, de 21 de junho de 1993, publicada no Diário Oficial do Estado – DOE, do dia 22 de junho de 1993, que também definia o seu papel e composição, porém esta Comissão só teve o seu primeiro regimento publicado em 1995, mediante a Resolução CIB nº 010/95, que definiu sua composição, competências e atribuições.

Com o Decreto 7508/2011 e a Lei 12.466/2011, a CIB do estado da Bahia passa por uma nova transformação, no que diz respeito à sua organização e funcionamento, com a formalização de uma estrutura de câmara técnica, grupos de trabalho vinculados a mesma, culminando com a formulação de um novo regimento, publicado mediante Resolução CIB nº 88/2013, o que demonstra a importância de desenvolvimento de estudos para observação deste cenário.

4.2 MÉTODOS, INSTRUMENTOS/TÉCNICA DE COLETA DE DADOS DA PESQUISA

O estudo utilizou como método a análise documental, pautada em dados secundários presentes nos roteiros (das pautas), nas atas e resoluções aprovadas nas reuniões da CIB, no período de 2007-2013, pautas e atas das reuniões do COSEMS (que antecediam as reuniões da CIB) do mesmo período, registros pessoais da minha vivência como Secretária Executiva da CIB no processo de acompanhamento das reuniões da Bipartite desde o ano de 2009 (ano de início dos registros pessoais).

Além destes documentos, foram utilizados documentos que expressam a Política da Atenção Básica em âmbito Nacional e Estadual (Portarias e Decretos de aprovação da Política e Planos de Saúde do Estado) do período da pesquisa e Ata do CES referente a aprovação do Plano Estadual de Saúde – PES e da Política da Atenção Básica.

Segundo Bardin (1979) a análise documental tem como objetivo proporcionar o tratamento do conteúdo coletado, de forma a apresentá-lo diferentemente do original, facilitando sua consulta e referência, ou seja, dando forma conveniente e representando de outro modo a informação apreendida, mediante utilização de procedimentos de transformação.

A pesquisa resguardou a garantia do sigilo da denominação dos autores das falas nas atas, conforme orientação da Resolução 466/12, que trata sobre pesquisa envolvendo seres humanos. Além disso, o Projeto foi submetido ao Comitê de Ética do Instituto de Saúde Coletiva – ISC/UFBA, tendo sido aprovado através de parecer n. 857096, em ANEXO A.

4.3 ESTRATÉGIA DE ANÁLISE DOS DADOS

Para a análise documental utilizamos a análise do conteúdo das atas das reuniões da CIB e do COSEMS, e adotamos uma matriz de análise (Apêndice A) que destacou, através dos registros de discussão sobre a Política da Atenção Básica, nos momentos de negociação, pactuação e decisão destas arenas decisórias, a existência de situações de conflito e cooperação entre os atores envolvidos, conforme Matus (2005).

De acordo com Bardin (1979) a análise de conteúdo conta com os seguintes procedimentos metodológicos: a categorização, inferência, descrição e interpretação, os quais não ocorrem necessariamente de forma sequencial.

Bardin (1979) refere que a categorização trata-se de uma operação de classificação de elementos de um conjunto, por diferenciação e seguido de reagrupamento segundo o gênero, com critérios definidos antecipadamente.

Para tanto, buscamos inicialmente construir dois quadros teóricos pautados em referencial de alguns autores com a intenção de conceituar e estabelecer as categorias, de entendimento na leitura das atas, do processo decisório da CIB, bem como, das situações do jogo social de conflito e cooperação, nesse caso do processo de discussão da política.

O Quadro 1 objetivou apresentar os conceitos abordados para identificação nas Atas dos momentos do processo decisório da Bipartite quanto a formulação da política estadual da atenção básica, entendendo que o mesmo é constituído por momentos de negociação, pactuação e decisão.

Quadro 1 - Momentos do Processo Decisório da CIB-Ba

MOMENTO NEGOCIAÇÃO	MOMENTO PACTUAÇÃO	MOMENTO DECISÃO
<p>“Trata-se de um processo que envolve defesa de interesses opostos e uma maneira de resolver conflitos, visto que se expõem as raízes do conflito e se propõe alternativas” (Freitas, pg 1994)</p> <p>Categorias: Processo de defesa de interesses opostos e maneira de resolver conflitos.</p>	<p>“A pactuação é um mecanismo de gestão que compreende negociação permanente, buscando a superação dos conflitos intergovernamentais.” (Guerreiro e Branco, pg 2011)</p> <p>Categoria: Mecanismo de gestão com negociação permanente para superação de conflitos intergovernamentais.</p>	<p>Jogo no qual os atores buscam produzir resultados de acordo com seus interesses e, quanto menor o número de mudanças, menor o conflito existente entre os atores; e quanto maior o entrosamento entre estes, maior a capacidade de clareza política e consenso (SILVA, 2000).</p> <p>Categoria: Jogo em que os atores buscam produzir resultados de acordo com seus interesses.</p>

Fonte: Quadro proposto pela autora do trabalho a partir da adoção dos conceitos de autores supracitados.

No Quadro 2 apresentamos os conceitos estabelecidos por Matus (2005) de situações de um jogo social, e adotados por nós como categorias, para ajudar-nos a observar a sua frequência no processo de formulação da política, dentro do processo decisório da CIB.

Quadro 2 - Situações definidas por Matus (2005) em um Jogo Social

SITUAÇÃO COOPERAÇÃO	SITUAÇÃO CONFLITO
<p>ABERTA: Situação onde pode acontecer num ambiente transparente e de pleno intercâmbio de informações entre colaboradores/atores.</p> <p>Categoria: Situação onde o ambiente transparente e o intercâmbio pleno de informações se dá entre colaboradores.</p>	<p>COGNITIVO: Situação pautada em modos diferentes de conhecer e interpretar a realidade, com efeitos sobre a ação.</p> <p>Categoria: Situação onde os atores concebem diferente a realidade, impactando sobre a ação.</p>
<p>LIMITADA: Situação onde pode sofrer as dificuldades por conta da opacidade das intenções e conversações entre os atores, somada a ausência de informações sobre possibilidades e a situação do jogo.</p> <p>Categoria: Situação onde há intercâmbio, porém pode se dar com dificuldades pela falta de clareza de intenções dos atores ou ausência de informações sobre possibilidade e situação de jogo.</p>	<p>EMOCIONAL: Situação que surge das relações de simpatia ou antipatia entre os atores ou predisposição favorável ou contrária a situações ou jogadas, sem fundamento racional.</p> <p>Categoria: Situação causada a partir de relações entre os atores que podem ser de simpatia ou não, ou predisposição favorável ou contrária, sem fundamento racional.</p>
	<p>INTERESSE: Situação onde ocorre quando os benefícios de uns são perdas de outros.</p> <p>Categoria: Situação de benefícios de alguns atores e perdas de outros.</p>

Fonte: MATUS, Carlos. Teoria do Jogo Social. Carlos Matus. 2005

Dessa maneira, realizamos os seguintes passos para coleta e análise de conteúdo das Atas da CIB e COSEMS 2007-2013: 1) coleta e construção de um banco de dados dos assuntos relacionados à Atenção Básica; 2) leitura de todo o banco de dados e definição do conteúdo de cada assunto, se homologação, pactuação ou apresentação/informe; 3) análise do texto completo da ata, tomando por base a utilização da matriz (Apêndice A), sobre os assuntos/conteúdos coletados que indicaram relação direta com a discussão da política estadual da Atenção Básica buscando descrever o cenário de negociação, pactuação e decisão na CIB e os tipos de posicionamento dos atores envolvidos.

Isso posto, segue a descrição de cada passo realizado no processo de análise do conteúdo das Atas.

- 1) coleta e construção de banco de dados dos assuntos relacionados à Atenção Básica nos roteiros das reuniões da CIB, Atas e Resoluções correspondentes às reuniões:

A coleta dos dados foi realizada no período de junho a julho de 2014, tomando como ponto de partida a busca de assuntos relacionados à Atenção Básica nos roteiros das reuniões da CIB e Pautas do COSEMS disponíveis, Atas da CIB e COSEMS e Resoluções geradas a partir das deliberações da Bipartite no período 2007-2013. Nesta fase foi possível contar com o apoio de uma aluna de conclusão do Curso de Graduação em Enfermagem da Escola Baiana de Medicina.

A partir da coleta dos dados foi construído um banco de dados dos assuntos relacionados à temática (Atenção Básica em 2007-2013) em Planilha em Excel por ano, em Apêndice B, sendo retirados apenas alguns fragmentos das atas, nos assuntos mais extensos e o cabeçalho das Resoluções que expressavam as deliberações.

- 2) leitura de todo o banco de dados e definição do conteúdo de cada assunto, ou seja, tipo de categoria: homologação, pactuação e apresentação/informação dos assuntos na reunião da Bipartite;

Nesta etapa foi realizada a leitura do banco de dados para identificar a motivação de inserção de cada assunto na pauta da CIB, com base na identificação prévia, expressa no roteiro de reunião (Apêndice C). Vale destacar que esta motivação foi estabelecida pela Secretaria Executiva da CIB, a partir do ano de 2008, com base na observação de pautas anteriores e na pauta da tripartite.

Em se tratando dos assuntos do ano de 2007 pautados na CIB, período em que os Roteiros não expressavam o tipo de motivação do assunto, foi adotada a mesma lógica utilizada pela Secretaria Executiva da CIB. Assim, foi utilizada a seguinte nomenclatura para identificação das categorias de motivação de inserção de assuntos na pauta da CIB:

Assuntos de Homologação: aqueles que tratavam de conteúdos pré-definidos na Política Nacional da Atenção Básica ou outras Portarias correlatas, os quais seguem critérios, normas e fluxos, valendo exemplificar os credenciamentos dos serviços da Atenção Básica que obedecem normativa nacional e estadual (Bipartite), obedecendo avaliação e aprovação dos Conselhos Municipais de Saúde – CMS, posterior análise das áreas técnicas do estado (Atenção Básica da DIRES e do nível Central), parecer da Comissão Intergestores Regional – CIR, dependendo da CIB apenas para ratificar os movimentos anteriores;

Assuntos de Apresentação/Informe: aqueles que visam dar ciência da situação da Política ou assuntos correlatos a Política da Atenção Básica no Estado.

Assuntos de Pactuação: aqueles que demandam acordo entre gestão estadual e municipal, sobre a formulação ou execução operacionalização da Política da Atenção Básica, através de suas respectivas representações na CIB.

Quanto a organização dos assuntos da atenção básica por tipo de motivação, os colocamos em quadro que se encontra em Apêndice C.

- 3) análise do texto completo da ata, tomando por base a utilização da matriz (Apêndice A), sobre os assuntos/conteúdos coletados que indicaram relação direta com a formulação da política estadual da Atenção Básica buscando descrever o cenário de negociação, pactuação e decisão na CIB e os tipos de posicionamento dos atores envolvidos.

Na matriz de análise (Apêndice A) utilizada foram inseridos os trechos das atas referentes aos assuntos da atenção básica relacionados à formulação da política e se buscou associar algumas das categorias de situações do jogo social (cooperação e conflito), aos momentos do processo decisório da CIB (negociação, pactuação e decisão), fazendo inferências e interpretações dos aspectos observados com base em outros estudos realizados.

Bardin (1979) refere que a inferência deve ser feita mediante conhecimento de material a ser analisado utilizando-se de perguntas baseadas em estudos ou experiências prévias com o assunto e a interpretação, por sua vez, é realizada a partir de uma síntese entre as questões da pesquisa, os resultados obtidos a partir da análise do material coletado, as inferências e a perspectiva teórica adotada.

5 APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

5.1 CIB – SUA ORGANIZAÇÃO E FUNCIONAMENTO

No período de análise deste trabalho a organização e funcionamento da CIB aconteciam, sob orientação dos regimentos publicados, em 2007, e em 2013, conforme Resoluções CIB n. 147/2007 e 088/2013. Ressalta-se que estes Regimentos foram reformulados após discussão e proposição de Comissão indicada pela própria Bipartite, sendo aprovados em suas versões finais por esta.

Vale destacar que a discussão da Política se deu predominantemente à luz do regimento publicado através da Resolução CIB n. 145/2007, tendo em vista que o segundo regimento só é aprovado em 2013.

As CIB em 1993 foram sendo instituídas em vários estados do país. No caso do Estado da Bahia esta estrutura foi formalmente instituída através de Portaria nº. 2.094, de 21 de junho de 1993, entretanto, o registro em ata de suas reuniões e em Resoluções de suas deliberações só foi identificado a partir do ano de 1995.

A CIB contou nos regimentos com a seguinte organização: Plenário, Secretaria Técnica (Resolução 145/2007), Secretaria Executiva da CIB (Resolução 088/2013), Câmara Técnica da Bipartite – CT e Grupos de Trabalho (Resolução 145/2007) e Grupos de Trabalho vinculados a CT (Resolução 088/2013) (Quadro 3).

O Plenário da CIB nesse período (2007-2013) é constituído em ambos os Regimentos por 10 membros titulares, sendo 5 (cinco) indicados pela SESAB, por meio do Secretário da Saúde do Estado, e 5 (cinco) pelo COSEMS, por meio de Ofício do Presidente desta Instituição. Vale ressaltar que na ausência dos titulares os suplentes (na mesma proporção) podiam substituí-los nas reuniões como titulares.

A CIB no segundo regimento em 2013 aprova um desenho de Secretaria Executiva da CIB que se diferencia, tendo em vista, a Revisão do Regimento, a luz das atribuições da CIB expostas no Decreto 7508/2011 e Lei 12.466/2012, ficando estabelecido na sua composição núcleo técnico e núcleo administrativo.

Entretanto, observam-se algumas adequações de um regimento para o outro de acordo com a publicação do Decreto 7508/2011, que aponta para a inserção das Comissões

Intergestores Regionais – CIR, instâncias de pactuação entre gestores, em âmbito regional, vinculadas à CIB, além da necessidade de atendimento às novas competências da Bipartite, impulsionando um novo olhar sobre a sua organização e funcionamento. Cabendo ressaltar dentre as adequações:

- A convocação das reuniões extraordinárias pelo Coordenador e Coordenador adjunto, a condicionalidade de prazo para realização das reuniões da CIR, CT e GT em relação as datas de reuniões da CIB pela vinculação entre estas estruturas, demonstrando uma perspectiva de relação entre instância estadual e regional de pactuação, além de processo ascendente de negociação e pactuação;
- O formato e prazo da versão preliminar da pauta consolidada pela Secretaria Executiva da CIB, mediante sugestões dos integrantes do Plenário (representantes da SESAB e COSEMS/BA), dos Resumos Executivos dos estudos dos GT demandados pela CT, das Secretarias Executivas das CIR, com duas semanas de antecedência da reunião da Bipartite;
- A aprovação da versão final da pauta da CIB pelo Coordenador e Coordenador Adjunto da CIB, após apreciação por meio de reunião da CT;

No período do estudo (2007-2013) a Bahia contou com Jacques Wagner como Governador do Estado pelo Partido dos Trabalhadores – PT e com Jorge Solla e Washington Couto como Secretários da Saúde.

Esta instância contou desde a sua concepção com representação paritária dos entes federados (estado e municípios), devendo destacar que no período estudado o gestor estadual esteve presente em mais de 80% na condução das reuniões e a representação do estado respondia pelas principais áreas de atuação da gestão (Superintendências e Diretorias Estratégicas da Gestão).

A indicação dos representantes do Estado no período analisado correspondeu a: representantes do Gabinete, das Superintendências e Diretorias vinculadas ao staff da Instituição; quanto a representação dos municípios, vale destacar que era indicada pelo Conselho de Secretários Municipais de Saúde – COSEMS, conforme Estatuto do mesmo, e foram o Presidente e vice-presidente da instituição, um representante da Diretoria do COSEMS (sendo esses três vinculados a Diretoria do COSEMS), Secretários indicados pelos Conselhos Regionais de Secretários Municipais de Saúde – CONER e o Secretário da Capital.

Os representantes da SESAB na CIB eram atores que no momento de sua atuação na instituição estavam filiados ao PT e PCdoB, enquanto que os representantes do COSEMS, tinham vinculação a prefeituras de diferentes partidos, desde a partidos aliados (PT, PCdoB, PSB), a partidos de oposição ao governo (DEM), demonstrando um processo de negociação entre atores que representavam o partido de governo ou aliado e de oposição.

Segundo Silva e Labra (2001) a relação entre CIB e SES boa ou ruim entre estas instâncias sofre influência de uma correlação de forças políticas positivas ou negativas devido a posições estratégicas na arena política, influência partidária e poder de veto e da capacidade de atores em colocar seus interesses e influírem sobre as decisões.

Vale destacar que o Estado da Bahia que hoje conta com 417 municípios, contou no período de 2007-2011 com um desenho de Plano Diretor de Regionalização, revisado em 2007, que expressava a organização do estado em macrorregiões e microrregiões de saúde (9 e 28, respectivamente), conforme NOAS 01/2001/2002 e Pacto de Gestão (Portaria n. 366 e 669 de 2006). A partir de 2011 a 2013 passa a contar com 28 regiões de saúde conforme orientação do Decreto 7508/2011.

Dentre as 9 macrorregiões de saúde vale pontuar: Centro Leste, Leste, Sudoeste, Oeste, Centro Norte, Norte, Extremo Sul, Sul e Nordeste), cabendo destacar que a CL, L, SO, S contavam com 4 microrregiões de saúde cada (tendo como polos: Feira de Santana, Salvador, Vitória da Conquista e Itabuna) a O e N com 3 microrregiões de saúde cada (tendo como polos: Barreiras e Juazeiro) e a CN e NE com 2 microrregiões de saúde (tendo como pólos: Jacobina e Alagoinhas).

Quanto as estruturas de relação interfederativa para negociação e pactuação das decisões sobre o processo de descentralização das ações e serviços de saúde contou com CIB macrorregionais (até 2006, situadas nas 9 macrorregiões de saúde), posteriormente com Colegiados Microrregionais de Saúde (de 2007-2012, situados nas 28 microrregiões de saúde) e no seguimento com Comissões Intergestores Regionais (a partir de 2013 até o momento atual).

As estruturas das CIB macrorregionais contava com a participação de gestores indicados pelas estruturas regionais dos municípios denominadas Conselhos Regionais de Municípios – CONER e por representantes indicados pelo Secretário de Estado; as estruturas dos CGMR contavam com todos os gestores municipais das respectivas regiões, diretores de DIRES e técnicos/gestores do nível central da SESAB também indicados pelo Secretário de

Estado; as CIR contaram com a composição semelhante as do CGMR, acrescentando o técnico das DIRES como representação do Estado.

Após o Decreto 7508-2011 estas estruturas de relação interfederativa regionais (CIR) passaram a ter maior articulação com a CIB, passando a ter até um regimento integrado com a instância de pactuação estadual, com normatização desta relação através de fluxo de pauta e deliberações.

No período das CIB macrorregionais a representação de municípios no âmbito regional se dava por meio do CONER que indicavam seus participantes; posteriormente, nos CGMR pela inserção de todos os gestores; e nas CIR, se manteve essa representação.

Quanto a responsabilidade da Secretaria Executiva, no CGMR, era definida pelo município sede do CGMR; posteriormente, com o Decreto 7508 de 2011, a Secretaria Executiva foi assumida pela DIRES. Sobre a Coordenação do CGMR, ficava a cargo do Estado, e na CIR ela era composta por Coordenador e Coordenador adjunto, sendo portando dividida entre Estado e municípios, e a coordenação adjunta se instituíra por meio de indicação do secretário municipal pelos seus pares.

Destaca-se que o coordenador adjunto tem regimentalmente o mesmo poder de decisão do coordenador da CIR (o diretor de DIRES) quanto as pautas, indicação de reuniões extraordinárias e publicações em ad referendum.

No período de atuação das CIB macrorregionais e CGMR, a deliberação destas instâncias e forma de manifestação desta deliberação não estava clara nos Regimentos destas estruturas, enquanto que a atuação das CIR tem esse processo bem estabelecido e formalizado em regimento.

No período de 2007-2011 foi possível perceber um grande volume de reuniões da CIB, sendo no início (2007-2009) mais de 12 por ano, entretanto a partir dos anos subsequentes mais de 8 por ano. As reuniões são realizadas mediante observação de quorum, devendo-se observar a frequência de 10 pessoas entre representantes do ente estadual e municipal.

Quanto a representatividade dos entes observa-se a presença de maioria dos titulares e suplentes do estado na maioria dos anos e do COSEMS também com exceção de 2011 o que pode ter ocorrido em decorrência da mudança de gestão do COSEMS.

Ao observar as Atas das reuniões da CIB, no período de 2007 a 2013, foi possível identificar que ocorreram pelo menos uma vez por mês, totalizando doze ao ano, (2007: 15,

2008 14; 2009:13, 2010: 12; 2013: 13) com exceção dos anos de 2011 e 2012, o que pode ter ocorrido devido ao processo eleitoral do COSEMS no ano de 2011 e a compatibilização da agenda da CIB a da CIT em 2012.

A definição de pauta da CIB se deu no período observado a partir do diálogo entre o Coordenador da CIB e Presidente do COSEMS, mediante solicitação das áreas técnicas do Estado e proposição do COSEMS (sendo estas vindas de sua maioria do território municipal).

A Pauta da CIB no ano de 2007 tinha um desenho pautado nos assuntos que chegavam para a Secretaria Executiva da CIB, sem nenhum escalonamento ou critério específico. A partir do ano de 2008 a pauta foi se conformando segundo o seguinte desenho: Informes, Homologação, Apresentação, Pactuação, e o que ocorrer.

Vale destacar que os assuntos inseridos nestes campos tinham as seguintes características:

Informes: visavam trazer notícias ou informações importantes para esclarecimento dos gestores.

Homologação: apresentavam para validação da CIB propostas que estavam previamente orientadas por Portarias Ministeriais ou Resoluções CIB que já estabeleciam seus critérios;

Apresentação: tratavam de assuntos que eram necessários ser esclarecidos aos gestores e versavam sobre a situação de saúde ou gestão do estado da Bahia.

Pactuação: se referiam a assuntos que demandavam negociação e pacutação entre Estado e COSEMS ainda que fossem recomendados por Portaria Ministerial ou Resolução CIB prévia.

Além disso, os assuntos discutidos na bipartite passavam por uma discussão prévia em Grupos de Trabalho de algumas temáticas/áreas constituídos pelas demandas da CIB (Atenção Básica, Saúde Bucal, Cirurgias Eletivas, Vigilância, Planejamento, Educação Permanente) ou formalmente constituídos pela bipartite (GT Pacto e PPI) e quando não minimamente após as discussões nas reuniões do COSEMS.

A negociação, pactuação e decisão entre os representantes da CIB do Estado e do COSEMS demonstrou-se harmônica durante a maior parte do período quando se tratavam de assuntos relacionados ao processo de discussão da formulação da política estadual, ainda que houvesse representantes da oposição ao governo, possivelmente pelo fato de se constituir

como fator preponderante a formação de Grupos de Trabalho e pactuação prévia com o COSEMS.

Situação semelhante é referida por Lima (1999) aborda que devido a dinâmica de negociação e deliberação por consenso na CIB do Rio de Janeiro muitos assuntos foram aprovados após longos processos de discussão e derivados de reuniões da Câmara Técnica da CIB, demonstrando a marcante influência da mesma nas decisões da CIB, minimizando os conflitos políticos ao transferir para um espaço de discussão mais técnico. Além disso, refere que o direito à voz nas reuniões abertas da CIB ampliou a participação municipal.

Quanto aos assuntos discutidos em reunião da CIB nesse período foi possível se observar uma diversidade de temas, de a atenção básica, a média e alta complexidade, a gestão do trabalho e educação permanente, a assistência farmacêutica, a vigilância à saúde e a gestão propriamente dita.

Dentro da temática da Atenção Básica objeto deste estudo, para realização desta pesquisa foi possível consolidar um banco de dados que permitiu identificar os seguintes assuntos relacionados a essa temática, no período 2007-2013, identificados nos roteiros das reuniões, e categorizados conforme os principais componentes/itens da Política Nacional da Atenção Básica:

Infraestrutura: a homologação de serviços da Atenção Básica; Habilitação do município para aquisição dos medicamentos de Saúde Mental da Atenção Básica; a Aprovação do Plano de Reforma/Construção Ampliação de UBS do Estado da Bahia; Projeto de Construção de USF para o Estado; Projeto de Aquisição de Equipamentos de USF;

Processo de Trabalho: Estratégias de desprecarização do trabalho dos ACS; a mudança de gestão da Assistência Farmacêutica Básica; Transmissão simultânea do Sistema de Atenção Básica; Seleção Pública de ACS e ACE; Aprovação de Relatório para a manutenção do incentivo estadual do PSF; Diretrizes, Estratégias e Normas para a Atenção Básica; Programa Saúde na Escola; Programa de Implantação da Fundação Estatal Saúde da Família; Municípios elegíveis para Integração de Agentes de Combate às Endemias (ACE) na ESF; Plano Nacional para Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica – PMAQ – AB; Programa Mais Médico e PROVAB.

Financiamento da Atenção Básica: a pactuação de incentivo de PSF, contrapartida estadual, Critérios e distribuição de recursos de Compensação das Especificidades Regionais;

Processo de Educação Permanente: Projetos de Educação Permanente em Saúde; curso de formação técnica (Agente Comunitário de Saúde – ACS, Técnico de Higiene Dental – THD e Atendente de Consultório Dentário – ACD); Curso Introdutório/Acolhimento Pedagógico das Equipes de Saúde da Família; Projeto Estadual Telessaúde/Bahia; Proposta de Curso de Especialização para Saúde da Família.

O banco de dados da pesquisa das Atas da CIB nos permitiu também identificar os assuntos relacionados à Atenção Básica por natureza da inserção na pauta da CIB, o que pode ter influenciado os atores envolvidos quanto a posição dos mesmos no jogo de formulação da política da atenção básica no processo de negociação, pactuação e decisão da Bipartite, sendo classificados, em assuntos de homologação, informe/apresentação e pactuação, conforme Apêndice 2.

Silva e Labra (2001) referem que as instâncias colegiadas do SUS, especificamente as Comissões Intergestores Bipartites, por se tratarem de arenas de embates de decisões entre questões técnicas e políticas, assumem elevado grau de importância na formulação e implementação da política de saúde. O que parece ser identificado como perceptível quando se observam os resultados deste estudo, tendo em vista que a negociação e pactuação acerca da Política da Atenção Básica vem sendo observada nesse cenário no decorrer deste período.

5.2 COSEMS – NATUREZA, ESTRUTURA, ORGANIZAÇÃO E FUNCIONAMENTO

O Conselho Estadual dos Secretários Municipais de Saúde – COSEMS-BA, vinculado ao Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (CONASEMS), é uma instância colegiada, representativa dos gestores municipais de saúde do Estado da Bahia, criado em 19 de setembro de 1991, mediante deliberação em assembleia Geral Extraordinária, durante o Encontro Estadual de Secretários Municipais de Saúde da Bahia. (COSEMS, 2013).

É uma entidade civil de direito privado, sem fins lucrativos, com autonomia administrativa, financeira e patrimonial, de duração indeterminada, com sede e foro na cidade de Salvador – Bahia. (COSEMS, 2013).

Conforme COSEMS, 2013 o Conselho é composto por dirigentes do setor saúde do Estado da Bahia, nomeados através de decreto municipal e regulares com as obrigações financeiras junto ao Conselho. Sua estrutura é constituída por Assembleia Geral, Conselho

Estadual de Representantes Regionais – CONER – BA e a Diretoria Executiva. Tem como finalidades:

Deliberar acerca de diretrizes gerais de atuação dos Secretários Municipais de Saúde; Representar os Secretários Municipais de Saúde da Bahia junto a instituições, conselhos, assembleias ou reuniões de caráter municipal, estadual ou nacional; Lutar pela implementação do SUS – BA, participando na qualidade de representante dos Secretários Municipais de Saúde da Bahia; Lutar pela autonomia dos municípios; **Deliberar juntamente com a Secretaria da Saúde do Estado da Bahia sobre a gestão da Saúde no estado da Bahia**; Apoiar o Conselho Estadual de Saúde no desenvolvimento de suas atividades (COSEMS, 2013).

A análise das Atas do COSEMS nesse processo teve a finalidade de observar a relação das discussões entre a CIB e o COSEMS, tendo em vista que desde o ano de 2007 o discurso presente nas reuniões da CIB era de que todo assunto que tivesse como motivação pactuação entre os entes deveria ser pautado no COSEMS antes de se processar a discussão na bipartite.

Isso posto, a análise das Atas do COSEMS, referente às reuniões do período 2007-2013, foi pautada nas Atas entregues pela Secretaria Executiva do COSEMS, após solicitação formal da Mestranda e seu orientador ao Presidente do COSEMS. Vale ressaltar que algumas atas não foram entregues por não terem sido identificadas na Secretaria Executiva (2009, 2010, 2011, 2012) ou não terem sido finalizadas (2013).

Isso posto, as informações apresentadas neste capítulo levaram em consideração as atas disponibilizadas. No período de 2007 – 2013 foram obtidas maior número de atas dos anos 2007 (10), 2008 (10) e 2012 (8). O ano de 2009 foi o ano em que obtivemos o menor número de atas (1), seguido do ano de 2010(4), 2011(3), e 2013 (5).

Este período foi marcado pela condução de quatro gestões, sendo o período de 2007-2010, duas gestões que tiveram condução da mesma presidente e vice-presidente e no período de 2011-2013, com mudança de condução da presidência do COSEMS.

No período de 2007-2010, o COSEMS contava em sua estrutura com Diretoria e Secretaria Executiva e de 2011-2014 contava com a mesma estrutura supracitada e Apoiador institucional, ou seja, técnico da área da saúde, cuja contratação estava sendo viabilizada mediante proposição de convênio desse objeto com a SESAB. Além disso, o COSEMS também contava em ambos os períodos com Conselhos Regionais de Secretários Municipais de Saúde – CONER.

As reuniões do COSEMS tinham como proposta de organização: modelo semelhante a CIB, muito provavelmente por que a mesma ia se constituindo e fortalecendo a partir do processo organização da própria CIB.

5.2.1 COSEMS-Ba e sua relação com a CIB-Ba no processo de formulação da Política da Atenção Básica

Os assuntos pautados no COSEMS, no período 2007-2010, eram abordados da seguinte forma: informes da Secretaria Executiva do COSEMS, demanda de Municípios e discussão da pauta da CIB, sendo observado que: a Secretaria Executiva fazia a comunicação aos municípios para conhecimento, de portarias publicadas pelo Ministério da Saúde.

Nas reuniões pontuava-se como informe as discussões de grupos de trabalho e apresentava-se retorno aos municípios sobre discussões/demandas da Bipartite; contava-se com a participação de técnicos do estado para alinhamento dos pontos de pactuação; e fazia-se a indicação de formação de Grupo de Trabalho para discussão de assuntos mais complexos.

O reconhecimento da necessidade de formação de Comissão Bipartite (estrutura semelhante aos Grupos de Trabalho) já se identificava desde o início do ano de 2007, objetivando um acúmulo maior de conteúdo dos entes na discussão e formulação de propostas para pactuação na CIB, a exemplo de Comissão constituída para discussão de indicadores da atenção básica, desprecarização do trabalho do ACS e saúde bucal.

No período 2011-2013, os assuntos eram tratados como informes e pactuações, sendo mantidos os GT para discussão de assuntos da atenção básica, vigilância, cirurgias eletivas, PPI, principalmente após aprovação do Regimento Interno da CIB-CIR. E no início da gestão 2011 foi referido em Ata a criação de mecanismos para registro e socialização das discussões e proposições dos grupos junto aos demais membros do COSEMS.

Nessa fase as pautas da CIB que tinham como motivação apresentação/informe e homologação entravam no Roteiro, mas não eram detalhadas nas Atas de forma descritiva, provavelmente por se tratarem de conteúdos que não demandavam negociação, pactuação e decisão Bipartite, por se tratarem de pontos que já tinham sido previamente estabelecidos em portarias ministeriais, ou estaduais ou resoluções da CIB como referido anteriormente.

Os assuntos sobre a Atenção Básica, pautados nesse período 2007-2013, em geral entravam na Agenda das reuniões da CIB por meio do Estado, mas eram construídos com o COSEMS mediante processo de negociação, pactuação e decisão e impulsionado/apoiado através dos GT bipartite.

Como as pautas do COSEMS demonstravam o desenho das pautas CIB, os assuntos observados seguiram a mesma lógica dos pautados na CIB, a partir das categorias da Política Nacional da Atenção Básica: infraestrutura, processos de trabalho, gestão do trabalho e educação permanente e financiamento.

Em se tratando de Infraestrutura foram discutidos e validados na maior parte do período: homologação da implantação/expansão de Equipes de Saúde da Família e Equipes de Saúde Bucal e Credenciamento de Equipes de Saúde Bucal (ESB), Equipes de Saúde da Família (ESF), Agentes Comunitários de Saúde (ACS), Unidade Odontológica Móvel (UOM), Equipe de Consultório de Rua, Termo de Compromisso do Programa de Humanização, Pré-Natal e Nascimento; Projeto Saúde Bahia; Programa Medicamento em Casa; Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB), Cadastramento de proposta para reforma, ampliação e construção de unidades;

No item Processos de Trabalho foi apontado Proposta de Saúde do Governo Jaques Wagner, Formação de Comissão, Câmara Técnica e GT, Prazo para adequação do SIAB, Seleção Pública de ACS e ACE, Retificação da pactuação dos Municípios que não utilizaram o transmissor simultâneo do SIAB.

Sobre Gestão do Trabalho e Educação Permanente da Atenção Básica várias foram as discussões que mobilizaram os gestores, dentre elas: critérios para inclusão dos municípios nos cursos descentralizados de habilitação profissional em Técnico de Higiene Dental, Proposta de qualificação em urgência (Capacitação de profissionais que atuam na Atenção Básica); Proposta de criação de comissão para acompanhamento dos cursos de qualificação da SESAB; Mostra Estadual de Saúde da Família; PROVAB; Mais médicos; Telessaúde Brasil Redes Bahia; FESF, Termo de Adesão ao PSE.

Quanto a categoria financiamento foi abordado incentivo aos programas de Agentes Comunitários e Saúde da Família, Suspensão da transferência incentivos financeiros para componentes atenção básica (ESB, ESF, ACS) por irregularidades na alimentação do SIAB, Contrapartida Estadual do PSF, Prazo para a entrega do relatório para a manutenção do

recebimento do incentivo estadual para manutenção do PSF, Critérios para distribuição dos recursos financeiros correspondentes à Compensação de Especificidades Regionais.

Dentre os assuntos pautados na CIB que não foram abordados nas atas das reuniões do COSEMS ou não foram objeto de discussões mais aprofundadas nas atas das reuniões, vale destacar: Avaliação e Prestação de contas da Política Estadual da Atenção Básica; Nova Resolução que define Diretrizes, Estratégias e Normas para a Atenção Básica no Estado da Bahia; Política Estadual da Atenção Básica; Diretrizes Estaduais para implantação, funcionamento e qualificação dos NASF.

Isso pode ter se dado em alguns casos pelo fato destes assuntos se tratarem daqueles que entram na pauta com a motivação de se fazer apenas a apresentação para a Bipartite da situação atual da atenção básica, na Bipartite, portanto, não gerariam deliberações com publicação de Resoluções, ou por terem sido fruto de discussões de grupo de trabalho, ou ainda devido ao fato de se realizar registro síntese da ata.

Outros assuntos (Nova Resolução que define Diretrizes, Estratégias e Normas para a Atenção Básica no Estado da Bahia), cuja motivação para inserção na pauta da CIB era pactuação, não foram identificados na pauta do COSEMS pela ausência da Ata do respectivo período de discussão, o que inviabilizou a análise do processo de discussão do assunto nesta instância. Entretanto, destaca-se que os registros da Bipartite mencionam discussão prévia com o COSEMS.

5.3 POLÍTICA DA ATENÇÃO BÁSICA: SUA INSERÇÃO NA AGENDA NACIONAL E ESTADUAL

5.3.1 Política Nacional da Atenção Básica: sua inserção na Agenda de Governo

A Atenção Básica, também referida como Atenção Primária em Saúde internacionalmente, “tem sido objeto crescente de interesse e prioridade das políticas públicas nas últimas décadas no Brasil e no mundo”, e tem sido atribuído a ela um papel fundamental como porta de entrada e ordenadora do sistema (AQUINO, *et. al.*, 2011).

A Atenção Básica ganha destaque na agenda de prioridades de governo como estratégia de reestruturação de modelo de atenção, e passa a ser reconhecida como política de abrangência nacional, a partir do Programa de Saúde da Família, posteriormente, denominado Estratégia de Saúde da Família, em meados dos anos 1990. (AQUINO *et. al* 2011 e LEVCOVITZ e GARRIDO, *apud* BAPTISTA, FAUSTO e CUNHA , 2009)

Esta estratégia é instituída formalmente, por meio da Portaria GM/MS n. 1886, de 18 de dezembro de 1997, que aprova as Normas de Diretrizes do Programa de Agentes Comunitários de Saúde e do Programa de Saúde da Família.

A expressão da atenção básica como ‘Política’ em documento específico formal e legal decorre da publicação da Política Nacional da Atenção Básica, através da Portaria nº 648, de 28 de março de 2006. A Política publicada expressa os seguintes conteúdos referentes a Atenção Básica e Estratégia de Saúde da Família:

- ✓ princípios gerais, responsabilidades de cada esfera de governo, orientações sobre infra-estrutura e recursos necessários, orientações para cadastramento das unidades que prestam serviços básicos, o processo de trabalho, atribuições dos membros das equipes, o processo de educação permanente, o financiamento com informação sobre o piso de atenção básica, requisitos para sua manutenção, solicitação de crédito retroativo e suspensão de repasse. Brasil, 2006 a.

A Política na sua primeira versão caracteriza a Atenção Básica por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrangem a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde. É o contato preferencial dos usuários com os sistemas de saúde.

Tendo em vista algumas mudanças ocorridas no âmbito nacional da Política de Saúde, a exemplo da mudança de relação entre os entes federados, expressa pela suspensão da adesão ao Pacto de Gestão e processo de transição até a assinatura do COAP, o Ministério da Saúde publica em 2012 uma revisão da Política Nacional da Atenção Básica por meio da Portaria nº 2488, de 21 de outubro de 2012.

Diante da análise da nova versão da Política observa-se inserção de novos conteúdos em relação a primeira versão, que pode ter se dado pelos avanços alcançados com a execução da Política ou devido a inserção de novos olhares quanto às necessidades de ajustes na Política. Assim, buscamos trazer esses aspectos por tópicos da política:

No seu novo conceito de atenção básica aborda o termo redução de danos pela primeira vez no escopo de sua atuação: A Atenção Básica caracteriza-se por um conjunto de

ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, redução de danos e a manutenção da saúde. Além disso traz a mesma como contato preferencial e principal porta de entrada e centro de comunicação da Rede de Atenção, resgatando a concepção de rede.

Objetivo da Atenção Básica aparece de forma mais explícita, e traduz seu impacto sobre a autonomia das pessoas, conforme segue: “Desenvolver uma atenção integral que impacte na situação de saúde e autonomia das pessoas e nos determinantes e condicionantes de saúde das coletividades” (BRASIL, 2012).

Amplia-se o escopo do seu funcionamento resgatando o conceito do cuidado e da gestão para a ação da atenção básica, bem como, a compreensão dos meios e instrumentos da atenção básica e o seu foco de atuação, compreendendo-o para além dos problemas, sobre demandas, necessidades, trazendo a observância de conceitos não abordados anteriormente como riscos, vulnerabilidade, resiliência e ética.

Correlaciona através de seus fundamentos acolhimento, estabelecimento de vínculo e corresponsabilização do usuário pela sua própria saúde, dessa maneira, traduz também o potencial da adscrição dos usuários a um território para o processo de vinculação de pessoas, famílias e grupos a profissionais/equipes, visando tornar-se referência para o seu cuidado, e impactando sobre a construção de relações de afetividade e confiança entre o usuário e o trabalhador da saúde, contribuindo para o aprofundamento do processo de corresponsabilização da sua saúde, além de poder se traduzir em um potencial terapêutico.

Relaciona ainda a participação e o controle social ao potencial de ampliação da autonomia e capacidade de construção do autocuidado do usuário e coletividades, contribuindo também para o enfrentamento de determinantes e condicionantes de saúde, na organização e orientação de serviços de saúde pautando-se em lógicas mais centradas no usuário e no exercício do controle social.

A segunda versão também resgata a concepção de redes de atenção à saúde, reiterada a partir da publicação do Decreto 7508/2011, como estratégia para um cuidado integral, direcionado às necessidades de saúde da população, destacando a atenção básica como primeiro ponto de atenção e principal porta de entrada do sistema, com equipe multidisciplinar para atender a população do território, integrando, coordenando o cuidado e atendendo suas necessidades.

Aborda responsabilidades comuns dos três entes federados, cabendo destacar algumas: garantir infraestrutura necessária para funcionamento das Unidades Básicas de Saúde; contribuir com financiamento tripartite, utilizando formas de repasse fundo a fundo; estabelecer nos planos de saúde respectivos, prioridades, estratégias e metas para organização da atenção básica; mecanismos técnicos e estratégias organizacionais de qualificação da força de trabalho para gestão e atenção à saúde e valorização dos profissionais; planejar, apoiar, monitorar e avaliar a atenção básica, viabilizar parcerias com organismos internacionais, organizações governamentais e não governamentais e do setor privado para fortalecimento da atenção básica e estratégia de saúde da família e estimular a participação popular e o controle social.

O apoio institucional aparece na segunda versão como responsabilidade a ser exercida pela união e estados aos municípios e dentro do próprio território municipal, no processo de implantação, acompanhamento e qualificação da atenção básica e de ampliação e consolidação da Estratégia Saúde da Família. Vale destacar que na primeira versão se apontava o papel de assessoria técnica pelos Estados e união aos municípios.

Do ponto de vista da infraestrutura da atenção básica e estratégia de saúde da família insere orientações aos municípios para estrutura de serviços da atenção básica (UBS) disponibilizando as mesmas em manual específico, salvaguardando as normas sanitárias; além disso, reitera à necessidade de lançamento destas unidades no cadastro nacional de serviços em obediência às normas vigentes.

Quanto às características do processo de trabalho das equipes da atenção básica observou-se a inclusão da programação e implementação das atividades de acordo com as necessidades de saúde da população e priorização de intervenções clínicas e sanitárias sobre os problemas, conforme critérios de frequência, risco, vulnerabilidade e resiliência.

Em relação à Educação permanente das equipes da atenção básica, foi entendido que o processo de consolidação e aprimoramento da atenção básica como importante reorientadora do modelo de atenção à saúde no Brasil demanda um saber e um fazer em educação permanente que sejam encarnados na prática concreta dos serviços de saúde, devendo ser, portanto, constitutiva, da qualificação das práticas de cuidado, gestão, formação e participação popular, quadrilátero da formação estudado por Cecim (2005).

Há também a compreensão de que a vinculação de processos de educação permanente a estratégia de apoio institucional pode potencializar bastante o desenvolvimento de

competências de gestão e de cuidado na atenção básica, na medida em que aumenta as alternativas para o enfrentamento das dificuldades vivenciadas pelos trabalhadores em seu cotidiano.

Estes movimentos de revisão da política nacional também podem ter sido influenciados pelos movimentos, discussões, e pelas realidades estaduais e municipais, tendo em vista que o Ministério deve observar o processo de formulação de políticas com base nas realidades estaduais e locais.

Tal situação pode ser identificada, ao observar-se em documentos do planejamento do estado no cenário baiano conteúdos posteriormente descritos na segunda versão da Portaria, o que pode sinalizar para sua inclusão no processo de execução da Política Nacional no âmbito do Estado da Bahia a partir da atuação dos atores do Estado nos espaços tripartite de discussão (Grupos de Trabalho do CONASS).

Os conteúdos ou assuntos expressos citados acima foram formas de repasse fundo a fundo do estado para municípios e o processo de Apoio Institucional, ambos já registrados no Plano Estadual de Saúde – PES (2008-2011) do Estado, desde o início do processo de planejamento, (o qual incluiu gestores e técnicos da SESAB, Gestores municipais, representantes de organizações sociais, sindicais, e conselheiros de saúde), assim como no Relatório da 8ª Conferência Estadual de Saúde – CONFERES de 2008 e nas discussões da CIB.

Expressão disso é notada na proposição das seguintes ações estratégicas para alcance dos objetivos do PES 2008-2011: incentivo financeiro estadual para consolidação e expansão da Estratégia de Saúde da Família no estado, apoio institucional aos municípios para expansão do número de ESF, Atenção em Saúde Bucal e Núcleos de Apoio à Saúde da Família, o apoio institucional à gestão municipal para qualificação e fortalecimento da Estratégia de Saúde da Família.

As conexões entre o processo de formulação de diretrizes políticas e sua operacionalização podem estar mediadas pelo processo de planejamento, tendo em vista que lhe é atribuído como fazer parte da gestão dos sistemas e serviços de saúde, na medida em que se constitui como forma de delinear, estruturar e monitorar a execução de proposições destinadas a operacionalizar decisões institucionais. Vilasbôas e Paim (2008).

Além disso, Vilasbôas e Paim (2008), também referem que no Brasil, “o processo de implantação do Sistema Único de Saúde (SUS) tem colocado a gestão como o elemento

central da implementação das políticas de saúde, o modo concreto de operá-las, mediante processo de negociação entre os dirigentes das três esferas administrativas”.

5.3.2 Política da Atenção Básica: sua inserção na Agenda Estadual e sua relação com a segunda versão da Política Nacional da Atenção Básica

Vilasbôas e Paim (2008) referem que estudos desenvolvidos sobre a descentralização do sistema de saúde no Brasil têm destacado:

as complexas relações intergovernamentais na formulação e implementação das políticas de saúde, apontando para o forte papel indutor exercido pelo Governo Federal, mediante mecanismos de transferências de recursos financeiros para os municípios em função de sua adesão a determinadas políticas, negociadas nas instâncias intergestores. (VILASBÔAS e PAIM, 2008, p.1239).

Diante do exposto, com a publicação no ano de 2006, da Política Nacional da Atenção Básica, foi possível observar a influência desse movimento no Estado da Bahia, logo no início da Gestão 2007-2010, ao analisar os instrumentos de Planejamento, as Atas da CIB e o Relatório da 8ª CONFERES, para a inserção da Atenção Básica na Agenda do Estado.

Portanto, observa-se que as gestões do estado nos períodos 2007-2010 e 2011-2013 pautam assuntos relacionados a Política da Atenção Básica de forma contínua na bipartite, o que pode evidenciar a priorização da Atenção Básica para este período de gestão estudado. Isso também é possível ser observado a partir de documentos oficiais publicados desde o início da gestão (Projeto de Governo Wagner, apresentado na primeira reunião da CIB de 2007 e Plano Estadual de Saúde Gestão 2007-2010, vigência 2011, aprovado no CES, em 30 de abril de 2009, e posteriormente o Plano Estadual de Saúde 2012-2015, também aprovado pelo CES, em 12 de julho de 2012, e apresentado na CIB, em 23 de agosto de 2012).

Nessa crescente, ao se observar as atas da CIB, no período de 2007-2013, identifica-se que os assuntos referentes à Atenção Básica pautados naquelas atas, expressavam de forma preponderante a discussão de aspectos operacionais da Política Nacional executada no estado, ou seja, a discussão do processo de operacionalização da mesma, por fato perceptível, através de suas deliberações expressas em Resoluções que aprovaram:

- a) implantação/expansão/credenciamento de serviços da atenção básica (ESF, ESB, ACS, NASF, UOM, Equipes de Consultório de Rua);
- b) estratégia e apoio a para desprecarização do trabalho dos ACS por meio de apoio institucional, instrução aos municípios para criação da lei de criação do cargo de ACS, seleção conjunta com o Estado para ACS;
- c) aprovação de adesão de municípios ao Projeto Saúde Bahia para construção de USF;
- d) aprovação da adesão ao Programa Saúde na Escola;
- e) aprovação de Cursos para nível médio da Atenção Básica para municípios (ACS, THD, ACD);
- f) aprovação de Curso Introdutório e Acolhimento Pedagógico para ESF;
- g) aprovação de critérios para definição de diretrizes e distribuição de recursos para Compensações de Especificidades Regionais;
- h) aprovação de Programa de Avaliação para melhoria da Qualidade da Atenção Básica – PMAQ;
- i) Aprovação do Projeto de Construção, de Reforma e Ampliação de UBS e Academia da Saúde e Aquisição de Equipamentos para Atenção Básica.

A aprovação dos assuntos supracitados mediante deliberação da CIB demonstra que esta instância vem sendo espaço de discussão dos aspectos operacionais da política, mais especificamente dos seguintes itens da Política Nacional: da infra-estrutura e dos recursos necessários; do cadastramento das unidades que prestam serviços básicos de saúde; do processo de trabalho das equipes de atenção básica; das atribuições dos membros das equipes de atenção básica; do processo de educação permanente.

Ainda que a proposta de formulação de um documento que expressasse a política estadual da atenção básica não tenha sido colocada em pauta para discussão até o ano de 2012, desde o ano de 2007, algumas discussões da CIB, sinalizavam para um franco e crescente o nascedouro do processo de formulação da Política específica do Estado, conforme registrado em ata da CIB, no momento de discussão da Política propriamente dita.

Este fato é expresso em um dos registros de ata por um dos participantes que em reunião de CIB que tinha como pauta as diretrizes da Política da Atenção Básica já se indicava o início do processo de formulação da mesma.

Este processo de discussão e operacionalização dos aspectos da Política da Atenção Básica na Bipartite, e o entendimento desde o início da gestão da Atenção Básica como Política prioritária de governo, também pode ter contribuído desde o início da gestão para o processo de formulação da política, ainda que a mesma só tenha sido elaborada e publicada, enquanto documento formal (Decreto n.14.457, de 13 de maio de 2013) nos anos de 2012 e 2013, respectivamente, o que se identifica ao observar a inserção dos seguintes assuntos na pauta da CIB, no período 2007-2013:

1. Proposta de Saúde do Governo Jaques Wagner (2007) com destaques para a Atenção Básica e Prestação de contas da Política Estadual da Atenção Básica (2008), demonstrando com base na análise do ciclo de políticas, as fases de levantamento dos principais problemas e inserção da atenção básica na agenda;
2. Diretrizes, Estratégias e Normas para a Atenção Básica no Estado da Bahia; Nova Resolução da Atenção Básica (2008-2012) Diretrizes da Política Estadual do NASF (2009 e 2010), sinalizando para a possibilidade de início de levantamento da abordagem de ajustes na política nacional e entendimento da necessidade de formulação posterior de política específica para o Estado;
3. Projeto Estadual da Rede Cegonha (2011); Plano Estadual de Saúde – PES 2012/2015(2012); Política Estadual da Atenção Básica (2012); Alteração dos fluxos de credenciamento dos serviços da Atenção Básica no Estado da Bahia e diretriz e modelo de projeto para Credenciamento de Equipes de Núcleo de Apoio a Saúde da Família (NASF) (2013) que podem demonstrar o processo de definição de diretrizes, objetivos e ações expressos na fase de formulação propriamente dita da Política.

De acordo com a teoria do ciclo da política pública, o caminho seguido começa com a elaboração de uma agenda, onde interesses e propostas são colocados na “mesa” de negociações, definindo-se preferências que são adaptadas ao projeto político governamental, seguido das etapas de formulação de propostas, escolha de alternativas e implementação das políticas públicas (PINTO, 2008, p 29).

A Política Estadual tem alguns aspectos específicos que não são tratados explicitamente na Política Nacional, o que sinaliza para o fato do estado ter se movido para

constituição da sua Política, valendo destacar que estes aspectos abordados vão na direção de qualificar o processo de trabalho das equipes, através de mecanismos de co-gestão, educação permanente e comunicação.

Dentre os aspectos específicos para atendimento da realidade do Estado da Bahia observados destacam-se:

- a necessidade de constituição de Grupo de Trabalho Interinstitucional da Atenção Básica – GTI – AB para monitoramento e avaliação da Política da Atenção Básica;
- garantia de uma Coordenação de Atenção Básica ou similar na estrutura da Secretaria Municipal de Saúde, como responsabilidade da gestão municipal;
- definição do perfil do Coordenador da Atenção Básica: profissional de nível superior da área de saúde ou nível superior de outra área, com pós-graduação na área da saúde, com carga horária de 40 (quarenta) horas semanais, dedicadas exclusivamente para ações da coordenação da Atenção Básica;
- destaque para dois objetos do processo de trabalho: o acolhimento pedagógico e o telessaúde;
- definição do acolhimento pedagógico (semelhante a proposta do treinamento introdutório) o qual não havia sido abordado em nenhuma das versões da política nacional, como dispositivo para a qualificação do processo de trabalho das equipes da Estratégia Saúde da Família/Atenção Básica;
- definição do papel do Telessaúde, na Bahia, o qual seria integrar tecnologia, comunicação e, principalmente, pessoas, mediados por ferramentas de Educação Permanente e como objetivo principal ampliar a resolubilidade e fortalecer a Atenção Básica e as Redes de Atenção à Saúde;
- abordagem, em capítulo específico, do núcleo microrregional de educação permanente – NMR para atenção básica, onde se estabelece o processo de educação permanente, e se esclarece que o núcleo é uma instância microrregional, sediada e gerida pelo município sede de microrregião ou por município ou instância definida em Comissão Intergestores Regional – CIR ou Comissão Intergestores Bipartite – CIB;

- proposição de capítulo específico para tratar de cogestão, comunicação e transparência, estabelecendo que todas as ações e atividades voltadas para a implementação da Política Estadual de Atenção Básica – PEAB.

5.4 PROCESSO DE NEGOCIAÇÃO, PACTUAÇÃO E DECISÃO DA CIB-BA

Tomando por base o processo de formulação da política da atenção básica se buscou avaliar o contexto das discussões na CIB quando estes assuntos foram abordados, para identificar se havia posicionamento favorável demonstrando cooperação ou oposição demonstrando conflito entre os entes federados, na tentativa de esclarecer em que momento do processo decisório se deu a situação, se de negociação, pactuação ou decisão.

Foi adotado como referencial para análise deste conteúdo o jogo social de Matus (2005) que estabelece:

1. Na situação de conflito três possibilidades: a) atores concebem diferente a realidade; b) relações entre os atores prejudicadas favorecendo posições contrárias as jogadas; c) benefícios de alguns atores e perdas de outros.
2. Na situação de cooperação estas possibilidades: a) intercâmbio transparente de informações entre colaboradores; b) intercâmbio com dificuldades pela falta de clareza de intenções dos atores ou ausência de informações sobre possibilidade e situação de jogo.

Silva e Labra (2001) afirma que como em qualquer outro processo decisório, a política de saúde é produto de um complexo jogo de negociações e pactuações entre a máquina estatal, profissionais de saúde, sindicatos, partidos políticos, grupos de interesse e associações da sociedade civil.

Na maioria dos assuntos pautados que tem correlação com o processo de formulação da Política Estadual da Atenção Básica se percebeu como situação de cooperação, as duas situações: a) intercâmbio transparente de informações entre colaboradores, b) intercâmbio com dificuldades pela falta de clareza de intenções dos atores ou ausência de informações sobre possibilidade e situação de jogo; E nas de conflito, as possibilidades expressas através

de: atores que concebiam diferente a realidade ou benefícios de alguns atores e perdas de outros.

Foi possível identificar que desde o ano de 2007 participaram das reuniões da CIB os seus membros, com direito a voz e voto, conforme regimento, gestores do estado e dos municípios e técnicos do estado e dos municípios com direito a voz.

Nos temas relacionados a Atenção Básica, o conteúdo geralmente era proposto pelo Estado, entretanto participavam na condução da discussão gestores e técnicos da Atenção Básica do estado, com a anuência e ponderação de técnicos ou gestores do COSEMS (integrantes ou não da CIB) e observou-se nas falas uma tendência a discussão prévia dos assuntos.

Quanto ao posicionamento/situação dos atores em cena, observou-se na maioria dos assuntos, posição de cooperação, o que atribuímos ao possível processo de negociação prévio dos assuntos pautados.

Na apresentação e discussão dos assuntos foram sendo identificados os posicionamentos dos membros/participantes da CIB nos três momentos do processo decisório (negociação, pactuação e decisão).

Nos momentos de negociação se observou no cômputo geral das falas, os seguintes aspectos:

- as apresentações dos assuntos pautados pelo estado, com a defesa dos seus interesses e a busca por dirimir conflitos, entretanto, sem observação de muitas falas de divergência de opinião, o que parece ter sido decorrente também dos movimentos de discussão em grupos de trabalho ou reuniões do COSEMS, conforme foi referido nas atas; (Citar algum exemplo da Ata)
- as posições de apoio com sugestões dos representantes do estado ou do COSEMS, demonstraram sob nosso ponto de vista situação de cooperação,
- as posições de ponderação dos atores ou contraposição, demonstrando situações de conflitos, porém com perspectiva de solução da questão.

Nos momentos de pactuação dos assuntos, verifica-se o posicionamento dos atores através da formulação de propostas, observando-se a presença mais comum nestes momentos de situações de cooperação com apresentação de propostas favoráveis, ou ratificação ao que se apresentava. Citar algum exemplo da Ata

Nos momentos de decisão dos assuntos pautados em CIB sobre a Política da Atenção Básica, observou-se na situação daqueles que foram motivados para apresentação à CIB, o registro de validação, de cooperação na maioria dos assuntos, sem proposições ou retificações ao que se colocava. Naqueles que eram motivados para gerar pactuação da CIB, também tiveram posicionamento favorável, de cooperação.

O primeiro momento em que a atenção básica foi abordada como temática na CIB, neste período estudado, foi para apresentação pela gestão estadual na primeira reunião do ano de 2007, com a apresentação da Proposta de Saúde do Governo Jaques Wagner, que trouxe dentre as prioridades, a atenção básica, sendo abordados, alguns aspectos já estabelecidos na Política Nacional da Atenção Básica.

Naquele momento pôde-se perceber que ali se disparava o primeiro movimento de discussão na CIB, neste período observado, que poderia integrar um processo de formulação da política estadual da atenção básica, tendo em vista que a Proposta de Saúde foi elaborada à luz de um diagnóstico de situação, sintetizado após o período de transição, o que pode ter correspondido a um momento de entrada da atenção básica na agenda estadual deste período estudado.

Na apresentação e discussão do assunto supracitado se percebeu os posicionamentos dos membros da CIB nos três momentos do processo decisório negociação, pactuação e decisão, com as apresentações feitas pelo Estado compõe o momento de negociação, observando-se que a maioria dos posicionamentos foi de cooperação, percebendo-se através das falas a relevância dada ao assunto, considerando-se a importância de um bom projeto de governo e destacando-se que plano apresentado tinha muita consistência e demonstrava o conhecimento técnico da equipe que o havia preparado.

Porém, houve alguns posicionamentos que evidenciaram situações de conflito de idéias, demonstrando que havia posição contrária a apresentação estadual quanto ao aspecto da proposta de saúde para a atenção básica, no quesito desprecarização do trabalho do ACS, tendo sido ponderada a necessidade de discussão do financiamento tripartite para atendimento dessa proposta, demonstrando se tratar de um momento de pactuação, já que foi apresentada sugestão de ajuste na Proposta de Governo.

O momento de decisão por conta do posicionamento do ator no momento de pactuação, impulsionou a disponibilização pelo estado da apresentação no site e a possibilidade de novas sugestões serem agregadas a proposta.

No ano de 2008, novamente se observa outro assunto sendo apresentado na bipartite, Avaliação e Prestação de Contas da Política Estadual da Atenção Básica que apesar de demonstrar a avaliação do processo em curso de discussão dos aspectos operacionais da Política Nacional da Atenção Básica, no âmbito do Estado, sinaliza para a tendência do início de um processo de formulação da política específica do Estado, por se tratar de uma das fases da política de reconhecimento dos problemas e impulsionar a redefinição das ações para enfrentamento dos mesmos.

Nessa apresentação observa-se que os momentos de negociação/pactuação e decisão são imbricados e os posicionamentos são de ponderação do ente municipal e resposta do ente estadual quanto aos aspectos operacionais da avaliação e continuidade da política, demonstrando entendimento entre os entes para a discussão em curso.

Observa-se, entretanto, que até o ano de 2008, os assuntos expostos entendidos como atinentes ao processo de formulação da política, tiveram como motivação para inserção na pauta, a apresentação sobre as propostas do governo Wagner e da avaliação da Política da Atenção Básica no Estado para a CIB, expondo pretensões do estado em relação a saúde e situação atual da Política Estadual da Atenção Básica.

Isso posto, evidenciava-se com isso que a discussão não indicava motivação de pactuação e decisão pela CIB, o que pode ter corroborado para maior identificação de posicionamentos favoráveis, ou seja, de cooperação com as falas e posicionamentos, do ente estadual.

Em 2008 com a discussão da Proposta de nova Resolução que define diretrizes, estratégias e normas para a atenção básica no estado da Bahia e como se tratava pela primeira vez de proposta de pactuação na direção de adequações na Política Nacional para execução e atendimento às particularidades do estado da Bahia, esse talvez tenha sido o primeiro movimento mais efetivo de necessidade de indução de formulação da Política Estadual da Atenção Básica.

Nesta apresentação, os momentos do processo decisório seguem lógica semelhante aos assuntos apresentados até o momento, e é possível se perceber a presença de cooperação entre COSEMS e SESAB, inclusive com o registro de já ter sido apresentada na reunião do COSEMS, apesar de se perceber no processo de pactuação, inicialmente, posicionamentos contrários com propostas distintas, entretanto, no momento decisório, se identifica o alinhamento e cooperação com observação do consenso entre os entes.

O posicionamento contrário se deu em função do registro da necessidade de postergar a aprovação da Resolução sobre os critérios e fluxos de credenciamentos da AB como um todo, pela falta de aprofundamento do entendimento da representação do ente municipal. Porém, pela necessidade de avançar com o processo de estruturação da Atenção Básica observa-se uma tendência ao acordo, a cooperação em alguma medida, enfim, ao posicionamento favorável.

Com a observação deste ponto de pauta, pôde-se observar que parecia haver uma tendência a um movimento que estava se dando na Bipartite onde a área técnica do estado começava a pautar na reunião do COSEMS os assuntos que deveriam ser pactuados em CIB para gerar uma negociação e pactuação prévia a CIB e subsequente validação nesta Comissão Bipartite, o qual pode representar a crescente relevância que o ente estadual passa a dar ao ente municipal.

Ainda tratando deste assunto, Nova Resolução da Atenção Básica, percebe-se que esse movimento de revisão da Política Nacional da Atenção Básica estava se dando para atendimento das especificidades do território estadual, expressando mais uma vez o avanço do processo de formulação da política específica para a Atenção Básica do Estado.

O Projeto Estadual da Rede Cegonha foi outro assunto selecionado por tratar da importância da atuação da atenção básica, como ordenadora das Redes de Atenção, e por referir aspectos que podiam contribuir para a formulação da política estadual da atenção básica.

Neste assunto, percebeu-se também pelo registro de um dos membros, a posição contrária em parte do Projeto por abordar a necessidade de rever o montante de recursos financeiros alocados na Atenção Básica, entendendo ser a mesma o componente fundamental para a operacionalização da Rede Cegonha, de necessidade de atentar para o financiamento da atenção básica e de se contar com o apoio da SESAB para buscar discussão tripartite para implementação da política.

Entretanto, observa-se que as falas na reunião em sua maioria são de cooperação a proposta, além de falas de reconhecimento do papel do estado quanto a agilidade na condução das discussões e construção da Rede Cegonha, além de ser pontuado pelo estado e COSEMS, a existência de um processo de negociação tripartite através do Grupo Condutor de Redes para desenho, estruturação, monitoramento e avaliação das redes no Estado.

Assim, observaram-se os momentos de negociação, pactuação e decisão conforme abordados anteriormente em apresentação realizada pelo estado, ponderações feitas favoráveis, propostas de pactuação e decisão da Bipartite, levando em consideração os acordos propostos.

Destaca-se também que este assunto inaugura o começo de um processo de alinhamento de negociação, pactuação e decisão ascendente no Estado da Bahia, direcionado da região de saúde (CGMR e posteriormente CIR) para o âmbito estadual (CIB), e a percepção tanto do gestor estadual, quanto municipal, da importância desse fórum para as negociações, pactuações e deliberações dos aspectos operacionais das políticas de saúde.

Além disso, fica evidente que se tratou de um o processo cíclico de construção, com momentos de discussão no grupo condutor entre técnicos e gestores de estado e municípios, momentos na instância regional e momentos na Bipartite.

Nestas discussões são percebidos no processo de pactuação, movimentos de cooperação entre entes, que possivelmente se deram por conta do processo de articulação entre os entes federados devido a constituição de um grupo condutor tripartite (Estado, Ministério e COSEMS), denotando a importância que se tem em discussões prévias de processos de pactuação que demandam melhor análise técnica, acordos e negociações políticas.

Silvia e Labra (2001) apontam que “mesmo quando os atores têm consciência de seus papéis e estão comprometidos com a consolidação do SUS, é comum a ocorrência de oposições, discordâncias e demoras na tomada de decisão”, situação concreta na CIB, fórum em que todos podem participar e expor suas ideias, entendendo que apesar da obtenção do consenso ser mais demorada, este espaço oferece maior possibilidade de elaboração e pactuação de políticas mais sustentáveis.

Esse modelo de discussão prévia dos assuntos de pactuação da CIB foi sendo indicado pela própria Bipartite e possivelmente adotado pela área técnica responsável pela Atenção Básica no estado, o que pode ter contado para um crescendo de posicionamentos de cooperação nas discussões da Atenção Básica, principalmente em se tratando da formulação da sua Política Estadual, onde os entes federados se reuniam previamente em grupos de trabalho, assim como no COSEMS e alinhavam os acordos para apresentação e ratificação na Bipartite.

Dessa forma, se percebeu esse caminhar com o Plano Estadual de Saúde – PES 2012/2015 e a Política Estadual da Atenção Básica em 2012. O Plano foi possivelmente o arrematador do processo de formulação final da Política Estadual da Atenção Básica por mobilizar a necessidade da caminhada na direção de uma Política que traduzisse as necessidades da população do estado da Bahia em relação à Atenção Básica, considerando que essa apresentação foi fruto de um processo de construção coletivo, envolvendo vários atores sociais, dentre eles, gestores e técnicos municipais.

Nestes dois movimentos percebeu-se um posicionamento cem por cento de cooperação entre os entes, este fato, pode ter se dado talvez inicialmente por se tratarem de pontos de apresentação, que não geram Resolução, cumprindo apenas o papel de situar os atores quanto aos documentos formulados.

Em segundo lugar, por se tratar possivelmente de uma construção que se deu paulatinamente com as discussões dos aspectos operacionais da política, e por se tratar da avaliação da execução desta política, da revisão de suas diretrizes e do desenho final da política proposta;

E em terceiro lugar talvez pelo entendimento cada vez maior dos membros da CIB de que a aprovação das políticas de saúde deve ocorrer no Conselho Estadual de Saúde, por ser responsabilidade desta instância, o que se observa no registro de um dos membros em uma das atas;

Por fim, também pela possibilidade de maior conexão, articulação, diálogo entre os dois entes federados, estado e município previamente a versão final destes documentos, ao que se percebe na fala de alguns membros também que apresentam estes documentos na Bipartite mediante Grupos de Trabalho e apresentação prévia no COSEMS.

Quanto a Política Estadual da Atenção Básica, uma das falas em ata demonstra que a Política já vinha sendo executada, mas devido às adequações possivelmente para atender as particularidades do estado e não da gestão estadual, ela estava sendo agora formalizada como documento oficial mediante Decreto do Governador.

Apesar de se identificar apenas uma fala do ente município, a mesma ratifica o registro do ente estadual sobre a relevância da Política Estadual, referindo que processo de formulação se deu desde o início do ano de 2007, destacando ter se dado de forma coletiva, com a inserção de gestores e técnicos de municípios, demonstrando a posição de cooperação e

satisfação com a Política formulada, resultando em seu parecer de pactuação da versão apresentada da Política.

Diante do exposto observa-se que de fato apesar de não ter havido outros comentários, posicionamentos do ente municipal quanto a Política Estadual da Atenção Básica, pode-se inferir que o silêncio dos gestores pode ter representado:

um posicionamento favorável dos mesmos devido à articulação prévia existente com o COSEMS e o atendimento às suas sugestões sobre a Política;

também pode expressar a polarização do estudo, tendo em vista que não foi adotada a categoria cooptação, além do fato de ter sido referendada através da apresentação em reunião prévia do Conselho de Secretários ou entretanto, por não ser relevante para o ator municipal.

Quanto a Política, esta foi apresentada, discutida e aprovada no CES em data anterior à CIB, como tem se buscado fazer com as Políticas de Saúde, que vem sendo construídas no âmbito do Estado, nesse período de gestão 2007-2010, fazendo-se, portanto, a inserção na pauta da CIB apenas para apresentação e composição de sugestões para o documento.

Esse aspecto traz para discussão uma outra questão que é a articulação e relação entre CIB e CES na formulação de Políticas de Saúde, tendo em vista que as mesmas devem ser elaboradas e fiscalizadas pelo CES, entretanto, devem contar com a colaboração da Bipartite, pela importância da inserção do ente municipal na mesma, por se tratarem de Políticas públicas, principalmente na situação da Política da Atenção Básica, que tem sua execução eminentemente no território municipal.

o mérito da execução da política através de instâncias colegiadas de gestão está na possibilidade da construção da parceria do estado com municípios e na consolidação de uma prática de negociação entre os gestores locais da política mais equilibrada, democrática e participativa (LIMA, 2001, p. 242).

Lima (2001) afirma ainda que não se espera com essas instâncias superar todos os conflitos entre os entes federados presentes nas políticas de saúde, entretanto, garantir o princípio da interdependência entre gestores do SUS, através de negociação permanente entre as instâncias de governo e cooperação, num jogo contínuo de competição-cooperação, formas e mecanismos de superar conflitos.

6 COMENTÁRIOS FINAIS

Este estudo pôde demonstrar o potencial da instância Bipartite como um espaço de negociação, pactuação e decisão de uma dada política de saúde, seja, contribuindo para discussão dos aspectos operacionais desta, seja contribuindo para a formulação de novas políticas.

A formulação da Política da Atenção Básica no Estado da Bahia foi um exemplo claro deste processo, e demonstrou o quanto é necessário se construir processos de co-gestão de forma participativa, para avançar na consolidação de elaboração de políticas mais efetivas, resolutivas e coerentes com a realidade local, regional e estadual.

O processo de negociação e pactuação entre entes federados anteriormente a reunião da Bipartite por meio dos seus representantes, seja através de grupos de trabalho, grupo condutor, seja através de reuniões ampliadas com o COSEMS, demonstrou no caso estudado, o quanto foi importante para se avançar no processo de negociação, pactuação e decisão, desta instância de articulação Bipartite, para o processo de formulação e operacionalização da Política da Atenção Básica no estado.

Este fator pode ter sido decisivo para o processo de formulação da política, tendo em vista, que o mesmo se deu na Bipartite de forma consensuada e cooperativa, com a incidência de poucos conflitos. Valendo ressaltar entretanto a opção de escolha de duas categorias apenas de análise do jogo social de Matus (cooperação e conflito).

Este desenho de processo decisório pode ser interessante para ser aplicado em outras situações no sentido de aprimorar e qualificar a formulação e operacionalização de políticas. Isso também pode apontar para a possibilidade, com o novo desenho de Regimento da CIB, que estabelece em sua organização e funcionamento a Câmara Técnica e Grupos de Trabalho permanentes, de aprimorar o melhorar o diálogo, negociação, pactuação e decisão da Bipartite em todas as discussões que necessitem de deliberação, a luz de um critério mais técnico e racional para atendimento às necessidades da população do estado da Bahia.

Visando contribuir para melhor reflexão sobre o processo de formulação da Política da Atenção Básica no Estado da Bahia, sugerimos a aplicação de técnica de Grupo Focal nas discussões dos Grupos de Trabalho, com os atores que fazem parte do Grupo de Trabalho

Interinstitucional para maior aprofundamento do processo de formulação e operacionalização desta política no sentido de apoiar o fortalecimento da Atenção Básica no Estado da Bahia.

Para tanto, segue, em Apêndice D, Roteiro de Grupo Focal, o qual será apresentado às instâncias que fazem parte do Grupo de Trabalho Interinstitucional para acompanhamento da Política, para ser apreciado, adequado e avaliado quanto a viabilidade de sua execução.

REFERÊNCIAS

ABRUCIO, Fernando Luiz. Os Barões da Federação. **Lua Nova: Revista de Cultura e Política**. no.33 São Paulo, ago. 1994. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-64451994000200012&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: junho de 2014.

AQUINO, Rosana, et. al. Atenção primária à saúde: estrutura das unidades como componente da atenção à saúde **Rev. Bras. Saúde Matern. Infant.**, Recife, v. 10 (Supl. 1), p. S69-S81 nov. 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br>. Acesso em: junho de 2014.

ARRETCHE, M. Relações Federativas nas Políticas Sociais. **Educ. Soc.**, Campinas, v. 23, nº 80, p. 25-48, set. 2002.

ALVES, M.C.M.A. **Estudo sobre a atuação do Colegiado Interfederativo Estadual (CIE) no Estado de Sergipe**. 2012, 101 f. Dissertação (Mestrado Profissional). Área de Concentração: Gestão de Sistema de Saúde - Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia, 2012.

BAHIA. Decreto Nº 14.457 de 03 de maio de 2013. Aprova a Política Estadual da Atenção Básica do Estado da Bahia. **Diário Oficial do Estado da Bahia**. Salvador, BA, 03 mai. 2013. Disponível em: <http://www.saude.ba.gov.br/dab/PEAB_publicada.pdf>. Acesso em: janeiro de 2014.

BAPTISTA, Tatiana Wargas de Faria; FAUSTO, Márcia Cristina Rodrigues; CUNHA, Marcela Silva da. Análise da produção bibliográfica sobre atenção primária à saúde no Brasil em quatro periódicos selecionados. **Physis Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 19, n.4, p. 1007-1028, 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/physis/v19n4/v19n4a06.pdf>. Acesso em janeiro de 2014.

BARDIN, Laurence. **Análise do conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 1979. 229 p.

BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília, DF: Senado, 1988. ou Disponível em: <<http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/cidadao/legislacao>>. Acesso em: outubro de 2013.

_____. Ministério da Saúde. Lei 8.080. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Poder Executivo, Brasília, DF, 19 set.1990. ou Disponível em: <<http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/cidadao/legislacao>>. Acesso em: outubro de 2013.

_____. Ministério da Saúde. Lei 8.142. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Poder

Executivo, Brasília, DF, 28 dez 1990. ou Disponível em:
<<http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/cidadao/legislacao>>. Acesso em: outubro de 2013.

_____. Ministério da Saúde. NOB 1993. Portaria nº 545 de 20 de maio de 1993. Brasília. **Diário Oficial da União**, Poder Executivo, Brasília, DF, 19 set.1993. ou Disponível em:
<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/1993/prt2203_05_11_1996.html>. Acesso em: outubro de 2013.

_____. Ministério da Saúde. **NOB 1996**. Portaria nº 2203 de 05 de novembro de 1996. Brasília. **Diário Oficial da União**, Poder Executivo, Brasília, DF, 19 set.1996. ou Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/1996/prt2203_05_11_1996.html>. Acesso em: outubro de 2013.

_____. Ministério da Saúde. NOAS 01/2002. Portaria nº 373, de 27 de fevereiro de 2002. Brasília. **Diário Oficial da União**, Poder Executivo, Brasília, DF. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt0373_27_02_2002.html>. Acesso em: outubro de 2013.

_____. Ministério da Saúde. Portaria MS/GM nº 399 de 22 de fevereiro de 2006. Estabelece o pacto pela saúde. consolidação do SUS e aprova as diretrizes operacionais do referido pacto. **Diário Oficial da União**. Brasília, DF, 23 fev. 2006.

_____. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 699, de 03 de abril de 2006. Regulamenta as Diretrizes Operacionais dos Pactos Pela Vida e de Gestão. **Diário Oficial da União**, Poder Executivo, Brasília, DF, 3 abr. 2006. Disponível em: <<http://www.saude.caop.mp.pr.gov.br/modules/conteudo/conteudo.php?conteudo=302>>. Acesso em: janeiro de 2007.

_____. Ministério da Saúde. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política nacional de atenção básica**/Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção à Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

_____. Presidência da República. Decreto 7508 de 28 de junho de 2011. Regulamenta a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Poder Executivo, Brasília, DF, 29 jun. 2011. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2011-2014/2011/Decreto/D7508.htm>. Acesso em: outubro de 2013.

_____. Ministério da Saúde. Lei 12.466 de 24 de agosto de 2011. Acrescenta arts. 14-A e 14-B à Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, que “dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências”, para dispor sobre as comissões intergestores do Sistema Único de Saúde (SUS), o Conselho Nacional de Secretários de Saúde (Conass), o Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (Conasems) e suas respectivas composições, e dar outras providências. **Diário Oficial da União**, Poder Executivo, Brasília, DF, 25 ago.2011.

_____. Ministério da Saúde. Portaria Nº 2.488, de 21 de outubro de 2011. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica. **Diário Oficial da União**, Poder Executivo, Brasília, DF. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488_21_10_2011.html> Acesso em: janeiro de 2014.

CASTRO, Ana Luiza e MACHADO, Cristiani Vieira. A política federal de atenção básica à saúde no Brasil nos anos 2000. **Physis Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 2, p. 477-506, 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/physis/v22n2/05.pdf>. Acesso em novembro de 2013.

CRUZ, Aline Cerqueira. **Comissão Intergestores Bipartite Microrregional em Minas Gerais: processo decisório e responsabilidades da gestão municipal em Saúde**. 2011, 116 f. Dissertação (Mestrado) – Escola de Enfermagem, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte. 2011.

DREYER, Maria de Fátima Valverde. **Uma proposta para o planejamento regional do SUS**. 2010. 173 f. Dissertação (Mestrado) – Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2010. Disponível em: <http://www.capes.br>. Acesso em: março de 2013.

FREITAS, Maria Ester de. Organização: um espaço de negociação. **Rev. adm. empresas**, São Paulo, v. 34, n. 5, p. 13-20, out. 1994.

GUERREIRO, Jória Viana; BRANCO, Maria Alice Fernandes. Dos pactos políticos à política dos pactos na saúde. **Revista Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 3, 2011. Disponível em: <http://www.abrasco.org.br/cienciaesaudecoletiva/artigos/artigo_int.php?id_artigo=1874>. Acesso em: abr. 2014.

LIMA Luciana Dias de. **O processo de implementação de novas estruturas gestoras no Sistema Único de Saúde: um estudo das relações intergovernamentais na CIB do Rio de Janeiro**. 1999, 184f. Dissertação (Mestrado) - Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 1999. Disponível em: <<http://www.saude.caop.mp.pr.gov.br/modules/conteudo/conteudo.php?conteudo=302>>. Acesso em: outubro 2013.

LIMA, Luciana Dias de. A Comissão Intergestores Bipartite a CIB do Rio de Janeiro. **Physis: Ver. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 11, n.1, p. 199-252, 2001.

MARTINS, Erivelto Pires. **O conselho de secretários municipais de saúde do Espírito Santo no processo decisório (1997-2000)**: um estudo exploratório. Rio de Janeiro; s.n; 2002. 192 p. tab, graf. Disponível em: <<http://www.scielo.com.br>>. Acesso em março de 2013.

MATUS, Carlos. **Teoria do Jogo Social. Carlos Matus**. Tradução Luís Felipe Rodriguez Del Rieg. Revisão técnica Vanya Mundim Sant'Ana. São Paulo: FUNDAP, 2005. 524 p.

MESQUITA, Marília Coser Mansur. **Federalismo e regionalização do sistema de saúde: a experiência do estado do Espírito Santo, Brasil**. Rio de Janeiro; s.n; 2010. 234f p. tab. Disponível em: <<http://www.scielo.com.br>>. Acesso em: março de 2013.

MESQUITA, Rosélia Maria Soares. **Consensos de Comissão Intergestores Regional para a organização do sistema regional de saúde.** 2011. 80f. Dissertação (Mestrado) – Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro, 2010. Disponível em: <<http://www.capes.com.br>>. Acesso em: março de 2013.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. **O Desafio do Conhecimento. Pesquisa Qualitativa em Saúde.** 8. ed. São Paulo: Editora HUCITEC, 2004. 269 p.

PAIM, Jairnilson Silva. **O que é o SUS.** Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2009. 148 p. (Coleção Temas em Saúde).

PAIM, Jairnilson Silva. **Bases Conceituais da Reforma Sanitária Brasileira.** IN: Saúde e Democracia: In: FLEURY, Sonia (Org.). **A luta do CEBES. Sonia Fleury.** São Paulo: Lemos Editorial, 1997. 326 p.

PINTO, Isabela Cardoso de Matos. Mudanças nas Políticas Públicas: a perspectiva do ciclo de política. **Rev. Pol. Públ.** São Luis, v. 12, n. 1, p. 27-36, jan./jun. 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br>. Acesso em: março de 2013.

RIBEIRO, José Mendes. Conselhos de saúde, comissões intergestores e grupos de interesses no Sistema Único de Saúde (SUS). **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 1, p. 81-92, jan./mar. 1997.

SANTOS, Christiane Maria Costa et al. Governança nos Espaços Interfederativos. In: CONGRESSO CONSAD DE GESTÃO PÚBLICA, 5. 2012. Brasília. **Anais...** Centro de Convenções Ulysses Guimarães, Brasília, 4, 5 e 6 de junho de 2012. Disponível em: <<http://www.saude.caop.mp.pr.gov.br/modules/conteudo/conteudo.php?conteudo=302>>. Acesso em: outubro 2013.

SERAPIONI, Mauro. Informações do Âmbito de Gestão Estadual. Potencialidades e desafios das Comissões Intergestores Bipartite (CIBs): resultados de um estudo nacional. In: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Departamento de Apoio à Descentralização. **Gestores do SUS: olhares e vivências /** Ministério da Saúde, Secretaria-Executiva, Departamento de Apoio à Descentralização. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2005. 194 p. – (Série C. Projetos, Programas e Relatórios). Disponível em: <http://200.214.130.60:8080/cooperasus/boletim/bv05/docs/Gestores%20do%20SUS%20olhares%20e%20vivencias.pdf>. Acesso em: junho de 2014.

SOLLA, Jorge. **Dilemas e desafios da gestão municipal do SUS:** avaliação da implantação do Sistema Municipal em Vitória da Conquista (Bahia), 1997-2008. São Paulo: Hucitec, 2010. 347 p.

SILVA, Ionara Ferreira. **O Processo decisório nas instâncias colegiadas do SUS no Estado do Rio de Janeiro.** 2000. 112f. Dissertação (Mestrado) – Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz. Rio de Janeiro, 2000. Disponível em: <<http://www.saude.caop.mp.pr.gov.br/modules/conteudo/conteudo.php?conteudo=302>>. Acesso em: outubro 2013.

SILVA, Ionara Ferreira da.e LABRA, Maria Eliana. As instâncias colegiadas do SUS no Estado do Rio de Janeiro e o processo decisório. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 1, p. 161-170, jan./fev. 2001. Disponível em: <<http://www.saude.caop.mp.pr.gov.br/modules/conteudo/conteudo.php?conteudo=302>>. Acesso em: outubro 2013.

SOUTO JÚNIOR, José Veloso. **O papel da CIB/MG no processo de regionalização do SUS em Minas Gerais**. . Rio de Janeiro: s.nº, 2010. 129 f., tab., graf., mapas. Disponível em: <<http://www.capes.com.br>>. Acesso em: março de 2013.

SOUZA, Jacqueline de; Kantorski, Luciane Prado; Villar Luis, Margarita Antonia. Análise documental e observação Participante na pesquisa em saúde mental. **Revista Baiana de Enfermagem**, Salvador, v. 25, n. 2, p. 221-228, mai./ago. 2011. Disponível em: <<http://www.portalseer.ufba.br/index.php/enfermagem/article/view/5252/4469>.> Acesso em: fevereiro de 2014.

SOUZA, Celina. Reinventando o Poder Local Limites e Possibilidades do Federalismo e da Descentralização. **São Paulo em Perspectiva**, São Paulo, v.10, n. 3, p. p. 103-112. 1996. Disponível em: http://produtos.seade.gov.br/produtos/spp/v10n03/v10n03_13.pdf. Acesso em junho de 2014.

TEIXEIRA, Carmen Fontes (Org.). **Planejamento em saúde: conceito, métodos e experiências**. Salvador: EDUFBA, 2010. 161 p.

TEIXEIRA, Carmen Fontes e ABREU, Washington Luiz de Jesus. **Correntes de Pensamento na área de planejamento em saúde no Brasil hoje**. In: TEIXEIRA, Carmem Fonte (Org.). **Planejamento em saúde: conceito, métodos e experiência**. Salvador: EDUFBA, 2010, p. 33-50.

TRAD, Leny A. Bonfim. *Grupos focais: conceitos, procedimentos e reflexões baseadas em experiências com o uso da técnica em pesquisas de saúde*. **Physis Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 3, p. 777-796, 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/physis/v19n3/a13v19n3.pdf>>. Acesso em: fevereiro de 2014.

VIANA, Ana Luiza. Abordagens metodológicas em políticas públicas. **RAP**, Rio de Janeiro v. 30, n. 2, p. 543. Mar/.abr. 1996. Disponível em: <<http://bibliotecadigital.fgv.br/ojs/index.php/rap/article/viewFile/8095/6917>>. Acesso em: outubro de 2013.

VIANA, Ana Luiza; DAL POZ, Mário Roberto. A Reforma de Saúde no Brasil e o Programa de Saúde da Família. **Physis: Rev. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15 (Suplemento), p. 225- 264, 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/physis/v15s0/v15s0a11.pdf>. Acesso em: junho de 2014.

VILASBÔAS, Ana Luiza Queiroz, PAIM, Jairnilson Silva. Práticas de planejamento e implementação de políticas no âmbito municipal. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 6, p. 1239-1250, jun. 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br>. Acesso em: junho de 2014.

APÊNDICE A - Matriz de Análise de Conteúdo das Atas das Reuniões da CIB e COSEMS

ATA Nº			
SITUAÇÕES JOGO SOCIAL (MATUS)	REGISTRO ATA MOMENTO NEGOCIAÇÃO (Defesa de interesses opostos. Maneira de resolver conflitos.)	REGISTRO ATA MOMENTO PACTUAÇÃO (Negociação permanente para superação de conflitos intergovernamentais. com responsabilidade solidária)	REGISTRO ATA MOMENTO DECISÃO (Jogo em que os atores buscam produzir resultados de acordo com seus interesses.)
SITUAÇÃO CONFLITO a) atores concebem diferente a realidade b) relações entre os atores prejudicadas favorecendo posições contrárias as jogadas. c) benefícios de alguns atores e perdas de outros.			
SITUAÇÃO COOPERAÇÃO a) intercâmbio transparente de informações entre colaboradores, b) intercâmbio com dificuldades pela falta de clareza de intenções dos atores ou ausência de informações sobre possibilidade e situação de jogo.			

APÊNDICE C - Matriz sobre Assuntos Referentes à Atenção Básica Pautados na CIB por Tipo de Motivação. Período 2007-2013

N. reuniões: 12/ano (Exceção 2009 e 2012)				
MOTIVAÇÃO DE INSERÇÃO NA CIB	COMPONENTES DA POLÍTICA			
	Infraestrutura	Processo de Trabalho	Financiamento	Educação Permanente
Apresentação/ informe	Proposta de Saúde do Governo Jaques Wagner, Avaliação da Política da Atenção Básica, Mostra Estadual de Saúde da Família, Política Estadual da Atenção Básica e Plano Estadual de Saúde – PES 2012-2015.	Proposta de Saúde do Governo Jaques Wagner, Avaliação da Política, Política Estadual da Atenção Básica e PES 2012-2015. Relatório de manutenção do incentivo estadual do PSF	Proposta de Saúde do Governo Jaques Wagner, Avaliação da Política da Atenção Básica, Política Estadual da Atenção Básica e PES 2012-2015.	Proposta de Saúde do Governo Jaques Wagner, Avaliação da Política da Atenção Básica, Política Estadual da Atenção Básica e PES 2012-2015.
Homologação	Credenciamento de serviços da Atenção Básica; Habilitação de município para aquisição dos medicamentos de Saúde Mental da Atenção Básica;	Mudança de gestão da Assistência Farmacêutica Básica		

Pactuação	Plano de Reforma/ Construção Ampliação de UBS do Estado da Bahia; Projeto de Construção de USF para o Estado; Projeto de Aquisição de Equipamentos de USF	Desprecarização do trabalho dos ACS; Transmissão do SIAB; Seleção Pública de ACS, Diretrizes, Estratégias e Normas da Atenção Básica; PSE; FESF; PMAC; PROVAB	Incentivo de PSF, contrapartida estadual, Critérios e distribuição de recursos de Compensação das Especificidades Regionais;	Projetos de EPS; Curso (ACS, THD e ACD); Introdutório /Acolhimento Pedagógico das ESF; Telessaúde; Curso de Especialização SF
-----------	---	--	---	---

APENDICE D - Roteiro de Questões para o Grupo Focal

O Moderador apresenta a si e o submoderador aos participantes e fala sobre Proposta de Aplicação de Grupo Focal no sentido de contribuir para análise, avaliação e aprofundamento das discussões da formulação e implantação da Política da Atenção Básica para o Estado da Bahia.

Diante do exposto, assegura o sigilo das informações, anonimato dos participantes e a possibilidade do mesmo se retirar do Grupo Focal a qualquer momento, o qual também pode ser produto de futuras pesquisas, publicações em revistas, atendendo a Resolução 466/2012 que trata de pesquisas com seres humanos. Assim, o moderador solicitará aos participantes que concordam em participar desse Grupo Focal, a assinarem o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, para caso se faça necessário, publicação em periódico posterior, entregando uma cópia a cada um e outra ficando com o sub-moderador.

Na sequência o moderador falará sobre como será conduzido o Grupo Focal pelo mesmo:

- A) Inicialmente serão entregues as temáticas a serem abordadas aos participantes para conhecimento das mesmas e organização das ideias dos mesmos para comentários.
- B) Os participantes devem se inscrever sinalizando ao submoderador para se colocar sobre as temáticas em questão, podendo interagir com a fala do outro participante, concordando ou não com o mesmo, porém deve colocar seu ponto de vista, no seu tempo, aguardando o término da fala do outro, e caso sua fala seja discordante, deve fazê-la de forma cortês, respeitosa e pacífica.
- C) Caso o participante não queira se colocar diante de alguma temática é facultado ao mesmo esse direito, porém, ele deve se pronunciar se posicionando como se abstendo de comentário sobre a mesma.
- D) As temáticas foram inicialmente elaboradas para apoiar o grupo na discussão, porém, caso seja percebido pelo moderador a necessidade de inserir alguma outra temática no decorrer das discussões, isso será realizado sob a sinalização do moderador aos demais, desde que haja alguma conexão com a temática anterior abordada.
- E) O moderador então inicia o grupo abordando as temáticas abaixo, sendo aberto para discussão conforme inscrições ao submoderador.
 - 1. Participação nas discussões de formulação da Política Estadual da Atenção Básica.
 - 2. Necessidade/motivos de formulação de Política específica para o Estado da Bahia nos espaços colegiados.
 - 3. Etapas de formulação da Política Estadual da Atenção Básica.

4. Instituição de Grupo de Trabalho em algum espaço colegiado para discussão da Política e formalização em Portaria ou Resolução de alguma instância colegiada.
5. Processo de negociação, pactuação e decisão da CIB e CES em relação à formulação da Política Estadual da Atenção Básica.
6. A Política Estadual da Atenção Básica aprovada retrata a Política necessária ao enfrentamento dos problemas e alcance de objetivos que garantam uma Atenção Básica de qualidade a população baiana.
7. Características do processo de implantação da Política Estadual da Atenção Básica do período de 2013 até os dias atuais.
8. Necessidades de adequações na Política Estadual da Atenção Básica para atendimento ao novo cenário da Política de Saúde no Brasil e na Bahia.

ANEXO A – Parecer Consubstanciado do CEP – PLATAFORMA BRASIL

INSTITUTO DE SAÚDE
COLETIVA / UFBA



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: CIB-BA: CENÁRIO DE NEGOCIAÇÃO, PACTUAÇÃO E DECISÃO DA POLÍTICA ESTADUAL DA ATENÇÃO BÁSICA.

Pesquisador: Nanci Nunes Sampaio Salles

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 31017414.4.0000.5030

Instituição Proponente: Instituto de Saúde Coletiva / UFBA

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 857.096

Data da Relatoria: 27/05/2014

Apresentação do Projeto:

O Projeto reafirma o reconhecimento da saúde como direito de todo cidadão brasileiro garantido através da Constituição de 1988. Enfatiza, ainda a conquista política e social resultantes da Reforma Sanitária entre 1976 e 1988 que resultou na implantação do SUS, regulamentado através da Constituição Federal de 1988, as leis orgânicas de saúde 8080 e 8142 de 1990, o Decreto 7508 de 2011 e a Lei 141 de 2011.

Os estudos que tiveram a CIB como objeto adotaram os seguintes descritores: política de saúde, formulação e implantação de políticas, processo decisório, controle social, reforma sanitária, saúde política, leis, governo, comissão intergestores Bipartite (CIB, normas operacionais do SUS, descentralização de políticas de saúde, relações intergovernamentais, sistemas de saúde.

A pesquisadora traz a seguinte interrogação para seu estudo: "Como se deu o processo de formulação da política de atenção básica do estado da Bahia a partir da atuação do CIB-BA no período de 2007 a 2013?"

Objetivo da Pesquisa:

A pesquisadora adotará objetivos como: conhecer a política de atenção básica de saúde; descrever a organização e funcionamento da CIB-BA; identificar atores que participaram do processo de

Endereço: Rua Basílio da Gama s/n

Bairro: Canela

CEP: 40.110-040

UF: BA

Município: SALVADOR

Telefone: (71)3283-7441

Fax: (71)3283-7460

E-mail: cepisc@ufba.br

INSTITUTO DE SAÚDE
COLETIVA / UFBA



Continuação do Parecer: 857.096

negociação e pactuação da CIB-BA.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

O Projeto não apresenta riscos que possam afetar, do ponto de vista ético, os informantes e traz um TCLE esclarecedor.

Quanto aos benefícios, a interrogação feita pela pesquisadora, fundamentará um retorno para compreensão da atuação da política de atenção básica de 2007 a 2013.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Trata-se de um estudo de caso descritivo, com abordagem qualitativa da Comissão Interaestores Bipartite do Estado da Bahia.

Utilizará como método a análise documental com ênfase em dados secundários das atas e resoluções aprovadas nas reuniões do CIB ou do estado com o COSEMS para formulação de política de atenção básica. Complementando as informações identificadas nos documentos, o estudo se valerá da aplicação da técnica de grupo focal, fundamentado em um roteiro de condução das questões do grupo dirigido por um moderador e submoderador (orientador e autora do Projeto).

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

O Projeto traz uma esclarecedora revisão bibliográfica, detalha com clareza o TCLE, além de colocar anexos dos procedimentos, cronograma e análise de custos.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

O relator considera que o estudo, em consonância com os demais membros do Comitê de Ética, não possui pendências que afetem o desenvolvimento do estudo.

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

O Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto de Saúde Coletiva – UFBA analisou, em assembleia, o processo referente ao projeto de pesquisa em tela.

Não tendo apresentado pendências na época da sua primeira avaliação, atendeu de forma adequada e satisfatoriamente às exigências da Resolução nº 466 de 12/12/2012 do Conselho Nacional de Saúde (CNS). Assim, mediante a importância social e científica que o projeto

Endereço: Rua Basílio da Gama s/n
 Bairro: Canela CEP: 40.110-040
 UF: BA Município: SALVADOR
 Telefone: (71)3283-7441 Fax: (71)3283-7460 E-mail: cepisc@ufba.br

INSTITUTO DE SAÚDE
COLETIVA / UFBA



Continuação do Parecer: 857.096

apresenta e a sua aplicabilidade e conformidade com os requisitos éticos, somos de parecer favorável à realização do projeto, classificando-o como APROVADO.

Solicita-se a/o pesquisador/a o envio a este CEP de relatórios parciais sempre quando houver alguma alteração no projeto, bem como o relatório final gravado em CD ROM.

SALVADOR, 24 de Dezembro de 2014

Assinado por:
Mônica de Oliveira Nunes
(Coordenador)

Endereço: Rua Basílio da Gama s/n
Bairro: Canela CEP: 40.110-040
UF: BA Município: SALVADOR
Telefone: (71)3283-7441 Fax: (71)3283-7460 E-mail: cepisc@ufba.br