



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

DANIELA GOMES DOS SANTOS BISCARDE

**GESTÃO REGIONAL DO SUS NAS REGIÕES
METROPOLITANAS DE SALVADOR E DE FORTALEZA:
INSTÂNCIAS, PROCESSOS DE PACTUAÇÃO E RELAÇÕES DE PODER**

Salvador

2016

DANIELA GOMES DOS SANTOS BISCARDE

**GESTÃO REGIONAL DO SUS NAS REGIÕES
METROPOLITANAS DE SALVADOR E DE FORTALEZA:
INSTÂNCIAS, PROCESSOS DE PACTUAÇÃO E RELAÇÕES DE PODER**

Tese de Doutorado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva do Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia, como requisito parcial para obtenção do título de Doutora em Saúde Pública, área de concentração em Política, Planejamento e Gestão em Saúde

Orientadora: Profa. Dra. Leny Alves Bonfim Trad

Co-orientadora: Profa. Dra. Ana Luiza Queiroz Vilasbôas

Salvador

2016

Ficha Catalográfica
Elaboração Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva

B621g Biscarde, Daniela Gomes dos Santos.

Gestão regional do SUS nas regiões metropolitanas de Salvador e de Fortaleza: instâncias, processos de pactuação e relações de poder / Daniela Gomes dos Santos Biscarde.-- Salvador: D.G.S.Biscarde, 2016.

299f.

Orientadora: Profa. Dra. Leny Alves Bonfim Trad.

Coorientadora: Profa. Dra. Ana Luiza Queiroz Vilasbôas.

Tese (doutorado) – Instituto de Saúde Coletiva. Universidade Federal da Bahia.

1. Regionalização da Saúde. 2. Gestão Regional. 3. Relações Federativas. 4. Regiões Metropolitanas. 5. Negociação. I. Título.

CDU 614.2



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

DANIELA GOMES DOS SANTOS BISCARDE

**Gestão Regional do SUS nas Regiões Metropolitanas de Salvador e de Fortaleza:
instâncias, processos de pactuação e relações de poder.**

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

Data de defesa: 26 de agosto de 2016.

Banca Examinadora:

Prof. Leny Alves Bomfim Trad - Orientadora - ISC/UFBA

Prof. Ana Luiza Queiroz Vilasbôas – ISC/UFBA

Prof. Jairnilson Silva Paim – ISC/UFBA

Prof. Cristiani Vieira Machado – ENSP/FIOCRUZ

Prof. Alcides Silva de Miranda – UFRGS

**Salvador
2016**

O fato é que estamos diante do fenômeno de uma metrópole onipresente, capaz, ao mesmo tempo, pelos seus vetores hegemônicos, de desorganizar e reorganizar, ao seu talante e em seu proveito, as atividades periféricas e de impor novas questões para o processo de desenvolvimento regional... O espaço é, assim, desorganizado e reorganizado a partir dos mesmos pólos dinâmicos. O fato de que a força nova das grandes firmas, neste período científico-técnico, traga como consequência uma segmentação vertical do território supõe que se redescubram mecanismos capazes de levar a uma nova horizontalização das relações, que esteja não apenas a serviço do econômico, mas também do social.

Milton Santos, 2013, p.103-104

AGRADECIMENTOS

À Deus, pela vida, pela família e por tudo que tenho conquistado diante dela...

À Catarina, meu grande e verdadeiro tesouro, com quem aprendo o essencial da vida, por me ensinar que *“Não importa para mim. Pode ser de qualquer jeito. Pode ser de qualquer jeito que eu falei. Pode ser também de um jeito diferente de qualquer coisa que eu falei. Mas, o importante é ser feliz em toda minha vida e para sempre.”*

À minha mãe Luiza, ao meu pai Raimundo, à minha irmã de coração Cida e toda família, pelo amor, dedicação e apoio, sempre, em todo lugar, durante todo o tempo no decorrer da minha trajetória de vida. A distância e os momentos de saudade não superam o vínculo que nos une.

À Pedro, constante e fiel companheiro, aquele que através do amor ajudou a fortalecer-me numa trajetória de busca pessoal e profissional. Obrigada pela compreensão, força e incentivo nos momentos ao meu lado.

A Leny, pela forma tranqüila, carinhosa e segura de conduzir o processo de orientação, tornando a relação orientanda-orientadora um processo leve e aberto ao exercício da autonomia, apesar das tormentas no percurso de uma doutoranda.

A Ana Luiza, por aceitar partilhar esta caminhada como co-orientadora. Sua segurança, conhecimento, objetividade e leveza sempre estimuladores; um exemplo desde o início da minha trajetória profissional.

Ao prof. Jairnilson Paim, pela gentil colaboração, por todas as experiências nas disciplinas, seminários, apresentações e em todos os momentos de discussão, compartilhando a sua produção teórica e tornando possível o diálogo com um sujeito que se reconhece, por um lado iniciante na trajetória acadêmica, por outro ávido em buscar conhecimentos, compartilhar reflexões. Seu exemplo de Mestre da Saúde Coletiva, cujo saber e prática nos inspiram na prática docente e nos impulsiona a descortinar a realidade.

À profa. Cristiani Vieira, pelas valiosas contribuições na qualificação, conduzida com leveza e muita consistência. Sempre muito solícita e doce, partilhando conhecimento, materiais e colaborando tão gentil, carinhosa e respeitosamente durante o processo.

Ao prof. Alcides Miranda, por aceitar participar da banca examinadora e contribuir com o aperfeiçoamento do meu percurso acadêmico.

Ao prof. Luís Eugênio, pelas contribuições, olhar atendo e criterioso.

À Lúcia Conde e toda família, pela acolhida, mais que especial, pelo aprendizado, pelas vivências, pelas conversas inspiradoras. Enfim, questões relativas ao mundo acadêmico mas não restritas ao mesmo, um espaço aberto em que a construção do conhecimento ganha um toque de liberdade e prazer, possibilitando trocas engrandecedoras. Vocês também são exemplo para mim e minha família. A vocês, nossa imensa gratidão!

Aos colegas do doutorado, pela acolhida no grupo e pelos momentos em que compartilhamos dúvidas, anseios, experiências e saberes. A trajetória acadêmica também se reveste de uma trajetória de crescimento e trocas pessoais... colegas tornam-se amigos! Em especial, Denise, Lúcio, Patrícia, Vladimir, Tati.

A todos os docentes do doutorado, pelas experiências e discussões compartilhadas no decorrer desses quatro anos. Sempre um aprendizado!

À(o)s colegas da EEUFBA, pela parceria, aprendizado e possibilidade do afastamento para o doutorado.

Aos colegas do FASA, em especial Ana Angélica e Yeimi, pelas escutas e grande aprendizado.

Aos técnicos e funcionários do Programa de Pós-graduação do ISC-UFBA, especialmente, Anunciação, Bia, Rosália, Clinger e Creuza, sempre solícitos e colaborativos diante das solicitações e dúvidas.

À profa. Salete Bessa, aos colegas e professores da pós-graduação em Saúde Coletiva da UECE/UFC/UNIFOR e da Escola de Saúde Pública do Ceará, pela acolhida e discussões compartilhadas.

Ao programa de pós-graduação do ISC-UFBA, pela ajuda financeira para custear uma parte da transcrição das entrevistas.

Ao CNPQ, pela bolsa possibilitando a realização da pesquisa no Ceará.

Aos gestores e gestoras estaduais, regionais e municipais dos estados do Ceará (SESA, 1ª CRES, CESAU, COSEMS-CE, Policlínica e CEO regionais, Escola Estadual de Saúde Pública) e da Bahia (SESAB, 1ª DIRES/NRS Leste, CES, COSEMS-BA), sujeitos indispensáveis para este estudo, pela receptividade e consentimento em compartilhar comigo os saberes e as experiências na gestão regional do SUS. Sem vocês eu não teria chegado até aqui!

LISTA DE SIGLAS

AIH - Autorização de Internação Hospitalar
APRECE - Associação das Prefeituras do Ceará
CEO - Centro de Especialidades Odontológicas
CES - Conselho Estadual de Saúde da Bahia
CESAU - Conselho Estadual de Saúde do Ceará
CGMR - Colegiado de Gestão Microrregional
CIB - Comissão Intergestores Bipartite
CIT - Comissão Intergestores Tripartite
CIR - Comissão Intergestores Regional
COAP - Contrato Organizativo de Ação Pública
COMIRES - Coordenadoria das Microrregionais de Saúde
CORES - Coordenadoria das Regionais de Saúde
COSEMS - Conselho de Secretários Municipais de Saúde
CRES - Coordenadoria Regional de Saúde
DG - Diretoria Geral
DIFID - Department for International Development
DIRES - Diretoria Regional de Saúde
GASEC - Gabinete do Secretário
HPP - Hospital de Pequeno Porte
NOAS – Norma Operacional de Assistência à Saúde
NOB - Norma Operacional Básica
NRS - Núcleo Regional de Saúde
PDI - Plano Diretor de Investimento
PDR - Plano Diretor de Regionalização
PPI - Programação Pactuada e Integrada
SESA - Secretaria da Saúde do Estado do Ceará
SESAB - Secretaria da Saúde do Estado da Bahia
SUDS - Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde
SUS - Sistema Único de Saúde
UPAS - Unidade de Pronto Atendimento

BISCARDE, Daniela Gomes dos Santos. Gestão regional do SUS nas Regiões Metropolitanas de Salvador e de Fortaleza: instâncias, processos de pactuação e relações de poder. 299 f. 2016. Tese (Doutorado em Saúde Pública) - Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2016.

RESUMO

A gestão das regiões de saúde está inserida num processo permeado por complexas relações de poder e é tensionada pelo grande número de atores envolvidos. Diante da diversidade territorial e dos processos contrastantes da regionalização no Brasil, existem lacunas a serem respondidas acerca da gestão regional, sobretudo em contextos tão complexos e heterogêneos como as regiões metropolitanas. O objetivo geral da pesquisa é analisar a gestão regional do SUS nas regiões metropolitanas de Salvador e de Fortaleza, e suas respectivas realidades estaduais, focalizando instâncias, processos de negociação e pactuação e relações de poder. Pesquisa qualitativa utilizando estudo de casos múltiplos para análise comparativa de realidades estaduais contrastantes. Diante de estudos anteriores e da exploração de documentos e sites oficiais, identificamos contrastes importantes entre os estados da Bahia e do Ceará. A produção de dados combina análise documental com observação direta e entrevista com gestores das instâncias estaduais, municipais e federal. A imersão em campo contemplou participação em diversas reuniões reveladoras do processo de gestão do SUS nos dois estados: Comissão Intergestores Regional, Conselho Estadual de Saúde, Comissão Intergestores Bipartite, reuniões entre nível central e regional, além de reuniões ampliadas do COSEMS. A trajetória da Reforma Sanitária e a inserção de sanitaristas no âmbito institucional das secretarias estaduais de saúde oscilou entre a continuidade no cenário cearense e a descontinuidade no cenário baiano, repercutindo no processo de regionalização vivenciado nos respectivos estados. A organização e o funcionamento das CIR, embora diferentes, apresentam desafios comuns tais como a ausência das capitais e a predominância de pautas relacionadas a portarias ministeriais. Nas distintas realidades metropolitanas, a postura conflituosa sobre o financiamento e a pactuação, a influência da capital e o “desconforto” dos municípios de pequeno porte; além da rotatividade dos gestores municipais são elementos semelhantes. As diferenças envolvem a inserção do controle social; a atuação da instância regional das secretarias de saúde; a postura do estado acerca do financiamento e da organização da rede de serviços de saúde; bem como da institucionalização de propostas cooperativas regionais. Diante de múltiplas experiências de regionalização no país, o estudo de casos para análise comparada potencializa a identificação de aspectos que potencializam a gestão regional do SUS. Nas regiões metropolitanas estudadas, o financiamento e a influência da capital são concebidos de forma semelhante, no entanto, o papel da esfera estadual e os elementos técnicos e políticos expressam-se com marcantes diferenças nas duas realidades. A continuidade da equipe técnica estadual, o papel exercido pelas instâncias regionais e sua articulação com o nível central das secretarias de saúde são aspectos que foram evidenciados como fundamentais para o fortalecimento da gestão regional.

Palavras-chave: regionalização da saúde, gestão regional, relações federativas, regiões metropolitanas, negociação

BISCARDE, Daniela Gomes dos Santos. Regional management of the Unified Health System (SUS) in the metropolitan areas of Salvador and Fortaleza: instances, agreement processes and power relations. 299 f. 2016. Thesis (Doctorate in Public Health) - Collective Health Institute, Federal University of Bahia, Salvador, 2016.

ABSTRACT

The health regions management is part of a process permeated by complex power relations and has been tensioned by the large number of actors involved. In light of the territorial diversity and contrasting processes of regionalization in Brazil, there are gaps to be answered about regional management, especially in such complex and heterogeneous backgrounds as the metropolitan areas. The overall objective of the research is to analyze the regional management of the Unified Health System (SUS) in the metropolitan areas of Salvador and Fortaleza, and their respective state realities, focusing on instances, negotiation and agreement processes and power relations. A qualitative research which presents multiple cases study for comparative analysis of contrast of the state realities. In the face of previous studies and the exploration of documents and official sites, have been identified significant contrasts between the states of Bahia and Ceará. The data production combines document analysis with direct observation and interviews with managers of local, state and federal instances. Immersion in the field research included the participation in various meetings which revealed the SUS management process in both states: Regional Interagency Commission, Health State Council, Bipartite Interagency Commission, meetings between central and regional level, as well as extended meetings of State Council of Municipal Health Secretaries (COSEMS). The trajectory of health reform and the hygienists insertion in the institutional framework of state health departments oscillated between the continuity in the Ceará state context and discontinuity in the Bahia state context, affecting the regionalization process experimented in the respective states. The organization and functioning of the Regional Interagency Commissions, although different, share common challenges such as the lack of involvement of the capitals and the predominance of an agenda related to ministerial orders. In different metropolitan realities, the confrontational stance on the funding and agreement, the influence of the capitals, and the "discomfort" of small towns, as well as the turnover of local managers are similar elements. The differences involve the inclusion of social control, the action of the regional authority of health departments, the position of the state on the funding and health services network organization, as well as the institutionalization of regional cooperative proposals. In the face of multiple regionalization experiences in the country, the case study for comparative analysis strengthen the identification of aspects that, in turn, enhance the regional management of the SUS. According to study of the metropolitan areas, the funding and influence of the capitals are designed in a similar way. However, the role of state level and the technical and political elements are manifested with striking differences between the two realities. The continuity of the state technical team, the role played by regional bodies and their articulation with the central level of the health departments are aspects that were highlighted as key to strengthening regional management.

Keywords: health regionalization, regional management, federative relations, metropolitan areas, negotiation

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	13
2 OBJETIVOS	22
3 ELEMENTOS TEÓRICO-CONCEITUAIS	23
3.1 Federalismo e relações federativas no Brasil.....	23
3.2 Regionalização, dinâmicas de interação e poder em saúde.....	33
4 TRAJETÓRIA METODOLÓGICA	43
4.1 Seleção dos casos.....	43
4.2 Trabalho de campo: diferentes cenários, escolhas e critérios.....	46
4.3 Análise dos dados.....	53
4.4 Aspectos éticos.....	57
5 ELEMENTOS HISTÓRICOS ESTADUAIS E ESPECIFICIDADES METROPOLITANAS	58
5.1 Reforma Sanitária na Bahia e no Ceará e a inserção do Movimento Sanitário no âmbito institucional das secretarias estaduais.....	58
5.2 5.2 Antecedentes das Comissões Intergestores Regionais (CIR).....	70
5.3 Especificidades das Regiões Metropolitanas de Salvador e de Fortaleza.....	81
6 FUNCIONAMENTO E ORGANIZAÇÃO DAS COMISSÕES INTERGESTORES REGIONAIS (CIR)	103
6.1 Construção do regimento.....	103
6.2 Natureza e finalidade da CIR: a concepção dos gestores.....	106
6.3 Composição das CIR.....	113
6.4 Câmaras técnicas.....	121
6.5 Secretaria executiva.....	123
6.6 Definição das pautas.....	125
6.7 Registros das reuniões e das decisões/pactuações.....	128
6.8 Local e organização do ambiente das reuniões.....	132
6.9 Frequência das reuniões e dos participantes.....	134
6.10 Relação com a CIB.....	140
6.11 A CIR e as formas organizativas de poder.....	147

7 RELAÇÃO INTERGESTORES NA CIR – PROCESSOS DE NEGOCIAÇÃO E PACTUAÇÃO OU (DES)ACORDOS EM REALIDADES METROPOLITANAS.....	150
7.1 Da hierarquia entre os municípios à relação entre os gestores.....	150
7.2 Entre o estratégico e o comunicativo: de qual consenso ou (des)acordo estamos falando?	161
7.3 Entre a cooperação e a competição: problematizando elementos para um pensamento regional solidário.....	173
8 ASSIMETRIAS DE PODER E A GESTÃO REGIONAL.....	193
8.1 As instâncias regionais dos estados e a articulação nível central-regional.....	194
8.2 Papel dos estados e postura diante do financiamento e da rede de serviços.....	217
8.3 A tensão pendular dos elementos técnicos e políticos.....	241
9 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	265
10 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	271
APÊNDICES.....	286

1 INTRODUÇÃO

As mudanças nos padrões demográficos e epidemiológicos das populações, bem como as distintas conjunturas políticas, econômicas, sociais e ideológicas instauradas nos diversos momentos históricos, impõem o debate e a efetivação de propostas de organização de serviços de saúde, no sentido de atender as necessidades e os problemas de saúde populacionais. Tais propostas também requerem modificações na gestão dos sistemas de saúde, delineando o estreitamento das fronteiras entre as dimensões técnico-organizativa e política.

Nesse debate acerca da organização e da gestão de sistemas de saúde, a preocupação com a fragmentação na atenção e a organização de redes de serviços não são recentes, sendo identificadas proposições de sistemas descentralizados e com redes regionalizadas, desde a década de 20, no Relatório Dawson (SILVA, 2011; KUSCHNIR e CHORNY, 2010). Em experiências internacionais (Inglaterra, Espanha, Itália, Alemanha e Canadá), o marcante fenômeno da descentralização, desenvolvido de forma articulada com processos de regionalização, possibilitou a organização de redes de serviços associadas com o fortalecimento de autoridades regionais (LIMA et al, 2012).

Na América Latina e no Brasil, identifica-se o descompasso entre a descentralização e a regionalização (LIMA et al, 2012), tornando evidente que as características específicas dos diferentes sistemas de saúde dependem da história e das condições políticas e sócio-econômicas de cada país, bem como o grau de influência dos diversos grupos de interesse e o jogo das forças políticas (OPS, 2010).

No Brasil, a organização de redes regionalizadas e integradas é proposição antiga e esteve presente, desde o início, na agenda da Reforma Sanitária (SILVA, 2011). Constituiu a premissa sobre a qual historicamente foram debatidas as propostas de reforma do sistema de saúde brasileiro, baseada na literatura internacional e na experiência de países com sistemas universais, contudo, pelos rumos do processo de descentralização, a instituição de redes regionalizadas deixou de ser o eixo central da organização de serviços, voltando ao centro do debate a partir dos anos 2000 (KUSCHNIR e CHORNY, 2010).

Embora fazendo parte do arcabouço jurídico-normativo do SUS, a regionalização dos serviços de saúde no Brasil, prevista na Constituição Federal de 1988 e na Lei 8080/90, não foi impulsionada pelas três esferas de governo, ao longo da primeira década de existência do SUS. O processo de descentralização, na década de 90, foi marcado pela ênfase na municipalização, alavancada a partir das Normas Operacionais Básicas (NOB), respectivamente em 1991, 1993 e 1996. Durante esse período, foram criados diversos

instrumentos e mecanismos voltados para a descentralização das ações e serviços de saúde, com estratégias importantes para a ampliação das relações intergovernamentais, tais como a criação das Comissões Intergestores Bipartite e Tripartite, determinantes para implementação do SUS, mas a regionalização não foi objeto das políticas do Ministério da Saúde (BRASIL, 2006a).

A regionalização foi praticamente abandonada nos anos 90, quando o marco da descentralização da gestão em saúde foi a transferência vertical de responsabilidades e recursos do Ministério da Saúde e dos estados para os municípios, os quais passaram a gerir seus sistemas locais de forma autossuficiente, gerando a fragmentação decisória e disputas predatórias por recursos escassos, ao tempo em que havia o esvaziamento das competências técnicas e do papel coordenador da esfera estadual (MACHADO, 2013a).

Nos anos 2000, a regionalização foi retomada com mais ênfase, sendo definida na NOAS (BRASIL, 2002), como uma estratégia de hierarquização dos serviços, com destaque para o Plano Diretor de Regionalização (PDR) como instrumento de organização das regiões de assistência à saúde e dos mecanismos/fluxos intermunicipais, visando a conformação de sistemas de atenção resolutivos, bem como o fortalecimento das capacidades gestoras do SUS. Embora a regionalização tenha voltado à cena normativa nesse período, isso não foi suficiente para que fosse desenvolvida nas diversas realidades estaduais e municipais. Em 2006, com o advento do Pacto pela Saúde (BRASIL, 2006b), a regionalização foi assumida, no plano discursivo, como eixo estruturante e orientador da descentralização e dos processos de negociação e pactuação entre os gestores.

Um marco recente na política de saúde foi o decreto 7508/2011, (BRASIL, 2011), que regulamenta a Lei 8080/90 e dispõe sobre a organização do SUS situando a rede de atenção a saúde no âmbito de uma região de saúde, a qual é definida como espaço geográfico contínuo, constituído por agrupamentos de municípios limítrofes com a finalidade de integrar a organização, o planejamento e a execução de ações e serviços de saúde. Desse modo, a estrutura organizativa do SUS, o planejamento, a articulação federativa, dentre outros, estão vinculados a diretrizes para a organização e a gestão regional de redes de atenção à saúde, no sentido de fortalecer o processo de regionalização (BRASIL, 2011).

Não obstante os inegáveis avanços obtidos nesse processo de descentralização, vivenciado no Brasil, sobretudo a expansão da atenção básica, ainda temos diversos problemas a serem enfrentados. A análise do SUS revela problemas insuficientemente resolvidos como a quase inexistência de redes regionalizadas e hierarquizadas de serviços de saúde, sem dispor de mecanismos efetivos de referência e contra-referência; a baixa

efetividade da atenção básica, levando à sobrecarga das demais instâncias, com aumento de tensão entre os níveis de complexidade da atenção, persistência de seletividade, iniquidade e comprometimento da acessibilidade dos usuários (PAIM, 2008). Evidências apontadas em outras publicações (PAIM et al, 2011; BRASIL, 2009; VASCONCELOS e PASCHE, 2006) reforçam a existência de fragilidades em vários âmbitos da organização e da gestão do SUS que repercutem sobremaneira na constituição e aperfeiçoamento de redes regionalizadas de serviços de saúde.

O próprio avanço da descentralização evidenciou a necessidade de enfrentamento de um conjunto de problemas relativos tanto à gestão quanto à atenção a saúde (SOUZA, 2001). Não houve ampliação da oferta na atenção secundária e terciária, nem ampliação da capacidade de se articular os vários municípios de uma dada região para a integração e hierarquização dos serviços e destes com a atenção básica, resultando na fragmentação, multiplicação de procedimentos e incorporação tecnológica inadequada (ASSIS et al, 2009).

O processo de descentralização ampliou o contato do sistema de saúde com a realidade social, política e administrativa do país e com as especificidades regionais, tornando-se mais complexo e colocando para os gestores o desafio de superar a fragmentação das políticas e programas por meio de uma rede regionalizada e hierarquizada de ações e serviços de saúde e da qualificação da gestão (BRASIL, 2006b). Portanto, a gestão regional do SUS também enfrenta o desafio de superar a fragmentação de estruturas municipais, muitas vezes atomizadas, gerando iniquidades no acesso e na qualidade da atenção à saúde.

O fortalecimento da descentralização, numa perspectiva regionalizada, precisa seguir adiante, mas considerando a premissa de que processos de descentralização, dissociados de estratégias de coordenação e cooperação solidárias, podem aumentar as desigualdades regionais e a fragmentação dos serviços, é fundamental a ênfase na importância dos espaços regionais, sendo necessário qualificar a regionalização do SUS (BRASIL, 2006a). As bases legais e normativas já foram estabelecidas e o maior desafio enfrentado pelo SUS é político, tendo em vista que questões como financiamento, articulação público-privada e desigualdades persistentes não serão resolvidas unicamente na esfera técnica (PAIM et al, 2011).

Diante dos preceitos de solidariedade e cooperação, a gestão regional defronta-se com dilemas que extrapolam a dimensão técnica, tendo em vista a necessidade de transformações na esfera política que permeia esse processo, para garantia da sustentação dos avanços alcançados até o momento e a exequibilidade dos princípios do SUS, sobretudo a integralidade. Ademais, estamos diante de certo paradoxo face à autonomia administrativa e financeira dos entes federados, ao mesmo tempo interdependentes no que se refere à

implementação regional de políticas de saúde que necessitam de cooperação intergovernamental.

A gestão regional configura-se num grande desafio, dado que o federalismo brasileiro não contempla a região, unidade a ser construída, gerida e financiada mediante acordos e negociações, caracterizando-se como um processo político que requer concessões de alguns entes, no sentido de suplantar interesses particulares em função do coletivo, interferindo nas relações de poder (LEVI E SCATENA, 2011), contudo a vida política brasileira é tradicionalmente dominada por negociações particularistas (ARRETCHE, 2012).

Neste sentido, o setor saúde expressa peculiaridades que revelam tais aspectos. Segundo análises de Machado (2013a), o Pacto de Gestão, alimentou-se de críticas e reflexões sobre a dinâmica das relações intergovernamentais estabelecidas na implantação da NOAS 2002, sendo que a negociação e a execução dos pactos intermunicipais se mostraram bastante complexas, convivendo com tensões, latentes e manifestas.

O aperfeiçoamento das redes regionalizadas de serviços, nos espaços concretos das regiões de saúde, é um processo estratégico para a regionalização do SUS que requer o fortalecimento da gestão regional, cujos dilemas em operar negociações, consensos e pactuações, impõem dificuldades para consolidar a regionalização em regiões com grandes desigualdades entre os entes federados.

Avanços dependem da articulação de uma cadeia de decisões e planejamento compartilhado, envolvendo diferentes arenas políticas, que, nas regiões de saúde, destacam-se os colegiados de gestão regional (SILVA, 2013). Tais colegiados foram substituídos pelas Comissões Intergestores Regionais (CIR), criadas pelo decreto 7508/2011 (BRASIL, 2011), como instância fundamental para o processo de tomada de decisão e condução política, no sentido de fortalecer o processo de regionalização e efetivar a implantação das redes regionalizadas de serviços de saúde.

Estudo sobre a tipologia dos colegiados de gestão regional (VIANA, LIMA e FERREIRA, 2010) identificou que representaram uma inovação da política de saúde, podendo ser um instrumento poderoso para superar o vazio da governança regional, mas sua constituição foi gradual e lenta em algumas regiões do país. Conforme as autoras, os modos de coordenação e condução política da rede regionalizada não são tratados a contento e apresentam enorme complexidade.

Diante da interdependência e da pluralidade de atores envolvidos nessas redes, por se tratar de uma estrutura horizontalizada, na qual os participantes preservam sua autonomia, os objetivos e estratégias devem ser estabelecidos fruto dos consensos obtidos mediante

processos de negociação, contudo esses processos de negociação e produção de consensos podem ser demasiadamente lentos, retardando a solução de problemas que requerem ação imediata (FLEURY e OUVENEY, 2007).

Diversos gestores interagem nas regiões de saúde, o que implica em construir gestão compartilhada e colegiada, responsável pelo planejamento, regulação e avaliação da rede, para superar fragmentações e integrar os diversos serviços (SILVA, 2013). Ao analisar a regionalização e o federalismo brasileiro, Dourado e Elias (2011) afirmam que a estratégia deve flexibilizar a dimensão prescritiva e intensificar o exercício da negociação política, privilegiando acordos constituídos no contexto estadual/regional, mas questionam como conceber mecanismos de gestão regional, considerando a concentração política e financeira na esfera federal e a necessidade de participação mais efetiva dos governos estaduais, com preservação da autonomia municipal na execução de ações e serviços de saúde.

A partir do processo desencadeado pela NOAS e pelo Pacto de Gestão, várias pesquisas evidenciam problemas para implementar a gestão regional, pautada em condutas cooperativas e solidárias entre os entes federativos, tendo em vista uma série de aspectos atravessadores da construção desse processo político. Estudos anteriores mostraram indícios da predisposição a relações intergovernamentais permeadas por conflitos e ações não cooperativas (MACHADO, 2013a), interferências político-eleitorais e pesadas heranças centralizadoras (LIMA e QUEIROZ, 2012); baixa autonomia de secretários municipais de saúde e permeabilidade a interesses privados, dificultando espaços de representação regional (SANTOS, 2013a).

Outras investigações também revelaram influências do jogo político e força dos demais espaços decisórios sobre os municípios (ROESE, 2012); descumprimento dos acordos previamente pactuados na Programação Pactuada e Integrada (PPI), prejudicando o acesso da população às ações e serviços de saúde (MOTA, 2011). Em contrapartida, Nolasco-Lopes (2010) identificou liderança dos dirigentes regionais e posição favorável do colegiado de gestão para cooperação intergestores como potencialidades, contribuindo para fortalecimento da regionalização.

A gestão regional requer a construção de relações federativas pautadas por complexos processos de negociação e tomada de decisão envolvendo diversos atores e entes federativos autônomos que conjugam, ao mesmo tempo, relações de interdependência, sendo necessária a análise dos espaços intergestores cujo papel é fundamental para implementação da política de saúde. Portanto, destaca-se o grande peso político (OLIVEIRA e ARTMANN, 2009) e a complexidade de regionalizar um sistema de saúde pelos desafios relacionados a diferentes

processos, tais como geração de consensos, estabelecimento de regras de atuação, distribuição de recursos e interação, construção de mecanismos decisórios coletivos, estabelecimento de prioridades e acompanhamento (FLEURY e OUVÉRY, 2007).

Tais preceitos são reforçados ao observar as características dos municípios brasileiros que, na imensa maioria, são de pequeno porte e têm poucas chances de possuir, no seu território, boa parte da oferta de serviços de saúde de vários níveis tecnológicos; mesmo nos grandes centros é evidente a importância da gestão do SUS para otimizar a resposta às demandas do primeiro nível de atenção, evitando superposição e competição dos serviços, como ainda é muito comum (MAGALHÃES JR, 2013).

Há diferenças muito significativas entre os entes federados e dinâmicas territoriais próprias, que devem ser levadas em consideração, tais como as relacionadas às áreas metropolitanas (VIANA e LIMA, 2011a). Diante de estudos anteriores (LIMA e QUEIROZ, 2012; LIMA et al, 2012; VIANA e LIMA, 2011b; VIANA, LIMA e FERREIRA, 2010) e da exploração de informações em documentos e sites oficiais do Ministério da Saúde e das Secretarias Estaduais de Saúde, com foco na região Nordeste do Brasil, identificamos contrastes importantes entre os Estados da Bahia e do Ceará.

Os diferentes ritmos e graus de adesão ao Pacto pela Saúde e implantação dos Colegiados de Gestão, segundo Lima e Queiroz (2012), refletem o modo de condução da política de saúde no âmbito estadual, bem como a diversidade de amadurecimento das relações federativas em cada um dos estados brasileiros. Sugerem múltiplas experiências de descentralização e regionalização em curso no país, influenciadas por diversos fatores de dimensões histórico-estrutural, político-institucional e conjuntural, que condicionam e particularizam as experiências estaduais. Nesse estudo, além do funcionamento irregular e incipiente dos Colegiados de Gestão em muitas regiões, observamos que a adesão municipal ao Pacto pela Saúde, em 2010, foi menor que 50% na Bahia e de 100% no Ceará (LIMA e QUEIROZ, 2012).

Diante da complexidade da regionalização no modelo federativo brasileiro, Viana e Lima (2011a) referem ser impossível pensar um único modelo de regionalização para o país, apontando a necessidade de análises dos processos particulares de implementação da regionalização nos estados, tendo em vista a diversidade territorial encontrada.

Portanto, é necessário focar a diversidade social, política e administrativa do país e sua extensa área territorial, na qual são expressivas as diferenças locorregionais, a diversidade organizacional e operativa da rede de serviços, tendo em vista a constatação de vazios assistenciais convivendo, paradoxalmente, com o excesso de serviços em outras localidades,

fortalecendo a desigualdade de oferta e de utilização (BRASIL, 2009). Tudo isso é potencializado ao destacar as características de regiões metropolitanas, pela importância demográfica, pela concentração e polarização de recursos em saúde e pela complexidade existente no seu território.

O Ministério da Saúde anunciou a priorização de projetos para qualificação do cuidado e desenvolvimento de redes de serviços de saúde, voltados para as regiões metropolitanas, reconhecidas como grandes aglomerados urbanos que concentram significativa capacidade instalada de serviços e de profissionais, mas apresentam sistemas de saúde predominantemente fragmentados, não conseguindo garantir acesso universal e atendimento integral ao usuário, configurando-se, portanto, como locais importantes, estratégicos e prioritários (BRASIL, 2009; BRASIL 2011).

O debate sobre as regiões metropolitanas, conforme Ribeiro (2008), aponta para um paradoxo tendo em vista que concentram importantes problemas e oportunidades, mas, ao mesmo tempo, o arcabouço institucional que deveria nortear organização, gestão e financiamento desses territórios não está à altura de lidar com os desafios e aproveitar as potencialidades. Em vários países, houve retomada do tema e do processo de busca pelo aperfeiçoamento da gestão e do financiamento de regiões metropolitanas. Na Europa, nos Estados Unidos, no Canadá e também em países emergentes como a África do Sul, o Brasil e a Turquia, a questão metropolitana voltou a desempenhar um papel central na pauta da agenda política, desencadeando um processo efervescente e diversificado de experimentação na gestão metropolitana no cenário internacional (RIBEIRO, 2008).

A temática das regiões metropolitanas, no contexto brasileiro, segundo afirma Magalhães (2010), apresenta a fragilidade institucional e de gestão como um dos principais desafios. Para a autora, é urgente consolidar a retomada da discussão metropolitana no Brasil, apoiada no desenvolvimento de cultura política e administrativa de parceria e cooperação intergovernamental, com fontes definidas e estáveis de financiamento e incentivos que estimulem a cooperação.

A despeito da relevância e das especificidades das regiões metropolitanas para implementação do SUS, identificamos a escassez de estudos voltados para o processo de regionalização ou a gestão regional de sistemas de saúde nos territórios metropolitanos. A maioria das investigações vinculadas às regiões metropolitanas no Brasil, conforme evidenciado no Observatório das Metrôpoles¹, focam, predominantemente, questões relativas

¹ O Observatório das Metrôpoles é constituído por um grupo envolvendo cerca de 159 pesquisadores e 59 instituições dos campos universitário (programas de pós-graduação), governamental (fundações estaduais e

ao transporte, moradia, meio ambiente, trabalho e emprego. Publicação recente² articulando os temas da saúde e das metrópoles apresenta artigos focando uma diversidade de aspectos que vão desde a situação de saúde de segmentos específicos da população em espaços urbanos, até a cooperação federativa mediante consórcios intermunicipais, dentre outros, contudo não aborda especificamente a gestão regional do SUS. Ao focar a regionalização ou a gestão regional em regiões metropolitanas, identificamos estudos recentes relacionados ao financiamento ou ao planejamento em estados da região sudeste (MENDES et al, 2015; LARA E MENDES, 2015; GEREMIA, 2015).

Os processos de metropolização e regionalização da saúde são fenômenos sobrepostos que apresentam tensões de caráter teórico-prático e de natureza interdisciplinar e interinstitucional, com contradições decorrentes das diferentes lógicas históricas de sua implementação, expressas na pactuação política, sendo crescente o desafio da gestão de sistemas de saúde nas regiões metropolitanas (IANNI et al, 2012).

Diante dessa problemática, questionamos: **Como se configura a gestão regional do SUS na Região Metropolitana de Salvador e na Região Metropolitana de Fortaleza, tendo em vista as distintas realidades entre Bahia e Ceará?**

Esta pergunta mais geral se desdobra nos seguintes questionamentos:

- Como se caracteriza a organização e o funcionamento da Comissão Intergestores Regional (CIR) nas Regiões Metropolitanas de Salvador e de Fortaleza?
- Como a relação entre os gestores nos processos de negociação e pactuação na CIR, tem influenciado a gestão regional do SUS em Regiões Metropolitanas?
- Como as assimetrias de poder repercutem nas relações federativas e na gestão regional do SUS em Regiões Metropolitanas?

Destaca-se que a gestão regional do SUS, concebida com articulação e cooperação entre atores sociais e políticos e a construção de novos arranjos institucionais, é um grande desafio (SILVA E MAGALHÃES JR., 2013), sobretudo no que diz respeito à administração dos conflitos em torno da disputa de recursos e da conformação das redes regionais de

prefeitura) e não-governamental, sob a coordenação geral do Instituto de Pesquisa e Planejamento Urbano e Regional da Universidade Federal do Rio de Janeiro (IPPUR – UFRJ). As Instituições vêm trabalhando sobre 14 metrópoles e uma aglomeração urbana: Rio de Janeiro, São Paulo, Porto Alegre, Belo Horizonte, Curitiba, Goiânia, Recife, Salvador, Natal, Fortaleza, Belém, Santos, Vitória, Brasília e a aglomeração urbana de Maringá. Informações disponíveis nos seguintes sites: <<http://www.observatoriodasmetropoles.net/#>>; <http://www.observatoriodasmetropoles.net/index.php?option=com_content&view=article&id=46&Itemid=142&lang=pt#>.

² A Revista Cadernos MetrÓpole nº 36 apresenta o Dossiê “A Saúde na cidade” como destaque da segunda edição de 2016. Informação disponível no site: <http://www.observatoriodasmetropoles.net/index.php?option=com_k2&view=item&id=1614:revista-cadernos-metrÓpole-nº-38-dossiê-a-saúde-na-cidade&Itemid=181&lang=pt#>.

serviços, a serem estabelecidas entre os municípios e destes com os estados, dificultando o processo de regionalização (VASCONCELOS e PASCHE, 2006).

Diante dos desafios supracitados no âmbito das relações federativas, ainda existem lacunas a serem respondidas acerca da gestão regional do SUS, sobretudo em contextos tão complexos e heterogêneos como as regiões metropolitanas, sendo pertinente a realização de investigações mais profundas que analisem este problema numa perspectiva comparada, revelando singularidades estaduais e regionais, restritivas ou facilitadoras desse processo.

Outrossim, estudos com enfoque que evidencie contradições e conflitos inerentes aos processos decisórios intergovernamentais, e que considere as interações políticas entre os atores, suas motivações e ações pautadas por interesses e intencionalidades, podem ser uma contribuição útil e original sobre comissões intergestores do SUS (MIRANDA, 2010).

2 OBJETIVOS DO ESTUDO:

2.1 OBJETIVO GERAL:

- Analisar a gestão regional do SUS em duas Regiões Metropolitanas - Salvador e Fortaleza - e suas respectivas realidades estaduais, focalizando instâncias, processos de negociação e pactuação e relações de poder.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- Descrever antecedentes históricos do processo de regionalização da saúde nos Estados da Bahia e do Ceará e especificidades das Regiões Metropolitanas de Salvador e de Fortaleza
- Caracterizar a organização e o funcionamento da Comissão Intergestores Regional (CIR) nas Regiões Metropolitanas de Salvador e de Fortaleza
- Analisar a relação entre os gestores, com ênfase nos processos de negociação e pactuação, no âmbito da CIR, das regiões metropolitanas selecionadas
- Analisar as repercussões das assimetrias de poder sobre as relações federativas e a gestão regional do SUS nas regiões metropolitanas selecionadas

3 ELEMENTOS TEÓRICO-CONCEITUAIS

não é possível escapar das implicações políticas das teorias, muito menos das ideologias em confronto, dos projetos em disputa e das diversas análises para uma situação concreta... faz-se necessário acionar teorias potentes que ajudem a desvendar o que não se encontra nas aparências. (PAIM, 2013, p. 1952-1953).

Tradicionalmente há análises focadas no sistema de saúde e sua organização setorial, enfatizando a eficácia e eficiência no uso de recursos, mas essas categorias devem ser analisadas tendo em vista as relações de poder e a dimensão política, o que implica recorrer ao Pensamento Estratégico em Saúde (TESTA, 1992). Diante de tais aspectos e com base em Schraiber (1999), afirma-se que analisar a gestão no setor saúde implica reconfigurações teórico-metodológicas para desviar-se de abordagens apenas da aproximação estrutural da organização do setor saúde, direcionando-se para as dinâmicas interativas dos indivíduos, no sentido de conferir visibilidade à interação dos gestores, em uma ação sobre a ação dos outros.

Portanto, propõe-se cotejar elementos mais políticos acerca da ação dos gestores e da relação entre eles, enfocando uma discussão inserida no processo de regionalização, nas dinâmicas de interação e na distribuição de poder no setor saúde, subjacentes a esse processo predominantemente político. De início, buscamos contextualizar a discussão sobre o federalismo e as relações federativas no Brasil.

3.1 Federalismo e relações federativas no Brasil

Um dos maiores dilemas dos Estados democráticos modernos refere-se à autoridade do governo central e aos direitos dos governos subnacionais, tendo em vista que formas de Estado que concentrem excessiva autoridade no governo central ensejam o risco de tirania e instabilidade nas políticas, enquanto que o excessivo poder às unidades subnacionais podem paralisar os governos ou implicar desigualdades nos serviços prestados aos cidadãos num mesmo Estado-nação. As respostas institucionais a esse dilema interferem no funcionamento da democracia e nas decisões de governo. (ARRETCHE, 2012).

A implementação de políticas de bem-estar, em um ambiente democrático e em um federalismo com as características do brasileiro, parece depender de arranjos institucionais que incentivem a adesão sob alguma forma de coordenação federal e a cooperação entre estados e municípios (HOCHMAN, 2013). Assim, é fundamental entender a configuração do federalismo e das relações federativas.

Embora exista uma considerável produção acerca do federalismo, Rocha (2013) ressalta ser um campo de estudo com imprecisão conceitual e elasticidade do seu significado. Conforme o autor, uma característica central do federalismo é garantir simultaneamente a unidade e a diversidade, ou seja, ao mesmo tempo que envolve uma unidade de partes que pactuam uma ação comum, estabelece um espaço para a afirmação de valores e interesses de cada uma delas. *O federalismo é fundado em uma ambiguidade, já que a dimensão da unidade se estabelece no contexto da diversidade* (ROCHA, 2013, p.35).

Os sistemas políticos federativos são caracterizados pela distribuição territorial de autoridade política, o que implica que, em um mesmo território dentro de um mesmo Estado, mais de um governo pode ser responsável pelo exercício do poder político; a implementação de políticas públicas é permeada pelo dilema de assegurar a integridade política e a autonomia dos diversos níveis de governo e, simultaneamente, coordenar ações para alcançar fins comuns (COSTA e PALOTTI, 2013).

Conforme Rocha (2013), o significado do federalismo, em sentido mais geral, enfatiza a possibilidade de expressão das vontades dos participantes envolvidos no acordo federalista, relacionando-se com uma ideia específica de democracia, pois visa assegurar a expressão e a autonomia de vontades e interesses de grupos parciais. Em seu sentido contemporâneo, envolve a articulação de partes em uma forma de organização que articula o poder central com os poderes regional e local, estabelecendo obrigações mútuas entre seus componentes, tratando-se de um contrato com o objetivo de viabilizar a convivência de unidades políticas que se cristaliza em instituições específicas (ROCHA, 2013).

Outra forma de conceituar o federalismo consiste em distinguir os modelos unitário, federativo e confederativo de Estado, conforme apresentado em Rocha (2013). O Estado unitário caracteriza-se pelo poder concentrado que se impõe como única referência de uma sociedade política, excluindo focos parciais de poder. O Estado federal pressupõe a existência de partes com poder de decisão, sendo que uma parte da soberania é repassada ao órgão central. Na confederação, assim como no modelo federativo, há um contrato entre unidades políticas para lograr os objetivos comuns, mas a soberania das unidades é plena, sem reconhecimento da existência de qualquer poder superior sobre elas.

... numa confederação é possível a renúncia das partes ao pacto, conforme seus interesses momentâneos. Ao contrário, no federalismo nenhum membro tem o direito de renunciar unilateralmente ao pacto político inicial e seguir o seu caminho individualmente, pois a unidade não pode ser questionada pelas partes (ROCHA, 2013, p 36).

O Estado federal apresenta uma pluralidade de organizações políticas dotadas de poderes próprios, competências próprias, em princípios intocáveis, enquanto que o Estado unitário concentra-se em único centro de poder, mesmo podendo existir divisões administrativas plurais ou diversas descentralizações organizativas (SANTOS e ANDRADE, 2011; SANTOS e ANDRADE, 2013).

Essa estratégia conceitual, apesar de bastante difundida e formalista, segundo adverte Rocha (2013), apresenta problemas tendo em vista a ausência de critérios que estabeleçam com maior precisão os limites entre tais modelos. Além disso, os processos políticos contemporâneos impactam cada um deles, em graus variados, tornando ainda mais confusas suas características básicas, tendo em vista que, atualmente, a distribuição territorial do poder tem configurado sistemas federais com tendências de fortalecimento do centro, como também, sistemas unitários abrem espaços para expressão de autonomias locais (ROCHA, 2013). Segundo Arretche (2004), a concentração de autoridade política varia entre os Estados federativos e as políticas particulares, de acordo com as relações intergovernamentais em cada área específica de intervenção, condicionando a coordenação governamental.

Outrossim, cabe referendar a existência de aspectos institucionais e políticos na configuração do federalismo. Quanto aos primeiros pode-se elencar: uma referência constitucional que proteja a autonomia dos entes; um poder judiciário forte e independente para arbitrar a distribuição de poder definida constitucionalmente; autoridade para legislar reservada tanto ao governo federal quanto às unidades federadas; bicameralismo constituído por câmara alta com representação territorial, ao lado de uma câmara baixa representativa da população; distribuição de recursos financeiros que contemple interesses dos entes envolvidos, habilitando-os a decidir sobre a alocação de seus recursos próprios, o que se constitui um aspecto central na configuração de um sistema federativo (ROCHA, 2013).

Ainda que tais aspectos institucionais tenham reconhecida importância, não podem ser enfocados isoladamente na análise do federalismo sob pena de incorrer em equívocos. Ao refletir sobre a constituição e o desenvolvimento das políticas sociais no Brasil, Paim (2013) revela que dispor de uma constituição e de uma legislação não é suficiente para a instauração de mudanças. Nessa mesma ótica, Machado (2013b) afirma que a Constituição expressa o pacto normativo-social da Nação, mas não garante *per se* a efetivação dos direitos. Portanto, para além dos elementos normativos e institucionais supracitados, deve-se considerar que o jogo federativo desdobra-se em arranjos e movimentos cooperativos e competitivos entre os entes, tornando a implementação de políticas sociais um fenômeno complexo, que se desenvolve em diversas arenas e etapas (COSTA e PALOTTI, 2013).

De acordo com Rocha (2013), a definição de um desenho institucional pressupõe a expectativa de que resultados desejados em termos de ação política sejam produzidos, mas tais resultados dependem de uma conjunção de tipos particulares de instituições com outras variáveis políticas. Portanto, mais do que as características institucionais, os processos políticos devem ser considerados na caracterização de um sistema federal, tendo em vista que *a real distribuição do poder territorial vai além do desenho institucional e das regras constitucionais* (ROCHA, 2013, p. 39). Conforme Sano e Abrucio (2013), a própria política pública (policy) também pode influenciar as regras do jogo político federativo (politics), mediante a formação de grupos de interesse regionais com poder de veto ou que se articulam para defender linhas de ação conjunta entre os níveis de governo.

Neste sentido, com base em Paim (2007), é conveniente deslindar a dupla concepção para o termo política, a qual pode ter a conotação de policy (diretrizes e planos de ação) ou de politics (pensamento e ação sobre o poder). Pensar a política nesta dupla dimensão impõe extrapolar a concepção restrita à formulação de política, como uma mera carta de intenções, e considerar os conflitos e disputas vinculados ao poder, que se tornam mais evidentes na fase de implementação.

Tal entendimento faz-se necessário para compreensão dos processos políticos que permeiam a dinâmica federalista brasileira, sobretudo no âmbito das relações intergovernamentais. Estas representam uma das peças chaves do federalismo, constituem um fenômeno que ocorre sempre que dois ou mais governos interagem para o desenvolvimento ou execução de políticas públicas e tornam-se mais complexas em razão da necessidade de coadunar autonomia dos níveis de governo com necessária interdependência entre eles (SANO e ABRUCIO, 2013).

A gênese do federalismo brasileiro, conforme Almeida (2001), está relacionada a uma das alternativas vislumbradas pelas elites com vistas a organizar politicamente a antiga colônia portuguesa, mas mantendo a integridade territorial, considerada um questão central e recorrente na agenda política, desde a independência. Centralização e descentralização, Estado unitário e federação são consideradas, pela autora, respostas institucionais, vislumbradas pelas elites, ao desafio de “manter junto” um país com fortes tradições localistas herdadas do período colonial (ALMEIDA, 2011)

O moderno federalismo brasileiro conviveu com vetores centralistas, autonomistas e interdependentes, cujo resultado dessa combinação dependeu das diferentes conjunturas como de eventos estratégicos ocorridos nas diversas políticas públicas (SANO e ABRUCIO, 2013). Esta tensão histórica na distribuição do poder, com tendências mais centralistas na realidade

brasileira, é destacada por Arretche (2012) ao afirmar que o papel da União e o poder dos estados estiveram no centro das escolhas institucionais da formação do Estado brasileiro, desde a autonomia das províncias e ao governo central da República Velha, sucedendo-se a progressiva concentração de autoridade da União, defendida e, ao mesmo tempo, contestada por diferentes atores.

O fato é que os conflitos entre elites regionais fazem parte da formação histórica do país e permeiam as origens e a natureza da federação brasileira. Como consequência, houve a adoção de um modelo federativo com enorme dificuldade de equilibrar as relações entre centralização e descentralização, mantendo, ao longo do século XX, uma série de heterogeneidades socioeconômicas e de distribuição do poder territorial (SANO e ABRUCIO, 2013).

Ao analisar comparativamente o federalismo e as relações intergovernamentais no Brasil e na Espanha, Rocha (2013) afirma que as comunidades autônomas espanholas têm mais autonomia do que os estados e municípios brasileiros, tendo em vista os mecanismos bastante poderosos de *center-constraining*³ na Espanha. O autor revela que em ambos os países, o processo de democratização envolveu a busca de afirmação de poder de estados e municípios (Brasil) e de regiões e nacionalidades (Espanha), diante de um centro de poder que, historicamente, se manteve como espaço privilegiado de tomada de decisões. Contudo, as realidades sociológicas destes dois contextos foi bastante distinta, sendo que, no caso brasileiro, as demandas por maior autonomia dos estados e municípios foi demarcada pela afirmação de poder das elites regionais. Tais aspectos podem ser relacionados às características da gênese do federalismo brasileiro, conforme análise de Almeida (2001).

A influência das elites regionais na vida política brasileira também é destacada por Abrucio (2005) em uma das características da descentralização no Brasil, que é a sobrevivência de resquícios culturais e políticos anti-republicanos no plano local, mostrando que diversos municípios do país ainda são governados sob o poder oligárquico, em oposição ao modo poliárquico que é fundamental para a combinação entre descentralização e democracia.

Outros elementos históricos também são revelados por Sano e Abrucio (2013) ao afirmar que o modelo federativo brasileiro foi montado pelo regime militar, baseado numa forte centralização política, financeira e administrativa, deixando legado autoritário, ausência

³Baseado em Baldi (1999) e Stepan (1999), Rocha (2013, p.37) utiliza a ideia de *center-constraining* que permite avaliar em que medida as instituições garantem autonomia aos entes periféricos, pela restrição de poder do centro. Para o autor, a dinâmica paradoxal própria do federalismo envolve tanto mecanismos de *center-constraining* como mecanismos de contenção do poder dos entes, visando a manutenção da unidade.

de cultura de negociação entre os entes federativos e criação de nichos burocráticos federais, fortemente insulados, que tentaram manter o seu poder no processo de descentralização iniciado na década de 1980. Portanto, prevaleceu um padrão de autoridade inclusiva, prática centralizadora e visão hierárquica em relação ao papel dos estados e municípios, cabendo ao centro a formulação da política e aos demais entes o dever de executá-las. Nesse caso, os autores concluem:

...a concepção centralizadora na forma de atuação é muito forte no governo federal. Trata-se de um forte legado do regime militar, ou talvez advindo da formação varguista do Estado brasileiro do século XX, e que afetou as relações intergovernamentais nos períodos subsequentes (SANO e ABRUCIO, 2013, p. 241).

Ao cotejar este legado histórico com a distribuição de recursos financeiros, último aspecto institucional do federalismo descrito por Rocha (2013), e a dinâmica das relações intergovernamentais no Brasil, percebe-se tensões políticas e econômicas entre as esferas federal, estadual e municipal diante da concentração do poder econômico da União, instância federativa que detém a maior fatia do bolo tributário, mas não investe na mesma proporção no financiamento do sistema público de saúde e, excessivamente, impõe condicionalidades para transferir recursos às instâncias subnacionais. Tais observações coadunam com Santos (2012) ao afirmar que, na federação brasileira, há condutas mais centralizadoras que federativas.

A existência de regras nacionais que comandam os mecanismos de incentivo financeiro de origem federal, demarcando excesso de condicionalidades para obtenção dos recursos, restringe a possibilidade de compensação das desigualdades, além de gerar dificuldades dos municípios e estados adaptarem a utilização dessas fontes às prioridades locais (LEVI e SCATENA, 2011). A federação brasileira, segundo Santos (2012), requer a adoção de medidas para redução das desigualdades regionais, no sentido de garantir equidade na divisão de responsabilidades federativas comuns a todos, sendo necessário promover a equidade orçamentária entre União, estados e municípios em razão das assimetrias socioeconômicas e populacionais.

As políticas implementadas pelos governos locais, no setor saúde, são fortemente dependentes das transferências federais e das regras definidas pelo Ministério da Saúde, tendo em vista que o governo federal dispõe de recursos institucionais para influenciar as escolhas dos governos locais, afetando sua agenda de governo (ARRETCHE, 2004). A Constituição de 1988 passou por intenso processo de reforma, influenciada por organismos nacionais e internacionais, que afetaram o desenho original das relações intergovernamentais e do federalismo fiscal, dando lugar a um debate acerca da recentralização de recursos e de poder

decisório na esfera federal, delimitando, por exemplo, limites da liberdade das esferas subnacionais de aplicar seus recursos. O paradoxo é que a bandeira anticentralista dos constituintes, refletidas em vários dispositivos constitucionais, não correspondeu às competências e responsabilidades da União, que foram ampliadas (SOUZA, 2013).

O principal problema da descentralização ao longo da redemocratização no Brasil, de acordo com Abrucio (2005), foi a conformação de um federalismo compartimentalizado, no qual cada nível de governo procurava encontrar o seu papel específico e não havia incentivos para o compartilhamento de tarefas e a atuação consorciada, resultando num jogo de empurra entre municípios, estados e União. O autor também destaca o municipalismo autárquico que incentiva a “prefeiturização”, tornando os prefeitos atores por excelência do jogo local e intergovernamental defendendo seu município como uma unidade legítima e separada das demais, o que é uma miopia em relação aos problemas micro e macrorregionais comuns. Ao invés de uma visão cooperativa, predomina um jogo em que os municípios concorrem entre si pelo dinheiro público de outros níveis de governo, lutam predatoriamente por investimentos privados e, muitas vezes, repassam custos a outros entes (ABRUCIO, 2005).

Constata-se um jogo federativo que, no setor saúde, conforme Hochman (2013), resultou em efeitos a curto e longo prazo. No primeiro, o resultado foi mais horizontal, beneficiando a todos de modo e motivos diferentes. No segundo, houve crescente papel do poder central, demarcando um jogo cada vez mais vertical e assimétrico entre estados e governo federal. Numa perspectiva histórica, percebe-se como os dilemas e as soluções para problemas de cooperação, num ambiente federativo, promoveram uma trajetória de centralização, negociada horizontalmente, que percorreu o século XX republicano (HOCHMAN, 2013).

Em uma análise do contexto histórico mais recente do federalismo brasileiro, Sano e Abrucio (2013) também identificam duas conjunturas ou fases distintas. A primeira, da redemocratização até 1994, caracterizada pelo fortalecimento do municipalismo e do estadualismo e comportamento defensivo do governo federal, alicerçado numa aliança da burocracia com setores políticos intencionados no controle clientelista da descentralização, derivando um jogo competitivo e restritivo à ação coordenada. Na fase seguinte, há aumento do poder da União, com maior capacidade de estabelecer políticas nacionais, combinado com a crise dos estados, enfraquecendo o caráter predatório da sua atuação e fortalecendo, mesmo de forma desigual, a atuação mais cooperativa, o que resultou no aumento da coordenação vertical e da articulação horizontal.

A análise de Abrucio (2005) afirma que o fortalecimento dos governos estaduais, nos primórdios do novo federalismo brasileiro, resultou na criação de um modelo predatório e não-cooperativo de relações intergovernamentais no Brasil. Para este autor, o caráter predatório do federalismo brasileiro resultou do padrão de competição não-cooperativa que predominou nas relações dos estados com a União e deles entre si. Desde o final do regime militar, as relações intergovernamentais verticais foram marcadas pela capacidade de os estados repassarem seus custos e dívidas ao governo federal e por não se responsabilizarem por este processo, mesmo quando assinavam contratos federativos (ABRUCIO, 2005, p.47).

Por outro lado, é necessário também problematizar o enfraquecimento dos estados, após a Constituição de 1988, e a pouca capacidade para coordenar políticas, tais como a regionalização do SUS ou outras de interesse metropolitano, conforme discutido por outros autores (SOUZA, 2001; MAGALHÃES, 2010; GARSON, RIBEIRO e RIBEIRO, 2010). Houve a consagração da autonomia municipal, conferindo o direito à auto-organização e anulando, na prática, a pouca capacidade dos estados de coordenar ações comuns, além da difícil situação econômica que caracterizou as décadas de 1980 e 1990 (GARSON, RIBEIRO e RIBEIRO, 2010).

Verifica-se, a partir da década de 80, um movimento de efetiva descentralização das políticas públicas, num sistema heterogêneo com profundas desigualdades relativas à capacidade técnica, administrativa e financeira entre estados e municípios. Na década de 90, segue-se um movimento de recentralização, com retomada do controle pelo governo central sobre determinadas políticas públicas, no sentido de implementar mecanismos de coordenação nacional, baseados em incentivos positivos e negativos para cumprimento de metas e encargos pelos governos subnacionais (Rocha, 2013).

Outros aspectos para análise do federalismo e das relações federativas, conforme reflexões de Sano e Abrucio (2013) diz respeito à institucionalização das arenas intergovernamentais e ao grau de consenso em torno da política. Os autores afirmam que quanto mais institucionalizados os fóruns federativos, maior será o poder de pressionar por uma federação mais equilibrada, do ponto de vista das relações intergovernamentais.

Ademais, o grau de consenso em relação às políticas, mensurado pela maior ou menor concordância dos atores acerca da política, pode fazer diferença, tal como demonstrado pelas arenas formais de discussão e negociação da descentralização na área da saúde, na qual há indicativos dos maiores avanços em termos de articulação intergovernamental com a implantação do SUS (SANO e ABRUCIO, 2013). A institucionalização dos espaços de articulação intergovernamental suprimiu do Ministério da Saúde a possibilidade de

estabelecer unilateralmente as regras de funcionamento do SUS, sendo mecanismo de contrapeso à concentração de autoridade conferida ao executivo federal (ARRETCHE, 2004).

É relevante destacar pontos de interseção entre os conceitos de federalismo e de descentralização. A convergência conceitual entre ambos está no fato de serem conceitos eminentemente políticos, relacionados com formas institucionais de divisão de poder dentro do Estado. Neste sentido, a descentralização em estados federais pode ser conceituada como um processo político que envolve distribuição territorial de poder do Estado, gerando e/ou potencializando conflitos e disputas entre unidades da Federação, num jogo contínuo entre interesses que representam graus distintos de poder e recursos (GUIMARÃES, 2003).

Ao articular a origem e historicidade do federalismo no Brasil com o processo de descentralização, além dos elementos supracitados, pode-se afirmar com base em Abrucio (2005), que há conquistas, mas também obstáculos relacionados a desigualdade de condições econômicas e administrativas; o municipalismo autárquico e a metropolização acelerada; os resquícios de uma cultura política e de instituições que dificultam a *accountability* democrática, bem como o padrão de relações intergovernamentais.

A intensa metropolização do país, segundo Abrucio (2005), é marcada pelo crescimento das áreas metropolitanas, em número de habitantes, organizações administrativas e problemas sociais, embora a estrutura financeira e político-jurídica instituída pela Constituição de 1988 não favoreça o equacionamento dessa questão. Para o autor, as regiões metropolitanas enfraqueceram-se institucionalmente, em comparação com a dimensão que tinham no regime militar, prevalecendo o municipalismo em detrimento das formas compartilhadas de gestão territorial, concepção que resultou na explosão dos problemas dos grandes centros urbanos brasileiros.

Uma região metropolitana é formada, no contexto dos processos de urbanização/metropolização, por uma metrópole, a grande cidade considerada o lugar central de mais alto nível e complexidade em uma rede urbana, e por cidades vizinhas com as quais interage intensamente (S. SILVA, B. SILVA e M. SILVA, 2015). Certamente, não objetivamos aprofundar elementos teóricos⁴ acerca do processo de urbanização e metropolização no Brasil⁵ ou nas regiões metropolitanas selecionadas, tal como realizado por

⁴ O nível de urbanização, o desenho urbano e as manifestações das carências da população devem ser analisados à luz dos subprocessos econômicos, políticos e socioculturais, assim como das realizações técnicas e das modalidades de uso do território nos diversos momentos históricos (SANTOS, 2013b). Portanto, tal análise carece de aprofundamento num campo interdisciplinar, não havendo intenção de fazê-lo neste estudo.

⁵ Análise de Milton Santos (2013b) caracteriza o processo de urbanização brasileira em três estágios. Primeiro, a urbanização aglomerada, com aumento dos núcleos com mais de 20 mil habitantes; seguido de uma urbanização concentrada, com a multiplicação de cidades de tamanho intermediário; até o estágio da metropolização, com

outros autores (ANDRADE e BRANDÃO, 2009; DANTAS, COSTA e SILVA, 2009; DANTAS e COSTA, 2009; MAGALHÃES, 2010; SANTOS, 2013b; SANTOS, 2013c). Todavia é necessário contextualizar alguns aspectos.

Há reconhecido protagonismo das regiões metropolitanas no processo de estruturação territorial urbana do Brasil, sendo a metropolização uma das características mais marcantes da urbanização no país, cujo processo ocorreu mediante intenso crescimento das cidades, durante as décadas de 70 a 90, polarizado por centros metropolitanos (MAGALHÃES, 2010). A criação das primeiras regiões metropolitanas do país ocorreu por meio de lei federal, durante o regime militar, período marcado por forte centralização financeira e autoritarismo político, como parte de política econômica desenvolvimentista excluindo os municípios e a sociedade do processo decisório (COSTA, 2013a). Nesse período, as Regiões Metropolitanas de Salvador e de Fortaleza foram criadas por lei federal, no início da década de 70⁶.

Em 1988, a Constituição Federal delega a competência para instituir regiões metropolitanas aos estados, por meio das constituições estaduais, e reforça simultaneamente a autonomia e o protagonismo dos governos municipais, elevando os municípios à condição de entes federados, fortalecendo sua base tributária e aumentando o volume das transferências intergovernamentais (MAGALHÃES, 2010).

Portanto, há modificações no tratamento da questão metropolitana, tendo em vista princípios de descentralização, autonomia municipal e participação da sociedade civil, previstos na referida constituição, sendo as regiões metropolitanas constituídas por agrupamentos de municípios limítrofes para integrar a organização, o planejamento e a execução de funções públicas de interesse comum, todavia sem avançar nas diretrizes ou conceituações que orientassem um tratamento equilibrado da temática pelos estados (COSTA, 2013).

Tais aspectos certamente relacionam-se ao processo de regionalização da saúde, resultado de duas décadas de maturação política e institucional do SUS, cuja implementação

aumento considerável do número de cidades milionárias e de grandes cidades médias, em torno de meio milhão de habitantes. Para o autor, houve amplificação do fenômeno de urbanização com tendência à metropolização, tendo importância fundamental a concentração da população e da pobreza. As regiões metropolitanas têm dois elementos essenciais: são formadas por mais de um município, tendo um município-núcleo que lhes dá nome; e são objeto de programas especiais, levados adiante por organismos regionais especialmente criados, com a utilização de normas e recursos, em boa parte federais (SANTOS, 2013b).

⁶ Embora previstas na Constituição de 1967, a criação formal das regiões metropolitanas ocorreu de forma autoritária e centralizada pelo regime militar, através da Lei Complementar Federal 14, de 08/06/1973, que instituiu oito regiões metropolitanas - Belém, Belo Horizonte, Curitiba, Fortaleza, Porto Alegre, Recife, São Paulo e Salvador (MAGALHÃES, 2010b).

requer o exercício do federalismo cooperativo no Brasil (DOURADO E ELIAS, 2011) e de estratégias de redistribuição de poder, focado a seguir.

3.2 Regionalização, dinâmicas de interação e poder em saúde

A análise e a implementação de um sistema de saúde, inclusive do seu processo de regionalização, demarca um processo com implicações políticas, não podendo ser reduzido à esfera exclusivamente técnica, tal como assinalado com ênfase por alguns autores (MENDES GONÇALVES, 1988; TESTA, 1992; PAIM et al, 2011). O conceito de regionalização, como afirma Mendes Gonçalves (1988) incorpora os condicionamentos políticos como dimensões substantivas do processo, tendo em vista as diferentes manifestações desse significado político concreto das relações entre o poder local e o poder central nas sociedades capitalistas. Nos dizeres do autor:

No caso desse desenvolvimento do conceito de regionalização, o que se ganha em capacidade explicativa se perde, por outro lado, em capacidade instrumental, já que as populações que se pretende chamar à participação são heterogêneas entre si, conforme as sociedades globais em que vivem, e heterogêneas internamente, compostas de grupos e classes sociais de interesses conflitantes (MENDES GONÇALVES, 1988, p.59).

Observações de Mendes Gonçalves (1988) revelam evidências históricas de todos os tipos de relações articuláveis em sociedades muito diferenciadas, por exemplo, quanto ao grau de autoritarismo ou democracia nelas presente. Assim, em uma sociedade, o fortalecimento do poder local, implícito na proposta de regionalização, pode significar o fortalecimento de mecanismos mais democráticos de convivência política num movimento paralelo ao controle progressivo das condições geradoras dos agravos à saúde; mas em outra sociedade, pode significar o fortalecimento de formas clientelistas e corporativas de organização do poder, atomizando a consciência social e agravando as condições geradoras de doença (MENDES GONÇALVES, 1988).

A regionalização é um processo político que envolve mudanças na distribuição de poder e o estabelecimento de sistema de inter-relações entre diferentes atores sociais no espaço geográfico, implicando na criação de instrumentos de planejamento, gestão e financiamento de uma rede de ações e serviços de saúde no território (VIANA, FERREIRA e LIMA, 2010).

Outros autores ressaltam o grande peso político (OLIVEIRA e ARTMANN, 2009) e a complexidade de regionalizar um sistema de saúde pelos grandes desafios relacionados a diferentes processos, tais como negociação e geração de consensos, estabelecimento de regras de atuação, distribuição de recursos e interação, construção de mecanismos decisórios coletivos, estabelecimento de prioridades e acompanhamento (FLEURY E OUVÉRY, 2007).

Ademais, há que se construir um sistema de saúde negociado periodicamente entre as três esferas de governo respeitando a diversidade sanitária e o necessário tratamento diferenciado que lhes devem dar os estados e municípios, entes federativos autônomos na gestão do sistema no seu âmbito político-administrativo, mas interdependentes em razão da configuração do SUS em rede regionalizada (SANTOS E ANDRADE, 2007).

Esse processo, cuja manifestação ocorre no setor saúde, não está desvinculado do conjunto da vida social, sendo expressão das contradições e conflitos presentes no Estado capitalista. Para Testa (2007), as contradições, visões diferentes frente a múltiplas questões, e os conflitos, formas materiais em que se expressam essas contradições, existem tanto a nível dos indivíduos quanto dos grupos que conformam a sociedade.

O conflito, conforme Weber, é uma expressão do caráter multidimensional das coisas, da pluralidade dos diferentes grupos, interesses e perspectivas que constituem o mundo, o qual não é um todo coeso e, embora possa existir consenso e unidade no interior de alguns componentes da sociedade, o todo é uma mistura de partes em conflito, existindo sempre uma luta pela dominação no interior de cada uma das esferas do mundo (COLLINS, 2009).

Epistemologicamente, vida social apresenta-se como uma categoria analítica com potencial explicativo do que ocorre no setor saúde, o qual representa uma categoria operacional que permite operar sobre a realidade, mas não entender problemas. Assim, deve-se inserir as categorias no contexto correspondente e estabelecer o nexos entre os problemas sociais e setoriais (TESTA, 2007; TESTA, 1995).

Portanto, no enfoque da gestão regional do SUS é fundamental reflexões sobre política e estratégia, contextualizando-a no conjunto social. Para Weber, a política representa uma luta que envolve interesses conflitantes entre políticos e classes econômicas, sendo que mesmo o mundo das idéias é dividido entre diversos grupos de interesse, que podem lutar tanto entre si quanto uns contra os outros (COLINS, 2009).

Em oposição à tendência funcionalista, cuja definição de política e estratégia separa uma da outra, Testa define que a política é uma proposta de distribuição de poder e a estratégia é a forma de implementação de uma política, sendo que ambas dialogam

circularmente, em um movimento recursivo que não tem princípio e nem fim. Esta definição de política excede o continente setorial, referindo-se diretamente ao poder, uma das categorias analíticas centrais da dinâmica social nos países capitalistas subdesenvolvidos e dependentes (TESTA, 1995). Para esse autor,

...o sistema de saúde é, ao mesmo tempo, um terreno de ações específicas para resolver problemas muito sentidos pelo conjunto da população, uma arena onde se debate o conflito político – a luta pelo poder – e um campo de apropriação de recursos financeiros por diferentes grupos com interesses muito particulares (TESTA, 1992, p. 165)

Diante disso, dar visibilidade à interação dos gestores, em uma ação sobre a ação dos outros (SCHRAIBER, 1999), requer entender os conceitos sociológicos da ação humana. A ação social, para Weber (1991) orienta-se pelo comportamento, pelas ações de outros e pode ser determinada de modo racional referente a fins e valores; de modo afetivo, especialmente emocional; e de modo tradicional, guiado por costumes arraigados. A teoria weberiana revela a ênfase na racionalização, a qual era considerada pelo autor como a principal característica do Ocidente nos últimos séculos (COLINS, 2009).

A partir da teoria popperiana de mundo objetivo, mundo social e mundo subjetivo, Habermas (1987) apresenta críticas à perspectiva weberiana de ação racional e sintetiza quatro conceitos básicos da ação na teoria sociológica: ação teleológica, ação regulada por normas, ação dramaturgic e ação comunicativa. A **ação teleológica** é guiada para realização de um propósito, podendo tornar-se **ação estratégica** quando o ator volta-se para seu êxito. Nesse caso, a ação volta-se para a obtenção de determinado fim, orientando-se e influenciando sobre as decisões de outros atores. A **ação comunicativa**, por sua vez, se refere à interação entre pelo menos dois atores que estabelecem uma relação interpessoal e buscam o entendimento sobre uma situação para coordenar, de comum acordo, seus planos e suas ações. Os atores chegam ao consenso por meio de negociação das definições da situação (HABERMAS, 1987).

Habermas (1990), apresenta a diferenciação entre atos ilocucionários e efeitos perlocucionários. Os sucessos ilocucionários são caracterizados como o compreender e o aceitar ações de fala. Já os efeitos perlocucionários são definidos como todos os fins e efeitos que vão além disso, os quais podem ser diferenciados entre dois tipos: efeitos que resultam do significado do ato da fala; e efeitos que não resultam do que é dito, sendo um componente

público da interpretação da situação, um tipo de efeito que poderia ser declarado sem prejudicar o curso da ação.

O autor adverte que o modelo comunicativo de ação não equipara ação e comunicação. Assim, a linguagem é um meio de comunicação que serve ao entendimento, embora os atores, ao entender-se entre si para coordenar suas ações buscam suas metas, sendo, portanto, a estrutura teleológica fundamental para todos os conceitos de ação. Para o autor, os conceitos de ação social se distinguem pela forma de coordenação das ações teleológicas dos diversos participantes na interação, como o cálculo egocêntrico, o acordo, a relação consensual ou o entendimento num processo cooperativo (HABERMAS, 1987).

Assim, conforme Habermas (1990), os tipos de interação distinguem-se de acordo com o mecanismo coordenador da ação, sendo necessário saber se a linguagem é utilizada como meio de transmissão de informações, caracterizando o agir estratégico; ou como fonte de integração social, tratando-se do agir comunicativo. Assim, pode-se estabelecer o mecanismo do entendimento, como motivador da convicção, ou o mecanismo da influência que induz o comportamento. No agir estratégico, o efeito de coordenação depende da influência dos atores uns sobre os outros e sobre a situação (HABERMAS, 1990).

Diante de tais elementos teóricos, as diferentes racionalidades da ação remetem ao âmbito das relações /dinâmicas de interação que se estabelecem entre os diferentes atores. O enfoque habermasiano, conforme Rivera e Artmann (2010), representa uma proposta para entender como os agentes sociais coordenam a ação e se organizam como sociedade. A coordenação como fenômeno linguístico corresponde ao reconhecimento de uma forma de ação social (agir comunicativo) que representa uma alternativa ao agir estratégico e permitiria a coordenação dos agentes sociais através do entendimento linguisticamente mediado (RIVERA e ARTMANN, 2010).

Portanto, na teoria da ação comunicativa, há uma aposta na importância da linguagem e no entendimento linguístico como mecanismo de coordenação da ação para superação de conflitos e construção do consenso entre os atores em interação. Paim (2010) referenda a importância de Habermas para o planejamento e a gestão em saúde, tanto pela sua crítica à teoria da ação racional quanto pelas potencialidades da teoria do agir comunicativo para apoiar o entendimento e o consenso nos processos políticos em saúde, contudo faz ressalvas quanto à necessidade de contextualização e análises de situações concretas, tendo em vista os limites de sua aplicação em determinados espaços e situações com assimetria de poder.

Testa concorda com a pertinência de algumas formulações fundamentais de Habermas, embora apresente divergências quanto a sua aplicabilidade nos países capitalistas

subdesenvolvidos dependentes e afirma que identificar o social, apenas a nível do discurso, pode ser enganoso (TESTA, 2002).

Na gestão das redes, segundo Fleury e Ouverney (2007), o foco está nos processos de interação entre os diferentes atores e para os meios pelos quais esses processos podem ser estimulados, mantidos ou alterados, sendo que o conflito entre as organizações é um produto inevitável de sua interdependência e deve ser gerenciado. Nesse processo, os atores agem em função de suas expectativas em relação aos demais atores e a seu comportamento, definindo sua estratégia de ação com base nessas percepções, nos recursos e interesses existentes e nas regras estabelecidas (FLEURY E OUVERNEY, 2007).

Na organização de uma rede, Santos (2008) afirma que todos devem reconhecer suas dependências e interdependências, não havendo espaço para poderes centralizados, imposições, desníveis de mando e todos devem construir conjuntamente condições para operar serviços, sistemas e organizações. À medida que os componentes da rede abrem mão de determinados poderes isolados emerge uma nova capacidade de gestão, fundamentada no consenso e na negociação, sendo crucial que as correlações de forças na rede sejam centradas na partilha do poder decisório (SANTOS, 2008).

Fleury e Ouverney (2007) afirmam que as redes de políticas são uma tentativa de criar novas formas de coordenação, capazes de atender às necessidades e características do contexto atual, em que o poder se apresenta como plural e diversificado, configurando-se num instrumento fundamental para a gestão de políticas sociais em contextos democráticos para construção de novas formas de coletivização, socialização e organização solidária, ensejando relações baseadas na confiança e processos gerenciais horizontalizados e pluralistas. Por outro lado os autores advertem:

Mas não se pode também imaginá-las ingenuamente como solução para todos os problemas no campo das políticas públicas... Em outras palavras, a existência de estruturas policêntricas não pode escamotear a desigualdade ainda persistente na distribuição do poder, nem as dificuldades inerentes à gestão pública numa estrutura reticular em sociedades caracterizadas por processos de fragmentação e exclusão social que impedem a geração de consensos e ameaçam as condições de governabilidade (FLEURY E OUVERNEY, 2007, p. 35).

Acrescenta-se ainda, que o contexto econômico no qual estão inseridas as sociedades é caracterizado pela complexidade e incerteza nas relações sociais, refletindo tanto a aproximação, a integração e o diálogo, quanto o individualismo, a competição e a intolerância (FLEURY E OUVERNEY, 2007).

Desse modo, é relevante destacar as observações de Testa (1992) ao refletir sobre aspectos básicos definidores dos pseudo-sistemas de saúde nos sistemas subdesenvolvidos dependentes destacando que:

... se deseja resolver tecnicamente uma questão que só pode encontrar um início de resposta em um processo político, isto é, em um processo que leve devidamente em consideração que a discussão é sobre o poder de que se dispõe cada um dos grupos sociais em relação à questão (TESTA, 1992, p. 165).

Portanto, diante dos elementos apresentados até o momento para construção do polo teórico da investigação, assume-se a perspectiva proposta por Testa (1992) ampliando o olhar investigativo para além de uma análise da organização setorial dos serviços de saúde, articulando-a à análise das relações de poder no cotidiano da gestão regional do SUS. Esta conexão analítica exige retomar, de forma mais precisa, a implicada relação entre política, estratégia e poder, bem como as formas organizativas e sua significação social, tal como apresenta Mário Testa (1992).

O referido autor afirma que política é a atividade que realizam os grupos da sociedade em torno da relação social que constitui o poder, e a análise desses grupos e dessa relação no que se refere à destinação de recursos ao setor é o que chama de estratégia. Esta permite identificar, na realidade, a disponibilidade de poder dos atores e seus comportamentos concretos, por meio dos quais se tornam verdadeiras as relações de poder (TESTA, 1992).

Conforme Weber (1991), o poder significa toda probabilidade de imposição da própria vontade numa relação social. Para ele, todas as qualidades imagináveis de uma pessoa podem submeter alguém em condições de impor sua vontade, numa dada situação, por isso a dominação só pode significar a probabilidade de encontrar obediência a uma ordem entre determinadas pessoas.

A teoria do conflito pelo poder formulada por Weber, conforme Collins (2009), possui conexão direta com a teoria das organizações, posto que é nelas que o poder é mobilizado. A luta pela dominação também ocorre no âmbito das organizações, o que torna o conflito mais complexo tendo em vista que há lutas entre organizações e no interior das mesmas (COLLINS, 2009).

Ao usar o conceito de organização, tanto como consolidação burocrática quanto como agrupamento de pessoas, Testa também afirma que o poder da sociedade está situado nas organizações, neste duplo sentido (TESTA, 1992; TESTA 2004). **O exercício do poder em uma dinâmica organizacional** se realiza através de suas **formas organizativas** que

consistem num **espaço** - onde se exerce esse poder; numa conexão emissor-receptor - **relação** que se estabelece entre os atores que intervêm; e em certos **procedimentos** - para transmissão da ordem (TESTA, 1995).

Além de referir a combinação dos três aspectos supracitados (espaço, relação e procedimentos), Testa (1995) enfatiza a **relação**, definido-a como **o núcleo sólido de todas as considerações deste seu trabalho teórico**. Segundo o autor, ao falar das formas organizativas do poder, refere-se a uma característica das organizações que destaca as relações internas entre seus membros, as quais se exteriorizam para constituir a base dos modos como as pessoas se relacionam em geral. Assim, *a consideração dessas relações excede a simples significação organizacional para constituir-se em uma das chaves da compreensão dos comportamentos globais da sociedade* (TESTA, 1995, p. 43).

Considerando o aspecto relacional, em particular, Testa (1995) define os atores como emissor e receptor, descrevendo a relação como unidirecional ou bidirecional, havendo possibilidade de constituir-se uma unidade baseada no diálogo. Este estaria ligado à aptidão crítica ou ao uso positivo das contradições e conflitos (TESTA, 2007). Nesta possibilidade comunicativa, verificamos o ponto de contato entre o Pensamento Estratégico de Mário Testa (1995) e a construção teórica de Habermas, ainda que com ênfases diferenciadas quanto à ação estratégica em Testa e à ação comunicativa em Habermas (1987).

Para a análise de quaisquer elementos da gestão regional do SUS, o poder se impõe como categoria analítica fundamental, pela grande capacidade explicativa e interpretativa (TESTA, 1992). Por ser uma das relações sobre as quais se constrói as sociedades modernas opacas (TESTA, 1995), admite-se, então, que perpassa a intencionalidade da ação dos atores e a relação federativa que se estabelece no cotidiano dos espaços de gestão regional do SUS.

Cotejar elementos abstrato-formais da teoria habermasiana (HABERMAS, 1987) e do Pensamento Estratégico (TESTA, 1992; TESTA, 1995) a elementos histórico-concretos da sociedade capitalista⁷, situando o objeto de estudo, é fundamental para analisar a gestão regional do SUS no Brasil e o processo político que lhe é inerente.

A reflexão sobre poder, proposta por Testa, é eminentemente relacional e de alto valor estratégico, apresentando um pensamento crítico sobre o Estado, concebido como arena de

⁷ Ao considerar a planificação como um processo social, Giordani (1979) assinala a importância de análises de caráter histórico-concreto e abstrato-formal, através das quais se visualiza os limites e possibilidades da planificação num contexto sócio-econômico determinado. Baseado nessas observações acerca da planificação, assumimos que, para entender a gestão, é necessário compreender as leis de funcionamento da sociedade na qual se insere.

exercício do poder - processo político, e também concernente às ações que desenvolve – políticas (FEDERICO, 2015).

Testa (1992,1995) apresenta uma construção teórico-conceitual ampla, elaborando uma tipologia do poder em saúde, definindo-o a partir de um duplo eixo, um correspondente aos resultados e outro aos tipos. No primeiro eixo diferencia e relaciona o poder cotidiano, referente ao que e ao como fazer as coisas no dia a dia, do poder societário, referente a construção da sociedade, a longo prazo. Nos dizeres do autor:

O poder cotidiano implica o poder societário, porque o tipo de sociedade a ser construído implica o que fazer e o como fazer cotidianos, âmbito onde estão localizados mecanismos de dominação pessoal que reproduzem, na escala dos indivíduos, a dominação de uma classe pela outra (TESTA, 1992, p. 118).

No que tange ao segundo eixo, o referido autor diferencia os principais tipos de poder, no caso do setor saúde: o técnico, o administrativo e o político. O **poder técnico** ocupa-se com vários aspectos referentes aos tipos de informação (médica, sanitária, administrativa e marco teórico) e opera em muitos âmbitos. Os distintos tipos de informação circulam em diferentes âmbitos, definidos principalmente como a docência, a investigação, os serviços, a administração superior e a população, cuja caracterização é relevante para o traçado estratégico. Testa (2004) afirma que uma das questões importantes acerca do poder técnico diz respeito às instâncias e procedimentos de geração, processamento e uso da informação pelos grupos sociais que manejam cada uma dessas instâncias.

O **poder administrativo**, nos países capitalistas, é sintetizado quase completamente através das formas de financiamento, elemento central organizador dos diversos subsetores (público, privado ou semipúblico) do setor saúde, sendo variável os grupos sociais que estão ligados à origem dos fundos, sua canalização e destino. O financiamento é fundamental nos deslocamentos de poder dentro do setor saúde, expressando-se muito próximo dos aspectos substantivos dos conflitos de classe (TESTA, 1992).

Conforme Testa (1992), cada um dos subsetores tem formas específicas de financiamento, modalidade de prestação de serviços e população a ser atendida, com superposições entre coberturas e desvios de recursos, configurando uma rede complexa de serviços, cuja interpretação vai além da identificação dos componentes e relações. Essas características estão relacionadas com aspectos estruturais da sociedade, sobretudo com o papel do Estado.

Ao considerar as esferas constitutivas do conceito gramsciano de Estado ampliado⁸, Simionatto (1998) caracteriza a sociedade civil não como um espaço homogêneo, mas permeado por contradições, onde estão organizados tanto os interesses da classe burguesa quanto os interesses de classes subalternas, que buscam propor alternativas que se contraponham às parcelas minoritárias detentoras de poder, afirmando a prioridade do público sobre o privado, do universal sobre o particular, da vontade coletiva sobre as vontades particulares.

Nesse sentido, segundo Fleury e Ouverney (2007), a organização em rede se efetua por meio de processos de convergência de interesses e intercâmbio de recursos entre grupos setoriais e, nesse processo, o Estado pode ser instrumentalizado pelos grupos de interesse. Para os autores, a noção de rede como sistema de intermediação de interesses possibilita compreender que sua formação se dá por meio de atores públicos e não públicos (privados, filantrópicos, etc.), o que é extremamente relevante em termos do diferencial de poder interno na rede.

Se o seu núcleo constitui-se de estruturas governamentais, então os referenciais que orientam a dinâmica da rede se caracterizam por uma ética que favorece a ação dos atores públicos na obtenção de seus objetivos, sendo secundária e acessória a ação dos atores privados e vice-versa. Tal fato pode resultar em conflitos internos que podem gerar impasses ou bloqueios, comprometendo a integração da rede e até mesmo provisão de serviços aos cidadãos. Da mesma forma, o diferencial de poder entre os entes públicos que formam o núcleo da rede também impõe os mesmos desafios à integração. (FLEURY e OUVERNEY, 2007, p. 63).

O uso do poder administrativo, que se configura numa decisão administrativa, tem consequências sobre os grupos afetados pela decisão, cuja tradução revela-se no aumento ou diminuição do apoio entre esses grupos, gerando deslocamentos de poder (TESTA, 1992). Considerando o papel determinante do financiamento para o poder administrativo e dos vários subsetores e grupos presentes no setor saúde, pode-se então afirmar que interesses econômicos privados também norteiam o processo de tomada de decisões administrativas. Na perspectiva de Simionatto (1998), o poder político pode ser pensado sob a ótica do poder econômico, estabelecendo-se um vínculo orgânico dos agentes políticos com o capital, o que

⁸Há uma ampliação gramsciana da teoria de Estado proposta por Marx e Engels, os quais concebem-no em sentido estrito, como Estado-coerção formado pelas burocracias ligadas às forças armadas e à aplicação das leis. A originalidade de Gramsci manifesta-se na sua definição de sociedade civil, não concebida numa zona neutra, mas considerada como parte do Estado e como decisiva arena de luta de classes, na qual os diferentes grupos sociais lutam para conservar ou conquistar hegemonia (Coutinho, 2011).

significa trazer para dentro do Estado a lógica do capital, deslocando serviços essenciais como a saúde para o âmbito do mercado.

O **poder político**, conforme Testa (1992, 1995) expressa a capacidade de mobilização relacionada a defesa de interesses dos diversos grupos interessados no setor. Essa capacidade depende de um saber, advindo da experiência e do conhecimento científico, como de uma prática que impacta os atores, mobilizados e mobilizadores. Esse poder político reveste-se em ideologia tanto no saber, construtor da visão de mundo, quanto na prática, construtora de sujeitos. A ideologia do poder pode aparecer como prática de dominação - submissão entre os grupos distintos - ou como hegemonia, viabilizando a realização de um projeto político.

Na acepção gramsciana, a construção da hegemonia (direção político-ideológica) fundada no consenso e diversa da dominação, pressupõe uma transformação nas orientações ideológicas que influem nos modos de pensamento e ação, sendo imprescindível uma reforma cultural para superar os interesses econômico-corporativos, com elevação da consciência de classe a uma dimensão ético-política, processo catártico no qual a classe se converte em sujeito consciente da história (COUTINHO, 2011).

Tais características, definidas pelo autor, se combinam nos eixos do saber e da prática configurando diferentes formas para o poder político, que é de nível e qualidade diferentes do poder técnico e administrativo, os quais ficam subsumidos ao poder político em algum momento da dinâmica de poder e uma das expressões disso é a prática hegemônica (TESTA, 1992).

Testa (1995) assinala que a mobilização dos atores somente pode partir dos próprios atores, sendo que cada um, com seu interesse particular, planejará uma estratégia que deverá estar de acordo com o tipo de interesse e o poder que dispõe. O autor enfatiza a importância do polo dialético da ação cotidiana ou societal, representado pela direção organizacional e a condução política. Denomina dialética da direção e da ação tendo em vista um processo cujo desenvolvimento consiste em ir resolvendo as contradições e conflitos que se suscitam nas ações cotidianas. A direção é uso do poder político no cotidiano, que se traduz concretamente pela aplicação de alguns recursos de poder sobre certos segmentos da organização, resultando numa ação executada por meio das forças correspondentes aos poderes administrativo e técnico em seus respectivos âmbitos (TESTA, 1995).

4 TRAJETÓRIA METODOLÓGICA

Pesquisa qualitativa exploratória, com desenvolvimento de estudo de caso (YIN, 2010) para análise comparativa de realidades estaduais contrastantes. Dentre os diferentes desenhos metodológicos, o estudo de caso destaca-se por sua potencialidade em traduzir, de forma emblemática, a lógica científica da pesquisa qualitativa, permitindo analisar as singularidades das relações de um serviço de saúde, dialogar, de forma densa, com a lógica do sistema de saúde do qual faz parte, considerando, ao mesmo tempo, questões que surgem num campo empírico com aquelas que se situam numa discussão teórica (DESLANDES e GOMES, 2007).

Tendo em vista a investigação do objeto em cenários estaduais distintos, foi desenvolvido o **estudo de casos múltiplos**, que, segundo Yin (2010; 1994), investiga um fenômeno contemporâneo em profundidade e em seu contexto de vida real, especialmente quando os limites entre o fenômeno e o contexto não são claramente evidentes, permitindo ao pesquisador ter em mira condições contextuais que podem ser altamente pertinentes para o objetivo da investigação.

Esta metodologia possibilita benefícios analíticos substanciais, a partir da seleção deliberada de casos, porque oferecem situações contrastantes, sendo que as conclusões analíticas, surgidas independentemente dos dois casos, serão mais poderosas do que as provenientes de um único caso isolado (YIN, 2010). Portanto, diante de múltiplas experiências de regionalização do sistema de saúde no país, o uso da referida metodologia para análise comparativa permite a identificação dos diferentes fatores que condicionam e particularizam a gestão regional do SUS nas regiões metropolitanas de distintas realidades estaduais.

4.1 Seleção dos casos

Diante de estudos anteriores (Lima e Queiroz, 2012; Lima et al, 2012; Viana e Lima, 2011b; Viana, Lima e Ferreira, 2010) e da exploração de informações em documentos e sites oficiais do Ministério da Saúde e das Secretarias Estaduais de Saúde, identificou-se duas situações estaduais na região Nordeste do Brasil, apresentando contrastes importantes, que são os estados da Bahia e do Ceará, no que diz respeito ao processo de regionalização do SUS.

Na Bahia, em 2003, ocorreu a elaboração do PDR; em 2006, dos 417 municípios, apenas 34 possuíam gestão plena do sistema de saúde. Dentre alguns elementos importantes característicos da realidade estadual estão a indefinição quanto ao papel das Diretorias Regionais de Saúde (DIRES); a incongruência entre a abrangência municipal das DIRES e das microrregiões; a reconhecida pouca qualificação dos gestores municipais e regionais para operacionalizar as mudanças necessárias à implementação das regiões de saúde (BAHIA, 2009).

No Estado do Ceará, embora também verificados nós-críticos, identificou-se o pioneirismo e antecipação (desde 1998) em relação às normas nacionais de regionalização, com contribuições na formulação das mesmas, além de apresentar grau avançado de implantação do Colegiado de Gestão Regional (NOLASCO-LOPES, 2011). Outros elementos identificados nessa realidade estadual foram o fomento e implantação de Consórcios Públicos de Saúde, desde 2007, e a assinatura do COAP de todas as regiões de saúde.⁹

Além disso, outros elementos somaram-se à seleção dos casos estaduais: o pertencimento de ambos à Região Nordeste do Brasil; a grande extensão territorial dos dois estados; além da existência de projeto de cooperação técnica entre o Programa de Pós-Graduação do ISC-UFBA e da UECE, viabilizando o deslocamento e estadia da pesquisadora para produção dos dados no estado do Ceará.

No quadro 1, há descrição de indicadores e informações estaduais.

Quadro 1 – Caracterização dos Estados da Bahia e do Ceará

	BAHIA	CEARÁ
Habitantes (2015) ¹	15.203.934	8.904.459
Número de municípios ¹	417	184
Extensão territorial ¹	564.732,642 km ²	148.887,632 km ²
Índice de Gini (2013) ¹	0,559	0,487
IDHM (2010) ¹	0.660	0.682
PIB per capita (2013) ¹	13.577,74	12.393,39
Macrorregiões de saúde	09	05
Regiões de saúde	28	22

¹ IBGE <www.ibge.gov.br/estadosat>

Após seleção dos Estados do Ceará e da Bahia, identificou-se que tanto a Região Metropolitana de Salvador quanto a Região Metropolitana de Fortaleza apresentam municípios incorporados em mais de uma região de saúde. Para fins operacionais de viabilidade da pesquisa no campo e realização das entrevistas, procedeu-se a escolha das

⁹Informações publicadas em sites governamentais: <<http://www.saude.ce.gov.br/index.php/consorcios>>; <<http://www.saude.ce.gov.br/index.php/regionalizacao>>, acessados em 06.06.2013.

regiões de saúde de Salvador e de Fortaleza, orientada pelos seguintes critérios: - incorporar as capitais, peça fundamental no processo decisório do SUS estadual, além de possuir grande importância sócio-econômica, política, histórica e cultural; - ter maioria dos municípios pertencentes à Região Metropolitana, onde está a maior concentração de estabelecimentos e serviços de saúde da atenção secundária e terciária, que exerce influência sobre todo território estadual.

A **Região Metropolitana de Salvador** engloba duas regiões de saúde: Microrregião de Camaçari e de Salvador. Considerando o Plano Diretor de Regionalização do Estado da Bahia, Salvador é município referência da microrregião e o único de referência para toda Macrorregião Leste (BAHIA, 2007). Considerando o contexto baiano, a concentração de serviços e a desigualdade na oferta e utilização de serviços é bem marcante ao comparar a Região Metropolitana de Salvador com as demais regiões do estado. Conforme diagnóstico apresentado no PES 2012-2015, ao verificar a distribuição percentual dos procedimentos ambulatoriais nas macrorregiões de saúde do estado, identifica-se que a macrorregião Leste, onde se localiza a Região Metropolitana de Salvador, é a que concentra os serviços de média complexidade e alta complexidade, apresentando respectivamente, 50% e 93% da produção de procedimentos. Isso é justificado por esta região concentrar o maior parque tecnológico de serviços de saúde nestes níveis de atenção (BAHIA, 2012).

A **Região Metropolitana de Fortaleza** também engloba municípios que pertencem a diferentes regiões de saúde, mas a análise do fluxo de acesso assistencial, tanto de internação, quanto de procedimentos assistenciais de referência, demonstra a maior relevância da região de saúde de Fortaleza atendendo a população referenciada de 174 municípios. No período de 2008 a 2011, essa região de saúde apresentou um percentual médio de 23,88% de internações de população de referência. A referida região concentra cerca de 58% das especialidades médicas e 61% dos equipamentos odontológicos e de diagnóstico por imagem cadastrados no estado do Ceará (CEARÁ, 2012).

A **região de saúde de Salvador**¹⁰ apresenta 3.445.693 habitantes e 10 municípios: Candeias, Itaparica, Lauro de Freitas, Madre de Deus, Salvador, Santo Amaro, São Francisco do Conde, São Sebastião do Passé, Saubara e Vera Cruz. A **região de saúde de Fortaleza**¹¹ possui 2.715.151 habitantes e 04 municípios: Aquiraz, Euzébio, Fortaleza, Itaitinga.

¹⁰Informações publicadas em site institucional: <http://www.saude.ba.gov.br/obr/index.php?menu=regiao_de_saude&COD_IBGE=292740®IAO_DE_SAÚDE=SALVADOR> acessado em 10.07.2016.

¹¹Informações publicadas em site institucional: <<http://www.saude.ce.gov.br/index.php/regionalizacao>> acessado em 10.07.2016.

4.2 Trabalho de campo: diferentes cenários, escolhas e critérios

Fase exploratória

O processo de exploração dos campos possibilitou a identificação de espaços e momentos estratégicos para a produção dos dados, alterando o percurso metodológico pensado a priori. A aproximação com a instância de gestão regional nas duas regiões metropolitanas selecionadas demonstrou elementos peculiares não previstos no projeto, ocasionando escolhas metodológicas no decorrer da exploração dos campos.

De início, foi prevista a participação apenas em reuniões da CIR, contudo, no sentido de potencializar o conhecimento e a contextualização do Sistema Estadual de Saúde, como parte do processo de imersão em campo, ocorreu a participação da autora em diversas reuniões importantes e reveladoras do processo de gestão do SUS nos dois estados: - reuniões da Comissão Intergestores Regional; - reuniões do Conselho Estadual de Saúde; - reuniões entre nível central e regional, no caso do Ceará; - reuniões ampliadas do COSEMS; - reuniões da Comissão Intergestores Bipartite.

Do mesmo modo, também ampliamos o número de participantes a serem entrevistados no estudo. Inicialmente, prevíamos a realização de entrevistas apenas com os integrantes da CIR, mas, diante da fase exploratória, percebemos a necessidade de ampliar o repertório de entrevistas incluindo sujeitos importantes no processo de regionalização dos respectivos estados. Neste sentido, a partir da indicação de gestores, técnicos e outros pesquisadores, durante entrevistas, reuniões ou conversas informais, outros sujeitos foram identificados como informantes-chaves para a pesquisa.

É relevante destacar que o processo de imersão em campo e aproximação com os gestores municipais e estaduais entrevistados ocorreu em momentos bem distintos na Bahia e no Ceará, conforme destacado posteriormente.

O processo inicial de exploração do campo, no Estado do Ceará, ocorreu mediante visitas ao nível central da Secretaria Estadual de Saúde (SESA) e ao nível regional, para contatos com coordenações, assessoria e técnicos das diversas áreas, além de visita ao COSEMS-CE e ao CESAUC-CE. A aproximação com os técnicos e gestores estaduais, da instância regional e do nível central, de início, foi facilitada pela intermediação de docente da UECE e apoiadora do Ministério da Saúde para relações federativas no CE. No caso dos gestores municipais, foi um processo de aproximação construído de forma mais lenta. Mesmo após a apresentação da pesquisa em reunião da CIR, houve contatos telefônicos e e-mails com

apresentação da pesquisadora e informações da pesquisa, seguido de contato presencial. Destaca-se que, nos vários espaços institucionais visitados no Ceará, tanto na instância regional quanto no nível central, todos os técnicos e gestores contactados pela pesquisadora mostraram-se receptivos e disponíveis a colaborar com a pesquisa, através da entrevista e/ou disponibilização dos documentos (atas, resoluções, Plano Diretor de Regionalização, Plano Estadual de Saúde, entre outros) para a análise documental.

No caso da Bahia, o processo de aproximação com gestores regionais e gestores municipais ocorreu, inicialmente, através de reunião da CIR, seguido de contatos por e-mail e telefônicos, contudo, além de demorado, foi mais difícil. Em alguns casos, houve a remarcação da entrevista com os(as) secretários(as) municipais por mais de 3 vezes, inclusive com deslocamento até os municípios, e, mesmo assim, a entrevista não foi realizada. A aproximação e as tentativas de entrevista com representação do COSEMS-BA também foi mais demorada e difícil. O momento político peculiar, pré e pós processo eleitoral, de mudança da gestão estadual, também influenciou o acesso a informações no âmbito estadual e regional, com justificativa apoiada em falas que caracterizaram o momento como “*muito difícil, complicado*” e o fornecimento de dados/informações apenas poderia ocorrer mediante autorização da chefia superior.

No geral, a experiência durante o processo de exploração e imersão nos campos estudados, revelou elementos semelhantes e diferenças entre as duas realidades, importantes de serem sinalizados. A semelhança diz respeito à dificuldade para acesso aos gestores municipais das capitais dos respectivos estados. As diferenças referem-se aos seguintes aspectos: - preparo e receptividade institucional à pesquisadora bastante acentuado na SESA-CE, tanto no nível central quanto regional; - facilidade de obtenção de documentos institucionais históricos em coordenadoria específica para as instâncias regionais no CE e em outros setores da SESA-CE; - influências do processo eleitoral no cotidiano institucional, muito mais evidente na Bahia, alterando agendamentos prévios e bastante frequente nas falas das pessoas.

Fontes de evidências

Um ponto forte da coleta de dados dos estudos de caso é o uso de múltiplas fontes de evidências, permitindo ao investigador abordar uma variação maior de aspectos históricos e comportamentais, cuja vantagem mais importante é o desenvolvimento de linhas convergentes

de investigação, num processo de triangulação e corroboração confluentes para resultados mais acurados e consistentes (YIN, 2010).

A partir de tal perspectiva, a coleta do material empírico contemplou a combinação de múltiplas fontes de informação, visando um percurso corroborativo e de triangulação dos dados. Além da busca em sistemas de informação, houve a combinação da análise documental com entrevista em profundidade e observação direta, com registro em diário de campo. A produção de dados ocorreu mediante as seguintes etapas e técnicas, que embora estejam descritas sequencialmente, não foram operacionalizadas nesta ordem sequencial. Em alguns momentos, foram desenvolvidas paralelamente.

- Entrevistas com representantes dos Conselhos Estaduais de Saúde, apoiadores do Ministério da Saúde; gestores municipais, regionais e estaduais;
- Observação direta de reuniões das CIR, das CIB, dos Conselhos Estaduais de Saúde, dos COSEMS, dentre outras;
- Análise documental (atas de reuniões das CIR, portarias, regimentos, resoluções, dentre outros documentos institucionais);
- Análise de indicadores - busca de dados nos sítios eletrônicos do IBGE e do DATASUS para caracterização das especificidades das regiões metropolitanas estudadas.

As entrevistas são fontes essenciais de informação para os estudos de caso, devem ser conduzidas como conversas guiadas em que os entrevistados podem sugerir informantes-chave, os quais são considerados fundamentais para o sucesso de um estudo de caso, por propiciar insights ao pesquisador e acesso a fontes corroborantes ou opostas às evidências (YIN, 2010). Neste sentido, após início do trabalho de campo, os próprios entrevistados indicaram informantes-chave para a pesquisa, alterando o proposto inicialmente, que era entrevistar apenas os gestores integrantes das CIR.

Segundo Gaskell (2003), a entrevista é muito útil pois oferece a compreensão em profundidade e informação contextual valiosa para ajudar a explicar achados específicos, porém apresenta alguns limites como a omissão de detalhes importantes pelo entrevistado. Ademais, está sujeita a problemas como parcialidade, má lembrança e articulação pobre ou inexata, por isso as informações da entrevista devem ser corroboradas com outras fontes (YIN, 2010). Sendo assim, combinamos a referida técnica com a observação participante, na qual o pesquisador está aberto a uma maior amplitude e profundidade de informação e é capaz

de triangular diferentes impressões e observações, conferindo discrepâncias emergentes no decurso do trabalho de campo (GASKELL, 2003).

Na Bahia, as entrevistas e observações ocorreram tanto em 2014 (julho e dezembro), quanto em 2015 (janeiro a setembro), com inserção em campo durante o período de transição entre as diferentes gestões estaduais. No Ceará, toda a coleta de dados ocorreu em 2014 (julho a novembro), na mesma gestão estadual.

As **entrevistas** (classificadas no quadro II) sempre ocorreram no local escolhido pelo entrevistado, após assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido. No Ceará, todas as entrevistas foram realizadas no local de trabalho dos entrevistados, seja nas secretarias municipais, SESA e CRES. Na Bahia, quatro entrevistas ocorreram no ISC-UFBA, duas na residência dos entrevistados, uma em livraria e as demais no local de trabalho – secretarias municipais, SESAB e DIRES/NRS.

A maioria das entrevistas foi realizada em um único momento, mas quatro entrevistas (uma no CE e três na BA) foram realizadas em duas partes e uma realizada em três partes (no CE), tendo em vista a necessidade de interrupção dos(as) entrevistados(as) para atendimento de outras demandas. Uma das entrevistas, no Ceará, ocorreu com a participação conjunta de técnica e de coordenação do setor, tendo em vista solicitação dos mesmos.

No total, foram realizadas 42 entrevistas com 35 participantes, sendo que na Região Metropolitana de Salvador - 1ª região de saúde, não ocorreram as entrevistas apenas dos gestores municipais de Santo Amaro, São Francisco do Conde e Vera Cruz. A maior entrevista durou duas horas, quinze minutos e quatro segundos (02 h 15 min 04 seg) e a menor durou vinte e seis minutos e cinquenta e seis segundos (26 min 56 seg), realizadas, respectivamente, na Bahia e no Ceará. Ver roteiro de entrevista no apêndice A.

Conforme explicitado anteriormente, nas duas realidades, de início, foi prevista a **observação direta** apenas em reuniões da CIR (roteiro no apêndice B). Contudo, ocorreu a participação em diversas reuniões (quadro 3) importantes e reveladoras do processo de gestão do SUS nos dois estados, particularmente nas regiões selecionadas. Entre julho de 2014 e setembro de 2015, houve observação de vinte e seis (26) reuniões, sendo quinze (15) na Bahia e onze (11) no Ceará.

Quadro 2- Classificação das entrevistas realizadas nos Estados da Bahia e do Ceará

Cenário estadual/metropolitano	Instância municipal	Instância estadual – nível central	Instância estadual – nível regional	Instância federal no estado	Outros atores	Total
Ceará - Região Metropolitana de Fortaleza	04 secretários municipais de saúde, incluindo presidente do COSEMS-CE	05 técnicos/coordenadores do nível central da SESA (ASPLAG, COPAS, CORES, Consórcios) 01 gestor adjunto	01 membro da coordenação 01 técnica	Negativa	01 membro da coordenação da ESP 01 membro da assessoria do CESAU	14
Bahia - Região Metropolitana de Salvador	07 secretários municipais de saúde 01 membro da diretoria do COSEMS-BA	02 técnicas do nível central da SESAB (COPE, ASSESSORIA) 01 gestor adjunto	02 membros (01 ex-diretor DIRES; 01 coordenador do NRS) 02 técnicos	01 Apoiador do MS	02 ex-integrantes da DIPRO 01 ex-secretário estadual de saúde 01 ex-superintendente 01 membro do CES	21
Total	12	09	06	01	07	35

As reuniões da CIR, no caso do Ceará, ocorrem conjuntamente entre os municípios da 1ª (Fortaleza) e 22ª (Cascavel) regiões de saúde, ambas sob responsabilidade da 1ª CRES (Coordenadoria Regional de Saúde), e são compostas, ao todo, por 11 municípios, dos quais dois (Beberibe e Ocara) não fazem parte da Região Metropolitana de Fortaleza.

No caso da Bahia, as reuniões da CIR ocorrem separadamente entre os municípios da 1ª (Salvador) e 2ª (Camaçari) regiões de saúde, dos quais, três (Conde, Santo Amaro e Saubara) não fazem parte da Região Metropolitana de Salvador, mas todos estão no território de atuação da 1ª DIRES (Diretoria Regional de Saúde), que, em dezembro de 2014, foi

extinta através da lei 13.204/2014¹² e substituída pelo **1º NRS (Núcleo Regional de Saúde Leste)**. Este passou a ser responsável por mais três regiões de saúde (Cruz das Almas, Santo Antônio de Jesus e Amargosa), além das regiões de Camaçari e Salvador, perfazendo um total de cinco regiões de saúde sob sua responsabilidade.

Quadro 3 – Reuniões observadas nos estados da Bahia e do Ceará

REUNIÕES	BAHIA	CEARÁ	TOTAL
Comissão Intergestores Regional	03 (04/07/14; 06/03/15; 17/04/15)	03 (14/08/14; 11/09/14; 03/11/14)	06
Conselho Estadual de Saúde	05 (29/01/15; 26/02/15; 12 e 13/08/2015; 10/09/2015)	02 (11/08/14; 08/09/14)	07
Reunião entre níveis regional e central da gestão estadual	----	02 (CORES e CRES) (28/08/14; 18/11/14)	02
Reunião ampliada do COSEMS	03 (04/12/2014; 19/03/15; 23/04/15)	02 (29/08/14; 21/11/14)	05
Comissão Intergestores Bipartite	04 (17/07/14; 04/12/2014; 19/03/15; 23/04/15)	02 (29/08/14, 21/11/2014)	06
Total	15	11	26

Inicialmente estavam previstas a análise apenas das regiões de saúde das capitais, contudo diante de tais aspectos identificados em campo, bem como da viabilidade da coleta de dados, decidiu-se manter as entrevistas com secretários(as) municipais de saúde, apenas das regiões de saúde das capitais, e realizar a análise documental das atas e regimentos das CIR das quatro regiões de saúde pertencentes às Regiões Metropolitanas estudadas.

A **análise documental**, de acordo com Silva, Almeida e Guindani (2009), propõe-se a produzir ou reelaborar conhecimentos e criar novas formas de compreender os fenômenos. É necessário que os fatos sejam mencionados, pois constituem os objetos da pesquisa, mas, por si mesmos, não explicam nada. O investigador deve interpretá-los, sintetizar as informações, determinar tendências e, na medida do possível, fazer a inferência. Os documentos são relevantes para o estudo de caso no sentido de corroborar e aumentar a evidência de outras fontes, além de proporcionar outros detalhes específicos, contudo devem ser usados

¹² Lei nº 13.204, de 11 de dezembro de 2014, modifica a estrutura organizacional da Administração Pública do Poder Executivo Estadual e dá outras providências. Disponível em <http://www.secti.ba.gov.br/arquivos/File/DECRETOS_E_LEIS/LEI13204.pdf>.

cuidadosamente tendo em vista que não são sempre precisos, podem apresentar parcialidades e informações que foram deliberadamente editadas (YIN, 2010).

A **análise** incluiu os documentos descritos no quadro 4, buscando sintetizar a organização e o funcionamento da CIR, bem como informações que subsidiassem a análise de como o processo de regionalização e a gestão regional foi enfocada, institucionalmente, no decorrer dos diferentes momentos de organização do sistema estadual de saúde. Inicialmente, foi realizada uma primeira leitura flutuante, destacando os pontos de maior relevância para o objeto estudado. Em seguida, houve segunda leitura com realização de observações escritas e codificação, possibilitando conexões com o conteúdo de outros documentos, entrevistas, observações ou referencial teórico. No caso da análise dos regimentos internos, das atas e das observações das reuniões da CIR, foram utilizadas matrizes (apêndices C, D, E) para síntese e consolidação de informações.

Quadro 4 – Documentos dos Estados da Bahia e do Ceará

ESTADO	DOCUMENTO	FONTE DE OBTENÇÃO
BAHIA	Regimentos Internos das Comissões Intergestores Regionais da Bahia (2013 e 2015)	Site da CIB – BA ¹³
	Atas de reuniões da Comissão Intergestores Regional de Salvador	Observatório Baiano de Regionalização ¹⁴
	Atas de reuniões da Comissão Intergestores Regional de Camaçari	Observatório Baiano de Regionalização
CEARÁ	Regimento Interno das Comissões Intergestores Regionais do Ceará (2014)	Secretaria executiva da CIB – CE
	Regimento Interno das Comissões Intergestores Bipartite Microrregionais do Ceará (1997, 2008)	Secretaria executiva da CIB – CE
	Atas de reuniões da Comissão Intergestores Regional de Fortaleza	CRES – secretaria executiva da CIR
	Atas de reuniões da Comissão Intergestores Regional de Cascavel	CRES – secretaria executiva da CIR
	Documentos institucionais sobre o histórico dos sistemas microrregionais de saúde	CORES – SESA
	Edital para o processo de seleção pública para o provimento dos cargos em comissão de coordenador regional de saúde; assessor técnico e assistente técnico das coordenadorias regionais de saúde (2015)	Site institucional Escola de Saúde Pública - CE ¹⁵

¹³<http://www.saude.ba.gov.br/portalcib/index.php?option=com_content&view=article&id=364&catid=68&Itemid=184>

¹⁴<<http://www1.saude.ba.gov.br/obr/>>

¹⁵< http://www.esp.ce.gov.br/index.php?option=com_content&view=article&id=3676&Itemid=276>

Destaca-se que a análise das atas corresponde ao período de 2012 - 2014, tendo em vista que o decreto 7508, que cria as CIR, é de dezembro de 2011. No Ceará, as atas e resoluções foram obtidas através de pastas digitais, separadas por ano, contendo os arquivos mensais, fornecidos pela secretaria executiva da CIR, sediada na 1ª CRES. Na Bahia, as atas e registros dos anos de 2012 – 2014 foram obtidos através do site do Observatório Baiano de Regionalização, acessados em 2014. Em maio de 2015, ao buscar mais informações referentes a 2012 e a anos anteriores, identificamos a inexistência de registros referentes às reuniões do CGMR, as quais não estavam presentes no site. Ao realizar contato com secretaria executiva e membros da CIR-SSA, foi relatada a inexistência desses dados, contudo, em 2014, o registro de tais reuniões encontrava-se no site, mas, por algum motivo, foi retirado e tais informações não estavam disponíveis a partir de 2015. Esta constatação foi confirmada por um dos entrevistados.

4.3 Análise dos dados

Todo o processo de articulação teórica-empírica foi balizado pelo plano de análise, explicitado em matriz (apêndice F) que apresenta as categorias analíticas, as unidades de análise e os descritores do estudo. Segundo Testa (1995) as categorias analíticas expressam uma abstração da realidade e as categorias operacionais são definidas sobre a própria realidade. Inicialmente tais categorias foram delineadas a partir dos objetivos do estudo e dos autores que sustentam o quadro teórico do mesmo; posteriormente foram aperfeiçoadas após a imersão em campo e início do movimento analítico. Este processo requer um esforço de objetivação, no qual:

Devemos tentar definir com mais precisão o objeto desta parte do trabalho empreendido, motivo pelo qual começaremos por examinar alguns dos aspectos que compõem esse objeto (TESTA, 1995, p. 44).

A análise da gestão regional, neste trabalho, direciona o foco para o processo de tomada de decisão, tensionado pela ação e dinâmica de interação entre os gestores. Tais decisões, permeadas pelo duplo eixo ação-relação, configuram-se como um processo político influenciado pelas diferentes concepções político-ideológicas acerca da regionalização, bem como pelo histórico da realidade regional e estadual na qual vem sendo implementado o processo de regionalização.

Considerando os objetivos e o referencial teórico, elegemos as categorias analíticas centrais do estudo. Como parte do esforço teórico-metodológico, apresentamos aqui a definição das categorias elencadas, as quais certamente são relacionadas/implicadas entre si, porém estão delimitadas separadamente para fins didático-operacionais, guiando a condução do plano de análise dos dados. A definição conceitual das mesmas alicerça-se em Testa (1992; 1995) e Habermas (1987; 1990).

- **Formas organizativas** (TESTA, 1995): O exercício do poder em uma dinâmica organizacional se realiza através de suas formas organizativas que consistem em um espaço - onde se exerce esse poder; em certos procedimentos - para transmissão da ordem; e em uma conexão emissor-receptor - relação que se estabelece entre os atores, podendo ser unidirecional ou bidirecional, havendo possibilidade de constituir-se no diálogo.
- **Racionalidades da ação estratégica e da ação comunicativa**: A ação teleológica é guiada para realização de um propósito, tornando-se ação estratégica quando o ator volta-se para seu êxito, com obtenção de determinado fim, orientando-se e influenciando sobre as decisões de outros atores. A ação comunicativa refere-se à interação entre pelo menos dois atores que estabelecem uma relação interpessoal e buscam o entendimento sobre uma situação para coordenar, de comum acordo, seus planos e ações, chegando ao consenso por meio de negociação (HABERMAS, 1987; HABERMAS 1990).
- **Tipologia de poder** (TESTA, 1992; TESTA, 1995): Delimitação dos principais tipos de poder no setor saúde
 - **Poder político** - capacidade de mobilização e de defesa de interesses dos diversos grupos interessados no setor. Essa capacidade depende do saber, advindo da experiência e do conhecimento científico, e de uma prática que impacta os atores, mobilizados e mobilizadores;
 - **Poder técnico** – tipos de informação que circulam em diferentes âmbitos, sendo que uma das questões importantes refere-se à geração, processamento e uso da informação;
 - **Poder administrativo** – capacidade de manipulação de recursos, sintetizado através das formas de financiamento, elemento central organizador dos diversos subsetores do setor saúde, sendo fundamental nos deslocamentos de poder dentro do referido setor.

Tais categorias, explícitas e mais discutidas no quadro teórico-conceitual do estudo, alicerçam a nossa análise da gestão regional do SUS, com foco na organização e funcionamento da Comissão Intergestores Regional, nas relações intergestores e nas assimetrias de poder entre os entes federativos, considerando as diferentes formas organizativas e distintas gradações de formalidade e informalidade, transparência e opacidade, legitimidade e credibilidade (TESTA, 1995), a depender do caso analisado. É relevante destacar que assumimos a primazia do referencial de Mário Testa na delimitação teórico-metodológica deste estudo e acionamos elementos do referencial de Habermas, especificamente, para a problematização do consenso e do diálogo nas relações intergestores, tão propagados no âmbito normativo da política de regionalização e das instâncias intergestores do SUS.

A análise dos dados baseia-se na análise de conteúdo que, segundo Bauer (2003), é um método de análise de texto desenvolvido dentro das ciências sociais empíricas no qual considerável atenção é dada aos tipos, qualidades e distinções no texto, antes que qualquer quantificação seja feita. Para este autor, a validade desta técnica deve ser julgada em termos de sua congruência com a teoria do pesquisador, à luz do seu objeto de pesquisa. Outrossim, buscamos o encontro/articulação das evidências empíricas com os aspectos teóricos entendendo que, conforme Minayo (2000), esses textos têm uma significação particular e um papel revelador do todo. A operacionalização da análise do material empírico foi efetivada em fases distintas, mas complementares, descritas a seguir:

1ª – Organização preliminar do material empírico

Após participação em reuniões, visitas ou atividades, houve o registro em diário de campo, descrevendo a experiência e as impressões da pesquisadora ao longo do dia. As entrevistas foram codificadas por ordem cronológica (E1, E2, ...), à medida que eram realizadas, separadas em pastas digitais por estado e encaminhadas para transcrição por profissionais específicos para esta atividade.

Paralelamente ao momento da coleta de dados, à medida que ocorria a imersão em campo, através das entrevistas, reuniões, observação e registro no diário de campo, realizávamos a classificação preliminar de evidências empíricas, agrupando-as em **eixos analíticos** (apêndice G), definidos a partir dos elementos advindos do próprio campo. Esta organização preliminar dos eixos analíticos, por Região Metropolitana e fontes de verificação, alicerçaram as sínteses comparativas, apresentadas ao final dos capítulos relativos aos resultados do estudo.

2ª - Classificação do material empírico

Processo de revisão das transcrições, realizado pela pesquisadora, no sentido de corrigir possíveis distorções, bem como proceder a escuta e a leitura exaustiva do material obtido para imergir nas falas dos entrevistados. Procedemos à tríade escuta, leitura e releitura do material empírico para marcação dos fragmentos do texto, que descreviam ou se referiam a conteúdos relevantes para as categorias prévias. Este momento, conforme Minayo (2000), permitiu a apreensão das idéias centrais que os entrevistados tentaram transmitir e os momentos chaves sobre o tema, ajudando a pesquisadora a identificar as evidências empíricas emergentes dos dados e a confrontá-las com as categorias analíticas, balizas da investigação, buscando relações entre ambas.

3ª – Codificação e relação transversal comparativa

Após destacar os pontos de maior relevância das entrevistas, eles foram codificados e agrupados por categorias e subcategorias em uma matriz (apêndice H), de modo a configurar o processo classificatório e analítico sempre considerando a lógica comparativa das duas realidades estaduais e metropolitanas, a partir dos atores estaduais, municipais, regionais e federal. Buscamos refazer e refinar o movimento classificatório, de modo que as múltiplas gavetas fossem reagrupadas em torno de categorias centrais, concatenando-as numa lógica unificadora. (MINAYO, 2000, p.236) Em seguida, houve o aprofundamento da análise, numa relação/leitura transversal comparativa entre os diversos dados das entrevistas, das observações e da análise documental definindo as convergências e divergências identificadas entre os gestores e os cenários analisados. A partir de então, construímos a narrativa com os resultados do trabalho.

4ª – Interpretação dos dados

Numa etapa seguinte, tentamos aprofundar o movimento interpretativo, através de articulações entre os dados empíricos e a fundamentação teórica, realizando o que Minayo (2000) chama de verdadeiro movimento dialético incessante, que se eleva do empírico para o teórico e vice-versa, que dança entre o concreto e o abstrato, entre o particular e o geral.

4.4 Aspectos éticos

A presente pesquisa foi implementada com estrita observância aos princípios éticos explicitados pela resolução 466/2012 (BRASIL, 2012), o respeito à autonomia, a beneficência, a não maleficência, a justiça e a equidade.

Compromete-se com a confidencialidade, sigilo e respeito à privacidade dos participantes envolvidos na coleta de dados, assim, as pessoas não serão identificadas em nenhuma circunstância. Para a elaboração da tese, o uso de trechos das falas dos participantes está explicitado mediante identificação através de numeração correspondente à ordem cronológica em que foram realizadas e aos estados (E1-BA, E2-CE e assim por diante). Posteriormente, quaisquer publicações resultantes dessa pesquisa também serão submetidas aos cuidados éticos necessários.

As informações a serem coletadas serão utilizadas apenas para objetivos acadêmicos, resguardando a individualidade e identidade das pessoas, evitando dano ou constrangimento a todos os envolvidos na pesquisa. Manifesta-se também, o compromisso com a transcrição fidedigna da narrativa dos sujeitos, opondo-se a qualquer distorção do conteúdo das mesmas.

Antes de iniciar o processo de coleta dos dados, todos os(as) convidados(as) foram comunicados(as) quanto ao tipo e à finalidade da pesquisa, sendo efetuados os esclarecimentos necessários. Os(as) convidados(as) apenas foram envolvidos(as) nesta pesquisa mediante concordância em contribuir para este trabalho, após leitura, compreensão e assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido - TCLE (apêndice I).

Ao entrar em contato, mediante e-mail explicitando o convite para colaborar com a pesquisa, o TCLE e o parecer consubstanciado do Comitê de Ética em Pesquisa eram enviados, para leitura prévia e conhecimento da pesquisa pelos convidados. Posteriormente, no encontro presencial, esses documentos eram entregues em duas cópias, para assinatura do(a) entrevistado(a) e da pesquisadora, ficando uma via com cada.

Ressalta-se que, para obtenção do consentimento não foi desenvolvida qualquer forma de persuasão, sendo garantida a liberdade da recusa de participar da pesquisa em qualquer fase do processo, sem prejuízo nem penalização.

Destaca-se que, antes de iniciar o processo de coleta de dados, o projeto de pesquisa foi submetido à apreciação do Comitê de Ética em Pesquisa do ISC/UFBA, sendo aprovado com parecer de número 690.815.

5 ELEMENTOS HISTÓRICOS ESTADUAIS E ESPECIFICIDADES METROPOLITANAS

Trata-se de um procedimento regressivo que partindo do presente, retorna ao passado para descobrir o processo que permitiu ao presente ser o que é. Também é necessário outro procedimento progressivo e complementar, que partindo do passado, retorna ao presente. (GODELIER, 1989, p. 365).

Cientes da diferença entre história e episódio histórico¹⁶ (Testa, 1995) sabemos que não aprofundamos a historicidade e os elementos políticos da construção do sistema de saúde na Bahia e no Ceará, nem houve a intenção de fazê-lo. Essa digressão histórica, que se inicia neste capítulo e perpassa transversalmente outros capítulos deste trabalho, apresenta-nos algumas singularidades da trajetória da Bahia e do Ceará, no sentido de contribuir para melhor análise da configuração da gestão regional do SUS nos respectivos estados.

Como parte desse percurso analítico comparado, enfocaremos a seguir, aspectos históricos, nos dois estados, vinculados ao desenvolvimento da Reforma Sanitária, ao processo de regionalização e aos antecedentes das Comissões Intergestoras Regionais (CIR). Por fim, enfocamos as especificidades acerca das Regiões Metropolitanas estudadas.

5.1 Reforma Sanitária na Bahia e no Ceará e a inserção do Movimento Sanitário no âmbito institucional das secretarias estaduais

A Reforma Sanitária Brasileira configurou-se como um marco fundamental no processo de redemocratização do país e na construção do Sistema Único de Saúde, cuja bandeira de princípios também previa a regionalização dos serviços de saúde. Desse modo, inicialmente, apresentamos um panorama de fatos ilustrando a construção do SUS nos estados da Bahia e do Ceará e a inserção do Movimento Sanitário no âmbito institucional das secretarias estaduais de saúde.

Não intentamos uma análise detalhada do desenvolvimento da Reforma Sanitária no Brasil e nos referidos estados, como realizado por outros autores (PAIM, 2008; ABU-EL-HAJ, 1999; MOLESINI, 2011), nem aprofundar a análise das diferentes conjunturas governamentais, político-partidárias, instauradas nos dois estados (PARENTE e ARRUDA,

¹⁶ Episódio histórico, conforme Testa (1995), é uma abstração despojada de suas múltiplas determinações, sendo submetido a uma única determinação que é a circunstância que põe em marcha o episódio. Esta abstração des-historiza a história, transforma-a em simples sequência de fatos (TESTA, 1995).

2002; DANTAS NETO, 2006; ÁVILA, 2013). Trata-se do esforço de apresentá-las sinteticamente, correlacionando com as diferentes trajetórias estaduais e os possíveis desdobramentos para o processo de regionalização e configuração das instâncias intergestoras regionais do SUS na Bahia e no Ceará.

A condução da política brasileira, especialmente na região Nordeste durante as décadas de 40 a 60, foi predominada pelo coronelismo¹⁷ e pelos chefes políticos.¹⁸ Na década de 70, instaura-se o neo-coronelismo.¹⁹ Neste cenário, durante a ditadura militar, a política baiana foi dominada pelo grupo vinculado ao Carlismo²⁰ e a política cearense por três coronéis²¹.

Em meados da década de 80, houve a mudança da correlação de forças a nível estadual, ocorrida com as eleições de 1986 para os governos dos estados e foram criados os Sistemas Unificados e Descentralizados de Saúde (SUDS) em todos os estados da federação (TEIXEIRA et al, 1993). Este momento pode ser considerado uma ruptura, tendo em vista a eleição de Waldir Pires, na Bahia, e de Tasso Jereissati, no Ceará, ambos governadores eleitos pelo PMDB com slogans vinculados à mudança, tendo em vista grupos contrários aos que estavam no poder estadual.²² Esta semelhante situação tem peculiaridades locais e contradições,^{23, 24} mas o pretenso processo de mudanças, assumiu distintas trajetórias de (des)continuidades nos dois estados, impactando no desenvolvimento da regionalização.

¹⁷ Expressão específica da política tradicional brasileira, até década de 30, mas revigorada como marca política de regiões consideradas atrasadas, sobretudo o Nordeste; *“marca-estigma da nordestinidade política.”* (CARVALHO, 2002, p.9).

¹⁸ Sistema político estadual não deriva de instituições formais (partidos ou diretórios), mas do funcionamento de grupos políticos articulados em torno da autoridade e prestígio de um chefe. Este, não necessariamente ocupa postos ou cargos no governo, mas é quem *“exerce o comando sobre o eleitorado na condição de dono de votos, garantindo a eleição de seus candidatos.”*(CARVALHO, 2002, p.13).

¹⁹ Produção acadêmica da década de 70 destaca este termo como *“resultante da expansão dos recursos públicos que, formalmente destinados ao desenvolvimento regional, realimentariam, de fato, o clientelismo político.”* (CARVALHO, 2002, p.12).

²⁰ O Carlismo expressa não apenas um grupo político ligado ao político Antonio Carlos Magalhães, mas um modo de fazer política que é definido como a *“versão baiana da modernização conservadora brasileira, isto é, a versão baiana de um mix de modernização econômica e conservadorismo político que, embora com variações de estilo e nas suas bases sociais, foi uma fórmula hegemônica na maior parte da história republicana brasileira, sob diferentes regimes políticos.”* (DANTAS NETO, 2010, p. 252).

²¹ Os três coronéis/chefes políticos Virgílio Távora, Cesar Cals e Aduino Bezerra tinham um pacto de revezamento no governo estadual, com origens e características distintas, eles partilhavam união na cúpula, mas divisão na base (CARVALHO, 2002).

²² Na Bahia, o governador era João Durval Carneiro e no Ceará, era Luiz Gonzaga Mota, ambos do PDS.

²³ Carvalho (2002) revela o fim do pacto dos coronéis no Ceará, representado pela encenação de grande batalha entre forças políticas tradicionais e forças salvadoras da modernidade política, encarnadas na figura do *“empresário moderno.”* O início da Era Jereissati com os *“Governos das Mudanças”* - 12 anos de grupo político liderado por Tasso Jereissati, caracterizados por mudança da administração pública cearense, com vistas a favorecer projeto de desenvolvimento econômico de longo prazo X acomodação com a velha política tradicional (BONFIM, 2002).

²⁴ Apesar das expectativas e esperanças das oposições num governo de perfil ideológico diferente do anterior, este foi um período de breve ruptura entre os governos do grupo carlista na Bahia. Após renúncia de Waldir Pires para concorrer à eleição presidencial com Ulisses Guimarães, o vice-governador Nilo Coelho (recém ingressado no PMDB e ex-prefeito pelo PDS, ligado ao carlismo) conduz uma gestão com características

As realizações fiscais e administrativas no Ceará, aliadas ao sucesso na reversão dos indicadores de saúde, representam um dilema para estudiosos das políticas públicas, pois embora o grupo político no poder fosse composto por empresários, as ações centraram-se no melhoramento do desempenho do setor público; com o ajuste financeiro e o aumento da eficiência do setor público de saúde expandiram a intervenção do Estado e sua capacidade reguladora (ABU-EL-HAJ, 1999). Dentre os fatos contraditórios observados na política de saúde do Ceará, no período pós 1987, sinaliza-se um governo dirigido por empresários expandir o alcance das políticas sociais e os pilares do movimento sanitário brasileiro transformarem-se em política oficial de saúde, conforme descrito pelo autor:

*A aliança política firmada entre os sanitaristas de propensão ideológica socialista e um grupo empresarial defensor da economia de mercado torna este episódio mais curioso ainda. A partir de 1987, o movimento sanitário assume a direção da política de saúde do Ceará e se engaja para transformar o padrão de intervenção institucional. Numa década, o Ceará se transformou na vanguarda da implantação do SUS. Fatos marcantes deste caso estão na **continuidade do comando político e na persistência em relação à implementação do projeto sanitário**, acontecimentos raros ... Embora cada secretário tenha marcado sua administração com políticas específicas, em todas estas instâncias **os princípios da reforma sanitária permaneceram como a referência básica de todas as ações públicas** (ABU-EL-HAJ, 1999, p29).”*

Na Bahia, o cenário apresentou-se de forma diferente. Análises de Molesini (2011) e Ávila (2013) revelam que, após 1987, inicialmente a direção da Secretaria da Saúde do Estado da Bahia (SESAB) foi conduzida por militantes da Reforma Sanitária que imprimiram mudanças relevantes na perspectiva da construção do SUS, mas após renúncia de Waldir Pires²⁵, há mudança da equipe gestora da SESAB e a nova equipe não consegue dar continuidade às ações anteriores. A adversidade estadual para mudanças na direção da Reforma Sanitária são descritas por Paim (2002):

*“O apoio ao projeto da Reforma Sanitária manifestado pelo governador Waldir Pires, porém ignorado solenemente pelo governo como um todo e pela bancada do PMDB na Assembléia Legislativa, cedia espaço, também na Bahia, para os inimigos da democracia na saúde. A renúncia do Governador Waldir Pires em maio de 1989 configurava, concretamente, **um cenário político impermeável ao projeto da Reforma Sanitária** (PAIM, 2002, p103).”*

diferentes do fortalecimento democrático e das mudanças pretendidas no estado, possibilitando nova ascensão política do grupo carlista ao governo estadual (ÁVILA, 2013).

²⁵ Não concluiu o mandato devido candidatura à vice-presidência da república, sendo substituído por Nilo Coelho em maio de 1989.

A pouca permeabilidade ao projeto da Reforma Sanitária no cenário baiano e a absorção no cenário cearense, podem ser relacionadas, também, com a maneira como tais princípios penetraram na plataforma dos candidatos a governador. No Ceará, o Movimento Pró-Mudanças aglutinava intelectuais, funcionários públicos e partidos de oposição para articular um projeto de reformas políticas e sociais, sendo composto por um comitê de saúde que reuniu os mais expressivos defensores da Reforma Sanitária no estado, de onde, posteriormente, saíram os secretários estaduais de saúde e os técnicos responsáveis pelas mudanças políticas (ABU-EL-HAJ, 1999).

No caso da Bahia, Paim (2002) assinala que, na coligação partidária que elegeu Waldir Pires, não havia claramente um projeto político para a saúde circulando entre os partidos. Na verdade, o discurso do candidato priorizava a educação e a participação democrática, sendo que os ideais da Reforma Sanitária foram incorporados posteriormente nos seus pronunciamentos e na sua proposta de governo, tendo por base o programa de saúde formulado pelo comitê do candidato a deputado estadual Luiz Humberto, uma das lideranças do movimento sanitário na Bahia que, posteriormente, se tornou secretário de saúde entre 1987-1989 (PAIM, 2002).

Dentre as falas dos entrevistados no Ceará, tal como assinalado no trabalho de Abu-El-Haj (1999), identifica-se a ênfase no perfil dos secretários estaduais de saúde, tendo em mira a trajetória no SUS e o histórico relacionado ao Movimento Sanitário.

Nós temos tido a felicidade de termos tido GRANDES (fala com ênfase) secretários, assim, vem um, sai, aí vem outro que se sobrepõe, que traz um know-how, uma expertise. São médicos, são sanitaristas, são pessoas muito envolvidas com o COSEMS, com o CONASS, com as discussões da política pública do SUS. Isso é muito forte! E12-CE

É porque não houve rupturas nesse período de trinta anos. O movimento sanitário no Ceará conseguiu emplacar todos os secretários. Pronto, a resposta é essa, que não houve ruptura de políticas. Houve continuidade de políticas. Mesmo político-partidárias. Na verdade, a grande corrente que predominou foi o PSDB, e os Ferreira Gomes, de certo modo, são filhos políticos do PSDB, o Doutor Lúcio também. Então, houve, de certo modo, uma continuidade de gestão... E05-CE

Além do perfil dos secretários estaduais de saúde, também é relevante destacar, conforme um dos entrevistados acima, que, desde 1987, houve a permanência de conjunturas estaduais com semelhante alinhamento político-ideológico no Ceará, mesmo com o rompimento partidário. Os irmãos Ciro e Cid Gomes (denominados como os “Ferreira Gomes”), embora tenham vencido a eleição de 2006 em partido político contrário ao partido

de Tasso Jereissati e mantenham-se, atualmente, como grupos de oposição, mas reconhecidamente têm uma matriz política comum, tal como revela Bonfim (2002).

Na Bahia, identificamos uma situação contrária, tendo em vista princípios político-ideológicos opostos dos grupos que governaram o estado nas diferentes conjunturas partidárias: o grupo ligado ao Carlismo e os grupos ligados a Waldir Pires e a Jacques Wagner. Contudo, uma peculiaridade identificada é que mesmo em conjunturas partidárias semelhantes, como a sucessão do governador Jacques Wagner por Rui Costa, ambos do PT, nas eleições de 2014, foi desencadeada uma modificação nas bases condutoras da secretaria de saúde do estado, com total descontinuidade da gestão, inclusive sem participação de técnicos na equipe de transição do governo sucessor, conforme evidenciado no relato a seguir:

*...Assim, foi o governador que elegeu seu sucessor. Nessa linha, ótimo, tá correto. Só que a linha de visão do governador eleito não é a mesma do governador que saiu. Aí que tá a diferença. Os pensadores da saúde para o governador Rui Costa não são os pensadores da saúde para o governador Wagner. Não são! ... Não fez parte da equipe de transição... Ocorre que na hora de montar a equipe, o governador não discutiu com ninguém, decidiu quem seria e nada de ouvir, **nada de implementar aquilo que foi discutido, que foi comprometido.** ... “Ah, é o mesmo governo!” Não é! Não é! A gente precisa pegar a história e ver quem estava na gestão Solla... Quem eram os componentes da equipe dele? ... Então assim: pega o histórico dessas pessoas, faça uma avaliação. Qual foi, como é que foi a vida dessas pessoas em relação à saúde? E faça uma comparação com o que tem hoje. **Qualquer pessoa observador vai ver que uma coisa não tem nada a ver com a outra...** Não é a mesma linha de pensamento... Eu sei como é que as coisas caminharam. E sei quando deixou de caminhar... **A gestão anterior viabilizou esta, mas esta não segue a linha da anterior. E32-BA***

Ao verificar o quadro 5, contendo os governadores eleitos e respectivos secretários que assumiram a gestão estadual da saúde, constatamos convergência com os relatos acima no que se refere às conjunturas governamentais nos dois estados, bem como ao perfil e relação dos secretários com o SUS e o Movimento da Reforma Sanitária.

**Quadro 5 - Governadores eleitos¹ e secretários estaduais de saúde²
na Bahia e no Ceará, entre 1987 e 2015**

ANO	BAHIA			CEARÁ		
	Governador	Partido / coligação	Secretários estaduais de saúde	Governador	Partido / coligação	Secretários estaduais de saúde
1986	Waldir Pires	PMDB	-Luís Humberto -Herval Pina Ribeiro	Tasso Jereissati	PMDB	-Antonio Carlile Lavour -Marco Antonio Penaforte -Cesar Augusto Lima Forti
1990	Antonio Carlos Magalhães	PFL	-Otto Alencar -Jardivaldo Batista	Ciro Gomes	PSDB	-Lúcio Alcântara -Anamaria Cavalcante Silva
1994	Paulo Souto	PFL	-José Maria de Magalhães Neto	Tasso Jereissati	PSDB	-Anastácio Queiroz Souza
1998	César Borges	PFL/ PPB/ PMDB/ PST/ PL/ PRN/ PT do B/ PSC/ PTB	-José Maria de Magalhães Neto - Raymundo Perazzo Ferreira	Tasso Jereissati	PSDB/ PPB / PPS / PTB / PSD	-Anastácio Queiroz Souza
2002	Paulo Souto	PFL / PPB / PTB / PTN / PST	-José Antonio Rodrigues Alves	Lúcio Alcântara	PSDB / PPB / PSD / PV	-Jurandi Frutuoso
2006	Jacques Wagner	PT / PMDB / PC do B / PSB / PPS / PV / PTB / PMN / PRB	-Jorge Solla	Cid Gomes	PSB / PT / PC do B/ PMDB / PRB / PP / PHS / PMN / PV	-João Ananias Vasconcelos Neto -Raimundo José Arruda Bastos
2010	Jacques Wagner	PT / PRB / PP / PDT / PSL / PHS / PSB / PC do B	-Jorge Solla -Washington Couto	Cid Gomes	PSB / PRB / PDT / PT / PMDB / PSC / PC do B	-Raimundo José Arruda Bastos -Ciro Gomes
2014	Rui Costa	PT / PP / PSD / PDT / PR / PC do B / PTB / PMN	-Fábio Vilas Boas	Camilo Santana	PT / PRB / PP / PDT / PTB / PSL / PRTB / PHS / PMN / PTC / PV / PEN / PPL / PSD / PC do B / PT do B / SD / PROS	-Antonio Carlile Lavour -Henrique Jorge Javi de Sousa

Fonte: ¹Informações obtidas no site do Tribunal Superior Eleitoral consultado em 17/01/2016. Os dados das eleições do período de 1994 a 2014 estavam disponíveis em http://www.tse.jus.br/eleicoes/eleicoes-antiores;do_perodo_de_1945_a_1990_estavam_disponiveis_em <http://inter04.tse.jus.br/ords/dwtse/f?p=1945:2:3638018206721467>. ²Informações consolidadas pela autora a partir de Abul-El-Haj, 1999; Bahia, 2002; Ceará, 2006; Molesini, 2011; Ávila, 2013; e sites institucionais da SESAB (www.saude.ba.gov.br/) e da SESA (<http://www.saude.ce.gov.br/index.php/a-secretaria/galeria-virtual/ex-secretarios-da-saude-do-estado>).

Observamos que, no Ceará, houve reconhecida predominância de secretários com histórico vinculado ao Movimento Sanitário e ao SUS. De acordo levantamento da autora, apenas Ciro Gomes enquadra-se fora desse perfil, todavia relatos em campo afirmaram que buscou manter técnicos experientes, de carreira, durante o período²⁶ em que esteve na gestão da Secretaria da Saúde do Estado do Ceará (SESA), conforme justificativa a seguir:

...pelo entendimento que ele teve da necessidade dele ter o fortalecimento da secretaria com uma TÉCNICA (fala com ênfase) que conhecesse PROFUNDAMENTE (fala com ênfase) essa secretaria, para ele que não é um gestor, não é médico, não conhecia e ele ter ao lado dele. E12- CE

No Estado da Bahia, apenas os secretários Luís Humberto, Jorge Solla e Washington Couto tinham trajetória ligada ao SUS e aos princípios do Movimento Sanitário. A partir dos governos de Antonio Carlos Magalhães, Paulo Souto e César Borges, por 16 anos consecutivos, nenhum dos secretários estaduais de saúde tinham relação com o Movimento Sanitário, em alguns casos eram vinculados a forças contrárias. Como exemplo, podemos citar, conforme destacado por Ávila (2013), que o secretário estadual entre 1991-1994 era oriundo do grupo de prestadores privados dos serviços de saúde, fato que é percebido pela autora como um dos elementos contribuintes para uma implementação tardia do SUS na Bahia, tendo em mira a posição política e ideológica do referido gestor.

A despeito das diferenças identificadas, um fato semelhante merece ser sinalizado. Na última eleição de 2014, os governadores eleitos nos dois estados são do mesmo partido e foram apoiados pelas gestões anteriores, mas a nomeação dos secretários^{27, 28} estaduais de saúde foi alvo de polêmicas. Ambos têm em comum no seu histórico, relação anterior com o setor privado e não têm trajetória ligada ao Movimento Sanitário. Ainda que não ponhamos ênfase na análise de tal fato, conforme outros estudos (PINTO, 2004), tanto na Bahia quanto no Ceará, muitos hospitais da rede estadual são geridos através de parcerias público-privadas (PPP) ou Organizações Sociais (OS). Este aspecto é ilustrativo da relação público-privado

²⁶ Ciro Ferreira Gomes exerceu a função de secretário estadual de saúde do Ceará de 12.09.2013 a 31.12.2014.

²⁷ Fábio Villas Boas, secretário estadual de saúde da Bahia, é médico cardiologista, tem reconhecida trajetória na sua especialidade clínica e foi diretor de hospital privado em Salvador. Durante o ano de 2015, seu primeiro ano de gestão na SESAB, houve muitos embates com representantes dos trabalhadores e dos usuários em reuniões do Conselho Estadual de Saúde e na 9ª Conferência Estadual de Saúde (06 a 08 de outubro de 2015), inclusive com manifestos e pedidos para sua exoneração do cargo, conforme presenciado pela pesquisadora.

²⁸ Henrique Jorge Javi de Sousa, nomeado secretário estadual de saúde do Ceará, após pedido de exoneração do reconhecido sanitarista Carlile Lavour, é físico, especialista em Gestão Pública, presidiu OS (Organização Social) responsável pela gestão de hospitais do estado. Esta relação com a OS gerou muita polêmica e crise política em 2015, conforme noticiado na imprensa (<http://www.opovo.com.br/app/politica/2015/08/05/noticiaspoliticas,3480924/henrique-javi-assume-secretaria-de-saude-do-ceara.shtml>).

que há muito se cronifica no SUS, embora combatida desde o início do Movimento da Reforma Sanitária.

Outrossim, diante das observações elencadas, verificamos elementos que se mostram decisivos na trajetória dos dois estados. No Ceará, há uma dupla dimensão contraditória, típica do conservar-mudando que pauta a sociedade brasileira. De um lado, verificamos o enfoque no desenvolvimento econômico e ajuste fiscal do estado, bem como a manutenção da política tradicional. Do outro, a condução governamental por um grupo de empresários instaura modificações modernizadoras da administração pública cearense, de combate a práticas clientelistas e de reforço da dimensão técnica, com permanência de dirigentes e técnicos vinculados ao Movimento Sanitário na condução da política de saúde estadual.

Tal como identificado no Ceará, também merece destaque elemento contraditório na Bahia. Mesmo no Governo da Mudança, iniciado em 1987, conforme análise de Molesini (2011, p. 230), “*a prioridade do governador era o uso político da política da Reforma Sanitária*”, portanto se configurou em um lapso de curta e intensa duração, cujas modificações não repercutiram nos dias atuais, representando deslocamentos que não alteraram a estrutura de poder.

Assim, constatamos um período muito curto (1987-1989) com possibilidade concreta de transformações via equipe de integrantes do Movimento Sanitário no estado, mas diante do acirramento de dificuldades e divergências na condução do processo de descentralização, houve mudança do corpo dirigente da SESAB e a reorientação dos rumos da política estadual de saúde (TEIXEIRA et al, 1993). Portanto, este período não foi suficiente para estabelecer as mudanças estruturais necessárias, seguido pelo distanciamento do projeto político vinculado à Reforma Sanitária no estado, por toda a década de 90 e parte dos anos 2000.

Além do perfil e histórico dos secretários estaduais de saúde, também emergiu dos dados o diferencial acerca da composição da equipe técnica dirigente das secretarias estaduais de saúde relacionada à trajetória de continuidade técnico-administrativa em um cenário e de descontinuidade em outro. Nas entrevistas realizadas no Ceará, um dos pontos coincidentes, predominantes e muito valorizados pelos entrevistados foi justamente o respeito à SESA, ressaltando a qualificação técnica dos seus quadros dirigentes e a manutenção/continuidade dos mesmos, independente da conjuntura político-partidária da gestão estadual. Em contrapartida, entrevistas de atores estaduais e municipais na Bahia, referiram fragilidades na SESAB, denotando a necessidade de investimento e qualificação do próprio quadro técnico-

gestor e relatando rotatividade na equipe técnica dirigente, influenciada pelas alterações político-partidárias governamentais.

*... outros profissionais que nós temos aqui dentro, que independente de em quem ele votou, em qual partido ele esteja ligado, eles permanecem! Eles não são retirados...independente de quem venha para cá eles permanecem. Eles permanecem! Porque, assim, você tem locais chaves aqui dentro da secretaria, por exemplo, o setor de planejamento, núcleo de economia da saúde que trabalha todo o orçamento, o setor de políticas de saúde da SESA, o controle, avaliação e regulação, a unidade de projetos da UGP... eu vejo um aspecto assim, inteligente dos governos que vem para cá, que é, eles trazem claro, secretário, um secretário executivo, uns assessores, mudam algumas supervisões, mas aquela equipe, digamos assim, **o coração da SESA, eles não mudam! Não mudaram! ... não há essa rotatividade aqui dentro, não. Não há. Desses cargos maiores de pensadores, não. Não há! Não há!** Isso já há uns trinta, mais de trinta anos e muita gente se mantém. E12-CE*

*...fortaleceu muito esse processo de descentralização. Foi exatamente, nós **nunca tivemos na secretaria da saúde perdas de você ter uma capacidade técnica e ter perdas em função de mudança de governo.** Nós sempre tivemos assim, uma continuidade de que essas pessoas, elas pudessem, de fato, se manter na instituição. Pode não ser no mando superior, pode ser que não seja, mas você não perde. A pessoa continua na instituição, os técnicos continuam na instituição... **Aqui, na secretaria, a gente tem essa história institucional muito bonita.** E08-CE*

*... principalmente aqui na Bahia, não sei como é em outros estados, tem um conjunto de servidores que se tem um grupo político tá na secretaria, se tem um grupo político tá no município...Porque a gestão, ela tá muito contaminada pelo processo político-partidário. Muito contaminada. Isso me assusta, entendeu. Essa contaminação muito grande pelo processo partidário dentro da gestão. Que eu acho que, não sei como o Brasil vai superar isso. **Mas em qualquer governo que entre, há sempre uma... acabar tudo que o outro fez pra começar de novo, a colocar na geladeira todas as pessoas que eram capazes no governo passado, então o grupo muda, muda o grupo todo.** Então, a gente precisa, não sei, a gente precisava criar uma carreira bem estruturada de gestão... E01- BA*

Diante desses relatos, depreendemos que a gestão estadual da saúde na Bahia é permeada por um deslocamento de grupos de técnicos, que transitam entre a SESAB e a secretaria municipal de saúde da capital, a depender da conjuntura político-partidária. Diferente do Ceará, há muitas rupturas, com troca da equipe dirigente por pessoas sem tanto acúmulo técnico e trajetória na gestão estadual do SUS, delineando uma equipe que “vem médicos, enfermeiras, mas não tem gestores, pessoas que entendem de gestão.”

Encontramos evidências marcantes disso no início da gestão estadual em 2015. Nos dois estados, embora os governadores eleitos sejam da mesma sigla partidária e apoiados pela gestão anterior, os desdobramentos para a equipe dirigente da saúde foram diferentes. Na Bahia, houve alteração da estrutura administrativa da SESAB, impactando, sobretudo, o nível regional, com troca de toda equipe técnica dirigente e incoerência entre o organograma, o

regimento e a reforma administrativa²⁹ já implementada na instituição. No Ceará, a equipe técnica “*coração da SESA*” permaneceu composta por sanitaristas tradicionais do Movimento Sanitário cearense que estão há décadas na instituição. Ainda que também marcado por processo conflitante na nomeação do secretário estadual, permaneceu a estrutura institucional da SESA (formato técnico-administrativo – organograma) e coordenações estratégicas (ASPLAN, CORES) para o fortalecimento regional com os mesmos técnicos/sanitaristas, apesar da troca do secretário³⁰.

A preocupação em preservar o fortalecimento institucional, a continuidade e a direcionalidade da política estadual de saúde, através da SESA, foi algo convergente nas entrevistas de todos os gestores estaduais no Ceará. Ao contrário, na Bahia, não identificamos nenhum relato dessa natureza. Tais evidências são corroboradas pelos seguintes depoimentos:

Fortalece! Fortaleceu! É tanto que aqui a gente sabe, por exemplo, entra secretário, sai secretário, nossa rotina muda muito pouco. Muda MUITO [fala com ênfase] pouco! A instituição ela se movimenta em termos de mudança, muito pouco! E o estado tem as suas estruturas fortalecidas... Ele tem os seus instrumentos de planejamento, muito construído de maneira tal que ele se aperfeiçoa de gestão pra gestão e isso é muito interessante. Isso deu pra nós a possibilidade de estar nesse território, de uma região de saúde, com possibilidade de participar desse processo, de construção regional com todos os setores e o que é mais importante, com todos os municípios. E08-CE

*Eu posso te dizer que a nível regional e aqui a nível central... Então, não existe muda governo, sai fulado. Nós temos continuidade da área técnica da secretaria. E isso facilita muito, porque quem chega não vai desmanchar o que o outro fez e nem vai atrás de ter conhecimento. Então, a gente tem essa estabilidade aqui dessa área do conhecimento. Isso é entendimento dos governantes que são superiores que nós, né? Graças a Deus eles entenderam que **precisa ter uma memória viva da secretaria...** Eu acho que esse é o nosso grande diferencial porque os depoimentos que eu escuto nos outros estados é que mudou o gestor, sai todo mudo, entra toda turma nova. Aqui não. Eu tô te dizendo que eu entrei em 1995, mas já tinha gente antes de mim, que ainda continua hoje. E14-CE*

*...eu acho que uma das coisas boas no estado do Ceará é esse elenco de pessoas que, hoje, a gente já tem o cuidado de pensar que, a gente tem que tá preparando os nossos sucessores, porque a gente tá envelhecendo, uma boa parte desses profissionais daqui a pouco, alguns já se aposentaram, outros vão se aposentar e **as coisas não podem parar porque nós vamos sair daqui, então, vai ter que se preparar pessoas para que elas continuem e que a SESA não caia, né? Não caia! Mas ela, há muitos anos, ela tem um elenco de profissionais muito bons! E12-CE***

Destacamos que, entre os anos de 1991 e 1992, a gestão da saúde no Ceará teve como prioridades a continuidade administrativa e a preservação da memória institucional,

²⁹Apesar da reforma administrativa, publicada em dezembro de 2014, com alterações da estrutura e funções das instâncias regionais da SESAB, em março de 2016, ainda encontramos, no site institucional, o organograma anterior, embora tenha ocorrido a extinção de estruturas administrativas e incorporação de outras.

³⁰ Informações obtidas em março de 2016, no site institucional da SESA.

ênfatizando a normalização de procedimentos administrativos e o ordenamento do processo burocrático na SESA, no sentido de enfrentar a descontinuidade da implementação de políticas e a ausência de documentação institucional que reforça a tomada de decisão, consideradas um dos grandes males do setor público no Brasil (ABU-EL-HAJ, 1999). Embora as análises do referido autor remontem a década de 90, durante a observação de reuniões, conversas informais e idas aos níveis central e regional da SESA, observamos a valorização dos registros e documentos institucionais e o acesso facilitado aos mesmos.

Os elementos supracitados, identificados na realidade cearense, convergem com parte de um contexto positivo para a regionalização, conforme apontado por Scatena (2015). A partir da análise da experiência de Mato Grosso, Scatena (2015) refere uma única e prolongada gestão do executivo estadual, contando com experiência e competência técnica, teórica e política do gestor estadual da saúde e ainda revela que, mesmo num período posterior de estagnação e retrocessos, o aprendizado institucional, de alguns gestores regionais e de muitos gestores municipais, garantiu alguma continuidade daquele processo e mesmo pequenos avanços, em poucas regiões.

Tendo em mira a relação desses elementos com a regionalização do SUS, podemos considerar as possíveis consequências para a trajetória dos dois estados. A rotatividade de técnicos e descontinuidade na gestão fragiliza o papel a ser desempenhado pela secretaria estadual de saúde, expondo a regionalização ao processo de instabilidade institucional da SESAB. Ao contrário, percebemos uma continuidade técnico-política e administrativa da SESA, com maior estabilidade e fortalecimento institucional, permitindo direcionalidade do processo de descentralização e regionalização, aperfeiçoando instrumentos de implementação da mesma.

A partir dos relatos e de outros trabalhos nos aproximamos do que podemos denominar de embrião da descentralização e da regionalização na Bahia e no Ceará, muito antes do SUS. Denotamos que, de início, tal perspectiva apresentou um viés mais administrativo para organização das estruturas do governo estadual, sem uma preocupação específica com a organização do sistema de saúde, contudo teve direcionamento diferenciado nos dois estados.

No Ceará, relatos apontam um processo antigo de regionalização. Identificamos a existência da intenção em descentralizar estruturas estaduais relativas ao planejamento e ao orçamento, mesmo sem relação direta com a organização de territórios alicerçados na

especificidade do sistema de saúde. Posteriormente, foi desencadeado o movimento de definir regiões considerando especificidades setoriais.

Ao longo desses cinquenta anos tem uma história da regionalização que ela foi iniciada como uma iniciativa da organização do próprio modelo dos governos estaduais... tinha a necessidade de estar com suas ações mais próxima das pessoas, fez o trabalho de organização administrativa... não era regiões de saúde, eram regiões administrativas do próprio governo do estado... elas iam se apropriando dessa estrutura de administração descentralizada e começava a estruturar os seus planos de intervenção... Depois ele se aperfeiçoou de estar incorporando a essas regiões a própria estrutura de planejamento do estado, com o instrumento de orçamento, já também no formato descentralizado... na década de 80, o estado já buscou fazer com que cada secretaria de governo setorial, ela avaliasse se era necessário ter uma regionalização da área específica, não só a regionalização administrativa do governo do estado, mas regiões que fossem definidas utilizando critérios, variáveis de análise do setor. E aí nós começamos a caminhar nessa perspectiva de desenhar essas regiões com esse olhar da saúde que, até então, o governo do estado não sinalizava pra tanto. E08-CE

No caso da Bahia, conforme Araújo, Ferreira e Nery (1973), na década de 60, criou-se um sistema de administração regionalizada com divisão do estado em regiões administrativas, no sentido de viabilizar a descentralização executiva através de Centros Executivos Regionais (CER), com serviços de administração geral e assessorias de programação e orçamento. A idéia inicial de 21 CER foi modificada para implantação em macrorregiões. Nesse processo, os autores sinalizam que, historicamente, a Secretaria de Saúde foi o primeiro órgão estadual a preocupar-se com a regionalização dos seus serviços, contudo as experiências de descentralizar e regionalizar as atividades de nível executivo da função saúde esbarravam na dificuldade da rígida centralização de todas as atividades de nível executivo dos demais setores do governo, sobretudo a execução orçamentária (ARAÚJO, FERREIRA e NERY, 1973).

Identificamos, nas duas realidades, um processo inicial de organização administrativa através da divisão do estado em regiões administrativas, porém merece destaque a relação entre o setor saúde e as funções de planejamento e orçamento do governo do estado. No Ceará, denotamos a tentativa de uma organização regional que primeiro incorporou a estrutura de planejamento e orçamento estaduais e, posteriormente, visualizou a necessidade de focar as especificidades setoriais nesses territórios. Na Bahia, houve um percurso diferente, com tentativas de organização regional para “descentralização executiva e regionalização de atividades da secretaria de saúde” (ARAÚJO, FERREIRA e NERY, 1973), mas sem o respectivo movimento de instituir, de fato, um planejamento e orçamento regionais pelo governo do estado.

Este “embrião” do percurso descentralizatório da administração estadual baiana expressa-se na postura do estado de concentração dos recursos e da rede de serviços, além do planejamento centralizado, tal como demonstrado em evidências analisadas nos capítulos seguintes. Neste sentido, mesmo num governo que pretendia instaurar mudanças democráticas, a Secretaria Estadual de Saúde foi marcada pela centralização do seu orçamento e da gestão financeira, respectivamente, pelas Secretarias de Planejamento e da Fazenda, ilustrando a contraditória proposta descentralizante da SESAB, fundamental para o projeto da Reforma Sanitária, diante do rumo centralizador do governo (PAIM, 2002, p 97).

A partir da década de 80, tendo em vista as mudanças governamentais e técnico-administrativas ocorridas nos dois estados, a trajetória da política de saúde foi sendo delineada por aproximações ou distanciamentos do projeto da Reforma Sanitária, a depender da conjuntura em cada cenário estadual. Neste sentido, acreditamos que quatro aspectos dessa trajetória podem ser identificados como marcadores que atravessaram o prenúncio e a trajetória da regionalização do SUS, de modos diferentes, nos dois estados: a municipalização; o controle social; a reconfiguração do papel da SESA e da SESAB; as instâncias intergestoras regionais.

5.2 Antecedentes das Comissões Intergestores Regionais (CIR)

A conjuntura pós Constituição Federal de 1988 possibilitou a emergência de secretarias estaduais e municipais de saúde, cuja atuação e demandas por descentralização estimularam a criação das comissões intergestores do SUS de abrangência nacional, estadual e intraestadual (MIRANDA, 2010). Considerando a Bahia e o Ceará, os desdobramentos desse processo a nível intraestadual não ocorreu na mesma velocidade, sobretudo no que concerne às instâncias regionais, foco deste estudo, e a condução dessas comissões apresenta singularidades que precisam ser problematizadas. Enfatizamos aqui o funcionamento e a organização das Comissões Intergestores Regionais (CIR), articulando a antecedentes históricos da formação dessas instâncias regionais nos dois estados, bem como a relação das mesmas com as respectivas Comissões Intergestores Bipartite (CIB).

Na Bahia, a conformação das instâncias regionais ocorreu a partir do Pacto pela Saúde, em 2006. O Plano Diretor de Regionalização (PDR), desenhado a partir da NOAS 2001/2002, embora delimitando regiões de saúde, não estabelecia instâncias para a gestão desses territórios de saúde. Após a reconfiguração do PDR, entre 2007-2008, houve a

proposição de formar os Colegiados de Gestão Regional. No caso do Ceará, o processo de implantação dos sistemas microrregionais de saúde, antes da NOAS 2001/2002, já previa a criação das CIBs Microrregionais.

Neste PDR, até aí, não tinha espaço de gestão, governança, como você queira chamar, da região...como é que dava a gestão disso? Não tinha gestão... a Bahia chegou a desenhar uma CIB macrorregional, chegou a ter um regimento mas nunca operacionalizou. Porque esse espaço nunca andou. E01- BA

A nossa estrutura de colegiado, ela é anterior... Regional, ela é de 98. Nossos colegiados, né. A gente já chamava CIB microrregional, CIB regional. E aí com o decreto 7508, ela mudou de nome. Comissão intergestores regional... Quando o estado do Ceará, nós iniciamos aquele processo de regionalização com o apoio da consultoria dos espanhóis, ..., a secretaria da saúde instituiu os colegiados de gestores regionais. Quando surgiu a normatização em relação a esses colegiados de gestores serem descentralizados, a secretaria de saúde do estado já vinha com um próprio modelo. E08- CE

Documento institucional registra que, desde 1998, quando se desencadeou o projeto piloto para os sistemas microrregionais de saúde no Ceará, já estava prevista uma instância decisória regional composta por representantes dos municípios e do estado, denominada de bipartite microrregional. Esta foi assumida como instância de pactuação, cujas decisões, inclusive de redistribuição de serviços entre os municípios da região, deveriam ser encaminhadas através de ata, para registro em CIB estadual (CEARÁ, 2002a).

Nas entrevistas, houve convergência no que se refere à fragilidade de espaços gestores regionais na Bahia, antes do Pacto pela Saúde, e a antecipação do Ceará para implantação desses espaços, mesmo antes das normativas nacionais. Conforme relatos, o modelo inicial de instância intergestora regional, estabelecido pelo estado do Ceará final da década de 90, seguia a composição da CIB no sentido de ser um colegiado paritário entre entes estaduais e municipais. Tais informações são corroboradas na análise de regimentos das CIBs microrregionais (CEARÁ,1997; CEARÁ,2008). O regimento aprovado em 1997 estabelece que a Comissão Bipartite Regional deve ser formada por oito membros, sendo quatro representantes microrregionais do estado e quatro representantes dos municípios (CEARÁ,1997). Esta composição foi alterada tendo em vista o Pacto Pela Saúde, quando o colegiado ampliou a formação para o conjunto de secretários municipais de saúde da microrregião, além dos três representantes da gestão estadual, todos componentes da instância regional da SESA: o coordenador regional, o assessor técnico e o assistente administrativo (CEARÁ,2008).

Neste último aspecto, é relevante sinalizar uma das entrevistas com integrante do nível central da SESA que se refere a esses como “gestores estaduais que tinham responsabilidade

e mando na região que, no caso, são três.” Portanto, merece destaque o reconhecimento dos gestores das Coordenadorias Regionais de Saúde (CRES), como autoridades regionais do ente estadual, para composição dessas instâncias gestoras regionais, desde o formato inicial, conforme observado nos documentos e entrevistas.

Ao verificar o histórico dessas instâncias na Bahia, identificamos no sítio eletrônico oficial da CIB³¹, que houve a aprovação de Regimento em 2004 para regulamentar as primeiras estruturas de pactuação regional no estado, as Comissões Intergestores Bipartite Macrorregionais, contudo somente em 2005 tais instâncias começaram a se estruturar. Apenas três entrevistados mencionaram essa proposição de implantar CIBs Macrorregionais. De acordo com tais informantes, entre final de 2005 e setembro de 2006, foi que houve a tentativa de implantação de oito CIBs Macrorregionais, correspondente ao número das macrorregiões previstas no PDR. Todavia, isso foi classificado como algo cartorial, com um número mínimo de reuniões e sem preocupação com o registro desse processo: *“houve uma agenda específica de implantação e com pauta, nós não encontramos registro em lugar algum. Então assim, muito dessa memória a gente acaba perdendo porque na época não existiu.”* Além do processo cartorial e da inexistência de registros, outros problemas são sinalizados a seguir:

*A NOAS já trouxe mais o desenho de se formar colegiados regionais que, na época, era entendido como CIB macro, que foi o pensamento da gestão anterior... quando montamos CIB macro, que foi o desenho inicial ... Os gestores não vinham, não propunham nada. Era só proposição que o estado trazia, os técnicos do estado traziam..., não havia uma proposta dos gestores da região pra o desenho, para a necessidade, para a discussão, por mais que a gente levasse os dados... Então você fica com esse buraco sempre, nessa discussão. Quando viemos para os CGMRs, de novo eles se juntaram ainda na proposta de discutir implantação de SAMU que o Ministério quer, discutir a rede cegonha que o estado quer pra poder mandar plano. Fica muito focado nas necessidades do Ministério e do estado. Deles, não tivemos. Então era muito frágil. **E03-BA***

*Como ator do processo... eu não tive e não tenho menor dúvida em afirmar que o grande entrave de implantação das microrregionais foi o entrave político partidário. E também da própria política implementada pela secretaria de saúde. ... O gestor estadual, na época, não tinha o menor interesse em fortalecer os espaços de interlocução de gestão interfederativa, de garantir o espaço regional, o locus regional existir de forma mais real, digamos assim, do ponto de vista de construção. Os técnicos, o espaço era limitado, eles poderiam ter até opiniões próprias, mas a condução do processo não era dada aos técnicos... as CIBs regionais, elas não eram prioridade. Não existia, na época, uma intencionalidade de fortalecer a gestão regional. **E19-BA***

³¹ Disponível em

<http://www.saude.ba.gov.br/portalcib/index.php?option=com_content&view=article&id=127&Itemid=164> acessado em 12/04/2016.

Tais relatos apontam, com mais detalhes, elementos explicativos para a afirmação “*este espaço nunca andou*”, denotando o relativo atraso para implementação de instâncias intergestores decisórias regionais na Bahia. Surgiu como um espaço frágil, perpassado pela ausência de discussão da região e direcionado por demandas externas, trazidas pelo governo do estado ou do Ministério da Saúde. Outro elemento, fundamental nessa análise, refere-se à condução da gestão estadual com uma intencionalidade específica focada no não fortalecimento das regiões de saúde e da gestão das mesmas.

Percebemos o desinteresse em desenvolver espaços com gestão regional fortalecida e autônoma, privilegiando, portanto, aspectos político-partidários em detrimento da escuta e atuação dos técnicos nesse processo. Tais indícios do não protagonismo, além dos entraves contrários a esse direcionamento, apontam para a fragilidade do histórico e da condução futura de tais instâncias na Bahia, seja como Colegiado de Gestão Microrregional (CGMR) ou como CIR. Historicamente na Bahia, verificamos que a instalação de instâncias colegiadas proporcionou poucos resultados em relação à gestão do sistema (PAIM, 1989) e a própria CIB tem histórico de criação e funcionamento permeado por entraves e conflitos (GUIMARÃES, 2003 e ÁVILA, 2013).

Delineia-se, nesse histórico baiano, desde a tentativa inicial das CIBs macro, uma tendência dos municípios “*receberem pronto*” pautas externas e não gerar discussões genuinamente regionais, com ênfase em problemas e necessidades dos municípios que compõem a região, tal como os relatos apontam no Ceará. Além disso, identificamos uma diferença acerca da postura dos municípios, tendendo a se agrupar vislumbrando condutas mais regionalizadas em um cenário ou privilegiando conduta municipal e individualista, em outro.

Os próprios municípios daquela região, eles se agrupavam e aí, a gente já tinha também as CIBs microrregionais. Com a regionalização a gente já tinha as CIBs microrregionais... Tinha reuniões onde os gestores participavam e discutiam os problemas que aconteciam na região. Seja na área assistencial, seja na área de vigilância sanitária, na área de epidemiologia, isso já era pauta dessas regiões. A gente já tinha. Só que a gente chamava de CIB microrregional... E14-CE

... porque não tinha esse processo de gestão regional. Porque o debate da região, o compromisso que cada município tinha que ter na sua região, com os próprios munícipes e com os demais, não tinha a cultura de acontecer e não tinha consolidado a gestão na região... nós propusemos a criação dos colegiados... mas se você chegava no colegiado e o município pólo de micro e pólo de macro... quando você ia discutir a aplicação dos recursos que eram da região não eram dele, você discutir isso, não tinha decisão, porque o município era gestor pleno, ele dizia ‘eu tenho comando único, então o comando único é meu, o recurso tá no meu teto e eu faço com ele o que eu quero fazer’. E23-BA

A implantação e implementação das CIBs micro e o exercício da gestão regional no Ceará, muitos anos antes do início desse processo na Bahia, tende a fomentar a aproximação dos gestores à construção de um pensamento regional e mais cooperativo. Na Bahia, de acordo com relatos, podemos considerar que o exercício, de fato, da gestão regional via instâncias intergestores, corresponde ao período de implantação dos CGMRs, a partir de 2007, quando realizou-se a revisão do Plano Diretor de Regionalização (PDR) e redefinição das regiões e macrorregiões de saúde.

Segundo diretrizes do Pacto pela Saúde 2006, estabelecidas para a Gestão do SUS, no sentido de qualificar o processo de regionalização, o Colegiado de Gestão Regional seria um espaço permanente de pactuação e co-gestão cooperativa entre os gestores, possibilitando a tomada de decisão mediante a identificação de prioridades e a pactuação de soluções para a organização de uma rede regional de ações e serviços de saúde (BRASIL, 2006).

A concepção do CGMR, apontada em entrevistas, expressa esse papel de participação dos secretários municipais de saúde para programação, planejamento e pactuação como um dos grandes objetivos, mas destaca sobretudo a troca de experiências entre os gestores e “*desabafo*” dos problemas regionais, possibilitando discussão e proposição de soluções. Também são convergentes os relatos afirmando o CGMR como catalisador da revisão de instrumentos de planejamento para o processo de regionalização no estado, como o PDR e principalmente associado à Programação Pactuada Integrada (PPI), por volta dos anos de 2009-2010.

...as agendas eram com os colegiados. Que passaram a ter maior visibilidade a partir de 2010 por conta da PPI. Final de 2009, 2010. Até então eles eram cartoriais, assim, de uma certa maneira, eram cartoriais, tinham pouca, tinha pouco poder decisório, né. Tinha pouco poder decisório. E19-BA

...tinha temas que, digamos assim, atraíam os gestores a estar presentes nesses espaços e geralmente quando havia algum tema do financiamento ligado a reunião. A gente pode colocar que, na época, por experiência própria, de uma certa maneira, se não fortaleceu, mas que deu visibilidade, que trouxe à tona o espaço, que consolidou um fórum de gestores foi a própria PPI, na época foi revisada. Era um tema que a gente realizou, na época, reuniões em todas as regiões do estado, com presença muito maciça dos gestores, ou seja, quase todos. Tinha quórum e tal. Mas ficou um pouco nisto também, a pauta não era atrativa, muitas vezes, para os gestores quando não se tratava de financiamento, certo? Eles não se sentiam atraídos. E33-BA

Portanto, há evidências de que a associação da implementação dos CGMR à revisão da PPI fomentou a visibilidade e o fortalecimento desse espaço gestor das regiões de saúde na Bahia. Por outro lado, também denotamos um histórico da presença condicionada dos gestores às reuniões com temas referentes ao financiamento. Tal fato aponta para o peso deste elemento para as relações intergovernamentais e o poder exercido no processo decisório entre os diferentes entes federativos. Embora ciente da “força atrativa” do financiamento, representado pelo processo revisional da PPI, esse momento foi importante para impelir a construção da gestão regional na Bahia. Identificamos saldos positivos e também dificuldades na condução desse processo, tendo em vista a configuração do nível central e regional da SESAB.

... principalmente a partir dos colegiados, houve uma aproximação muito grande do município com o estado. E isso foi feito por dentro das DIRES. As DIRES se aproximaram, os técnicos das DIRES ... Com esse processo, as DIRES passaram a ser parceiros dos municípios e os técnicos dos municípios sentiam apoiados pelas regionais. Muitas das questões foram discutidas, foram debatidas, foram programadas dentro das DIRES. E32- BA

...era muito movimento da superintendência de regulação e controle que é a SUREGS, junto com a DIPRO, Diretoria de Programação. Então, a Diretoria de Programação coordenava muito daqui esse movimento e tinha os apoiadores regionais que faziam esse movimento e articulava e quase que era algo que, se a Dipro não tivesse, se o apoiador não tivesse, as reuniões quase que não aconteciam. E34-BA

...isso não é uniforme, teve várias regiões que tiveram experiências exitosas e que se faziam reuniões itinerantes, em que a gente ia lá, cada mês num município, conhecia a realidade, havia participação, envolvimento até de outros atores, como vereadores, reuniões em câmaras de vereadores, o prefeito às vezes participava também. E outras que não se fazia reunião, que não se conseguia construir quórum, nem nada! Então, a Dires tava envolvida, mas as Dires também são muito plurais aqui na Bahia, né?... viajava bastante, mais no sentido de dar um suporte maior onde não tava funcionando tanto, onde não conseguia conformar nem quórum. No começo, teve região que foi quase três, quatro, para fazer a primeira reunião daquele colegiado na época... E33-BA

Conforme evidenciado por diferentes atores, há uma dupla dimensão que perpassou a implementação dos colegiados gestores regionais. Houve uma consequente melhoria da atuação das DIRES e aproximação com os municípios, mas também é mencionada certa dependência do nível central para condução deste processo. Percebemos que os diferentes ritmos do desenvolvimento dos CGMR foram influenciados pelo papel exercido pelas Diretorias Regionais de Saúde (DIRES), tendo em vista a condição fragilizada e desigual dessas instâncias nas diferentes regiões do estado, no que tange aos aspectos políticos, técnicos e administrativos, cuja análise mais detalhada ocorrerá em capítulo posterior. Isso

gerava como demanda, constantes viagens de técnicos do nível central no intuito de intervir sobre tais deficiências.

Além da fragilidade das instâncias regionais para condução da implantação e implementação do CGMR, havia lacunas relevantes no nível central, cujo relato “*o estado é muito grande, né, a coordenação era de uma pessoa só*” revela um dos problemas relativos à insuficiência de técnicos e equipe específica, voltada para o fortalecimento desse processo. Na tentativa de superar algumas lacunas no acompanhamento dos colegiados, nesta época surgiu a proposta do Observatório Baiano de Regionalização (OBR), como ferramenta para monitoramento dos colegiados possibilitando o registro e acompanhamento do calendário de reuniões, das pautas, das atas, dentre outros.

Outrossim, é relevante destacar que desde o início da implantação dos sistemas microrregionais de saúde no estado do Ceará³², existe uma mesma coordenação no nível central da SESA responsável pela condução da regionalização e articulação com as instâncias regionais (CRES) que estão ligadas às CIR. Na Bahia³³, no decorrer dessa curta trajetória de construção das instâncias intergestoras de gestão regional (CGMR e CIR), relatos e conversas informais evidenciaram uma alteração importante na condução da regionalização pela gestão estadual, tal como demonstrado a seguir:

...houve uma mudança interna, inclusive na SESAB, que ela tava numa superintendência, esse processo de regionalização, e acabou indo pra outro local, junto ao gabinete do secretário, certo? De uma certa maneira, eu entendo, também, que os CGMR, na época, tavam se empoderando bastante e isso eu acho que preocupou um pouco a gestão. Embora precisasse evoluir muito mais. Eu acho que a gente tinha muita coisa para ajustar, para avançar, mas, como eu falei, a política, ainda, no estado da Bahia é centralizadora. E33-BA

Embora com as fragilidades apontadas anteriormente, as evidências demonstram que, pela primeira vez no histórico da regionalização no estado, havia uma evolução do processo decisório nas regiões de saúde, através dos CGMRs. A mudança interna no nível central da SESAB, alterando a estrutura administrativa responsável pela condução do processo de implementação das instâncias decisórias intergestoras regionais denota, contraditoriamente, um movimento de rescentralização do processo para “*junto ao gabinete do secretário*”, tendo

³²Processo conduzido pela Coordenação das Microrregionais de Saúde (COMIRES), atualmente denominada Coordenadoria das Regionais de Saúde (CORES).

³³Inicialmente processo conduzido pela Diretoria de Programação (DIPRO) que fazia parte da Superintendência de Regulação (SUREGS). Posteriormente, a condução das instâncias intergestoras de pactuação regionais passou para a Coordenadoria de Projetos Especiais (COPE) vinculada ao Gabinete do Secretário Estadual de Saúde (GASEC).

em vista a preocupação com os “*ganhos*” de poder decisório dos colegiados regionais. Também denotamos como consequência um movimento de refluxo desse processo de fortalecimento das regiões. Tais aspectos podem ser exemplificados com os seguintes depoimentos:

Repactuação. Fazia. O CGMR. É isso que eu tô dizendo: não posso falar pela CIR, mas no CGMR fazia repactuação. Tanto assim, o município dizia: “Eu quero tirar o recurso de município tal e trazer pra tal.” Isso acontecia! Acontecia! Com certeza!
E32- BA

...desse período que transitou do CGMR para CIR, ela estancou. Ela ainda não evoluiu, bastante, em termos de espaço de decisão. Sim, foi bom, ela cresceu porque tem espaço hoje... mas que na minha opinião teve, eh, parou um pouco nos últimos dois, três anos para cá... E33-BA

Mais uma vez, no movimento pendular de centralização e descentralização do SUS no estado da BA, o pêndulo direciona-se para o vetor centralizatório, tendo em vista a interrupção da necessária, mas incômoda, alteração de estruturas de poder, frustrando as possibilidades ou avanços que porventura pudessem ser gerados. Portanto, o contraditório revés apresenta-nos não aspectos de natureza técnica, mas política. Como parte de um processo de descentralização, ao pensarmos a regionalização e o fortalecimento de estruturas regionais, há condicionamentos políticos como dimensões substantivas desse processo, com diferentes manifestações do significado político das relações entre poder local e poder central (MENDES GONÇALVES, 1988)

A partir do decreto 7508/2011, é instituída a Comissão Intergestora Regional, no âmbito das regiões de saúde, como parte das Comissões Intergestores do SUS para pactuar a organização e o funcionamento das ações e serviços de saúde integrados em redes (BRASIL, 2011). O movimento de transição dos CGMR na Bahia, e das CIBS microrregionais no Ceará, para as CIR foi bastante distinto. Tomando esse momento como marco, gostaríamos de enfatizar nesta discussão dois aspectos que emergem nas entrevistas: a “*oficialização*” dessas instâncias gestoras e os desdobramentos dessa transição para a relação entre os entes federados envolvidos.

No primeiro aspecto, há relatos na Bahia que enfatizam a importância do decreto 7508/2011 para formalização das comissões intergestores regionais, conferindo certa institucionalização ao seu caráter deliberativo, bem como exercendo um papel indutor para funcionamento dessas instâncias, tendo em mira a implantação das redes. No Ceará, não são referidas modificações, apenas citada uma “*maior validade*” da mesma.

*...a mudança principal foi numa certa formalização, porque a partir do decreto 7.508, a partir da CIR, essa redefinição do que seria a CIR, do que seria esse processo de regionalização, o que eu percebo é que esse movimento, a partir da implantação dessas orientações, esses movimentos foram mais no sentido de institucionalizar aquele espaço regional, dar mais a ele um caráter deliberativo... de 2011 para cá, houve um estímulo e uma regularidade no funcionamento da CIR, muito induzida pela discussão das redes. Os planos de Ação Regional que foram, né, objeto da CIR, na verdade, terminaram sendo eles, por si, um estímulo e um motivador, incentivador do funcionamento dessas CIR **E34-BA***

*É tanto que nas regiões de saúde, é por exemplo, o decreto ele traz a CIR: comissão intergestora regional, mas nós já fazíamos isso antes, desde 2000 que se faz do jeito da proposta do Decreto! Só que se fazia como comissão intergestora bipartite regional, com outro nome. Mas era o mesmo sentido, só mudou o nome e ela passa a ter mais validade... **E06-CE***

Denotamos que, na Bahia, a considerada “institucionalização” do espaço decisório regional (“*criação oficial*” e funcionamento regular) é como se ocorresse devido à regulamentação do decreto lei e indução das redes de atenção pelo Ministério da Saúde, e não algo que pudesse ser construído internamente pelo próprio estado, mesmo sem normativas estabelecidas pelo âmbito federal. Apesar do reconhecimento de que, com o decreto, a instância regional “*passa a ter mais validade*”, é patente, no Ceará, o escopo deliberativo e de pactuação das instâncias intergestores regionais, cuja institucionalidade independe da nomenclatura ou dos instrumentos jurídico-normativos emanados do governo federal. Observamos que o reconhecimento e valorização desses espaços foram construídos ao longo de quase 20 anos, se considerarmos seu início no final da década de 90 até o momento (1997 – 2016).

Ao transitar pelos estados, seja nos momentos de entrevistas, participação em reuniões ou nas conversas informais, percebemos que a CIR permeia os discursos e práticas dos gestores e técnicos, seja no nível central ou regional do Ceará. Diferente do identificado na Bahia, onde verificamos, inclusive, o desconhecimento acerca da existência e do significado da CIR. Portanto, a institucionalização de tais instâncias não seria construída externamente via decretos, mas deve ocorrer uma construção interna às organizações, via práticas, discursos, além dos mecanismos de formalização e oficialização

No que diz respeito aos mecanismos de formalização das instâncias decisórias regionais, também verificamos discrepância temporal e marcadores documentais do histórico dos dois estados acerca da gestão de regiões de saúde. Documento do ano 2000, que trata da lógica organizacional dos Sistemas Microrregionais de Saúde no Ceará, ao referir-se aos processos desencadeados pelas CIBs microrregionais revela a necessidade de explicitar a

formalização de decisões, tendo em mira a seguinte afirmação: “*Mas não basta delinear acordos, planejar estruturas, conquistar apoios. É preciso formalizar compromissos.*” (CEARÁ, 2000, p. 9)

Na realidade baiana, houve alterações no regimento da CIB em 2004, 2005 e 2007, no sentido de contemplar aspectos da organização e do funcionamento das CIBs macrorregionais, ainda que entrevistados destaquem a tentativa de implantação cartorial e frustrada das mesmas. Com o início da estruturação dos CGMR, a partir de 2007, informações no site da CIB³⁴ explicitam existência de resolução que cria tais instâncias, conforme desenho das microrregiões previstas no PDR, mas não afirmam alteração regimental. Conforme um dos entrevistados, houve a manutenção do regimento da CIB sem mencionar existência desses colegiados. A partir do decreto 7508/2011 é que houve reconstrução do regimento da CIB (BAHIA, 2013), no sentido de incorporar o âmbito regional. Este regimento foi modificado dois anos depois devido reforma administrativa e extinção de estruturas regionais do estado (BAHIA, 2015).

A CIB, ela tinha um regimento que era um regimento antiguíssimo... então assim, esse regimento depois teve uma modificação também... mas não registrava a presença do CGMR. Enquanto o decreto criava a CIR. O decreto diz lá, a CIR tem que existir na região. E01-BA

Desde o final da década de 90, foi formulado regimento para as Comissões Intergestores Bipartite Microrregionais no Ceará (CEARÁ, 1997). Identificamos regimentos internos das instâncias decisórias regionais de 1997, de 2008 e de 2014. Ao revisitar análise de tais documentos, verificamos várias mudanças devido a complexificação da gestão regional e também a incorporação de definições nacionais. No regimento de 2008, foi alterada a composição e foram incluídos aspectos referentes ao Termo de Compromisso de Gestão, tendo em vista o Pacto pela Saúde (CEARÁ, 2008). Em 2014, o regimento incorporou mudanças emanadas do decreto 7508/2011, tais como a alteração do nome para CIR e elementos do Contrato Organizativo da Ação Pública (COAP), além de incluir questões específicas do sistema estadual de saúde como os Consórcios Públicos nas regiões (CEARÁ, 2014).

O segundo marco que perpassou a transição para as CIR, conforme entrevistas, refere-se aos desdobramentos dessa transição para a relação entre os entes federados envolvidos. No

³⁴Disponível em
<http://www.saude.ba.gov.br/portalcib/index.php?option=com_content&view=article&id=127&Itemid=164>
acessado em 12/04/2016.

cenário baiano, os relatos apontam um processo tenso e conflituoso entre o estado e os municípios, tendo em vista o formato anterior do CGMR, referente à estrutura de pessoal, materiais, equipamentos e recursos financeiros, que ficavam sob responsabilidade do município pólo e não da instância regional da SESAB.

*Então, houve um desenho errado, na minha opinião, que quando fizeram CGMR... eles botaram a ideia de que o pólo da região é que ficaria como a referência do colegiado. Uma confusão. O Ministério repassava o dinheiro, vinha pra o pólo, aí o pólo bota aonde? Como é que o pólo bota pra região? Ele compra pra ele, mas ele não pode comprar pra região, porque senão o Ministério Público cai em cima dele... Então, na minha opinião esse desenho tinha que ter acontecido na DIRES. Que a DIRES é região. Mas havia uma rejeição, que “ah, o estado vai ficar com o dinheiro de todos, dos municípios...” **E03-BA***

*Então, o dinheiro vinha pro fundo da cidade e a cidade comprava computador, arrumava as instalações, tudo, e pagava uma pessoa para ser a secretária executiva. Quando o decreto disse: “não, a CIR é vinculada administrativamente e organizacionalmente à secretaria de saúde do estado”, isso foi um problema político terrível! Foi o primeiro problema político que eu enfrentei. Porque o COSEMS não aceitava que viesse pra secretaria, mas tá lá escrito. Não tem jeito! **E01-BA***

As entrevistas na Bahia evidenciam uma tensão política entre os representantes estaduais e municipais, tendo como pano de fundo a disputa pelo controle dos recursos repassados pelo nível federal para financiamento dos colegiados regionais. No caso do Ceará, a condução e a estrutura das comissões bipartites regionais sempre estiveram vinculadas às instâncias regionais da SESA. Todos os entrevistados convergiram afirmando que, na transição das CIBs microrregionais para a CIR, a única mudança foi o nome. Inclusive percebemos que, frequentemente, os gestores ou os técnicos municipais, regionais e estaduais ainda utilizam a denominação anterior ao se referirem às CIR. Outro achado é que, mesmo nas atas do início de 2012, há manutenção do termo CIB microrregional, indicando, de fato, que o funcionamento manteve-se semelhante, apenas ocorrendo alteração do nome, conforme afirmado em todas as entrevistas.

*A CIR, ela já tem bastante tempo. Ela já tem bastante tempo, né. Pra te dizer a verdade, na verdade a CIR sempre funcionou, talvez com outro nome... Pronto! Era CIB microrregional. Aí teve, mudou a denominação, mas de certo modo, não houve solução de continuidade não. **E05-CE***

*Não teve muita mudança. Quando o decreto saiu em 2011, nós já fazíamos a comissão intergestora bipartite microrregional... Ela só passou a ter a nomenclatura do que o decreto diz, né, comissão intergestora regional, né, a CIR, mas o modelo, o mesmo. O mesmo formato. **E06-CE***

A breve análise do histórico de criação e implementação das instâncias intergestores regionais aponta para direções contrárias entre os cenários baiano e cearense. No primeiro caso, vemos um início tardio e repleto de entraves postos pela gestão estadual que, numa conjuntura seguinte, apontou possibilidades de fortalecimento, mas alterações internas no nível central da SESAB, permanência das fragilidades das DARES e disputas entre estado e municípios concorreram para prejudicar o processo. De outro modo, o cenário cearense denota protagonismo e antecipação na criação das referidas instâncias, cuja trajetória indica uma continuidade na implementação das mesmas de forma articulada com as instâncias regionais da SESA e com instrumentos potencializadores da institucionalização e do fortalecimento do poder decisório regional.

Pensamos que uma postura/sentimento regional, pode ser fomentado, também, a partir da experiência e do aprendizado em tais instâncias, sendo construído ao longo do tempo, permitindo incorporar saberes e práticas advindos da atuação nesses espaços gestores. Podemos dizer que o sujeito interfere no espaço e o espaço também vai formando o sujeito.

Portanto, ao considerarmos como marco o projeto piloto da microrregião de Baturité, o Ceará, em 1997, começou implementar a gestão regional do SUS via CIBs Microrregionais. No caso da Bahia, tais instâncias intergestores regionais foram implementadas, de fato, entre os anos 2008-2009 através dos CGMR. Tal trajetória no cultivo de uma conduta decisória regional, de aproximadamente 11 anos de diferença, ajuda a explicar o atual funcionamento e organização das CIR nos referidos estados.

Entendemos que o enriquecimento da análise empreendida neste trabalho, considerando o processo decisório no âmbito das comissões intergestoras das capitais, requer problematizar alguns aspectos acerca do surgimento e das especificidades das regiões metropolitanas estudadas, conforme explicitamos a seguir.

5.3 Especificidades das Regiões Metropolitanas de Salvador e de Fortaleza

As especificidades de áreas metropolitanas interferem na configuração territorial e nos fluxos da população, os quais repercutem na organização e na gestão regional do sistema de saúde, conforme evidências que emergiram dos entrevistados. As Regiões Metropolitanas de

Salvador³⁵ e de Fortaleza³⁶ tiveram sua composição inicial alterada devido desmembramentos ocasionados por emancipações políticas de distritos e por incorporação de novos municípios. Independente de tais alterações limítrofes, estes territórios estão imersos em transformações urbanas, próprias de áreas metropolitanas, as quais representam, segundo Magalhães (2010), espaços de inovação e empreendedorismo, mas são marcados por um crescimento populacional desordenado e por desafios urbanos importantes tais como a pobreza, exclusão social, ocupação irregular do solo, insegurança, desemprego, saneamento deficiente, precárias condições de mobilidade, deterioração do meio ambiente, dentre outros.

Destacamos que, tanto na Bahia, quanto no Ceará, não há similitude entre a delimitação das regiões de saúde e a divisão administrativa das Regiões Metropolitanas de Salvador e de Fortaleza³⁷. Ao especificar indicadores sócio-demográficos dos municípios das regiões de saúde situadas nas referidas regiões metropolitanas (quadros 6 e 7), verificamos desigualdades acentuadas entre os municípios, conforme demonstrado com destaque pelo PIB, PIB per capita e renda média domiciliar per capita. Isso se revela tanto no cenário baiano como no cenário cearense.

Tais dados demonstram um indicativo da dependência financeira de diferentes municípios, pois, segundo Rodrigues et al (2010), a capacidade de arrecadação de municípios é inversamente proporcional à sua dependência de outros níveis. Por outro lado, através do índice de Gini, identificamos a grande concentração de renda, uma situação semelhante entre os pequenos e grandes municípios nos dois cenários metropolitanos estudados.

³⁵ A Lei Complementar Federal nº 14 instituiu a Região Metropolitana de Salvador (RMS) abrangendo 08 municípios: Salvador, Camaçari, Candeias, Itaparica, Lauro de Freitas, São Francisco do Conde, Simões Filho e Vera Cruz. Com a emancipação dos municípios de Dias D'Ávila (1985) e Madre de Deus (1990), que se separaram dos municípios de Camaçari e Salvador respectivamente, a composição da RMS foi ampliada para 10 municípios. A Lei Complementar Estadual nº 30, de 03 de janeiro de 2008, incorporou os municípios de São Sebastião do Passé e Mata de São João, e a Lei Complementar Estadual nº 32, de 22 de janeiro de 2009, incluiu o município de Pojuca, conformando a composição atual de **13 municípios** (COSTA, 2013a).

³⁶ A Região Metropolitana de Fortaleza (RMF) foi criada pela Lei Complementar Federal 14/1973) com 05 municípios: Fortaleza, Caucaia, Maranguape, Pacatuba e Aquiraz. A inclusão de novos municípios devido emancipação ocorreu em 1986 (Lei Federal 52/1986 incluiu Maracanaú, emancipado de Maranguape), 1991 (Lei Estadual 11.845/1991 incluiu dois novos municípios: Guaiuba, emancipado de Pacatuba, e Eusébio, emancipado de Aquiraz) e 1995 (Lei Estadual 03/1995 incluiu Itaitinga, emancipado de Pacatuba). A incorporação de novos municípios a área original da RMF ocorreu a partir de 1999, com a inclusão dos municípios de Horizonte, Pacajus, Chorozinho e São Gonçalo do Amarante (Lei Estadual 18/1999). Em 2009, foram incluídos Pindoretama e Cascavel (Lei Estadual 78/2009), perfazendo a composição atual de **15 municípios** (COSTA, 2013b).

³⁷ No caso da Região Metropolitana de Salvador, os municípios estão distribuídos em duas regiões de saúde e da Região Metropolitana de Fortaleza os municípios estão distribuídos em quatro regiões de saúde.

Quadro 6- Indicadores sócio-demográficos dos municípios de regiões de saúde na Região Metropolitana de Salvador

Região de saúde	Município	População ³⁸	PIB ³⁹	PIB per capita ⁴⁰	Renda média domiciliar per capita ⁴¹	Índice de Gini ⁴²	IDHM ⁴³
1ª região de saúde - Salvador	Candeias	88.806	2.817.476,6	31.508,70	437,17	0,512	0,691
	Itaparica	22.615	182.349,8	8.166,50	404,91	0,604	0,670
	Lauro de Freitas	191.436	5.321.273,5	28.859,89	998,63	0,652	0,754
	Madre de Deus	20.348	405.724,1	20.700,21	476,61	0,563	0,708
	Salvador	2.921.087	52.667.933,2	18.264,13	935,66	0,645	0,759
	Santo Amaro*	61.702	576.163,3	9.382,70	377,62	0,569	0,646
	São Francisco do Conde	39.329	1.566.374,9	42.707,28	419,9	0,520	0,674
	São Sebastião do Passé	45.482	825.481,6	18.307,42	391,61	0,546	0,657
	Saubara*	12.238	103.302,3	8.552,93	260,81	0,501	0,617
	Vera Cruz	42.650	422.111,9	10.165,49	385,38	0,479	0,645
2ª região de saúde - Camaçari	Camaçari	286.919	14.702.441,3	53.351,87	527,75	0,546	0,694
	Conde*	26.194	156.544,8	6.087,92	240,91	0,636	0,560
	Dias D'ávila	78.058	3.190.091,0	42.476,21	431,04	0,534	0,676
	Mata de São João	45.813	981.822,7	22.044,61	423,79	0,587	0,668
	Pojuca	37.543	1.516.054,3	41.477,78	411,56	0,525	0,666
	Simões Filho	133.202	4.005.298,4	30.818,52	410,16	0,526	0,675

*Municípios que não fazem parte da Região Metropolitana de Salvador.

³⁸Estimativa populacional 2015 do IBGE, disponível em <http://downloads.ibge.gov.br/downloads_estatisticas.htm> acessado em 31.05.2016

³⁹Dados do Produto Interno Bruto referentes ao período 2013, obtidos no site <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?ibge/cnv/pibmunbba.def>> acessado em 31.05.2016.

⁴⁰Dados do Produto Interno Bruto per capita referentes ao ano de 2013, obtidos no site <<http://www.cidades.ibge.gov.br/>> acessado em 31/05/2016.

⁴¹Renda média domiciliar per capita do censo demográfico 2010, disponível em <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?ibge/censo/cnv/rendaba.def>> acessado em 31.05.2016.

⁴² Índice de Gini da renda domiciliar per capita do censo 2010 do IBGE, disponível em <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/ibge/censo/cnv/giniba.def>> acessado em 31.05.2016.

⁴³Dados referentes ao censo demográfico 2010, obtidos através do site <<http://www.cidades.ibge.gov.br/>> acessado em 31.05.2016.

Quadro 7- Indicadores sócio-demográficos dos municípios de regiões de saúde na Região Metropolitana de Fortaleza

Região de saúde	Município	População ⁴⁴	PIB ⁴⁵	PIB per capita ⁴⁶	Renda média domiciliar per capita ⁴⁷	Índice de Gini ⁴⁸	IDHM ⁴⁹
1ª região de saúde - Fortaleza	Aquiraz	77.717	1.428.404,8	18.748,91	344,50	0,4980	0,641
	Eusébio	51.127	2.077.064,4	41.999,08	605,08	0,6613	0,701
	Fortaleza	2.591.188	49.745.920,3	19.494,40	812,61	0,6267	0,754
	Itaitinga	38.540	337.222,3	8.943,70	274,06	0,5104	0,626
22ª região de saúde - Cascavel	Beberibe*	52.310	488.005,7	9.486,52	301,50	0,5606	0,638
	Cascavel	70.047	629.894,0	9.138,70	304,07	0,4893	0,646
	Chorozinho	19.192	110.875,5	5.778,68	275,03	0,5027	0,604
	Horizonte	63.365	1.203.414,7	19.863,57	317,75	0,4283	0,658
	Pacajus	68.800	777.818,7	11.694,76	347,59	0,4786	0,659
	Pindoretama	20.207	133.712,8	6.776,10	294,06	0,4587	0,636
	Ocara*	25.123	103.937,4	4.186,13	206,10	0,5326	0,594

* Municípios que não fazem parte da Região Metropolitana de Fortaleza.

Os indicadores observados nos quadros 6 e 7, explicitam discrepâncias intermunicipais existentes dentro de uma mesma região de saúde, coadunando com a observação de Magalhães (2010, p. XIV) ao afirmar que a desigualdade social continua sendo maior nas regiões metropolitanas. A autora enfatiza que *os municípios ricos e os mais pobres das regiões metropolitanas estão separados por um século de desenvolvimento humano*. Tais elementos coadunam com evidências obtidas a partir de alguns entrevistados, conforme exemplos a seguir.

Um município que tem que gastar por dia o que eu gasto por mês, com a população três vezes maior apenas, alguma coisa tá errada! Então, meu município arrecada um milhão e seiscentos por mês. São Francisco do Conde tem que gastar por dia. Então, alguma coisa tá de errado! Eu acho que a gente tá com sede, a água está ali e eu não posso beber. Eu acho que a solução tá próxima, tá fácil de se resolver pros municípios pequenos que ficam nessa área e não se resolve. E31-BA

⁴⁴Estimativa populacional 2015 do IBGE, disponível em <http://downloads.ibge.gov.br/downloads_estatisticas.htm> acessado em 31.05.2016.

⁴⁵Dados do Produto Interno Bruto referentes ao período 2013, obtidos no site <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?ibge/cnv/pibmunbce.def>> acessado em 31.05.2016.

⁴⁶Dados do Produto Interno Bruto per capita referentes ao ano de 2013, obtidos a partir do site <<http://www.cidades.ibge.gov.br/>> acessado em 31.05.2016.

⁴⁷Renda média domiciliar per capita do censo demográfico 2010, disponível em <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?ibge/censo/cnv/rendace.def>> acessado em 31.05.2016.

⁴⁸Índice de Gini da renda domiciliar per capita do censo 2010 do IBGE disponível em <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/ibge/censo/cnv/ginice.def>> acessado em 31.05.2016.

⁴⁹Dados referentes ao censo demográfico 2010, obtidos através do site <<http://www.cidades.ibge.gov.br/>> acessado em 31.05.2016.

*Aqui, na região metropolitana, você tem boa parte de município, alguns municípios ricos, isso era para ser um facilitador. Se juntar Salvador, Camaçari, Dias D'Ávila. Você tinha aqui alguns que recebem royalty do petróleo. Isso era para ser um facilitador, mas você não tem uma região de saúde forte. **Você tem cidades fortes, mas você não tem uma região! E26-BA***

*É mesma coisa de **um elefante com os carrapatozinhos**, essa cidadezinha, Eusébio, Aquiraz... O que o negócio mesmo pega é aqui em Fortaleza... E Fortaleza tem uma estrutura de saúde, de dinheiro, que não tá dando muita bola pra regional, não. Embora nós estejamos lá... mas a nossa colaboração é muito mais fraca do que eles tem. **E05-CE***

Os relatos apontam, de modo emblemático, paradoxos e oportunidades de fazer parte da região metropolitana. Revelam, sobretudo, a discrepância de arrecadação entre as distintas realidades municipais. Ao mesmo tempo em que a grande capacidade orçamentária poderia se converter em facilidades para o desenvolvimento da região, sua tendência concentrada em alguns municípios, em detrimento de outros, torna-se um entrave para o fortalecimento e equidade regional.

Assim, os indicadores e as entrevistas evidenciam a acentuada diferença orçamentária entre os municípios, a qual se converte em um fator fundamental de diferenciação entre eles. Essa diferenciação reverbera na relação intergestores na CIR e na gestão da região de saúde. Tal como afirma Rocha (2016), a heterogeneidade de capacidades financeiras e administrativas dos municípios para assumirem a gestão da saúde acaba conflitando com o princípio da equidade do SUS.

A concentração de populações e de atividades econômicas nas cidades, conforme Rojas (2010) produziu progresso sócio-econômico, posto que a urbanização é acompanhada de um aumento na renda per capita, além de mais oportunidades de emprego, maior potencial de ganhos e de acesso aos serviços pelas populações urbanas do que das rurais. De outro modo, também ponderamos que o processo de urbanização brasileira revela crescente associação com a pobreza, cujo locus passa a ser, sobretudo, a grande cidade (SANTOS, 2013b). Magalhães (2010) aponta uma inflexão no papel das áreas metropolitanas, que continuam absorvendo grande parcela de crescimento populacional, mas passam por estagnação econômica, apresentando aumento do desemprego e precarização das relações de trabalho.

Além das desigualdades reveladas pelos indicadores sócio-econômicos e de saúde, também é relevante destacar, tal como sinalizou alguns entrevistados na Bahia e no Ceará, que existem contrastes sócio-espaciais no interior do território metropolitano, expressos pela simultaneidade de áreas de riqueza com condomínios de luxo e áreas de pobreza com

favelização nas periferias; municípios com áreas industriais, portuárias e turísticas coexistindo com municípios com manutenção de áreas rurais. Verificamos que tais características são comuns tanto na Região Metropolitana de Salvador (ANDRADE e BRANDÃO, 2009) quanto na de Fortaleza (SILVA, 2009). As regiões metropolitanas tem crescentes dificuldades para induzir um padrão de crescimento integral ordenado e sustentável, que possa reduzir desequilíbrios característicos entre centro-periferia, impulsionar estratégias de descentralização das atividades econômicas e fortalecer pólos sub-regionais, configurando-se, portanto, o desafio de estruturar e ordenar o próprio território de modo a integrar políticas setoriais (MAGALHÃES, 2010).

Ao considerar o setor saúde, nas duas realidades pesquisadas, os entrevistados apontam especificidades comuns das regiões metropolitanas que podem ser convertidas em potencialidades tais como: a concentração de profissionais e melhores equipes gestoras; a concentração de equipamentos, tecnologia e serviços de saúde; a proximidade da capital e maior facilidade de deslocamento e de transporte em direção à mesma. Contudo, também apontam conflitos político-partidários mais acirrados entre capital e estado, bem como aspectos decorrentes da metropolização e da urbanização, elementos que interferem na configuração do sistema de saúde, nos fluxos da população e no acesso aos serviços.

Em Salvador, postos de saúde na região da BR 324, quarenta por cento das pessoas atendidas elas são de Simões Filho; quarenta por cento da medicação distribuída no sétimo centro em Itapuã, é de Lauro de Freitas em diante. Então, existe uma mescla, a cidade começou a virar uma coisa única, tá certo? Você não consegue controlar essa mobilidade... É uma pessoa tá em Lauro de Freitas, se ela trabalha em Salvador...porque é ingovernável mesmo! Na região metropolitana, você pega um ônibus e você sai no outro município, ou você vai andando. E35-BA

Quando você pega Simões Filho, Lauro de Freitas, por exemplo, é uma conurbação. Você não sente nem onde é a divisa de um para o outro né? São muito próximos e acaba que você também tem esse problema. E28-BA

A questão da urbana na área metropolitana do Cariri, ela não se diferencia do interior, ela é interior. É área urbana assim, de interior sabe, não é de metrópole. Aí eu acho que é isso que faz a diferença...A gente consegue trabalhar muito melhor na área metropolitana do Cariri do que na área metropolitana de Fortaleza... É a movimentação das pessoas na metrópole, por exemplo: aqui nós temos Caucaia e Fortaleza, a questão do trabalho é mão dupla. Nós temos pessoas residindo em Fortaleza e trabalhando em Caucaia e vice-versa. Maracanaú do mesmo jeito, Eusébio do mesmo jeito...você não tem mais área livre ao se deslocar de Fortaleza pra Caucaia. Nem de Fortaleza pra Maracanaú. Nem de Fortaleza pra Eusébio. Nem pra Aquiraz. Elas são, na verdade, áreas já onde nós temos trajetos contínuos de moradores, de residências, de lojas, de tudo o que você tem já se comunica. Você tem, você indo aqui de Fortaleza pra Eusébio você vê a área nobre de Fortaleza se deslocando pra dentro do Eusébio. E você vê a área pobre de Fortaleza de deslocando pra dentro de Caucaia. É um negócio de doido! E08-CE

Tais relatos ilustram as especificidades das regiões metropolitanas, conformando aglomerados urbanos que apresentam dinâmicas que se estendem além das fronteiras de uma autoridade local e apresentam forte interdependência funcional regional (econômica, social e político-administrativa), com mercado de trabalho e serviços envolvendo vários municípios, expressando problemas característicos que afetam tanto os pequenos quanto os grandes municípios das áreas metropolitanas (MAGALHÃES, 2010).

Essa interdependência funcional foi evidente nas entrevistas e na observação do cotidiano metropolitano das regiões estudadas, demonstrando, de modo acentuado, características como a conurbação⁵⁰, a espacialização “*das áreas nobres e das áreas pobres*”, a “*mobilidade incontrolável/ingovernável*” e o fluxo migratório cotidiano entre a capital e os municípios adjacentes em virtude do trabalho, da educação, da busca pelos serviços de saúde, dentre outros setores e serviços que afetam os modos de vida da população nessa trama territorial metropolitana. Outros autores apontam a maximização do papel metropolitano da capital, facilmente percebido pela forte intensidade dos fluxos pendulares de pessoas e mercadorias relacionados com trabalho, comércio, turismo, recreação, lazer e outros (S. SILVA, B. SILVA e M. SILVA, 2015).

Nos dois cenários estudados, foram comuns os relatos quanto às repercussões de tais especificidades metropolitanas para a regionalização do SUS, tal como exemplificado a seguir.

Hoje, tá comprometido, o processo de regionalização é complicado. Existe essa complexidade que eu lhe falei em relação ao estado como um todo e na região metropolitana, minha cara, [pausa e riso] é impossível você fazer a inversão de fluxo! E35-BA

O problema da região metropolitana é o seguinte: é que nós somos fracos em relação ao gigantismo das nossas metrópoles...ocorreu uma urbanização anárquica! Maluca! De uma proporção estúpida! ...a diferença é essa, é que no interior você realmente exerce esse processo de regionalização com mais tranquilidade e com mais eficácia. Na região metropolitana não. Então, isso é frágil... a região metropolitana é mais complicada, tá entendendo, do que o resto do estado. Porque ela movimenta muito com populações. E05-CE

Denotamos que o processo de regionalização do SUS é complexificado nas regiões metropolitanas, cujas especificidades impactam na organização e na gestão do sistema de saúde, tendo em vista a necessidade de construir alternativas institucionais, técnicas e financeiras, de forma intersetorial e negociada entre os gestores. Parafraseando os dizeres de

⁵⁰A conurbação é um processo comum nas regiões metropolitanas e pode ser caracterizada como o encontro das periferias de dois ou mais núcleos urbanos (ANDRADE e BRANDÃO, 2009).

dois entrevistados (um na Bahia e outro no Ceará): **“precisamos atuar nas regiões metropolitanas pra tentar resolver o caos delas”**, contudo **“nós somos fracos em relação ao gigantismo das nossas metrópoles.”** Ao particularizar o setor saúde, podemos dizer que tal gigantismo se expressa, por exemplo, na magnitude dos problemas epidemiológicos, no contingente populacional a ser atendido e nas dificuldades para organização e cobertura da rede de serviços, cujos indicadores metropolitanos impactam os indicadores estaduais, segundo ilustrado a seguir.

...como ela tem a maior população, é quem dá um impacto muito maior, um impacto negativo muito maior aos indicadores de saúde no estado como um todo. Quando a gente pega os dados de mortalidade materna na região metropolitana e em Salvador, ela é de assustar. Quando a gente pega dados como cobertura de atenção básica de Salvador, puxa a região toda pra baixo, né... Então, a suficiência de oferta pra cobertura populacional é sempre mais baixa. Daí que a decisão de fortalecer a metropolitana, ela é fundamental. E19-BA

Ainda que reconhecendo as diferenças entre o cenário baiano e o cearense, conforme evidenciado nos capítulos anteriores, avistamos a fragilidade das instâncias intergestoras regionais do SUS, diante da complexidade presente nas regiões metropolitanas de Fortaleza e de Salvador, para atuar no sentido de resolver os problemas do sistema de saúde regional metropolitano. Tal complexidade assenta-se em aspectos sociais, econômicos, políticos, dentre outros, mas suas consequências espraiam-se no setor saúde, demandando intervenções multi e intersetoriais, no sentido de estabelecer, segundo Testa (1995), os nexos entre os problemas e os espaços global e setorial. Ainda carecemos superar o desafio elencado por Milton Santos, cuja advertência revela que as regiões metropolitanas constituem-se em regiões de planejamento onde o que é feito não atende à problemática geral da área, limitando-se a aspectos setoriais (SANTOS, 2013b).

Ao problematizar a gestão metropolitana na América Latina, Rojas (2010) afirma que a despeito dos avanços no processo de descentralização, a capacidade institucional, financeira e de coordenação dos governos subnacionais para enfrentar os desafios impostos pelas áreas metropolitanas ainda é insuficiente. Para o autor, as dificuldades de gestão metropolitana têm origem em estruturas obsoletas e ineficientes de relações intergovernamentais, com atribuição de responsabilidades aos níveis subnacionais de governo, não sendo apoiadas por recursos suficientes nem pelo desenvolvimento de capacidades institucionais efetivas na gestão pública. Certamente cabe ponderações entre o Brasil e os demais países latino-americanos, contudo é coerente sinalizar que a análise de Rojas (2010) também permeia a realidade das regiões metropolitanas de Fortaleza e de Salvador.

Considerando que as áreas metropolitanas apresentam interdependência funcional e a dinâmica cotidiana dos modos de vida e de trabalho se dão para além das fronteiras municipais, há que se problematizar como tais aspectos manifestam-se no sistema de saúde. Neste sentido, três elementos foram os mais evidenciados pelas entrevistas, tanto na Bahia quanto no Ceará: a centralidade⁵¹ da capital, a concentração de serviços no território metropolitano e a mobilidade da população em busca de serviços de saúde.

a capital Salvador, ela tem uma especificidade que é característico de uma região metropolitana. Ela é a capital, sendo a capital ela tem maior concentração de serviços de saúde. Então, ela é um território em que você tem muita invasão de outros municípios... Então, quando chega Salvador que tem esse mundo de serviço, esse mundo de coisa aqui, é difícil ele ser igual a um território como Alagoinhas. Ela não tem essa estrutura toda, não tem essa invasão de pessoas. E03-BA

não tem uma divisão exata de como a regionalização, ela é trabalhada nessa metropolitana, por alguns motivos: primeiro tem a questão histórica de que a capital, ela detém a grande concentração dos serviços. Depois você tem uma região de saúde onde, uma hipótese: uma região de saúde com quatro municípios onde um tem 80 mil, outro tem 60 mil, outro tem 40 mil e o outro tem dois milhões. Então, obviamente que você tem um desenho totalmente atípico. Você tem no papel o desenho da região, aí você não tem uma pactuação bem definida, principalmente em relação à prestação de serviço pela capital, em relação aos serviços pactuados. Porque ela recebe pacientes de todo o estado, recebe paciente de todos os locais, tem um gerenciamento totalmente atípico. E07-CE

Uma realidade comum no cenário baiano e cearense é que as capitais, historicamente, concentram os serviços de saúde, sobretudo de maior densidade tecnológica, que constituem referência para todo o estado. Tal configuração histórica e política reverbera no processo de regionalização do SUS e na pactuação na região metropolitana, tendo em vista a centralidade e a relação de influência da capital sobre todo o território estadual e não apenas sobre os municípios da região de saúde da qual faz parte ou da região metropolitana. Outrossim, também é relevante sinalizar, conforme relato a seguir, que há elementos próprios das regiões metropolitanas que proporcionam uma demanda diferenciada por procedimentos e serviços de saúde, além da “força atrativa” da capital e da geração de demanda ocasionada pela própria existência da oferta.

Então, a demanda por serviço especializado da população da região metropolitana, proporcionalmente é muito maior do que em outras regiões do estado. Pela própria natureza da existência da oferta. Além de outras né, acesso à informação, acesso à comunicação, facilidades de deslocamento, transporte, fluxos. Tudo isso gera, digamos assim, no final da conta, demandas diferenciadas. E21-BA

⁵¹Atração que alguns espaços exercem a determinados tipos de fluxos; podem ser de diversos níveis (comercial, político, econômico) e escalas (urbana, regional, mundial) (ANDRADE e BRANDÃO, 2009).

Tais aspectos concorrem para intensificar o deslocamento e a referida “invasão” da população para acessar serviços de saúde. Segundo relatos, embora definida a regionalização territorial, “*você não tem muito esse controle porque o serviço quando existe, a população procura*”.

Eles fluem, eles vem por conta própria, eles vem por demanda espontânea... porque eles estão morando aqui próximo, procura, tem uma demanda espontânea, procura um familiar que mora aqui e se aproxima do município. E11-CE

As pessoas vão pra aqui, vão pra ali... o SUS tem umas características que são difíceis de você concretizar, na prática... 20% do que eu atendo aqui é dos municípios periféricos daqui. E eu não me surpreendo se o meu povo também daqui vai pra os outros municípios ser atendido lá. E09-CE

... nós não temos pactuação com esses municípios e terminamos tendo uma sobrecarga muito grande de pacientes desses municípios vizinhos, que sai da sua referência e vem buscar o nosso serviço aqui pela qualidade. E29-BA

O problema que eu enfrento aqui é que existe uma migração... porque hoje eu tenho na minha rede ambulatorial, praticamente, todas as especialidades médicas, exames de alta complexidade, por exemplo, a ressonância, a tomografia, endoscopia, ultrassom... o cara tem que ter o cartão SUS de (nome do município), só que todo mundo tem um parente que mora em (nome do município), ou seja, todo mundo vem e faz o cartão daqui e faz o exame aqui. E27-BA

Esse deslocamento populacional foi referido por todos os entrevistados, tanto no cenário cearense quanto no cenário baiano. Tal fluxo foi identificado em municípios adjacentes às capitais, que tiveram maior ampliação da oferta e melhor estruturação dos serviços, mas também ocorre com mais intensidade para Salvador e Fortaleza, tendo em vista maior “confiança” da população e os relatos de uma “cultura” de encaminhamento para a capital.

As pessoas não entendem a questão do cartão SUS... Aí quer fazer o cartão SUS aqui, quer fazer o cartão SUS em Salvador. Aí dá duplicidade! Ainda tem muita dificuldade porque as pessoas, pela proximidade, querem ir pra Salvador e fazer as coisas lá. E22-BA

Nós fomos trabalhar como esses gestores iam trabalhar nesse processo de pactuação, no processo de referência e contra-referência, nessa cultura de tudo do mundo ter que vir pra Fortaleza... que mesmo o município tendo algo a dar resposta, as pessoas só confiam se vier pra Fortaleza... Isso teve que se trabalhar. Isso a regionalização tinha que ir sendo trabalhado. E04-CE

As evidências denotam que os itinerários da população para acessar serviços de saúde, tais como consultas, exames e procedimentos de especialidades, destoam das estratégias de

gestão e de organização do sistema de saúde, tais como a pactuação formal expressa na PPI, o cartão SUS e o sistema de regulação do acesso. Neste sentido, é relevante atentar para os fluxos da população. Segundo Moura e Delgado (2016), os movimentos pendulares⁵² implicam regularidade e frequência habitual, sem mudança de domicílio, sendo bastante representativos dos processos de dispersão da população nas aglomerações metropolitanas, que têm se ampliado no número de pessoas que se deslocam e em termos físicos, considerando distâncias cada vez maiores em relação ao núcleo principal. Ao analisar a mobilidade pendular em regiões metropolitanas brasileiras, os referidos autores identificaram taxas de pendularidade⁵³ de 9,7% e 9,5%, respectivamente, nas Regiões Metropolitanas de Fortaleza e de Salvador.

A partir de tais achados verificamos que as taxas de pendularidade das referidas regiões são menores do que a média brasileira de 12,8%, mas, em números absolutos (153.060 pessoas na RM de Fortaleza e 154.469 pessoas na RM de Salvador), representam o deslocamento de grande volume de pessoas, resultando em interdependência entre os municípios e em integração crescente do território metropolitano, o qual se expande cada vez mais, ocasionando o deslocamento da população a distâncias cada vez maiores, em busca de trabalho e serviços específicos (MOURA e DELGADO, 2016).

Portanto, os fluxos populacionais no território metropolitano fogem aos traçados definidos pelos gestores de saúde, todavia representam informação fundamental para o planejamento e a gestão das políticas públicas, posto que indicam, conforme afirma Moura e Delgado (2016), vetores da expansão da ocupação urbana e de relacionamento entre os lugares. Pensamos que tal problemática pode ser associada a uma das dificuldades comuns em áreas metropolitanas, conforme aponta Rojas (2010), que diz respeito à participação dos habitantes em decisões que os afetam. À medida que as populações penetram nos territórios ocorre um desalinhamento entre os mesmos e as áreas afetadas por decisões de investimentos e prestação de serviços (ROJAS, 2010). Além disso, também reflete a dificuldade das prefeituras enfrentarem de forma individual, problemas que ultrapassam seus limites

⁵² Deslocamento pendular, de acordo com Moura e Delgado (2016, p. 10), corresponde ao fluxo de pessoas que trabalham e/ou estudam em município que não seja o de residência e se refere a deslocamentos não obrigatoriamente cotidianos, mas realizados com frequência e regularidade. A mobilidade pendular concentra-se mais em aglomerações metropolitanas e em outras aglomerações urbanas, expressando não só a área efetivamente aglomerada como também as direções da expansão do aglomerado, incluindo cada vez mais municípios distantes, porém integrados aos processos que induzem os fluxos.

⁵³ Relação percentual entre o número de pessoas ocupadas em outro município ou país estrangeiro, ou seja, que realiza movimento pendular para trabalho, sobre o total de ocupados (MOURA e DELGADO, 2016).

territoriais e avançam sobre territórios vizinhos, tornando-se problemas de nível metropolitano (MAGALHÃES, 2010).

É oportuno apontar os aspectos identificados acerca da delimitação das regiões de saúde no território metropolitano. Conforme explicitado anteriormente, tanto na Bahia quanto no Ceará, não há convergência entre a divisão administrativa das regiões metropolitanas e a composição das regiões de saúde. As entrevistas evidenciaram aspectos que permearam tal configuração: pertencimento à mesma região de saúde da capital, questões políticas e capacidade instalada catalizadora da resolutividade na região. Tais elementos expressaram-se de modo diferente nos dois cenários investigados.

Quanto ao primeiro aspecto, na Bahia, relatos destacaram a importância e o desejo de gestores municipais de pertencer à mesma região de saúde da capital, tendo em mira a possibilidade de maior acesso aos serviços de Salvador, o que foi apontado como uma das vantagens de estar na região metropolitana. Todavia, o cotidiano revela a “ilusão do maior acesso” posto que tais municípios deparam-se com dificuldades de acessar serviços, mesmo pactuados, pois concorrem com a demanda interna da capital e também de todo o estado não obtendo a pretensa garantia de acesso.

*Salvador em si é referência para o estado inteiro... então, é difícil você planejar uma região em que você é referência para o estado inteiro... a falta de acesso a muitos serviços na área da atenção ambulatorial especializada, na área hospitalar e essa falta de acesso faz tudo desembocar em Salvador. Então, todo o planejamento que você pensar no escopo de uma região, ele inviabiliza... se você tem que pensar que para ele vai vir todo o estado e uma demanda flutuante... você não tem como programar, fica meio caótico... **E27-BA***

*Na época que foi desenhado, ele fez questão de permanecer no desenho da região de Salvador. Por quê? Porque a região de Salvador tem tudo, então ele teve, na cabeça dele, garantia de acesso. Mas é capaz de Brumado acessar muito mais Salvador do que Pojuca. Então, isso não fica amarrado. As pessoas tem essa ilusão de que amarra, mas não amarra, isso não tá posto. **E03-BA***

*Salvador já tem uma população muito grande, né, e aí acaba que fica pouco serviço ofertado pra nós, pra outros municípios pra pactuar. Então, a nossa dificuldade também é essa, por que nós temos uma procura de serviço muito grande. Salvador não dá essa, essa demanda toda. **E22-BA***

*Na região metropolitana, também, a gente tem muita dificuldade no acesso a exames, a consultas. Nós temos uma pactuação que não, não, não supre 100%. **E30-BA***

No caso do Ceará, também identificamos a semelhante dificuldade de acesso dos municípios da mesma região de saúde aos serviços de saúde de Fortaleza, embora pactuados, tendo em vista o contingente populacional a ser atendido na rede de serviços. Contudo,

diferente do encontrado na Bahia, identificamos o desejo de municípios menores de pertencer à região de saúde diferente da capital. Inclusive foi revelado por alguns gestores municipais, regionais e estaduais a discussão anterior de proposta tendo em mira o “*desejo de separação*” dos municípios adjacentes da capital, modificando a configuração da região de saúde para que fosse composta apenas pela capital do estado.

Porque eu acho que a política da região metropolitana com a capital, ela tem que ser diferente das outras regiões de saúde do estado, porque a capital, ela por si só, ela absorve todos os serviços que há de referência, pela sua população. Sua própria população, ela já preenche todos os serviços criados dentro do seu território, entendeu? E se não tiver um sistema de regulação bem montado, nenhum município que tenha pactuação com ela consegue ter acesso a esses serviços. E07-CE

A gente sente assim, um pouco de dificuldade por fazer parte de Fortaleza, por que Fortaleza é muito grande. E, às vezes, a gente até pactua algumas coisas com o município de Fortaleza e a gente não consegue. Porque a demanda lá é muito grande e, às vezes, não dá pra suprir esses três municípios que depende dela... Eu gostaria de ter ficado pra lá, porque seria mais fácil conseguir, as coisas lá funciona beleza... Todo mundo consegue o que quer na policlínica (refere-se ao consórcio da 22ª região de saúde), tudo direitinho. E a gente aqui, nós não temos. E10-CE

Ao falar das questões políticas, as evidências apontam, nos dois cenários metropolitanos pesquisados, que as disputas político-partidárias espraiam-se para o setor saúde e interferem no funcionamento do mesmo. Os entrevistados referiram que, na região metropolitana, as disputas políticas são mais intensas, nos dizeres de um entrevistado “*são mais ranhentas*”, sobretudo por se tratar de disputas envolvendo os estados e as respectivas capitais.

Agora, ultimamente, tem se aproximado mais, mas antes era uma certa guerra, um não penetrava no outro. Agora, como é que você vai referenciar para as unidades que estão em Fortaleza no sistema estadual? ...essas dificuldade que sempre há de disputa entre a capital com o estado, agora tá melhor porque a política tá próxima... há um tempo atrás eram inimigos, governo e com o prefeito. Então, era difícilimo você trabalhar as referências entre o município de Fortaleza com o estado. Hoje já tá, são aliados, né? Já fica uma coisa mais fácil. E16-CE

Ainda há, até por ser de lados opostos politicamente, ainda há dentro de Salvador uma grande disputa, tanto pelo espaço, como pela oferta desse serviço, quem vai ofertar esse serviço. De fato, isso é um fator de dificuldade, né, por um crescimento aqui, com o fortalecimento da regionalização... é outra dificuldade aqui da nossa conformação e da região metropolitana, é grande a importância que ela tem da concentração aqui das forças de disputa política que existe aqui dentro. E33-BA

Outro aspecto, revelado na Bahia, mas não identificado no Ceará, refere-se à influência de questões político-partidárias na definição das regiões de saúde e de município-pólo na Região Metropolitana de Salvador. Segundo relatos, a idéia de delimitação das regiões de saúde da região metropolitana foi iniciada em 2000, tendo em vista a NOAS e a possibilidade de desenvolvimento de duas regiões de saúde, uma vinculada a Salvador e outra a Camaçari. Porém, os investimentos não ocorreram de modo a estruturar tais regiões, sendo mantida completa dependência entre ambas e a possibilidade técnica de redefinição das mesmas fica subsumida às disputas político-partidárias.

*E a NOAS trazia muito o desenho de serviços, M1, M2, M3. Então, havia a ideia de que Camaçari, o Hospital Geral de Camaçari, ele responderia para ter M1, M2, M3, depois poderia desenhar uma região lá, Salvador desenhar uma região cá. Porque havia o sonho de fazer um plano diretor de investimento que iria investir em Camaçari e iria investir em Salvador. E aí elas iriam tomar independência. Passou 2000, 2001, 2002, 2003, entrou 2005, 2006, 2008. Isso não aconteceu. Camaçari continua ainda refém de Salvador, dos serviços de Salvador, ela não decola mesmo... Camaçari só anda lá pro pólo petroquímico...não deslancha no SUS...Hoje vai ser difícil você fazer Camaçari e Salvador virar uma região só. Uma vez me disseram: "Camaçari é PT, Salvador é Democrata... Então juntar isso aí!" Aí você tem que peitar, você tem que ir pra cima porque não é o político que tem que prevalecer, tem o técnico. "Mas eu não posso desprestigiar que tem essa configuração. Eu vou desprestigiar Camaçari e botar pra ser ligada a Salvador?" Tem esse tom que usam muito. **E03-BA***

No Ceará, embora também tenham sido relatadas maiores disputas políticas na região metropolitana de Fortaleza, não identificamos evidências quanto à interferências de tais elementos na delimitação das regiões de saúde. Conforme as entrevistas, houve redefinição das regiões de saúde na área metropolitana de Fortaleza⁵⁴, tendo em vista aspectos técnicos quanto à capacidade instalada da rede no sentido de possibilitar resolutividade dentro da região de saúde, evitando dependência da capital.

A região de saúde, segundo preceitua o decreto 7508/2011, é um espaço geográfico contínuo, constituído por agrupamentos de municípios limítrofes, delimitado a partir de identidades culturais, econômicas e sociais e de redes de comunicação e infraestrutura de transportes compartilhados, com finalidade de integrar a organização, o planejamento e a execução de ações e serviços de saúde, devendo conter, no mínimo, ações e serviços de atenção primária, urgência e emergência, atenção psicossocial, vigilância em saúde, atenção ambulatorial especializada e hospitalar (BRASIL, 2011).

⁵⁴ Conforme resolução 114/2005 da CIB Ceará, houve criação da 22ª microrregião de saúde, em 2005, com sede no município de Cascavel, constituída pelos municípios de Cascavel, Beberibe, Pindoretama, Horizonte, Pacajus, Chorozinho e Ocara (CEARÁ, 2005).

Ao comparar esta definição do decreto 7508/2011 com os relatos de configuração das regiões de saúde, nos caso da Bahia e do Ceará, dois aspectos são destacados: a continuidade territorial e a resolutividade mínima da rede regional. No que diz respeito à continuidade territorial entre municípios limítrofes, característica percebida nas regiões do Ceará, mas diferente na 2ª região de Camaçari na Bahia, considerando que o território do município de Conde não é contínuo com os demais municípios da região de saúde. Os relatos sobre as causas para a delimitação dessa região de saúde foram variados. As diferentes justificativas dos entrevistados relacionaram tal fato à interligação dos municípios através de rodovia, relatando ser mais fácil e rápido o fluxo de acesso à Camaçari, bem como à interferências de natureza político-partidária tendo em vista as “brigas políticas” entre prefeitos e líderes políticos locais.

Ao focar especificamente a independência entre as regiões de saúde acerca da estruturação da capacidade instalada da rede regional e da resolutividade mínima de tal rede, encontramos contrastes importantes entre os cenários metropolitanos estudados. Denotamos uma grande dependência resolutiva da 2ª região de Camaçari em relação à 1ª região de Salvador e uma maior organização e resolutividade da 22ª região de Cascavel em relação à 1ª região de Fortaleza, conforme apontam relatos a seguir.

*No caso da região metropolitana de Salvador, ela reúne duas microrregiões. A sediada em Camaçari e a sediada em Salvador. Agora, o que a gente tem observado, inclusive é que são duas micros que, na verdade, a micro de Camaçari tem **uma dependência muito intensa de Salvador**. É o que eu falei, a oferta de serviços de Camaçari, Camaçari tem um único hospital que foi construído, inaugurado no governo de Waldir Pires. **É um hospital estadual que foi projetado pra uma cidade que, na época, não tinha nem cem mil habitantes. Hoje, como eu falei, Camaçari já tem uma população muito superior e não acrescentou um único leito.** E21-BA*

*Essa divisão aconteceu justamente pra poder facilitar a pactuação entre os municípios né, e evitar com que muitos desses serviços desses municípios, viessem pactuar na capital. Entendeu, porque você tem alguns municípios como Cascavel, Horizonte, Pacajus que são **municípios que tem uma capacidade instalada de prestação de serviços muito boa**. Serviços municipais e que até então não ofertava pra ninguém... Então com a criação da 22ª, esses municípios passaram também a ofertar serviços para outros municípios, para os municípios da 22ª região. E aí eles, hoje, já **tem um poder de resolução bem interessante e com isso muitos dos seus problemas já são resolvidos lá dentro na própria 22ª.** E07-CE*

Diante de tais exemplos emblemáticos, denotamos que, embora tenhamos identificado semelhanças acerca das disputas político-partidárias, da concentração de serviços, dos fluxos de encaminhamentos direcionados para a capital e das dificuldades de acesso, há aspectos divergentes entre a Região Metropolitana de Salvador e a de Fortaleza, que permeiam as bases

para delimitação das regiões de saúde, a postura dos municípios adjacentes e dos estados no sentido de organizar e expandir serviços para reduzir o fluxo para as capitais, além da configuração do sistema municipal de saúde das capitais.

No Ceará, verificamos maior estruturação de serviços de referência resolutivos em municípios da área metropolitana, no intuito de minimizar dependência e migração para Fortaleza. Através das entrevistas, análise de resoluções, observação de reuniões e visitas à estruturas de serviços de saúde de referência regionais, denotamos esforços, tanto dos municípios, no sentido de estruturar sua rede própria, quanto do estado fomentando a criação de estruturas de referência secundária e terciária, tais como as policlínicas e centros de especialidades odontológicas (CEO) de abrangência regional e hospitais macrorregionais.

*Eles estão num sentido que **a gente precisa pra tirar essa dependência de Fortaleza, dessa população a Fortaleza, você estruturar um novo polo em que ele seja assegurado pra Cascavel, antes de chegar a Fortaleza e é Eusébio. E aí Eusébio, ele tá sendo estruturado fisicamente, com equipamento de saúde, com estrutura que garanta intervenção maior pra poder evitar este fluxo pra cá... a construção de policlínicas nesses territórios, eles estão, de uma certa forma, reduzindo a transferência, a vinda deles pra Fortaleza... Eusébio, Aquiraz e Itaitinga, eles três, se possível, eles queriam total independência de Fortaleza. É tanto que Eusébio, pra eles, tá sendo a oportunidade de reduzir os pacientes pra Fortaleza. Porque aqui tá sendo estruturado vários serviços, em Eusébio... Então, todos os serviços em que tem um grande fluxo pra Fortaleza, nós estamos, na verdade, implementando em Eusébio. UTI adulto, UTI neo, UCI, hospital, porta de entrada pra atendimento de trauma, tudo tá sendo pra cá. Pra poder garantir um encaminhamento pra Fortaleza, só dos serviços de alta complexidade. E08-CE***

*As regiões estão se consolidando. Com a consolidação da região de saúde, o que é que ocorre? O resíduo, apenas o resíduo que a região não atende é que vem pra Fortaleza. E aí também possibilita Fortaleza se organizar, né? Fortaleza, eu acho que começa a se organizar. Esse é um ponto! Outro ponto é que, diante dessa situação de Fortaleza não assistir, assim de forma razoável a nossa demanda, **os municípios começaram a protagonizar**. Alguns municípios, que desejam ter seus serviços pra atender... De certa forma, forçou os municípios a fazer um investimento em saúde, grande! ...Porque se você for depender de Fortaleza pra fazer uma consulta de oftalmologia, de pediatria, de ginecologia, de endócrino, disso, daquilo, você não vai conseguir NUNCA! (fala com ênfase). E09-CE*

Identificamos diversas revisões do PDR cearense, evidenciando alterações nas delimitações das microrregiões e macrorregiões como consequência do aumento da capacidade da oferta de serviços de média e alta complexidade no território estadual, inclusive em áreas mais afastadas da Região Metropolitana de Fortaleza, onde já existe concentração de serviços e profissionais, no intuito de reduzir o fluxo para a mesma. Tais aspectos são descritos, por exemplo, nas resoluções CIB-CE que criam a 4ª Macrorregião de Saúde do Sertão Central e a 5ª Macrorregião de Saúde do Litoral Leste/Jaguaribe, respectivamente em 2011 e em 2014 (CEARÁ, 2011; CEARÁ, 2014).

No caso da Bahia, denotamos que a maioria dos municípios da Região Metropolitana de Salvador, mesmo o município definido como pólo de região, não alavancaram, como esperado, a organização do sistema de saúde municipal. Também não identificamos nenhum relato sugerindo intenção de desvincularem-se da capital ou organizarem-se articuladamente em conjunto para reduzir a dependência de Salvador.

*Alguns municípios que você considera região metropolitana, eu acho que até **por Salvador tá próximo, por Salvador sediar serviços, muitos até não avançam nesse aspecto de atender a sua população no seu próprio território.** Você pega exemplos como Simões Filho, você pode pegar exemplos como o próprio Lauro de Freitas, Camaçari, enfim, os municípios aqui da própria ilha, que tão próximos, são municípios que apresentam as mesmas dificuldades, mesmo tendo o atrativo de tá próximo da capital para atrair profissional, para fixar profissional, mas acaba que eles apresentam essa dificuldade e também demandam **pra capital os seus procedimentos de média e principalmente de alta que tá sob a mão, ou seja, o domínio do estado.** E28-BA*

*Na região metropolitana, situações também que não pode deixar de ser comentada. Em Camaçari, que hoje é o **quarto município da Bahia em população, é o segundo em renda per capita e não tem nenhuma oferta própria de atenção hospitalar, nem contratada. Não tem um leito contratado pela gestão municipal de Camaçari, apesar de estar em gestão plena.** E21-BA*

***Porque tudo na realidade, a gente procura Salvador.** Vera Cruz procura Salvador, Itaparica procura Salvador, São Sebastião procura Salvador, Santo Amaro... São Francisco do Conde, eu não entendo como São Francisco do Conde, um município como São Francisco do Conde, **um município que deveria ter toda uma infraestrutura, desde a gestão plena, desde tudo, tomógrafo, ressonância magnética, porque dinheiro tem! tá?! E deveria ser referência!** E31-BA*

Tais relatos ilustram um panorama geral das regiões de saúde da Região Metropolitana de Salvador. Há um quadro com (des)organização da maioria dos municípios, inclusive da capital, com várias estruturas e prestação de serviços de saúde ainda concentrados pelo estado. Uma das características comuns é que, apesar da importância econômica de municípios com grande arrecadação financeira, estes não têm rede própria muito estruturada e nem capacidade resolutiva. Então, desencadeia uma grande fragilidade regional na atenção secundária e na atenção terciária. Salvo raras exceções, identificamos preocupação de alguns gestores quanto à organização do sistema de saúde do seu município, mas referindo dificuldades, ou por não ter receita suficiente para manter as alterações pretendidas ou por se configurar o chamado “*padrão exploratório*”, conforme citado a seguir:

Alguns municípios estão sofrendo muito, sofrendo por quê quando a gente melhora a qualidade de saúde e o nosso vizinho não melhora, a gente conseqüentemente recebe uma sobrecarga de pacientes que não são do nosso município e a gente

termina perdendo o controle. Medicamento a gente não tem mais controle, vagas de especialidades, exames... E29-BA

Contrariamente, as evidências nos dois cenários metropolitanos analisados revelam posturas de protagonismo versus inércia. No Ceará, observamos o estado e, sobretudo, os municípios mobilizados para organizar estruturas/serviços de saúde capazes de aumentar resolutividade regional, articulando-se para estruturação de pólos alternativos na região metropolitana, no intuito de reduzir a dependência do sistema municipal de saúde de Fortaleza. Na Bahia, embora existam municípios considerados “ricos”, com grande poder econômico, ainda persiste o não desenvolvimento dos sistemas municipais de saúde do entorno de Salvador, nem articulação catalisadora de estruturas de saúde regionais resolutivas, reforçando a dependência dos serviços de saúde situados na capital, grande parte ainda sob gestão estadual.

Tal achado é bem contrastante nas entrevistas entre os dois estados e carece de maior aprofundamento analítico quanto às suas causas. Considerando o perfil econômico de municípios da Região Metropolitana de Salvador, citados nas entrevistas, podemos denotar que o maior gargalo não está circunscrito à indisponibilidade de recursos financeiros, fato que representa um grave problema para a maioria das cidades brasileiras e metropolitanas que dependem do recebimento de transferências intergovernamentais (RODRIGUES et al, 2010; MAGALHÃES, 2010).

Conforme apresentado nos quadros 6 e 7, comparativamente, verificamos que, no geral, os municípios metropolitanos do cenário baiano apresentam maior PIB e PIB per capita do que os municípios metropolitanos do cenário cearense. Em contrapartida, apresentam mais debilidade no desenvolvimento do sistema de saúde e das instâncias intergestoras regionais, quando comparado aos municípios cearenses, conforme identificamos nos relatos. Tais municípios baianos estão vinculados a atividades econômicas importantes na Bahia, como turismo, pólo industrial⁵⁵, indústria petrolífera⁵⁶. Segundo afirma um dos entrevistados, acerca

⁵⁵ O Pólo Industrial de Camaçari, iniciado em 1978, é o primeiro complexo petroquímico planejado do País, está localizado no município de Camaçari, a 50 quilômetros de Salvador e é o maior complexo industrial integrado do Hemisfério Sul. É composto por mais de 90 empresas químicas, petroquímicas e de outros ramos de atividade como indústria automotiva, de pneus, celulose solúvel, metalurgia, têxtil, fertilizantes, energia eólica, fármacos, bebidas e serviços. Informações disponíveis no site do Comitê de Fomento Industrial de Camaçari: <<http://www.coficpolo.com.br/>> acessado em 03.06.2016.

⁵⁶ A Refinaria Landulpho Alves (RLAM), segunda maior refinaria brasileira em complexidade e capacidade instalada, localiza-se no município de São Francisco do Conde. Foi a primeira refinaria nacional de petróleo, criada em setembro de 1950, impulsionada pela descoberta do petróleo na Bahia. Possibilitou o desenvolvimento do primeiro complexo petroquímico planejado do país, o Pólo Petroquímico de Camaçari. Nesta refinaria são refinados, diariamente, 31 tipos de produtos das mais diversas formas, além de ser a única produtora nacional de uma parafina de teor alimentício utilizada para fabricação de chocolates, chicletes, entre outros, e de n-parafinas

do desinteresse de tais municípios em participar da instância intergestora regional do SUS, “são os municípios que tem os royalties do petróleo e que o dinheiro do SUS não representa pra eles. Então, assim: por que eu vou pra CIR?”

Talvez, nuances de tal situação possam estar relacionadas ao histórico do processo de municipalização na Bahia e ao papel do estado como importante prestador de serviços de saúde, ainda concentrando e responsabilizando-se por muitas estruturas hospitalares e centros de referência estaduais, sobretudo em Salvador. Alguns entrevistados chegam a usar o termo “*papai estado*”, fornecendo pistas para a (des)responsabilização de alguns municípios quanto à ampliação e desenvolvimento da rede própria de serviços municipais. No geral, essa característica da maioria dos municípios, inclusive da capital, pode ser exemplificada pelos relatos emblemáticos que se seguem.

Não tem rede própria hospitalar, né, mas apenas uma rede básica e alguns poucos pronto-atendimentos. É, acho que tem alguns fatores aí, o próprio fato da capital concentrar muitos serviços da rede própria do estado cria uma certa condição de, eu diria, de comodismo de facilidades para a não priorização por parte da gestão municipal, tipo assim ó: “Tem quem faça, tem quem assuma a responsabilidade.” Mesmo assumindo a gestão plena. E21-BA

Como é dentro do território de Salvador, você tem a rede estadual hospitalar que é forte, na verdade, você não tem um hospital municipal. Em Salvador, de urgência, nem hospital geral. Muito menos em Lauro de Freitas, muito menos em Camaçari. Território metropolitano, toda região metropolitana. Então, todas as portas de urgência da região metropolitana de Salvador a gente pode afirmar que são portas de urgência estadual. Você vai ter unidades municipais ali, acolá, mas muito pequenas, como maternidade, como é a de Pojuca né, enfim. Os pronto atendimentos em Salvador, agora as UPAs, que já foram inauguradas nesse ano, algumas UPAs. E19-BA

Portanto, configura-se a situação referida por Rodrigues et al (2010) com dependência estrutural de municípios, não apenas à União e aos estados, mas também à municípios circunvizinhos, sobretudo as capitais, devido a melhor capacidade instalada de serviços de média e alta complexidade.

Outro ponto relevante é que, embora tenha ocorrido uma expansão importante de estruturas hospitalares para outras regiões do estado, historicamente há uma ênfase em Salvador, o qual ainda é “*referência pra tudo e pra todos*”, conforme afirma um dos entrevistados, não sendo construído historicamente um protagonismo do estado em fomentar

- matéria-prima na produção de detergentes biodegradáveis. Está ligada ao Terminal de Madre de Deus (Temadre), atende a estados da região norte e nordeste e alguns produtos são exportados para Estados Unidos, Argentina e países da Europa. Informações disponíveis no site da Petrobrás: <<http://www.petrobras.com.br/pt/nossas-atividades/principais-operacoes/refinarias/refinaria-landulpho-alves-rlam.htm>> acessado em 09.07.2016.

o desenvolvimento de serviços de saúde regionais metropolitanos, fora de Salvador, tal como verificado na Região Metropolitana de Fortaleza. Emerge a necessidade de expandir serviços regionais para fora da capital e, parafraseando um dos gestores entrevistados na Bahia, “fazer com que eles sejam uma região metropolitana mesmo. Ela é uma região metropolitana, mas com tudo concentrado na capital.”

Ademais, é relevante explicitar algumas semelhanças e diferenças entre as capitais Salvador e Fortaleza, considerando a importância das mesmas para as respectivas regiões metropolitanas e os estados. Os relatos evidenciaram semelhanças no que se refere às dificuldades de organização e de gestão do sistema de saúde das capitais, no sentido de conseguir atender toda a população referenciada tendo em vista a pactuação com os demais municípios e a compatibilização com a demanda da própria capital.

*Nós temos uma capital que apesar de estar em gestão plena ela não tem uma oferta própria importante de serviços, tem dificuldades pra fazer a gestão e digamos assim, nunca houve efetiva priorização pra que pudesse superar as principais dificuldades... a gente tinha mais de cem equipes de saúde da família sem médico em Salvador, em uma cobertura das mais baixas. De lá pra cá aumentou bastante a cobertura e melhorou com o preenchimento desses postos e a secretaria municipal tem feito a tentativa de ampliar a oferta de alguns pronto atendimentos, isso fez com que aumentasse um pouco a oferta de serviços, mas muito distante do que são efetivamente as responsabilidades da gestão plena, né. Isso tanto no que diz respeito à relação com os usuários residentes e, ainda mais fortemente, com aqueles que vem de outros municípios em busca de uma referência de atenção especializada de maior complexidade, né. **E21-BA***

*Essa capacidade de oferta de serviços que Fortaleza dispõe nunca foi organizada de forma muito racional, de tal maneira que Fortaleza, embora, há algum tempo atrás, era um pólo estadual, com o processo de regionalização passou a ser um pólo macroestadual, mas também é um pólo regional. E isso tudo coloca uma responsabilidade muito grande na rede de Fortaleza, que eu diria que hoje não garante e não assiste as necessidades dos municípios, nem da macrorregião, nem tão pouco da região de saúde. Ou por desorganização, ou por problemas de gestão do município de Fortaleza, que são recorrentes. Eu observo agora alguma mudança, porém, um olhar para trás é o que revela uma grande desorganização. Então, embora seja oficialmente pólo, Fortaleza nunca conseguiu ser pólo de verdade, no sentido de assegurar aos municípios menores, essa condição de ver os seus serviços sendo realizados lá em Fortaleza, suas referências ocorrendo na prática. **E09-CE***

Por outro lado, há contrastes importantes no que diz respeito à rede própria das capitais. Como enfatizado por muitos entrevistados, Salvador tem um histórico de muitas deficiências na rede própria do seu sistema de saúde, baixa cobertura do Programa de Saúde da Família (PSF) e não possui nenhum hospital municipal. Fortaleza possui situação distinta, apresentando uma rede própria importante, com vários hospitais e uma das maiores coberturas do PSF no Brasil.

Entrevistados, na Bahia e no Ceará, convergiram na ênfase quanto à importância da organização regional interna do sistema de saúde das capitais, considerada como uma etapa fundamental para o processo de regionalização nas regiões metropolitanas e no estado como um todo. Nesse aspecto, cabe destacar a diferença entre Salvador e Fortaleza, divididas, respectivamente, em 12 Distritos Sanitários e em 07 Regionais de Saúde, todavia com estruturas bem distintas, conforme denotam os seguintes depoimentos.

Salvador é espelho, porque aqui a saúde é regionalizada, os sistemas distritais... você tem doze distritos, aí você vai fazer uma análise, sem autonomia, sem orçamento, sem capacidade técnica. Você vai para uma reunião, quem deveria tá pensando a saúde nos distritos vem com mais demandas do que quem não tá inserido, entendeu? E26-BA

Eles tem seis regionais de saúde, Fortaleza. Sete, que tem agora a do centro. Com estruturas melhores do que as minhas. Se você chega na regional, qualquer regional de saúde dessa de Fortaleza, são estruturas enormes, pesadas, né. Com muitos hospitais municipais. E05-CE

As evidências denotam uma dupla perspectiva que permeia o SUS em regiões metropolitanas. Ao tempo em que o sistema de saúde das capitais desempenha um papel fundamental nas regiões de saúde do território metropolitano, também é essencial o êxito dos municípios adjacentes e a organização de serviços de referência para a região de saúde, fora das capitais, no intuito de reduzir a dependência das mesmas. Neste sentido, são demandados processos de negociação e pactuação, num cenário perpassado por intensas disputas políticas e desigualdades sócio-econômicas, específicas da área metropolitana, requerendo relações cooperativas/interdependentes entre gestores de municípios com realidades e portes muito distintos.

Resumidamente, demonstramos os principais elementos acerca do histórico e das especificidades metropolitanas analisadas neste capítulo através do quadro 8 com a síntese comparativa I.

Quadro 8- Síntese Comparativa I-Históricos estaduais e especificidades metropolitanas⁵⁷

Área Metropolitana de Fortaleza – Ceará	Área Metropolitana de Salvador – Bahia	Fontes
<p>Fixação da equipe técnica dirigente da SESA mesmo com mudança do grupo político eleito. Há alteração dos cargos, mas os técnicos permanecem na instituição.</p> <p>Predomínio de secretários estaduais de saúde com perfil e atuação vinculados ao Movimento Sanitário.</p> <p>Gestão estadual sem grandes rupturas, com continuidade de lideranças da equipe técnica dirigente, muitos deles ligados ao Movimento Sanitário do estado.</p> <p>Definição das regiões de saúde não coincide com divisão administrativa da RMF.</p> <p>Municípios da região metropolitana divididos em diferentes regiões de saúde e diferentes CRES.</p> <p>Fortes desigualdades intrarregionais entre municípios metropolitanos, influenciando relação intergestores e processos de negociação na CIR.</p> <p>Capital com rede própria de hospitais e unidades de referência, além das unidades estaduais (sob gestão municipal).</p> <p>Capital é referência para outras regiões de saúde do estado, mas problemas para acessar serviços pactuados.</p> <p>Fluxo independente de usuários para utilização de serviços nos municípios metropolitanos, sobretudo de Fortaleza, desviando-se dos fluxos e pactuações formais estabelecidas entre os gestores (relato/conversa com usuários de município da RMF, além dos gestores).</p>	<p>Rotatividade da equipe técnica dirigente da SESAB tendo em vista os grupos políticos eleitos.</p> <p>Predomínio de secretários estaduais de saúde com perfil e atuação distanciados do Movimento Sanitário.</p> <p>Grande ruptura na gestão estadual, gerando descontinuidade na equipe técnica estadual.</p> <p>Região metropolitana marcada por grandes desigualdades sócio-econômicas entre os municípios.</p> <p>Definição das regiões de saúde não coincide com divisão administrativa da RMS.</p> <p>Municípios da região metropolitana divididos em diferentes regiões de saúde, mas vinculados à mesma DIRES / NRS.</p> <p>Fortes desigualdades intrarregionais entre municípios metropolitanos, influenciando relação intergestores e processos de negociação na CIR.</p> <p>Capital com nenhum hospital municipal e pequena rede de serviços. Dependência dos centros de especialidades e dos hospitais filantrópicos ou sob gestão estadual.</p> <p>Capital é referência para todas as regiões de saúde do estado, mas problemas para acessar serviços pactuados.</p> <p>Fluxo independente de usuários para utilização de serviços nos municípios metropolitanos, sobretudo de Salvador, desviando-se dos fluxos e pactuações formais estabelecidas entre os gestores.</p>	<p>Entrevistas, Diário de campo e Observação participante</p>

⁵⁷ Estes resultados correspondem às evidências constatadas no período de coleta de dados em campo, posteriormente podem ter havido mudanças.

6 FUNCIONAMENTO E ORGANIZAÇÃO DAS COMISSÕES INTERGESTORES REGIONAIS (CIR)

Este capítulo apresenta caracterização do funcionamento e da organização das Comissões Intergestores Regionais (CIR) na Região Metropolitana de Fortaleza (RMF) e na Região Metropolitana de Salvador (RMS). Buscamos o afastamento de uma análise maniqueísta e tentamos nos aproximar da realidade, identificando diferenças e semelhanças em cada cenário e os possíveis aspectos explicativos.

É conveniente destacar que, na Bahia, todos os municípios da Região Metropolitana de Salvador estão divididos em duas CIR, da 1ª e 2ª regiões de saúde, respectivamente CIR-Salvador e CIR-Camaçari, ambas no território de abrangência da 1ª Dires, atualmente Núcleo Regional de Saúde Leste (NRS). No caso do Ceará, os municípios estão subdivididos em várias regiões, contudo a 1ª e a 22ª regiões, respectivamente CIR-Fortaleza e CIR-Cascavel, onde há predomínio de municípios da RMF, é que estão no território de atuação da 1ª CRES.

Tal análise foi tecida a partir do conteúdo encontrado nos documentos institucionais, sobretudo os regimentos e as atas, observações de reuniões das CIR e de reuniões de outras instâncias, tais como CIB e COSEMS, além de conversas informais e entrevistas. Embora o foco seja as referidas comissões, em alguns momentos os relatos dos entrevistados fizeram referências, no geral, ao processo vivido pela CIR em outras regiões do território estadual; em outros, especificaram comparações entre elas e as CIR das Regiões Metropolitanas, sobretudo pelas singularidades das capitais. Tendo em vista a extensão e a diversidade do conteúdo abordado, dividimos didaticamente em subtópicos para facilitar a leitura e a apresentação dos mesmos, mas certamente há pontos de interseção entre eles. Ao final, articulamos a realidade encontrada a elementos abstrato-formais (TESTA, 1995), no sentido de configurar as formas organizativas de poder focando no espaço e nos procedimentos identificados na CIR.

6.1 Construção do regimento

O processo de construção dos regimentos das Comissões Intergestores Regionais em cada estado, conforme entrevistas, apresentou diferenças importantes de serem sinalizadas e, de certo modo, refletem a trajetória de implementação das instâncias regionais e a institucionalização das mesmas nos cenários analisados. Na BA, os relatos descrevem que o regimento de 2013 foi elaborado por uma comissão com representantes do COSEMS e da

SESAB que, após formulação, foi submetido e homologado na CIB. Posteriormente, após reforma administrativa de dezembro de 2014 extinguindo as DIRES, o regimento foi reformulado e publicada uma nova resolução em 2015, com alterações no mesmo. O mais relevante destacar é que o conteúdo do referido documento resulta de um processo lento e difícil, perpassado por tensões e conflitos entre os entes estado e municípios. Este enfrentamento é consequência da disputa pelo controle dos recursos repassados pelo Ministério da Saúde para implementação das CIR, que, na época de implementação dos Colegiados de Gestão Microrregional (CGMR), ficavam sob responsabilidade do município pólo da região. Tais elementos são destacados no depoimento em seguida.

Aquele regimento que você vai ler, todos os itens ali foi exaustivamente negociado pra gente chegar àquilo. Levou seis meses de um regimento que já tinha um ano discutindo... havia o movimento de quase um ano de refazer, inclusive com comissão formada, tudo, de readequar o regimento da CIB para absorver as CIR. Só que isto foi muito, mas muito mais complicado politicamente do que eu pensava, eu pensava que era uma coisa que ia sair simples. Primeiro, a resistência do COSEMS de aceitar a idéia de que sairia da cidade pólo e viria para o estado...Isso deu um monte de interpretação. Porque as pessoas achavam que o estado é que ia mandar... foi muito difícil. Ficamos uns seis meses negociando isso. Negociando, negociando letra por letra do regimento. Assim, de a gente ter reunião até oito, nove horas da noite e outra, os representantes do COSEMS lendo preposição, se é “de”, se é “para”, pra poder medir todas as palavras que.. foi uma negociação exaustiva e o que tava por trás disso, que não foi explicitado e que depois que eu percebi, era a questão do recurso que agora viria para dentro da regional. Aí foi, isso foi difícil.
E01-BA

Nenhum dos entrevistados relatou dificuldades para a elaboração do regimento das CIR no Ceará. Os relatos convergiram sinalizando apenas a alteração do nome nesse processo de implantação das CIR. Acreditamos que isso é resultante do fato de gestores municipais, regionais e estaduais, em todas as regiões do estado, já vivenciarem a implementação de instâncias colegiadas intergestoras regionais, desde o final da década de 90. Merece ser sinalizada a estratégia para reformulação do regimento, expressando um processo de construção diferente do desenvolvido na Bahia.

*Agora mesmo nós fizemos uma revisão desse regimento, participaram através de oficinas, não só gestores municipais, mas a representação da secretaria na região participaram. Fizemos uma plenária na própria CIB e depois, com as recomendações que foram dadas, a câmara técnica de gestão da CIB se reuniu pra rever esse documento, fazer a finalização para poder levar à CIB pra homologação final. É um processo de construção coletiva... Nós temos tido a oportunidade de estar trabalhando de maneira em que os **gestores municipais possam participar ativamente de todo a construção, pra que depois não haja nenhum questionamento quando da aplicação do regimento.***
E08-CE

Essa construção mais coletiva, descrita no relato, converge com estratégias utilizadas no histórico de implantação dos sistemas microrregionais no estado, conforme identificamos em documentos institucionais (CEARÁ, 2002a). Verificamos um processo mais ampliado e coletivo que primou pela participação dos diversos atores responsáveis pela implementação da referida instância intergestora, potencializando a compreensão e incorporação das mudanças propostas.

É muito emblemático no relato de E08-CE, a preocupação com a participação ativa dos gestores regionais e municipais, vislumbrando a aplicação futura do regimento no cotidiano da CIR. Tal perspectiva se revela contrária à verificada na Bahia, onde relatos que emergiram de gestores municipais e regionais, ao serem questionados quanto ao regimento da CIR, revelaram os seguintes aspectos:

Eu até propus: 'Vamos fazer uma revisão desse regimento, né?! Vamos marcar uma reunião entre os secretários com (cita o nome de representante regional) pra gente rever. Rever todo o regimento, porque eu acho que foi um copiar colar de algum, de outro, que terminou não surtindo efeito. E29-BA

Mudou-se no regimento interno e a gente não entendeu o porquê. Que eu acho que não teve aprovação nem da CIB que municípios acima de 100 mil a 120 mil habitantes teria um representante legal que seria o subsecretário e etc, não pode mais. Então, isso que vai dificultar mais ainda, entende?! Isso teve apoio do COSEMS, parece. Mas não chegou a ser votado, não sei. Eu acho que foi. Eu entendo que é uma questão mais arbitrária, viu?! Não, não gostei muito não. E31-BA

P: E a construção do regimento da CIR, você sabe como é que funcionou essa construção e essa alteração?

E22: Não. Não sei! Eu não fui chamada, eu não fui convidada. Porque sempre que me convidam, sempre eu faço questão de tá em tudo. Mas eu não fui convidada, eu já fui pra ver quais eram as mudanças. E22-BA

Tais depoimentos evidenciam um processo de construção restrito, sem participação ampliada do coletivo de gestores e demonstram um duplo descontentamento. Além de desconhecer o processo de formulação do regimento e os participantes do mesmo, também demonstram incompreensão e discordâncias quanto a alguns aspectos do funcionamento e organização da CIR, desejando alterá-los. Além dos depoimentos, observamos, em uma das reuniões da CIR Salvador, em março de 2015, evidências de um movimento descendente e centralizado de reformulação do regimento aprovado em 2015. Nesta reunião, as alterações no referido documento foram apresentadas por representante do nível central da SESAB e foi evidente o desconhecimento dos secretários municipais quanto às alterações, tendo em vista que esse foi o primeiro contato que tiveram com o referido conteúdo.

Acreditamos que a maior ou menor participação dos gestores municipais e regionais, no processo para elaboração do regimento das comissões intergestores regionais, repercute na concepção dos mesmos sobre a natureza e finalidade da referida instância e, conseqüentemente, na compreensão dos procedimentos e trâmites a serem adotados na organização e no funcionamento da CIR.

6.2 Natureza e finalidade da CIR: a concepção dos gestores

O Decreto 7508/2011 reconhece a Comissão Intergestores Regional como instâncias de *pactuação consensual entre os entes federativos para definição das regras da gestão compartilhada do SUS*, onde serão pactuadas a organização e o funcionamento das ações e serviços de saúde (BRASIL, 2011). Convergente com tais definições, os regimentos analisados nos estados da Bahia e do Ceará são semelhantes na ênfase às funções de pactuação e negociação entre os entes estaduais e municipais, no sentido de operar a gestão regional, conforme descrito no quadro 9. Reconhecemos que tais dispositivos regimentais são importantes, contudo salientamos a necessidade de contrapor essas definições com a análise mais aprofundada da dinâmica decisória e das relações intergestores predominantes no cotidiano desse processo, tal como abordado no capítulo posterior.

Uma das diferenças observada nos regimentos diz respeito à forma como as instâncias regionais (CRES e DIRES) das Secretarias Estaduais de Saúde são explicitadas nos documentos, tal como verificamos no quadro 9. No Ceará, o regimento define que as CIR estão “*vinculadas às Coordenadorias Regionais de Saúde*” (CEARÁ, 2014), enquanto que, na Bahia, as CIR estão “*instaladas nas sedes das Diretorias Regionais de Saúde*” (BAHIA, 2013). Com a extinção das DIRES, determinada pela reforma administrativa de 2014, o novo regimento define que as CIR devem ser instaladas nas sedes dos municípios pólos das regiões de saúde e nem mencionam as instâncias regionais da SESAB. Ao recorrer à semântica das palavras verificamos que **instalar** significa dispor para funcionar, dar hospedagem, alojar; e **vincular** representa ligar ou prender com vínculo, que por sua vez, exprime relação, tudo que ata, liga ou aperta (FERREIRA, 2011).

O que representaria vincular-se a algo ou apenas instalar algo quando consideramos a necessidade de fortalecimento do processo decisório em âmbito regional? Qual a diferença e a repercussão disto no cotidiano das práticas e dos discursos dos sujeitos? Portanto, muito além de uma definição semântica, isso merece ser problematizado, tendo em vista que denota a credibilidade e a legitimidade das referidas instâncias no sistema estadual de saúde e na

condução da gestão regional. De fato, as entrevistas e o cotidiano observado nos dois estados, evidenciaram atuações bem distintas da CRES e da DIRES na condução das CIR nas regiões metropolitanas estudadas.

Quadro 9 – Natureza e finalidade das Comissões Intergestores Regionais na Bahia e no Ceará

CEARÁ	BAHIA	
Regimento 2014 (Resolução nº 122/2014 CIB-CE)	Regimento 2013 (Resolução nº 088/2013 CIB-BA)	Regimento 2015 (Resolução nº 011/2015 CIB-BA)
<p>Instâncias colegiadas de articulação interfederativa, vinculadas às Coordenadorias Regionais de Saúde, para efeitos administrativos e operacionais</p> <p>Foros permanentes de negociação e pactuação entre agentes estaduais e municipais, para operacionalização das políticas públicas de saúde no âmbito regional, observando a legislação vigente que rege o SUS, em consonância com as diretrizes da CIB</p> <p>Objetivo de pactuar a gestão compartilhada do SUS em seus aspectos operacionais, financeiros e administrativos, consubstanciada nas responsabilidades constantes do COAP, assim como a organização das redes de atenção à saúde, visando garantir a integralidade da atenção e continuidade do acesso às ações e aos serviços de saúde de âmbito regional</p>	<p>Instâncias de pactuação, foros privilegiados de negociação e pactuação entre o gestor estadual e os gestores municipais, para questões operacionais da regulamentação das políticas de saúde no âmbito da gestão do SUS no estado, obedecida a legislação pertinente à matéria</p> <p>Estão instaladas nas sedes das Diretorias Regionais de Saúde (DIRES), órgãos descentralizados da SESAB. Regiões de saúde com mais de uma DIRES, a CIR fica instalada na sede da DIRES situada no município pólo da região</p> <p>Instâncias colegiadas, de âmbito regional, vinculadas à Secretaria de Saúde do Estado da Bahia para efeitos administrativos e operacionais, devendo observar diretrizes da CIB-BA, e têm por finalidade pactuar a organização e o funcionamento das ações e serviços integrados em redes de atenção à saúde para o conjunto dos municípios correspondentes às regiões de saúde da sua abrangência.</p>	<p>Instâncias de pactuação, foros privilegiados de negociação e pactuação entre o gestor estadual e os gestores municipais, para questões operacionais da regulamentação das políticas de saúde no âmbito da gestão do SUS no estado, obedecida a legislação pertinente à matéria</p> <p>As CIR estão instaladas nas sedes dos municípios pólos das Regiões de Saúde, de acordo com o Plano Diretor de Regionalização (PDR) vigente, que define 28 Regiões de Saúde</p> <p>Instâncias colegiadas, de âmbito regional, vinculadas à Secretaria de Saúde do Estado da Bahia para efeitos administrativos e operacionais, devendo observar diretrizes da CIB-BA, e têm por finalidade pactuar a organização e o funcionamento das ações e serviços integrados em redes de atenção à saúde para o conjunto dos municípios correspondentes às regiões de saúde da sua abrangência.</p>

Nota: Grifos da autora

Isto pode ser exemplificado nas situações de chegada para reunião da CIR. Na 1ª CRES, toda a dinâmica da regional estava voltada para esse momento, de modo que os técnicos, os funcionários e até o vigilante e os porteiros sabiam do agendamento de tal reunião e esclareciam perguntas, recepcionando as pessoas e orientando-as até o local indicado para

ocorrer a reunião. Na 1ª DIRES, não houve nenhum indício de envolvimento do coletivo de servidores em função da CIR, ao contrário, foi demonstrado desconhecimento quanto ao agendamento de tal reunião e ao significado da referida instância.

Essas situações concretas reproduzem os aspectos abstrato-formais expressos nos regimentos. No cenário cearense, a CIR vincula-se às CRES, cujos técnicos, trabalhadores, assessores, coordenação e secretaria executiva estão envolvidos na organização e no funcionamento da mesma. No cenário baiano, podemos dizer que a CIR instala-se momentaneamente e parcialmente na 1ª DIRES, atual NRS, que representa apenas um local para ocorrer as reuniões. Tal afirmação advém dos seguintes fatos: - coletivo de técnicos e trabalhadores da 1ª DIRES alheios ao funcionamento e organização da CIR; - secretaria executiva e coordenação da CIR Salvador exercidas por pessoas do nível central da SESAB, que se deslocavam para a 1ª DIRES no momento das reuniões. Em meados de 2015, após alteração do regimento, houve mudança da coordenação para um gestor municipal, mas a secretaria executiva permaneceu completamente exercida por pessoa do nível central da SESAB. No caso da CIR Camaçari, um técnico da 1ª DIRES/NRS é o responsável pela secretaria executiva.

Outrossim, a concepção acerca da natureza e da finalidade da CIR pelos gestores municipais, no geral, apresentou semelhanças ao comparar entrevistas dos dois estados. Mas percebemos evidências de desconhecimento e de equívocos sobre o papel da CIR por gestores municipais baianos. Um dos aspectos mais frequentes nos relatos ilustram uma concepção que considera a CIR como uma instância que possibilita muito aprendizado, tendo em vista a experiência vivenciada junto a outros gestores. Para eles, a CIR reveste-se num importante espaço para troca de experiências e informações, além da construção de parcerias no sentido de potencializar a superação de dificuldades da gestão municipal.

A gente acaba às vezes até assim..., eu estou acomodada no meu município, não consigo nada. Quando eu vou pra reunião, eu vejo que outros municípios conseguem, eu consigo ver como foi o processo de trabalho que ele fez e trago aquele modelo pro meu município e acabo trabalhando. Então, o que eu vejo é isso: que a reunião da CIR ela é muito importante porque lá a gente expõe todos os nossos trabalhos. E, às vezes, a gente vê o colega trabalhando e a gente acaba fazendo também porque achou interessante, entendeu? A gente traz novas ideias... dá ideias e traz ideias. E faz acontecer... E10-CE

...poder compartilhar as experiências daqui do município. Eu acho que os municípios vêm, cada vez mais, buscando as parcerias, que a gente sabe a escassez de recursos no serviço público, ela é em todas as esferas né? tanto federal, municipal, estadual. Então, eu acho que, através desses encontros lá da CIR, a gente além de tá se conhecendo, que é importante, às vezes, tem um município aqui vizinho que a gente não se fala, não se conhece, então, a CIR é de fundamental

importância tanto para o conhecimento das pessoas como também para gente tentar compartilhar as nossas dificuldades e buscar soluções em conjunto. E24-BA

Essa ajuda de tá um ajudando o outro, de ter um excedente no meu município que tá perto de vencer, eu troco com você com alguma coisa, inúmeras coisas, dúvidas que eu tiro lá. Então, pra mim mesmo que não tinha nenhuma experiência em gestão. Por mais que eu não tenha experiência em gestão, mas tenho muita vontade em fazer a coisa dar certo e preciso muito desse espaço. Até pra ser ajudada e tá ali. Eu também quero ajudar. Até levei uma apresentação. Mesmo que não estava em pauta, até levei uma apresentação do caso, pra eles me ajudarem como conduzir... E22-BA

Portanto, verificamos um espaço de aprendizado pela experiência e de intercâmbios com objetivo de driblar contingências impostas pela escassez de recursos financeiros e técnicos. Além de partilhar experiências e desencadear parcerias, as reuniões da CIR possibilitam conhecer e conversar com “gestores vizinhos”. Portanto, essa instância intergestora regional potencializa o contato entre os secretários municipais da mesma região, reduzindo a falta de comunicação e do reconhecimento entre eles, descrito pelo gestor supracitado ao afirmar: “a gente não se fala, não se conhece”, mesmo tratando-se de municípios vizinhos. Outras entrevistas sinalizaram esse fato, que ficou explícito em diferentes reuniões nas quais a pesquisadora estava presente e gestores perguntaram à mesma sobre a identificação de pessoas presentes na reunião e que, na verdade, eram secretários de outros municípios da mesma região de saúde.

Além de concebida como espaço formador, de compartilhamento e de parcerias, a CIR também foi descrita como via de passagem burocrática para a CIB, percorrendo um itinerário formal e obrigatório, tendo em vista a necessidade de aprovação de projetos e pleitos da gestão municipal para a gestão estadual ou federal. Mesmo nessa perspectiva, também foi destacada a ausência de “ligação entre os municípios”.

... não existe direcionamento na CIR. A CIR é como se fosse um setor que tá ali, que a gente só busca quando precisa. Isso vem atrapalhando bastante até o crescimento da região. Não existe uma ligação, um elo entre os municípios. Que deveria ser! Mas não existe ainda não! Hoje, ainda, o papel da CIR é meramente de o município teve uma necessidade para aprovar, se tiver quórum, é aprovado e segue pra as outras instâncias, pra CIB e pra CIT, mas não existe ainda é, digamos assim, uma ligação diária entre os municípios E29-BA

... ele faz parte de um itinerário a ser cumprido. Ou seja, conselho, CIR, CIB, acabou! Pronto! Então, esse é o itinerário. Eu acho que ainda tá fraco. Esse caminho deveria ter mais força e não tem, né?! tipo assim: Não! Vamos levar pra CIR. Vamos levar, pront, acabou! ... é uma coisa, tem que passar, que se não tivesse essa obrigatoriedade a CIR não existia, ela só existe porque tem que ter. E31-BA

Acaba sendo uma esfera de caráter, é... como eu diria? De ponto de passagem de processos pra ir pro estado, entende? Pra você homologar coisas que depois serão homologadas na CIB, que seria só meio caminho. E09-CE

Tais relatos emergiram de vários gestores municipais da Bahia, mas apenas de um gestor no Ceará. Denotam elementos que fragilizam a CIR como instância deliberativa, de negociação e pactuação regional e que estão presentes nos dois estados, embora sinalizada com maior frequência na Bahia. Essa fragilização da finalidade deliberativa da CIR reflete, em grande monta, o predomínio de portarias ministeriais que têm pautado a implantação e a implementação da política de saúde no país, condicionando o repasse de recursos da união para estados e, sobretudo para municípios. Estabelece-se, conseqüentemente, uma prática cartorial, conforme concepção sinalizada em seguida.

A gente sempre tá trabalhando em cima disso, dessas portarias. Eu já tinha até falado isso aqui. Às vezes aparece, por exemplo, a gente tá seguindo um trabalho x e de repente aparece uma portaria... Um exemplo que eu vou dá né, esse projeto do internamento domiciliar. Quando ele saiu eu quis me inscrever, mas só atendia município que tivesse 50 mil habitantes, eu tive que desistir porque não dava. Então, de repente, apareceu uma reunião extraordinária convocando todos os secretários. Quando eu cheguei lá tinha mudado, tinha saído uma nova portaria e atendia a partir de 35 mil, então eu já pude entrar. Então, isso acontece. E10-CE

A gente discute como se portarias fossem determinantes legais... é o que eu lhe falei do cartório. A gente criou muito cartório e perdeu as armas de gestão. Nós não estamos conseguindo valorizar isso, né, a CIR. A CIR como definidor de políticas cartoriais, eu acho que tem funcionado, tem tido um esforço enorme e a gente encaminhar as soluções. Neste momento de falta de recursos, é dramático, porque ninguém tem o recurso. Então, ninguém tem a solução. Porque o cartório, a portaria, aí você tem que demandar a CIR. Porque você precisa de um determinado serviço: “Ah, exige-se que passe pela CIR.” Aí, isso é o fator motivador de eu reunir os meus colegas, para gente definir, para eles aprovarem essa política, para passar isso, porque senão o Ministério não bota recurso, nem passa a reconhecer aquilo... E35-BA

Desse modo, tem sido privilegiado, nessas instâncias intergestores regionais, o “trânsito” de pleitos rumo ao estado e sobretudo ao Ministério da Saúde, em detrimento da discussão e análise de proposições centradas na realidade das regiões de saúde. Como sugerido por um dos entrevistados, a CIR assemelha-se a um “cartório” vinculado ao cumprimento de determinações das portarias ministeriais para obtenção de recursos, devido ao subfinanciamento e à concentração dos recursos no nível federal. Isso atinge, sobretudo, os municípios de pequeno porte.

A constituição das CIR representou um reforço para a direcionalidade do processo de descentralização, com ênfase na negociação, pactuação e atuação regional no âmbito do SUS

(SILVA JÚNIOR et al, 2015). Todavia, os aspectos supracitados concorrem para a desvalorização da CIR como espaço gestor capaz de impulsionar o planejamento e a implementação de políticas centradas em especificidades regionais.

Além disso, sinalizamos outros fatores problemáticos, os quais foram visualizados de forma contundente na Bahia. O primeiro refere-se ao esvaziamento da CIR, tendo em vista ausências frequentes dos gestores municipais, por ser concebida como uma instância que é procurada apenas para encaminhamento de pleitos, conforme aprofundaremos mais adiante. O segundo refere-se ao desconhecimento dos gestores municipais, acerca da finalidade e do funcionamento da CIR. Tais aspectos estão interligados e, mesmo o primeiro não sendo determinante do segundo, contribui para o agravamento deste e vice versa. Os relatos a seguir ilustram essa situação.

É uma coisa assim é, são muitos, muitos é... são vários secretários, né?! na CIR. É na verdade é... são secretários, né?! o pessoal das...é... do conselho, o conselho de saúde tem vários participantes, né?! A reunião é o período integral. Que pela manhã é CIB e à tarde é CIR, para algumas pessoas é interessante, porque tem muita gente que mora longe, né?! e vem pra reunião da CIB pela manhã e já fica à tarde. Só que, o quê que acontece na reunião da CIB? Você tem uma quantidade de pessoas, na CIR aquele pessoal não fica, todo mundo vai embora. E30-BA

*Esse espaço aqui é um espaço de pactuação, a gente não teria como fazer uma **apresentação de um prestador apresentando um produto**...Porque ela entender que um prestador, que um vendedor de um equipamento venha pra CIR apresentar um equipamento pra os municípios, não é esse o lugar. Não é esse o lugar. A gente até deixou por gentileza. E sabe o que é mais interessante? Que quando o adjunto chegou, ele falou: 'O que é isso? O que é isso? **Um vendedor vendendo à gente aqui na CIR?**' Ele ficou também assustado, entendeu? Mas os outros, uns três até gostaram, ficaram fazendo pergunta. E01-BA*

Revela-se o grande desconhecimento não só acerca da CIR, mas também sobre outras instâncias gestoras do SUS no estado, chegando a confundir a CIR com a CIB, com os conselhos de saúde e com a reunião plenária do COSEMS-BA. De outro modo, também percebemos os grandes equívocos que podem ser gerados como consequência desse desconhecimento, inclusive ocasionando o uso indevido dessa instância intergestores pelo setor privado. No Ceará, apesar de críticas quanto a associação da CIR à demandas de portarias ministeriais, não constatamos o desconhecimento sobre a finalidade da mesma. Inclusive, contrário à situação supracitada, o relato de um dos secretários municipais é bem assertivo:

A CIR ela é bem definida no papel. A CIR é pactuação entre gestores municipais com o estado... ela não permite nem a presença de prestadores de serviço nela. E07-CE.

Na análise dos processos de mudanças, devemos considerar a história e o processo de evolução do seu sistema de governança, considerando a trama de interações entre os atores e sua relação com as mudanças nas regras, objetivando melhorias nos processos decisórios (SILVA JÚNIOR et al, 2015). Embora as interações entre os gestores sejam foco do capítulo seguinte, cabe aqui sinalizar elementos que possibilitem entender a situação supracitada ilustrando a relação de distanciamento da CIR, mesmo com as mudanças regimentais, no caso da Bahia.

Além da grande rotatividade e perfil dos secretários municipais e da forma de construção do regimento, existem ressalvas quanto ao recente processo de constituição desses espaços de decisão regionais, os quais devem avançar e ser fortalecidos, todavia ainda refletem um histórico centralizador que se espalha tanto no regimento quanto nas mentes, discursos e práticas que permeiam a CIR na Bahia, influenciando sua natureza deliberativa e consensuada. Isso é exemplificado de forma emblemática e discrepante nos seguintes depoimentos:

O processo é incipiente, desacreditado em vários aspectos. Quando a CIR ou os colegiados nasceram, o estado colocou como coordenador os diretores regionais de Dires. Os diretores, na sua maioria, tinha o domínio sobre, uma ascensão sobre a maioria dos secretários. Porque na cabeça do secretário, ele não podia fazer certos enfrentamentos, dentro da legitimidade óbvio, porque o diretor de Dires tinha ali o domínio de maltratar... essa visão né, de não ajudar, de não apoiar... não era uma questão punitiva, e sim a cabeça de alguns gestores. Mas isso por conta de um histórico, de um passado que nós vivemos na Bahia de perseguição mesmo, de maus tratos. E28-BA

De maneira geral a CIR, elas funcionam bem. Minha avaliação é essa. Com algumas que tem problemas, mas muito poucas. Por exemplo, temos aí uma regional que a coordenadora tá com problema grave de saúde, isso debilita a CIR, sabe? Mas normalmente, elas funcionam bem e os municípios apoiam muito. E05-CE

Portanto, o histórico, a concepção e a atuação dos gestores são elementos que estão imbricados nesse espaço decisório regional, delineando relações intergestores mais ou menos horizontalizadas para operar as negociações e pactuações, próprias da natureza da CIR. Neste aspecto, especificamente, identificamos que a atuação do membro da instância regional associa-se à debilidade ou ao fortalecimento da CIR, a depender do cenário observado, influenciando a atuação dos gestores municipais. As evidências apontam, além de uma certa hierarquia relacional, que a configuração das CIR apresenta uma heterogeneidade, dependendo da sua composição.

6.3 Composição das CIR

A composição das Comissões Intergestores Regionais, conforme estabelecido nos regimentos, apresenta diferenças significativas que estão relacionadas com a instância regional de saúde das secretarias estaduais e expressam, em alguma medida, a legitimidade e a relação das mesmas com o nível central. Percebemos, conforme aponta um dos entrevistados que *“o regimento da Bahia amarrou um pouco esse processo de decisão. Então, os secretários não deliberam exatamente na CIR, ainda continua muito centralizado.”*

Inicialmente gostaríamos de focalizar as convergências e as divergências na divisão das regiões de saúde e divisão administrativa das secretarias estaduais, tendo em vista a participação de representantes das instâncias regionais (CRES e DIRES) na composição das CIR. No Ceará, a partir de 2005, houve alterações no PDR com a criação da 22ª região de saúde (CEARÁ, 2005). Assim, passaram a existir 22 regiões de saúde e 21 Coordenadorias Regionais de Saúde no Ceará. Desde então, a 1ª CRES-Fortaleza é a única regional da SESA que está vinculada a duas regiões de saúde (1ª região de Fortaleza e 22ª região de Cascavel), inclusive operacionalizando as duas CIR.

Na BA, também não há correspondência entre a divisão territorial definida pelo PDR e a divisão administrativa das instâncias regionais da SESAB, porém isso é mais discrepante. Até 2014, haviam 28 regiões de saúde e 31 DIRES. Essa discrepância entre o número de regiões de saúde e de instâncias regionais do estado permanece e acentuou-se após a reforma administrativa de 2014, quando houve a extinção das DIRES e a criação de 09 Núcleos Regionais de Saúde (NRS), correspondendo às nove macrorregiões do estado. Cada NRS é responsável por várias regiões de saúde. Tomando como exemplo o NRS Leste⁵⁸, este abrange quatro regiões de saúde (Salvador, Camaçari, Cruz das Almas e Santo Antonio de Jesus).

Ao verificar a repercussão de tal formato nas CIR, observamos que no regimento de 2013, nas regiões de saúde com mais de uma DIRES, a CIR era composta por maior número de representantes do estado devido à existência de dois diretores de DIRES na mesma região. Com a reformulação do regimento, a partir de 2015, a situação inverte-se bruscamente, tendo em vista que um coordenador de NRS passa a ser membro de várias CIR em diferentes regiões de saúde. No caso do 1º Núcleo Regional de Saúde Leste, é necessário participar e

⁵⁸Informações constantes no PDR 2015, conforme consta no site institucional: <http://www.saude.ba.gov.br/obr/index.php?menu=regiao_saude_geral®IAO=LESTE>. Chama atenção que o endereço do NRS Leste, informado no site, é o endereço do nível central da SESAB.

dar encaminhamentos às reuniões das quatro CIR, correspondentes às quatro regiões de saúde da macrorregião Leste.

Segundo consta nos regimentos (quadro 10), existem três representantes estaduais nas CIR do Ceará e todos são membros da instância regional da SESA, quais sejam o coordenador, o assistente administrativo e o assistente técnico. Na Bahia, os regimentos também definem três representantes estaduais, contudo há presença de membro do nível central e todos devem ser indicados pelo secretário estadual de saúde. Ao focar na CIR SSA, isso se expressou de maneira ainda mais acentuada pois, além do membro efetivo do nível central, a coordenação da CIR e a secretaria executiva eram exercidas por pessoas do nível central. O diretor da DIRES exercia o papel de membro efetivo regional. Essa situação foi verificada no ano de 2014, antes da reforma administrativa.

Outra diferença observada é que no Ceará, a vice-presidência da CIR é exercida pelo vice-presidente do COSEMS na região. Na Bahia, o coordenador-adjunto da CIR é eleito entre os secretários municipais que compõem a CIR. Tal diferença reflete a configuração do COSEMS em cada estado.

Quadro 10 – Composição das Comissões Intergestores Regionais na Bahia e no Ceará

CEARÁ	BAHIA	
Regimento 2014 (Resolução nº 122/2014 CIB-CE)	Regimento 2013 (Resolução nº 088/2013 CIB-BA)	Regimento 2015 (Resolução nº 011/2015 CIB-BA)
<p>Implantadas nas 22 regiões de saúde, 22 CIR vinculadas às 21 CRES.</p> <p>CIR da 22ª região- Cascavel funcionará sob jurisdição da 1ª CRES-Fortaleza até ser criada a 22ª CRES.</p> <p>03 representantes da SESA (o coordenador regional, o assessor técnico e o assistente técnico) e todos os secretários de saúde dos municípios que compõem a região de saúde</p> <p>Presidente - coordenador regional (membro nato). No seu impedimento será substituído por um dos membros titulares do componente estadual por ele designado</p>	<p>03 representantes da SESAB indicados pelo secretário estadual da saúde, por meio de portaria estadual publicada no DOE:</p> <p>2 do nível regional - diretor da DIRES - técnico da DIRES (membro efetivo regional)</p> <p>1 do nível central (membro efetivo)</p> <p>Quando a região de saúde abranger duas DIRES, a SESAB passa a ter 04 representantes (02 diretores das DIRES e 02 membros efetivos - um representante do nível central e um técnico da DIRES)</p> <p>Todos os secretários de saúde dos municípios da região.</p>	<p>03 representantes da SESAB indicados pelo secretário estadual da saúde, por meio de ofício para a coordenação do NRS</p> <p>2 do nível regional - coordenador do NRS - técnico indicado pelo coord. (membro efetivo regional)</p> <p>1 do nível central (membro efetivo)</p> <p>Coordenação da CIR terá alternância anual entre os entes federados: -secretário de saúde municipal eleito pelos seus pares ou -representante do estado, indicado pelo secretário da saúde do estado</p> <p>No primeiro ano de vigência deste Regimento a Coordenação</p>

<p>Vice-presidente regional do COSEMS - vice-presidente do</p> <p>Membros titulares dos componentes estadual e municipal indicarão suplente fixo através de ofício encaminhado à presidência da CIR</p>	<p>Nos municípios acima de cem mil habitantes, os secretários municipais de saúde podem ser substituídos pelos subsecretários.</p> <p>O coordenador da CIR será indicado pelo secretário estadual de saúde</p> <p>O coordenador adjunto da CIR é um secretário municipal eleito entre os gestores municipais no plenário</p> <p>Representação de cada membro é oficializada por meio de termo de posse na CIR, com registro em ata, e não inclui suplência</p> <p>Membros ficam investidos na condição de representantes da SESAB e dos municípios pelo prazo de quatro anos, correspondendo ao período da gestão municipal, ressalvando casos de mudança do gestor municipal ou alteração da indicação dos representantes da SESAB.</p>	<p>será assumida pelo Secretário Municipal de Saúde, já eleito em CIR pelos seus pares, cabendo destacar que em caso de vacância os gestores municipais deverão eleger o Coordenador.</p> <p>Coordenação adjunta será assumida pelo ente federado que não estiver assumindo a Coordenação (no ano que esta for assumida pelo município, será mediante eleição dos gestores municipais e no ano que for assumida pelo estado, será indicada pelo Secretário de Estado).</p> <p>Representação de cada membro é oficializada por meio de termo de posse na CIR, com registro em ata da respectiva reunião, e não inclui suplência.</p> <p>Membros da CIR ficam investidos da condição de representantes da SESAB e dos municípios pelo prazo de quatro anos, correspondendo ao período da gestão municipal, ressalvando os casos de mudança de gestor municipal ou alteração de indicação dos representantes da SESAB.</p>
--	---	---

Nota: Grifos da autora

Diante dessa composição, cabe problematizar o significado da presença de membros do nível central nas instâncias decisórias de caráter regional da Bahia, e da ausência dos mesmos nas CIR do Ceará. Tais questionamentos também emergiram de alguns relatos.

No funcionamento da CIR, dificilmente eles vem, algum técnico do estado né?(refere-se a técnicos do nível central) Geralmente eles estão todos presentes na CIB. Na CIB eles estão todos, mas na CIR mesmo, ele deixa bem à vontade. As nossas decisões são tomadas bem à vontade mesmo. E10-CE

Um técnico do nível central que tá lá, que é importante, porque muitos secretários como eu falei anteriormente valorizam essa presença. Por outro lado, tem o representante da Dires, que é justamente a idéia, eu vejo, que era colocar, inserir a regional nesse espaço para dá até força para ela, enfim, ocupação no espaço regional que é o que ela deve fazer, de fato. E33-BA

Eu ainda tenho dificuldade de entender o que é esse membro efetivo, por que repare, aí vamos voltar para as DIRES. Se a CIR é composta da DIRES como representação do local do estado e os municípios, essa DIRES tinha que estar lá! E03-BA

No Ceará, de todas as reuniões observadas, apenas uma teve a participação de técnica do nível central, do Núcleo de Economia da Saúde, que fez uma série de esclarecimentos e orientações aos municípios acerca do Sistema de Informação sobre Orçamentos Públicos em Saúde (SIOPS). Em contrapartida, todas as reuniões da CIR, presenciadas em Fortaleza, tiveram uma grande presença e participação ativa da equipe da CRES, quando técnicos sempre estavam envolvidos em informes, apresentações ou discussão de pontos de pauta, dos mais variados temas, tais como regulação regional, rede hospitalar, cirurgias eletivas, monitoramento do Contrato Organizativo de Ação Pública (COAP), Relatórios de Gestão, Vigilância Epidemiológica e Sanitária, dentre outros.

Na Bahia, considerando todas as reuniões observadas na CIR Salvador, não houve presença de técnicos da DIRES/NRS, exceto o membro efetivo do nível regional e o diretor da DIRES/coordenador do NRS, que fazem parte da composição da CIR. A partir dos relatos e da observação, acreditamos ser importante refletir não só a presença ou ausência do nível central, mas também a participação da instância regional. No caso do regimento das CIR na Bahia e das observações da CIR-Salvador, é coerente pensar numa dupla dimensão que expressa a excessiva centralização e a fragilidade da instância regional.

Há discordâncias quanto à presença de representantes do nível central na CIR, defendendo que a inserção das instâncias regionais nesse espaço decisório possibilitaria o fortalecimento das mesmas. Enquanto uns questionam: *“Pra quê uma pessoa nível central lá? A região é que tinha que estar discutindo!”*, outros também ponderam que a presença de representantes do nível central seria valorizada por gestores municipais e seria uma tentativa de envolvimento do nível central no processo de regionalização no estado. Decerto, não há uma posição unívoca quanto a participação do nível central na composição das CIR.

De acordo com relatos, toda movimentação da SESAB pra indicação dos membros efetivos foi conduzida por uma pessoa do nível central, sugerindo um processo centralizado. O regimento não explicita os motivos nem os critérios para as indicações dos membros efetivos e dos coordenadores das CIR, mas um dos entrevistados revela os possíveis preceitos dessa escolha, ao afirmar: *“aí o estado é quem faz a indicação... vai depender se o estado achar que os atores dele lá embaixo são bons para representá-lo.”* Tal relato denota uma hierarquia e verticalidade entre o nível central, que estaria acima, e o nível regional, que estaria em uma posição inferior, pressupondo descrédito e despreparo do mesmo. Isso é corroborado na fala de outro entrevistado quando justifica que o membro efetivo reforçaria a

participação do estado no processo de negociação: “*pelo menos pra gente ter igualdade de negociação a todo mundo lá.*”

Ao investigarmos o papel/função que o membro efetivo do nível central tem exercido na CIR, as evidências revelam problemas tais como o distanciamento da realidade regional e ausência de poder decisório. Embora seja mencionado o desconhecimento dos problemas e necessidades da região de saúde, prejudicando a possibilidade de aprofundar a discussão regional, a maioria dos entrevistados expressou outro aspecto. A visão predominante é que o membro do nível central funcionaria como “*uma ponte*” ou “*um preposto*” para levar problemas e demandas dos municípios para o estado, tendo em vista a impossibilidade do secretário estadual participar das reuniões devido agenda do mesmo.

Fazendo esse papel, né?! de preposto do estado, mas que não tem o devido poder de resolver muitas questões... muitas vezes, também pra descobrir ou ter ciência das questões municipais em volta da saúde, mas no poder de solucionar essas questões, poder de decisão, não tem. Ele vai colher e levar a quem de direito, que é lá no nível central. E29-BA

*Esse membro efetivo não vivencia o dia-a-dia da região. Ela tá no nível central... não conhece os outros assuntos, não tá vendo os outros assuntos dentro do contexto dessa região... Uma CIR é estado e município. O estado como já falei, **ainda vejo nulo na participação da CIR**. Porque eu coloco pessoas que não tem gerência, não tem ação de gestão dentro da própria estrutura do estado, pra discutir a gestão... Então, quando eu vou pra uma CIR, eu tenho que levar as questões de gestão pra discutir como um todo. **Eu não tenho essa peça do estado lá dentro. Não tenho! Nas 28, eu não tenho. Na região metropolitana é muito frágil. E03-BA***

*Eu acho ele um tanto ausente, o estado em si, o município leva as discussões vai para lá, mas não vejo o estado, por exemplo, participando ativamente dessas reuniões... eu acho que falta um pouquinho mais de envolvimento com a gestão estadual, das reuniões da CIR. Aí eles mandam representantes, mas **não vejo eles participando muito dos processos de decisão, mais como ouvintes... Ele fica mais calado nas reuniões do que emite qualquer tipo de opinião. E24-BA***

Diferentes gestores referiram uma participação nula do estado na CIR e revelaram a concepção de que o referido representante não tem poder de decisão e pouco contribui para a resolutividade dos problemas discutidos, prejudicando a gestão regional. Um fato preocupante que denota a fragilidade decisória de tais instâncias intergestores e revela uma atmosfera que a região não decide e é necessário levar demandas e problemas para nível central. Isso foi observado em reuniões da CIR e da CIB-BA.

Outro elemento, narrado em entrevistas e conversas informais, foi a ausência dos representantes do nível central em várias reuniões da CIR. Tais representantes são técnicos, diretores ou superintendentes da SESAB “*que não tem tempo pra estar no debate, no dia-a-dia*” tal como relatado. Assim, as referidas ausências são ocasionadas por dificuldades de

conciliar agenda ou de deslocamento, além dos custos, da não liberação de diárias ou de veículos e da grande distância a ser percorrida, considerando a extensão territorial do estado, que, em alguns casos, demanda viagens de mais de 10 horas.

Conforme definido em uma das entrevistas “*é tudo muito desconectado*”, tendo em vista que não há interlocução entre o processo de trabalho no nível central e o acompanhamento regional necessário à participação desse membro efetivo na CIR. Então, qual o sentido disso para a gestão regional do SUS? Tal indagação remete pensar as consequências que a composição, prevista no regimento, ocasiona para o fortalecimento ou fragilização da CIR. O predomínio do poder do nível central da SESAB e do “consentimento/autorização” do secretário estadual da saúde, em detrimento das instâncias regionais, antes denominadas DORES e atualmente Núcleos Regionais de Saúde (NRS), está evidenciada na análise da composição deste espaço decisório regional na Bahia, concorrendo para fragilizar a atuação da CIR na gestão regional.

É difícil ver que eles tem uma gestão. É um encontro de municípios próximos que vem pra discutir pautas de saúde pontuais e vem o membro efetivo dizer sim ou não, trazendo então essa pauta de volta pro estado. É isso o que eu vejo, é a visão que eu tenho do que eu vivi, do que eu tenho presenciado do andar das regiões. E03-BA

Outrossim, destacamos que, tanto no cenário cearense quanto baiano, verificamos que há grande rotatividade de secretários municipais de saúde gerando um processo de descontinuidade na composição das CIR. Contudo, ao comparar definições dos regimentos e as evidências que emergiram de entrevistas e observações, verificamos que, no caso da BA, as Comissões Intergestores Regionais estão mais expostas a descontinuidades.

Conforme informações obtidas no Observatório Baiano de Regionalização, analisamos a composição da CIR Salvador e verificamos a troca frequente dos representantes estaduais. Tal situação pode ser ilustrada pelo ano de 2014, quando a composição da CIR foi modificada três vezes, em janeiro, entre julho e setembro, e novamente a partir de dezembro, após extinção das DORES, sendo recomposta em março de 2015, após alteração do regimento das CIR. Ou seja, nesse período, além das alterações devido a rotatividade dos gestores municipais, também houve a troca de todos os representantes do estado, inclusive a coordenação da CIR.

No caso do Ceará, apenas verificamos a troca de secretários municipais, tendo em vista que os três membros do estado são fixos, sendo que a coordenação da CRES é presidente e membro nato da CIR, conforme regimento. Acreditamos que a fixação de tais

representantes do estado preserva o funcionamento e a organização da CIR, ainda que ocorra mudanças de secretários municipais.

A alternância anual da coordenação das CIR na Bahia, tal como definido no regimento (BAHIA, 2015), além de reforçar a descontinuidade, também denota uma disputa entre municípios e estado pelo exercício desta função. Isso foi identificado em entrevistas e em conversas informais.

A primeira composição seriam todos os municípios, um membro efetivo regional, um membro efetivo nível central e o diretor da DIRES que era o coordenador. E os municípios elegiam um adjunto. Foi também difícil isso. Porque: “Por que é o diretor da DIRES que é o coordenador?” E01-BA

Mudou recentemente a CIR, que eu acho que foi uma coisa interessante, passou a ser uma fase a coordenação ficar com os municípios, uma parte com o estado. Antes era só com o estado. Então, para mim, se você tem uma CIR de município em que o coordenador é do estado? Eu acho que perde totalmente o sentido! E27-BA

Além do tom competitivo pela “posse” da coordenação da CIR, cujas tensões motivam-se pelo questionamento de que a mesma não deva ser ocupada pela direção da DIRES, também observamos uma concepção equivocada da referida comissão, perdendo de vista a sua precípua natureza intergestora.

A produção de regras e normas é influenciada pelas relações sociais nos diferentes espaços (SILVA JÚNIOR, 2015), portanto os regimentos das CIR, na Bahia e no Ceará, expressam os possíveis conflitos que permeiam as relações entre municípios e estado, considerando os níveis regional e central. Tais relações também são influenciadas pela trajetória singular de cada estado no processo de descentralização e regionalização, ainda incipiente na Bahia e num estágio mais avançado no Ceará, como revelado por outros estudos (LIMA e QUEIROZ, 2012; LIMA ET AL, 2012; VIANA e LIMA, 2011b; VIANA, LIMA e FERREIRA, 2010).

Tendo em mira tais aspectos, acreditamos que expressam elementos ligados à configuração da credibilidade e da legitimidade das instâncias regionais das secretarias de saúde dos respectivos estados. A legitimidade se encontra relacionada com a credibilidade que um decisor disponha e a característica de não credibilidade aparece como pertencente a um determinado personagem, mas o problema excede o individual (TESTA, 1995). Portanto, o questionamento “*por que é o diretor da DIRES*”, para além do indivíduo, espraia-se para a instância regional como um todo e reflete a significação da sua trajetória de atuação no sistema de saúde estadual.

Na realidade cearense, não emergiu qualquer questionamento ou resistência acerca da presidência da CIR ser exercida pela coordenação da instância regional da SESA. Isso indica a credibilidade das CRES e dos coordenadores regionais, perante os municípios e o nível central, sendo legitimada para a coordenação das CIR, sem tantas “amarras” regimentais ao nível central ou ao secretário estadual de saúde. Na Bahia, as evidências apontam um superdimensionamento da autoridade do nível central, reforçando a centralização do poder decisório. Podemos sugerir que um dos motivos para a presença de membro do nível central na composição da CIR e as disputas pela coordenação desta, objetivaria compensar os problemas de credibilidade e legitimidade das DIRES/NRS, perante os municípios e perante o nível central da SESAB. Portanto, a configuração das instâncias regionais da SESAB, permeadas por fragilidades técnico-políticas e administrativas, reduz a credibilidade e a legitimidade da mesma para representação do estado e exercício da coordenação da CIR.

Vários elementos demonstram um diferencial entre o poder exercido pela esfera regional e pelo nível central, ao comparar os dois estados. No regimento do Ceará, a maioria das definições resolvem-se no âmbito da CRES e na própria CIR, inclusive com suas decisões registradas por meio de resoluções dessa instância e não há tanta referência/dependência da CIB-CE. Nos regimentos da Bahia, percebemos uma espécie de dependência da CIR à CIB-BA e ao nível central da SESAB. Em várias questões, enfatiza-se o poder central, como por exemplo, o fato da coordenação e membros da CIR e das Câmaras Técnicas serem indicados pelo secretário estadual, e há muitas referências à CIB. Além disso, há diferenças na visibilidade/incorporação da CIR no cotidiano institucional (discursos e práticas dos trabalhadores e gestores regionais e centrais).

Esses elementos são muito fortes no regimento e no cotidiano observado nos dois casos, demonstrando maior poder decisório regional no Ceará. A regionalização é um processo político que requer mudanças na distribuição de poder e o estabelecimento de inter-relações entre diferentes atores sociais no espaço geográfico (VIANA, FERREIRA e LIMA, 2010). Portanto em qualquer das nuances explicativas para a situação baiana, impõe-se a necessidade de transformação da SESAB, reconfigurando a relação nível central-regional a ser forjada em novas bases catalisadoras do fortalecimento técnico-administrativo e democratização política. Estudo realizado no Rio Grande do Sul também revelou coordenadoria regional numa posição de passividade, com fraco papel articulador, ausência de autonomia e poder decisório concentrado na direção da secretaria estadual de saúde (MEDEIROS, 2013; MEDEIROS e GERHARDT, 2015).

6.4 Câmaras técnicas

A estrutura de funcionamento e organização das CIR, conforme regimentos dos dois estados, é constituída pelo Plenário, Câmaras Técnicas e Secretaria Executiva. O plenário, formado pelos membros da CIR, funciona com reuniões periódicas ordinárias, uma vez por mês, geralmente antecedendo o calendário da CIB para que, quando necessário, as demandas sejam encaminhadas a tempo de apreciação na mesma. Os aspectos referentes à participação, pautas, registro das reuniões e decisões, frequência e local das reuniões, dentre outros, discutiremos com mais detalhes em tópicos específicos.

As câmaras técnicas são compostas por representantes dos estados e municípios para discutir temas de interesse do SUS na região e subsidiar as CIR nas pactuações. Conforme regimentos, há diferenças importantes de serem apresentadas. No Ceará, não existe fixação da quantidade de membros, apenas explicitado que sua composição é definida e aprovada pela própria CIR, através de resolução. As câmaras podem ter caráter permanente ou provisório e sua convocação é decidida em plenário e formalizada pela secretaria executiva da CIR (CEARÁ, 2014). No regimento da Bahia, a câmara técnica (CT) possui grupos de trabalho (GT) permanentes, cada um formado por número fixo de técnicos das regionais e dos municípios. Também há definição do período das reuniões, das áreas para formação dos GTs e do número fixo de membros para compor a CT, sendo um secretário municipal de saúde da região e um representante da SESAB, o qual é indicado pelo secretário estadual (BAHIA, 2015)⁵⁹.

Denotamos amarras frequentes no conteúdo exposto nos regimentos da CIR, na Bahia. Tal perspectiva contribui para ancorar possibilidades de um movimento mais autônomo e criativo, tanto dos representantes do estado (DIRES, NRS) quanto dos municípios, no sentido de possibilitar discussões e decisões mais relacionadas às especificidades regionais. No Ceará, tanto o regimento quanto o cotidiano observado, revelam-se com mais liberdade de organização entre os representantes municipais e estaduais na região de saúde, potencializando discussões e formatos criativos e criadores de processos mais genuínos da configuração específica de cada região do estado.

Destacamos que os referidos estados possuem grande extensão territorial e diferenças sócio-econômicas, políticas e geográficas, dentre outras, que certamente reverberam no processo saúde-doença da população e na organização do setor saúde. Assim, tais

⁵⁹ O regimento de 2013 definia a composição da CT com dois secretários municipais de saúde da região e dois representantes da SESAB indicados pelo secretário estadual (BAHIA, 2013).

especificidades precisam ser contempladas e discutidas nas instâncias decisórias regionais, mas a formatação de modelos unívocos distancia tal perspectiva.

Durante reuniões entre a CORES e as CRES, não foi presenciada apresentação de câmaras técnicas vinculadas às CIR da 1ª CRES, houve apresentações com relato de experiência de câmaras técnicas por representantes de outras regionais. Ao perguntar sobre o funcionamento das CIR, no geral, entrevistados referiram a existência das câmaras técnicas.

Elas tem as câmaras técnicas formadas geralmente por técnicos do estado que compõem a CIR, a região de saúde, e técnicos dos municípios que tenham capacidade de discutir determinados assuntos... E07-CE

... inclusive a câmara técnica de atenção primária muito mais atuante nessas comissões regionais do que na própria CIB... E08-CE

Na Bahia, durante as entrevistas, nenhum gestor municipal fez referências à câmara técnica ou grupos de trabalho, apenas dois entrevistados (um do nível regional e outro do nível estadual). Um deles é bem assertivo quanto à relevância de câmaras técnicas para o funcionamento das instâncias intergestoras.

Mas eu vou lhe dizer uma coisa: eu não vejo como funcionar as comissões sem as câmaras técnicas. Não funciona. Porque ela te ajuda na discussão de cada tema... Sem as câmaras técnicas, nenhum colegiado vai funcionar, nenhuma comissão intergestora vai funcionar se ela não tiver o apoio das câmaras técnicas que definem... que discute cada uma das questões da saúde pública no âmbito do município ou no âmbito da região. E32-BA

Embora haja tal reconhecimento, em conversas informais com pessoas ligadas à CIR Camaçari e à CIR Salvador, houve relatos do tipo: “a câmara técnica tem apenas no regimento, não funciona”; “teve uma de Psicossocial mas não foi a frente”. Assim, diante dos depoimentos, identificamos dois aspectos: inexistência de câmara técnica ou grupos de trabalho para nortear discussões e decisões da CIR; não reconhecimento da distinção entre ambos, e das áreas para criação dos GT, tal como consta no regimento.

6.5 Secretaria executiva

Nos regimentos das CIR, as secretarias executivas são definidas de forma semelhante, associadas à função de apoio administrativo para garantias do funcionamento da comissão intergestores, sendo que no Ceará é explicitada a responsabilidade da CRES no funcionamento da secretaria executiva. Para além do regimento, a observação e as entrevistas possibilitaram verificar discrepâncias na atuação das secretarias executivas nos dois estados. Para demarcar tal diferença, explicitamos aspectos acerca da localização, estrutura e definição da pessoa para desempenhar tal função.

A secretaria executiva da CIR Fortaleza/CIR Cascavel está situada na 1ª CRES, em uma sala com identificação na porta, no mesmo corredor de acesso à sala da coordenação da CRES. No local há telefone com ramal próprio, mesas, armários, computador específicos para uso da secretaria executiva da CIR. No caso da CIR Salvador, a secretaria executiva não está situada na 1ª DIRES/1º NRS. A referida secretaria encontra-se no nível central da SESAB e não observamos existência de uma estrutura própria, específica para a CIR. No caso da CIR Camaçari, também não há estrutura específica no NRS e, conforme relatos, várias documentações/registros da secretaria executiva ainda se encontram na secretaria municipal de saúde de Camaçari, posto que era responsável pela secretaria executiva antes das alterações no regimento que cria as CIR.

A secretária executiva da CIR Fortaleza/ CIR Cascavel é uma servidora estadual concursada, que realiza, dentre outras coisas, pela divulgação das reuniões, contatos com gestores, gravação e transcrição das atas, além de todo o processo referente aos registros e à organização, antes e após as reuniões da CIR. Também participa, mensalmente, das reuniões ampliadas do COSEMS e da CIB-CE. Constatamos que tal servidora estava diariamente na CRES, na sala da CIR, e em vários momentos que a pesquisadora requisitou informações e/ou documentos da comissão, percebemos o envolvimento e a apropriação da secretária executiva quanto aos fluxos, registros, presença ou ausência dos secretários, cronograma de reuniões e outros aspectos referentes ao cotidiano da CIR.

A responsável pela secretaria executiva da CIR Salvador é funcionária terceirizada e exerce diversas outras atribuições no nível central, onde é seu local de trabalho. Durante momentos em que houve o contato telefônico ou presencial com a pesquisadora, foi evidente a preocupação com uma série de demandas a serem executadas, tendo em vista a função exercida no nível central. Também identificamos, em reuniões presenciadas na CIR Salvador, que houve atrasos ou ausência da secretária executiva, sendo que alguns registros/anotações

foram realizados pelo membro efetivo do nível central e membro efetivo regional ou pela coordenação da CIR. A secretaria executiva da CIR Camaçari é exercida por um técnico/servidor da DIRES/NRS que também exerce outras funções.

As evidências supracitadas indicam que, na CIR Salvador, a função a ser exercida pela secretaria executiva, não tem sido tratada como algo prioritário e fundamental. Isso também se expressa em relatos acerca da definição da secretária executiva, indicada pelo nível central. Em conversas informais, diferentes pessoas relataram que, com a mudança da coordenação da CIR, decorrente das alterações no regimento 2015, houve intenção de retirada da secretária executiva, tendo em vista suas funções no nível central, contudo houve pedido de gestores municipais e regionais para permanência da mesma temendo a ausência de alguém para assumir a secretaria executiva da CIR. No Ceará, identificamos dificuldades na secretaria executiva, anteriores a 2011, mas já existia preocupação em manter funcionária específica para execução dos procedimentos próprios para o funcionamento da CIR.

Não ficou com a gente, não é? O governo do estado nomeou uma pessoa pra dá o apoio técnico pra gente. Eu não sei se pra todas funciona assim, eu acho que deve ser assim. E31-BA

Tem uma funcionária, que ela não é exclusiva da CIR, mas ela é uma pessoa que ela consegue fazer esse arquivo das questões da CIR. Por exemplo, 2010, eu tenho algumas dificuldades de informação da CIR. Mas a partir de 2011, nós já temos mais estruturado essas informações! Ela era uma secretária, um apoio. Ela não tinha, por exemplo, ela não sabia fazer uma ata. Ela sabia fazer o quê? Ela sabia fazer um ofício, ligar pros municípios e solicitar que eles viessem. Então, aí uma pessoa excelente! Fazia a organização, mas é diferente da funcionária que nós temos hoje, que apesar de não ser exclusiva, mas tem uma formação superior. Então, já faz a ata, já faz o cronograma. E6-CE

Ainda que existam marcantes diferenças nos dois cenários, com elementos desfavoráveis na CIR Salvador e CIR Camaçari, que certamente prejudicam a atuação da secretaria executiva e conseqüentemente o funcionamento das CIR, os entrevistados não mencionaram tais fatos ou demonstraram preocupações acerca da estruturação da secretaria executiva da CIR na Bahia. Diferente do Ceará, onde mesmo com localização e toda infraestrutura muito mais favorável do que na Bahia, existe relato reivindicando que tal estrutura de equipamentos e pessoal deve ser exclusiva para o funcionamento da CIR. Conforme identificado, há valorização da importância da secretaria executiva da CIR para o SUS.

O que fez a gente repensar essas questões, foi exatamente em uma determinada reunião, determinado município chegou na reunião e disse que assunto x tinha sido aprovado lá na regional, né? E eu estava na reunião e tinha certeza que não tinha sido aprovado. Eu já pedi o documento, já provei realmente que aquele pleito que

ele queria que fosse aprovado e que ele tava dizendo que tinha sido, não tinha sido aprovado... Então, assim, para o SUS, isso é muito importante: uma organização de uma secretaria executiva, né, da memória da Comissão Intergestora Regional, né? É muito importante porque tem momentos que “Não foi aprovado?! Não, foi! Tá aqui!” Nós temos toda a discussão e nós temos como provar isso! E6-CE

Decerto também verificamos a preocupação com a formalização dos processos decisórios das instâncias intergestores regionais (CEARÁ, 2000) e com a memória institucional, no sentido de preservar a continuidade das decisões políticas (ABU-EL-HAJ, 1999). Acreditamos que a atuação da secretaria executiva da CIR é fundamental para a organização e o funcionamento desta instância. Lacunas em procedimentos próprios da atuação da secretaria executiva, tais como construção de pauta e registros das reuniões, contribui para fragilizar esse espaço decisório, inclusive a credibilidade e a legitimidade do mesmo.

6.6 Definição das pautas

A construção das pautas, segundo relatos, é definida após avaliação conjunta entre coordenador e vice-coordenador da CIR, no cenário baiano, e presidente e vice-presidente da CIR, no cenário cearense, a partir de demandas encaminhadas pelos gestores municipais e da secretaria estadual de saúde. Contudo, os relatos indicam utilização de procedimentos diferenciados nas duas realidades. Na Bahia, a maioria dos relatos afirmou que os municípios encaminham solicitações de pauta via e-mail, após pedido da secretária executiva. Apenas um dos entrevistados relatou contato telefônico e um referiu a existência de formulário no site do observatório baiano de regionalização (OBR) próprio para solicitação via e-mail. No caso cearense, apenas foi relatado contato telefônico da secretaria executiva para os secretários municipais.

O prazo para envio de pautas também foi algo variável, segundo informações das entrevistas. No caso da Bahia, verificamos que os relatos contrapõem a definição do regimento, onde está definido que a versão final da pauta deve ser encaminhada aos integrantes da CIR com antecedência de 5 dias úteis (BAHIA, 2015). O regimento do CIR no Ceará não fixa período para encaminhamento da pauta.

Liga 15 dias antes. Ela liga pra todos pra saber se tem pauta... E06-CE

*É uma outra falha. **Eu recebo um e-mail faltando 2, 3 dias** informando que vai ter a CIR tal dia e se eu teria algo acrescentar na pauta. Então assim, e durante esse um mês, entre uma reunião e outra, a gente não se fala! **E29-BA***

*Geralmente, **24 a 48h antes**, geralmente. **Mas eu acredito que pode até em última hora...** **E31-BA***

Percebemos, segundo entrevistados, uma maior antecedência nos contatos entre a secretaria executiva e os municípios, na CIR Fortaleza, quando comparado com a CIR da Salvador, onde há relato indicando a possibilidade de inclusão de pauta mesmo “*em última hora*”, bem como destacando a ocorrência de contatos apenas para solicitar informação e compor a pauta. A delimitação de tais prazos tem correspondência com o fluxo de processos e/ou documentações antes da reunião da CIR, tendo em vista que há análise prévia, pela equipe da CRES, das solicitações e documentações a serem aprovadas e/ou pactuadas na reunião da CIR.

*Ah chega alguém e diz que quer passar aquela pauta ali naquele momento. Em uma reunião nós definimos que nós não aceitaríamos. Por que? Porque nós começamos a aceitar esse tipo de demanda e ficava com pendências porque a nossa equipe, tudo que é pauta, nossa equipe tem que ver antes da reunião pra poder analisar pra saber se tem alguma pendência...quando nós fechamos a pauta, nós pactuamos com eles que não aceitamos processos que venham na hora da reunião, nós só aceitamos processos que venham antes pra que a gente possa analisar, possa discutir. A equipe técnica vê pendências, voltar pro município e tinha que sanar as pendências antes de passar na CIR. **E06-CE***

Nos relatos dos gestores sobre a construção da pauta para reunião da CIR Salvador, não identificamos referências à análise prévia de solicitações pelo nível regional, mas sim, um fluxo que segue para as áreas técnicas do nível central da SESAB e para a CIB, após a reunião da CIR. Merece destaque o fato de que, vários entrevistados afirmaram receber a pauta por email e “*quando tem pauta do município, o secretário vai, quando não tem pauta do município, o secretário não vai*”, denotando que a frequência nas reuniões da CIR Salvador tem sido condicionada à existência ou não de pedido de pauta pelo município.

Os temas mais polêmicos e conflituosos, conforme todos os entrevistados, são o financiamento e a PPI. No que se refere aos temas mais frequentes, há convergência, nos dois cenários analisados, quanto a pautas marcadas por temas induzidos por portarias/demandas ministeriais, predominantemente voltadas para aprovação de credenciamento, habilitação e/ou ampliação de programas ou serviços (NASF, ESF, CAPS, SAMU, dentre outros) que implicam repasse de recursos. Análises sobre a CIB-CE revelaram predomínio de pautas

ligadas a demandas do Ministério da Saúde, da CIT ou do nível central da SESA (MIRANDA, 2010).

Se você for olhar a pauta da CIR, oitenta por cento ainda é indução de programas ministeriais. É pra aprovar UPA, é pra aprovar CEO, é pra aprovar internação domiciliar. Todos pra captar dinheiro, recurso federal. Então a pauta nascida mesmo é muito pouco. Muito pouco. Ainda é indução E01-BA

Na verdade, as pautas da CIR, elas se formam de acordo com as necessidades deles que são geradas pelas portarias, né? A influência é grande, né?... 'Uma portaria saiu com um recurso tal pra implantar, então pronto, eu vou pedir a pauta.' Porque as outras pautas são o quê? É coordenadoria que coloca, por exemplo, estamos sempre discutindo nas reuniões os indicadores, estamos sempre discutindo a questão do planejamento dos municípios, a questão de como eles estão se comunicando em relação aos hospitais estratégicos. Então, a gente sempre coloca essas pautas pra que seja conversado entre eles. Mas o próprio município, as pautas deles são, geralmente a tendência é que se tenha uma portaria e que ele vai implantar uma estratégia de saúde da família, ...tudo gira em torno do recurso que ele vai alcançar naquele momento e que é definido numa portaria. E06-CE

Sinalizamos o papel importante a ser desempenhado pelas instâncias regionais das secretarias estaduais de saúde, no sentido de alavancar um movimento contrário objetivando pautar questões específicas da realidade da região de saúde. Neste aspecto, o relato de E06-CE aponta para tal direcionamento, tentando fomentar pontos de discussão mais específicos atinentes à condução da gestão regional, para além de demandas induzidas e restritas a implantação de programas. Na observação, de fato, presenciamos discussões, informes e orientações aos municípios sobre relatórios de gestão, planos municipais de saúde, sistemas de informação em saúde, indicadores epidemiológicos municipais, funcionamento dos hospitais de referência na região, dentre outros. Tal perspectiva não foi identificada na CIR Salvador, onde um dos relatos referiu “*não existe uma pauta sobre discussão de algum tema não, entendeu?*”

As demandas municipais para as pautas são definidas de acordo ao que “*cada município tem de necessidade pra aprovação*”, conforme afirmado por um dos gestores. Essa tendência aponta para um empobrecimento das pautas e condicionamento a induções ministeriais que passam a ser percebidas como necessidades dos municípios, mas que nem sempre equivalem aos problemas e necessidades regionais. Outros estudos enfocando a Bahia e o Rio Grande do Norte também identificaram a indução de pautas da CIR por políticas ministeriais e estaduais (SANTOS, 2013a; SANTOS E ALMEIDA, 2015).

6.7 Registros das reuniões e das decisões/pactuações

Os procedimentos de registro das reuniões e decisões certamente foi um dos pontos de maior divergência entre a CIR Fortaleza e a CIR Salvador. Isso foi evidenciado tanto nos relatos quanto na observação. O primeiro elemento a ser destacado é que a condução de tais procedimentos é realizada pela secretária executiva que, no caso da CIR Fortaleza e da CIR Cascavel, está na 1ª CRES e, no caso da CIR Salvador, está no nível central da SESAB.

Todas as reuniões da CIR Fortaleza e da CIR Cascavel são gravadas. Posteriormente, as gravações são transcritas pela secretária executiva, que formula a ata, também a partir dos relatos de técnicos da CRES. As atas de cada reunião são encaminhadas para o e-mail dos secretários a fim de que leiam e, no início da reunião seguinte, é conduzida a aprovação da ata, caso não haja observações de mudanças.

Grava e dois técnicos vão também escrevendo pra pegar todas as informações. E aí, ela fecha a ata. Ela consegue fazer tudo muito... Tá bem organizado! Hoje, a gente perde muito menos informações. E06-CE

Constatamos que, além das gravações em áudio e dos arquivos digitados e organizados por pastas, as atas, resoluções e listas de frequência são impressas e encadernadas formando um compilado correspondente a cada ano. As pastas digitais com gravações e arquivos ficam num computador utilizado pela secretaria executiva, na sala da CIR. O material impresso e encadernado fica na sala da coordenação da CRES.

As reuniões da CIR Salvador não são gravadas e não visualizamos as atas impressas e assinadas. Conforme relatos, as atas são enviadas por e-mail para avaliação dos gestores que tem o prazo de 48h para se pronunciarem sobre o conteúdo das mesmas. Após isso, as atas são validadas, divulgadas no site do Observatório Baiano de Regionalização (OBR) e assinadas na reunião seguinte. Segundo informado à pesquisadora, as atas e demais materiais escritos da CIR Salvador ficam arquivados no nível central, junto com secretaria executiva.

Os relatos acerca do envio das atas foram contrastantes no sentido de que alguns gestores referiram receber a ata por e-mail e assinar na reunião seguinte. Outro entrevistado referiu falhas nesse processo e afirma “*eu não recebi ainda a ata, mas se eu assinei foram umas duas atas. Existe lá, né?!*”. O que é mais intrigante é um dos entrevistados afirmar que as reuniões são gravadas, embora isso não tenha sido constatado na observação, nem relatado por nenhum outro entrevistado.

Durante reuniões da CIR Salvador, observamos que o registro foi realizado por diferentes pessoas (coordenação da CIR, membro efetivo regional, membro efetivo nível central), tendo em vista ausência ou atrasos da secretária executiva. Tais elementos contribuem para fragilizar a elaboração das atas e dos registros. Ao ler as atas, verificamos que são muito sucintas e não explicitam todos os acontecimentos ou pessoas presentes nas reuniões. Isso foi constatado através da leitura das atas das reuniões que presenciamos durante a observação em campo.

Em relatos, publicações e site institucional, o Observatório Baiano de Regionalização, criado para acompanhamento dos Colegiados de Gestão Regional, é identificado como uma ferramenta importante para a publicização das informações acerca do funcionamento das CIR no estado da Bahia, tal como sinalizado em seguida:

Observatório baiano de regionalização, que era um lugar que se colocava documentos, o processo, ele era estático, tinha o PDR lá estático. Aí a gente resolveu transformar o observatório em um local em que as pessoas vissem o processo de funcionamento. Então, por isso tá as datas, as agendas de cada reunião, tá as atas pra todo mundo ver o que foi decidido, o que não foi decidido, entendeu, tem os formulários de como vir pra CIB. Então, a gente, transformou o observatório num espaço de publicização. E nas DIRES a gente mandou botar um mural com a xerox das atas. E01-BA

Certamente o Observatório pode se converter num instrumento para o acesso às informações e decisões acerca da gestão regional no estado. Contudo, é necessário um olhar mais criterioso e atento à forma como esta ferramenta digital tem sido utilizada. Identificamos algumas inconsistências, registros deficientes, muitas vezes, ausentes no referido espaço virtual. Constatamos atrasos enormes na divulgação do conteúdo de reuniões da CIR no site do OBR, permanecendo por muitos meses sem nenhum registro, tal como ocorreu em reunião de março de 2015, que até o mês de setembro não havia nenhum registro sobre a mesma no referido site. Podemos citar também, os exemplos dos registros referentes aos anos de 2013, 2014 e 2015, conforme quadro 11⁶⁰. Para formulação do referido quadro, utilizamos as informações disponíveis em dois sites diferentes do observatório.

⁶⁰ No ano de 2016, ao clicar no site institucional da SESAB, <<http://www1.saude.ba.gov.br/obr/>>, havia mensagem indicando um novo site do observatório baiano de regionalização, o qual estamos denominando de site 2. Assim, comparamos as informações disponibilizadas nos dois ambientes virtuais, classificando o que estava disponível no site 1: <<http://www1.saude.ba.gov.br/obr/?id=2>> e o que estava disponível no site 2: <<http://www.saude.ba.gov.br/obr/>>

**Quadro 11- Reuniões da CIR Salvador no anos de 2013, 2014 e 2015,
conforme registro em sites institucionais**

ANO	Observatório Baiano de Regionalização Site 1	Observatório Baiano de Regionalização Site 2
2013	12 reuniões realizadas e com registro de atas (07/05; 07/06; 05/07; 01/08; 02/08; 07/08; 19/08; 26/08; 06/09; 04/10; 01/11; 02/12) 02 reuniões sem ata, apenas contanto na pauta o título: oficina SISPACTO	02 reuniões realizadas com registro de atas(07/05; 07/06)
2014	07 reuniões realizadas e com registro de atas (21/02; 04/04; 09/05; 06/06; 04/07; 08/08; 07/11) 03 reuniões canceladas (21/03; 05/09; 17/10) 01 reunião com registro de data mas sem informação se ocorreu ou foi cancelada, apenas constando na pauta o título: Pactuação Qualicito (21/11) 01 reunião com registro de data mas sem informação se ocorreu ou foi cancelada, sem registro de ata (05/12)	Nenhum registro sobre reuniões
2015	09 reuniões com registro de data mas sem informação se ocorreu ou foi cancelada, sem registro de ata (06/03; 10/04; 08/05; 12/06; 03/07; 07/08; 04/09; 02/10; 04/12)	02 reuniões realizadas e com registro de atas (06/03; 02/10) 02 reuniões com registro de data mas sem informação se ocorreu ou foi cancelada, apenas constando na pauta o título: SISPACTO (17/08; 18/08) 07 reuniões canceladas, sendo que em quatro há explicitação do motivo falta de quórum (10/04; 08/05; 12/06; 03/07; 04/09; 06/11; 04/12)

Fontes: Sites do Observatório Baiano de Regionalização (<<http://www1.saude.ba.gov.br/obr/?id=2>>; <<http://www.saude.ba.gov.br/obr/>>) consultados em 24/04/2016.

Diante dessas constatações, salientamos a necessidade de problematizar o Observatório Baiano de Regionalização, destacando o fato de que a existência de um espaço virtual para registro de informação, por si só, não garante a qualidade, a publicização, o acesso e o uso democráticos da informação. Este é alimentado e controlado pelo nível central. Nos primeiros meses de 2015, o site ficou sem funcionar e, ao retornar, várias informações de

atas/registros referentes a 2012 e anos anteriores não estavam mais disponibilizadas no site. Ao questionar sobre tal fato a resposta obtida foi que no período do CGMR, ainda não havia registro de tais reuniões. Contudo, tal informação é questionável tendo em vista que pesquisas anteriores (SANTOS e ALMEIDA, 2015) foram realizadas utilizando a análise de atas do ano de 2012, disponíveis no referido site. Salientamos, portanto, problemas de descontinuidade e perda de dados/informações do período de implantação do CGMR, indo na contramão do que buscou-se combater no Ceará, que foi a ausência de registros com prejuízos à memória institucional e à continuidade na implementação de políticas (ABU-EL-HAJ, 1999).

Outrossim, a forma de registro das decisões e pactuações das CIR representa um ponto importante de diferença entre as CIR analisadas. No Ceará, todas as pactuações e decisões firmadas entre os gestores são registradas no formato de resolução e encaminhadas para a CIB. Na Bahia, não há publicação de resolução tendo em vista argumento de que as atas publicadas no observatório tem validade de resolução.

Se o assunto for só da região é tido como resolução, não publicamos no diário oficial, tem alguns estados que publica... Pra nós a CIR não é ente jurídico, é um espaço de governo, uma esfera de governo e não tem como emitir resolução porque ele tinha que publicar em algum lugar... tá escrito no regimento que a validade das resoluções é a ata no observatório. E01-BA

Ó, porque a ata, ela é um documento que fica aqui na coordenadoria, então, ela é a história do dia da reunião. A resolução já é a pactuação que foi feita na comissão intergestora, pelos secretários... Por exemplo: nem tudo na reunião tem resolução. O que tem resolução é aquele que tem que ser aprovado, que tem que ter o consenso de todos. Uma programação pactuada integrada, um recurso x, uma mudança de modalidade de um determinado serviço... Então, essas questões que tem que ter a resolução. E06-CE

As evidências apontam para um processo mais meticuloso de registro das informações acerca da CIR, no Ceará, o que é revelado tanto pela estruturação da secretaria executiva, como pelos procedimentos adotados antes, durante e após as reuniões. Na Bahia, tais procedimentos não são priorizados e a fragilidade da secretaria executiva concorre para as lacunas dos registros e a perda de informações. Conforme relato, a validade das decisões é através das atas publicadas no observatório, mas contraditoriamente esse valor dado às atas não se expressa no registro da mesma nem na sua publicação no observatório, considerando a desatualização constante do mesmo, embora reuniões e decisões tenham acontecido. Denotamos que tais aspectos refletem uma trajetória diferenciada na formalização de decisões nos dois estados. No Ceará, desde o início da implantação dos sistemas microrregionais, há preocupação com o registro e a formalização dos compromissos assumidos entre os gestores nas instâncias decisórias regionais (CEARÁ, 2000).

6.8 Local e organização do ambiente das reuniões

O local onde são realizadas as reuniões da CIR Salvador e das CIR Fortaleza/CIR Cascavel são semelhantes, contudo há diferenças acentuadas na organização do ambiente. No cenário cearense, as reuniões ocorrem no auditório ou na sala de reuniões da 1ª CRES, vizinha à sala da coordenação. No cenário baiano, as reuniões acontecem em sala de reuniões da 1ª DIRES/NRS. Houve relatos de reuniões itinerantes, tanto na Bahia quanto no Ceará, sendo destacadas como estratégia importante para maior aproximação entre os gestores dos diversos municípios, maior conhecimento da realidade regional e participação de representantes de outros setores da administração municipal, não apenas do setor saúde.

*E o local de reunião é, de fato, itinerário. Se tem dez municípios na região, eles passam pelos dez municípios. Isso tem, as reuniões itinerárias tem dado um efeito muito bom na questão do envolvimento, tanto na divulgação do que é essa comissão intergestores bipartite regional⁶¹, como também ela possibilita a **ampliação da participação de gestores não só da saúde, mas também eles participam até como ouvinte e vão lá pra saber como se dá esse processo de pactuação. E em todo município que se vai, os prefeitos também tem envolvimento. Então, eles fazem com essas oficinas, essas reuniões itinerárias e os prefeitos do município aonde a reunião vai ocorrer, participa das reuniões e tem sido uma estratégia bastante interessante das reuniões itinerárias. E08-CE***

Os prefeitos não tá lá ligando pra isso. 'Você é o quê? coordenador de CIR, qual o poder que tem com isso?' ... Tem prefeito que tá exigindo que a secretária traga um atestado que participou, da frequência, que eu falo: 'Isso é uma falta de respeito!'... Eles não sabem, às vezes, nem fazer a diferenciação de CIB e de CIR. E31-BA

Destacamos que os dois relatos fazem referências aos prefeitos e denotam a relação de aproximação ou distanciamento entre eles e as CIR. No relato do Ceará, é descrita a participação dos prefeitos decorrente da estratégia de reuniões itinerantes da CIR. No relato da Bahia, chama atenção o desconhecimento dos prefeitos quanto às instâncias gestoras do SUS e o questionamento quanto ao poder do referido espaço. Um dos entrevistados na Bahia problematizou a necessidade de aproximar os prefeitos das instâncias intergestores decisórias do SUS, inclusive das comissões regionais, no sentido de contribuir para o fortalecimento de tais espaços. Cabe sinalizar que, durante reuniões ampliadas do COSEMS-BA, no início da gestão estadual de 2015, vários secretários municipais de saúde relataram preocupação com o enfraquecimento das instâncias intergestoras do SUS na Bahia, tendo em vista decisões sobre

⁶¹ Na verdade o entrevistado refere-se à Comissão Intergestores Regional, mas como ocorreu em diversas entrevistas e conversas informais, foi muito comum, no Ceará, as pessoas referirem-se à CIR utilizando a denominação de CIB microrregional.

o sistema de saúde tomadas entre prefeitos e governo do estado, à revelia de qualquer discussão em tais instâncias. Um exemplo citado foi a discussão acerca dos consórcios.

Essas evidências demonstram que Bahia e Ceará trilharam caminhos diferentes quanto às instâncias intergestoras regionais. Na verdade, a preocupação descrita acima pelos gestores baianos, fazem parte do caminho percorrido pelo Ceará desde a década de 90, conforme registrado em documento institucional.

Nesta ocasião formou-se a Bipartite Microrregional. Fizemos um dia inteiro de discussão sobre o desenho pactuado, buscando um consenso entre os prefeitos, atores políticos por excelência neste processo de pactuação, começando pelos problemas de menor complexidade como o sistema de informação, a área de vigilância epidemiológica e sanitária, o controle de endemias, o que favoreceu deixá-los mais à vontade para iniciar a pactuação mais complexa relacionada com sistema de apoio diagnóstico e terapêutico e área específica da assistência à saúde à nível secundário (CEARÁ, 2002a, p. 42).

A instalação dessa instância bipartite microrregional ocorreu com a presença de prefeitos, secretário estadual de saúde, secretários municipais de saúde, técnicos estaduais e municipais (CEARÁ, 2002), denotando, desde a implantação dos sistemas microrregionais de saúde no Ceará, a preocupação com o peso e o reconhecimento político à instância decisória regional. Essa trajetória diferenciada repercute atualmente na valorização desses espaços decisórios nas duas realidades analisadas.

Ademais, percebemos que estas reuniões itinerantes ainda acontecem no Ceará e também foram identificadas na Bahia (SANTOS e ALMEIDA, 2015), contudo observamos que não se adequam à região metropolitana, sobretudo à CIR da capital do estado. Segundo relato no Ceará, foram realizadas reuniões itinerantes da CIR Fortaleza/CIR Cascavel, porém tal estratégia foi modificada, mantendo as reuniões na CRES, tendo em vista dificuldade para comparecimento do gestor da capital.

Outro ponto observado diz respeito à organização do ambiente para as reuniões das CIR. No caso do Ceará, todo o ambiente é preparado previamente pela secretária executiva da CIR, com apoio da secretária da coordenação da CRES e do técnico de informática. Observamos o preparo específico e minucioso através da disposição das cadeiras, organização de todo material impresso para os participantes e outros materiais específicos para os gestores municipais, instalação e preparo de equipamento data show, além de estrutura de apoio com água, café, sucos, refrigerantes e lanches diversos para todos os participantes durante a reunião. A lista de frequência é passada pela secretária executiva e, ao final, é distribuído,

para quem tiver interesse, atestado de participação na reunião, assinado pela presidência da CIR.

Cada município tem um classificador identificado que, antes da reunião, já fica distribuído sobre a mesa, contendo resoluções, pauta impressa e todos os documentos que serão discutidos na reunião, bem como outros pertinentes ao referido gestor. Uma peculiaridade observada é que os gestores municipais e regionais, membros da CIR ficam dispostos em círculo, ao redor de uma mesa. Os demais participantes, técnicos da CRES, dos municípios, residentes e/ou convidados, sentam-se nos demais espaços, recebem pauta e assinam lista de frequência.

Ao questionar quanto ao posicionamento dos participantes Na reunião, um dos entrevistados relatou o seguinte:

A CIB era feita lá no conselho. Aí tem o mesão, todos os secretários e representantes ficam na mesa e quem não é representante fica do lado de fora. Fica participando da discussão, mas de fora da roda. Acho que foi seguindo o modelo, nós fomos seguindo o modelo do estado. E tanto que tem CIR que nem funciona dessa forma não. Porque também depende, por exemplo, nós temos uma sala também muito boa, com uma organização melhor, tá entendendo? Mas tem local que nem dá pra fazer isso. E06-CE

Denotamos que não há uma determinação para a posição dos participantes na CIR Fortaleza e CIR Cascavel, mas foi algo criado a partir da experiência observada na CIB e no Conselho Estadual de Saúde (CESAU). Também é destacada a estrutura física para realização da reunião.

Na Bahia, observamos que não há preparo específico do ambiente para realização da reunião. A disposição das cadeiras e dos participantes ocorre aleatoriamente, à medida que as pessoas vão chegando. Nas reuniões observadas, o coordenador sentou-se na frente, virado para demais participantes. Há disponibilização de água e café e inexistência de estrutura de apoio com lanches e demais bebidas.

6.9 Frequência das reuniões e dos participantes

As evidências que emergiram da observação das reuniões, da análise das atas e das entrevistas revelam uma situação semelhante nos cenários metropolitanos estudados, que é a ausência dos secretários de saúde das capitais nas reuniões da CIR e dificuldade em formar quórum nas CIR das capitais.

Uma peculiaridade importante é que o regimento das CIR no Ceará, permite a presença de representação para os municípios mediante a indicação de suplente fixo, através de ofício encaminhado à presidência da CIR. Na Bahia, regimento de 2013 previa que os secretários de saúde de municípios acima de cem mil habitantes poderiam ser substituídos, contudo o regimento de 2015 define a inexistência de suplente.

Ao focar nas diferenças entre as CIR de regiões metropolitanas e de outras regiões de saúde, os relatos são variados. Operacionalmente, uma das diferenças relatadas no Ceará é o fato da CIR Fortaleza e da CIR Cascavel fazerem a reunião conjuntamente, posto que as duas regiões de saúde fazem parte da 1ª CRES e a mesma equipe de gestores regionais são os membros da representação estadual nas duas comissões. Na Bahia, apesar da configuração semelhante de uma Dires e duas regiões de saúde, as reuniões da CIR Salvador e da CIR Camaçari ocorriam separadas. A partir da criação do NRS isso permaneceu, porém com o agravante do aumento do número de regiões de saúde a serem acompanhadas e da participação do coordenador regional em quatro CIR.

O fato de estar na região metropolitana e próximo da capital é concebido de forma contrária pelos entrevistados na Bahia. Para alguns, isso torna as duas CIR da região metropolitana “*uma presença relativamente mais forte*”, considerando maior empoderamento dos gestores, esforços na construção de equipes gestoras nas secretarias municipais, proximidade e porte dos municípios. Para outros entrevistados, há tendência de enfraquecimento das CIR da região metropolitana de Salvador, conforme relato a seguir.

Com a proximidade de Salvador aqui, dos municípios que estão mais próximos do nível central, isso atrapalha mais do que ajuda. A própria CIB, talvez atrapalha. A própria CIB ser aqui. ‘Vamos direto para a CIB, discutir lá. Leva pra o COSEMS ali, que é aqui, todo mundo vai, vai pra lá.’ Diferente de uma microrregião lá do outro lado do estado, que não, para vim todo o secretário se deslocar ao mesmo tempo para cá, pra levar pro COSEMS, para daí ir pra CIB, é diferente! E33-BA

Tenho conhecimento que no interior existem locais, exatamente, por você não ter a solução tão perto, que as pessoas democratizam mais o espaço, discutem mais características regionais, mas eu não considero a CIR da região metropolitana um protagonista que leve efeito, nós estamos ainda numa atividade muito cartorializada. E35-BA

Neste sentido, apreendemos que a proximidade entre a capital e os demais municípios da região metropolitana em relação ao nível central da SESAB, ao COSEMS e à CIB atrapalha o funcionamento da CIR e o fortalecimento da mesma como instância decisória regional, tendo em vista a tendência de levar as discussões direto para os espaços que representam o poder central do sistema de saúde no estado. Nas reuniões da CIR Salvador,

presenciamos que vários gestores municipais chegavam muito atrasados, saíam antes do término da reunião, ou nem compareciam, mesmo tendo se deslocado até Salvador, pois agendaram compromissos/reuniões no nível central da SESAB para discutir demandas municipais. Isso indica uma fragilização de dupla via, tanto da CIR, quanto da 1ª DIRES/NRS Leste, instâncias regionais que deveriam ser a referência dos gestores municipais da região de saúde, mas que são negligenciadas pelos secretários municipais e pelo nível central da SESAB.

No Ceará, apenas um entrevistado, ao falar da capital, referiu a busca direta ao nível central da SESA. No geral, identificamos postura diferenciada dos secretários municipais de saúde acerca da CIR e da CRES, bem como outra condução por parte do nível central e regional da SESA. Ao falar das especificidades das CIR da região metropolitana, o relato predominante foi a ausência de participação da capital devido “*essa coisa arraigada de dizer que tem agenda muito pesada.*”

Além da ausência das capitais, outra convergência nos relatos da Bahia e do Ceará, acerca da especificidade das CIR nas regiões metropolitanas estudadas, refere-se à influência da concentração da rede de serviços da capital no que se refere às discussões da comissão, conforme evidenciado em seguida.

No geral o funcionamento é muito parecido. Os temas são os mesmos, a forma que o tema é tratado é que é diferente. Por estar a capital. A capital porque ela absorve a rede, absorve todo mundo, então por isso. E01-BA

Mas aqui ela se dá de uma forma um pouco mais diferente, porque como a capital, ela tem a maior quantidade dos serviços, a nossa discussão é muito voltada a estar visualizando aquilo que não tá sendo cumprido de obrigações pelo município polo, que é a capital. E07-CE

Na CIR Fortaleza, identificamos a ausência da maioria dos secretários, os quais enviam representantes e técnicos, sendo que há completa ausência do gestor da capital e ausência frequente de representantes do mesmo, ocasionando reuniões com falta de quórum. No caso da CIR Cascavel, a presença dos secretários municipais é constante. Isso foi constatado na observação das reuniões, das atas e dos relatos.

Na 22ª os secretários vêm, eles participam, difícil também ter representação, mas na primeira é constante! Inclusive, às vezes, a gente nem faz reunião porque não tem coro... A 22ª, em sua maioria, são os secretários mesmo que vêm e eles participam. E dificilmente, muito difícil, acho que nunca aconteceu de não ter a CIR porque não tem quórum. E06-CE

Na CIR Salvador, verificamos a presença reduzida de secretários, inclusive de representantes e técnicos. Há ausência do gestor da capital, mas presença de representante do mesmo, antes da alteração do regimento em 2015. Observamos a tendência de esvaziamento das reuniões. Apenas um relato referiu sempre existir quórum na CIR Salvador, afirmação que divergiu completamente de todos os demais entrevistados. Diferente do Ceará, os relatos na Bahia convergiram com muita intensidade para a presença dos gestores municipais condicionada à pauta de interesse do município e o desestímulo para frequentar as reuniões.

A região metropolitana, ela funciona pior em relação à Fortaleza, né... Então, eu ia pra lá, então a gente não contava com Fortaleza... se vai alguém pra CIR eu tenho certeza que não vai gente, não vai a secretária de saúde de Fortaleza pra reunião da CIR. Nas outras vão, né. Fortaleza nem manda! Ou se manda não vai ninguém do primeiro escalão. E05-CE

Eu venho observando que tem municípios que não vão mesmo, por exemplo, eu vou dar o exemplo da prefeitura de Salvador... a gente só vai lá pra reunião quando tem uma pauta do nosso município e a gente vai votar. Então, a gente tem que começar a pensar também que o problema de um seja o problema de todos. Eu não posso somente ir em uma reunião, por exemplo, que tenha pauta lá do meu município, aí eu vou para reunião. Se não for pauta de meu município, eu não vou e o mais grave, eu tô citando Salvador porque foi um projeto da prefeitura municipal de Salvador que nem o secretário de Salvador estava presente. Então, qual é a importância que os outros secretários também vão começar a dar a essas reuniões, entendeu? E24-BA

Na Bahia, foram comuns as queixas de ausências dos gestores municipais, inclusive denotando um certo mapeamento daqueles que “*estão sempre*” e daqueles que “*não vem nunca*.” Os primeiros são relacionados a municípios de pequeno porte e com dificuldades financeiras, no segundo grupo estão municípios de médio e grande porte ou com maior arrecadação. O fato marcante evidenciado nas entrevistas é que a frequência nas reuniões da CIR Salvador é constrangida pelos interesses individualistas de cada município e não objetivando participar de um processo coletivo de discussão e construção regional. Isso é reforçado ao exemplificar reunião em que ficou evidente o desconhecimento entre gestores de municípios vizinhos em conversas paralelas com afirmações do tipo: “*Nunca vi. Veio hoje porque tem pauta pra ser aprovada.*”

Outro exemplo que expressa a dificuldade de obtenção de quórum nas CIR é a chamada “*reunião informativa.*” O regimento define que na inexistência de quórum, a reunião será realizada com caráter informativo e não deliberativo (BAHIA, 2013; BAHIA, 2015). Conforme um dos entrevistados, esta não vale como uma reunião legal, mas tendo em vista o deslocamento das pessoas “*a gente não perde*” e o momento é aproveitado para trocar

informações. Contudo, “*se durante a reunião informativa estabelecer o quórum ela é contada como reunião.*”

Tanto na Bahia quanto no Ceará, há ausência da capital e dos municípios pólos nas reuniões da CIR, contudo presença dos mesmos na CIB. Isso é percebido, por alguns entrevistados como dificultador do fortalecimento das instâncias regionais e consequência da maior valorização da CIB, concebida como o espaço de poder composto pelas “*peças que estão no processo de decisão superior do sistema.*”

Embora discordando da ausência dos gestores dos municípios pólos e das capitais nas CIR, este fato é justificado pela reconhecida agenda e problemas do próprio sistema de saúde, considerada tão relevante que os gestores colocam a questão da região em segundo plano. No caso de Fortaleza, um dos entrevistados assinala que mesmo técnicos experientes e pessoas efetivamente ligadas ao Movimento Sanitário no estado, ao assumirem os cargos de secretário na capital não frequentam a CIR.

A mesma situação emerge na Bahia e no Ceará, que é a ausência de participação efetiva das capitais nas instâncias intergestores regionais, tendo em vista a magnitude das demandas e dos problemas metropolitanos a serem resolvidos, os quais se expressam com mais intensidade nas capitais. Ampliando o foco para além das capitais e incorporando nessa análise a ausência dos municípios pólos, em outras regiões de saúde, identificamos uma diferença nos referidos estados quanto à postura dos demais municípios componentes da mesma CIR. Na Bahia, há tendência de um efeito cascata de ausências e esvaziamento, tal como verificado na CIR Salvador. Todavia, no Ceará há experiências de enfrentamento da situação e mobilização do coletivo de municípios para a necessidade da participação do gestor do município pólo.

Eu vejo que em regiões que o gestor municipal, principalmente do município pólo, não se envolve diretamente, muitas vezes, não participa, não é ativo lá, também há um certo esvaziamento, porque o município pólo é aquele que concentra a maior parte dos serviços, logicamente, também, acaba concentrando os problemas lá. Então, é ele que tem que dialogar com os municípios daquela região de uma forma mais direta. A ausência dele desestimula também os outros. ‘Se eu vou lá para resolver meu problema e a pessoa que, uma das pessoas responsáveis por resolver não está presente, que é que eu vou fazer?’ E33-BA

A ausência do secretário do pólo fez com que todos os outros gestores do colegiado tomassem uma decisão: de não receber, não acatar mais no processo de pactuação, nenhuma representação da secretaria municipal do pólo. Quando eles tomaram essa decisão, foi que o gestor se tocou de que ele precisava, de fato, ter uma atitude diferente da que ele tava tendo. E aí ele começou a participar e essa coisa começou a melhorar, né. E08-CE

Denotamos que, diante de um mesmo problema, há distintos direcionamentos sinalizando uma maior fragilidade das instâncias regionais na Bahia. Isso é reforçado ao constatar que, em todas as entrevistas dos gestores municipais baianos, houve relatos convergentes acerca do desinteresse em participar da CIR. Isto pode ser ilustrado pelos seguintes argumentos: “*discussões ficam muito girando na mesma tecla, às vezes, não avança, desestimula também*”; “*é só queixume, só vão ficar aqui se queixando, se queixando, então, não vem mais*”; “*eu ando sem paciência de participar das reuniões da CIR*”; “*a frustração de, muitas vezes, não conseguir se resolver os problemas naquele espaço*”; “*eu não percebi uma coisa interessante.*”

Neste sentido, os achados são muito preocupantes posto que demonstram que o desestímulo em relação à participação na CIR está relacionado à fragilização do poder decisório desta instância e ausência de discussões resolutivas, sobretudo referente aos problemas regionais e municipais de maior interesse para o cotidiano dos municípios. Dentre estes problemas o mais citado foi a PPI.

*No início, eu lembro que o secretário da capital estava participando das reuniões. Depois com o tempo, uma coisa que não vai dar em nada, acontece o quê? Ele deixa de frequentar né?... Então, você percebe pela própria atitude, não ele especificamente secretário, mas a postura é que os outros nem iam né? Ele pelo menos ainda ia. Mas, à medida que, ele vê que ali é uma pauta que não tem impacto, não tem efeito, que não tem sentido, ele tá na razão dele, tem outras coisas mais importantes na secretaria dele pra atuar. Então, ele começa a mandar representantes e aí essa representação normalmente não tem a mesma força. E aí faz desacreditar o entorno. E aí fica uma região que acontece por formalidade, porque tem uma Dires, porque tem pauta a cumprir, e aí a mesma coisa. É o que eu vejo sempre, tenho visto até hoje, não tenho percebido mudança. **E03-BA***

*Eu pago pra não ir a uma reunião. Porque cansa muito, entende? É aquela mesma coisa que você não ver a coisa... aí você diz: “não, eu vou cuidar do meu pedaço” e esse cuidar do meu pedaço reforça isso que eu sou contra, entende? ...Eu observo que a cada ano que passa, a CIR vai ficando CIR de assessores. CIR de representantes. Por quê? Porque deixou de ser algo que você observa enquanto importante. Os problemas que você tenta resolver lá você não consegue. Acaba sendo uma esfera de caráter, como eu diria? De ponto de passagem de processos pra ir pro estado, entende? Pra você homologar coisas que depois serão homologadas na CIB, que seria só meio caminho. **E09-CE***

Embora, tenha sido muito enfático e convergente em todos os relatos da Bahia, um dos entrevistados no Ceará também sinalizou o desinteresse de gestores referente à CIR, tendo em vista o seu papel associado com “meio de caminho” ou “via de passagem” de um fluxo pra CIB, contribuindo para fragilidade decisória dessa instância regional e dependência da CIB.

Outrossim, merece destacar que a frequência de reuniões da CIR foi diferente nos dois cenários. Observamos que há definição de um cronograma de reuniões tanto na CIR Salvador, quanto nas CIR Fortaleza e CIR Cascavel, contudo o cumprimento de tal cronograma foi influenciado pelo período eleitoral. No Ceará, apenas no mês de outubro não houve reunião das referidas CIR. Na Bahia, tal interferência emergiu de forma acentuada, demonstrando que a realização das reuniões da CIR está mais susceptível a discontinuidades.

...se bem que as reuniões não tavam nem acontecendo, né? Foi adiada, adiada e cancelou por causa de política da CIR, a gente tava muito indo só pro central mesmo.... porque não tava tendo quórum, aí entendeu-se que era por questões mesmo de campanha, aí a gente suspendeu pra voltar depois, então ficou muito pouco as nossas reuniões. E22-BA

O relato acima refere-se ao período eleitoral de 2014. Situação semelhante foi encontrada por Santos e Almeida (2015) em estudo de caso da CIR de outra região de saúde no estado da Bahia, constatando que, em 2012, por dois meses consecutivos as reuniões não ocorreram por falta de quórum e por três meses foram canceladas devido ao período eleitoral. Outra constatação é que, entre 2014 e 2015, após a reforma administrativa do estado, depoimentos afirmaram que *“todo e qualquer movimento até tá suspenso, viu? As CIR foram suspensas nesse período agora.”* Cabe salientar que tal reforma administrativa extinguiu as 31 DARES e criou oito NRS. Através de diferentes entrevistados e da observação de diversas reuniões, identificamos que essas alterações não foram discutidas previamente com equipe técnica da SESAB e gerou perplexidade entre trabalhadores da saúde, acadêmicos, conselheiros de saúde, gestores municipais e regionais, dentre outros. O desconhecimento quanto à “nova” estrutura administrativa impactou na composição e funcionamento das CIR e houve elaboração de novo regimento.

Outrossim, houve relatos da interferência de problemas político-partidários interferindo a realização de reuniões da comissão intergestores regional. Embora não se refira, especificamente, à região metropolitana, mas ilustra prejuízos ao funcionamento da CIR, como também ao papel exercido pelo nível regional e central da SESAB.

6.10 Relação com a CIB

Diante da convergência dos relatos na Bahia denotando a fragilidade decisória das comissões intergestores regionais, e um relato no Ceará, acreditamos ser fundamental

contrapor tais evidências nos dois estados. As experiências de gestão regional na Bahia são muito recentes, iniciadas através da implantação dos CGMR, muitos anos após iniciada a experiência das CIB microrregionais no Ceará. Essa trajetória específica das comissões intergestores e do Movimento Sanitário nos referidos estados, a relação entre os níveis central e regional das secretarias estaduais, bem como entre os municípios e o estado, concorrem para a fragilização dessas instâncias regionais mais acentuada no cenário baiano do que no cearense, tal como emergiu dos dados.

É um processo ainda incipiente, não existe, digamos assim, um empoderamento, nem um entendimento de forma mais ampla por parte dos gestores municipais... não é que a gestão seja desqualificada, mas, é que não existe um empoderamento. O secretário, ele não se sente empoderado e não tem, muitas vezes, autonomia para fazer certas discussões e muitas vezes, quando faz, pactua, as coisas não acontecem na prática. Não se respeita, não se implementa. Então, isso tem desacreditado muito. E28-BA

Então, a minha tendência é eu demandar logo para CIB quando toda política deveria tá sendo aprovada via CIR... acaba se considerando a CIR muito cartorial. Você tá passando ali na CIR para pegar um carimbo,..., para se fazer o encaminhamento, mas as questões de maior porte, definitivamente, estão mais resolvidas na CIB. E35-BA

Como o Movimento Sanitário teve uma continuidade, há uma compreensão muito legal em relação ao papel da CIR, né?...Compreensão dos técnicos estaduais, ou seja, o respeito! Na programação, por exemplo, a construção de um hospital numa área que não é conveniente. A CIR opina, a CIB opina e isso é bloqueado e aceito, não é imposto. Tá entendendo? Então se criou uma certa autonomia no setor saúde. E um respeito do setor saúde. A CIR diz “não é adequado, nós não apoiamos!” Ai isso não entra na programação, esse hospital, de jeito nenhum! Ele não é cadastrado e a CIB aqui também bloqueia, pronto! E05-CE

Na Bahia, o limitado poder dos gestores municipais de saúde, bem como a configuração dos pactos e o descumprimento dos mesmos tem repercutido na credibilidade da CIR, cujo poder decisório é negligenciado, inclusive muitos gestores referiram ausência na CIR motivada pela descrença na resolutividade dos problemas municipais/regionais e o empobrecimento das discussões. Esse processo contribui para o esvaziamento da CIR e a busca direta da CIB. Revela-se uma hierarquia entre CIR-CIB. A primeira é concebida de forma cartorializada, específica para questões “menores” e apenas via de passagem com demandas ministeriais ou estaduais para a segunda, na qual os gestores acreditam ocorrer, de fato, a tomada de decisão para as “questões de maior porte”. Tais elementos foram muito evidenciados no relatos dos entrevistados da Bahia.

No Ceará, relatos denotaram um “poder superior” da CIB, todavia há reconhecimento da CIR como importante instância decisória na região. O regimento de 1997 das CIB microrregionais, já explicitava a tendência de fortalecimento do poder decisório regional, embora se tratando de uma instância recém criada, como demonstra fragmento abaixo:

Parágrafo Único – Como forma de manter o devido respeito e autoridade das CIBs Microrregionais, a CIB/CE, em caso de propor alterações das questões por elas já pactuadas, deverá realizar consulta, à CIB Microrregional diretamente envolvida. (CEARÁ, 1997, p.5)

Portanto percebemos que, ao longo das décadas de implantação do SUS no Ceará, os documentos institucionais e regimentos demarcam a importância das instâncias intergestores regionais como espaços decisórios do SUS nas regiões do estado, cuja autoridade deve ser respeitada e fortalecida pela CIB. Um dos aspectos que contribuiu para isso, segundo assinalou um dos entrevistados, foi a continuidade do Movimento Sanitário no estado e a compreensão dos técnicos e gestores quanto ao papel das referidas instâncias. Na Bahia, observamos uma tendência inversa, como se fosse incompatível existir instâncias deliberativas a nível regional e central.

E32-BA: *dentro da CIR, eles deliberam entre si, mas elas são encaminhadas de forma propositiva pra CIB. Sempre em formato propositivo. Propositiva. Quem delibera é a CIB. Eles deliberam o que eles precisam entre si e fazem em forma de proposição **porque só pode ser aprovado na CIB.***

P: *A CIR não aprova?*

E32-BA: *Não. É que assim: se eles deliberam, eles aprovam entre si. Mas eles não impõem à CIB. Entendeu? Ele não manda como imposição: “Nós decidimos isso e vai ser isso.” Não. Eles mandam como proposição pra CIB... Porque assim: chegou a ser discutido, em determinado momento, chamar-se de CIB regional. Então, eles seriam deliberativos. Mas qual é o papel da CIB, Comissão Intergestores Bipartite? Deliberar e aprovar as pactuações ocorridas dentro do estado. **Se existisse a CIB regional qual seria o papel da CIB estadual? Por isso teve a discussão. Então assim: a diferença entre ser deliberativa e ser propositiva é nessa função. Porque senão você tira o papel da CIB.***

O trecho da entrevista supracitada indica que, desde o período de implantação de instâncias gestoras regionais na Bahia, havia concepção equivocada quanto a uma possível superposição entre o poder decisório de tais instâncias e a CIB. Tal relato sinaliza o entendimento de que regionalmente não se poderia ter uma instância intergestores deliberativa, com autonomia gestora sobre uma região de saúde, a qual deveria ser exercida pela instância central.

Tal perspectiva ilustra que a construção do processo de gestão regional na Bahia ainda está vinculada a pensamentos, práticas e espaços decisórios centralizados, dificultando o fortalecimento de espaços regionais tais como as DIRES e os CGMR, atuais CIR. Na prática, isso é refletido na naturalidade da CIB-BA reverter decisão das CIR, conforme identificamos em vários relatos. Em outras palavras “*o central pode modificar a decisão do regional.*” Neste caso, fragiliza-se a CIR enquanto instância deliberativa, tal como definido no aparato normativo nacional (BRASIL,2011) e estadual (BAHIA, 2013 e BAHIA,2015).

Falta um pouco isso da resolutividade, um pouco da deliberação também. Muitas vezes, se discute muito lá e quando você entrar no central não passa. Se discute na CIR, se leva o desenho, se vem para o nível central esse desenho não é aprovado
E33-BA

Ao articular com conteúdo dos regimentos sobre a definição das competências das CIR verificamos diferenças importantes de serem sinalizadas. No regimento do Ceará, uma das competências da CIR é coordenar processo de avaliação e monitoramento do protocolo de cooperação entre entes públicos, de contratualização de hospitais públicos, filantrópicos sem fins lucrativos e privados no âmbito regional, bem como acompanhar a operacionalização dos complexos reguladores das referências intermunicipais. De fato, observamos nas atas e em reuniões da CIR Fortaleza e CIR Cascavel a discussão acerca dos hospitais na região, inclusive com presença dos respectivos gestores hospitalares, além do funcionamento da regulação regional com técnica da CRES. Na BA, não há nada explicitado sobre competências da CIR acerca da rede hospitalar regional e não presenciamos nenhuma discussão sobre isso ou sobre regulação durante reuniões. Isso é corroborado pelos relatos nas entrevistas, como exemplificado a seguir.

A CIR de Salvador tem alguma representação do estado discutindo os hospitais? Não! É o secretário de Salvador que quer discutir os hospitais, ele precisa que o estado se posicione. 70% do recurso do município de Salvador que foi no teto da PPI está pra o estado...Quando é que o estado sentou pra discutir essas unidades lá na CIR? Não foi. Então, não posso configurar isso como uma CIR, é uma reunião de secretários... Nunca vi nenhum deles ir lá na CIR pra conversar com Salvador e região sobre os hospitais que estão aqui... Lauro de Freitas é hospital do estado, Camaçari é hospital do estado. Não vão! Não vejo ninguém ir lá discutir com eles a questão aqui da capital... seria na CIR, não é o espaço dos gestores?...Levar pra CIR o problema, porque não é só um problema do prefeito de Salvador, é um problema de Camaçari, é um problema de Lauro de Freitas, é um problema dos onze da região metropolitana. **E03-BA**

A CIR, ela é o espaço aonde tem todos os debates dentro da região de saúde. ... Ela tem acima de tudo a condição de estar debatendo principalmente a questão de prestação de serviços, a relação de referência e contrarreferência, as

responsabilidades dos municípios, a análise de indicadores, né, a evolução nos processos de trabalho, a implantação de protocolos de fluxo e contrafluxo dentro da região de saúde, criação de novos serviços, a definição com relação à responsabilidade por executar serviços de município A, de município B, de município C, ou seja, todo o processo de organização dentro da região de saúde, ele se dá, e de pactuação, dentro da CIR e as CIR aqui no estado do Ceará, eles tem um papel extremamente positivo. E07-CE

Outro ponto muito polêmico e emblemático quanto ao diferencial de poder decisório da CIR Salvador e das CIR Fortaleza e CIR Cascavel, bem como da relação CIR-CIB na Bahia e no Ceará diz respeito à PPI. Nesse aspecto, houve unanimidade das respostas dos entrevistados nos dois cenários estaduais. Na Bahia, apesar dos vários problemas acerca do cumprimento da pactuação das referências regionais e da insistente solicitação dos municípios quanto a necessidade de revisão das mesmas, todos os gestores relatam que não há repactuação da PPI nas CIR, apenas na CIB. No CE, todos os entrevistados afirmaram haver repactuação da PPI nas CIR, inclusive isso foi identificado na análise de atas.

Portanto, as evidências apontam a CIR Salvador como uma instância deliberativa, conforme apresentado no regimento, mas no exercício cotidiano isso não demonstrou ser efetivado, quando se trata das pautas mais substanciais e requisitadas pelos municípios visando a organização de rede regional de serviços, tais como a PPI, o planejamento regional integrado, o comando único e a contratualização hospitalar. Os relatos de “*é muita teoria e pouca prática*”; “*tem muito blá, blá, blá, e tem pouca resolução*” ao se referirem ao funcionamento da CIR na Bahia, refletem a fragilidade e a ausência de muitos gestores, posto que acreditam que não se trata de uma instância decisória, de fato, apenas a via de passagem burocrática obrigatória para a CIB, objetivando aprovação de pleitos vinculados majoritariamente a portarias ministeriais para captação de serviços e recursos.

Na CIR Fortaleza e CIR Cascavel, apesar de também representar via de passagem burocrática obrigatória tendo em vista as portarias ministeriais, constitui-se em espaço onde há discussões e decisões sobre aspectos acerca do planejamento regional, com ênfase no COAP, revisão de PPI, regulação, hospitais estratégicos e de referência regional, dentre outros, além da marcante presença e atuação da coordenação e de técnicos da CRES na orientação e articulação com municípios.

As CIR são instâncias privilegiadas para identificação de problemas, definição de prioridades e soluções para a organização da rede e provisão de recursos, favorecendo a constituição de objetivos compartilhados voltados para as necessidades regionais (SILVA JÚNIOR, 2015). Portanto, tais instâncias decisórias contribuem para o direcionamento do

processo de regionalização mediante o fortalecimento da discussão fundada nos problemas e necessidades regionais; do planejamento regional integrado; da pactuação sobre os recursos financeiros e sobre a configuração da rede de serviços de saúde.

Ao triangular as evidências advindas dos relatos, da observação e das atas, verificamos que o papel exercido pelo estado na condução da CIR contribui para a fragilidade ou o protagonismo da mesma, dependendo do cenário analisado. No cenário baiano, onde identificamos lacunas no poder decisório da CIR e sua dependência da CIB, relatos apontam como principal causa a ausência do estado. Neste aspecto, destacamos, tal como afirma um dos entrevistados “*não falo presente fisicamente, falo presente no debate, no confronto, na posição.*” Este argumento é exemplificado com ênfase a seguir.

*O estado não se posiciona pra definir isso. Não tá na CIR discutindo isso com eles, por isso **não é um espaço gestor, é na realidade uma reunião mais de secretários municipais...** Porque o que é uma CIR? A CIR seria os secretários das regiões com a presença do estado pra discutir suas questões. O que você vê são secretários municipais reunidos discutindo demanda do estado e demanda do Ministério. Então, eu não posso dizer que isso é uma CIR. **Por isso que a CIB ainda é o sucesso, porque na CIB você tem o gestor estadual presente, não é porque o secretário está nela. Porque o gestor estadual está lá, é o coordenador, junto com os gestores municipais. Aí você tem uma negociação de colegiado mesmo, de dois representantes discutindo...** Na CIR você não tem o estado presente, discutindo.*
E03-BA

Tal relato é emblemático e revela que a diferença entre o poder deliberativo da CIR e da CIB podem ser relacionados à presença atuante do gestor estadual em tais instâncias. Embora existam três representantes estaduais na CIR Salvador, o que é questionado em vários relatos, é a atuação de tais representantes, definida como “*nula*”, “*ausente*”, quando na verdade deveria assumir um papel protagonista na CIR, coordenando as discussões e com poder decisório para confluir na resolutividade dos problemas a serem discutidos nesta instância intergestora regional.

Conforme apresentamos anteriormente, a presença do membro efetivo do nível central e dos membros do nível regional não reverbera no efetivo exercício de poder deliberativo dessa instância. Portanto, denotamos a grande fragilidade da CIR Salvador se converter em instância de gestão regional do SUS na Região Metropolitana de Salvador, tendo em vista as lacunas no poder decisório de seus membros, tanto dos gestores municipais, quanto estaduais.

O quadro 12 apresenta a síntese comparativa II.

Síntese Comparativa II – Organização e funcionamento da CIR Fortaleza e da CIR Salvador⁶²

Região Metropolitana de Fortaleza – Ceará	Região Metropolitana de Salvador - Bahia	Fontes
<p>Composição apenas com municípios da região de saúde, coordenação e membros da instância regional da SESA (CRES).</p> <p>Pautas predominantemente marcadas por demandas ministeriais (NASF, ESF, dentre outros) que implicam repasse de recursos.</p> <p>Captação de recursos financeiros e (des)cumprimento de pactuações da PPI como pontos mais polêmicos. Há repactuação da PPI entre os gestores municipais.</p> <p>Na CIR Fortaleza a presença de secretários tem sido reduzida, muitos representantes e técnicos. Ausência quase que completa da secretária municipal de saúde da capital. Alguns relatam esvaziamento devido redução da sua importância política/decisória quando comparada à CIB. Dificuldade de obtenção de quórum. Na CIR Cascavel presença constante de secretários, não há dificuldade para obtenção de quórum.</p> <p>Secretaria executiva exercida por servidora estadual, responsável pela divulgação das reuniões, contatos com secretários, transcrição das atas e todo o processo de organização antes e após as reuniões.</p> <p>Há gravação em áudio das reuniões. Os arquivos são digitados e organizados por pastas digitais e impressas. Todas as atas, resoluções e listas de frequência são impressas e encadernadas formando um compilado correspondendo a cada ano.</p>	<p>Composição com municípios da região de saúde, coordenação da instância regional da SESAB (DIRES / NRS) e membros do nível central e regional, indicados pelo secretário estadual de saúde.</p> <p>Pautas predominantemente marcadas por demandas ministeriais (NASF, ESF, dentre outros) que implicam repasse de recursos.</p> <p>Captação de recursos financeiros e (des)cumprimento de pactuações da PPI como pontos mais polêmicos. Não há repactuação da PPI entre os gestores municipais.</p> <p>Presença de secretários tem sido reduzida, muitos representantes e técnicos. Ausência quase que completa do secretário municipal de saúde da capital. Alguns relatam esvaziamento devido redução da sua importância política/decisória quando comparada à CIB. Dificuldade de obtenção de quórum.</p> <p>Secretaria executiva exercida por servidora terceirizada que exerce outra função no nível central da SESAB, sendo responsável por diversas outras atribuições no nível central, além da divulgação das reuniões, contatos com secretários e registro das atas.</p> <p>Não há gravação das reuniões, cujos registros são realizados pela secretária executiva, coordenação da CIR ou membro do nível central. Atas registradas no site do Observatório Baiano de Regionalização.</p> <p>Atas muito sucintas e sem registro, por exemplo, de alguns participantes na reunião. Não há resoluções. Definições da CIR e atas divulgadas através das atas no Observatório, alimentado e controlado pelo nível central.</p>	<p>Entrevistas, Observação direta e Análise documental</p>

⁶²Estes resultados correspondem às evidências constatadas no período de coleta de dados em campo, posteriormente podem ter havido mudanças.

<p>Atas extensas e descritas com riqueza de detalhes. Definições da CIR transformam-se em resoluções assinadas pela coordenação (coordenadora da CRES) e vice-coordenação (representante do COSEMS na respectiva região) da CIR.</p> <p>Cuidadoso preparo do ambiente antes da reunião. Membros da CIR dispostos em círculo, ao redor de uma mesa, todos com uma pasta por município, contendo pauta impressa e todos os documentos que serão discutidos na reunião. Convidados sentam-se nos demais espaços, também recebem pauta e assinam frequência.</p> <p>Envolvimento do coletivo da CRES, com presença constante de vários técnicos do nível regional na CIR, abordando temas e/ou prestando esclarecimentos.</p>	<p>Não identificado preparo do ambiente antes da reunião. Disposição aleatória dos membros da CIR, convidados e demais participantes.</p> <p>Não envolvimento do coletivo da DIRES/NRS, com ausência constante de técnicos do nível regional na CIR. Apenas presença do membro efetivo regional.</p>	
---	--	--

6.11 A CIR e as formas organizativas de poder

Conforme Testa (1995), as decisões requerem o exercício do poder numa dinâmica organizacional que se realiza por meio de sua forma organizativa, considerada pelo tripé espaço da decisão, procedimentos de transmissão da ordem e relações entre os atores. O movimento descritivo-analítico deste capítulo, abordou diversos aspectos constitutivos da organização e do funcionamento da CIR, numa ótica mais próxima do espaço onde se torna efetivo o exercício do poder e dos procedimentos de transmissão da decisão, com suas gradações de formalidade e informalidade (TESTA, 1995), sendo as relações objeto mais específico do capítulo seguinte.

Considerando a CIR como uma instância decisória que reúne diferentes atores, representantes dos entes federados, com distintas acumulações, interesses e poder, certamente esse espaço é permeado por conflitos na tomada de decisões. Assim, é relevante destacar que a busca pelo funcionamento das regras e procedimentos na tomada de decisão pretende solucionar e minimizar os conflitos do coletivo (SILVA JÚNIOR et al, 2015). Tais elementos podem ser coadunados com a realidade baiana e cearense, tanto na formulação quanto na implementação dos regimentos das CIR. Conforme discutido anteriormente, a formulação dos

regimentos na Bahia foi um processo lento, tendo em vista as tensões e disputas entre representantes do estado e dos municípios. Tais aspectos não foram identificados no Ceará.

Pelas evidências que emergiram dos relatos e observações, ainda que o regimento das CIR na Bahia (BAHIA, 2013; BAHIA, 2015) seja mais extenso, metódico e com fixação de regras para a organização e o funcionamento das comissões intergestores regionais, tais regimentos não se convertem nem se expressam no cotidiano das mesmas. Numa situação inversa, o regimento do Ceará (CEARÁ, 2013) é mais sucinto e objetivo, não se apresenta tão pormenorizado como o da Bahia, porém o cotidiano da comissão intergestores expressa-se mais metucioso na organização da estrutura necessária para as reuniões, na comunicação com os membros, nos registros antes, durante e após as reuniões, dentre outros aspectos acerca do funcionamento da CIR.

Ao considerar as gradações de formalidade e informalidade descrita por Testa (1995), a análise demonstra procedimentos mais formalizados na CIR Fortaleza e CIR Cascavel, sempre com o cuidadoso registro e assinatura de frequências e de atas construídas mediante gravação das reuniões e explicitando detalhamento das mesmas. Todas as decisões/pactuações da CIR são transformadas em resoluções assinadas pelos gestores. Tais resoluções, além de serem encaminhadas para a CIB, tem outras vias que ficam arquivadas na 1ª CRES e também com os municípios envolvidos em tais decisões. Em todas as reuniões, cada município recebe uma pasta com documentações que lhes são pertinentes.

Já na CIR Salvador, os procedimentos adquirem uma gradação mais informal tendo em vista que os registros são realizados por diferentes pessoas, não há gravação das reuniões, cujas atas são sucintas, com omissão de acontecimentos e de presenças de participantes da reunião. Tais atas, postadas no site são consideradas como a “*oficialização*” das decisões/pactuações da CIR, todavia há constante desatualização de muitos meses na alimentação do referido sítio eletrônico.

Embora considerando as diferenças supracitadas, de maior tendência à informalidade e centralização na Bahia e à formalidade no Ceará, tal como identificado por Miranda (2010), trata-se de organização formal de suporte para atividades, com coordenação administrativa própria, com estrutura e funções para formalização, fluxo e transmissão de decisões.

As reuniões da CIR Salvador e das CIR Fortaleza e CIR Cascavel ocorrem, respectivamente, em uma sala na 1ª DIRES/ NRS Leste e numa sala ou auditório da 1ª CRES. Portanto, realizam-se num espaço real que concretiza a materialidade do ato da decisão (TESTA, 1995). Contudo, embora a materialidade da decisão ocorra no espaço real e formal, entre os componentes da CIR, existem relações de informalidade e opacidades que permeiam

esse processo decisório e foram identificadas nos dois cenários, mas sobretudo no caso da Bahia, onde verificamos instâncias regionais mais frágeis. Estudo sobre a Comissão Tripartite revelou a formalidade praticamente restrita às reuniões ordinárias e convencionais, momento em que há pactuação dos acordos (MIRANDA, 2010).

7 RELAÇÃO INTERGESTORES NA CIR – PROCESSOS DE NEGOCIAÇÃO E PACTUAÇÃO OU (DES)ACORDOS EM REALIDADES METROPOLITANAS

É preciso, pois, ter cuidado com as analogias excessivas. Reconhecer que somos irmãos é sempre suspeito quando esse reconhecer envolve, de nossa parte, a aceitação de contingências duras e, da outra parte, não envolve nada além de palavras. (RIBEIRO, 2010, p.174)

A análise das relações entre gestores, com ênfase nos processos de negociação e pactuação, no âmbito das CIR, é foco deste capítulo. Inicialmente ponderamos que as características demográficas, sócio-econômicas e políticas, que conferem especificidades às regiões metropolitanas estudadas, repercutem na configuração do sistema de saúde regional metropolitano, bem como na relação entre os gestores dos municípios de pequeno, médio e grande porte, delineando o processo decisório nas instâncias intergestores regionais do SUS.

7.1 Da hierarquia entre os municípios à relação entre os gestores

A construção do SUS requer um processo de negociação periódica entre diferentes esferas de governo, respeitando a diversidade sanitária e o necessário tratamento diferenciado que lhes devem dar os estados e municípios, entes federativos autônomos na gestão do sistema, no âmbito político-administrativo, mas interdependentes devido a configuração regionalizada do SUS (SANTOS E ANDRADE, 2007).

Diversos fatores estão inseridos no processo de tomada de decisão, negociação e pactuação, sendo necessário levar em conta a dinâmica que perpassa as relações entre os atores, envolvidos num jogo decisório com intrínsecas relações de poder, interesses econômicos e questões sócio-políticas (SILVA JÚNIOR et al, 2015). Portanto, a CIR, instância decisória de gestão regional do SUS, onde são operadas a negociação e a pactuação entre os gestores do sistema de saúde, revela-se como um espaço de conflitos, no qual afloram tensionamentos, motivados pela desigualdade entre os entes.

Num primeiro movimento, é oportuno esclarecer, segundo anunciado por Testa (2007), a existência de contradições, frente a múltiplas questões, e de conflitos como formas nas quais se expressam tais contradições, tanto a nível dos indivíduos quanto dos grupos que conformam a sociedade. Portanto, as diversas desigualdades intrarregionais e intermunicipais existentes na dinâmica cotidiana específica das regiões metropolitanas, conforme demonstramos anteriormente, revelam contradições manifestas nos conflitos que permeiam a

relação intergestores na CIR, a qual foi caracterizada como “*muito tensa essa relação entre a gestão municipal da capital, dos outros municípios da região metropolitana e a gestão estadual.*”

Num segundo movimento, cabe explicitar um posicionamento hierárquico entre os municípios dos cenários metropolitanos pesquisados, ainda que isso pareça contraditório ao federalismo constitucional que prevê entes autônomos e soberanos. Ao serem questionados sobre posição hierárquica entre os municípios, tivemos diferentes depoimentos.

Então, isso não tem. Não tem e talvez essa seja a convivência boa da CIR Salvador. Porque a fala é muito de iguais. O entendimento é sim, todo mundo entende do que tá falando. E01-BA

A hierarquia existe, a verticalização também existe, a horizontalidade não sei tanto. O município de pequeno porte ele é muito frágil e refém do sistema que tá aí posto E28-BA

Tem sim! Ela não vai tá em texto nenhum! Mas ela acontece no cotidiano, sim, nas reuniões, entende? E20-BA

Hoje todos os municípios está de igual pra igual. Na minha CIR... agora capital a gente sente que há assim, uma... é como se ele fosse mais favorecido. Eu acho que por ser maior, né?... até nas reuniões ela se destaca mais, né? Porque, na reunião, é o município maior e eu acho que existe só assim, só da capital mesmo. Tem um... como se ele fosse maior do que a gente, mais...E isso influencia nas decisões. Influencia. E10-CE

Portanto, embora estejamos num país federativo em que a soberania das unidades é plena, sem reconhecimento da existência de qualquer poder superior sobre elas (ROCHA, 2013), as evidências apontam contradições importantes, expressas na relação conflituosa entre os gestores do SUS, nos cenários estudados. Assim, reconhecemos neste trabalho, a CIR como um espaço de conflitos e de desiguais, delineando uma hierarquia simbólica⁶³, negada por uns, assumida e enfatizada por outros. O fato é que tal hierarquia simbólica reflete-se nas relações entre os gestores, no modo como se manifestam e interferem no processo decisório na CIR.

A existência de comissões intergestores como mecanismo intergovernamental de deliberação e o conceito de região de saúde, segundo Rodrigues et al (2010), constituem elementos da estrutura institucional do SUS. Sua particularidade é que não corresponde a nenhuma instância da estrutura federativa brasileira e seu arranjo institucional gera relações

⁶³ Atribuimos o termo hierarquia simbólica, por associá-la a um símbolo, algo que por princípio de analogia, representa ou substitui alguma coisa (FERREIRA, 2004). Ou seja, a hierarquia assinalada, entre os entes federados e nas relações entre os gestores, evoca e representa as desigualdades entre eles.

hierarquizadas entre entes que são constitucionalmente federados, ou seja, soberanos e autônomos em seu âmbito de atuação (RODRIGUES et al, 2010).

Convivemos com o paradoxo da autonomia e da interdependência entre municípios que convivem, na prática, com posições hierárquicas delineando “o elefante e os carrapatos”, os fracos e os fortes, os de pequeno e os de grande porte. Neste aspecto, capitais e pólos de região assumem e exercem posição considerada superior a outros municípios da mesma região, tendo em vista uma série de aspectos, sobretudo financeiros, capacidade instalada da rede de serviços e possibilidades de investimento e captação de recursos.

As entrevistas de todos os gestores, nos dois cenários pesquisados, convergiram em enfatizar a diferenciação entre “os pequenos e os grandes” evidenciando relações conflituosas e de disputas. Os relatos sinalizaram constantes reclamações dos municípios menores e de pequeno porte do território metropolitano em relação aos de grande porte, manifestando a insatisfação diante do que consideram uma conduta diferenciada, privilegiando capital e grandes municípios.

Neste aspecto, cabe explicitar que identificamos uma especificidade na relação entre pequenos e grandes municípios na Bahia, revelando uma situação contraditória que parece apontar um retrato do que acontece no estado, não apenas na Região Metropolitana de Salvador. Por um lado, conforme ilustra um dos entrevistados, o pequeno município está “sempre achando que é discriminado e que termina o município pólo sendo objeto de tudo”, alimentando uma condição diferenciada e de dependência que é reconhecida e criticada pelos gestores. Por outro lado, contraditoriamente, a maioria desses municípios mantêm-se numa postura de comodismo e reforçam esta dependência estrutural do seu sistema de saúde, gerando o chamado “padrão exploratório” entre os municípios, termo referido por um dos entrevistados. Assim, delinea-se uma posição hierárquica entre municípios e gestores que, em determinados momentos, é criticada, em outros, tende a ser comodamente reforçada. Tal ambiguidade e contradição é exemplificada nos depoimentos em seguida.

Eu acho que ainda é um pouco hierárquica, não é tão horizontal ainda não. É muito: “Eu que faço tudo, né, eu não tenho condição de dá tudo pra todo mundo, tu não faz nada, a depender do caso, tu não consegue, depende de mim e tá reclamando?” Um pouco disso. E o outro, por outro lado, também, é: “Eu não vou fazer nada nunca, eu preciso de ti, quero tudo aí, tu tem que me dá tudo.” E33-BA

Secretário de município pólo, hoje, é muito penalizado, porque ele tá situado em uma região que tem, digamos assim, um cinturão muito pobre com vazios extremos de assistência, não só de equipamentos, de serviços, mas também de profissionais e que essa demanda desse cinturão recai toda no município que sedia serviços e, muitas vezes, por conta disso, secretários ou a gestão do município pólo tenta organizar esse acesso e não consegue! E aí, muitas vezes, gera o conflito dos

gestores que tem serviços com os gestores que não tem. Existe a cobrança para que, efetivamente, os serviços que eles tem pactuados na região sejam ofertados, só que muitos municípios também exacerbam, porque, muitas vezes, não tem e quer que o outro oferte, como quem diz: “Tô te passando meu problema.” Então, isso tem acontecido muito. Eu acho que: “Por eu ser pequeno e não ter nada e você ser pólo, você tem que fazer tudo para mim.” E essa visão existe e tá fortalecida hoje. E28-BA

Outra especificidade, relatada na Bahia, foi que no imaginário coletivo dos gestores municipais existe uma concepção de municípios-pólo vinculada à imagem de “maior ibope”, “ser pólo me dá um status maior ainda.” Tal aspecto pode estar associado com o maior acesso à reuniões/negociações com o governo estadual, à rede de serviços e ao volume de recursos que transita em tais municípios, conforme sugere relato a seguir:

Eu acho que é só dinheiro, acho que eles só pensam assim, por exemplo, é uma coisa até que a gente erradamente faz, vamos discutir aumento de recurso, vamos discutir, os pólos de macro vem aqui pra discutir recurso, pronto. Então, eles começam botando na cabeça que: “Só vão olhar pra mim se for um pólo.” E aí eles começam a querer ser esses pólos pra discutir. Agora por que vai discutir? Porque eles tem a concentração dos serviços que mais custam. E02-BA

Conforme entrevistados, não só na CIR da capital, mas em todas elas, “os pólos tem poder muito maior em relação aos outros municípios... o empoderamento é muito diferente.” Portanto, a CIR configura-se como um espaço de articulação dos entes federados, todos autônomos e no mesmo nível legalmente definido, mas do ponto de vista econômico, técnico, político, social, dentre outros, os pólos e as capitais são municípios que têm maior empoderamento, reverberando no processo decisório. Considerando, especificamente, as capitais Salvador e Fortaleza, tal influência sobre a tomada de decisão foi identificada nos dois cenários metropolitanos, conforme exemplos adiante.

O secretário de Salvador, seja quem for que seja, ele acaba tendo, por ser um município maior onde os equipamentos estão quase todos aqui, levando os outros cinco, os outros quatro, e os outros quatro subjulgam os menores todos! Então, ainda tem esses enviesamentos locais. E20-BA

A formação dessa região é Fortaleza e os outros são três municípios periféricos... porque Fortaleza pelo tamanho, a capital, população, mais recurso, tudo. Então, quando eu boto Fortaleza, numa regional, para discutir Fortaleza, Itaitinga, Aquiraz, Euzébio, esses três se esperneiam mas Fortaleza que define a história, né? Então assim, eu considero meio desigual essa discussão de regional. E14-CE

Ao comparar tais relatos com a observação, verificamos achados convergentes. Presenciamos três reuniões da CIR Salvador, sendo que uma delas contou com a presença do secretário municipal de saúde da capital. Nesta reunião, foi evidente como a participação do referido gestor municipal polarizou toda a discussão, demonstrando a nítida diferenciação de poder técnico e político da sua presença, manifesta pela fala mobilizadora e predominante do mesmo, pelos posicionamentos e “silêncios” dos demais, inclusive influenciando a coordenação da referida instância intergestores. No caso da CIR Fortaleza, não presenciamos reuniões com a secretária municipal de saúde, mas com representantes da área de planejamento. Porém, o depoimento abaixo aponta que a presença da secretária de saúde da capital também repercute numa tendência a modificar a dinâmica da relação e da discussão entre os gestores, revelando a diferença entre *“espernear e decidir.”*

Como a gestora de Fortaleza, dificilmente, participa dos processos, são os técnicos. Aí eles se põem no processo de pactuação com uma postura, como quem diz assim: “Os gestores aqui somos nós, porque aqui eu sou secretário, eu sou secretário, eu sou secretário. Vocês estão representando aqui o setor de controle e avaliação do município ou planejamento do município.” É completamente diferente! Então, eles três aqui, eles se juntam. É tanto que quando há uma participação da secretária... Mas quando ela não participa, realmente eles se juntam aqui. E08-CE

Denotamos, a partir das evidências que emergiram das entrevistas e da observação de reuniões que, embora seja muito constante a ausência dos secretários municipais de Fortaleza e de Salvador nas CIR, quando estes participam de reuniões com os demais gestores da região, há alteração na dinâmica decisória, tendo em vista o poder disposto/possuído por tais gestores e a posição dos mesmos em relação aos demais. Estes gestores representam atores individuais com interesses no setor saúde e ocupam uma posição que o colocam em situação de peso dentro do mesmo (TESTA, 1995). Portanto, tais achados ilustram a relação entre poder-espço e poder-interesses, segundo descrito por Testa (1995). A relação poder-espço refere-se às questões que se discutem em cada espaço⁶⁴, segundo o poder que os atores que entram na discussão dispõem; a relação poder-interesses refere-se precisamente à posição do ator que discute. Ao pensarmos o poder como uma capacidade de manipulação de recursos, informações e interesses nas mãos de algumas pessoas (TESTA, 1995), consideramos que os gestores das capitais acumulam grande poder administrativo, técnico e político capaz de influenciar a ação e relação dos outros gestores da região.

⁶⁴ O espaço refere-se ao setor saúde, definido por Testa (1995) como um espaço social onde transcorrem os processos de discussões, conflitos, decisões e ações da saúde, no qual também se disputa o poder cotidiano e o poder societal. No caso específico deste trabalho, dentro do setor saúde da Bahia e do Ceará, focamos a CIR Salvador e a CIR Fortaleza.

Tal como afirma Silva Júnior (2015), os maiores municípios de cada região e a secretaria de saúde do estado, que possuem maior capacidade instalada dos serviços de média e alta densidade tecnológica, acabam definindo as regras do jogo, conforme seus interesses e com suas possibilidades. Embora verificando tal realidade, também identificamos uma tendência reativa de organização entre os municípios menores, no sentido de “*se juntar contra os maiores*”, demarcando um “*apartheid*” ou um “*jogo*” de correlação de forças entre grupos ou blocos para definição do processo decisório.

É interessante os jogos de correlações que eles fazem entre si, né, é muito interessante isso! Os municípios maiores, eles ficam muito divididos em blocos porque eles se reconhecem com maior poder de barganha, de decisão, de direcionamento das ações, dos ganhos, quando estão juntos. Os municípios menores, nos últimos dois, três anos, eles têm aprendido, eu penso, a capacidade de se unir para, também, em pequenos bloquinhos, definir algumas coisas porque eles eram muito desarticulados e ainda são um pouco desarticulados. E20-BA

Na primeira região, aqui tem um apartheid... o que tá sendo visto é de que eles três, os gestores desses três aqui ó, estão sempre muito aliados. E eles se posicionam sempre como adversários de Fortaleza [risos]. É muito interessante! Mas é por causa da postura de Fortaleza... os pactos aqui não são fáceis. Porque são os três contra Fortaleza... se puder derrubar Fortaleza, eles derrubam. E08-CE

A CIR revela-se como uma arena de luta na defesa de interesses entre desiguais. As fontes das desigualdades entre os municípios expressam-se de diferentes formas no processo decisório, dependendo da força política e econômica de cada município e também do momento político-partidário, pois, conforme ressalta um dos entrevistados, “*depende do momento até partidário, depende da conjuntura, pode ser mais aguda em determinado momento e no outro ser bem mais branda.*” Outrossim, também foi sinalizado o acesso mais facilitado dos municípios pólo e das capitais, ao secretário estadual de saúde.

Além dessa dimensão político-partidária, no geral, os relatos dos gestores convergiram no sentido de indicar outros dois aspectos demarcadores da hierarquia simbólica: o financeiro caracterizado pela capacidade de arrecadação municipal; e o técnico-administrativo caracterizado pela capacidade de intervenção de gestão. Neste sentido, destacamos que um dos aspectos mais comuns na fala dos entrevistados, indicou que a negociação e a tomada de decisão é influenciada pela assimetria de conhecimento, sobretudo das normatizações e portarias do Ministério da Saúde, ressaltando que as cidades pólos tem técnicos e processos administrativos mais fortes, característica que lhes confere um certo domínio e maior poder de barganha nas discussões. Cabe explicitar que, nas entrevistas, denotamos o maior despreparo técnico dos secretários de saúde dos menores municípios na

Bahia, sendo destacadas as repercussões disso para a tomada de decisões no âmbito da CIR, conforme enfatizou um dos entrevistados.

Eu fico pensando muito como é que essa CIR consegue decidir as coisas, como? Não é pouco, muitos secretários não sabem, então, como é que vota? Como é que decide? Como é que estabelece as parcerias? Como é que estabelece as metas?...a maioria desses últimos secretários, são secretários que não são da área de saúde, além de não ter formação em saúde, não tem formação em gestão, então, eles vêm totalmente... nunca foram secretários de saúde, nem nunca trabalhou com políticas de saúde, nunca foi gestor de um hospital, de uma unidade de saúde, e eles chegam, eles colocam seus assessores para poder trabalhar por eles, mas só que, na CIR, ele tem que vir e aí, nesse caso, ele não tem como não mostrar suas fragilidades, o seu desconhecimento da gestão, das políticas, dos instrumentos de avaliação, dos indicadores. E20-BA

Outrossim, nos dois cenários estudados, foi destacada a maior possibilidade de captação de recursos pelas capitais, para além das condicionalidades via portarias ministeriais, o que é evidenciado em expressões do tipo: “os fortes eles não entram nessa distribuição de migalhas, mas eles têm forças pra ir buscar recursos lá no Ministério.”

Esses elementos que emergiram do concreto, relatado nas falas de todos os entrevistados e observado nas reuniões, explicitam a hierarquia de poder político, técnico e administrativo (TESTA,1995) entre os municípios. A partir dessa hierarquia entre os municípios manifesta-se uma relação assimétrica de poder entre os gestores, refletida nos posicionamentos e graus de influência nas negociações e no processo decisório, tal como revela o seguintes depoimentos.

Por que o município de grande porte quer ter uma voz só? Por que, às vezes, eles tinham essa coisa de os outros se intimidar. E nós fomos trabalhando isso com os demais municípios da região metropolitana... Uma coisa é: quem se intimida deixa o que é mais forte ter um poder de decisão em relação à situação. O que vai ficar sendo definido? E04-CE

Camaçari, Candeias, Simões Filho, Lauro de Freitas e Salvador decidiam muito mais! Dentro das discussões entre eles lá, eram secretários mais empoderados, eles tinham maior arrecadação local e tinham também outros projetos, outras fontes de financiamento... Mas os outros como São Sebastião do Passé, Pojuca, Conde, Saubara, as ilhas (riso) Itaparica e Vera Cruz, não conseguiam muito! Não conseguia influenciar. A fala falava, mas uma fala que não tinha muito eco! E20-BA

Portanto, as evidências, nos dois cenários metropolitanos, sugerem que a relação entre os gestores municipais e a participação no processo decisório depende do porte do município, o qual é demarcado pela arrecadação, influência político-partidária e conhecimento técnico-normativo. Tais elementos, próprios da tipologia do poder em saúde (TESTA,1992; TESTA,

1995), conferem uma visibilidade simbólica ao gestor, credenciando-o a falar e a ser escutado pelos demais, ou não, conforme afirma um dos depoimentos: “*Nesses três pontos, quem não tinha nada disso é que ficava caladinho, ou então, falava pouco e o pouco que falava não era ouvido.*”

Neste sentido, visualizamos os componentes comunicacional e relacional que permeiam o processo decisório na gestão regional do SUS, ambos referidos por Testa (1992, 1995) e Habermas (1987, 1990), embora com diferentes ênfases e pontos de vista dos autores. Ao tratar da relação como o núcleo das considerações do seu trabalho teórico sobre o Pensamento Estratégico, Testa (1995) refere ser uma forma organizativa de poder que se estabelece entre os atores que intervêm, podendo ser unidirecional ou bidirecional, a depender da conexão emissor-receptor e da possibilidade de existência do diálogo.

A perspectiva unidirecional apresenta-se numa relação emissor-receptor em que um ator emite as decisões e o outro as recebe. Na relação bidirecional, há um intercâmbio que pode se expressar de distintas formas, ocorrendo instruções de um lado com comentários e opiniões do outro, ou se estabelecer um verdadeiro diálogo no qual se perde o caráter de emissor e receptor, constituindo-se em unidade de outro tipo (TESTA, 1995).

Pensamos que a relação bidirecional, pautada no verdadeiro diálogo e constitutiva de uma unidade diferente da distinção emissor-receptor, conforme referido por Testa (1995), aproxima-se do que Habermas (1990) aponta como uma interação dirigida por processo de entendimento, mediado por atos de fala, no qual se obteria o sucesso ilocucionário⁶⁵. Ou seja, os participantes da interação unem-se através de suas ações de fala ou tomam em consideração os dissensos constatados, assumindo o papel de “*falantes e ouvintes, falam e ouvem através de processos de entendimento*” (HABERMAS, 1990, p 72).

As evidências que emergiram dos relatos e observações não convergem com os elementos teóricos característicos de uma relação bidirecional dialógica, conforme Testa (1995), ou numa interação de entendimento, segundo Habermas (1990). Identificamos, nos dois cenários metropolitanos, relatos sugerindo desigualdades na condição de falar e/ou ser escutado entre os gestores dos municípios “*maiores e menores*”, “*elefantes e carrapatos.*” Um dos gestores entrevistados apontou que o município de pequeno porte está “*sempre achando que é excluído, que é pouco ouvido.*” Tal relato denota uma frequência constante na qual se manifestam as diferenças restritivas da fala e da participação de determinados gestores

⁶⁵ Os sucessos ilocucionários estão relacionados à compreensão e a aceitação das ações de fala (HABERMAS, 1990).

no processo de decisão e negociação na CIR revelando que “*eles não conseguiam falar e quando falavam não eram ouvidos.*” Os depoimentos em seguida ilustram essa constatação.

A reunião começa, as ordens de falas, muitas vezes, não são respeitadas. O pessoal dos municípios maiores chega e coloca TUDO (fala com ênfase), fala. Quando chega o momento dos municípios menores também colocar: “Ah, vocês não podem colocar em bloco, não? Você já fala logo com fulano!” Então, eles começam a: “Não, mas nós já falamos! Tinha mais questões. Agora são municípios menores, com certeza os problemas são menores.” Eles brigavam muito! Eles brigavam muito! Tinham brigas muito sérias entre os secretários. Tinham bate-bocas seríssimos, muito fortes, por conta dessa questão, muitas vezes, alguns secretários dos municípios menores percebiam essa coisa muito clara dos outros municípios definir mais fortemente, ser mais ouvido... a questão fica muito clara no cerceamento de voz. E20-BA

Porque, não sei, acho que o município é grande, é rico, tem um repasse maior e “Eu estou em outro patamar que você, que não tem nem gestão plena.” Às vezes, eu acho que eu não tenho nem voz pra chegar e falar alguma coisa... “Eu sou gestão plena, tenho meus serviços, tal, pra quê eu vou conversar com você?”... aí, até pelo tratar fora da CIR que me constrange levar pra CIR. E22-BA

Eu notava que os municípios pequenos eles tinham menos vez... não era nem visto. Tipo assim, não era nem visto, não davam. Acho que os secretários iam e ficavam só assim, até com medo de falar, sabe? É como eu disse, quando eu entrei eu ficava de cabecinha baixa. Pouco falava, porque eu tinha até vergonha de falar, por conta que eu achava que o município pequeno não tinha tanto direito as coisas. E10-CE

Tais achados apontam uma situação na qual alguns assumem a posição de emissor-falante, sendo que outros ocupam, ou deveriam ocupar, a posição de receptor-ouvinte. Portanto, os gestores das capitais e dos municípios de maior porte emergem com maior vocalização de suas demandas e maior influência nos espaços decisórios, revelando uma forma organizativa de poder na qual predomina a relação unidirecional emissor-receptor (TESTA, 1995), cujas capitais tendem a ocupar a posição de emissor e serem portadoras de uma voz que fala e ecoa mais alto, nos dizeres de um entrevistado baiano: “*eu acho que fala e tem que falar alto mesmo... eu acho que tem um peso e tem que ter mesmo.*”

Ao tempo em que as capitais exercem maior poder no processo decisório, os secretários municipais de saúde das mesmas não participam das reuniões da CIR, repercutindo no esvaziamento e na fragilização dessa instância como espaço de pactuação e decisão entre os gestores da região. Tal ausência e concentração de poder das capitais foi verificada tanto na CIR Salvador quanto na CIR Fortaleza. Diferente do verificado na CIR Cascavel, na qual não foi verificado o esvaziamento por parte dos secretários municipais, tal como identificado nas CIR das capitais.

...essa relação do pequeno com o grande é muito difícil. Ela é muito complexa... Primeiro porque Fortaleza não participa de nada. Eles se acham diferentes, ou porque são muito grandes, eles não compartilham dos colegiados. Você pode ver, por isso que os gestores não vão, do município pequeno. Vai ter uma discussão hiper importante, ela manda a terceira auxiliar da auxiliar pra lá, que não tem autonomia, aí a gente também manda os nossos auxiliares pra lá, só pra ficar escutando e conversando. E09-CE

...a região de saúde de Salvador, uma região que a gente nunca conseguiu avançar... uma realidade de muita dificuldade de discussão, assim, com Salvador. Não porque era ruim ou era bom. Não. Mas porque é como se Salvador estivesse em outro mundo, em outra prioridade de saúde. Ele não tava no debate da regionalização como os demais municípios estavam. E23-BA

Ainda que nosso foco tenha sido as CIR das regiões de saúde das capitais, os relatos de vários gestores, na Bahia e no Ceará, afirmaram que esta situação também é semelhante em outras regiões de saúde dos dois estados, onde há constante ausência dos secretários municipais de saúde dos pólos de região nas reuniões da CIR e maior influência e poder decisório dos mesmos.

Ainda que haja a instância decisória cujas negociações e decisões devem ser pautadas no consenso, as evidências apontam uma propensão à decisões construídas mediante relações unidirecionais, ou na bidirecionalidade caracterizada pelo recebimento de instruções de um lado e comentários ou opiniões de outro, tal como referido por Testa (1995). A partir das evidências, denotamos que a bidirecionalidade, alicerçada no verdadeiro diálogo, relaciona-se a uma maior simetria nas condições e posições entre os atores que decidem. Na realidade observada, há gestores em condições muito díspares, repercutindo na emissão das opiniões dos mesmos, na manifestação dos seus interesses/projetos e no acesso mais facilitado aos gestores dos entes estaduais e federal, assim a decisão tende a ser tomada com maior influência daqueles que dispõem de mais poder, seja informações técnico-normativas, recursos financeiros ou mobilização de técnicos e/ou gestores dos referidos estados e da União.

Outrossim, é relevante destacar uma diferença identificada entre os dois cenários estudados. No Ceará, mesmo denotando a existência de relação assimétrica entre “os grandes e os pequenos”, identificamos depoimentos reveladores de mudanças na postura de gestores de pequenos municípios, no sentido de também se posicionar com mais ênfase no processo decisório, expressando, segundo um gestor municipal cearense que “aí a gente grita e consegue”, contribuindo para alterar a dinâmica relacional entre eles. Esse processo é ilustrado de modo emblemático a seguir.

Essa relação entre o município que é de grande, de médio e de pequeno de ter uma voz ou de se intimidar... E até os municípios pequenos não estão mais tão tímidos como eram não, né? É uma das coisas e a gente percebe! O processo em si né, que eles vão aparecendo. Porque, por exemplo, quando na relação de discutir nas CIR, os gestores, aqueles que eram mais tímidos, eles estão começando a se soltar mais por uma experiência também. Que quando entra, porque assim, dizer que um gestor fez um curso e foi convidado por um prefeito pra ser o secretário, eu sempre digo, ninguém é um produto enlatado. E04-CE

E isso, nessas reuniões a gente começou a construir, a mudar essa realidade. Totalmente mudada... Eu disse: "O meu município também existe e eu quero tudo de bom pra ele." Então, comecei a falar, reclamar quando era preciso. Não fiquei mais parada. Porque eu via, pelo que eu pude notar, é que antigamente era assim, os outros gestores não falavam nada, deixava tudo pra lá porquê (nome do município) era pequeno e não tinha vez. E eu tirei essa máscara aí, não existe mais. Agora eu vou de igual pra igual. E eu vi que isso não existe. Quando a gente procura a gente acha. Então, eu falo mesmo... O que me fez mudar é ver a realidade com outro olhar. Que o SUS ele tá pra todo mundo. Ele é universal. Então, por que eu vou me diminuir? Não vou ter direito a alguma coisa porque meu município é pequeno? De jeito nenhum! E essa mudança aconteceu mesmo. Estou falando sério. E10-CE

A análise de tais relatos aponta elementos concernentes à construção dos sujeitos gestores, uma das ênfases do trabalho teórico de Mário Testa. Embora não priorizemos tal discussão neste estudo, cabe sinalizar que, a partir de vários relatos, denotamos que a experiência nas instâncias intergestoras do SUS gera aprendizados, que acarretam mudanças no saber e na prática dos referidos gestores, refletindo no seu posicionamento e na relação com os demais gestores no processo decisório. Ou seja, tais sujeitos não se constituem a partir de “um produto enlatado”, mas sim, da experiência que processa mudanças no saber e no olhar sobre a realidade, e conseqüentemente na sua forma de agir e interagir nas instâncias decisórias.

Conforme Testa (1992,1995) a capacidade de mobilização relacionada a defesa de interesses depende tanto de um saber, advindo da experiência e do conhecimento científico, como de uma prática que impacta os atores, mobilizados e mobilizadores. Para o autor, esse poder político reveste-se em ideologia tanto no saber, construtor da visão de mundo, quanto na prática, construtora de sujeitos.

Portanto, as evidências decorrentes das entrevistas e observações, no caso cearense, indicam que a possibilidade de mudanças na relação entre os gestores municipais na CIR, está relacionada com ganhos de poder técnico e político dos mesmos, impulsionados pela participação nos espaços coletivos e nas instâncias intergestoras do SUS, tais como as reuniões ampliadas do COSEMS-CE, a CIB e sobretudo a CIR. Tais espaços e instâncias são catalizadores de maior experiência e aprendizado, impactando na atitude e no posicionamento de gestores de municípios de pequeno porte contribuindo para alterar as relações

intergestores. Na Bahia, houve entrevistas destacando a relevância da participação na CIR como um espaço propulsor de aprendizado e ganhos de experiência, mas não identificamos, tal como destacado no Ceará, relatos acerca da mudança de posicionamento de tais gestores no processo decisório na CIR.

Diante da hierarquia simbólica constatada entre os municípios metropolitanos, das regiões de saúde de Salvador e de Fortaleza, que é refletida na relação entre gestores municipais no processo de negociação e decisão, no âmbito da CIR, é fundamental uma discussão mais aprofundada sobre a construção do consenso em tais instâncias, no sentido de, conforme aponta Godelier (1989), desvendar as conexões reais que existem para além das conexões visíveis. Em outras palavras, afirmamos a necessidade de reconhecer os atos manifestos para além do que é dito pelos gestores.

7.2 Entre o estratégico e o comunicativo: de qual consenso ou (des)acordo estamos falando?

A “*decisão consensuada*” é expressão presente nos diversos documentos normativos do SUS e comumente utilizada pelos gestores e técnicos ao referir-se à forma de decisão nas instâncias intergestores regionais. Todavia, necessitamos focar mais precisamente o tão propagado “*consenso*”, evidenciando o que alicerça a decisão e a pactuação entre os atores que estão na arena decisória da CIR. Diante das evidências supracitadas no tópico anterior, o consenso carece ser problematizado, no sentido de não incorrer em processos decisórios e pactos mascarados, incongruentes com a pretensa cooperação entre os entes e deletérios ao SUS.

Embora reconheçamos a importância da negociação e do consenso, objetivando processos cooperativos de implementação de políticas, nos casos metropolitanos analisados, tal assertiva deve ser interpretada com cautela, na medida em que os relatos demonstraram evidências de assimetrias entre os entes e os gestores, reproduzidas na maior ou menor capacidade de vocalização e negociação na CIR, impactando na produção de conflitos e de consensos.

É necessário refletir sobre a construção da consensualidade nos processos decisórios desenvolvidos nos colegiados regionais, tendo em mira o caráter extremamente assimétrico que caracteriza os entes federados no Brasil, já que, nesses espaços, os consensos podem se transformar numa *forma velada (ou não) de concentração da autoridade nos maiores*

municípios, uma vez que os demais não terão recursos nem força política para divergir (DOURADO e ELIAS, 2011, p. 210).

Portanto, colocamos em foco como tem sido operado o consenso nos cenários metropolitanos investigados, diante da hierarquia simbólica entre os municípios, num espaço decisório onde há predominância de uma forma organizativa de poder em que a relação ainda é majoritariamente unidirecional, não superando a perspectiva do emissor-receptor (TESTA, 1995). Certamente temos avanços ao longo da implementação do SUS, porém ainda precisamos superar desafios, em diferentes âmbitos, inclusive no processo decisório construído nas CIR. Para isso, é necessário descortinar uma percepção ingênua, sob pena da incorporação acrítica de elementos ditos transformadores que não passam de um reformismo, que conserva o passado ao superá-lo, ofuscando o real.

Os regimentos das CIR no Ceará (CEARÁ, 2013) e na Bahia (BAHIA, 2013; BAHIA, 2015) e o decreto 7508/2011 reconhecem as comissões intergestores como instâncias de pactuação consensual entre os entes federativos para gestão compartilhada do SUS (BRASIL, 2011). Apesar de tal definição e do consenso ser um termo recorrente nas conversas e reuniões, um entrevistado no Ceará (gestor municipal) e seis na Bahia (dois gestores regionais e quatro gestores municipais), ao falarem sobre a tomada de decisão na CIR, fizeram referências à votação e decisão por maioria, tal como ilustrado em seguida.

Leva pra reunião e todos os secretários avaliam ali e ali mesmo eles fazem sua votação e diz se tá aprovado ou não. E10-CE

Quando tem uma pauta do nosso município e a gente vai votar... na verdade a CIR ela funciona como maioria né, e não com totalidade, tendo maioria votando a favor do projeto, o projeto é aprovado. Eu acho bem democrático. E24-BA

Na última reunião que eu fui, foi até difícil conseguir um quórum mínimo para votação. E27-BA

P: Como é que as decisões são tomadas?

E31-BA: Ah! Simples e objetiva. Ela é bem simples, eu acho que a situação é exposta, você aprova ou desaprova: "Alguém discorda? Alguém discorda?"

P: E se alguém discordar?

E31-BA: Fala dessa discordância, mas o problema é que vence a maioria. Vence a maioria. É metade mais um. Se a maioria concordar...

Identificamos que as entrevistas revelaram afirmações contraditórias acerca da forma de decisão nas Comissões Intergestores Regionais. A maior parte dos entrevistados declarou a decisão por consenso, explicitando que “*Comissão intergestores regional tem que ter consenso. Não é votação, é consenso.*” Todavia é relevante destacar falas alusivas à tomada

de decisão por votação, afirmando que “*vota e a maioria vence.*” Tais achados são intrigantes e expressam uma ambivalência decisória. Ao estudar estratégias de interação e arranjos decisórios na CIT, Miranda (2003) identificou decisões por votação entre os representantes, revelando que, muitas vezes, não existe o *consenso*, mas a subordinação da minoria ante a maioria.

Percebemos o consenso como um imperativo para formalizar a decisão, segundo definido nos regimentos das referidas CIR e no decreto 7508/2011, e não como produto de um entendimento advindo do diálogo, conforme exemplificado nos trechos de entrevista a seguir.

P: Como é que é esse diálogo?

E03-BA: Não, não existe.

P: Não existe diálogo?

E03-BA: Não existe.

P: E o consenso?

E03-BA: Eu ainda tenho dificuldade de entender esse consenso porque eu não vejo. Eu vejo muito mais competição do que realmente consenso.

Na gestão passada, tentou trabalhar essa questão da organização da área metropolitana, mas desistimos. Porque é EXTREMAMENTE (fala com ênfase) difícil a área metropolitana aqui... É porque o diálogo entre eles não se viabilizou.

E08-CE

Na verdade, em muitas entrevistas, tanto na Bahia quanto no Ceará, denotamos a expressão do consenso vinculada a uma obrigatoriedade induzida normativamente e condicionada a prazos ministeriais, como única forma de tomada de decisão válida, o que pode ser ilustrado nos seguintes relatos: “*aí não ia ter consenso nunca!*”; “*não havendo consenso, não se toma decisão*”; “*se você não conseguir chegar num consenso, tira de pauta. Aí na outra se discute de novo*”; “*Um cede de um lado, outro cede e aí a gente chega a mais ou menos um consenso*”; “*quando você vai chegando no limite da data, aí você tem que tomar a decisão.*”

Nos casos metropolitanos de Salvador e de Fortaleza, tal como identificado nos estudos de Miranda (2003; 2010), o consenso é produto de uma premissa normativa, condicionante de comportamentos, ou de uma convenção simbólica em que os atores decidem e fazem acordos, muitas vezes, constrangidos pelos imperativos do sistema, do tempo e das relações estabelecidas de poder. Segundo o referido autor, há um paradoxo onde a pretensão explícita de uma racionalidade comunicativa está predeterminada pela norma que condiciona o consenso, sem o qual não existe a decisão formal.

Outrossim, os relatos sinalizam um esforço para construção do consenso como um processo positivo, avançado e inovador das comissões intergestores do SUS, do ponto de vista de fóruns que reúnem entes federados. Por outro lado, referem limites para alguns avanços, tendo em vista posições divergentes e muito conflitantes, sendo necessário o realinhamento de propostas e opiniões pra se chegar ao consenso, pois de acordo com um dos entrevistados *“tem que reduzir, recortar, redimensionar; isso é da natureza da construção de consenso. Alguém tem que ceder.”* Assim, a busca de consenso requer a mediação política, a constituição de um acerto entre as partes envolvidas nos arranjos decisórios, de modo que todos cedam em suas posições iniciais para consensuar uma proposta intermediária (MIRANDA, 2003).

A consolidação da gestão das redes de atenção à saúde está relacionada com o processo decisório, pressupondo que não deva existir hierarquia preestabelecida e que a negociação visando a cooperação entre os atores, para a construção de consensos, é a principal regra (SILVA, 2013). Tal assertiva deve ser interpretada com cautela posto que, nesse processo de construção de consenso, os conflitos estruturais e a correlação de forças assimétricas não podem ser ignorados (BAHIA, 2010). A negociação e os pactos são perpassados por conflitos decorrentes de assimetrias entre os entes, muitas vezes, desencadeando o acirramento das relações intergestores na defesa de diferentes interesses, sobretudo no que se refere à obtenção de maior aporte de recursos financeiros.

O pau canta porque tem jogo, tem interesses diferentes, tá entendendo? Aumento de teto da média complexidade do estado do Ceará, como é que nós vamos distribuir esse recurso? Qual o critério que nós vamos ter? ...Na verdade, quando você é secretário de saúde, quando aparece o nome do seu município, chega brilha lá na lista. Outra coisa, os secretários, eles são entes muito sacrificados. A dificuldade financeira é muito grande. Então, ele tem que vir à luta por recurso. Uma coisa lógica, né? Então, exatamente por isso, isso é em cima de uma discussão, muitas vezes, muito áspera. E05-CE

A racionalidade é financeira. Não é nem econômica, é financeira. E isso não tem jeito. Primeiro porque o SUS vem da origem do INAMPS, que paga por procedimento, “eu atendo, eu pago, ele paga pela doença”. Segundo porque há descapitalização da saúde. E o subfinanciamento tá tão grande que o financeiro, é incrível, ele toma espaço demais. A racionalidade toda é essa. Porque eu tenho um prefeito, que tá me esperando, que o secretário vai pra lá, vai levar dinheiro de volta pro município, a prefeitura tá afogada, tá pagando demais, entendeu? Então assim, a racionalidade é financeira. A principal, pode ter certeza disso. E01-BA

Denotamos que o processo de negociação e construção do consenso na CIR é constringido pela conflituosa *“luta por recursos”* entre os gestores municipais, cujos interesses são pautados pelo subfinanciamento do SUS. Tais conflitos podem ser concebidos

como a expressão mais direta e evidente de interesses contrários e os indicadores indiretos das contradições existentes (MIRANDA, 2003).

Conflitos de poder e por recursos financeiros são próprios do sistema federativo e das relações intergovernamentais, sendo que a construção e a manutenção de um sistema político voltado para a divisão de poder territorial, tanto político como tributário, sem desequilíbrio entre os entes é uma tarefa intrinsecamente contraditória, gerando conflitos e tensões (SOUZA, 2004).

Nesse sentido, cabe sinalizar que a PPI (Programação Pactuada e Integrada) e o financiamento emergiram nos relatos de todos os gestores, entrevistados na Bahia e no Ceará, como os temas mais polêmicos e de difícil discussão, com entraves para construção da pretensa consensualidade. Embora não sejam o objeto desta pesquisa, pois requer imersão e análises específicas, salientamos que alguns aspectos relacionados à PPI e ao financiamento serão abordados, posto que contribuem para desvelar a natureza dos consensos e do processo de pactuação. Denotamos que eles expressam as maiores contradições e conflitos na gestão regional do SUS, nos casos analisados.

Era um tema polêmico, que envolvia financiamento, envolvia oferta de serviço, certo? Então, ele é polêmico ainda, e vai continuar sendo por vários motivos. Primeiro, se trata de recurso, como eu falei, recursos que são alocados, pactuados entre os municípios. E33-BA

Eles colocam na PPI e acabam não conseguindo ser atendido nas unidades, aí os municípios querem retirar o recurso, né? Existe esse tensionamento... Isso é uma guerra dentro das CIBs regionais, porque isso vai para o espaço regional. Então, isso é o momento de tensão e de muita negociação E16-CE

Nos cenários metropolitanos de Salvador e de Fortaleza, o subfinanciamento revelou-se como um constrangedor para a gestão regional, posto que emergiu como a base da relação conflituosa entre os gestores, refletindo nas possibilidades de regionalizar serviços. Entrevistados sinalizaram a necessidade de maior descentralização de recursos e de revisão da lógica do financiamento como condição para efetivar a regionalização, tendo em vista dificuldades de disponibilizar serviços para uma região de saúde, com custos mais concentrados em um município.

Tais aspectos mencionados pelos gestores reforçam, dentre outras coisas, a necessidade do financiamento também ser pensado e definido regionalmente e não apenas focado em municípios específicos. A atual lógica de financiamento e os constrangimentos impostos ao SUS concorrem para que os interesses e critérios decisórios sejam alicerçados

predominantemente numa dimensão financeira competitiva, repercutindo no processo de negociação e pactuação operado nas instâncias intergestoras regionais, concebido como sinônimo de “mercantilismo”, “troca de dinheiro” ou “feira livre”, em detrimento de processos pautados na reponsabilidade solidária. Cabe destacar que argumentos dessa natureza foram mais frequentes e enfatizados nas entrevistas realizadas na Bahia.

Porque também tem a questão, o diálogo é sempre definir quem assume a responsabilidade solidária e quem assume o ônus da responsabilidade solidária. Esse é o diálogo! Não, não fique equivocada! No processo de regionalização é responsabilidade solidária: quem assume e quem assume o ÔNUS (fala com ênfase). Quem assume a oferta do serviço e quem assume o ônus do serviço. Aí quando a gente vai pra essa discussão o que é que acontece? ... se você for colocar uma cota de que o município de Paraipaba, ele tem que participar nesse fundo pra financiar essas ações solidárias, proporcional ao seu fundo de participação dos municípios, pra Fortaleza aqui não é nada, é merreca! Ele tem um fundo de participação desse tamanhinho! Esse é o dilema. Esse é o dilema. E08-CE

O que se via muito discutido era o recuo da gestão municipal de assumir, também, a sua parte da contrapartida financeira e de organização da rede... a discussão era essa do mercantilismo das ações, dos serviços, do comércio mesmo. Quanto vai pactuar com cada um e outro, e o quanto vou ganhar para poder prestar esse serviço ao outro. E20-BA

Tem gente que diz que é um mercado livre. Uma feira. Abre, “ah, eu tenho tantas AIHs, não sei o quê”. Eu acho que começa assim, mas porque ainda estão achando que é troca de dinheiro mas se começarem a ver que isso organiza o sistema deles, eles mudariam essa forma de mercado livre... Se eles negociarem isso sem aquela coisa: “Eu preciso ficar com AIH pra viabilizar meu hospital!” a coisa vai começar a funcionar, mas eles não fazem isso. Então, vira uma feira livre: “Quem dá mais? Quem quer mais? Eu não tenho hospital vou dar pra quem? Quem vai me atender?”... E aí ele vai botar o dinheiro lá, porque você diz: “O, bota no meu território que eu vou atender.” E não vai atender! E03-BA

Há um jogo de perdas e ganhos que se torna mais evidente no momento dos enfrentamentos decisórios sobre as transferências de recursos, quando os interesses orientadores das decisões tendem a maior explicitação, pois a descentralização de políticas públicas, ao prever as transferências de recursos financeiros e os encargos governamentais, acirra ainda mais os conflitos e disputas (GUIMARÃES, 2003).

As evidências denotam que há predomínio de uma lógica focada no recurso financeiro como definidora da conversa e do diálogo, elementos da comunicação e da relação entre os gestores, revelada em diversos relatos, tais como: “não dá pra sentar pra conversar sem dizer quanto vem de dinheiro, por que o pessoal, o raciocínio é esse!”; “a relação tá baseada no financeiro, no financiamento. Se a gente não tiver, não tem como regionalizar!”; “SEMPRE (fala com ênfase), toda conversa termina em financiamento!”

Ao ampliar o foco sobre essa construção decisória, pensamos que aprofundar a problematização do consenso requer a distinção entre uma ação de entendimento, pautada no agir comunicativo, e uma atividade orientada para um fim, pautada no agir estratégico (HABERMAS, 1990). Denotamos que o consenso exigiria que os atores, envolvidos na interação, conversem, dialoguem, se entendam e decidam com base no entendimento compartilhado da situação, todavia tal caracterização não emergiu dos entrevistados.

Nas entrevistas dos gestores, que referiram a decisão por consenso, não identificamos relatos vinculados a um processo de diálogo ou entendimento, nem produto de critérios técnicos, privilegiando a equidade regional ou outros princípios basilares do SUS. No geral, o consenso apareceu vinculado a recursos financeiros, questões políticas, acordos tácitos ou para acomodar animosidades, mas que no cotidiano, após aquele espaço formal de decisão, não seriam cumpridos.

Nas discussões, principalmente no colegiado, principalmente quando você diz respeito à distribuição de recursos e à conformação de serviços, você tem consensos. Tem consensos. Todo mundo concorda. A questão é na hora de fazer. Essa é a questão. E32-BA

Denotamos que se estabelece um jogo teleológico no qual identificamos uma atividade orientada para um fim e não uma ação de entendimento (HABERMAS, 1990). Não existe reconhecimento do que foi dito como verdadeiro e há incoerências entre o “*ter consenso*” e “*todo mundo concordar*” com o fazer conforme o que foi consensuado. Também identificamos dificuldades de compreensão e/ou ausência de diálogo entre os gestores, com prejuízos ao efeito/sucesso ilocucionário com base no qual eles poderiam compreender e aceitar as ações de fala, incidindo sobre o uso da informação nos espaços de pactuação e na construção da PPI, configurando os diferenciais de poder técnico (TESTA, 1996) entre os gestores.

É uma coisa muito assim: “Ah, vamos fazer as pactuações das metas.” Ai senta lá, todo mundo na frente: “Ah, são essas aqui as metas, tem que pactuar assim, assim, assim. Tem alguma dúvida? Não.” Então, é assim! A pactuação ela tem que ser uma pactuação. Ela tem, todos tem que chegar a um consenso. Eu pensava que era assim. Mas não era! Tudo imposto! Tem município que não sabe nem onde que tá a pactuação, “eu sou pactuado em que município?” É isso que a gente precisa rever, isso que tô dizendo a você. Porque as pactuações, elas são assim. Hoje eu considero que elas são assim, na teoria uma coisa e na prática outra. E31-BA

Desse modo, a pactuação expressa-se como um ritual de formalidade a ser cumprido, mas sem um processo maior de discussão e entendimento da situação no sentido de construir a resolução de problemas e necessidades regionais. O uso da informação/do saber nesse formato de pactuação denota algo muito mais informativo e unidirecional, concorrendo para que os pactos formais não funcionem, apenas cumpram papel cartorial.

Nos dois estados, os entrevistados convergiram em afirmações quanto ao descumprimento da PPI e de acordos formalizados em instrumentos de gestão, inclusive sugerindo a necessidade de medidas coercitivas para forçar o cumprimento dos acordos e pactos firmados: “*ele não cumpre, ninguém obriga. Por que eu vou pactuar aqui, eu vou cumprir?*”; “*a gente não consegue um mecanismo que acompanhe e faça o município gestor cumprir.*” Em convergência com análise de Guimarães (2003), revela-se um jogo entre distintos atores e esferas de governo, com graus de poder diferenciados, mostrando que o consenso está longe de se repetir no momento de implementação da política.

Assumiram a responsabilidade de realizar parto pra gestante de risco habitual. Não estão realizando. As mulheres estão vindo ... tá passando por uma situação de dificuldade porque como ele é referência pra rede, ele não pode deixar de atender a mulher. Em compensação, o recurso federal pra assistência à mulher tá nos limites desses municípios que assumiram a responsabilidade e não estão realizando. Do limite financeiro... E isso só aconteceria se eles, de fato, abrissem mão do recurso. Eles não abrem! E08-CE

Forçar o município a fazer o que ele tinha dito ali que ia fazer... o termo de contrato de gestão, ele assinava aquilo ali e não fazia. A gente fez um estudo na época, municípios, por exemplo, que recebiam recursos e quando a gente pegava como é que ele tava alocando aquele recurso aí tinha: monte de clínica de ortopedia privada contratada, clínicas especializadas contratadas no município, só que o que ele contratava era muito diferente do que o que estava previsto na PPI. E23-BA

Que os municípios se disponham a colocar, a abrir o jogo com relação ao que eles têm efetivamente funcionando. Porque, às vezes, eles dizem que está funcionando um serviço para alocar recurso, sem tá funcionando! Aí diz: “Eu quero que vá para o teto do meu município porque eu tenho como contratar.” E34-BA

Denotamos artifícios para aumentar o teto financeiro do município, mas não cumprir os acordos pactuados, delineando-se a ação estratégica em detrimento da ação comunicativa, posto que a racionalidade orientada para um fim e a racionalidade orientada para o entendimento não são intercambiáveis⁶⁶ (HABERMAS, 1990). As evidências indicam que, no momento formal das pactuações, há afirmações muito mais no sentido de obtenção do êxito próprio na negociação, que é a alocação do recurso no seu teto financeiro e do serviço no seu

⁶⁶ De acordo com considerações de Habermas (1990, p.70), a atividade que visa fins e o agir orientado para o entendimento são tipos elementares de ação, irreduzíveis um ao outro.

território, mas sem garantias de cumprimento do pacto consensuado. Ou seja, não identificamos a veracidade da fala, nem o uso da linguagem para o entendimento compartilhado da situação, aspectos próprios do agir comunicativo.

Outrossim, ao considerarmos falas dos entrevistados alusivas a uma “*racionalidade financeira*”, “*mercado livre*”, “*troca de dinheiro*”, evidenciamos considerações de Habermas (1990) sobre o modelo de mercado dirigido pelo dinheiro no qual o agir estratégico pode ser mantido como conceito de ação que convém ao meio de direção. As informações que correm através do código dinheiro condicionam as decisões da ação, devido a uma estrutura de preferências, sem que haja necessidade de apelar para realizações de entendimento mais arriscadas, orientadas pela validade (HABERMAS, 1990).

Os achados convergem com resultados do estudo de Machado (2013a), quanto à percepção de que a alocação prévia de recursos para atendimento à população referenciada, nos municípios de referência, não seria condição suficiente para que motivações solidárias superassem condutas autointeressadas dos pactuantes. De outro modo, também cabe considerar que a estrutura fiscal federativa brasileira e o subfinanciamento do SUS podem ser considerados demarcadores fundamentais para esta situação.

Em Estados federais, há conflitos e disputas na implementação de políticas, gerados mesmo após a decisão de descentralizar, sobretudo no processo de transferências de recursos da esfera federal para os estados e municípios (GUIMARÃES, 2003). No Brasil, existe um panorama no qual há municípios com pouca possibilidade de tributação e que dependem, em maior grau, dos recursos de outros níveis para prover serviços públicos básicos (RODRIGUES, et al, 2010).

Esse cenário demarca condições e relações assimétricas, as quais são reproduzidas na luta por recursos financeiros nas negociações e nos acordos entre os gestores nas instâncias decisórias regionais, condicionando decisões e consensos que pendem para aqueles com maior poder técnico, administrativo e político. Isso expressa o relato de um dos entrevistados, ao afirmar que “***determinados atores mais fortes, seja pela característica técnica ou política, se impõe mais e acaba influenciando todos os outros.***” Na Bahia, houve relatos afirmando a reprodução desta tendência não só nas instâncias intergestores regionais, mas também estaduais.

E são sempre as mesmas pessoas que falam na CIB, as mesmas pessoas que falam no COSEMS, é um pra mesmismo, sempre as mesmas coisas, né?! A gente não tem muito espaço. Os municípios pequenos não tem muito espaço... COSEMS e CIB basicamente a mesma coisa, são as mesmas pessoas que mandam. É eles que direcionam aonde vão. E31-BA

De acordo com Habermas (1990), os tipos de interação distinguem-se conforme o mecanismo coordenador da ação, sendo que no agir comunicativo a **força consensual do entendimento linguístico** torna-se efetiva para coordenar as ações, enquanto que no agir estratégico o efeito da coordenação depende da **influência dos atores uns sobre os outros e sobre a situação**. Ao focar as evidências, que emergiram nos relatos e nas observações, sob o olhar dos tipos de interação descritos pelo autor supracitado, podemos afirmar que os pactos definidos entre os gestores não resultam do *entendimento motivador da convicção*, próprio do agir comunicativo. São produto da *influenciação que induz o comportamento*, próprio do agir estratégico, em que há *influência recíproca de atores, que se posicionam uns em relação aos outros, orientados pelo sucesso* (HABERMAS, 1990, p.83).

Identificamos que, nos cenários metropolitanos de Fortaleza e de Salvador, assim como no estudo de Miranda (2003), o consenso resultou de negociações engendradas a partir de ações estratégicas. Problematizar tais consensos, aos quais chamamos de acordos ou pactos, decididos entre os gestores, adquirem interpretações peculiares a partir de olhares sob as lentes de Testa ou sob as lentes de Habermas. Ambos apresentam considerações que nos ajudam na análise do empírico, encontrando possíveis elementos para o descumprimento dos pactos e (des)acordos.

Conforme Testa (1995) um acordo é o resultado de uma negociação, em que cada um dos atores interessados no tema em debate expressa sua opinião, suas reclamações ou suas propostas. Isto posto, denotamos que tais acordos são fragilizados pois nos referimos a espaços de decisão onde identificamos o predomínio de relações unidirecionais, diante das assimetrias políticas, técnicas e administrativas, que repercutem na capacidade de negociação, na fala e na escuta de opiniões e propostas entre os gestores dos diferentes municípios, sobretudo de pequeno porte.

Existem diferentes níveis de acordo, em um dos quais pode haver acordo ou desacordo entre os distintos atores sociais e a decisão se tomará por maioria ou por imposição dos grupos aliados que reúnam maior poder mobilizador (TESTA, 1995). Depreendemos que esse tipo de acordo, diferente do consenso pautado no verdadeiro diálogo e entendimento, está presente na realidade das CIR dos cenários metropolitanos investigados, sobretudo na CIR Salvador, tendo em vista os relatos de diferentes gestores afirmando decisão por maioria. Contudo, essa forma de tomada de decisões não tem convergido com o cumprimento das mesmas no cotidiano. Conforme relatos de dois entrevistados baianos, “*o que se diz é diferente do que se faz*” sendo que “*não é por maioria que você vai prosperar, na medida em que você quer aprovar decisões que você espera que todos coloquem em prática.*”

Segundo Habermas (1990, p.71), *um acordo não pode ser imposto a partir de fora e nem ser forçado por uma das partes*, seja através de intervenção direta na situação, seja indiretamente, por meio de influência. Para este autor, aquilo que se obtém através de gratificação, ameaça, sugestão ou engano, não pode valer intersubjetivamente como acordo, sendo que tal intervenção fere as condições sob as quais as forças ilocucionárias despertam convicções. Assim, os pactos/acordos estabelecidos tendem a ser fragilizados e descumpridos posto que não foram motivados por convicções, mas sim influências, enganos, gratificações e/ou ameaças.

Existe uma inequívoca separação entre o mero acordo e o consenso racional, bem como entre uma acomodação ilusória de conflitos e a mobilização, denotando a centralidade do poder e a necessidade de explicitar sua constituição, com uma preocupação fundamentada na especificidade do político (BAHIA, 2010). Neste sentido, cabe explicitar singularidades que emergiram nas entrevistas nos dois estados. No Ceará, alguns entrevistados referiram aspectos político-partidários, mas não relacionando-os à pactuação. Na Bahia, muitos relatos apontaram, com ênfase, relações entre elementos político-partidários eleitorais e o processo de pactuação intergestores.

É o que parece! Na prática não é! Tudo é possível na conformação, na prática é outra coisa. Eu posso participar do processo político com você, discutir, concordar no processo de discussão, mas na hora da ação eu quero sobressair. É assim que política funciona! E fazem política com saúde, muitas vezes. Partidária. Política-partidária! Com certeza! Com certeza! Então assim: não tem nada que se faça em qualquer área da sociedade humana que não tenha o cunho político. Nada. E na saúde não é diferente. E32-BA

Tais evidências expressam que o acordo não é necessariamente explícito, de modo que os atores continuam mantendo seus pontos de vista, declarando-se vencidos, mas não convencidos (TESTA, 1995). Percebemos que esse depoimento ilustra uma situação na qual a linguagem preenche apenas funções de informação, quando se retira do entendimento a construção do consenso, fazendo com que a validade do proferimento não possa ser apreendida diretamente e a *ação de fala só é exortação na aparência* (HABERMAS, 1990, p.75). Desse modo, denotamos que a discussão e os pactos/acordos “consensuados” nos espaços coletivos de gestão regional podem não equivaler à ação cotidiana dos gestores.

*Então, a gente, para o efeito prescritivo, você tinha no relatório que todo mês vinte pessoas estavam sendo atendidas, nesse exemplo da ginecologia, mas **no exemplo cotidiano mesmo, você não tinha!** Se fosse acompanhar não tinha! Então, não tinha isso! De **um mercantilismo, de uma negociação, acordo tácito de interesses de cada um, de interesses de cada um!**Então, às vezes, cada discussão era por conta disso, cada um queria resguardar o máximo o seu financeiro para dar conta só do seu município e a idéia de regionalizar implica em que você também cuide do outro, dos outros municípios em acordos paritários. **Mas isso funcionava muito mais no papel, nas assinaturas, nos discursos, do que realmente no cotidiano. E20-BA***

Não são explícitas as verdadeiras intenções ou interesses, verificando-se o agir estratégico latente, as omissões. Essas intenções ou interesses que estão na base das decisões entre os referidos gestores, mas que não são verbalizadas, convergem com aspectos financeiros e intenções político-partidárias eleitorais que estão nas tramas do invisível, ocultas “*nos acordos tácitos*” e nas sombras da opacidade, característica que permeia as relações de poder (TESTA, 1995).

A partir das entrevistas de diferentes gestores na Bahia, municipais, estaduais e regionais, denotamos que, nos espaços informais e nas instâncias instergestores de gestão regional, o *telos* da fala e da ação-relação entre os gestores relaciona-se com finalidades político-partidárias eleitorais, que também subjaz, em alguns casos, às disputas pelos recursos financeiros, como podemos perceber nos exemplos a seguir.

Esse processo de pactuação dentro do SUS regionalizado, vai envolver disputas políticas de interesses, os mais diversos. Porque tem disputa política de projetos políticos locais partidários, e também tem a questão do financiamento. Então, tem a questão das disputas políticas que aí aparecem mesmo! Mesmo no município no interior, o pessoal vê: “Partido de quem? É fulano? Apóia fulano, apoia sicrano?” Isso é muito importante! Quebrar essa lógica na saúde tá difícil, apesar do SUS ter, né, vamos dizer assim, feito uma reforma importante, até profunda, de determinada profundidade no estado brasileiro, na área da saúde, mas ainda é insuficiente. Porque o que requer pactuação, o que requer negociação é muito jogo de interesse político, ainda permeando, entendeu? E34-BA

Muitas vezes, o processo político interfere nessa decisão, às vezes, não precisa nem consultar o prefeito, o próprio processo político local já interfere e já sabe que não vai ter condição de se fazer um certo acordo ali, uma certa pactuação, porque ele vai ser uma pactuação frágil ali, que vai depender de uma relação política. E33-BA

Assim, as evidências apontam que a base da negociação e do consenso delineados no processo de pactuação de serviços e procedimentos é capitaneada pela intencionalidade político-partidária eleitoral e financeira, em detrimento de princípios basilares como o acesso universal dos cidadãos aos diferentes níveis de densidade tecnológica do SUS. Estudo

realizado em Minas Gerais identificou, simultaneamente, um jogo de barganha conflituosa nas relações intergovernamentais e um jogo do sucesso eleitoral em cada município, ambos no sentido de privilegiar ganhos eleitorais (MACHADO, 2013a). Estudo de Santos (2013a) também identificou o atravessamento de políticas partidárias em gestão de uma região de saúde na Bahia.

Denotamos que os pactos/acordos construídos entre os gestores são pautados em influências, enganos, gratificações e/ou ameaças, capitaneadas pelo viés da obtenção ou corte de recursos e incentivos financeiros, bem como dos possíveis ganhos eleitorais e político-partidários, não sendo motivados por convicções ou entendimento compartilhado da situação, conforme pressupostos do agir comunicativo. Configura-se o agir estratégico dos gestores, no qual se perde a força ilocucionária de compreender e aceitar, sendo que a aceitação do pretenso (des)acordo é motivada por influências externas à linguagem e por pretensões de poder e não por pretensões de validade.⁶⁷

7.3 Entre a cooperação e a competição: problematizando elementos para um pensamento regional solidário

A PPI e o financiamento, embora não sejam foco deste trabalho, emergiram de modo muito acentuado e unânime, em todas as entrevistas, nos dois cenários metropolitanos investigados, como pontos nevrálgicos das relações entre os municípios, sendo fundamentais para demarcar relações mais competitivas ou cooperativas e solidárias. Há grande complexidade nos aspectos referentes à PPI, nos dois estados, apontando necessidade de análises mais aprofundadas quanto à formulação e implementação da mesma, subsidiando modificações que possibilitem avançar nos fluxos de referência e acesso integral e resolutivo dos cidadãos aos serviços de média e alta complexidade. Considerando a predominância de relatos sobre a PPI e suas implicações financeiras, problematizaremos alguns aspectos atravessadores das possibilidades de sedimentar pensamentos, estratégias e relações mais cooperativas e solidárias.

Tanto na Bahia quanto no Ceará, as falas convergiram sinalizando problemas de incoerência e descumprimento dos pactos pelos municípios pactuantes; subfinanciamento e valores da tabela SUS muito baixos e aquém dos valores custeados e pagos aos prestadores; necessidades de alterações na PPI, na tabela SUS e no financiamento; problemas na regulação

⁶⁷ Em situações de agir estratégico, as pretensões de validade (verdade proposicional, correção normativa e veracidade subjetiva) são minadas (HABERMAS, 1990).

do acesso; inexistência de “punição” com a retirada de recursos dos municípios que descumprem a pactuação. No que se refere a este último aspecto, as causas são diferentes nos dois cenários. No Ceará, tal decisão foi discutida e “consensuada” entre o estado e o COSEMS-CE, embora haja discordâncias de representantes estaduais. Na Bahia, entrevistados afirmam que não houve uma definição formal discutida entre estado e municípios, sinalizando que gestores estaduais e do COSEMS-BA evitam certos enfrentamentos e indisposição entre os pares.

As entrevistas nos dois cenários divergiram quanto à possibilidade de alterações da PPI, a partir das negociações entre os próprios municípios pactuados durante reuniões da CIR. No cenário cearense, diferentes entrevistados relataram autonomia dos municípios para decisões sobre repactuação da PPI realizada nas reuniões da CIR-FOR e da CIR-CAS. No cenário baiano, todos os entrevistados relataram impossibilidade dos municípios realizarem modificações da PPI nas reuniões da CIR-SSA e da CIR-CAM, mesmo com várias solicitações e desejo da maioria dos gestores municipais.

*Eles colocam na PPI e aí acabam não conseguindo ser atendido nas unidades, mas os municípios querem retirar o recurso, né? Existe esse tensionamento. Às vezes retira, mas é difícil retirar, porque a discussão é bem complicada, mas consegue. Mas é muito difícil. Porque aí, vamos dizer assim, isso não é só dos municípios para o município de Fortaleza não. Isso é para outros municípios que são referência. Eles dizem: “ele não me atende mais, eu quero retirar!” Aí, então, isso é uma guerra dentro das CIBs regionais⁶⁸, porque isso vai para o espaço regional. Então, isso é o momento de tensão e de muita negociação. **E16-CE***

*Você pode alterar sua PPI a qualquer instante. É aberto isso, de 25 de um mês a 05 do mês subsequente, isso é o período que tá estabelecido que você pode fazer suas alterações. Em qualquer mês. Todo mês se você quiser, nesse período você faz, certo? Aí, você fazendo de 25 a 05, quando for no outro mês a sua alteração ela está dentro do sistema, dentro do sistema do SIH e dentro do sistema da regulação. Porque aí você pode tirar do município A e levar para o município B... No momento que eles fazem essa atualização no sistema, o recurso x que ia pro município y, no outro mês ele já vai para outro município, se foi o caso que houve. **E17-CE***

*A pactuação, a PPI é terrível! A gente precisa rever isso. Há dois anos que eu venho falando isso. O outro que saiu também veio falando. Essas pactuações, eu chamava a PPI, há anos atrás, de "Pactuação Pronta Imposta" ...Porque a pactuação, ela tem que ser uma coisa dialética, ela tem que ser uma coisa que tenha uma movimentação interna... então como é que a pactuação vai continuar a mesma coisa? **E31-BA***

*Eu tenho pactuação com algumas cidades, que as cidades a gente nunca sentou para discutir isso! ...a gente nunca sentou para discutir. Então, esse tipo de discussão nunca se existiu na CIR. **E27-BA***

⁶⁸ Conforme discutido no capítulo anterior, muitos gestores e profissionais no Ceará ainda se referem à CIR como CIB regional, tendo em vista o histórico de implantação dessas instâncias intergestores regionais no estado.

A gente tem que pressionar pra marcar a pactuação. Entendeu? Pra marcar, pra fazer a pactuação. Tem que ser um ambiente só pra isso... Já que em tantos municípios falam da mesma questão deveria ter um espaço pra gente tá discutindo especificamente isso e eu sinto que não existe esse espaço. Sempre: “Ah, quando tiver a pactuação, quando tiver a pactuação.” E a pactuação nunca ocorre. E22-BA

É a falta de autonomia de muitas decisões, enquanto município. Eu acho que tem muita coisa que a gente precisa tá pactuando, a gente precisa tá direcionando. A gente pediu para ele levar a pauta de discussão lá pra CIR, pra a gente tentar repactuar ou fazer uma pactuação que realmente funcione, mas o que foi passado pra a gente, enquanto gestores, na época, é que eles não tinham influência sobre isso. Eles alegam que seria o estado. E 24-

Portanto, ainda que, nos dois cenários metropolitanos, seja comum o descumprimento da pactuação expressa na PPI e semelhantes problemas relacionados ao subfinanciamento, há diferentes desdobramentos disso nas instâncias intergestores regionais e na condução dada pelos respectivos estados. Denotamos que a concepção de PPI da maioria dos entrevistados baianos é vista como algo “controlado pelo estado” e que precisa de momento específico e exclusivo para redefinição da mesma, sendo que a CIR não tem apresentado nenhuma interferência/atuação na pactuação da região. No Ceará, identificamos que a PPI é concebida como algo mais fluido, que pode ser revista constantemente e redefinida pelos municípios em suas respectivas instâncias regionais, embora os conflitos sejam acirrados nessa discussão.

No Ceará, a PPI é renegociada, discutida e repactuada na CIR-FOR e na CIR-CAS, caso seja requisitado pelos municípios. Na Bahia, depoimentos de todos os gestores municipais referiram o desejo de alterar a PPI, mas esta não é renegociada, discutida e repactuada nem nas CIR nem na CIB-BA, conforme enfatizou um dos entrevistados baianos: *“Revisão da PPI é interesse de todos os municípios de pequeno porte, porque não entra na CIB? Porque COSEMS não defende e leva pra CIB?”*

Não nos propomos a identificar e/ou aprofundar análise das causas de tal fato, mas evidências, oriundas de diversas entrevistas, apontam que tais causas podem estar ligadas ao desinteresse dos municípios de maior porte e, sobretudo, do estado em realizar modificações na PPI, tendo em mira a concentração da rede de serviços pelo estado e incorporação de recursos no seu teto financeiro. Ao focar no ente estadual, relatos revelam, além dessa concentração da rede e descumprimento de pactos, a incoerência entre a pactuação realizada pelo estado com os municípios e o conteúdo dos contratos com entidades/Organizações Sociais(OS), responsáveis pela gestão de hospitais estaduais que deveriam ser a referência para municípios.

Tá parada lá, há quatro anos, seis anos, ninguém sabe! Então, precisa-se rever. A gente fala, a gente fala. Mas aí você tem que vê que muitos municípios ricos e grandes não querem acabar a pactuação, porque para eles não é lucro. Eu vejo nesse ponto de vista. Os pequenos pedem, mas os grandes não. Não querem, não anda... Eu acho que se o estado realmente quisesse resolver esses problemas, ele daria a idéia de rever as pactuações! Já lhe responde tudo! Então, eu acho que o chefe maior realmente é o estado. Então, acho que o estado não tem interesse de rever essas pactuações. Porque se eu tô vendo que uma coisa está errada, você tá vendo, todo mundo tá vendo e não anda. E por que não anda? Porque alguém tem interesse que não ande! Não é o município pequeno, porque se você perguntar, eu acho que 100% dos municípios pequenos, eles querem a revisão da PPI, por vários motivos diferentes. E31-BA

Levei em reunião com o hospital e aí conversei: “Não, é porque você tem que me ofertar esse serviço, esse e esse.” Aí o que me foi respondido: “Eu não tenho nada a ver com pactuação! O que eu tenho a ver é com meu contrato, meu contrato com o estado.” Primeiro eu disse: “O quê?” Mas aí eu disse: “Eu não vou pra essa linha não. Eu vou por outra linha, porque eu não vou ficar batendo de frente.” E aí eu comecei a ir pela amizade mesmo: Vamos propor alguma estratégia? E22-BA

As evidências indicam que, na Bahia, o descumprimento dos pactos engendrados na PPI perpassa os entes municipais e estadual, denotando que contratos para gestão indireta de hospitais estaduais estão alheios à necessidades regionais e à pactuação entre municípios e o estado. Também verificamos que tal situação aponta uma tendência à informalidade de arranjos, visando conseguir o acesso aos demais níveis do sistema de saúde, mas evitar embates e maiores confrontos.

Outrossim, destacamos que a PPI está fortemente associada ao remanejamento de recursos entre os entes e ao subfinanciamento do SUS, de modo a distanciar-se dos instrumentos de planejamento e programação em saúde, e representar uma via de obtenção de recursos financeiros, já escassos, para implementação dos serviços de saúde, sendo comum afirmações do tipo: “Se você falar de PPI, vai encher a casa porque é dinheiro!” Há evidências dessa perspectiva em depoimentos de entrevistados, tanto no Ceará quanto na Bahia:

Uma coisa muito importante que é a relação da PPI aos compromissos que são colocados nos instrumentos que são os planos municipais e o COAP. Então, é a relação desses recursos com o que tem de compromisso porque, às vezes, o pessoal só quer saber do dinheiro... Que o pessoal quer se garantir muito: “eu vou ficar com quanto?” E04-CE

Os municípios também, ele faz muito mais para poder angariar recursos, né? É como se tivesse prestando um serviço ao invés de cooperando, é como se tivesse vendendo... Mas eu vejo muito disso, entendeu? É um outro problema muito sério, aquela idéia do vendedor de serviço, ao invés de cooperação de serviço para a região. E26-BA

Mesmo em relatos no Ceará, considerado um cenário mais avançado, com um histórico mais consolidado de implementação das instâncias intergestoras regionais e de reforço à cooperação entre os gestores (NOLASCO-LOPES, 2010), verificamos relatos evidenciando a PPI e o financiamento como entraves para processos mais cooperativos e dialógicos nos territórios metropolitanos investigados.

Denotamos que os problemas na PPI e o subfinanciamento do SUS estão imbricados e tem protagonizado influência na relação entre municípios metropolitanos de pequeno, médio e grande porte, apontando que a disputa por recursos emerge como um entrave para relações mais cooperativas. Estudo de Machado (2013a) identificou que a predisposição a um ambiente de relações intergovernamentais permeado por conflitos e ações não cooperativas, com indicações de que a cooperação e a solidariedade entre pactuantes não se realizou ou ocorreu de maneira incompleta.

Tal configuração está condicionada por entraves do financiamento do SUS, sobretudo ao considerar as desigualdades regionais entre os entes federativos. De acordo com Rodrigues et al (2010), a PPI, criada pela NOB 96, representa um mecanismo de intercâmbio de serviços e de recursos que possibilita interações assimétricas entre entidades federativas de mesmo nível.

*Os municípios pólo não assumirem as suas responsabilidades. Ou seja, tem o processo de regionalização, mas ela, de certa forma, se revela uma coisa meio que pra inglês ver, né? E aí, os municípios, os pólos podem até referir problemas de financiamento, problemas de gestão, mas não se justifica. E isso, quando **você sabe que tem um compromisso que você assumiu e aquilo não é cumprido**, a pressão vem pra cima do gestor local. Você praticou os atos, digamos assim, do SUS pra que as coisas caminhassem, mas tem impedimentos! **Os pólos não dão conta de garantir esse processo de regionalização. Então, esse é um ponto de tensão muito forte, entre os municípios. Principalmente, entre os municípios e municípios pólos. Sempre tem, às vezes, agudizam algumas relações... a maior problemática é quando há definição dos investimentos, questão de financiamento, sempre eclode alguma insatisfação. E09-CE***

*Se na PPI foi pactuado que é disponibilizado, por município pequeno, uma tomografia ou duas: “Ah, você não tá disponibilizando!” Então, **sempre tem um tensionamento grande, também do município pequeno em relação ao município pólo, por causa dessa gestão dos recursos da PPI, para os serviços de apoio diagnóstico, principalmente. E34-BA***

Há convivência paradoxal entre autonomia e interdependência que se revela como relações hierárquicas e conflituosas que se espraiam para o acesso dos usuários à rede de serviços, o financiamento e a responsabilidade solidária. Além das evidências que emergiram

da observação de reuniões e conversas informais, todos os gestores entrevistados, tanto da Bahia quanto do Ceará, expressaram de modo enfático muitos problemas acerca da regulação e do acesso aos serviços pactuados, referindo vários apelidos, todos relacionados ao descumprimento da PPI, a qual foi adjetivada de “*virtual*”, “*PPI-programação pronta imposta*”, “*PPI totalmente frustrada*”, “*uma farsa.*”

Tais evidências convergem com elementos identificados no estudo de Machado (2009), revelando restrições à universalidade, à integralidade do acesso e tratamento desigual entre populações próprias e referenciadas quanto às condições de acesso aos serviços de média e alta complexidade. Ao problematizar dificuldades acerca da regionalização solidária e cooperativa, o autor revela que os municípios responsáveis pelos serviços de referência mantiveram o controle do processo de autorização para acesso a serviços sediados em seu território, ocupando posição assimetricamente vantajosa no controle sobre a execução dos pactos, tanto para sua população como para a referenciada. Nos cenários investigados, tal situação pode ser ilustrada em relatos como “*o gestor que fecha a porta mesmo: “Não vou atender! Não me mande porque você não tal tal tal.”*”

Além disso, tais municípios tinham a prerrogativa de gerir recursos financeiros transferidos mensalmente para atendimento à sua população própria e à referenciada, sendo que tais recursos, se não utilizados, incorporavam-se em definitivo ao seu teto financeiro, a despeito do cumprimento ou não dos pactos firmados. Todos esses aspectos revelados por Machado (2009), também foram identificados na realidade metropolitana de Salvador e de Fortaleza.

Outrossim, houve relatos de não complementação do recurso que é repassado pelo Ministério da Saúde, via tabela SUS, o qual é insuficiente para custear os serviços e procedimentos contratados. Somado a isso, há imposição de valores pelo setor privado, sendo recorrente, nas diferentes entrevistas nos dois estados, o forte argumento de que “*não consegue contratar nenhum serviço que aceite receber o valor da tabela.*” Esta situação também se expressa em outras regiões de saúde, nos dois estados, não apenas nas regiões metropolitanas das capitais.

E eles reclamam porque eles colocam o recurso no limite financeiro de Fortaleza e mesmo assim não tem garantia do atendimento. E Fortaleza, por outro lado, reclama que o que tá inserido na programação pactuada integrada deles pra Fortaleza, como ela é valorada em função daqueles valores de referência do Ministério, não cobre custo. E Fortaleza termina pagando pra atender a um paciente do município deles. Que também é verdade, né. E08-CE

Na verdade, é aquela história, a pactuação não é cumprida. Aí o município de Salvador, como os demais pólos de referência responde o quê: “Ora, a pactuação é

tabela SUS. Eu não tenho, por mais que eu contrate em tabela SUS, eu tenho que fazer a complementação. Então, eu não consigo.” E19-BA

Muitas vezes, existe essa programação, é feita a programação e a população não tem o acesso. Mas eles não tem o acesso por quê? Porque extrapola às vezes. Extrapola o que foi programado, o recurso que foi alocado não é suficiente para que o prestador faça aqueles procedimentos e tem o gestor, que sedia o serviço, que é quem faz o contrato ou o convênio com o prestador. Não tem como arcar com o custo desse procedimento pra atender população de outros municípios. Então, quando eu digo o problema que a gente tem na área assistencial é vinculado ao subfinanciamento do procedimento... fizeram a programação referenciando os procedimentos de ultrassom, por exemplo, pro Iguatu. Acontece que o Iguatu não consegue contratar nenhum serviço que aceite receber o valor da tabela. Então, esses municípios programaram acreditando que teriam acesso, mas como não existe a possibilidade de contratar o prestador por aquele valor. E14-CE

Feira de Santana tem um monte de responsabilidade com os municípios que não realiza. E aí? como é que vai ficar? O município, ele tinha até o lado dele, a versão dele. Ele dizia assim: “Oh! o Ministério da Saúde aloca para cada município um valor para uma consulta especializada que paga, na época, era sete e cinquenta, agora é dez reais. Eu não consigo uma consulta com um ortopedista por dez reais. Eu vou pagar muito mais do que isso. Então, o que o município está colocando no meu teto para eu ofertar para ele é muito menos do que eu pago para ofertar.” Aí pronto, encalacrava no subfinanciamento do sistema, porque ele assumia uma responsabilidade com o município para prestar um serviço por aquele valor que é a Tabela SUS, recebia um recurso mas na hora de prestar dizia que não podia prestar porque o valor era pouco, entendeu? Estou dando o exemplo de Feira de Santana porque é o exemplo dos demais. E23-BA

Há quantidade significativa de municípios que dependem quase completamente das transferências da União, via Fundo de Participação dos Municípios (FPM) e outras transferências governamentais destinadas ao SUS, e sua capacidade de complementar, com recursos próprios, as transferências de outros níveis é praticamente nula (RODRIGUES, et al, 2010).

É relevante destacar que, embora haja elementos mais específicos e peculiares de cada estado, percebemos que os elementos supracitados acerca da PPI são os pontos mais convergentes entre os cenários estaduais e metropolitanos estudados. Pensamos que se trata de tema relacionado com questões mais estruturais do sistema de saúde, tal como referendado por um dos entrevistados.

A PPI em si, muitas vezes, não é o problema. O problema é o sistema como um todo! Você não ter oferta do serviço, não ter o profissional, não conseguir pagar o preço da Tabela-SUS. Não sei se é revisar a Tabela-SUS ou mudar a forma de financiamento do sistema. Tem que resolver um monte de coisa antes... As discussões em torno do nome que der: PPI, PEGAS ou p raio que o parta, que vai ter problema também. Vai ter essas mesmas portas que vão ficar amarradas... O limite é uma discussão em cima da PPI somente. Ela propriamente não é a causa de tudo isso. Tem causas muito mais profundas que tem que ser resolvidas antes de resolver o dela. Faz parte do processo de regionalização, é o financiamento, é a oferta desses serviços naquela região como um todo, que depende do profissional, dos equipamentos tecnológicos disponíveis, também. Uma série de fatores que, aí

sim, a gente vai ter que discutir. Tem que ser discutida sempre que é para tentar melhorar, mas ela por si só revisada, não é o que vai resolver. E33-BA

Portanto, há entraves e causas mais profundas relacionadas a questões estruturais para a regionalização, por exemplo, a formação e gestão de pessoal, os interesses das corporações profissionais, o complexo industrial da saúde, a colonização pelo setor privado, a inovação e produção de tecnologias, dentre outras questões que precisam ser visibilizadas, debatidas e equacionadas. Para além da PPI e dos entraves supracitados, também se trata de determinações relacionadas ao subfinanciamento do SUS, perpassado pela financeirização (MENDES E MARQUES, 2009), num cenário internacional de dilapidação de sistemas universais de saúde. Desse modo, a PPI emerge como um reflexo de elementos multicausais cuja determinação está envolta na opacidade, própria das sociedades capitalistas (TESTA, 1995).

Nos dizeres de Souza (2015), a conjuntura, sustentada pelo discurso hegemônico, impõe à sociedade uma agenda politicamente reacionária, economicamente neoliberal e socialmente conservadora. Certamente que tais aspectos da atual conjuntura brasileira, pautadas por uma política econômica alicerçada em um ajuste fiscal com corte de recursos para a saúde e prorrogação da DRU⁶⁹ (MENDES, 2015) respingam sobremaneira na sustentabilidade do SUS e em possibilidades de fortalecimento da perspectiva solidária e cooperativa regional.

Identificamos diferentes concepções/nuances de apresentação da cooperação/solidariedade e da competição entre os municípios. Nos dois estados, houve relatos quanto à competição vinculada à concepção e posturas ainda individualistas dos gestores da saúde, revelando um pensamento regional ainda incipiente ou ausente. As evidências identificadas neste trabalho apontam uma organização dos municípios muito mais expressiva no Ceará do que na Bahia, porém revelam situação semelhante acerca da postura e posicionamento das capitais. Estas desempenham um papel central, no sentido técnico-político, e são apontadas por alguns entrevistados como o ente que poderia ser o ponto articulador e “*amalgamador*” das relações entre os municípios da região, contudo apresentam uma “*identidade de capital*” operando num viés mais competitivo e de restrição do acesso, distanciando-se de uma atuação mais cooperativa e solidária diante dos demais municípios que estão no território da região metropolitana.

⁶⁹ A proposta de emenda à Constituição (PEC 04/15), que prorroga até 2023 a chamada Desvinculação das Receitas da União (DRU), permite que o governo utilize livremente parte da sua arrecadação (30%). <<http://agenciabrasil.ebc.com.br/politica/noticia/2016-06/camara-aprova-em-segundo-turno-pec-da-dru-proposta-vai-ao-senado>>.

Porque é muita concentração de serviço aqui, e Salvador fica duelando com os municípios, querendo limitar, querendo dificultar e os municípios não tem jeito! Tem que recorrer aqui, porque tem muitos serviços que são feitos aqui. Então, Salvador duela mais, ao invés de ter um diálogo mais de tentar ver uma solução mais negociada e pactuada. Então, não se coloca como um protagonista, um município que pode ser esse amálgama, vamos dizer assim, que faça essa junção e essa articulação de interesses, né. Não! Os interesses de Salvador são dele. E34-BA

A postura do município pólo, que tem a rede, por incrível que pareça, é um determinante, é um determinante. O município pólo que detém a rede, entendeu, quando ele tem uma postura mais solidária, flui mais. Flui mais, com certeza! Não tenho a menor dúvida. E01-BA

Essa responsabilidade solidária é que é o que nós estamos trabalhando, porque é o seguinte: Eusébio tem responsabilidade solidária com Itaitinga, a população de Itaitinga, é uma coisa mais viva do que Fortaleza ter responsabilidade solidária com Itaitinga e com Eusébio. Fortaleza não tem essa identidade como capital. Ela não tem!... Ela não assume como sendo uma coisa IMPORTANTE (fala com ênfase) pra o município de Fortaleza atender a população de outros municípios. Ele considera sempre um ônus, entendeu? Historicamente, ele é um peso! O interior, pra capital, ele é historicamente um peso! E08-CE

O município efetivamente, ele não compreende essa importância dele a nível regional. O município de Fortaleza, ele tem que ver a importância dele pra região onde ele está inserido e ele não visualiza isso... Então, na participação dele na comissão intergestora regional, ele não vem pra discutir o processo de implantação de ações e serviços de saúde na região. Ele vem pra discutir uma necessidade dele. Ele fica trabalhando sozinho. Sem fazer essa conformação com a região. E06-CE

Os depoimentos de diferentes gestores, nos cenários baiano e cearense apontaram, de modo semelhante, uma relação distanciada entre as capitais e os demais municípios da região de saúde, focando apenas a sua oferta e ampliação de serviços, não atuando como o “amalgamador” das negociações, de modo articulado ao desenvolvimento da região de saúde ou fortalecendo o processo de gestão regional. Também sinalizam a importância da postura dos pólos regionais para configuração da pretensa cooperação e responsabilidade solidária regionais.

Existe relatos quanto à ausência de comunicação entre os gestores e o desconhecimento dos mesmos quanto às necessidades regionais. Na Bahia, vários depoimentos convergiram afirmando as dificuldades de articulação entre os municípios, a “falta de conversa” e os interesses focados no “próprio umbigo” em detrimento de uma perspectiva mais regional. Ainda que tenhamos focado a região metropolitana de Salvador, foi algo referido como comum em outras CIR e regiões de saúde do estado.

No Ceará, também encontramos relatos semelhantes, embora em menor frequência do que na Bahia, sugerindo a existência de “brigas individuais” e “resistência ao SUS

solidário”, ainda que o reforço à cooperação tenha sido um dos focos do processo de implantação dos sistemas microrregionais de saúde no estado, conforme visto em documentos institucionais (CEARÁ, 2000; CEARÁ, 2002a) e apontado em outro estudo (NOLASCO-LOPES, 2010). As entrevistas também apontaram mais dificuldades de inserir a capital na discussão e planejamento regional, como exemplificado pelo COAP e pelos consórcios regionais⁷⁰, denotando uma maior facilidade e perspectiva de cooperação entre municípios das regiões diferentes da capital.

Pra eu organizar isso eu preciso que os gestores municipais conheçam suas necessidades e venham aqui pautar pensando na região, na necessidade da região. Não no próprio umbigo do serviço do seu território só... Essa conversa tem que acontecer na CIR, os gestores tem que se reunir pra conversar ali sobre isso. E eles não conversam! Eles dizem que conversam, mas não conversam... Principalmente a região metropolitana, eu acho que é uma das piores regiões em termo de identidade. Eu não vejo uma discussão como região, discutir seu problema como gestar, como gerir a região... Eles tem que definir, mas a definição não tem que ser pautada no meu umbigo. É o que a região está precisando. E isso não tá acontecendo! Eles não olham a região! Eles olham cada um o seu, vão lá pra discutir questões suas que precisam da chancela de uma CIR. E03-BA

*Na verdade, o que a gente quer é real, é criar esse elo entre os municípios. A gente não tem essa ligação, nós fazemos parte de uma mesma área e estamos separados, completamente separados... Então, a gente sente que, na verdade, há competições. É uma discriminação na verdade que gera impressão de uma competição perdida, sabe? A gente vai ter que caminhar muito! A gente vai ter que caminhar muito! Caminhar muito!... A gente é muito egoísta com nosso município, né?! A gente ainda é muito egoísta. A gente ainda acha que saúde pública tem que ser só no âmbito de onde a gente está, **construindo, implantando serviços aqui onde a gente tá, entendeu?! Nós somos egoístas, a gente pensa só no nosso umbigo, só olha pro nosso umbigo. E29-BA***

Eu acho que a resistência ao SUS solidário faz da CIR um colegiado frágil. Porque eu acho que só seria forte à medida em que nós gestores protagonizássemos uma, uma... mais solidariedade, mais compartilhamento no SUS... Então, passa a ser uma coisa fria, distante. Quem poderia fazer isso seriam os colegiados, né? Essa discussão! Eu acho que não tem sido o suficiente, eu imagino. Eu vejo reforma, reforma, reforma, mas não acontecem as coisas. E09-CE

*Na hora que eles vão discutir a rede, eles ficam muito solidários em função do processo regional. Eles se solidarizam. Então assim, mas **na hora de conseguir o recurso: “eu quero o meu!”** Eles solidarizam enquanto um projeto regional, para fazer o desenho da rede e que eu vou ter mais recurso e tal, mas **na hora da briga, não tem uma briga mais regional, tem uma briga mais individual que vai no político**, vê se não consegue mais esse acesso. Eu não vejo, pode ser até falta de informação minha, mas eu não vejo essa briga pelo regional, eu vejo assim: “No meu município eu preciso construir!” Isso tem a ver com a rede, mas a minha briga é com o meu prefeito junto com o deputado, com as articulações políticas. Eu não vejo, assim, uma questão mais regional da briga. E16-CE*

⁷⁰ Destacamos o fato de que o processo de construção e assinatura do COAP ocorreu no mesmo período em 21 regiões de saúde, no ano de 2012. No caso da região de saúde da capital, o término do COAP e a assinatura ocorreu em 2014. Do mesmo modo, no final do ano de 2014, existia o funcionamento das policlínicas e CEOs regionais, na modalidade de consórcios, em 21 regiões de saúde, exceto na 1ª região de saúde de Fortaleza.

Ao relacionar tais relatos com o histórico da regionalização no Ceará, documento institucional (CEARÁ, 2000) revela uma ênfase na organização dos municípios em microrregião no intuito de racionalizar recursos escassos e viabilizar a implantação de sistemas integrados de serviços de saúde. Assim, já previa a Programação Pactuada Integrada e a gestão cotidiana do sistema microrregional de saúde para aliviar a pressão da demanda sobre os pólos macrorregionais, principalmente a Região Metropolitana de Fortaleza. Nesse sentido, já explicitava a importância e a intenção de desenvolver visão e atitudes cooperativas, segundo destacado no fragmento a seguir.

Ao fazer a transição da municipalização auto-suficiente e isolada para a municipalização cooperativa, o Estado e os municípios substituem as atitudes de cada um por si por uma visão de futuro mais racional e democrática, inaugurando o novo momento do compromisso de todos por todos. (CEARÁ, 2000, p.11).

No processo de planejamento e implantação do projeto piloto da região de Baturité, houve diversos encontros técnicos, por mais de um ano, em vários municípios do Maciço do Baturité, para discutir o modelo de implantação da microrregião, culminando com uma reunião para pactuação e definição de competências com presença do secretário estadual de saúde, de prefeitos municipais, de todos os secretários municipais de saúde e de técnicos estaduais. Conforme exposto no documento, o destaque maior para essa pactuação foi o desprendimento dos prefeitos, vislumbrando que o importante não era um município pegar uma fatia maior de serviços ou uma parcela maior de recursos, mas sim o interesse coletivo e comum (CEARÁ, 2002a).

A relação entre os entes federados e a formação de pensamento e atitudes cooperativas entre eles para conformação de sistemas regionais de saúde é um movimento contraditório, sempre marcado pelas tensões políticas consequentes da distribuição de recursos financeiros, estabelecimentos e serviços de saúde, tendo em vista os desdobramentos eleitorais decorrentes disso. No processo de implantação da microrregião de Baturité foi desenvolvido um trabalho junto aos prefeitos, tendo em vista tais implicações, conforme descreve trecho a seguir:

Existia receio por parte deles de que a população não entendesse esta reorganização dos serviços e isso fosse usado em palanque político, no sentido de que um município estivesse perdendo um serviço de saúde e outro estivesse sendo mais fortalecido, já que o ano de 1999 antecedia o ano de eleições. Por conta disso tivemos que agilizar esse processo de negociação da distribuição de serviços. A realização das conferências municipais de saúde, também dentro desta lógica de mobilização, foram oportunas como fórum de discussão. (CEARÁ, 2002a, p.35).

Diante de tais elementos denotamos que a perspectiva de formação de pensamento regional cooperativo e responsabilidade solidária entre municípios cearenses fez parte do processo trabalhado desde a implantação dos sistemas microrregionais de saúde na Região de Baturité, todavia evidências apontam que essa perspectiva solidária e cooperativa ainda não são hegemônicas. Tais achados podem ser relacionados com a descentralização e o federalismo no Brasil.

A descentralização de políticas públicas como a da saúde, em sistemas federativos com as características do brasileiro, com uma forte heterogeneidade e desigualdade intra e interregionais, não promove cooperação ou construção de relações de confiança entre unidades de governo e as transferências previstas acirram ainda mais os conflitos (GUIMARÃES, 2003). O principal problema da descentralização ao longo da redemocratização no Brasil, de acordo com Abrucio (2005), foi a conformação de um federalismo compartimentalizado, no qual cada nível de governo procurava encontrar o seu papel específico e não havia incentivos para o compartilhamento de tarefas e a atuação consorciada, resultando num jogo de empurra entre municípios, estados e União.

Também encontramos afirmações referindo causas de uma postura competitiva mais associadas a disputas político-partidárias, sob influência dos prefeitos, sinalizando o que Abrucio (2005) chama de municipalismo autárquico que incentiva a “prefeiturização”, tornando os prefeitos atores por excelência do jogo local e intergovernamental defendendo seu município como uma unidade legítima e separada das demais, o que é uma miopia em relação aos problemas micro e macrorregionais comuns.

Nós, gestores de saúde, até que praticamos esse diálogo intermunicipal. Quando se fala de prefeito, então nem existe! É cada um como se fosse um pedaço, um estanque, um contêiner, cada município é um contêiner, onde o prefeito quer fazer ali a sua vida política, sua coisa ali é algo fechado. Não dialoga, não há... As entidades representativas dos gestores principais, prefeitos, elas pouco, digamos assim, conversam, e proporcionam esse diálogo mais aberto, mais interativo entre os prefeitos. Eu acho até que, às vezes, há muita COMPETIÇÃO! (fala com ênfase) Entende? Como líder, eu tenho que levar o meu município, enquanto o outro tá aqui do meu lado, caminhando lentamente. A nível de prefeito. A nível de secretário um pouco menos, mas também ocorre. E09-CE

Às vezes, tem fóruns e os municípios quebram o pau na hora de debater para onde um serviço vai. Tem municípios que não tem a mínima condição de sediar o serviço, mas briga para ter! [pausa] Tem prefeitos que não sabem o que é uma UPA, mas se fala que é dois milhões e meio para construir, um exemplo, setecentos para equipar, ele não quer nem saber quanto é que vai custar para funcionar, mas ele quer! Ele quer construir, mobiliar, inaugurar pro povo ver! E28-BA

Esse jogo local protagonizado pelos prefeitos, também expresso na gestão regional do SUS, pode ser ilustrado de modo emblemático pela afirmação de entrevistados baianos ao referir influências no (des)cumprimento da pactuação e na espera de repasses do Ministério da Saúde: “*aí muda de governo, por exemplo, aí o prefeito de lá é inimigo do outro, aí não quer liberar*”; “*a gente fica reclamando do Ministério, reclamando do repasse, às vezes, jogando até as nossas responsabilidades.*” Ao invés de fortalecimento de uma visão cooperativa regional, revela-se o predomínio de um jogo em que os municípios concorrem entre si pelo dinheiro público de outros níveis de governo (ABRUCIO, 2005). Conforme Machado (2009), há premissa segundo a qual gestores municipais têm interesse em maximizar a disponibilidade de bens e serviços para seu eleitorado potencial, sendo que condutas competitivas e conflitantes podem ser esperadas ou inevitáveis, se admitirmos que a realização dos interesses de uns restringissem a dos interesses de outros.

No que se refere à perspectiva solidária e cooperativa, no Ceará, emergiram relatos apontando a possibilidade de novas formas de compartilhamento de recursos, serviços e responsabilidades na implementação do SUS, extrapolando os formatos tradicionais da PPI ou de único município pólo, no sentido de tornar possível o desenvolvimento do conjunto de municípios da mesma região.

*Eu penso que os serviços, mesmo os que não são de caráter regional, eles podem ter um caráter regional, digamos assim, não integral. Você monta um serviço... pra realizar um determinado procedimento, você pode compartilhar isso com quem tá do lado, aqui... Precisa no entanto, porque a PPI, inclusive, engessa isso. Você tem muita dificuldade de realizar programações que não são aquelas já de praxe, históricas, fluxo de pacientes, entende? Então, quando eu falo a regionalização solidária, eu acho o seguinte, que o ideal seria que nós pudéssemos compartilhar por ações, para que todos se desenvolvam. Eu desejo muito que meu município seja um município pólo e o é, mas se eu imaginar que vai ser pólo para tudo eu não estou fazendo bem ao SUS. É preferível que eu seja pólo para uma coisa, que (nome do município) seja pólo para outra coisa, que (nome do município) seja pólo para outra coisa, pra nós partilharmos tudo, que aí a possibilidade que eu tenho de avançar no processo de gestão, no processo de qualidade dos serviços é a mesma que eles também poderão fazer. Mas não! Jogo tudo aqui em (nome do município) e vou atender os outros. Os outros vão ficar lá fazendo atenção básica exclusivamente. **E09-CE***

*Os gestores não entendem essa questão que eles podem ser pólos, se especificando e se especializando em uma ação, né? Que isso é o processo de regionalização! Eu posso ter dois pólos. Eu posso ter mais de um pólo dentro da região, mas aí a proposta é: “Não, nós queremos o pólo” e na hora do “nós queremos o pólo” é assim: “Não, o pólo não vai ser mais lá, nós vamos ser aqui”. Então, teve essa discussão há pouco tempo, nós tivemos essa discussão. **E06-CE***

Diante dessa realidade, há depoimentos que indicam o consórcio como uma importante alternativa de cooperação para implementação regional de serviços de saúde, com

vistas à redução dos problemas do acesso e do subfinanciamento, favorecendo a regionalização do SUS. Não aprofundaremos a análise dos mesmos, mas esse tema dos consórcios se expressou com marcantes diferenças entre os estados da Bahia e do Ceará, sendo aqui destacado um dos aspectos, o qual se refere à organização e ao acesso dos usuários a serviços regionais.

Identificamos relatos bastante positivos de gestores estaduais, regionais e municipais do Ceará acerca da implementação das policlínicas regionais e dos Centros de Especialidades Odontológicas (CEO) regionais, referindo melhoria no acesso dos usuários aos serviços de média densidade tecnológica, voltados para procedimentos de apoio diagnóstico, consultas e acompanhamento com especialidades. Em visita à policlínica e ao CEO regionais, na Região Metropolitana de Fortaleza, e conversa com os diretores e com alguns profissionais de tais unidades, verificamos estruturas físicas imponentes, bastante amplas, iluminadas e limpas, com mobiliário e equipamentos novos. Na Bahia, não identificamos serviços públicos regionais de apoio diagnóstico e terapêutico dessa natureza e porte, os quais são relatados como um problema do sistema de saúde, difícil de ser resolvido tendo em mira o atual formato de PPI e a imposição de valores pelo setor privado.

*Uma atenção secundária no atendimento da consulta e uma atenção secundária nos exames. Isso foi elaborado pela secretaria, qual a necessidade de cada região. São doze equipamentos chamados policlínica tipo I e dez policlínica chamadas policlínica tipo II. As policlínica tipo I, elas tem no seu portfólio dez especialidades médicas e têm o nutricionista, o fisioterapeuta, o terapeuta ocupacional, o psicólogo, o farmacêutico, bioquímico, né? Os equipamentos de fonoaudiologia... [pausa e consulta a relatórios/papéis sobre a mesa] Então, você tem clínica médica, clínica cirúrgica, ortopedia, oftalmo, otorrino, urologia. Um ambulatório específico de tratamento para pé diabético. Na tipo II você tem três especialidades a mais que é o angiologista e cirurgia vascular... Nós temos o neurologista e nós temos o endocrinologista e mais um tomógrafo. Todas elas nós temos um mamógrafo. Da primeira de 2011 até a última⁷¹, inaugurada agora em janeiro; dezembro, mas começou em janeiro, nós já fizemos quarenta mil mamografias... Você mudou no município, mudou no estado e, conseqüentemente, mudou no país! **E12-CE***

O instrumento que nós temos de regionalização, que é específico da média e alta complexidade é a PPI, que é mais distribuição de recursos, de alocação de recursos da média e alta complexidade com todas as suas deficiências. Uma PPI que você pega um recurso, que já é um recurso limitado, um recurso que é insuficiente para as necessidades, em que o gestor tem que fazer com aquele recurso, você tem que comprar serviços de média e alta complexidade. Comprar entre outras também. Você tem que ofertar o serviço de média e alta complexidade numa realidade em que a grande maioria dos prestadores de serviço, especialmente na área de procedimentos de média complexidade e na área de apoio diagnóstico, que são os exames, então, toda essa parte de diagnóstico da média complexidade tá no setor

⁷¹ Esta entrevista foi realizada em 2014. Segundo o entrevistado, o período de inaugurações das policlínica regionais no Ceará foi entre 2011 e 2013.

privado, tá com prestadores privados que se recusam a ofertar para o SUS aqueles procedimentos com valores de tabela SUS. E34-BA

Rodrigues et al (2010) refere a persistência, de certo modo, da noção anterior ao SUS, de serviços estatais concentrados na Atenção Básica, voltada preferencialmente para a camada social mais pobre, enquanto os serviços de média e alta complexidade são providos majoritariamente pelo setor privado para o conjunto da população. Nos cenários analisados, certamente que essa configuração carece de análises mais aprofundadas e específicas, mas focando especialmente os serviços de apoio diagnóstico e terapêutico de média densidade tecnológica, as evidências indicam que a Bahia ainda tende a reproduzir o formato referido pelo autor supracitado, enquanto que o Ceará aponta um caminho diferente.

Neste sentido, cabe destacar o fato de que, entre os cenários metropolitanos cearense e baiano, as alternativas de cooperação transitaram entre os pólos da formalidade e da informalidade.

Porque o nível de complexidade da capital é muito grande e demora muito tempo pra poder realmente a coisa acontecer. Demora muito pra acontecer. Muitas vezes, é muito mais fácil você ter um nível de relacionamento próximo com o diretor de um hospital e conseguir resolver esses problemas do que, obviamente, com o nível central, com a própria secretária... São outros caminhos que atravessam a pactuação formal... Querendo ou não a gente tem que, a turma, às vezes, tem que estar passando por cima da burocracia pra atender seus pacientes e abrir os espaços. E07-CE

Na hora de uma precisão, tipo assim, eu estou faltando uma medicação de urgência, eu ligo pro meu amigo gestor lá do outro município. E a gente acaba se ajudando, dando as mãos uns aos outros. Porque, às vezes, esse exemplo que eu contei, eu não tenho a medicação, eu peço lá no outro município, ou emprestado ou doado, e a gente vai se ajustando, se ajudando. E10-CE

Informalmente, de acordo de cavalheiros ou de damas, digamos assim. Então, o acordo é isso. Isso eu acho que é um processo solidário, é você, muitas vezes, não ter a pactuação, mas o colega abrir para fazer o procedimento cirúrgico E28-BA

Tenho amizades lá e vou e consigo marcar algumas consultas que aqui eu não conseguiria e isso foge todo um fluxo que é via central de marcação e isso, como eu tô te dizendo, através do meu conhecimento lá pessoal que eu tive por onde eu passei. Mas se for para respeitar o sistema em si, o sistema de marcação, realmente não vai, as coisas emperram. E24-BA

Embora, nos dois casos, tenham relatos referindo a predominância de acordos informais para acessar serviços e driblar a falta de medicamentos, insumos e materiais, no caso cearense, há efetivação de arranjos formais de cooperação via consórcios públicos entre o estado e os municípios, tal como referido anteriormente, além de outras possibilidades de

cooperação entre os municípios metropolitanos de menor porte, que se articulam entre si, tendo em vista postura da capital. Por outro lado, as evidências nos dois estados apontam como bastante frequentes as negociações informais e/ou através de “amizades” para viabilizar acesso aos serviços de saúde de média e alta densidade tecnológicas, tendo em vista que a pactuação formal, nos espaços formais tenderam a ser menos “resolutivas.” Desse modo, verificamos a informalidade permeando o processo decisório e a execução das ações.

Tais achados convergem com estudo sobre a gestão regional em São Paulo, no qual foi identificado o predomínio da dinâmica da troca de favores entre os gestores, com criação de uma “rede paralela” e “troca-troca” de usuários, concorrendo para comprometer o processo de pactuação e de regionalização, além de corroer possibilidades do desenvolvimento de pactuação regional mais forte e solidária (MENDES et al, 2015).

O predomínio da informalidade dos arranjos nas regiões metropolitanas, conforme adverte Magalhães (2010), pode constituir, a longo prazo, uma debilidade considerável, tendo em vista que a ausência de mecanismo de gestão formal pode apresentar um risco à execução e sustentabilidade de um projeto metropolitano. Alguns relatos na Bahia e no Ceará apontaram a necessidade de sedimentar um projeto político metropolitano pautado em um “consenso político” ou “consciência consensual” no sentido de superar disputas e transitar para processos mais cooperativos e solidários.

Pra regionalização, eu acho que a interação, o diálogo é muito pequeno e a discussão se dá, muitas vezes, num nível de mesquinaria, aquela coisa de você ficar defendendo aquela bobagemzinha ali... Não, é porque é do seu município, é preciso discutir no sentido de política pública maior, entende? Essa discussão ela tem que ser num nível mais elevado. “Não, porque eu mandei fazer, tinha uma tomografia e não foi feita... e ali e acolá” e eclode uma confusão por conta de um exame ou uma coisa qualquer. Não é nesse patamar que a gente tem que, embora isso atice algumas disputas, né? É preciso aprofundar essa prática e aí a CIR ela é muito importante nisso; não tem conseguido fazer isso! E23-BA

Então, é possível você ter na região metropolitana diante dos recursos aqui existentes, diante dos municípios com maior capacidade financeira, administrativa, era possível a gente ter uma regionalização melhor? Era! Porque é uma visão atrasada, porque eles não percebem que isso potencializaria tanto as suas estruturas, como também o processo de compartilhamento e o processo de cooperação entre os municípios. Então, é um atraso! Em não ver, não ter um visão de que aqui a região metropolitana teria tudo para ser uma região mais avançada! Então, para mim, a explicação mais plausível, eu acho que é o descompasso político, a falta de consenso político em torno de um projeto de saúde para região metropolitana. E34-BA

O que eu vejo nos nossos gestores é, apesar de ser região metropolitana, certo? Porque quando eu falo de região metropolitana, quer dizer, os melhores profissionais estão nessa área fazendo secretaria de saúde, né? No entanto, a gente percebe que não existe essa consciência solidária e consensual, na verdade, cada um tá pensando em si. E06-CE

Denotamos que o consenso, pautado nas CIR, refere-se a questões muito pontuais e específicas, carecendo que as discussões intergestores ocorridas em tais instâncias transcendam para um “*nível mais elevado*” das discussões políticas. Emergiram relatos associando os problemas das regiões metropolitanas às disputas eleitorais e partidárias “*mais ranhentas*”, influenciando possibilidades de conformação de um projeto político compartilhado para a região, tal como ilustra um dos entrevistados: “*O que eu digo é o seguinte: é possível a gente ultrapassar os interesses político-partidários para conformação desse projeto?*”

Então, assim, na questão política, se eu tava na região, nós estamos juntos, nós estamos brigando por um projeto. Aí então, tinha uma parte dos prefeitos, secretários, que apoiavam um candidato e tinha outro... Eu não tenho a disputa da região, que pra ter a disputa da região eu tenho que tá em torno de um projeto político. E16-CE

*Porque o problema é o seguinte: se houvesse convergência do mesmo projeto ser, vamos pensar apenas no SUS, pensar nos usuários, pensar na população e vamos independente se isso aí vai trazer voto para fulano, sicrano. Porque aí o prefeito inaugura uma coisa e vai capitalizar! O governador inaugura vai capitalizar! Então, é possível a gente fazer isso? Esse é o problema! No meu entendimento, esse continua sendo o problema! Porque saúde dá visibilidade política para o bem e para o mal... **Maiores dificuldades, aqui é a disputa política, inclusive, de projetos políticos partidários. Então, é preciso ultrapassar esses projetos políticos partidários! É preciso ultrapassar isso! E para demonstrar isso você tem que ter, tem que criar essas condições, tem que vim com um projeto que seja negociado, que seja aprovado! Que todos participem! Que não seja algo que seja de fulano ou de sicrano, ou ter uma paternidade. E34-BA***

Reconhecemos evidências de que a construção do consenso, relatado pelos entrevistados, tende a distanciar-se da perspectiva habermasiana, pautada no entendimento plasmado pela ação comunicativa, e aproximar-se de interesses particularistas, eleitorais e partidários, sufocando a possibilidade de superação dos mesmos para emersão de um processo alicerçado na cooperação, na solidariedade e em preceitos universalistas, que seriam a síntese do projeto político metropolitano.

Ao tempo em que o setor saúde enseja muitos problemas, próprios do espaço metropolitano, também é fértil em possibilidades de resolução dos mesmos, mas carece de acordos políticos intergovernamentais, de natureza multi e intersetorial, tendo em vista a complexidade peculiar às metrópoles. Assim, conforme Santos (2013b), a cidade, onde tantas necessidades emergentes não podem ter resposta, está fadada a ser tanto o teatro de conflitos crescentes como o lugar geográfico e político da possibilidade de soluções, as quais, para se tornarem efetivas supõe atenção a uma problemática mais ampla.

Autores sinalizam o agravamento dos problemas metropolitanos, ou seja, problemas setoriais de interesse comum a todos os municípios da Região Metropolitana de Salvador, inclusive saúde, que deveriam estar integrados em um planejamento metropolitano visando ao pleno desenvolvimento regional (S. SILVA, B. SILVA, M. SILVA, 2015). De modo semelhante, a análise da Região Metropolitana de Fortaleza, revela que o universo metropolitano é problemático pela ausência de políticas públicas capazes de discutir e propor em conjunto vários aspectos da gestão urbana e ressentir-se de propostas políticas metropolitanas capazes de superar a fragmentação promovida pela gestão local (SILVA, 2009).

A formulação de políticas públicas e a gestão dos territórios metropolitanos no Brasil não foram desenhadas para incorporar formas cooperativas de gestão do território, nem mecanismos de coordenação (SOUZA, 2008). A expansão das regiões metropolitanas brasileiras ocorreu de maneira generalizada, sendo que a bibliografia acadêmica sobre a gestão metropolitana destaca como principal dilema vivenciado, não apenas no Brasil, a dificuldade em produzir cooperação para superação de problemas compartilhados no espaço da metrópole, configurando o dilema da ação coletiva (FARIA e MACHADO, 2013).

Neste sentido, um dos entrevistados baianos aponta a importância de projetos focados especificamente nas regiões metropolitanas, a serem vistas como prioritárias pela gestão estadual, cuja secretaria de saúde teria uma função fundamental de promover a “galvanização” entre os dirigentes municipais da região, no intuito de fomentar uma atuação mais coletiva e articulada.

Pela importância da região metropolitana, pela densidade populacional, pela densidade tecnológica que aqui tem e tudo mais, essa região metropolitana tem que ser vista como prioridade e ser galvanizada, ou seja, ser puxada e conduzida pela gestão estadual, né, com seus quadros principais conduzindo esse processo, articulando, pactuando, negociando e amarrando com os dirigentes, com os secretários, esse processo da região metropolitana. Porque, ou se faz isso, com o empoderamento da própria secretaria estadual de saúde, ou não se consegue fazer isso! E34-BA

Por outro lado, revela-se a agudização de dificuldades de sustentação de um projeto metropolitano comandado e/ou coordenado pelos entes estaduais tendo em mira o desaparecimento de fontes cativas de financiamento, privatização de serviços, reforço das relações diretas entre governo federal e municípios (MAGALHÃES, 2010). Um dos grandes entraves relaciona-se com a estrutura institucional do federalismo brasileiro, organizada em União, Estados e Municípios, todos na condição de entes federativos, com garantias de

autonomia, mas convivendo com os fortes desequilíbrios inter e intrarregionais, dificultando bastante o estabelecimento de formas de cooperação política e institucional (S. SILVA, B. SILVA, M. SILVA, 2015).

Os principais achados acerca da relação intergestores e dos processos de pactuação, no âmbito das Comissões Intergestores Regionais, nos dois cenários metropolitanos estudados, encontram-se no quadro 13 com a síntese comparativa III.

Quadro 13 - Síntese Comparativa III – Relações intergestores e processo de pactuação na CIR Fortaleza e na CIR Salvador⁷²

Região Metropolitana de Fortaleza – Ceará	Região Metropolitana de Salvador - Bahia	Fontes
<p>Tendência de desconsideração da fala/escuta ou não posicionamento dos municípios menores diante dos maiores, influenciados pelo desconhecimento técnico, recursos ou condicionantes de portarias.</p> <p>Quando há presença de gestor(a) da capital na CIR ou reuniões de pactuação, há evidências do grande poder administrativo, técnico e político que exerce na dinâmica, nas decisões e nos encaminhamentos da reunião.</p> <p>Relação hierárquica entre capital e demais municípios. Desejo dos municípios menores de separar-se da região de saúde da capital e articulação/organização dos mesmos para não dependência de Fortaleza.</p> <p>Problemas no processo de regulação e referência de usuários entre os municípios. Descumprimento da pactuação. Esta é renegociada, discutida e repactuada na CIR, caso seja requisitado pelos municípios.</p> <p>Policlínicas e CEOs regionais mantidos através de consórcios públicos entre o estado e o conjunto de municípios da respectiva região. Região de saúde de Fortaleza é a única que não possui policlínica e CEO regionais, criados e mantidos através de consórcio.</p>	<p>Tendência de desconsideração da fala/escuta ou não posicionamento dos municípios menores diante dos maiores, influenciados pelo desconhecimento técnico, recursos ou condicionantes de portarias.</p> <p>Quando há presença de gestor(a) da capital na CIR ou reuniões de pactuação, há evidências do grande poder administrativo, técnico e político que exerce na dinâmica, nas decisões e nos encaminhamentos da reunião.</p> <p>Relação hierárquica entre capital e demais municípios. Desejo dos municípios menores de fazer parte da região de saúde da capital e não identificado articulação/organização dos mesmos, mantendo dependência de Salvador. Relação entre gestores condicionada a elementos partidários (fazer parte de partidos aliados ou não).</p> <p>Problemas no processo de regulação e referência de usuários entre os municípios. Descumprimento da pactuação. Esta não é renegociada, discutida e repactuada na CIR. Relatos de dependência do estado para realizar repactuação.</p> <p>Inexistência de estruturas construídas, financiadas e implementadas de forma regional, mantidas pelo conjunto de municípios da região e estado.</p>	<p>Entrevistas, Observação direta e Análise documental</p>

⁷² Estes resultados correspondem às evidências constatadas no período de coleta de dados em campo, posteriormente podem ter havido mudanças.

<p>Perspectiva de formação de pensamento cooperativo regional e responsabilidade solidária impulsionados na implantação dos sistemas microrregionais de saúde, mas ainda não são hegemônicos.</p> <p>Subfinanciamento do SUS como forte entrave para pactuação e estratégias regionais cooperativas e solidárias.</p>	<p>Perspectiva de formação de pensamento cooperativo regional e responsabilidade solidária não são hegemônicos.</p> <p>Subfinanciamento do SUS e elementos partidários-eleitorais como fortes entraves para pactuação e estratégias regionais cooperativas e solidárias.</p>	
---	--	--

Constatamos que as fortes desigualdades entre os municípios metropolitanos são refletidas nas relações intergestores, manifestam-se nos pactos/acordos consensuados e no (des)cumprimento dos mesmos. Há o predomínio de uma dinâmica hierárquica, conflituosa e competitiva, protagonizada principalmente pelas capitais com os demais municípios e com o estado, motivada pelo subfinanciamento e disputas político-partidárias que dificultam possibilidades cooperativas regionais de intervenção metropolitana. Evidências empíricas e diferentes autores sinalizam a importância da atuação do ente estadual na coordenação do processo de gestão regional do SUS, bem como as repercussões das assimetrias de poder entre os entes estadual e municipal, aspectos a serem enfatizados no capítulo seguinte.

8 ASSIMETRIAS DE PODER E A GESTÃO REGIONAL

A mobilização da sociedade brasileira, numa época de crise sem precedentes na história da República, não é uma missão fácil. Mas a História se reconstrói a cada dia em cima das dificuldades, das contradições e das crises. (PAIM, 2002, p 114.)

A gestão regional do SUS em cenários metropolitanos se apresenta associada ao processo de descentralização, sendo importante analisá-las à luz das características do federalismo brasileiro. Na perspectiva de diferentes autores, encontramos a inter-relação entre elementos políticos e os conceitos de descentralização e federalismo (GUIMARÃES, 2003; DOURADO E ELIAS, 2011), de regionalização (MENDES GONÇALVES, 1988; OLIVEIRA e ARTMANN, 2009; VIANA, FERREIRA e LIMA, 2010; PEREIRA et al, 2015) e da implementação de sistemas de saúde (TESTA, 1992; PAIM et al, 2011).

Assim, a ênfase deste capítulo é na assimetria de poder entre os entes estaduais e municipais e suas repercussões para a gestão regional, cuja articulação é (ou deveria ser) mediada pelas instâncias regionais (CRES no Ceará, DIRES/NRS⁷³ na Bahia), ainda que tenha sido captada a influência do ente federal, sobretudo pela normatização e pela via indutora para captação de recursos financeiros. Demarcamos a importância do papel desempenhado pelos estados, articulando com o resgate de elementos históricos que particularizam as diferentes trajetórias estaduais da regionalização na Bahia e no Ceará.

Abordamos evidências empíricas com elementos teóricos do poder em TESTA (1992; 1995) concebido a partir da tipologia de aspectos técnicos, administrativos e políticos, captados na dinâmica relacional entre os entes estaduais e municipais. Focamos os diferenciais de poder administrativo, técnico e político entre municípios e estados (nível central e regional das secretarias estaduais de saúde), bem como as repercussões dessa discrepância na relação entre os entes federados e na gestão regional, nos respectivos cenários metropolitanos cearense e baiano. Há tensão pendular entre os aspectos técnicos e políticos.

Ainda que o foco analítico seja a 1ª CRES e a 1ª DIRES, por se situarem na região metropolitana das capitais, as evidências, oriundas das entrevistas e da observação de diferentes espaços e reuniões, remetem à situação das CRES e DIRES das demais regiões de saúde dos estados.

⁷³ Durante realização da produção dos dados na Bahia, no período entre 2014 e 2015, ocorreu a mudança da gestão estadual e a reforma administrativa determinando a extinção das DIRES e criação dos Núcleos Regionais de Saúde. Portanto, serão relatadas evidências concernentes às referidas instâncias regionais.

8.1 As instâncias regionais dos estados e a articulação nível central-regional

A regionalização é um processo político que envolve mudanças na distribuição de poder e o estabelecimento de sistema de inter-relações entre diferentes atores, implicando na criação de instrumentos de planejamento, gestão e financiamento de uma rede de ações e serviços de saúde no território (VIANA, FERREIRA e LIMA, 2010). Assim como a regionalização, o federalismo e a descentralização apontam uma convergência conceitual por remeterem a aspectos eminentemente políticos, que estão relacionados com formas institucionais de distribuição de poder, ou seja, referem-se à divisão de poder dentro do Estado (GUIMARÃES, 2003).

Os elementos sinalizados pelas autoras supracitadas estão expressos em relatos de diferentes gestores, nos dois estados, sinalizando as disputas inerentes ao processo de (des)centralizar poder para efetivar a gestão regional do sistema de saúde.

*A ideia é que o gestor lá, conhecendo seu problema, vai ter melhor condição de tá interferindo sobre ele. Esse é o que eu acho positivo de tá descentralizando a decisão. Por outro lado, aí que tá o **paradoxo**, se o **controle da gestão tá aqui, todo aqui dentro, na capital!** E aí, a gente fala gestão de recursos humanos e também financeira sobre isso, fica difícil decidir lá, porque vai haver um conflito aí, entendeu? **Esse conflito é de poder**, também, né. Você tira, descentraliza a decisão, descentraliza o poder. Isso que é contraditório! **Se quer avançar por um lado, né, tem essa idéia, o discurso de se avançar e por outro se centraliza aqui.** Tem que haver uma ruptura aí. Alguém vai ter que desmamar aí. Vai ter que fazer de fato. E33-BA*

*Agora o grande problema quando você pensa em descentralizar é a **luta da descentralização pela centralização, né? Ou seja, ninguém quer perder poder...** era uma VERDADEIRA (fala com ênfase) guerra! **Ninguém quer descentralizar o poder!** Então, por exemplo, a secretaria de saúde, eu me bato muito aqui.... Outra coisa também, **foram coordenadores das regionais, da CORES, muito comprometidos com esse processo. Justiça seja feita!**... Muito comprometidos com esse processo de regionalização. Então, **era uma luta diária, ou seja, mandar recursos pra essas regionais, garantir o pessoal, dar independência a essas regionais.** E05-CE*

Identificamos que os relatos convergem no reconhecimento de conflitos e tensões que permeiam a disputa pelo poder, contudo revelam diferentes desdobramentos desse movimento em cada cenário estadual. Na Bahia, denotamos contradição entre idéias e discursos em prol da descentralização e a persistência de práticas de gestão centralizadoras, impedindo o avanço da gestão regional. No Ceará, ainda que diferentes autores e estudos sinalizem um estado com regionalização mais avançada, relatos revelam que tal trajetória estadual não se trata de um processo homogêneo e tranquilo, mas também permeado por conflitos e pela luta de poder

dentro da secretaria estadual. Contudo, a configuração da secretaria e a condução por sujeitos com capacidade técnica e com comprometimento com a regionalização, foram importantes para direcionamento do processo.

Denotamos que a criação e o desenvolvimento de instâncias regionais representam alterações importantes dentro das estruturas administrativas estaduais, no sentido de estabelecer inter-relações entre diferentes gestores municipais, regionais e estaduais e correspondem a formatos institucionais que demandam divisão de poder. Essa configuração institucional também reflete o desenvolvimento singular do processo de regionalização nos cenários estaduais abordados e sua influência para o fortalecimento das regiões, dos coordenadores e instâncias regionais das respectivas secretarias de saúde, conforme indicam relatos a seguir.

*Porque a secretaria poderia fazer como muitas secretarias de estado, ampliar o nível central da secretaria e organizar equipes com responsabilidade pra estar na região A, B, C ou D. A gente teve o cuidado de não fazer isso. Por quê? **Porque essa centralização, ela embora que você tivesse uma estrutura de nível central que desse conta, ela sempre estava ad hoc. Ela sempre estava à distância do processo. E que ela, em algum momento, ela seria impeditiva pra questão do crescimento das regiões. E08-CE***

*Por isso que foi provocada a estrutura de criar uma coordenadoria das regionais. Porque, na regionalização, nós temos o território, o sistema regional de saúde e nós temos as coordenadorias regionais de saúde que antes eram diretorias regionais de saúde, foram delegacias e foram departamentos. **Não se pode pensar em uma secretaria de estado, em trabalhar uma regionalização, sem organizar esse território numa condição de dar uma estrutura administrativa. E aí foi colocado essas regionais com toda uma estrutura e com competência de articulação com os municípios, pra o que tá na função da saúde pública do estado. A secretaria estadual, através dos seus departamentos, das suas áreas de nível central, ter essas pontes que seriam os coordenadores regionais. Então, nós temos muito esse respeito, não é uma relação de dependência, sabe? Não é! Mas essa forma de trabalho que a gente coloca e tudo isso foi um avanço na concepção da regionalização. E04-CE***

*A gestão da região era um espaço assim, muito voluntarioso, é o espaço mais importante de gestão da saúde. Na minha opinião, era mais importante do que o espaço municipal em si, mas ela não se consolidou... **A região é um acordo, é uma coisa imaginária, eu só tenho o território, eu não tenho, até o poder executivo, ele não tem a institucionalidade, né? Um coordenador de região não tem institucionalidade. E23-BA***

*Eu falo é os Núcleos, as Dires que tem o papel de regionalizar, ele começa a não ter, de fato, a capacidade de regionalizar. Ou seja, nada passa por ele!... **Aí você reconhece que esse espaço aqui não tem autonomia de pactuação. A Dires, ou não sei como é que esse núcleo⁷⁴ vai funcionar. Mas o que era que a Dires fazia? Então, eu participo daqui, pego as queixas desses daqui, aí joga para cá, né?**⁷⁵ Esse*

⁷⁴ Refere-se aos Núcleos Regionais de Saúde que foram criados após extinção das Dires.

⁷⁵ Entrevistado fala esquematizando um desenho com setas indicando fluxo das Dires para o nível central da SESAB, da CIR para o COSEMS-BA, que leva pra CIB, que “deságua” no nível central da SESAB.

daqui pega aqui e aí leva a queixa para aqui. Aí tudo deságua... Aí eu te digo: cadê a política de regionalização aí nesse desenho, entendeu? Que é o funcionamento, assim, atual? Nunca existiu uma política de regionalização. Há sim um mapa! E26-BA

A atuação e o fortalecimento das instâncias regionais das secretarias de saúde, como ponte articuladora entre o estado e os respectivos municípios, requer um redimensionamento do papel estadual, no tocante a suas funções e processo de trabalho, com intensa articulação e redistribuição de poder numa dupla perspectiva:

- internamente, na estrutura institucional burocrática e administrativa do estado, entre os níveis central-regional das secretarias estaduais de saúde;
- externamente, entre os entes federativos, quais sejam: os Estados da Bahia e do Ceará e seus respectivos municípios.

No histórico do desenvolvimento das mudanças propostas no sistema de saúde cearense (CEARÁ, 2000; CEARÁ, 2002a), identificamos que o desafio de redimensionar o papel estadual, após avanço significativo do poder municipal na década de 90, foi percebido como um dos elementos chaves para implementar a organização dos sistemas microrregionais de saúde, bases para as mudanças pretendidas no SUS do Ceará. Assim, o fortalecimento do poder técnico e político da SESA e de suas instâncias regionais foi fundamental nesse processo, como retrata depoimento (obtido em fonte documental) do grupo técnico coordenador da implantação do projeto piloto de Baturité.

“A força da SESA é o seu corpo técnico e a decisão política do governo de utilizar-se dessa estratégia. É considerado uma estratégia estruturante e com a remodelagem da SESA, as atribuições do sistema microrregional passaram a fazer parte do organograma que já foi aprovado pela Assembléia Legislativa... A microrregião é um conjunto de municípios que se articulam e a microrregional é a instância da SESA na microrregião.” (CEARÁ, 2002a, p. 37).

As mudanças pretendidas com as microrregionais no sistema de saúde cearense também foram incorporadas ao organograma da instituição. Ao verificar os organogramas da SESAB (figura 1) e da SESA (figura 2), disponíveis nos sites oficiais das referidas secretarias, verificamos que a expressão das instâncias regionais é diferente. No Ceará, tais instâncias regionais se expressam com mais ênfase e visibilidade do que na Bahia. Ao cotejar os organogramas com evidências percebidas na observação e entrevistas, tais diferenças também

se manifestam no cotidiano, através dos discursos e práticas dos sujeitos em ambas instituições. Isso pode ser sinalizado, por exemplo, através das formas de articulação entre o nível central das referidas secretarias e suas regionais.

Na minha visão, era um pouco solto porque as DIRES não estavam ligadas do ponto de vista do organograma a ninguém, a nenhuma diretoria, nem a nenhuma superintendência. O organograma tava lá, mas não tinha subordinação... Essa era uma proposta que eu fiz ao secretário na época... vamos definir aqui a quem a DIRES está ligada aqui, mas acabou que isso não foi definido não. Na minha avaliação era meio solto, meio solto. E23-BA

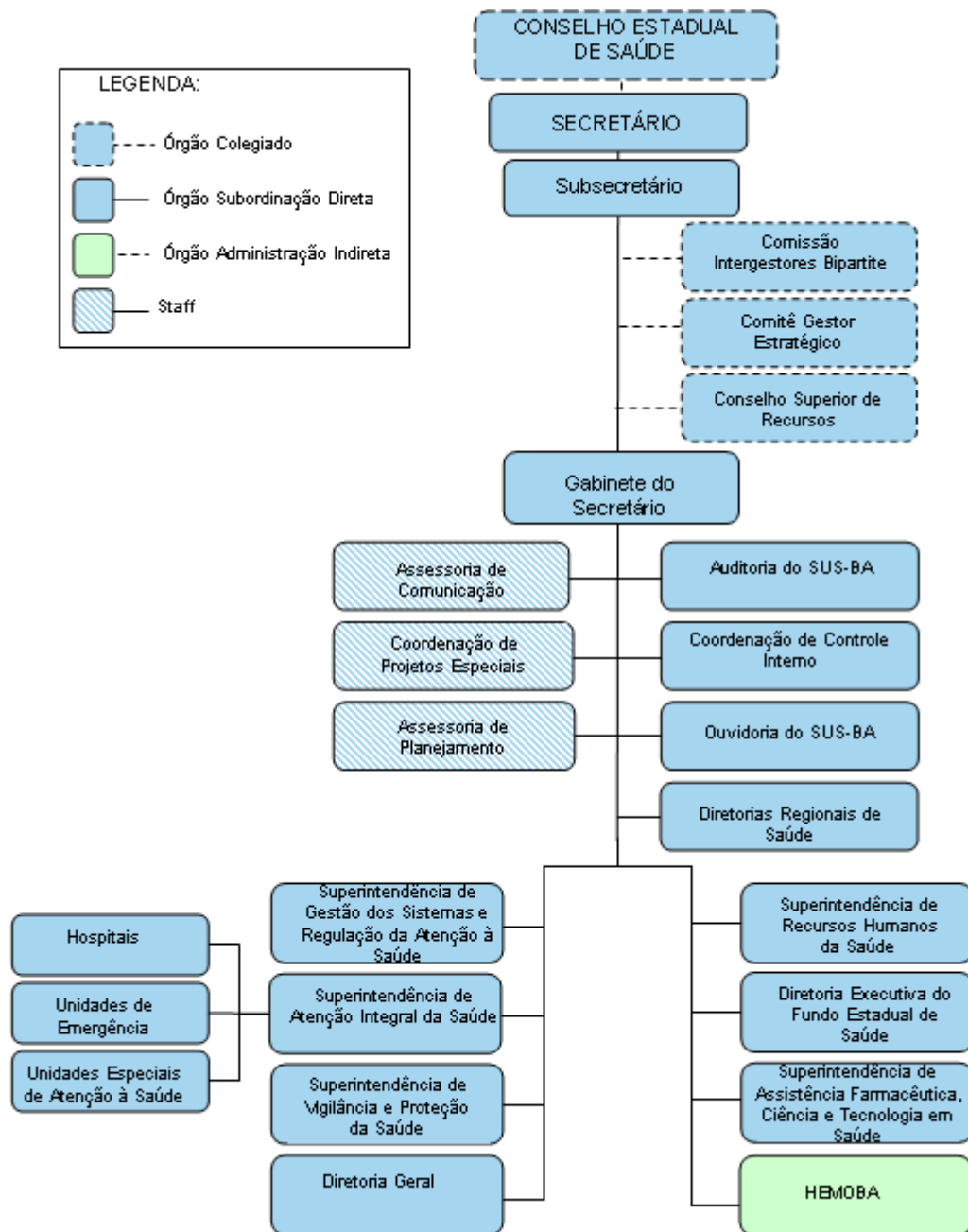
Levou quase um ano para ter um evento que envolvesse todas as DIRES, um seminário, e a gente já vinha passando por isso... já senti esse descrédito do nível central com a DIRES. Essa falta de investimento. E20-BA

Nós temos reuniões mensais com todas as regionais. A gente faz reuniões mensais em que a secretaria de saúde se inscreve: “Eu quero falar uma hora.” Pra implantar suas políticas através das regionais. Então, as políticas fluem pelas regionais, tá entendendo?...fluem através das regionais. Isso é uma coisa também que fortifica as regionais. E05-CE

Na análise de documentos institucionais (CEARÁ, 2000; CEARÁ, 2002a) identificamos que, desde a década de noventa, existia coordenação⁷⁶ no nível central da SESA, específica para apoio e desenvolvimento microrregional e articulação com o nível central, inclusive com relatos de diferentes entrevistados que enfatizam o comprometimento dos coordenadores em busca de unidade e adesão dos demais setores da SESA ao processo de regionalização. Durante a pesquisa no campo, verificamos reuniões sistemáticas, mensalmente, entre a Coordenadoria das Regionais de Saúde (CORES) do nível central e as 21 Coordenadorias Regionais de Saúde (CRES).

⁷⁶ Inicialmente denominada de Coordenação das Microrregionais de Saúde (COMIRES).

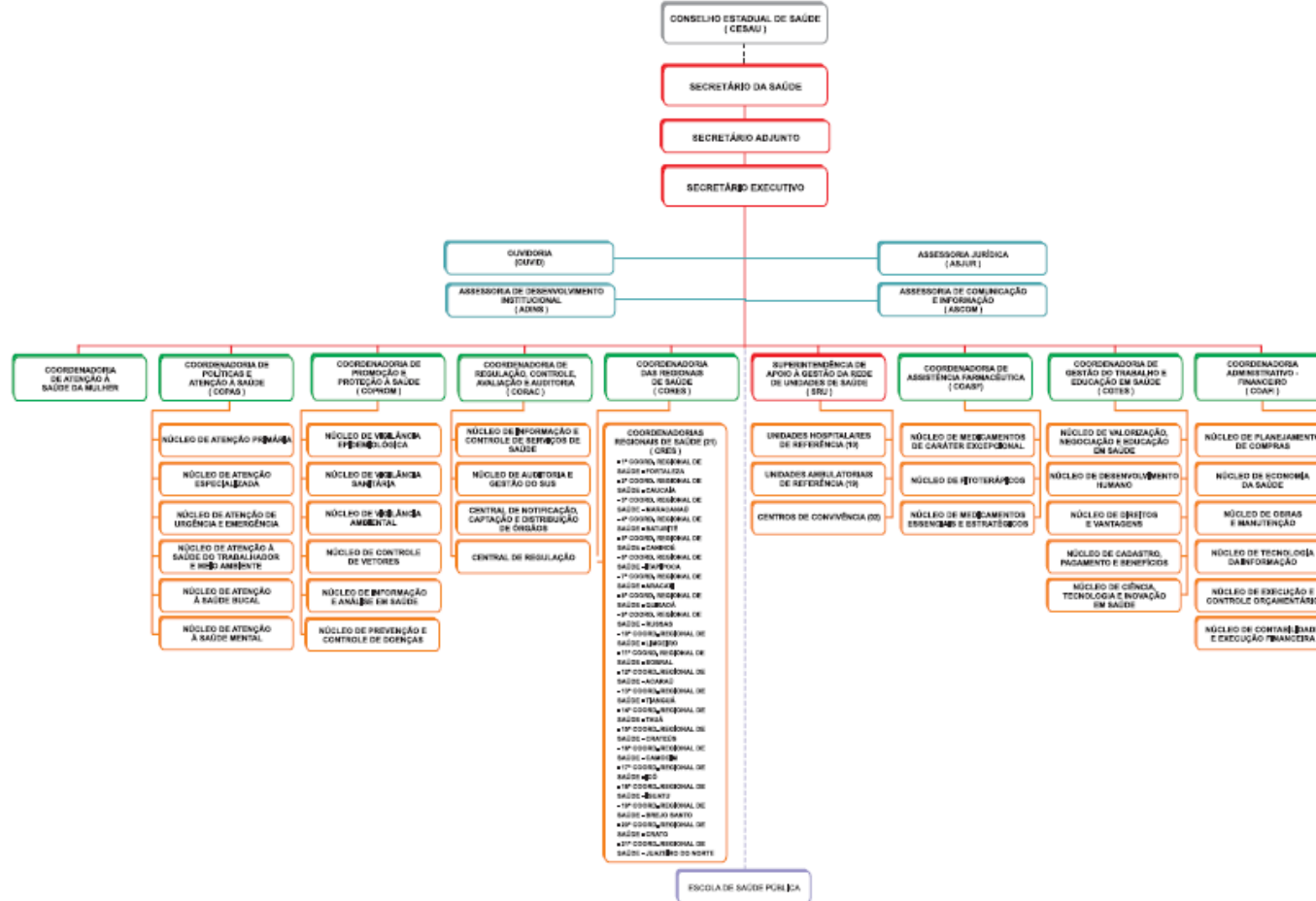
Figura 1 - Organograma da SESAB⁷⁷



⁷⁷ Disponível em

<http://www.saude.ba.gov.br/novoportal/index.php?option=com_content&view=article&id=8129&catid=30&Itemid=34> acessado em 23/07/2016.

Figura 2 - Organograma da SESA⁷⁸



⁷⁸Disponível em <http://www.saude.ce.gov.br/index.php/a-secretaria/o-que-e>, acessado em 23 de julho de 2016.

As referidas reuniões ocorreram durante dois dias na 1ª CRES, com a presença do coordenador e de técnicos de diferentes áreas do nível central, dos coordenadores regionais, dos assessores técnicos, assessores administrativos e técnicos do nível regional de todas as CRES, além de outros participantes tais como residentes da Escola de Saúde Pública. Havia um planejamento e orçamento prévio para implementação de tais reuniões, sendo disponibilizada a programação da mesma, bem como lanche e almoço para os participantes. No decorrer das atividades, verificamos apresentação de técnicos do nível central e de assessores ou coordenadores das regionais enfocando a discussão de temas importantes para a gestão regional, tais como experiências de funcionamento de Câmaras Técnicas das CIR, Planejamento e Orçamento Estadual, atuação dos residentes nas CRES, entre outros.

Na Bahia, todas as evidências convergiram indicando a fragilidade da articulação entre níveis central e regionais da SESAB, cuja configuração tendeu a oscilar dependendo da conjuntura governamental. Assim, a partir das entrevistas podemos sinalizar 3 fases distintas. Antes de 2007, havia a vinculação e centralização de poder na Diretoria Geral (DG) com a qual os diretores de DIRES estavam subordinados. Um dos entrevistados é enfático em assinalar a articulação mais facilitada e de “porta aberta” com a Superintendência de Vigilância à Saúde, mas dificultada com a DG.

A superintendência de vigilância, ela tinha uma porta aberta com uma facilidade muito grande. O apoio dela às necessidades das DIRES era incontestável. Mas a gente tinha dificuldades com DG, a gente tinha dificuldade. Pelo menos era a fala de quase todos os diretores. E32-BA

A partir de 2007, durante gestão dos secretários de saúde Jorge Solla e Washington Couto, houve perda do poder centralizado na DG e criação de um colegiado de DIRES, conforme um dos entrevistados: “criamos extra-oficialmente um colegiado de diretores de DIRES para fazer essa interlocução com o GASEC.” Os relatos convergiram apontando mudanças na relação entre municípios e instâncias regionais com o nível central, melhorando a visibilidade das DIRES e o acesso mais facilitado ao secretário estadual de saúde. Por outro lado, os relatos divergiram⁷⁹ quanto à periodicidade das reuniões do colegiado de DIRES e o número de participantes durante

⁷⁹ Um dos entrevistados referiu a realização de reuniões, a cada dois meses, entre todos os diretores regionais, ou seja, “com o colegiado completo” e, mensalmente, cinco representantes do colegiado de DIRES reuniam-se no gabinete (GASEC). Outro entrevistado referiu reuniões semanais com um representante do colegiado de DIRES e o GASEC.

reuniões. Esse colegiado era ligado ao gabinete e mantinha discussões mais focadas em problemas da esfera administrativa, vivenciados pelos diretores, segundo consta em entrevistas. Também existia um colegiado gestor da SESAB, o qual tinha representante do colegiado de DIRES.

Tem uma diretoria geral por onde passavam todas as questões... que era responsável por passar todas as informações pra chegar no gabinete. Essa diretoria geral perdeu um pouco o papel na gestão do governador Wagner, porque o gestor estadual da secretaria de saúde abriu as portas para a direção das DIRES, pra fazer uma discussão mais próxima, pra enxergar mais de perto os problemas que aconteciam lá na ponta... Então assim, facilitava. A gente tinha uma visibilidade maior do que tava acontecendo na área e essa questão era reportada pro nível central em reuniões diretas. Isso facilitava... Como eram 31 diretorias regionais, foi criado um colegiado de diretores pra não fazer uma reunião com todos os diretores todos os meses. E32-BA

E19-BA: Desde 2007... Quem preside a agenda é o chefe de gabinete porque nós temos um componente administrativo muito grande... E o colegiado gestor da SESAB... Eles tiraram um representante do colegiado de DIRES, que participa do colegiado gestor. É semanal, certo, de reuniões semanais.

P: E não existia, antes, nenhuma forma de articulação desses gestores com o nível central?

E19-BA: Se existia, não era um espaço formal. Era mais na barganha, eu posso te garantir que já foi pior.

A partir de 2015, com início da gestão Fábio Villas Boas na SESAB, diversos gestores afirmaram um cenário impreciso com extinção das DIRES e a criação dos NRS, mas assinalaram o ressurgimento de maior poder da Diretoria Geral. Destacamos que houve convergência de todos os entrevistados apontando a indefinição quanto às atribuições e à forma de condução das instâncias regionais, após reforma administrativa de dezembro de 2014, bem como um processo de retomada de um movimento de maior centralização do poder central. Além das entrevistas, tal constatação emerge dos relatos verificados nas reuniões e conversas com gestores e técnicos estaduais, regionais e municipais, sendo predominantes expressões como: “*tá centralizador*”; “*de cima para baixo*”; “*decisão foi tomada de forma muito autoritária*”; “*muito vertical*”; “*sem um diálogo antes com os atores todos*”.

Eu tenho 30 anos no serviço público, vou fazer 31 anos no serviço público. E todo caminho da saúde foi de descentralização, pra facilitar a vida do cidadão usuário. Nós estamos fazendo um caminho contrário. Eu vejo como prejuízo... O desenho não tá pronto. Eu acho! Do meu ponto de vista, você não substitui uma casa construída, funcionando por uma casa em construção. Não substitui! Não atende! E a maioria dos projetos, eles são projetos! Eles não têm uma linha de detalhes pra alguém seguir. Exemplo: foram criados os núcleos regionais, substituíram as DIRES. Eram nove

macrorregiões, eles tornaram isso em nove núcleos. Mas eles não são unidades gestoras ainda, então não tem recursos. Pra nada! Não tá definido! Tudo pega na secretaria. Centralizado na secretaria. Os contratos existentes, os contratos feitos pelas regionais ou para as regionais não tem fonte pagadora porque foi extinta. Tão discutindo na Diretoria Geral como é que eles vão resolver isso. Ela sempre existiu, ela perdeu força. Mas parece que ela ganha força agora. Ela centraliza, ela ganha força. E32-BA

Neste sentido, podemos problematizar categorias como formalidade e informalidade, opacidade e transparência (TESTA, 1995) a partir dos elementos empíricos identificados nas duas realidades. A experiência do Ceará, revela um processo de articulação mais consolidado entre os níveis central e regional da SESA, mediante práticas e espaços formais de articulação, com tendência mais descentralizada e menos opaca, potencializando o fortalecimento das instâncias regionais.

Na Bahia, as evidências acerca da condução da reforma administrativa de dezembro de 2014 e da trajetória descrita sobre as formas de articulação entre os níveis central e regional da SESAB, revelam tendência centralizadora e predomínio de poucos espaços formais de articulação do trabalho e das decisões entre os âmbitos central e regional. Tais características podem ser relacionadas com a opacidade refletida nas indefinições e no desconhecimento da maioria de gestores e técnicos sobre, por exemplo, fluxos administrativos, recursos e contratos, atribuições e tomada de decisões, tal como expressa um dos entrevistados.

As DARES trabalham numa segunda esfera, como uma unidade de saúde... Então, as informações começam a ser veladas, de como os convênios são feitos, de como as ações são organizadas e acordadas entre os municípios, a partir do nível central para o nível regional, algumas informações não descem, não descem!... Então, são essas questões veladas que eu vou percebendo e que isso também dificulta de que a idéia de regionalização, ela funcione bem. E20-BA

Assim, podemos inferir a existência de um ciclo no qual há convergência entre centralização, informalidade e opacidade, cujos elementos remontam à predominância da “barganha” em detrimento de espaços formais para articulação e negociação.

Na realidade baiana, os achados deste estudo convergem com outros autores que sinalizaram dificuldades decorrentes da persistência de estrutura administrativa semelhante à década de 60, época da criação dos Centros Executivos Regionais, subordinados diretamente ao secretário estadual e coordenados pela chefia de gabinete, conforme descrito por Araújo, Ferreira e Nery (1973). Mesmo após cinco décadas, as instâncias regionais permanecem “chefiadas” pelo

gabinete, na estrutura organizacional da SESAB. Os relatos apontam as Dires com uma prática inerte, sem uma coordenação/articulação mais precisa com o nível central para apoio e desenvolvimento de suas funções, no sentido de fortalecê-las com poder técnico, administrativo e político, e legitimá-la para atuar na gestão regional do respectivo território. Assim, percebemos a necessidade de reestruturação da SESAB, adequando-se à função de coordenar um sistema de saúde regionalizado.

A experiência identificada no Ceará revela-se importante tendo em mira que uma coordenadoria das regionais funciona como via de articulação entre as demais coordenadorias/áreas técnicas do nível central e todas as coordenadorias regionais, utilizando os momentos das reuniões mensais como aglutinadores e fortalecedores das instâncias regionais, responsáveis por capilarizar as políticas para os municípios de sua respectiva região.

A configuração singular dessas formas de articulação entre os níveis central e regional das secretarias estaduais, também tem repercussões na relação com os municípios, denotando a relevância do papel ocupado pelas instâncias regionais em cada cenário. Todos os entrevistados, na Bahia, relataram uma conduta comum na SESAB caracterizando o fluxo dos técnicos do nível central diretamente para os municípios, sem participação ou conhecimento de técnicos regionais, denotando desconsiderar a Dires em ações a serem desenvolvidas pela SESAB nos municípios, caracterizando um processo no qual “*a própria secretaria minava a ação da Dires*”, conforme definiu um dos gestores.

No caso cearense, identificamos uma configuração de trabalho na qual a articulação entre a SESA e os municípios ocorre predominantemente via CRES, ainda que dois dos entrevistados tenham sinalizado a “*luta*” para efetivar esse fluxo de comunicação e articulação com os municípios, de modo que as instâncias regionais sejam parte fundamental e não desconsideradas por “*setores*” do nível central.

O que a gente vê na prática, apesar desse fluxo colocado pelas linhas hierárquicas do organograma, é que o nível central descentraliza insumos para determinados municípios, os técnicos vão a determinados municípios para fazer capacitação, para acompanhar, para monitorar, desenvolve projetos pilotos de saúde em municípios e que os técnicos do nível regional nem sequer sabem! A técnica da atenção básica dentro da regional marcava reunião lá, quando chegava lá no município, às vezes, a coordenadora da atenção básica dizia: “Não podemos lhe atender agora não. A gente agendou, mas a equipe do nível central da SESAB está aqui.” Então, como é que pode? A técnica regional encaminhava a agenda mensal para o nível central, os dias e horários, então, se iam, por que não acordavam para ir juntos, enquanto representação estadual? Mas havia uma bifurcação já nesse processo! E20-BA

*Nós fazemos valer, inclusive até nas ações estratégicas quando a gente monta um plano de trabalho e isso ficou pra todas as áreas, **ninguém vai diretamente atuando, entrando em município.** A gente bota a função pra o coordenador regional, ele leva o assunto pra comissão intergestores regional e aí a gente trabalha os municípios, **seja numa questão de atenção, seja numa questão de gestão, seja numa questão de planejamento** pra trabalhar os instrumentos. O que eu quero dizer pra você, como a gente se aproxima dos municípios, através da nossa regionalização. E isso nós fizemos. Foi fazendo valer o processo da organização que, às vezes, eu não vejo nos outros estados. **E04-CE***

Aí é outra luta! É outra luta! É que não existe isso, ou seja, que os diversos setores da secretaria interfiram diretamente no município. A luta é que passe pelas regionais.** Então, por exemplo, quando vai que alguém faz uma supervisão num município desse sem comunicar a regional, então a regional grita: “Que negócio é esse?” Tá entendendo? Isso é uma luta também e que a gente tá conseguindo avançar nisso! **E05-CE

Ao focarmos na infra-estrutura para funcionamento e atuação das instâncias regionais, encontramos aspectos comuns nas duas realidades investigadas. Os relatos sinalizaram deficiências quanto a estrutura física, quantitativo de profissionais, de equipamentos e de veículos para atuação tanto das DIRES quanto das CRES. Contudo, grandes diferenças foram constatadas na concepção dos entrevistados acerca da qualificação técnica e da atuação de tais instâncias, demarcando os diferenciais de poder técnico, administrativo e político (TESTA, 1992; TESTA, 1995) das CRES no Ceará e das DIRES na Bahia.

No Ceará, durante reuniões das regionais com a CORES, ou mesmo em outros espaços, presenciamos reclamações dos coordenadores e técnicos acerca da necessidade de melhor estruturação das regionais, tendo em vista problemas antigos de estrutura física, equipamentos, transporte, pessoal, fluxo de informações, dentre outros. Nas entrevistas, tais problemas foram reconhecidos por gestores dos níveis central e regional, que afirmaram a necessidade de superação dessas deficiências para fortalecimento da atuação técnico-política das CRES. No dizeres de dois entrevistados, é necessário para melhorar a “*questão da autoestima das pessoas que estão lá pra trabalhar*” e faz parte da “*luta pela descentralização*” e por “*maior autonomia regional*”.

*Um computador, um ar condicionado, aqui não falta, mas nas regionais faltam... Então, os prédios, você conseguir... boa parte são prédios alugados. Tirar de sedes precárias e colocar em sedes dignas... Então, a luta pela descentralização, a luta para o recurso ir pra lá, a luta por uma maior autonomia regional. Essas regionais, elas tem importância, porque ela de certo modo, ela é o representante institucional do governo estadual. **E05-CE***

Mesmo diante destas deficiências, há convergência nos relatos quanto à importância das CRES, sua legitimidade técnica e política diante dos municípios, do nível central e do Conselho Estadual de Saúde. Não foi presenciado nenhum relato quanto à inoperância desta instância regional e sua extinção. Ao contrário, uma das expressões recorrentes, ditas por diferentes pessoas, não só no momento das reuniões, era que *“as CRES são as células da SESA na região.”*

A despeito dos problemas de estrutura, da deficiência quantitativa e de poucos servidores concursados, no que se refere à equipe dos técnicos da regional, todos os gestores entrevistados sinalizaram a qualidade e o preparo técnico dos profissionais da CRES para atuação nas diferentes áreas Vigilância Epidemiológica e Sanitária, Planejamento, Regulação, Atenção Básica, dentre outras, sinalizando que *“todas as regionais têm equipes técnicas muito boas!”*; *“tem regional que a estrutura é pior do que essa, muito, muito mesmo, mas quando você vai buscar resposta, ela é positiva. Por que? Porque as pessoas são preparadas!”*

Outrossim, as CRES são espaços de formação na pós-graduação, indicando a relevância conferida à formação de pessoal para atuação específica nas instâncias regionais de saúde, através da Residência Multiprofissional da Escola de Saúde Pública do Ceará (ESP). Nas reuniões entre CORES e CRES, observamos pautas sobre a inserção dos residentes nas regionais, discutidas entre coordenadores das CRES e representante da ESP. Além de verbalizado em entrevistas, presenciamos a atuação de residentes em diferentes áreas e atividades na CRES, o que é valorizado por dois aspectos. Por ser considerado uma forma de preenchimento do “vazio” da quantidade de pessoal e também pela perspectiva de inserção futura desses residentes, no quadro de profissionais das instâncias regionais da SESA.

*Nós já estamos com o levantamento, já sabemos quantos profissionais se faz necessário pra cada coordenadoria regional pra o próximo processo de seleção pública... esses vazios nós não conseguimos né, administrativamente, preencher. **A Escola de Saúde Pública, são as residências multiprofissionais, que tá exatamente dando o maior suporte a essas coordenadorias regionais.** Então, os residentes, a residência multiprofissional é que, pra nós, tá fazendo, hoje, a grande diferença nas nossas regiões de saúde. Porque eles são pessoas jovens, pessoas que vieram, vem num processo de capacitação né, monitorado pelos preceptores da escola, aquela coisa toda. Tem facilidade de apreensão, são pessoas que querem aprender porque aquilo faz parte da sua grade curricular, da residência, e tá fazendo a diferença pra nós hoje, a questão dos residentes. Espero que mesmo no processo de seleção, os nossos residentes, **os residentes da residência multiprofissional permaneçam conosco porque faz a diferença.** E08-CE*

Nos dois casos investigados, há semelhanças quanto aos problemas de infra-estrutura e heterogeneidade nas condições de trabalho entre todas as CRES, no Ceará, e todas as DIRES, na Bahia. Contudo, há diferenças marcantes nos relatos sobre a atuação e a valorização dessas instâncias regionais. No Ceará, todos reconhecem e enfatizam a competência técnica e importância da atuação das CRES na gestão regional e no fortalecimento do processo de regionalização. Na Bahia, os relatos das deficiências de infra-estrutura também vieram acoplados a expressões como “*precarização por dentro*”, “*desautorização*”, “*desmantelamento*” das DIRES, as quais podem ser traduzidas numa crônica trajetória de enfraquecimento técnico, administrativo e político, tornando-a uma instância com debilidade para atuar na gestão regional, delineando um cenário no qual **“a gente não tem conseguido mesmo fazer cumprir o papel da DIRES!”**

Através de entrevistados e de conversas com técnicos da SESAB, identificamos, que, no início da gestão governamental de 2007, houve um diagnóstico da situação das regionais, seguido de um movimento de tentativa de redefinição do papel das DIRES, “*de resgate dessa coordenação do estado no nível regional*” e do fortalecimento de tais instâncias com envio de novos equipamentos, veículos, admissão de sanitaristas, dentre outras medidas. Contudo, esse movimento arrefeceu-se e não foi suficiente para tornar as instâncias regionais da SESAB, protagonistas da gestão regional e do fortalecimento da regionalização no estado, escrevendo um histórico de intenções não concretizadas por “*esbarrar na questão política*”.

Um movimento quando tava fazendo o PDR, discutindo as regiões de saúde, que era qual é o novo papel da DIRES nesse processo de regionalização de saúde no estado. A gente fez, tem um documento lá, é um relatório. A gente fez uma oficina num hotel com os municípios, com os diretores das DIRES... Só que aí a gente esbarrou novamente na questão política... Eu acho que esse era um processo. A gente tinha essa intenção e não fizemos. Não fizemos e as DIRES continuavam fazendo o mesmo papel. Mas eu concordo plenamente de que elas tem que ter uma inserção no processo de regionalização. E23-BA

Foram frequentes e convergentes os relatos quanto aos problemas relativos à pessoal, veículos, combustível, equipamentos, estrutura física, dentre outros. No que se refere, especificamente, às deficiências na quantidade e na qualidade técnica dos profissionais, há variados aspectos que emergiram nas entrevistas. Estes apontam um processo de desvalorização e de esvaziamento, tendo em vista a redução do valor pago em gratificações e extinção de cargos

regionais remunerados, bem como a transferência de servidores, que eram “*indesejados*” em outros locais da SESAB, para trabalhar na DIRES. Também há relatos que sinalizaram dificuldades relacionadas à formação técnica e ao descompromisso com o trabalho.

Dentre trechos emblemáticos de depoimentos de diferentes gestores, evidenciando aspectos supracitados, podemos destacar: “*Como chegou um cara lá: “Rapaz, minha DIRES não tem nem um computador!”; “vieram sempre pessoas muito adoentadas, com dificuldades relacionais que já tinham girado os equipamentos da SESAB, pessoas que já estavam para se aposentar”; “ainda tem muita gente nas regionais que não sabe mexer com equipamento de informática”; “a gente não tem técnicos suficientemente capacitados para responder as demandas mesmo municipais”; “faz quando quer, quando pode, não tem quem cobre, também não tem coordenação, não tem liderança e ninguém vai assumir isso sem ter o pagamento”; “estatutários estavam ali passando o dia, se você mandasse fazer uma coisa diferente do que já faziam, não iam querer fazer.”*”

Por outro lado, em algumas entrevistas e ao acompanhar reuniões do Conselho Estadual de Saúde (CES-BA) e encontro regional para discutir o processo de extinção das DIRES, promovido pela Comissão de Regionalização do CES⁸⁰, verificamos relatos que também revelaram a existência de técnicos e sanitaristas competentes nas DIRES. Revelou-se uma dupla situação: servidores desmotivados, descomprometidos, e tecnicamente frágeis, bem como servidores comprometidos e qualificados tecnicamente, mas sem condições de trabalho adequadas.

Certamente, os elementos explicativos e os desdobramentos da atuação das instâncias regionais, em cada estado, merecem análise mais específica. Contudo, destacamos que, na Bahia, em diferentes entrevistas e espaços, relatos associaram os grandes problemas das DIRES ao “*desinteresse*” do estado e do nível central da SESAB no fortalecimento das mesmas. Assim, contraditoriamente, emergiu um processo intencional de desestruturação das DIRES, segundo ilustrado nos seguintes depoimentos:

⁸⁰ Tendo em mira os conflitos que emergiram a partir da reforma administrativa de dezembro de 2014, extinguindo as DIRES, na reunião ordinária do dia 29 de março de 2015, o Conselho Estadual de Saúde aprovou a Resolução 02/2015, criando a Comissão de Acompanhamento de Processo de Regionalização da Saúde e convocando Encontros Regionais no Estado da Bahia para discutir o processo de regionalização. <http://www.saude.ba.gov.br/portales/images/stories/arquivos/Regionalizacao/Agenda_encontro_regionalizacao_saude.pdf>

*Em 2000, na secretaria de saúde do estado, na DIRES, o que eu já vi foi um processo total de desautorização das próprias DIRES nas suas ações, de precarização por dentro, de não passar recurso, de passar com rubricas tão endurecidas... faz parte daquele processo de precarização, de exclusão, que tá resultando nessa finalização que a gente tá vivenciando agora... Aí, eu fiquei pensando, fiquei muito triste, porque **não sei se eles percebem, mas foi todo um processo interno de espoliação mesmo, de depredação, de fragilização da DIRES em si, que até hoje eu não entendo muito bem porque isso!** E20-BA*

A DIRES só não evoluiu mais porque o governo vem podando as DIRES, né? É a DIRES que não dá certo ou o governo que não dá condições às DIRES? É o governo que não dá condições às DIRES! A DIRES, aos poucos, tava perdendo seu poder. Então, hoje, a DIRES, aparecia muito pouco no município. Supervisão, muito pouco. O estado hoje que faz mais isso. O estado, é a SESAB⁸¹ é que manda... Então, a DIRES ela perdeu muito da sua função com o tempo. E31-BA

No que diz respeito às ações desenvolvidas pelas instâncias regionais e a capacidade de atuação na gestão da região de saúde, há diferenças relevantes entre o cenário baiano e cearense. Na Bahia, a atuação da 1ª DIRES é predominantemente voltada para a Atenção Básica, Vigilância Epidemiológica e Sanitária, distribuição de medicamentos, material educativo, imunização e capacitações de pessoal. Um ponto polêmico e divergente, verificado em diferentes espaços e momentos, nos relatos dos gestores, refere-se à necessidade e importância das DIRES. Percebemos a tendência dos municípios de maior porte conceberem a atuação da DIRES como irrelevante e os municípios menores relatarem necessidade das mesmas. Fora esse ponto de divergência, todos convergiram em dois aspectos: - a grande fragilidade e não atuação em aspectos fundamentais para a gestão da região de saúde, tais como Regulação, Orçamento, Programação e Planejamento Regional; - atuação significativa na área de Vigilância à Saúde, mas também enfraquecida após reforma administrativa determinada pela lei nº 13.204 de dezembro de 2014 (BAHIA, 2014).

*Para o desenvolvimento das regiões, as DIRES não eram vistas como espaço técnico capaz de auxiliar os municípios para isso. Não era! Era relação do nível central direta, na grande maioria dos casos. **Porque planejamento regional, programação, não era. As DIRES não tinham essa capacidade de fazer esse trabalho, para coordenar esse trabalho.** As DIRES já tinham um papel, historicamente, uma capacidade técnica consolidada em relação às ações de vigilância. Isso daí acho que é o forte das DIRES. Para regionalização da saúde era mais difícil. E23-BA*

Apesar de ter a DIRES lá, localizada lá, mas os secretários em si ainda querem muito a presença do nível central da SESAB, da presença dos técnicos de Salvador... Então, isso tudo também dificultou, dificulta o funcionamento... os técnicos tão envolvidos nas

⁸¹ Vários entrevistados na Bahia, denominavam SESAB, ao fazer referências ao nível central.

suas áreas no nível central e tem que se deslocar para essas regiões para fazer, muitas vezes, condução de reunião, mediação ou levar uma proposta técnica. Eu vejo que elas tem um papel muito importante, por tá lá, mais próximo dos municípios, certo? Tem condição, na minha opinião, de fazer muito mais, tá certo? É claro, para isso precisa condições!... Então, as DARES poderiam ser mais empoderadas. Deveriam!... Que a gente saísse também um pouco de somente da atenção básica, da vigilância. A gente aprofundasse no tema da gestão mesmo. Eu acho que elas poderiam tá contribuindo mais no processo. E33-BA

Você tinha pessoas lá, mas você não tinha nem dado autonomia, nem dado orçamento, nem também uma equipe, de fato multi, que pudesse tá, de fato, tocando a política da descentralização da saúde. A regulação é outro problema! A regulação tá toda centralizada aqui e não passava por essas DARES... E como é que a presença descentralizada do estado, da saúde, não garantia a direção da política naquela região? Ela não tinha essa autonomia de direcionar, de pegar descentralizar e dizer: “Não, aqui a gente representa um setor e que, também, temos uma certa influência no processo”. Aí não tinha! Não tinha autonomia, não tinha orçamento... no tocar da política não tinha autonomia. Mesmo porque até na questão do poder decisório, não passava por esses núcleos, também tem isso! Não passava pelas Dares, porque também tem essa coisa, você descentralizar, você regionalizar serviço, você também dá autonomia do poder decisório, você distribui poder, né? E isso não tinha! Você tinha tudo que ser no nível central. E26-BA

As evidências indicam a dependência técnica e financeira da 1ª DARES, reafirmando a supremacia e centralização do poder no nível central da SESAB, onde permanecem centralizadas as funções macro e mesogestoras. Tal diferenciação denota a fragilidade da 1ª DARES e das regiões de saúde para efetivar a gestão regional do SUS, assinalando que há processos decisórios conduzidos “por níveis superiores”, conforme afirmou um dos entrevistados do âmbito regional ao falar da PPI: “é uma pactuação de outro nível e que faz parte da regionalização, só que é um pezinho difícil de acessar. Não é o estado DARES, é o estado nível central! A gente sai da linha na hora!”

No Ceará, identificamos relatos sobre a importância da formação em planejamento para todos os gestores, ressaltando a necessidade de fortalecer o papel técnico das CRES “*pra poder, no mínimo, a regional ter essa função de trabalhar planejamento com os municípios.*” Além das atribuições, tradicionalmente, realizadas pelas instâncias regionais baianas, a atuação da 1ª CRES, envolve funções macrogestoras ligadas ao Financiamento, Regulação, Planejamento e Programação. Estas foram referidas pelos entrevistados e também verificamos na atuação de técnicos e da coordenação, no cotidiano da CRES, sem a presença de técnicos do nível central, quais sejam: reuniões referentes ao monitoramento e assinatura de aditivo do COAP com os municípios, alterações da PPI em reuniões da CIR, a regulação regional do acesso, setor

orçamentário responsável pela análise dos processos para repasse de recursos e pagamentos na região de saúde, dentre outros.

*Tudo via CRES, todo paciente da policlínica, ele é cem por cento agendado, ele é cem por cento regulado, sempre via CRES, tanto o que entra, como o que sai... **Todas as coordenações das CRES são importantíssimas, são parceiros, o orçamento do consórcio tá lá...** Então, eles têm uma responsabilidade imensa junto a lei de responsabilidade fiscal porque são ordenadores de despesa... Então, **eu acho a regionalização, um dos processos mais ricos que a gente vivenciou e que as CRES, elas tem um papel, assim, CEM POR CENTO (fala com ênfase) dentro dessa discussão.** As Coordenadorias Regionais de Saúde, na verdade, elas são um representante, ela é um braço da SESA em cada região de saúde. **E é dentro da região de saúde que os processos de saúde acontecem. É lá que o COAP se desenha, é lá que os pontos de atenção, eles se fundem, é lá que você regula, é lá que você percebe a incidência, a prevalência, o que é que melhorou, o que não melhorou. E12-CE***

*Eles são competentíssimos! Por exemplo, **todo processo de construção de todos os instrumentos de planejamento e gestão, eles são habilitados pra fazer isso.** Por exemplo, a revisão do processo agora, a elaboração dos planos de ação das redes temáticas, **eles conduzem isso e nós apoiamos do nível central, todas as áreas da secretaria apoiam com subsídio, mas eles é que conduzem. Tecnicamente eles são fortalecidos pela sua acumulação. E08-CE***

Em análise sobre a gestão da SESAB, entre março de 1987 e maio de 1989, Paim (2002) assinala as formas centralizadas de gestão como um dos obstáculos não superados do SUDS. As evidências, apontadas pelas entrevistas e observações, demonstram que tais dilemas ainda permanecem na realidade baiana, 27 anos depois, como obstáculos não superados do SUS. Um dos exemplos a ser destacado corresponde à relação das instâncias regionais com os recursos e a rede de serviços sobre seu território. Os relatos abaixo exemplificam a diferença entre a realidade cearense e a baiana.

Nossa região, nós temos quatro hospitais estratégicos, temos o pólo, temos duas UPAs, então encaminhamos recursos financeiros pra todos... a policlínica é consorciada, então nós mandamos é pro consórcio. Então, a primeira Coordenadoria Regional de Saúde ordena despesa maior que o nível central... Tudo via CRES. Nós mandamos uns quatro, cinco milhões, por mês, pro município de Fortaleza. E06-CE

A relação com os hospitais públicos estaduais não se dá, não tem hierarquia com as DIRES, mesmo assim acho que as DIRES tem um papel importante na articulação intermunicipal, na organização dos colegiados, da CIR... Hospitais regionais que continuaram com a gerência estadual, com a rede própria do estado, deixaram de ter uma relação com a Diretoria Regional de Saúde e passaram a ter uma relação mais direta com o nível central. Da mesma forma, eu diria assim, o peso político das DIRES foi progressivamente esvaziando. E21-BA

Os entrevistados baianos relataram que os hospitais públicos estaduais e unidades municipais, no território metropolitano, inclusive UPAS, não têm nenhuma relação orçamentária com a 1ª DIRES. Ao contrário do que ocorre na 1ª CRES. Tais achados coadunam com outros estudos que evidenciaram um histórico de centralização do poder na Bahia. Segundo Molesini (2011), vias da descentralização, representadas pelas DIRES e pelos Distritos Sanitários, e as iniciativas de criar unidades gestoras em instâncias regionais e locais, em 1988, não tiveram repercussão importante na distribuição do poder administrativo. Embora as DIRES e alguns centros de saúde da capital passassem a manejar recursos financeiros, a quantidade limitada e a irregularidade no repasse pelo nível central da SESAB revelaram a conservação da estrutura de poder (MOLESINI, 2011).

A despeito das poucas semelhanças identificadas, ao resgatar as três vertentes nas quais a ação expressa as relações de poder (TESTA, 1995), podemos assinalar as diferenças de poder entre a 1ª CRES e a 1ª DIRES, respectivamente nos cenários metropolitanos cearense e baiano. Testa (1995) associa o poder administrativo correspondente à atividades enquanto processos que manejam recursos; o poder técnico a partir de conhecimentos e informações utilizados; o poder político ligado à mobilização e defesa de interesses dos diversos grupos interessados no setor saúde.

Portanto, as evidências acerca da atuação das referidas instâncias regionais revelam maior poder administrativo, técnico e político da 1ª CRES, tendo em vista sua maior capacidade de mobilização de recursos, informações/conhecimentos e interesses para atuar na gestão regional. No caso da 1ª DIRES, denotamos um processo de enfraquecimento de longa data, que recai na perda de poder, considerando as dimensões administrativa, política e técnica. Este processo de “*desautorização*”, no qual o poder das DIRES é cerceado pelo próprio nível central da SESAB, é caracterizado de forma emblemática no relato a seguir. Na perspectiva de diversos entrevistados, há tendência de continuidade desse processo na atuação dos Núcleos Regionais de Saúde, criados em dezembro de 2014.

Essa nova formatação das DIRES, eu não sei se o nível central vai descentralizar também, esse poder para que isso aconteça. Um poder que eu digo que é recurso financeiro, logística e tudo, e autonomia de acatar: “O núcleo disse, nós não vamos interferir em outra direção! Nós vamos apoiar.” Porque até então, o que tem acontecido muito é isso, algumas decisões e pareceres da DIRES são desautorizadas.

O secretário municipal sobe... conversa lá e cabô. Resolve no nível central. Reverte tudo! Reverte a decisão da DIRES muito tranquilamente! E20-BA

Outro aspecto bastante divergente, que repercute no poder das DIRES e das CRES e no fortalecimento do processo de regionalização, refere-se à escolha dos dirigentes regionais de tais instâncias. No caso dos diretores de DIRES, há indicação política dos mesmos, sendo que o preparo para a gestão regional não tem sido considerado como fator determinante nessa escolha. Diferente da Bahia, há processo de seleção pública⁸² para definição dos coordenadores das CRES, conduzido pela Escola de Saúde Pública do Ceará.

Os coordenadores regionais, eles não foram indicados politicamente. Eles foram selecionados por seleção pública. A partir do início do governo do Cid, na década de 80, 85, era indicação política mesmo. Ele fez uma seleção pública e isso melhorou o nível. Então, nós temos bons gestores. A grande maioria dos nossos gestores são muito competentes, foram selecionados e isso de certo modo fortificou a regionalização. E05-CE

As DIRES são nomeadas por cargos políticos, político tal, político tal, político tal. Não é uma coisa assim: “Não, aquele cara é um técnico, entende do sistema de saúde, entende de gestão em saúde, ele articula, vamos discutir.” Não é! Não é assim! Diferente do Ceará. E03-BA

Estudo sobre gestão regional em São Paulo também identificou um contexto de fragilidade político-administrativa, com preenchimento de cargos da saúde por pessoas com frágil formação e conhecimento na área, muito vinculadas a interesses político-partidários (Mendes et al, 2015). Ao verificar elementos da trajetória do sistema de saúde, a Bahia e o Ceará partiram do mesmo histórico de instâncias regionais como espaços infiltrados por interesses partidários e loteamento de cargos, tal como demonstra análises de Paim (2002) e de Abu-El-Haj (1999). Contudo, esta situação teve desdobramentos diferentes nos dois estados.

Na Bahia, no início do “governo da mudança”, houve a adoção de critérios técnicos poupando a equipe técnica dirigente da SESAB do clientelismo e do fisiologismo, mas na imensa maioria dos cargos das diretorias regionais, “*instaurou-se o mais desvairado loteamento de cargos de confiança entre os políticos*” dos partidos que constituíram a coligação eleita (PAIM,

⁸² Conforme consta em edital, o processo seletivo é composto por 3 etapas. A primeira é constituída de Prova Objetiva para mensurar o conjunto de conhecimentos que compõem as competências para o cargo. A segunda etapa é uma Prova de Título na qual há avaliação do histórico de formação e da experiência profissional do candidato. Na terceira etapa, há uma prova situacional em grupo e uma entrevista Individual, quando o candidato deve apresentar um Plano de Trabalho (CEARÁ, 2015).

2002, p.94). Na atualidade, denotamos a persistência de tal situação, referida por diversos entrevistados, ao reconhecerem um “*processo de negociação de cargos*” semelhante a “*um balcão de negócios.*”

No Ceará, segundo Abu-El-Haj (1999), historicamente, as diretorias regionais eram os alvos preferidos dos políticos regionais pela posição estratégica na avaliação dos municípios e na distribuição de recursos, constituindo-se em uma das dificuldades a serem enfrentadas. Desde 1996, as instâncias regionais foram encaradas como imprescindíveis para a nova missão institucional da SESA (ABU-EL-HAJ, 1999). Estudo abordando a regionalização no Ceará (NOLASCO-LOPES, 2010), revelou que as mudanças organizacionais foram mais expressivas nos órgãos de execução regionais, como estratégia conduzida pela SESA para manter o poder ou recompor o poder parcialmente perdido na municipalização da saúde.

Na Bahia, diferentes relatos sinalizaram processo de perda do poder das DARES, tendo em vista o processo de municipalização, mas diferente do Ceará, não identificamos um processo de transformação organizacional visando o fortalecimento de tais instâncias, como parte do necessário redimensionamento do papel estadual. Segundo evidências, houve a manutenção de velha prática clientelista e fisiológica de loteamento de cargos para direção das regionais, na Bahia, e a alteração desse quadro no Ceará, mediante, dentre outras coisas, seleção pública, definição de perfil e valorização dos coordenadores regionais. A transformação do poder público em instância a serviço de interesses particulares gera o esvaziamento da capacidade de implementação das ações e perda de autonomia da instituição (ABU-EL-HAJ, 1999).

Outrossim, o processo de descentralização contribui para o deslocamento da centralidade de procedimentos do sistema de serviços de saúde para o espaço loco-regional, reforçando o papel dos gestores locais como articuladores das políticas de saúde (LARA E MENDES, 2015). Neste sentido, o fortalecimento desse processo requer coordenadores / diretores regionais com perfil técnico adequado e autonomia para sua atuação, dentre outros, no sentido de lograr reconhecimento e poder articulatório para conduzir processo de gestão regional.

Tais aspectos repercutem nas distintas gradações de poder da 1ª DARES e da 1ª CRES, incidem na capacidade de resposta aos municípios, refletindo na credibilidade e na legitimidade das referidas instâncias regionais, tal como indicam os depoimentos.

O município, muitas vezes, ele vê também como parceiro e vê também o recurso financeiro, porque temos que encaminhar pra ele o recurso financeiro, através do

fundo a fundo... Eu diria assim, que é uma forma de vincular esse gestor à coordenadoria. Os municípios sempre procuram... Uma forma é essa! Dá legitimidade! Porque o gestor maior, ele sempre tá nos procurando por conta dessa questão do recurso... Também voltando pra questão da condução política, o prefeito nos procura pra legitimar a idéia dele, pra saber se é viável, pra saber se não é. Existe uma confiança por parte do gestor... Então, assim você vê que essa legitimidade política existe, porque existe esse contato entre a gestão estadual, a nível regional, com o gestor. Porque todos esses processos que a gente faz, esses contatos, a gente faz com secretário de saúde e prefeito... Então, essa questão política, ela é fato! Existe um respeito do coordenador regional por parte dos gestores. Existe essa legitimidade e a compreensão deles da importância do gestor regional. E06-CE

Quando eles percebem que há uma fragilidade nos técnicos, que a DIRES são os técnicos! Eles não, eles já não chamam mais! Não chamam para reunião, não chamam para discutir. Então, a vinculação dos municípios, também, tem a ver com essa questão, de como é que a gente tem capacidade de responder! Se você não tiver insumo para passar, se você não tiver financeiro para passar, nem vacina, nem impressos, nem manual, nem nada para ajudar na ação! Então, se você tem capacidade de sentar, de fazer, de conversar e discutir, ainda é algo que eles valorizam, mas sem isso fica muito difícil! Parece que a gente não tem mais nada para dar! Então, a legitimidade da DIRES depende muito da ação. O pessoal da vigilância epidemiológica, o pessoal respeita muito, eu vejo que ligam, que marcam as reuniões lá, que vão consultar questões. E20-BA

Os municípios se reúnem sozinho sem chamar o ente estadual. Tão criando fórum municipal sem o ente regional... Eu perguntei “e o diretor da nossa regional? Não tá, não foi convidado, tá sabendo?” Como eu vi que eles não deram resposta, eu liguei pro diretor da DIRES, ele disse: “Eu nem sei o que está acontecendo!” Então imagine, uma regional, uma região de saúde que reúne só os municípios, sem o ente estadual pra discutir questões de saúde da região. E01-BA

Denotamos que o acúmulo de poder técnico e administrativo concorre para ganhos de poder político e de legitimidade das instâncias regionais. Ao contrário, o esvaziamento de poder administrativo e técnico minando possibilidades de resposta e intervenção, fragilizam o poder político e compromete a credibilidade e a legitimidade. No primeiro caso, percebemos a situação verificada na 1ª CRES, tendo em vista a capacidade de manipulação dos recursos financeiros e técnicos, fortalecendo a confiança, a vinculação e a articulação política com prefeitos e secretários de saúde da região.

No segundo caso, ilustrando a situação da 1ª DIRES, há um cenário de fragilidade da equipe técnica e de manipulação de recursos que reduz ou inviabiliza a ação, conseqüentemente gera a desvalorização, redução da legitimidade e da credibilidade dessa instância perante gestores da região, posto que nenhuma ação pode ser legítima se não for confiável, segundo referido por TESTA (1995). Assim, as DIRES transformam-se em “um ator mais coadjuvante nesse

processo”, “apagada mesmo”, “perdeu o sentido há muito tempo”, conforme afirmaram entrevistados.

A despeito das diferenças entre DIRES e CRES, percebemos, de modo semelhante, que nas regiões metropolitanas, a legitimidade e a credibilidade dessas instâncias regionais tendem a ser prejudicadas, tendo em vista a proximidade do poder central e a grande influência da capital do estado.

Olhe só, nas outras DIRES não tinha muito esse problema; mas na primeira DIRES tinha. Muito, muito mesmo! E32-BA

*Porque cada município tinha mais força do que a própria DIRES. Dizer que o secretário de Salvador, ele tem muito mais força do que você botar um diretor de Núcleo ali. Ele nunca vai sentar com esse diretor para dialogar. Ele pode mandar um técnico, mas dizer que ele vai sentar para pactuar com o diretor, quando Fábio Villas Boas⁸³ tá na sala ali pertinho! ... Tanto que você não viu nenhum movimento aqui em Salvador, porque se a DIRES fosse importante, e se uma cidade como Salvador se levanta em favor das DIRES, você ia ter um outro desfecho no processo! Só que, em Salvador, a DIRES não tinha influência. Então, **você não perdeu nada porque você não tinha nem consciência que tinha. Eu acho que a DIRES de Salvador, ninguém sentiu pertencimento devido também essa proximidade com os poderes em Salvador e região metropolitana também...** A simbologia do que é importante ou não é, e também como cada região, cada local lida com esses equipamentos. Aqui em Salvador...⁸⁴ O que é a simbologia de você: “Vem o coordenador da DIRES!” É o mesmo que⁸⁵... Agora, você chegar em Santo Antônio de Jesus e: “Vem o coordenador da DIRES!” É como se viesse um sub-secretário de saúde ou alguém que, de fato, tem influência! E26-BA*

O nível central faz essa discussão com a capital... Quer dizer, um fluxo totalmente inverso do que é pra ser. Então, essa é uma dificuldade do processo da regionalização, é que o grande município de Fortaleza, que está na região metropolitana, compreenda a importância da CRES, legitime. O que não acontece! O que eu lhe disse que acontece com os outros municípios e não acontece com o município de Fortaleza. No município de Fortaleza, não tem esse reconhecimento com a coordenadoria e eu acho que uma dificuldade desse reconhecimento é exatamente a forma de trabalho do nível central da secretaria estadual de saúde. E06-CE

Elas são estruturas enfraquecidas pela proximidade do poder central, tanto do estado como do município. Então, elas não exercem como as outras que estão longe do poder, os seus papéis. Essa é a minha tese. Então, quando tem algum problema em Fortaleza eles vem tratar com o secretário. E não vai tratar lá na regional... É a diferença do poder político das regionais do interior em relação à região metropolitana. O poder político é a força de realmente encaminhar suas políticas, de intervir... Ela é frágil, porque Fortaleza em si já é muito forte... Ela se comunica com o governo do estado, prefeito-governador ou secretário de saúde e secretário de saúde do estado. Se o secretário de saúde do estado tiver força política! Então, o coordenador regional, na verdade fica uma regional enfraquecida. E05-CE

⁸³ Secretário estadual da saúde da Bahia, a partir de janeiro de 2015.

⁸⁴ Entrevistado bate uma mão na outra, várias vezes, denotando indiferença.

⁸⁵ Entrevistado, novamente, bate uma mão na outra, várias vezes, denotando indiferença.

Neste sentido, há tendência de enfraquecimento das instâncias regionais próximas da capital, quando comparada com aquelas de outras regiões do estado. Nos dois cenários investigados, uma das expressões que evidenciam isso é a dificuldade no fluxo de informações para as regionais, o que tende a ocorrer diretamente entre o nível central e as capitais, segundo afirma um dos gestores: “*esse entendimento de relação direta entre a capital e o estado, sem dúvida, eu acho que é isso em todos os estados que eu converso*”. A diferença entre os casos investigados é que os problemas de legitimidade e credibilidade na atuação da 1ª DIRES não se restringem à capital, como ocorre na 1ª CRES, e abarca a relação com demais municípios da região metropolitana.

Talvez no interior, longe, o cara tenha que ter a DIRES para atuar. Mas na minha... eu nunca discuti nenhuma das demandas do município na DIRES. Eu sempre discuti no nível central com o superintendente e com o secretário direto. E27-BA

A região metropolitana sofre disso que eu tô lhe dizendo. Aqui, há tendência de você se entender diretamente com o órgão gestor, o nível central... eu não me lembro de ter pegado esse telefone para ligar para o número da DIRES nunca. Eu sempre ligo para o nível central. E35-BA

*Tem gente que não sabia nem que aqui tinha uma DIRES... ela não era reconhecida não... Tanto que você pouco ouvia falar da DIRES. **Salvador e região metropolitana é algo que regionalização e DIRES nunca houve influência, entendeu?** Hoje, se perguntar a alguém de Salvador: “A DIRES acabou, o que é que você achou?” O cara não sabe nem para que é que serve a DIRES, porque não tinha predominância. **Mesmo porque a relação dos municípios é diretamente com o nível central, a SESAB, aí acabou. Eu acho que também vai ter isso com o Núcleo. Vai ser um equipamento que não vai funcionar! Porque aqui predomina o seguinte ditado: “Se pode conversar com Deus! A SESAB tá ali, você vai para uma sede da Dires pedir o que? Discutir o que? Se você vai aqui e discute com o secretário!” O anterior gestor da Dires, ele quando vinha nos espaços, era como se um qualquer tivesse! ... Apito totalmente surdo. E26-BA***

*A dificuldade é o nível central reconhecer que a primeira coordenadoria regional de saúde é que tem que negociar com município de Fortaleza. **Ela deve ser fortalecida pra que ela possa fazer, em Fortaleza, o que ela faz nos outros municípios: negociar com o gestor; implantar políticas públicas; discutir as políticas que estão sendo implantadas; discutir a rede dentro do município... E06-CE***

Em síntese, ao coadunar as evidências oriundas dos relatos, observações, análises de documentos e conversas informais, constatamos diferenças importantes nos cenários baiano e cearense, expressas no organograma das secretarias estaduais de saúde, nas formas de articulação entre nível central e regional das respectivas secretarias, na atuação das instâncias regionais, no

perfil e permanência dos coordenadores e diretores regionais, além da concepção dos gestores acerca do papel desenvolvido pelas instâncias regionais e pelas secretarias estaduais influenciando a credibilidade das mesmas para efetivar a gestão regional do SUS.

Na Bahia, predomina a centralização do processo de gestão. O funcionamento das estruturas regionais, que de fato devem conduzir e “*dar vida*” ao processo de regionalização, operando a descentralização de poder administrativo, técnico e político, ainda não expressam tal direcionamento. Há primazia e controle centralizado do ente estadual, com instâncias regionais (CIR-SSA e DIRES/NRS-BA) débeis e frágeis. No Ceará, identificamos coordenação do ente estadual, com instâncias regionais mais fortalecidas e institucionalizadas (CIR-FOR e CRES-CE). A atuação das instâncias regionais e sua articulação com o nível central das secretarias de saúde reflete o histórico e o papel exercido pelos respectivos estados no processo de regionalização do SUS, aspecto a ser discutido a seguir.

8.2 Papel dos estados e postura diante do financiamento e da rede de serviços

A descentralização em estados federais, segundo Guimarães (2003), pode ser conceituada como um processo político que envolve distribuição territorial de poder, gerando e/ou potencializando conflitos entre unidades da Federação, num jogo contínuo entre interesses que representam graus distintos de poder e recursos. Por um lado, os municípios adquiriram importância como entes responsáveis pela execução das políticas públicas e implementação das mudanças pretendidas para a reorganização do sistema de saúde brasileiro, mas também carregam uma crônica condição de dependência financeira, técnica e política das outras esferas de governo; por outro, o papel desempenhado pelos estados ainda não foi suficientemente enfrentado, mesmo o SUS admitindo o princípio da complementaridade entre as três esferas da Federação (GUIMARÃES, 2003).

Considerando estados com grande extensão territorial, com grande número de municípios e a maioria tem municípios pequenos, somente a regionalização torna possível prover acesso e integralidade a ações e serviços de saúde, com fluxo e contrafluxo minimamente organizados (SCATENA, 2015). O papel do gestor estadual no ordenamento dos serviços de saúde é importante para realizar a coordenação dos municípios e fornecer apoio técnico aos mesmos (LARA e MENDES, 2015). Todavia, ainda é presente a problemática acerca do papel de

municípios e estados na implementação da descentralização das políticas públicas no Brasil, a partir da Constituição de 1988 (GUIMARÃES, 2003).

As entrevistas, nos dois estados, apontaram a importância do ente estadual exercer seu papel, numa dupla perspectiva, tanto da coordenação e articulação, quanto do apoio técnico e financeiro. Por conseguinte, revela-se as faces política e técnico-administrativa. Na primeira, percebemos a necessidade da condução e do acompanhamento do processo de regionalização, no sentido de estimular discussão e agregar municípios, os quais precisam de um movimento coordenador a ser movido pelo estado. Na segunda, o apoio técnico e financeiro dos estados foi reconhecido como um aspecto fundamental para o desenvolvimento de sistemas de saúde regionais. Ainda que tenha sido convergente a valorização de tais aspectos, estes se manifestam de forma diferente nos cenários baiano e cearense.

*O estado, na minha concepção, era quem deveria estar estimulando, era quem deveria estar provocando, mas não faz! Tanto que, hoje, eu sinto essa necessidade de buscar esses municípios pra reunir, o estado não faz! Deveria estar estimulando, provocando, mas não se tem nenhum direcionamento! Nenhum estímulo claro do estado. É essa engrenagem que é difícil. Enquanto eu tô pensando em uma coisa, o outro tá pensando outra e nós não estamos pensando juntos, nós estamos pensando separados. Isso é consequência realmente do dia-a-dia de cada município e da atuação da SESAB em cada município! **E29-BA***

*O estado tem que tá mais perto, quando eu te digo aquela questão de você fazer o apoio matricial, de você fazer, às vezes, um monitoramento, uma qualificação e você dar o apoio muito de tá ali apoiando, não passando a mão pela cabeça, mas apoiando para que aí a coisa melhore... mas é o grande problema, a regionalização ainda não é uma realidade. **E28-BA***

*Aí tem o estado como liderança maior no processo... tem o nível regional, que é delegada a visão regionalizada pra puxar mesmo a linha dessa discussão. O Ceará, ele tem muitos ganhos porque a gente já vem trabalhando isso há muito tempo, essa discussão. De discutir a questão dos financiamentos, repasse a nível de bipartite. Ela é uma instância muito respeitada, aqui pra nós, há muito, muito tempo. Até isso, o próprio estado mesmo, acho que é o papel do estado como papel importante e também pelo grupo técnico que o estado tem, de respeito! **E11-CE***

Portanto, além do desenho territorial, o processo de regionalização requer o fortalecimento da gestão nas regiões de saúde, a ser articulada mediante a atuação e a liderança das instâncias regionais das secretarias estaduais de saúde, com fomento da parceria na relação entre estados e municípios, congregando as dimensões política, técnica e administrativa. Tal como afirma Scatena (2015), a regionalização não irá se efetivar apenas mediante normatizações

do Ministério da Saúde, mas a partir das relações e articulações intermunicipais, apoiadas e mediadas pela gestão estadual

Percebemos que, na Bahia, há lacunas importantes no papel de articulação e coordenação a ser exercido pelo estado, o qual tem acumulado a função de prestador de serviços, conforme foi revelado em depoimentos de todos os entrevistados baianos. De outro modo, no Ceará, o papel protagonizado pelo estado demonstra primazia da função coordenadora e articuladora da SESA, representando um catalisador da regionalização, na qual as instâncias regionais exercem papel relevante.

É relevante destacar a concepção dos entrevistados sobre as respectivas secretarias estaduais de saúde, no que se refere ao reconhecimento das mesmas como referência técnica e administrativa para os municípios. Nesse aspecto, também emergiram relatos que denotam diferenças entre estas instituições nos dois cenários investigados.

*Porque assim, uma coisa importante, qual o papel da SESAB na sua vida? Quando a gente pensa em serviços, quando a gente pensa em saúde pública, a gente pensa no ministério! Talvez não seja falta de uma SESAB forte e que, realmente, criasse pra gente essa referência? A minha referência é Ministério da Saúde, eu não consigo ter a SESAB como referência! Hoje a gente ver mais a SESAB como órgão fiscalizador e não como órgão de referência. Minha referência é o Ministério da Saúde. Quando eu tenho alguma dúvida, eu entro em contato com o Ministério da Saúde... referência orçamentária, referência de planejamento, referência de programas, na parte técnica, né?! Porque ou a SESAB muda sua postura ou... Eu não sei nem se é capacidade técnica dos membros. Deve ser a nível de organização mesmo. O nível de organização, de comando, sabe?! De suporte. Eu não tenho como referência a SESAB, infelizmente! Talvez seja essa dificuldade que todos os municípios tenham de avançar, porque a minha referência é o Ministério da Saúde, mas não a SESAB. Apesar de ter sempre boa relação com o secretário, com Sola, com Washington, a parte técnica, a engrenagem da SESAB é que não funciona muito bem! **E29-BA***

*A discussão mesmo intelectual e política dos profissionais de saúde, de como é que eles se posicionam diante das questões, como é que eles cobram isso...O estado do Ceará, ele sempre esteve e continua na vanguarda do SUS, isso é um orgulho pro cearense. Isso é um orgulho! É uma coisa que a gente não quer perder isso de vista. Para que isso se mantenha, a gente precisa que essa política ela seja fortalecida, no sentido de quem venha para cá sejam pessoas que tenham compromisso, que a gente possa compartilhar com essas responsabilidades. Para que esse processo continue avançando e não que ele tenha queda... tem o aspecto técnico, que ele é muito importante. A secretaria estadual da saúde é uma vitrine excepcional e uma ponte excepcional para outras coisas muito maiores, seja para quem tem projetos políticos, seja para quem tem projetos técnico-científicos... Você pode ter uma proposta de salário até muito melhor do que você tem aqui, mas os ganhos do que você vai aprender, da vitrine que é isso aqui, da visibilidade política que te dá, em função do respeito adquirido que a SESA já tem, isso pesa! Pesa muito! Pesa muito! **E12-CE***

Assim, denotamos que a concepção dos gestores sobre a atuação exercida pelas secretarias estaduais de saúde, nos âmbitos regional e central, revelam nuances da credibilidade e da legitimidade da SESA e da SESAB para liderar o processo de regionalização, respectivamente, no Ceará e na Bahia. Segundo Testa (1995), a credibilidade não se refere a uma situação global ou particular, mas corresponde a uma atmosfera que engloba a própria proposta que se tenta legitimar e todas as outras que a mesma fonte tenha realizado.

As evidências relatadas pelos entrevistados apontam para problemas de credibilidade institucional⁸⁶ da SESAB, tendo em vista os diversos relatos dos diferentes gestores, revelando a falta de confiança na secretaria estadual. Por outro lado, a fala dos entrevistados cearenses apontam a valorização e a confiança na SESA, denotando a grande credibilidade institucional da mesma. Essas diferenças na credibilidade de tais instituições repercutem na legitimidade das mesmas, posto que a credibilidade é um dos fundamentos da legitimidade (TESTA, 1995).

Pensamos que tal cenário relaciona-se à necessidade de redefinição do papel dos entes federados, tendo em vista o processo de descentralização da saúde. No decorrer da década de 1990, a descentralização política favoreceu, prioritariamente, o desenvolvimento da capacidade institucional dos municípios; a partir dos anos 2000, é percebido um fortalecimento do papel dos estados, chamados, pelas normas nacionais, a conduzir o processo de regionalização e, do ponto de vista financeiro, mais recuperados para atuar politicamente na gestão sanitária (PEREIRA, 2014).

A experiência de regionalização da saúde no Mato Grosso assinala, dentre os principais impactos, o fato da secretaria estadual assumir seu papel de coordenadora e incentivadora do sistema, além de moderadora de conflitos; o fortalecimento técnico e político dos escritórios regionais de saúde, com maior valorização de seu papel nos territórios regionais sob sua responsabilidade; o deslocamento de parte significativa da assistência para as regiões, mediante consórcios e hospitais regionais ou de referência; o empoderamento das instâncias intergestores de gestão regional, atuais CIR (SCATENA, 2015). Apesar das singularidades estaduais, tais aspectos guardam maior semelhança com as evidências advindas do cenário cearense e maior diferença das evidências do cenário baiano.

⁸⁶ Testa define dois níveis de credibilidade. A credibilidade individual, que corresponde a cada um dos personagens que constituem uma situação, e a credibilidade institucional, que acarreta a perda de confiança em uma instituição, sendo frequente em algumas instituições de saúde (TESTA, 1995).

Os entrevistados revelam lacunas no direcionamento da regionalização no estado da BA relacionadas aos problemas decorrentes da redefinição (ou indefinição) do papel da SESAB (nível central e regional) e da municipalização da saúde no estado. Tanto os depoimentos de alguns entrevistados, quanto os achados de outros estudos (GUIMARÃES, 2003; MOLESINI, 2011; ÁVILA, 2013) referem problemas na trajetória da descentralização e da municipalização da saúde na Bahia, com tendência do governo estadual a obstaculizar esse processo. Ainda que tais estudos tenham ocorrido em diferentes conjunturas político-partidárias do governo estadual, as evidências revelam avanços, mas também manutenção de velhas práticas.

Desde o período de implantação do SUDS, a Bahia deparou-se com obstáculos relacionados à formas centralizadas e obsoletas de gestão, com graves dificuldades para iniciativas descentralizantes, exigindo a modernização administrativa, a institucionalização do planejamento, dentre outras (PAIM, 2002). Apesar das mudanças alcançadas, persistem resistências relacionadas à redistribuição de recursos, de serviços e, conseqüentemente, de poder para as instâncias regionais e os municípios. Disto resulta uma concentração de recursos e da prestação de serviços pelo ente estadual, hipertrofiando o papel de prestador de serviços e negligenciando processos relativos ao fortalecimento da gestão regional. Conforme afirmação de um gestor baiano “o estado ainda não conseguiu virar a página de um capítulo anterior da descentralização da saúde.”

Até então, nós tínhamos um governo, as ações altamente centralizadas junto ao governo do estado. Houve essa iniciativa, no entanto, os vícios persistiram, porque nenhum hospital público estadual de grande porte passou para nenhuma gestão municipal. Continuou sendo gerido pelo governo estadual, com preenchimento dos cargos públicos disponibilizados... para minha surpresa eu acho que isso aí foi um aspecto, houve uma retomada. E35-BA

Os serviços no estado da Bahia estão muito centrados no gestor estadual. Nas unidades do estado. São poucas as regiões que não tem uma unidade do estado que se mantenha fortalecida. E aí eu sinto uma fragilidade da gestão estadual como um todo... Pelo menos é a visão que eu observo, nesses quinze anos, que eu venho acompanhando a regionalização no estado da Bahia. Então, a gente percebe que o movimento ainda é lento. E03-BA

O estado ainda continua com identidade frágil. Ele ainda não se define se ele vai executar ou se ele vai coordenar. Então, ele executa, principalmente o estado da Bahia, executa muito quando não deveria estar executando, e coordena muito pouco. E03-BA

No Ceará, identificamos tendência de instaurar um processo de redefinição do papel da SESA desde a década de 90 (CEARÁ, 2000, CEARÁ 2002a, ABUD-EL-HAJ, 1999). A política de municipalização assumida pelo estado, a partir de 1989, colocou o Ceará na vanguarda da descentralização no Brasil, contudo, ocasionou uma “crise existencial da SESA”, sendo necessário assumir novas funções (ABUD-EL-HAJ, 1999).

O apoio da SESA à municipalização é considerado como uma ação coerente com a descentralização e de movimento processual de reestruturação para assumir outro papel no sistema de saúde estadual, que não é o predomínio da prestação de serviços, mas seu fortalecimento em outras funções, como a cooperação técnica aos municípios, a coordenação na alocação de recursos, dentre outros (NOLASCO-LOPES, 2010).

As evidências permitem diferenciar a Bahia por seu papel, ainda muito focado na prestação dos serviços, com prejuízos na coordenação da regionalização e dos sistemas regionais de saúde. De outro modo, no Ceará, identificamos um forte papel coordenador, reconhecido e valorizado pelos gestores municipais como sendo a função precípua do estado, o qual deveria assumir serviços apenas do nível terciário. Essa concepção é tão sedimentada no cenário cearense que um dos gestores demonstrou insatisfação e indignação ao relatar o fato do ente estadual ter assumido UPAS da capital, tendo em vista problemas da gestão municipal de Fortaleza.

O próprio estado foi assumir serviços, coisa que, na minha cabeça, já não existia mais! ...O estado assumir UPAs em Fortaleza, assumir isso, assumir aquilo... são responsabilidades municipais que você não deve compartilhar, que a gestão é municipal! Tudo bem, que a atenção terciária, o estado tenha seus hospitais. Eu advogo isso. Mas de média complexidade ambulatorial e hospitalar pra baixo é o município que tem que fazer. E09-CE

A regionalização, apesar de ter sido uma estratégia inicialmente pouco valorizada em âmbito nacional, foi incorporada precocemente, em alguns estados brasileiros, dentre eles o Ceará, poucos anos após a institucionalização do SUS e bem anteriormente à sua indução pelo Ministério da Saúde (SCATENA, 2015). Ao contrário, na Bahia, a regionalização desponta induzida pelas normatizações ministeriais, conforme descrito por diferentes entrevistados. Tais diferenças também estão relacionadas com a postura dos referidos estados no que se refere à rede de serviços e ao financiamento, transitando para um horizonte mais centralizador na Bahia, o qual emana uma tendência competitiva entre o estado e os municípios, concorrendo por serviços e recursos.

Porque quando o estado centraliza tudo para ele, ele é o primeiro a pensar na lógica do primeiro meu. Quando ele centraliza o processo e acumula muito poder na mão dele, os municípios passam a ser coadjuvantes do processo de decisão e o estado como detém muito recurso acaba mandando no processo de regionalização e aí não é o interesse dos municípios que prevalece, não é a necessidade que prevalece. E23-BA

Maior problema da descentralização hoje, vou repetir mais uma vez, a concorrência do governo do estado. É como se fosse o gato correndo atrás do rabo. Então, os municípios, de uma maneira geral, eles tem uma forte concorrência do governo estadual... Um exemplo clássico que ocorreu recentemente: tinha uma política do TOM, uma política de trauma-ortopédico. O TOM veio muito subfinanciado, o governo do estado, então, dobrou o TOM. Nenhum município tinha condição de dobrar o valor que veio do Ministério. Nenhum! Absolutamente, não tinha e não fizeram! Nenhum município da Bahia conseguiu chegar naqueles recursos. O que é que o governo do estado fez? Veio e contratou as clínicas que trabalhavam para os municípios, passaram a trabalhar para o estado, se descredenciaram dos municípios: “Oh, tome seu contrato, não quero mais, eu agora vou trabalhar para o governo do estado.” E isso foi generalizado! O estado inteiro! Todas as grandes cidades passaram essa situação. E35-BA

O estado da Bahia, ele é um grande prestador e que ele concentra os grandes hospitais em uma rede própria e concentra também a contratualização de hospitais privados e filantrópicos. Isso também é um contrassenso quando a gente quer discutir descentralização e regionalização. Então, a gente precisa ainda AVANÇAR MUITO (fala com ênfase) neste aspecto para que efetivamente a gente consiga colocar, na prática, a regionalização e a descentralização, não só de serviços, mas descentralização de poder, de decisão. E28-BA

Podemos afirmar um paradoxo no cenário baiano, que se refere à forte centralização como característica da regionalização no estado. Essa singularidade impacta negativamente a gestão regional, posto que mantém a dependência dos municípios em relação aos serviços estaduais e, ao mesmo tempo, a fragilidade da instância regional em face do controle exercido pelo nível central da SESAB. O ente estadual foi fortemente associado à concentração dos serviços de média e alta complexidade, sem uma coordenação adequada da região. Assim, a esfera estadual ainda apresenta dificuldades para assumir a efetiva coordenação desse processo, restringindo seu papel de gestor da prestação de seus próprios serviços e a construção de apoio técnico regional não tem sido fortalecida (MENDES et al, 2015).

Conforme consta nos sites das secretarias de saúde, verificamos a discrepância do número de hospitais estaduais e municipais, especificamente no território das capitais. No caso do Ceará, existem 15 hospitais estaduais⁸⁷ e 10 do município de Fortaleza⁸⁸. Na Bahia, são 19 hospitais

⁸⁷ Disponível em <<http://www.saude.ce.gov.br/index.php/rede-da-capital>> acessado em 28/07/2016.

⁸⁸ Disponível em <<http://fortaleza.ce.gov.br/sms/hospitais-municipais>> acessado em 23/05/2016.

estaduais⁸⁹ e nenhum hospital de Salvador. Ao revisitar marcos temporais⁹⁰ dos sistemas de saúde das capitais verificamos grande diferença. Esta configuração demarca situação muito peculiar quanto ao desenvolvimento do sistema de saúde e da gestão municipal das capitais. Todavia, há uma situação comum, identificada nas duas realidades metropolitanas, que se refere às disputas entre estado e capital.

Salvador que não tem nenhum hospital municipal, é tudo do estado aqui e aí, o estado também centraliza... Ainda há, até por ser de lados opostos politicamente, ainda há dentro de Salvador uma grande disputa, tanto pelo espaço, como pela oferta desse serviço, quem vai ofertar esse serviço. De fato, isso é um fator de dificuldade, por um crescimento, com o fortalecimento da regionalização. E33-BA

Ultimamente, tem se aproximado mais, mas antes era uma certa guerra, um não penetrava no outro... Então, essas dificuldades que sempre há de disputa entre a capital com o estado. Agora tá melhor porque a política tá próxima... Há um tempo atrás... eram inimigos, governo e o prefeito. Então, era difícilimo você trabalhar as referências entre o município de Fortaleza com o estado. Hoje já tá, são aliados, né? Já fica uma coisa mais fácil... As unidades estaduais, hoje, estão sobre a gestão do município de Fortaleza, o recurso do SUS, mas o recurso do estado continua sendo mantido pela secretaria de saúde do estado, que é como mantém as unidades. Aí, às vezes, não há o repasse para as unidades estaduais, aí, há aquele tensionamento, mas como são aliados não pode fazer denúncia. Tem que tentar segurar. E16-CE

Denotamos semelhante tensão política entre estados e respectivas capitais, tendo em vista desdobramentos político-partidários, apesar da configuração diferenciada dos sistemas de saúde. No cenário cearense, Fortaleza, além de grande rede de hospitais próprios, tem a gestão de hospitais estaduais desde a década de 90. A gestão dos hospitais estaduais do território de Salvador permanece toda centralizada no governo do estado. Isso foi apontado como uma dificuldade da regionalização. Ainda que não tenhamos focado as causas desse fato,

⁸⁹ Disponível em

<http://www.saude.ba.gov.br/novoportal/index.php?option=com_content&view=article&id=8140&catid=31&Itemid=31> e

<http://www.saude.ba.gov.br/novoportal/index.php?option=com_content&view=article&id=8138&catid=31&Itemid=31> acessados em 28/07/2016.

⁹⁰ Em 1998, Salvador habilita-se à gestão plena da atenção básica, incorporando unidades básicas de saúde à sua rede; em 2003 habilita-se à gestão plena da atenção básica ampliada e, em 2006, assume a gestão plena do sistema municipal, de forma tardia quando comparada a outras capitais (LEAL, 2007). Em novembro de 1999, o município de Fortaleza é habilitado na gestão plena do Sistema Municipal de Saúde, mas esse processo municipalização foi trilhado desde final da década de 1980. Em 1989, há assinatura de adesão do município de Fortaleza ao processo de municipalização da saúde, havendo transferência de 17 centros de saúde e 05 hospitais para a gestão municipal; em 1992, a Secretaria Municipal de Saúde assumiu toda a rede ambulatorial pública, constituindo um sistema municipal de saúde que tinha 09 hospitais e 59 centros de saúde, ficando sob responsabilidade estadual apenas as unidades consideradas de referência estadual (MOTA, 1997).

identificamos afirmações associando-o, contraditoriamente, a dois aspectos. Se por um lado, revela a postura centralizadora do estado em concentrar rede, por outro refere o comodismo da capital em não assumir tais serviços. Outro ponto polêmico, que emergiu nas falas, refere-se ao estado ter retomado a gestão de hospitais e de contratos hospitalares com instituições filantrópicas, antes pertencentes a municípios.

*Já aqui em Salvador é outra realidade. Toda oferta hospitalar pública é do estado, não existe nenhum serviço contratado pelo município que tenha urgência e emergência, que tenha porta aberta. E aí a forma mais fácil de você, digamos assim, repassar responsabilidades, é não ter oferta própria nem contratada. E isso, com certeza, termina recaindo a responsabilidade muito pesadamente pra secretaria de saúde do estado, a tal ponto que além de ampliar a oferta própria, hospital do subúrbio, criação de leitos em várias unidades próprias, triplicou o tamanho do hospital de Cajazeiras, teve que contratar serviços privados porque o próprio município de Salvador foi deixando, reduzindo a rede privada contratada... Terminou que o estado foi progressivamente contratando... Deve ter uns trezentos leitos já, contratados aqui em Salvador... Seria atribuição do município. Mas é aquele negócio, na ausência de assumir a responsabilidade tem que se dar alguma resposta, né? **E21-BA***

*Os municípios começaram a se movimentar, (nome do município) foi um que tinha municipalizado o hospital regional e foi um dos primeiros a devolver pro estado. E aí foi uma guerra, porque enquanto não devolvesse... Porque eles queriam devolver, já não tinham condição de continuar e acabamos assumindo o hospital de volta... o gestor aqui, como ele sempre tinha uma visão estratégica do processo de regionalização, descentralização e de fortalecimento da gestão, isso ajudou bastante. Claro que ele teve que trazer pra si muitas situações da gestão de serviços por conta da ausência dos municípios, isso foi um dificultador. De assumir a gestão em si... Isso foi um dificultador, porque isso acabou sobrecarregando a máquina do estado e deixando o município muito mais ali: “Não, isso não é um problema meu.” Então, isso fragiliza o processo de construção regional. **E19-BA***

*Alguns hospitais, que hoje estão sob gestão estadual, estavam sob gestão municipal e aí, até hoje eu não entendo, particularmente, não tenho uma explicação razoável, para que o estado buscasse para si a gestão dessas unidades! E buscou! E aí foi um processo, digamos assim, muito perverso com os municípios, porque foi exercido um poder de força política, política. **E28-BA***

*Quando você vai para a discussão dessa transição do equipamento do estado, o estado descobre que não é só passar para Salvador o equipamento, é, também, passar a gestão do recurso do equipamento entendeu? Quando você vai fazer o cálculo disso, tem questões que é cerca de mais de quarenta por cento do que o estado administra. Na questão hospitalar, se vai de fato passar para gestão plena, boa parte da estrutura que é do estado está aqui dentro de Salvador! Se você passa para a cidade de Salvador a gestão hospitalar, você passa também o recurso. Queriam tirar a gestão plena de Salvador... mas ele conseguiu levar o contrato do Irmã Dulce, levaram o contrato do município, sessenta milhões para dentro do estado. Era com o município que recebia, só que o Irmã Dulce se queixava que não pagava, o estado aproveitou esse momento aqui, negociou com o ministério, pegou esse dinheiro aqui ó... os maiores, só os maiores. O estado não queria todos, só os maiores. **E26-BA***

Ainda que tenhamos constatado, na perspectiva de diversos gestores, diferentes versões para o mesmo fato, denotamos que esta situação tem como pano de fundo as implicações sobre os recursos financeiros. De acordo com o estudo de Guimarães (2003), a concretização da complementaridade tem sido geradora de conflitos de poder entre as esferas de governo, ao ser utilizada, pelos entes federados, como justificativa para a manutenção de certas prerrogativas que são dos municípios, mas que estão colocadas como transitórias para o nível estadual; ou ações protelatórias dos municípios para assumirem certas responsabilidades, que são justificadas em função das suas crônicas condições financeiras e técnicas.

De modo geral, foi muito frequente, nas entrevistas com os gestores baianos, os relatos quanto à postura centralizadora do estado expressa, por exemplo, nos problemas acerca do comando único e da gestão da rede hospitalar, dentre outros. Uma expressão emblemática dita por um dos entrevistados do nível central da SESAB, ao caracterizar a figura estadual na regionalização, foi a seguinte: “*é difícil dizer, mas praticamente, ele tem o comando de tudo. Ele comanda tudo.*” O papel muito mais de prestador de serviços emergiu como forma de manter controle e poder.

Para falar com o estado, eu fiz: “Eu não vou pro comando único lá do município que eu tô, porque eu tenho uma Santa Casa, que tem um contrato, na hora que eu for pra o comando único, vocês não vão querer me passar o recurso do contrato...” O recurso da Santa Casa que tá no teto do estado... Esse é o grande problema hoje da gente avançar com o comando único dos municípios na Bahia... foi como Valentino⁹¹ disse: “Nessas condições que nós estamos discutindo, você tendo empoderamento e governabilidade para fazer essa discussão de contrato com a Santa Casa é como se você tivesse o comando único.” Eu fiz: “É como! Só com uma diferença! Eu não assino o cheque para pagar ele e quem paga, muitas vezes, tem mais poder de dizer como quer e por que quer.” E28-BA

Ainda existe na Bahia uma coisa extremamente ruim. Muitos municípios ainda não tem comando de todo recurso do seu território, ainda deixa muito o estado, o estado ainda assume muita coisa. Isso já deveria ter sido descentralizado... Eu não posso dar ao estado esse poder. Tipo: eu tenho no meu território uma unidade filantrópica municipal. Quem tem que contratualizar essa filantrópica sou eu! Tá no meu território. Não! Hoje na Bahia, a maioria dos serviços filantrópicos são contratualizados, alguns até municipais, pelo estado. Então, ele não tem esse comando, é nesse sentido que eu falo, não tem comando... Eu fico aqui, até uma filantrópica, no meu território, é o estado que tá dizendo como bota, como tira, como interfere... Eu não tenho o comando disso aí... Aí é difícil a região acontecer se as unidades dentro do meu próprio território, eu não tenho poder de nada. E03-BA

⁹¹ Nome fictício.

Ao analisar processos decisórios intergestores, Miranda (2010) identificou que o comando único na gestão de sistemas de serviços de saúde, particularmente os problemas de transferência de comando da rede de serviços estaduais para os municípios, principalmente em capitais, é um dos assuntos que mais provocam tensionamentos e conflitos.

As evidências identificadas na Bahia revelam situação semelhante à descrita por Mendes et al (2015), em estudo sobre a gestão regional em São Paulo. O estado foi percebido como detentor do poder, porém com frágil capacidade de protagonismo político nas regiões, posto que o governo do estado foi caracterizado como distante e dificultador do processo, tendo em vista o controle exclusivo dos serviços hospitalares e de média complexidade. O papel de prestador muito forte em relação aos serviços hospitalares marca, de forma pouco produtiva, a relação com os municípios, comprometendo o processo político da regionalização (MENDES et al, 2015).

O gestor estadual papel fundamental na mediação entre os sistemas municipais e, portanto, na consolidação das regiões de saúde. Em outro estudo na região de Campinas, foi identificado o papel estadual ainda competindo com os municípios na execução de atividades em vez de concentrar esforços na sua atribuição mais importante de coordenação, avaliação e indução de políticas através de pactuações e financiamentos específicos (ASSIS et al, 2009).

Outrossim, o financiamento emergiu como um dos temas mais polêmicos e conflituosos na relação entre os municípios, no espaço formal das reuniões da CIR, conforme abordamos anteriormente. Do mesmo modo, também identificamos o predomínio desse tema permeando os conflitos entre os entes estaduais e municipais, nos demais espaços intergestores dos cenários investigados. Assim, a tensão pelos recursos financeiros perpassa sobremaneira a regionalização, sendo definida por um dos entrevistados, de modo emblemático: *“se você não tem recursos nem pra dá conta do teu cidadão, como é que tu diz que tem regionalização?”*

O financiamento do SUS nas três esferas de governo constitui o pano de fundo do processo de regionalização, tendo em vista que as estratégias concretas para sua efetivação têm implicações financeiras, dependentes do processo de pactuação e compartilhamento de recursos orçamentários pelos diferentes entes. A base de sustentação financeira do SUS tem papel condicionante do processo de regionalização (LEVI e SCATENA, 2011). Entendemos, baseado em Mendes Gonçalves (1988), Testa (1992) e Paim et al (2011), que a análise e a implementação da tríade financiamento, relações intergovernamentais e regionalização do SUS demarca um processo com implicações políticas, não podendo ser reduzido à esfera exclusivamente técnica.

De modo geral, foi convergente entre os entrevistados as referências quanto à grave situação devido ao subfinanciamento do SUS, ao acúmulo de recursos pelo governo federal, à variação das transferências do estado e a maior pressão sobre o município, apelidado de “*primo pobre*”, ente com menor arrecadação e menor poder orçamentário.

*A regionalização, no tocante a união, é apenas uma carta de intenções, na verdade, quem realiza isso são os estados e os municípios, principalmente, os municípios... O município assume mais responsabilidade, tendo reduzido a sua receita, mas a responsabilidade aqui aumenta a cada dia, cada dia, cada dia, cada dia, cada dia... Então, a regionalização da parte da União, pra mim, é uma obra de ficção que fica só na parte documental... Primeiro tem que ter recurso pra fazer as coisas. Então, alterar o sistema de financiamento da saúde: primeiro passo! Pois sem recurso não vai acontecer! As coisas não vão acontecer. Esse financiamento... não existe recurso pra regionalização... Não existe, não! **E09-CE***

*Os resultados estão aí para ser postos, colocando que o SUS é viável, mas acho que agora a gente chegou num nó. Não tem mais dinheiro para arrancar de município! Não dá mais! Não sei até quando, tá? Ou a gente vai ter que arranjar uma nova forma, politicamente, o que é viável, pra gente voltar a redistribuir esses serviços... O único pacto que eu vejo para o futuro é o seguinte: rediscutir o financiamento. Rapidamente! Globalmente! Não tem mais o que se arrancar de município nenhum! **E35-BA***

A contrapartida de estados e municípios, apesar da grande variabilidade entre unidades federativas, se elevou em ritmo bem superior ao da União e os municípios encontram-se no limite da capacidade de investimento próprio em saúde (LEVI e SCATENA, 2011). Assim, todos os entrevistados referiram a urgência em mudanças no financiamento do SUS, posto que, parafraseando um dos gestores, “*a choradeira vai ser sempre a mesma e aí, não adianta espaço de chorar, chorar e não ter dinheiro.*”

Ao discutir aspectos acerca do modelo de financiamento metropolitano, Rezende (2010) afirma que o processo de fortalecimento de governos locais em países federativos não basta observar a repartição de recursos entre o governo nacional e os governos subnacionais; também é necessário analisar a forma de repartição de recursos dos governos subnacionais realizada entre os governos estaduais e os governos locais. A gestão plena municipal de recursos fundo a fundo é um elemento viabilizador da regionalização, posto que parte desses recursos ajuda a sustentá-la (SCATENA, 2015).

Neste sentido, a postura dos estados da Bahia e do Ceará, acerca do apoio financeiro aos municípios, foi um dos aspectos que mais foram elencados nas entrevistas. Apesar da similitude quanto à primazia do financiamento para fortalecer o processo de regionalização, há

diferenças acentuadas na realidade dos dois cenários estudados. Na realidade baiana, além dos relatos denotando a centralização de recursos, pelos aspectos discutidos anteriormente, também emergiram falas de todos os gestores municipais sobre o descumprimento de acordos definidos em CIB e a não regularidade dos repasses.

Financeiramente, a gente sempre tem esses entraves, né, que não é repassado a parte do Estado, sempre tem esses atrasos. É o comum. Aí depois ele repassa com os meses atrasados, uma parte. Isso dificulta um pouco a nossa gestão. Então, eu acabo me privando de alguma coisa pela ausência do estado financeiramente. E22-BA

Eu tenho um repasse do estado que passa quando quer! quando quer! não é regular! Eu ainda não recebi da atenção básica nem janeiro, nem de fevereiro, e acho que março também não vai entrar e quando for abril, ele vai dá só o de abril ou referente a janeiro. Então assim, não há uma regularidade em repasse financeiro da SESAB. E29-BA

O financiamento tem sido muito ruim, ruim e inconstante, principalmente do governo do estado. Então, nós enfrentamos ao longo dos últimos anos uma dificuldade enorme do financiamento do governo do estado, ou seja, eles não tão cumprindo as contrapartidas que são previstas em CIB, pactuadas, tipo: não cumpriram contrapartida de medicamento, que era para ter cumprido, não cumpriram em dia a contrapartida do SAMU, não cumpriram contrapartida do PSF. Então, a gente ainda tem para trás, olhando, eu parei até de fazer o levantamento porque eu ficava tão chateado... tem aí, nós temos do ano passado, alguns meses para trás, que não foram pagos PSF e SAMU, só que assim, e aí? Eu paro meu SAMU? Paro o meu PSF porque o estado não repassou? Como é que eu faço? E27-BA

Outrossim, os relatos apontaram a tentativa de interiorização dos serviços nas duas realidades, embora com estratégias e desdobramentos bem distintos. Um dos aspectos a ser destacado é que na Bahia, entrevistados afirmaram a ampliação de serviços em diversas regiões de saúde do estado, mas com retrocessos e sustentabilidade comprometida: “a descentralização do serviço foi, montou, estruturou, mas não se sustentou”; “tentou, mas não conseguiu, não tá conseguindo ir muito além não!” Também sinalizaram o nó crítico quanto à organização regionalizada da oferta de serviços de média complexidade, especialmente ambulatorial e de apoio diagnóstico-terapêutico.

No Ceará, a fala de todos os gestores entrevistados convergiu afirmando, com ênfase, o reconhecimento quanto à postura estadual de descentralização de recursos para fomentar a sustentabilidade da prestação dos serviços pelos municípios e, conseqüentemente, fortalecer os sistemas regionais de saúde. Também destacaram a implantação, nas regiões de saúde, dos

serviços de média densidade tecnológica, através das policlínicas e CEOs regionais, bem como dos hospitais para referência nas macrorregiões.

*É o fortalecimento da região de saúde, com a implantação das policlínicas regionais, com a implantação dos CEOs regionais, com a implantação dos hospitais macrorregionais. Então, houve um fortalecimento muito grande! Ainda não é o que a população deseja e sonha, mas ocorreu isso. As regiões estão se consolidando... O que existe é uma política de estado e aí não de município. Quando tem um gestor, como no caso do Ceará, que eu, sinceramente, reclamo muito da saúde, mas quem viu o que foi feito aqui, pelo menos do ponto de vista de estruturação, é uma coisa fantástica! Das regiões! O que vai acontecer depois, nós não sabemos. Mas assim, houve um investimento fantástico. O governo tinha visão. Tinha não, tem! Assim: "Oh, os municípios não têm condição de ter um serviço regional, então, vamos fazer!" **E09-CE***

*O estado como um articulador e, em relação ao financiamento, que o estado também faz parte lá como financiador desse processo. Nós temos recursos alocados nesses municípios que são os pólos, nós temos os hospitais que nós chamamos de hospitais estratégicos, que também o estado aporta recursos do tesouro, e os HPP que nós temos, que recebem aquele incentivo. **E19-CE***

*O hospital estratégico é aquele que recebe o recurso do governo estadual pra dar um apoio a determinada rede e a um procedimento específico. No caso, nós temos estratégicos, aqui na região, que são específicos da rede cegonha, do atendimento da gestante. É diferente de hospital pólo. São duas coisas diferentes. São definições do estado! Aí são estruturas diferentes. O pólo já dá esse suporte à região como um todo. E o estratégico, não. Ele vai dar suporte a um ou a dois municípios, no máximo três. Tem a resolução do estado que define essa questão. O estratégico é uma resolução do estado do Ceará. **E06-CE***

Conforme relato dos entrevistados, há política estadual de co-financiamento de hospitais municipais, com repasse fundo a fundo de recursos do tesouro do estado para custeio de hospitais pólos, hospitais estratégicos e hospitais de pequeno porte, com critérios de seleção e valores discutidos e aprovados em reuniões da CIB e em plenária do Conselho Estadual de Saúde. Os hospitais pólo têm mais capacidade resolutiva e abrangência do que os hospitais estratégicos, mas ambos contribuem para a resolutividade no âmbito regional. Denotamos, com isso, iniciativas e protagonismo estadual no sentido de fomentar descentralização do financiamento e da organização da rede regional. Constatamos tais iniciativas ao consultar resoluções da CIB-CE⁹² do ano de 2013 e resoluções do CESAU⁹³ dos anos de 2013 e de 2014.

Ainda que não tenhamos as razões explicativas para essa postura diferenciada entre a Bahia e o Ceará, quanto à descentralização dos recursos financeiros, um dos entrevistados

⁹² Resolução nº 30/2013 – CIB/CE; Resolução nº 31/2013 – CIB/CE.

⁹³ Resolução nº 04/2013 – CESAU; Resolução nº 13/2014 – CESAU; Resolução nº 29/2014 – CESAU.

baianos sugere que, nos estados, onde havia grande quantidade de unidades (hospitalares e/ou ambulatoriais), mantidas com recursos do estado, após iniciado o processo de regionalização, tais estados tiveram menos capacidade de investimentos regionais e de repasse de recursos para os municípios.

*O processo de regionalização se tornou mais vivo, porque houve um processo mais democrático na distribuição do dinheiro... ir para as regiões e efetivamente gastar, passar recurso para o município fazer, tá certo? Isso é soro na veia, porque dá velocidade ao processo. O município recebe em dinheiro! Eu acho que isso foi muito positivo nesses locais. Os outros locais em que os governos já tinham um sistema forte de atribuições, esse processo se deu de uma forma mais lenta. Então, ela espelha, talvez, as dificuldades maiores da gente fazer esse processo de descentralização nos estados que tinham isso. **E35-BA***

Portanto, cabem investigações mais específicas e detalhadas quanto ao financiamento nos respectivos estados, antes e depois de instaurado o processo de regionalização. Todavia, é notório o dilema em financiar a implantação e o funcionamento de rede de ações e serviços de referência em todas as regiões de saúde nos estados. A necessidade de estabelecer mecanismos de financiamento regional compartilhado, que assegure ações e serviços de saúde para referência loco-regional, emerge como um grande desafio para a regionalização. As evidências sinalizam que o Ceará tem tido atuação mais proeminente nesse enfrentamento, tendo em mira as iniciativas através do financiamento estadual para os hospitais estratégicos, os hospitais pólos e os hospitais de pequeno porte, além dos consórcios, sobre os quais identificamos relatos positivos. Conforme afirma Lara e Mendes (2015), pensamos que o êxito desse processo também depende de articulação do gestor estadual com os gestores municipais e entre estes.

Assim, destacamos outro fato relevante, nos dois cenários investigados, refere-se à diferença nos valores repassados aos entes municipais, conforme revelado nas entrevistas. No Ceará, os gestores afirmaram que tais valores são maiores do que os definidos na tabela SUS. Na Bahia, gestores relataram que os valores que o estado repassa aos municípios são baseados na tabela SUS, embora o estado repasse valores mais altos em contratos com prestadores privados ou filantrópicos.

Que cada município pólo, ele tem financiamentos diferenciados do estado, que são justamente estratégias que o estado criou pra fortalecer esses municípios que oferecerem referências. Ou seja, não é pela tabela do SUS que eles vão ofertar serviços para outros municípios. Eles vão ofertar serviços para outros municípios, além da tabela SUS, estimulados por recursos financeiros do tesouro estadual que vai fortalecer lá, contratar mais equipes, adquirir mais equipamentos e se organizar melhor pra atender aquela demanda. E07-CE

O estado ele concentra o teto MAC, digamos assim, praticamente sob o seu domínio. Ele remunera a maioria dos serviços públicos municipais contratualizados com ele por produção, mediante pagamento tabela SUS, enquanto ele tem um processo de contratualização diferenciado com os hospitais que ele contrata da rede privada e da rede, digamos assim, filantrópica... praticamente todos os hospitais que foram contratualizados, hoje, apresentam problemas, porque os gestores desses contratos alegam que os contratos estão defasados, mesmo recebendo infinitamente mais recursos do que os municípios que atuam e operam os seus serviços. E28-BA

Tal cenário denota uma valorização diferenciada dos municípios nos dois estados, possivelmente como reflexo do fortalecimento e da autonomia dos mesmos diante do ente estadual, nos diferentes cenários investigados. Na busca de autonomia pelos entes federados, o que está em jogo é o grau de poder de cada uma das unidades de governo em seu território, para decidir e atuar de forma autônoma sem comprometer os objetivos comuns da Federação, e o grau de autonomia política e de participação de cada uma delas nas decisões (GUIMARÃES, 2003).

Esses aspectos perpassam as relações entre os estados e respectivos municípios. Identificamos, na Bahia, evidências de um relação mais tensa e conflituosa, aliada com manutenção de dependência dos municípios em relação a um “papai estado.” No Ceará, denotamos uma relação de mais parceira, com protagonismo e luta dos gestores municipais, bem como valorização dos mesmos pelos gestores estaduais, também marcados por visão municipalista, segundo afirmação de gestores e resultados do estudo de Abu-El-Haj (1999).

Fica muito, assim, tô falando uma sensação porque eu acompanhei muitas dessas reuniões, é uma sensação como se o estado tá de um lado e o município tá do outro. Às vezes, é um distanciamento dos municípios sempre, né, no sentido, numa postura de cobrança mais do estado e o estado, às vezes, querendo também que o município assumo o seu papel. E34-BA

Então, isso é muito bom. Isso é um ponto positivo do estado do Ceará, de você ter pessoas dentro do estado que são municipalistas, que entende a visão do município, a visão do sistema, a visão regionalizada, compreende que o município tem o papel dele de gestão, compreende o país federativo. Acho que o mais importante né, a gente ter esse respeito, então no grupo que tá na secretaria há muitos e muitos anos entendeu, continua lá. Então, são pessoas muito importantes, que quando você discute com eles... são pessoas que vê os municípios como espaços não só geográficos, mas espaços

políticos de construção do sistema, né. Então, isso é BOM! (fala com ênfase). Então, você tem essa confiança de que tá lá não é pra sacanear com o município, pelo contrário, de fortalecer o município. E11-CE

Historicamente, a relação assimétrica de poder entre o estado e os municípios baianos foi marcada por perseguição com imposição de força, delineando a verticalidade da relação, citada por diferentes entrevistados em expressões como: “*se o município sente o estado parceiro, amigo e não sente o estado como um ente que vai lá para auditar e penalizar*”; “*mesmo que isso tenha mudado, a força, o comando político-partidário ainda tá muito presente.*” Na Bahia, aparece uma relação que oscila entre a tutela e a dependência, com a sombra de um histórico centralizador de “*perseguição política*” e isso tem desdobramentos para a gestão regional.

Eu tenho um desenho muito pelo político do estado, independente de partido, eu percebo que há muito ainda um desenho do gestor estadual entrando e trazendo a sua equipe, eu papai estado. Sempre o tom de que é o estado que decide! E fica aguardando decisão do Ministério. Então, se você olhar a constituição, os três entes são iguais. Não existe hierarquia entre os três. Mas é visível que, pra saúde, se forma hierarquia, primeiro vem o Ministério, tanto é que pela própria fala você já pega: “Eu vou descer para o estado, eu vou descer para os municípios...” Então, há esse tom sempre de descer, e quando você usa esse tom, você percebe algo de hierarquia aí nesse negócio. E03-BA

Assim, as evidências podem ser analisadas na ótica da reprodução de uma contraditória hierarquia entre os entes federados no Brasil, numa escala que vai do federal para o estadual e deste para o municipal, refletida com mais ênfase na Bahia. No primeiro “plano hierárquico” de poder, do ente federal para o estadual, há uma tradição do Ceará de antecipação e pioneirismo nas políticas e portarias de organização do sistema de saúde, inclusive sendo “*modelo*” para elaboração de políticas e portarias ministeriais. Ainda que existam tais normatizações do Ministério da Saúde, o estado do Ceará protagonizou ações e políticas estaduais, segundo resultados de outros estudos (NOLASCO-LOPES, 2010; MESQUITA, 2012) e afirmações dos entrevistados. No caso da Bahia, a tendência identificada, conforme as entrevistas, é seguir as normatizações ministeriais.

Ao pensar o outro “plano hierárquico” de poder que diz respeito à relação entre estados e municípios, as repercussões também se expressam de modo diferente nos dois cenários analisados. Os relatos dos gestores baianos, convergiram em afirmar uma “espera” por decisões

do estado e não protagonismo dos municípios, diferente dos relatos dos entrevistados cearenses, os quais referem um histórico de luta, posicionamento e força dos municípios, contribuindo para construções em parceria com o estado em processo de crescimento conjunto, conforme afirmou um dos entrevistados: “*É um processo onde estado e município, nós tivemos quase que permanentemente juntos.*” Identificamos, inclusive nas falas dos gestores estaduais, referências à força e ao papel importante dos municípios cearenses para construção do sistema de saúde estadual.

Porque os gestores municipais ficam muito dependentes do que o estado define. Ele não, não toma sua independência, não se decide como região e assume seu papel. Ele espera que a DIRES, que o gestor estadual, que o técnico estadual venha e se posicione... Então, enquanto a gente tiver esse pensamento que o gestor estadual é que define, é ficar sempre subjugado, vai ter sempre essa dificuldade de os gestores municipais entender a força que eles tem pra definir o seu território. E03-BA

Numa região pequena, colocar um serviço que desagüe essa tensão que o município teria que organizar, mas ele não tem recurso. Aqui ocorreu isso. Com muitos acertos. Muitos acertos! Alguns erros! Mas os acertos são muitos e erros são poucos. Esse é um ponto! Mas se você ver, é uma política de estado. Total! Mas a gente lutou muito pra isso ocorrer. Esse projeto é um projeto nosso, dos municípios. Nós que corremos atrás disso, da regionalização. Essa luta toda é uma luta nossa. E09-CE

Neste sentido, emergiu a importância exercida pelos respectivos COSEMS. Verificamos, nos dois estados, diferenças quanto à atuação, organização e papel desempenhado pelo COSEMS-BA e pelo COSEMS-CE. Estas diferenças foram referidas pelos entrevistados e observadas na estrutura e organização da sede, na organização das plenárias/reuniões ampliadas, bem como na participação em reuniões da CIB nos dois estados.

Diferentes entrevistados da Bahia relataram fragilidade técnica ao caracterizarem o COSEMS-BA. Também percebemos o distanciamento dos gestores municipais e o desconhecimento quanto ao significado da entidade, manifestas em falas do tipo: “*Comigo, contato zero. Partindo deles não teve. Inexiste!*”; “*o COSEMS que é o Conselho de Segurança.*” No Ceará, o COSEMS-CE foi associado à função de fortalecimento da gestão municipal, desenvolvendo diferentes estratégias para preparação técnica de todos os gestores municipais do estado.

Acho que o COSEMS houve uma piora nesse processo. Mas é pobre! O COSEMS tinha que ter técnicos, o COSEMS tinha que ter um processo de gestão mais independente. E35-BA

Há estratégia de fortalecimento também, nós temos que fortalecer a todos.... Ao longo dos anos, a entidade se preocupou muito com a preparação dos secretários. E aí, bimestralmente, nós fazemos simpósios, seminários, reuniões ampliadas mensais, conferências, congressos, reuniões descentralizadas, técnicos fazendo oficinas, justamente orientando gestores com relação à gestão. E07-CE

Tais relatos convergem com a observação, posto que presenciamos, no Ceará, a preparação de Congresso sobre o COAP, a organização e a dinâmica das reuniões ampliadas com participação de assessores e consultores técnicos para apresentação de temas e discussão de dificuldades enfrentadas pelos gestores. Na Bahia, as reuniões ampliadas que observamos abordaram apenas a discussão antecipada de pontos de pauta que seriam discutidos na reunião da CIB, no turno vespertino. Ademais, a atuação do COSEMS no processo de regionalização e sua influência nas decisões da política de saúde estadual foram caracterizadas de modo oposto nos dois estados. Enquanto na Bahia, foi associado, em diversas entrevistas, a um ente “mudo” e “pouco presente”, no Ceará, todos os relatos afirmaram seu papel atuante e forte.

E o COSEMS tem muita força, sabe? A entidade, ela é muito respeitada. Tivemos a sorte de ter boas relações entre o COSEMS e o estado...geralmente tem proximidade muito grande do presidente do COSEMS com o secretário de saúde. E05-CE

O estado do Ceará, o processo de municipalização, ele é muito forte! E apesar do estado levar a vela, mas os municípios, eles têm dado grandes contribuições através dos COSEMS, de puxar mesmo políticas, de fortalecer algumas, através do conselho dos secretários. E06-CE

Não é o estado que é o ditador, é o conselho dos secretários municipais que é mudo! Eles tinham que se posicionar mais... o conselho de secretários municipais muito pouco presente, muito pouco ativo. E do mesmo desenho, eles entram lá pra serem diretores mas olham só sua região só. Só que, se eu tô no conselho, eu tenho que olhar os 417 pra vir negociar com o estado. Então, como eles não negociam, o estado vai dando as idéias e vai implantando. Ninguém vai brigando... Não há um debate saudável. Não há troca de opiniões e idéias, então a coisa fica sempre o estado falando, senhor estado dizendo, trazendo o federal e fechando, fechando. Entendeu? E03-BA

Tais depoimentos convergem com observações de diferentes reuniões e espaços intergestores. Na análise do cenário baiano, a relação entre o estado e os municípios, via representação do COSEMS-BA na condução dos rumos da política de regionalização, pode ser

observada num período peculiar.⁹⁴ Este foi marcado por mudanças político-administrativas, num ambiente de muito descontentamento, discordâncias e tensão entre os servidores da SESAB, o novo gestor estadual da saúde e sua equipe dirigente. Tal tensionamento foi expresso em diversas reuniões do Conselho Estadual de Saúde, nas quais foram evidentes os enfrentamentos e os conflitos decorrentes dessas mudanças, sobretudo pelo conteúdo das mesmas e pela forma de condução, caracterizadas como autoritárias e centralizadoras. Foram difundidos manifestos⁹⁵, tanto de técnicos da SESAB, quanto de diferentes organizações da sociedade, demarcando posicionamento contrário às mudanças propostas pela nova gestão estadual.

Em reuniões do COSEMS-BA e da CIB-BA (dezembro de 2014), percebemos uma dubiedade e contradição. As falas da maioria dos gestores municipais manifestaram muitas incertezas e discordâncias diante da extinção das DIRES. Também tiveram falas (de um secretário especificamente), seguidas de risos (dos outros secretários), quanto à ineficiência e inoperância das mesmas, argumentando que *“por isso não farão falta”*. Outros relatos, inclusive de membros da diretoria do COSEMS-BA, apresentaram preocupações, discutidas em reunião de CIR, quanto às mudanças e ao impacto regional das mesmas.

Ainda que tais mudanças ocorridas no estado implicassem em grandes alterações para a gestão regional, não identificamos formulação de nenhum posicionamento do COSEMS-BA, nem através de pronunciamento na CIB-BA e nem através de manifesto escrito. O ambiente da reunião tinha muitas inquietações dos secretários municipais quanto à extinção das DIRES, mas denotamos que houve uma tendenciosidade no andamento da reunião, no sentido de evitar posições contrárias e a eclosão de tal discussão. Tratou-se de minimizar o impacto das mudanças da reforma administrativa para os municípios e para a regionalização no estado, expressando falas do tipo: *“Ainda não sabemos o que é a proposta”*; *“vamos esperar”*; *“é coisa do estado, não dos municípios”*; *“nós só não vamos permitir mexer no formato de regionalização que nós desenhamos!”*, referindo-se ao desenho das regiões no PDR.

Podemos destacar, a partir desses relatos, que transparece uma concepção de regionalização cartorial, restrita à delimitação de mapas, tendo em vista uma preocupação

⁹⁴ No decorrer do ano de 2015, início da nova gestão estadual e implementação da reforma administrativa de dezembro de 2014.

⁹⁵ Os manifestos foram dos técnicos da Divisão de Vigilância Epidemiológica da Secretaria Estadual de saúde (DIVEP/SESAB); Sindicato dos Trabalhadores em Saúde do Estado da Bahia (SINDSAÚDE-BA); do Conselho Regional de Enfermagem (COREN-BA); do Centro Brasileiro de Estudos em Saúde (CEBES-BA) e do Sindicato dos Professores das Instituições Federais do Ensino Superior da Bahia (APUB).

direcionada apenas para “*não mexer no formato do desenho*”. Diante de tal situação, evidenciamos o relato de um dos entrevistados ao afirmar: “*o COSEMS poderia ter tido um papel mais proeminente, mais incisivo na regionalização. Falta isso e não sei exatamente qual é a causa.*” Pensamos que, para além dos planos e documentos normativos, a efetivação dos mesmos depende das ações e relações entre os gestores e dos fluxos dos usuários no cotidiano de peregrinação em busca de acesso a serviços de saúde.

Desse modo, cabe problematizar o posicionamento omissivo do COSEMS-BA (acatado pelo coletivo de secretários) quanto a medidas do estado que têm influência direta na gestão regional do SUS. Diante de um total de 417 municípios, a minoria dos secretários municipais frequentam as reuniões e desses, pouquíssimos expressam opiniões e argumentos. Esse cenário pode ser associado à fragilidade do poder técnico, administrativo e político do coletivo de secretários municipais, bem como à passividade e à opacidade relacionada com um “*mapa político de interesses do COSEMS*” revelado em uma das entrevistas, tecido tanto em espaços informais, quanto em espaços formais como as reuniões da CIB, na qual “*sempre as mesmas pessoas defendem seus interesses*”.

Existe outro mapa político que é o do COSEMS. Existem secretários de saúde que fazem alianças entre eles para conseguir, vamos dizer assim, montar um grupo hegemônico para eleição do COSEMS e tal, e outros interesses... e isso também interfere no debate da região. Então, nem sempre você vai ter o usuário como centro do debate. As reuniões eram caracterizadas por isso e a gente não conseguia avançar. E23-BA

Às vezes, será que o gestor quer que delibere? Tem outra pergunta que a gente pode colocar: O gestor municipal será que, muitas vezes, ele quer deliberar também? Em vários pontos ele também se coloca como de passividade, entendeu? Também acontece. Porque tudo é contraditório, né? Ele reclama que não tem a capacidade de decidir, mas quando chega a uma determinada situação ele diz: “Isso a gente tem que ver com o estado, é com o Ministério da Saúde.” Por isso que a gente tá assim meio parado ainda, entre aspas. Agora tem avançado, mas podia ter, poderia, talvez, ter ido mais adiante. Já melhorou bastante! Já melhorou bastante! Mas, talvez, isso pudesse ter ido mais adiante. E33-BA

Na Bahia, identificamos relatos contraditórios quanto ao papel do estado e também dos municípios. Por um lado, há depoimentos afirmando paternalismo do estado, coexistindo com falta de maior protagonismo e manutenção de postura passiva dos municípios para assumir suas funções no desenvolvimento dos sistemas de saúde municipais. Por outro lado, também revelam busca de maior autonomia municipal, mas manutenção de postura centralizadora do estado, tanto na rede de serviços, quanto nos recursos.

Outrossim, os aspectos envolvidos nas omissões e “mapa de interesses”, citados anteriormente, remetem à opacidade, referida por TESTA (1995), própria de sociedades capitalistas permeadas pela desigualdade e facilita o exercício concentrado de poder. Tal característica perpassa os dois estados, tendo em vista os elementos políticos da relação intergestores, mas foi sinalizado com muito mais intensidade, nas entrevistas e observação de reuniões na Bahia. Aparece nas falas, de diferentes entrevistados baianos, expressões do tipo: “*acordos tácitos*”, “*mensagens subliminares*”, “*entrelinhas*” ao fazerem referências a acordos ou indefinições acerca de vários aspectos cruciais para desencadear o processo de regionalização. A definição de algo que é subliminar remete a um estímulo que não é suficientemente intenso para que o indivíduo tome consciência dele, mas que, repetido, atua no sentido de alcançar um efeito desejado (Ferreira, 2011). Assim, denota aspectos próprios de algo que é opaco e não transparente.

A partir de Testa (1995), consideramos que as categorias de transparência e opacidade na condução de determinada política influenciam o êxito na implementação da mesma. Ou seja, quanto mais transparente a condução, mais confiável e, por conseguinte, maior a possibilidade de consolidação. Ao coadunar as evidências empíricas com as considerações do autor, podemos afirmar que a maior transparência no Ceará, ao gerar condições confiáveis, intervém como instrumento na consolidação da política de regionalização.

Identificamos as diferentes nuances de opacidade e de transparência nos dois cenários analisados. Na Bahia, verificamos diversos relatos quanto às indefinições de aspectos basilares para implementação da política de regionalização, tais como: configuração de região de saúde, comando único, definições contratuais para gestão de hospitais de referência apartadas de discussões com as regionais de saúde e os municípios com os quais foi construída a PPI.

A Bahia não discutiu o que é comando único.... A gestão estadual nunca discutiu isso. Eu, pelo menos, nunca vi uma plenária discutindo comando único. O que é o comando único? ...Cada um tem um entendimento. Então, a Bahia, tinha que dizer o que é comando para a Bahia. A partir daí, a gente vai discutir como vai aplicar em cada município. E03-BA

Na vida, quanto mais tiver confuso de quem faz o quê, quem domina como fazer é que faz. E26-BA

Tais evidências, além de demonstrarem a centralização de decisões, revelam a opacidade das mesmas e concorrem para minar a autonomia e o fortalecimento da gestão regional. Estes fatos foram verificados, na Bahia, em entrevistas e também em reuniões da CIB, quando diretores regionais e secretários municipais relatavam situações específicas de descumprimento da PPI e/ou não acesso de usuários dos municípios a hospitais sob gestão indireta. Estes hospitais, definidos como referência na região, tinham barreiras de acesso impostas por organizações sociais gestoras de tais serviços. Estas situações, embora concernentes à região de saúde, não eram resolvidas nas instâncias regionais. As DIRES e os municípios não tinham autonomia nem conhecimento dos contratos, resultando na ausência de poder de resolutividade sobre tais entraves expressos na região de saúde. Frequentemente, estes problemas eram levados para a CIB, no sentido de solicitar “*resolução do estado*”. Estudo de Ávila (2013) identificou, nos debates do Conselho Estadual de Saúde da Bahia, críticas ao processo de descentralização/municipalização e financiamento, tendo em vista a pouca clareza nas discussões, sobretudo envolvendo recursos financeiros.

No Ceará, identificamos maior autonomia e conhecimento dos municípios e 1ª CRES, inclusive sobre repasse de recursos hospitalares, possibilitando decisões no âmbito da gestão regional. Além disso, há maior clareza quanto à definição dos serviços mínimos por região e referências municipais, construção lapidada desde 1998, através da organização dos sistemas microrregionais. Documentos institucionais (CEARÁ, 1998; CEARÁ, 2002b; CEARÁ, 2002c) e falas de diferentes gestores evidenciam maior clareza em tais definições, inclusive alicerçadas em critérios técnicos, e instrumentos de planejamento, com estratégias de participação e discussão entre gestores municipais, regionais e estaduais.

Há especificidades na relação entre estado e municípios da Bahia, na qual ainda ecoam marcas do histórico político e institucional. Análise de Dantas (2006, p. 403) sobre o Carlismo, afirma que “*um dos primeiros decretos do governo tinham os objetivos de centralizar a arrecadação e deixar claro, logo de saída, quem mandava.*” Embora tal análise refira-se a período anterior é importante sinalizar as similitudes e diferenças. Por um lado, há avanços relatados pelos gestores, destacando a mudança no acesso e maior aproximação entre secretários municipais e secretários estaduais entre 2007-2014. Por outro lado, evidências denotam permanência de resquícios centralizatórios e autoritários no estado.

O que é que aconteceu na minha visão de longe. O que eu vejo na Bahia é que o Antônio Carlos Magalhães concentrou muito poder, ele descentralizou pouco. Ele concentrou muito no poder estadual, tacanho, durão! Tem todo o dinheiro concentrado na mão do estado. E05-CE

As coisas dependem muito mais da vontade política de quem tá na cadeira do que, de fato, seguir uma lógica da política de regionalização, daquela política, entendeu? Porque o cenário político na Bahia influenciou muito. Às vezes, o que eu sinto é aquela vontade de você ter regiões e municípios dependentes. Porque é aquela relação em que você sempre tem que vir ao estado, pedir ao estado, dizer que não sabe ao estado, para que o estado faça sua parte... ah o estado, para que o estado diga qual é a política que você tem que adotar no município... Às vezes, as pessoas acham que o estado é pai de tudo aqui na Bahia, né? O estado quer mandar e, às vezes, o estado também acredita nisso né? E26-BA

O histórico de governo que predominou na Bahia por 15 anos (1991-2006), certamente tem implicações para implementação de processos como descentralização e regionalização da saúde, os quais implicam em redistribuição de poder e relações mais democráticas entre os gestores estaduais, regionais e municipais. Segundo entrevistados, ainda há trajetória de condução centralizada das políticas, majoritariamente marcada pelo centralismo demasiado, não distribuição de poder para as instâncias regionais, o que piorou na atual gestão, a partir de 2015, com tendência à recentralização das decisões, condutas autoritárias e redução do poder dos secretários municipais de saúde nos espaços intergestores, onde presenciamos relatos do tipo: “*estamos sendo atropelados.*”

Ao focar os diferentes tipos de relações articuláveis, em sociedades diferenciadas quanto ao grau de autoritarismo ou democracia nelas presente (MENDES GONÇALVES, 1988), podemos afirmar que a relação entre gestores e/ou entes federados com assimetrias de poder, na trajetória baiana, aproximou-se mais do pólo autoritário e, na trajetória cearense, foi tensionado em direção ao pólo mais democrático com exercício de maior autonomia pelos municípios, configurando a regionalização e a gestão regional de modo diferenciado nos dois estados.

Neste sentido, é relevante destacar que o planejamento, ancorado em critérios técnicos e coletivos, constitui um caminho alternativo em direção a decisões e intervenções governamentais com menos opacidade, reduzindo a tensão entre os entes. Embora não tenhamos investigado as práticas do planejamento regional, os relatos apontam indícios de que estão mais fragilizadas na Bahia e mais fortalecidas no Ceará.

Não há ou eu nunca vi, uma política de chamar regiões, sentar, planejar, ouvir essas regiões, entendeu? Eu nunca vi um planejamento regional. O planejamento é muito mais do ponto de vista, primeiro, do interesse de quem se elegeu... Isso já não vai passar pela discussão regional, ele vai ter que implementar, ou vai lutar para implementar aquilo que ele prometeu, independente da vontade da região. E26-BA

Muito aporte financeiro foi colocado pelo estado também dentro da região de saúde pra preencher aqueles vazios assistenciais, entendeu. Muita estrutura de saúde foi construída dentro da região de saúde, dentro da macrorregião por sugestões nossa e pela responsabilidade assumida pelo estado na assinatura do COAP. Essa luta que nós tivemos com o COAP nos mostrou muitos caminhos interessantes. E hoje, passado dois anos, quando assinamos o segundo aditivo, assinamos agora, nós entendemos e sabemos que os investimentos que estão sendo feitos na saúde e as decisões do governo do estado e do governo federal, em fazer investimento no município A, B ou C, ele tá sendo feito baseado no planejamento, no plano diretor regional que nós fizemos, no plano de investimento que nós fizemos, e sabe que se o recurso tá indo pra fazer um equipamento de saúde naquele município, tá indo porque nós fizemos um desenho bem feito lá atrás e sabe que vai realmente estar sendo aportado pra resolver o problema da região. E07-CE

Denotamos que o planejamento regional pode emergir como instrumento catalisador de relações mais democráticas entre os estados e os municípios, confluindo para decisões e intervenções mais transparentes e confiáveis, com fortalecimento de aspectos técnicos e redução das influências político-partidárias na gestão regional. Tais aspectos expressam-se na tensão pendular entre elementos técnicos e políticos que perpassam a gestão nos cenários metropolitanos analisados.

8.3 A tensão pendular dos elementos técnicos e políticos

O setor saúde não se organiza necessariamente para resolver problemas de saúde, sendo que a racionalidade que orienta políticos e dirigentes pode não passar pela resolução de problemas de saúde, os quais podem ser secundarizados quando comparados com informações que favoreçam o cálculo político do balanço de perdas e ganhos de poder para dirigentes e forças políticas dominantes (PAIM, 2002). Assim, a gestão regional é transversalizada por aspectos de natureza técnica e política que influenciam o processo decisório e a implementação de intervenções. As evidências revelaram a tensão pendular entre esses elementos técnicos e políticos como uma das maiores diferenças entre os dois casos.

No geral, os entrevistados conceberam os aspectos políticos a partir de dupla perspectiva: por um lado, foram associados a uma dimensão negativa, ligada a interferências partidárias e

eleitorais, com mecanismos de trocas e emendas parlamentares. Por outro lado, associaram a uma dimensão positiva e necessária para implementação de ações, ligada à concretização de idéias e mobilização de interesses, aproximando-se do poder político em Testa (1992, 1995).

Nos dois estados, durante entrevistas com diferentes gestores e em reuniões da CIB-BA e da CIB-CE, emergiu a grande influência das emendas parlamentares sobre a regionalização, mas sem, obrigatoriamente, apresentar coerência ou articulação com os interesses e as necessidades regionais. Foi convergente, nos dois cenários, as interferências políticas de emendas parlamentares aos critérios técnicos para implantação de serviços. Todavia, foi divergente a tentativa de obtenção dessas emendas, articuladas com os instrumentos de planejamento no âmbito municipal e estadual, de modo a reduzir distorções.

*Outra coisa é a viabilidade de se buscar negociações de uma forma não por barganha política. Porque organizadamente nós temos, além do plano diretor de regionalização, que nos organiza muito e nos respalda, nós temos o PDI que é o plano diretor de investimento, que é um componente que é extraído de lá, apresenta algumas necessidades pra investimento. Então, o que eu quero dizer, não é que é tudo bonitinho e perfeito. Não! Ainda tem algumas emendas parlamentares que o município consegue diretamente, mas a gente pede: “Olha o que ficou no PDR! O que vocês tem hoje e o que vocês podem apresentar pra melhoria lá dentro!” Porque o que é que acontece, quando se trata de município conseguir emenda parlamentar é via nacional. Então, a gente não pode estar intervindo. **E04-CE***

*O novo PDR desenhado em 2007, ele tentou ajustar isso. Pegar esses desenhos, escala, escopo. Vamos ver em escala qual seria a capacidade de um serviço de atuar e que escopo atenderia esse serviço. Era essa ideia. Mas, mesmo assim, o político entra. “Ah, mas eu quero ter um tomógrafo! Eu quero ter um tomógrafo!” Consegue uma emenda parlamentar, bota o tomógrafo lá. Aí você tem que custear esse serviço, porque ele vem bater aqui pro secretário de estado, que ele tem um tomógrafo, precisa de recurso pro custeio, porque não viabiliza um tomógrafo em município pequeno. Mas aí começa a distorcer. **E03-BA***

Tais evidências podem ser ilustrativas de como os elementos técnicos podem ser apreendidos de modo diferente em um e em outro cenário. Apesar dos dois estados sofrerem interferências de emendas parlamentares, identificamos, no Ceará, preocupação de alguns gestores de reduzir os efeitos negativos das emendas a partir da orientação de que os instrumentos de planejamento sejam norteadores dos investimentos a serem obtidos mediante tais emendas. Na Bahia, as evidências sinalizam que há maior tendência das definições dos instrumentos de planejamento serem desconsideradas por essas demandas político partidárias. Assim, o serviço

e/ou equipamento é obtido como moeda de troca para ganhos eleitorais, mesmo sem avaliação prévia da sustentabilidade financeira do mesmo ou sua necessidade para a região de saúde.

Ao acompanhar reuniões na CIB-BA e CIB-CE, presenciamos a discussão quanto à necessidade de tais emendas serem mais convergentes com as necessidades regionais, contudo os desdobramentos disso foi diferente em cada estado. No Ceará, em uma reunião, foi colocada a importância de que as demandas mais importantes dos municípios fossem definidas por região, e utilizadas no sentido de balizar o conteúdo das emendas, conforme necessidades do território regional. Tal lista seria encaminhada para o Ministério da Saúde. Essa discussão ocorreu de modo mais célere e sem grandes conflitos aparentes.

Na Bahia, a tentativa de elaborar lista e enviar para o Ministério da Saúde, com “cardápio” de demandas loco-regionais a serem escolhidas pelos deputados para elaboração das emendas, foi marcada por muitos conflitos e tensionamento entre representantes estaduais e municipais, bem como entre os próprios municípios, conforme revelou um dos entrevistados.

*Pra você ter ideia, tivemos um impasse violento com o COSEMS e não ficou definido! As emendas parlamentares chegam soltas nos territórios e, muitas vezes, vai pra os municípios, que aí a negociação dos deputados geralmente é com seus prefeitos, com suas bases, sem negociação, sem enxergar a necessidade do município. Esse ano, o Ministério, por conta das emendas impositivas, negociou com os deputados: “Nós vamos fazer um cardápio. Os senhores não estarão impedidos de definir o que os senhores querem fazer em determinado município, mas a gente vai apresentar um cardápio de necessidades daquela região de saúde.” Qual foi a nossa discussão? Vamos por dentro disso, identificar dentro da região, por dentro dos eixos de cada rede, o que tem de proposta concreta e o que pode ser feito. Enquanto que a SESAB teve o entendimento da necessidade disso, o COSEMS virou uma guerra...Uma guerra entre eles! Porque o município dizia: “Ah, que ele não ia perder porque o deputado era dele e que o recurso vinha pra ele e que ele não tinha porque discutir.” O município pôlo só queria pra ele! Porque ele achava que ele concentrava a maior oferta de serviço e que era ele que oferecia pra região inteira, mesmo fechando as portas! Mas na hora de enxergar é aqui o umbigo! Então, pra você ver, como é que a gente discute regionalização solidária? Isso foi na última CIB, a mesma conversa. Negociamos com o Ministério a possibilidade de abrir mais um prazo pra Bahia e nós não conseguimos chegar a um consenso, porque o COSEMS não se entendia! **E19-BA***

Tal depoimento, além de sinalizar maior dificuldade de articulação e negociação entre os entes federados na Bahia, também revela um enraizamento da política clientelista nos espaços formais de decisão do SUS, institucionalizada mediante as emendas parlamentares. Negociações no âmbito político-partidário que reverberam no apoio eleitoral, a partir de trocas que têm consequências na capacidade instalada dos serviços em cada município, numa lógica

individualista, sem nenhuma conexão com as necessidades ou planejamento regional. Apesar disso, esta situação não é concebida como um problema por alguns entrevistados, os quais associaram as emendas parlamentares como algo positivo, uma facilidade para ajudar na estruturação dos serviços de saúde municipais, ainda que isto seja expressão de “*politicagem*.”

Tem seus aspectos que são positivos, realmente. Aqui mesmo, a gente já teve muitas concessões por conta de partido. Ambulância que chegou, que o deputado consegue emenda parlamentar! Claro que existe essas inúmeras facilidades, que a gente vai dizer que: “Ah, não vou aceitar.” Não existe isso! E22-BA

É facilidade e aí entra a parte da politicagem. Por que? Porque se eu fosse pedir ao ministério, por exemplo, ele não dispõe de recurso. Se eu fizer um projeto aqui: “Eu quero um laboratório para o município.” Aí mostro tudo, a população que vai ser assistida, o que é preciso comprar, aí eu mando pro ministério e ele não tem uma portaria dizendo que vai liberar o dinheiro pra fazer. Ele não tem! E a partir do momento que eu falo que o deputado tem a emenda e dá pra eu fazer o que eu quiser no município, fica mais fácil. Eu trabalho em cima daquilo que eu estou precisando, da minha precisão. Eu acho que é bem mais fácil! Só que aí tem que ter politicagem. Porque se você não tiver um político atuante que queira lhe ajudar, você não consegue! Então, nesse sentido, eu acho que é bem melhor. Porque se não existisse isso aí, eu não ia conseguir esse laboratório, de jeito nenhum! Não ia! ...Então, tem que ter as emendas. E eu acho que eles fazem isso pra que realmente aconteça a politicagem, né? É uma forma de que isso... eu acredito que seja. E10-CE

Na análise de tais evidências, devemos considerar a natureza e o funcionamento do federalismo e do sistema político brasileiro. Baseado em Rezende (2010), podemos afirmar que o grau de descentralização de recursos é influenciado por motivações econômicas e políticas. Segundo o autor, regimes caracterizados por alta fragmentação de partidos políticos, desprovidos de identidade nacional, são menos propícios à formação de um compromisso com a construção de um projeto político metropolitano e com seu financiamento. Assim, denotamos que há uma distorção no plano político-institucional brasileiro e que reverbera na regionalização do SUS, posto que incide na possibilidade de processos mais cooperativos, solidários e autônomos nas regiões metropolitanas. Tal distorção, ainda que identificada nos cenários metropolitanos da Bahia e do Ceará, transcende a realidade de tais estados e parece fazer parte de um ciclo formatado para manutenção do clientelismo e do fisiologismo, próprios da vida política brasileira, tal como referem os entrevistados.

O MS, ele sai com anúncios bombásticos, você deve ter visto, por exemplo, ontem em todos os blogs, um milhão e seiscentos mil para dengue na Bahia. Gente! Não é

absolutamente nada! Aquilo é uma piada de mau gosto! Eu fiz que não vi! E ontem, recebo um deputado que é ligado ao município: “Manda uma emenda orçamentária para mim.” Uma emenda orçamentária de um possível investimento de três milhões e meio! E para a epidemia chegou um milhão e seiscentos! Então, isso mostra a distorção que o Ministério, hoje, ou tá sendo vítima, ou tá protagonizando. E35-BA

Aí, entra a coisa partidária, que eu não acredito que haja igualdade. Eu não acredito nisso... E outra coisa, quando se distribui, divide mais, eu acho até que reduz a corrupção. O problema é essa concentração absurda de riqueza lá na União. Tudo pra aparelhar, pra instrumentalizar a administração pública. Pra manter interesses partidários. E ninguém me diga que não é pra isso! É isso! Quando tem qualquer problema no congresso, o que é que a presidenta faz? Ela e os outros que a antecederam. Chama os deputados pra liberar as emendas. Aí melhora, né? Aí os deputados aprovam o que eles querem. Chama os deputados pra liberar as emendas e aí fica esse negócio, entendeu? É um ciclo. E09-CE

No regime federativo brasileiro, conforme Rezende (2010), as relações fiscais entre os entes federados não seguem o padrão clássico das federações maduras, nas quais inexistem relações diretas entre o governo federal e os governos municipais. Num regime em que os governos municipais se relacionam diretamente com o governo federal e com os respectivos governos estaduais, as possibilidades de acesso a recursos controlados por eles dependem da conjuntura política vigente, sendo que também há fragmentação político-partidária elevada e predomínio de clima com acentuados conflitos e antagonismos (REZENDE, 2010).

A despeito das convergências acerca das emendas parlamentares, há diferenças percebidas em cada realidade, quanto à tensão entre os aspectos técnicos e político-partidários e influência dos mesmos na gestão regional. No Ceará, mesmo perpassando um período eleitoral e presenciando relatos (reuniões do COSEMS-CE, CIB e CESAU) sugestivos da influência político-partidária e do conflito entre as esferas de governo, organizações da sociedade civil e a gestão estadual, percebemos maior estabilidade e “peso” da condução técnica no cotidiano da gestão estadual e regional do SUS no referido estado, quando comparado com as evidências advindas da realidade baiana.

No Ceará, tais influências foram mais atribuídas à relação entre capital e estado, não emergindo de modo tão enfático e predominante para a implantação e organização dos serviços nas regiões de saúde. Apenas em uma das entrevistas houve reconhecimento explícito da influência político-partidária no processo decisório, mas associando-a ao julgamento com base técnica, que pode ser utilizada ou não, para a tomada de decisão.

Quando eu falo a questão do político é na questão da tomada de decisão. Se variáveis em termos de ligação político-partidária influenciam isso? Claro que influenciam! Mas, é que o processo de planejamento, ele ocorre no espaço da região. Identifica a situação problema, propõe a questão das ações de intervenção mas, muitas vezes, essas ações de intervenção não são viabilizadas politicamente. Quando você vai estabelecer as prioridades, é um ato político. Estabelecer prioridades no processo de planejamento, onde você tem limitações pra viabilizar a execução de uma determinada ação, você tem que estabelecer prioridades. E ao estabelecer prioridades, politicamente, você tá atuando. Quer dizer, eu tenho aqui demandas que chegam, eu tenho que avaliar e eu avalio tecnicamente essas demandas. Proponho inclusive ações para, ou ir de acordo com o que veio em termos de demanda, ou pra me contrapor em relação ao que veio. Só que, muitas vezes, essa base, ela não é utilizada no processo de decisão. Essa base técnica. E08-CE

Por outro lado, os depoimentos dos demais entrevistados cearenses foram mais frequentes, convergentes e enfáticos em afirmar a predominância de critérios técnicos na tomada de decisões para implantação de serviços e organização do sistema de saúde.

Essas policlínicas também, não foram instaladas a bel prazer do governador. Fez um estudo epidemiológico, onde era tipo 1, onde era tipo 2. Porque tipo 1, porque tipo 2. Então, não foi no chute não: “Você é minha amiga prefeita eu vou botar o tipo 2.” Foi tudo estudo epidemiológico, perfil epidemiológico de cada região, porque era tipo 1, porque era tipo 2, demandas reprimidas existentes no estado. Então, isso é uma coisa linda! ... Porque a policlínica, em momento nenhum, ela vira palanque político. Porque a gente não permite! Porque, embora a SESA, também seja ente, ela também é regulador... algumas questões que vem, a gente aqui diz: “Não! Aqui o estado vai intervir porque o consórcio ele é SUS e não é uma instituição que é dos prefeitos!” Ele é um ponto de atenção dentro da rede SUS que funciona com uma modalidade de gestão que é o consórcio, mas ele é SUS! Ele tem as mesmas responsabilidades que o hospital tem, que a maternidade tem, que o HPP tem, então, ele não vai correr na contramão, a gente não tem deixado isso acontecer! E12-CE

O governo, ele tem utilizado muito a questão técnica. Ele não discute muito a questão política, se o político A de tal município, se o político B de tal município e se o político C é a favor ou contra ele. Ele utiliza, pelo menos até agora, a questão técnica. Se naquela região de saúde, tecnicamente, for indicado pelos técnicos de que um hospital tem que ser construído no município, que vai ser de melhor acesso para todos, que tem vias de acesso tranquilo, que tem um mínimo de desenvolvimento pra poder receber esse equipamento, ele vai construir lá. Independente da posição política do gestor maior ou do prefeito ou de quem quer que seja. No governo que agora está, sempre utilizou-se da questão técnica pra construir os equipamentos. E07-CE

No cenário baiano, não identificamos relatos enfatizando os critérios técnicos para definir tipologia, construção e localização de serviços de saúde regionais. Foram muito frequentes e convergentes, as afirmações de diversos gestores quanto à interferência político-partidária, por

exemplo: na relação entre capital e estado; na pactuação e cooperação entre municípios ou entre esses e o estado; na elaboração e implementação de instrumentos de planejamento tais como PDR e PPI; no financiamento; no direcionamento tendencioso de AIH, nos investimentos e implantação de serviços em municípios; na relação entre diretores de DORES e gestores municipais, atrapalhando a condução da CIR e a gestão regional; dentre outros.

Através do político, por exemplo, da pessoa que a gente apóia ou tem o mesmo partido que o gestor, às vezes, até faz nossa voz ficar mais... né? Nosso pedidos podem, de alguma forma, conseguir. Claro que, acho que a gente não tem como se desconectar da política, que nós somos agentes políticos. Mas eu falo pela parte, a parte que eu tô me queixando, é a parte negativa mesmo, de tirar o benefício do outro. E22-BA

Mais vale a questão da política. Volto a falar na política como um dos pontos que eu acho que a gente tem que amadurecer. Aqueles municípios que têm o conhecimento político pra tá mexendo através de consultas, exames, eles são privilegiados em detrimento de outros que não têm esse conhecimento, digamos político da coisa, eu acho que isso precisa mudar. E24-BA

Existe muita influência de deputados no financiamento, é pra cada município. Infelizmente ainda tem isso, não deveria ter, mas existe. Existe sim! “Olhe tal deputado daquele município, é... deputado tal”. Deputado vai lá, conversa com o secretário, tem a prioridade e vai. E30-BA

Esse aspecto político partidário, ele tem desconfigurado muito o que se pensa de regionalização como algo que, ao final, vai organizar uma rede de serviços grande, solidária, capilar, que vai garantir acesso e qualidade, e uma melhor distribuição dos equipamentos de saúde para que a população tenha acesso. Quando esse elemento político partidário, ele é mais forte, ele é o mais acessado para definir, para discutir isso, ele acaba fazendo com que essa rede não aconteça, de maneira equitativa, e ela acaba criando um desequilíbrio em que alguns municípios acabam tendo mais acesso a equipamentos, a recursos e nem sempre esses recursos são solidários com os municípios ao redor... acaba deixando municípios totalmente descobertos, isolados nessa rede de atenção e aí, isso é muito forte. E20-BA

As evidências emergiram de modo intenso, apontando o predomínio da influência dos elementos político-partidários e eleitorais na Bahia, desconfigurando preceitos da regionalização no estado. Apontaram um fluxo estabelecido entre deputados e nível central da SESAB, de modo que tais deputados, além de se utilizar das emendas parlamentares, exercem a intermediação de demandas dos municípios junto ao secretário estadual, para conseguir direcionar recursos, equipamentos, dentre outros, para seus redutos eleitorais. Assim, os municípios “representados” por esses parlamentares ficam com a “voz mais forte” em detrimento dos demais que figuram na oposição partidária.

Ao coadunar tais achados com observações de Rezende (2010), podemos afirmar que se o grupo político, que controla o poder municipal, está alinhado com os grupos que dominam o governo estadual e o federal, aumentam as possibilidades de acesso a recursos, ao passo que o oposto ocorre quando o poder municipal está em oposição aos demais. Nos dizeres de um entrevistado baiano: *“Ela é do partido A, se eu colocar dinheiro lá no município dela, ela viabiliza. Aí o do meu partido que é fulano, que eu preciso eleger lá, para o lugar dela, não vai conseguir. Então, não ajudo ela. Entendeu como é o processo?”* Neste sentido, prioriza-se ganhos partidários-eleitorais, sem necessariamente vislumbrar a organização de redes regionais de ações e serviços de saúde, integrais e resolutivas, como a pretensa regionalização do SUS conclama. Ou seja, a resolução dos problemas de saúde da população é secundarizada em favor do cálculo sobre os ganhos ou perdas políticas (PAIM, 2002).

Tal como descrito em capítulos anteriores, identificamos a existência de “conversas ocultas” e “acordos tácitos” entre prefeitos, secretários e parlamentares, indicando uma opacidade que é benéfica para manutenção dessas relações de poder, perdurando o ciclo de trocas e barganhas. Essa situação pode ser descrita pela expressão de um dos gestores, ao relatar, de modo emblemático, *“não sei, só sei que mandaram eu não mexer muito nessa panela.”* Assim, reconhecemos a opacidade como parte da estratégia, de modo que as formas de instrumentalização da política nem sempre podem ser explícitas, sob pena de derrotar o propósito (TESTA, 1995).

Ao retomar os elementos demarcadores do fortalecimento do poder local, implícito na regionalização, em diferentes sociedades, conforme análise de Mendes-Gonçalves (1988), assinalamos diferenças importantes entre a trajetória dos cenários analisados. No caso cearense, ainda que tenhamos percebido influência de emendas parlamentares, problemas de infra-estrutura regional e no fluxo de informações, expressando uma tensão local-regional-central, as evidências permitem afirmar que há maior fortalecimento do poder loco-regional, representado pelos municípios e CRES, com exercício e expressão de mecanismos mais democráticos de convivência política com o poder central, representado pelo nível central da SESA. Na Bahia, evidenciamos a fragilidade do poder loco-regional, representado pelos municípios e DIRES, com maior acúmulo de poder pelo nível central da SESAB, indicando maior instabilidade da regionalização e revelando, com mais ênfase, o fortalecimento de formas clientelistas de

organização do poder, na qual predominam aspectos político-partidários em detrimento daqueles de natureza técnica.

Outrossim, destacamos as diferenças relativas à configuração das equipes técnicas gestoras, nos dois cenários analisados, frente às influências supracitadas. No cenário cearense, as evidências oriundas de entrevistas, reuniões e conversas informais convergiram em revelar a preocupação com a formação dos quadros técnicos, especialmente na gestão estadual e regional, de modo que, através do acúmulo do poder técnico, os servidores obtêm credibilidade, legitimidade e ganhos de poder político, fortalecendo a política de saúde no estado, conforme exemplos a seguir.

*Um dos pilares dessa história é que o governo, antes de construir esse equipamento, ele exigiu que, para ser diretor dessa entidade, fizesse um curso de gestão pública, na Escola de Saúde Pública do estado. Então, todos eles passaram num processo seletivo. Não tem indicação política partidária. Os diretores das policlínicas e dos CEOs... Então, essa é outra grande diferencial vantagem. Não tem o dedo da política partidária. É o dedo da competência. Isso é uma coisa que fez diferença no consórcio. Que a gente briga! Agora, nesse período eleitoral nós enfrentamos caras, querendo politizar, prefeitos querendo tirar diretor! Então, esse é um grande diferencial, é a informação, o embasamento de conhecimento de cada profissional. Estão lá por critério e não por vontade política... pela capacitação que eles tiveram, **eles têm um papel muito importante lá dentro...** eles fizeram uma seleção pública, mas eles estão hoje numa luta para se efetivarem e que a gente tá ao lado deles para lutar. Por que? Porque essas pessoas elas construíram conosco todo esse desafio! Não é justo hoje, essas pessoas que passaram por todo esse processo, de uma hora para outra, um prefeito chega e diz: “Olha, não te quero mais, tu tá demitido e eu vou botar o fulaninho aqui, porque é meu amigo, é filho do meu amigo e vai ser importante para mim politicamente.” A gente não quer isso! **Eu acho que eles devem ser efetivados sim! Porque o olhar e a responsabilidade que eles têm com essa política pública, ela não é partidária, ela é uma política do SUS! Esse é o olhar que a gente quer.** Eu acho que esse é o grande legado que a gente pode deixar dessa história é que o consórcio ele seja uma política PÚBLICA (fala com ênfase) e não uma política partidária! No dia que ele virasse uma política partidária, ele se desconstrói. Porque a lógica dele, em nenhum momento, ela caminhou para esse aspecto. **E12-CE***

*Porque uma coisa que a gente tem que admitir é que os nossos gestores tiveram respeito ao aspecto técnico aqui dentro da secretaria também: “De trazer pessoa de fora que não tem a estrada que eles tem, é melhor eu ficar com eles aqui!” O Ceará, até pra o Ministério, se respalda mesmo! Assim, de ter alavancado ideias, levado a sério a nossa regionalização, os coordenadores... Nós tivemos capacitações em articulação com o Ministério, por iniciativa nossa e de nossa com as nossas competências para as nossas regionais e municípios. Porque **uma coisa é o que a gente recebe do Ministério, a outra coisa é o que a gente tem de iniciativa aqui para com o nosso estado...** Nós tivemos alguns momentos de preparação. Da equipe e é extensivo também aos coordenadores regionais e equipes municipais. **E04-CE***

Os relatos ilustram a ênfase no fortalecimento dos técnicos e na permanência dos mesmos na instituição, como uma das formas que contribuem para minar interferências político-partidárias e conduzir os rumos da política pública, evitando distorções e retrocesso das mesmas. Verificamos a valorização de aspectos como: seleção e formação técnica, experiência na implementação da política como propulsora do aprendizado, do envolvimento e da implicação dos sujeitos com o trabalho. Alguns elementos descritos pelos gestores cearenses coadunam com aspectos descritos por Scatena (2015), o qual afirma que mesmo em conjunturas de estagnação ou desmonte do SUS na gestão estadual, o aprendizado institucional de gestores regionais e municipais pode garantir alguma continuidade do processo de regionalização ou produzir pequenos avanços.

Ademais, identificamos diversos relatos com ênfase da importância da Escola de Saúde Pública, devido sua atuação na trajetória da regionalização no Ceará. Conduziu e implementou processos seletivos e formação técnica de gestores dos âmbitos municipal, regional e estadual. No geral, a valorização e o preparo técnico dos gestores também repercutem na visibilidade e credibilidade da SESA, tendo em mira as iniciativas técnicas, postura de independência e protagonismo em relação ao Ministério da Saúde.

De outro modo, na Bahia, foram descritas desvalorização dos quadros técnicos e deficiências na profissionalização da gestão, vinculadas à indicação e ao perfil dos diretores, ocasionados pelo rateio entre partidos políticos, ao descompromisso dos servidores como um dos desafios para implementar e fortalecer a gestão das regiões. Esta questão foi definida como algo de difícil mudança, tendo em vista “*esbarrar na questão política*” e pelo histórico da gestão estadual cujos técnicos tinham espaço limitado para atuação. Tal como foi dito em uma das entrevistas “*o espaço era limitado, eles poderiam ter até opiniões próprias, mas a condução do processo não era dada aos técnicos.*”

O que eu vejo, muito ainda, é uma distância muito grande da profissionalização da gestão da saúde, muito grande ainda. Eu não digo nem que na saúde só, na educação deve ser assim também, vários setores. Mas acho que tem uma distância ainda, muito grande, da profissionalização e da parte cultural mais ainda. E26-BA

Eu não vejo mudança. Então, o que eu percebo assim, é o político sempre amarrando a saúde de todas as formas... Então, a informação não é trabalhada, não se discute os principais problemas, não se vai realmente na questão da população. Então, acho que falta da informação, junto ao fator político, amarra isso de um jeito que depois pra você desamarrar é difícil. E03-BA

Tais características parecem permear os diferentes setores da administração pública estadual. Alguns entrevistados relataram intenção e tentativas de estabelecer mudanças, a partir da gestão em 2007, mas o enraizamento de práticas clientelistas e de favorecimentos políticos confluíram como amarras e dilemas no cenário baiano. Tal como afirmou um dos entrevistados: *“Não tinha nada que me fizesse sair das algemas políticas, dos entraves políticos. Os mapas políticos eram muitos. É o mapa do COSEMS, é o mapa do prefeito, é o mapa do deputado estadual, é o mapa dos interesses pessoais. Muita coisa!”* Assim, a configuração de entraves, expressos nos vários “mapas políticos” e de interesses particularistas, constituíram forte influência a despeito dos elementos técnicos, carecendo ser enfrentados para fortalecer a gestão regional na Bahia. Tais enfrentamentos ultrapassam o espaço setorial da saúde e dependem de transformações mais amplas da sociedade baiana.

Essa visão republicana, essa visão mais socializante assim da vida, da organização das pessoas e tal, é uma coisa que não é hegemônica na sociedade baiana, entendeu? Eu acho que isso contribui muito também. As pessoas assumem espaços de poder, elas estão sempre, muitas delas, buscando o favorecimento, buscando a vantagem. Ou quando essa vantagem, esse favorecimento não é em termos de capital econômico ou financeiro, ela é em termos de capital político, porque não me importa se é certo que município tal seja pólo de microrregião, ou que município tal receba não sei quantas mil AIH. Me importa é que, se ele receber, eu vou ter a garantia dele de que ele vai colaborar comigo com tantos mil votos na próxima eleição e eu quero me reeleger deputado estadual, entendeu? Os princípios que guiam as ações das pessoas... né... as finalidades que conduzem as ações... a ação das pessoas, que é a hegemônica no país hoje, é do favorecimento, é do jogo político em que o voto é o mais importante, em que o favorecimento econômico é mais importante. Isso é muito, é muito forte! É difícil! Não é fácil você lidar com isso! E26-BA

Há uma arena de trocas clientelistas ou um jogo de poder, no qual uma das regras é o favorecimento e a obtenção de vantagens para converter-se em ganhos eleitorais que, segundo relatado, é a finalidade que guia a ação dos políticos e, em alguma medida, acaba influenciando a ação dos gestores. Um dos entrevistados baianos foi enfático ao afirmar: *“Eles só pensam em política vinte e quatro horas do dia!”* Tal relato referiu-se à quantidade de reuniões marcadas pelo prefeito e seu grupo político para traçar acordos e estratégias focando nas eleições.

Outros entrevistados também referiram situação semelhante e relataram as interferências das eleições na dinâmica do trabalho institucional estadual e municipal: *“ano passado parou as*

coisas na SESAB porque estava em eleição, ano que vem param as coisas no município porque tá em eleição!"; "cada um preocupado com os seus problemas, em resolver a sua política, o seu prefeito vai tá lhe cobrando isso!"

Pensamos que as diferenças na relação pendular entre os aspectos técnicos e políticos, verificadas nas realidades da Bahia e do Ceará podem estar relacionadas com a trajetória de tais estados, no que diz respeito à reconfiguração das instituições estaduais em diferentes conjunturas político-partidárias, conforme estudado por outros autores.

Na Bahia, mesmo com gestão estadual oposta ao grupo político anterior, no decorrer de 08 anos, apesar dos esforços, contraditoriamente, as mudanças operadas na SESAB não foram suficientes para romper dificuldades advindas da persistência de práticas de fisiologismo político, clientelismo e favoritismo, também identificadas por Paim (2002) no SUDS.

A gente teve todo o esforço de que a influência fosse mínima possível e que o debate técnico predominasse. Quanto menos debate técnico a gente tivesse mais a chance das demandas políticas sobressaírem. A gente tinha secretários municipais, muitos deles, acostumados a tomar decisões com os critérios muito mais políticos, do ponto de vista de quem que é base do governo, de quem que deve ser favorecido, pra quem que deve ir os recursos, do que com critérios técnicos. Então, a expectativa era de que a gente continuasse, de que simplesmente: "Bom, antes era a vez da direita, agora é a vez da esquerda. Então, agora é a nossa vez e a gente tem que ser favorecido." Por incrível que pareça a dificuldade maior era da base e não com quem era da oposição. Convencer de que o critério tinha que ser técnico, de que uma proposta tinha que ser republicana. Não era uma proposta de governo, de situação, era uma proposta para permanecer pro estado da Bahia. Ele tinha que ter outros critérios... ele tinha que ter outra base. E26-BA

Tais achados convergem com análises de outros autores sobre a realidade baiana. Ávila (2013) identificou dificuldades para implementação de uma política diferente e inovadora, sendo um desafio colocar em curso uma nova forma de "fazer saúde", através de estrutura organizacional eivada de vícios e de práticas clientelistas como SESAB. Análise de Araújo, Ferreira e Nery (1973) já sinalizava uma realidade sócio-cultural sustentadora de hábitos políticos que influenciava negativamente as equipes dos Centros Executivos Regionais, conduzindo-os, na prática, à adoção de uma conduta mais política do que técnico-administrativa.

Estudo de Molesini (2011) revelou que, durante a campanha para eleições municipais, surgiram demandas que interferiram na gestão da SESAB. A estratégia do governo, eleito em 1987, foi constituir um grupo político sem participação dos dirigentes da SESAB, para

construção de um programa específico com estratégias e ações de saúde, envolvendo contratação de médicos, aquisição de medicamentos, ambulâncias, dentre outros, com objetivos eleitorais para apoio aos candidatos do governo (MOLESINI, 2011).

Desse modo, na Bahia, o governo manteve práticas clientelistas, tornando a saúde moeda de troca para ganhos de apoio político-partidário e eleitoral. Isto perdurou por décadas e está refletido na atual conjuntura, posto que os entrevistados baianos foram unânimes em afirmar o peso das influências partidárias na gestão estadual, com algumas afirmações enfáticas, do tipo: “*a influência do processo político-partidário também é um problema seríssimo. Muito pesado. Influencia muito! Estaria entre o maior de todos.*”

No Ceará, as entrevistas e as observações de reuniões, bem como os documentos analisados são convergentes em revelar o peso dos elementos técnicos na condução da regionalização no CE. Análises de outros autores (ABU-EL-HAJ, 1999; BONFIM, 2002; NOLASCO-LOPES, 2010; COSTILA e NOBRE, 2011) já revelaram o propósito de romper com a política de clientela e interferências político-partidárias nas instituições cearenses, no sentido de fortalecê-las tecnicamente.

Estudo de Costilla e Nobre (2011), sobre as contradições da hegemonia liberal revela, a partir do projeto das mudanças na “era Tasso”, uma nova forma de gestão pública pautada no profissionalismo de seus quadros e fim da intermediação política pautada na troca de favores e recursos públicos por votos, visando eliminar as práticas clientelísticas e seus efeitos sobre a burocracia estatal, bem como a mudança de mentalidade no estado e resgate da credibilidade das ações governamentais.

Conforme análises de Bonfim (2002), houve consolidação de elite tecnocrática na liderança das políticas públicas cearenses, levando técnicos a ocupar postos-chave⁹⁶ na burocracia estatal. Por outro lado, também revela a consolidação dessa forma de administrar, acomodando-a com a manutenção de aspectos típicos da política tradicional brasileira, sobretudo nordestina.⁹⁷ Esse processo manteve-se em conjunturas diferentes, por 10 anos (1987-1997), dando continuidade e permitindo consolidar a ação técnica sem rupturas (BONFIM, 2002).

⁹⁶Mesmo no período do “pacto dos coronéis”, pode-se identificar, entre 1979-1997, a prevalência explícita de técnicos na composição do primeiro escalão dos governos cearenses (BONFIM, 2002).

⁹⁷ Houve a divisão bem demarcada entre política e economia, protegendo núcleo técnico do governo contra interferência política vigente no período anterior; ocorreu a extinção das secretarias vinculadas à barganha política com lideranças do interior e a centralização dessas questões numa secretaria de governo; mudanças de ênfase objetivando maior profissionalização do serviço público estadual, através de concursos internos para cargos

Os depoimentos dos entrevistados e outros estudos indicam que essa tendência permaneceu nas conjunturas posteriores. Segundo Nolasco-Lopes (2010), os técnicos da SESA e da Escola de Saúde Pública acumularam poder e assumiram posições dominantes na elaboração e na operacionalização da proposta de regionalização no estado, além de acumular capital técnico-científico através de cursos e viagens de estudo, nacionais e internacionais. De acordo com Abu-El-Haj (1999), desde 1987, o Ceará apresentou indícios de rompimento com o padrão brasileiro clássico de formulação de políticas públicas, marcado pela fragmentação e pela interferência política abusiva nos mecanismos administrativos. A continuidade surpreendente da política de saúde e a consistência de ações técnicas revelaram mudança significativa no comportamento institucional, fatos novos numa das regiões mais marcadas pelo personalismo político (ABU-EL-HAJ, 1999).

Ao cotejar os resultados desse estudo com análises de Paim (2002) e Abu-El-Haj (1999), denotamos que um dos elementos decisivos para o fortalecimento e a manutenção do status técnico na condução da regionalização, no Ceará, e para o declínio de possibilidades de mudança neste sentido, na Bahia, esteja nas diferenças da sustentação política das mudanças propostas nos referidos estados.

A despeito da dimensão negativa, identificada nas entrevistas e discutida anteriormente, alguns entrevistados também revelaram a dimensão positiva do político e a importância da articulação com os elementos técnicos para a gestão regional, no sentido de que não pode, nem deve, haver uma dissociação entre tais aspectos, tendo em mira o direcionamento e a sustentabilidade das decisões e ações.

*Se não tiver empoderamento político do gestor, por mais informação técnica que ele tenha e conhecimento administrativo, ele vai ter seu alcance limitado. Por outro lado, também não adianta ele entrar empoderado se não tiver nenhuma capacidade técnica, administrativa, pra utilizar esse empoderamento que por alguma natureza foi estabelecido. Então, realmente, acho que você precisa, pra utilizar essas capacidades gestoras, você precisa ter profissionais técnicos que tenham não só um poder político que garanta uma certa autonomia e capacidade gestora, quanto condições técnicas e administrativas de exercê-las. **E12-BA***

O técnico-político, esse pra nós ele é essencial... Essa questão política, quando o processo de decisão, ele se aparta do trabalho técnico, do conhecimento técnico, você

começa a ter ações de intervenção que, muitas vezes, não vai no rumo do que tecnicamente tá posto como necessário. E08-CE

Ainda que a indissociabilidade entre os aspectos técnico-políticos tenha sido reconhecida como importante nos dois estados, os desdobramentos práticos disso foram diferentes no histórico da regionalização, nas respectivas realidades estaduais. Além da valorização do preparo técnico, há preocupação em buscar a viabilidade política das ações e propostas elaboradas tecnicamente. Isso foi algo identificado nos relatos e nos documentos sobre a trajetória da implantação da regionalização no Ceará.

Trabalhando o conhecimento para que você pudesse ter um referencial teórico do que era ideal, pra que você pudesse de frente àquela realidade, você estar fazendo as intervenções... E eram feitos os planos de intervenção com o compromisso dos gestores de que esses planos fossem apresentados em fóruns... a gente apresentava essas intervenções e era discutida a viabilidade política. Juntamente com o técnico. Tivemos muitos avanços, também tivemos muitas intervenções que foram postas e que foram tecnicamente julgadas como adequadas, mas politicamente não tinha possibilidade de serem implementadas. E08-CE

*Existe um corpo de profissionais, no estado do Ceará, que faz com que haja um avanço dessas políticas... E outra questão é a questão política de que **essas ideias sejam recepcionadas politicamente e sejam desenvolvidas**. Porque uma coisa é você ter ideias. Outra coisa é você ter ideia e colocar pra pessoa certa, na hora certa pra ela recepcionar a sua ideia! E ela comprar a sua ideia. E aí, você colocar em prática e fazer ela acontecer... Por que o estado do Ceará, ele avança tanto? Eu não digo que é uma questão de sorte, mas é **uma questão de você ter políticos que procurem bons técnicos pra ter o seu assessoramento. Ou que nem que procurem, mas que enxerguem na sua estrutura esses técnicos**. E06-CE*

Poderíamos dizer que há uma via de mão dupla no cenário cearense: as ideias e propostas técnicas buscam ser viabilizadas politicamente e as decisões políticas buscam ser viabilizadas tecnicamente. Além disso, a construção das decisões e ações técnico-políticas são construídas de modo a envolver municípios e os âmbitos regional e central da SESA. Esta inter-relação foi identificada em marcos fundamentais da regionalização no estado, tais como: a implantação dos sistemas microrregionais, nos anos 90 e 2000; a implantação das policlínicas e CEO regionais através da criação dos consórcios públicos de saúde, nos anos 2010; a elaboração e assinatura do COAP, também nos anos 2010. Além dos documentos, também encontramos evidências disso em entrevistas com diversos gestores, tal como ilustrado a seguir.

O processo do COAP, ele se iniciou por uma decisão política. Não foi uma decisão técnica. Embora que tenha, após a decisão política de adesão ao COAP, isso foi uma discussão no gabinete do próprio governador e depois lá no gabinete do ministro, com a representante da APRECE⁹⁸, eles tomaram essa decisão de fazer a adesão ao COAPE. E foi feito uma primeira reunião, que o governador colocou: “Bom, a decisão política de aderir, de fazer a adesão ao COAP, ela tá posta. Agora, nós temos que ouvir os técnicos, pra que eles possam dizer se essa decisão, ela pode ser viabilizada ou não.” Então, se fez um grande fórum com participação de prefeitos, de diretores regionais, de profissionais, de conselho, tudo. E lá foi colocado em plenária mesmo, se nós iríamos partir pra esse processo. A APRECE, ela reafirmou o compromisso, os prefeitos reafirmaram. E chegou pra o estado, quem tomou essa decisão foram os coordenadores regionais. A princípio fiquei totalmente calado, no sentido de aguardar pra ver qual era a tomada de decisão dos coordenadores regionais, já que se tratava de um processo de construção eminentemente regional. E esperei pra ouvi-los, os 21 coordenadores. Eles todos decidiram ir em frente nesse processo. E depois que eles tomaram essa decisão, no segundo momento foi dar o suporte técnico-operacional pra que o COAP, de fato, fosse construído. E08-CE

No cenário baiano, denotamos que os elementos técnicos não são suficientemente valorizados e fortalecidos, concorrendo para a primazia da interferência político-partidária no âmbito regional e central, de modo que, parafraseando um dos entrevistados, “o político está sempre amarrando a saúde de todas as formas.” Cabe destacar que, nessa configuração estadual, há ressalvas para a área de Vigilância à Saúde, cujos relatos sinalizaram fortalecimento de poder técnico capaz de minar o atravessamento político-partidário eleitoral. Também não identificamos o envolvimento e a articulação entre municípios e os âmbitos regional e central da SESAB, tal como no Ceará.

Portanto, as evidências apontam que o maior êxito da regionalização no Ceará relaciona-se ao fortalecimento do poder técnico (municipal, regional e estadual), alicerçado em conhecimentos e informações técnico-científicas, articulado à mobilização de interesses para implementar as ações necessárias, remetendo ao poder político. Assim, a importância da sensibilização e do envolvimento das pessoas, no sentido de mobilizar coletivos para a concretização de mudanças. A transformação das pessoas incide sobre a transformação do trabalho, do mesmo modo que a transformação do trabalho incide sobre a transformação das pessoas.

⁹⁸ Associação das Prefeituras do Estado do Ceará.

O processo, vivenciado no Ceará, de redirecionamento do papel estadual e atuação da Coordenação das Microrregionais de Saúde (COMIRES) na implantação dos sistemas microrregionais contou com resistências. Conforme registrado em documento institucional, o processo de implantação da Microrregional de Baturité (projeto piloto) foi liderado pela COMIRES, enfrentando um duplo desafio – interno e externo. O primeiro, dentro da própria SESA, referiu-se à necessidade de convencer as diversas instâncias de poder intermediário, com resíduos da cultura de compartimentalização, centralização e incompreensão sobre o novo papel regulador e de pactuação do nível estadual, para participarem ativamente do novo modelo de descentralização, focado em microrregiões de saúde. O segundo, foi a nível dos municípios da microrregião, objetivando envolvê-los no processo de pactuação e parcerias para conformação do desenho microrregional com seleção de espaços de maior concentração tecnológica (CEARÁ, 2002a).

Portanto, houve intenção de internalizar a implantação de microrregionais de saúde, como estratégia que a SESA adotaria nas diretrizes políticas de organização dos serviços de saúde (CEARÁ, 2002a). Para isso, o envolvimento e a participação ativa dos diferentes atores e instâncias foi algo objetivado desde o início, no sentido de institucionalizar e fortalecer o processo da regionalização pretendida e viabilizar as ações necessárias com o coletivo de servidores do quadro técnico da SESA e também com os prefeitos, técnicos e secretários municipais. Esses fatos foram identificados de modo convergente em documentos institucionais e entrevistas.

Adotamos a estratégia de institucionalizar esse processo como sendo da Secretaria Estadual de Saúde e não apenas do grupo técnico, envolvendo a participação de outros técnicos, além dos especialistas das áreas temáticas, para os encontros de avaliação. Sempre que possível levávamos algum técnico para conhecer o trabalho na microrregião e cada pessoa que ia a Baturité voltava com outro olhar para a organização que se chamava microrregião de saúde. Essas pessoas passavam, de fato, a sentir que o processo era sério, que os interessados diretos estavam plenamente envolvidos e começavam, de alguma forma, também a viabilizar para que as coisas se desenvolvessem nesse sentido.” (CEARÁ, 2002a, p. 33).

E teve uma coisa que fortaleceu muito a gente. Foi exatamente aquele momento que eu falei pra você, quando começamos a fazer a revisão do processo de regionalização da saúde, propriamente dita, com o envolvimento do Eugênio Vilaça, dos consultores espanhóis, financiados pelo DIFID, que nós construímos um processo de oficina né, essas oficinas sistemáticas aonde a questão da abordagem de análise situacional era feito por todos os atores. Envolvimento, passamos a ter o envolvimento dos prefeitos nesse processo, então há um reconhecimento dos municípios de que essa estrutura, ela

tinha que ser cada vez mais fortalecida... Regional. Os prefeitos, eles vem, eles reivindicam, inclusive, que essa estrutura seja fortalecida. E08-CE

De início, houve o primeiro encontro microrregional com prefeitos, secretários municipais e estadual de saúde, assessores e representantes do Departamento Regional de Saúde para discutir a viabilidade do projeto piloto. Em seguida, houve diversos encontros com consultor externo⁹⁹ para fundamentação teórica de todos do nível técnico diretivo da SESA sobre o processo de microrregionalização dos serviços de saúde, os quais disseminaram essa discussão com os demais profissionais de suas áreas de trabalho. Posteriormente, houve a participação de representante da Escola de Saúde Pública do Ceará no sentido de desenvolver metodologia para preparação dos gestores municipais. Dentre as estratégias operacionais para implementação da Microrregião de Baturité esteve a sensibilização dos gestores e a realização de Curso de Aperfeiçoamento em Gestão dos Sistemas Microrregionais, com 17 áreas temáticas, que *“tinha o objetivo mais de sensibilizar e envolver as pessoas para a nova proposta do que de capacitá-las”* (CEARÁ, 2002a, p.34).

Neste sentido, destacamos o papel estratégico dos processos de capacitação e educação continuada para mudança comportamental e ética, tendo em vista a constante luta político-ideológica em busca de alterações na visão de mundo (PAIM, 2002). A partir das considerações desse autor, depreendemos que tais estratégias para envolvimento das pessoas pode representar um dos elementos que contribuíram para os diferentes caminhos percorridos pela regionalização na Bahia e no Ceará.

Na Bahia, houve um Curso de Gestão Regionalizada¹⁰⁰ (BAHIA,2009) desenvolvido entre os anos de 2009 e 2010, com participação de técnicos do nível central da SESAB, coordenadores e técnicos das DIRES, além de representantes de universidades. Este curso correspondeu a um movimento com potencialidade de instaurar mudanças na regionalização do estado, mas houve um enfraquecimento do processo, conforme um dos entrevistados. Nesse período, já era visível e comentada a fragilidade das DIRES, do CGMR e não participação dos gestores desta região. Certamente, os processos de formação e aprimoramento de gestores é um aspecto importante,

⁹⁹ Durante década de 90 e anos 2000, o Ceará contou com financiamento do Department for International Development (DIFID), participação de consultores espanhóis e de Eugênio Vilaça Mendes, como consultor externo da SESA para implantação dos sistemas microrregionais de saúde, conforme relatado em entrevistas e verificado em documentos.

¹⁰⁰ Curso desenvolvido com consultoria de Alcindo Ferla e Ricardo Ceccim.

mas que, isoladamente, não é suficiente para alterar o cotidiano da gestão regional no estado. Outros fatores permaneceram no cenário estadual e regional, tais como a predominância da influência de elementos político-partidários na região, expressa, por exemplo, na manutenção dos diretores regionais indicados partidariamente sem avaliação por critérios técnicos para o exercício da função, além da rotatividade dos mesmos.

Nos documentos que registram o histórico do processo de regionalização no Ceará, em vários momentos, é explicitada a importância da sensibilização e envolvimento de diferentes sujeitos e atores (gestores, técnicos de todas as áreas da SESA, CESAU, população, prefeitos, técnicos), no sentido de mobilizar um coletivo para a ação. Além disso, identificamos que se buscou concatenar elementos técnicos e políticos, em todas as etapas do processo de implementação dos sistemas microrregionais de serviços de saúde, definidos como elementos indissociáveis, além da elaboração de propostas de intervenção transformadas em “*metas mobilizadoras*.” (CEARÁ, 2002). Assim, denotamos que a condução se direcionou para desencadear processos de discussão e análise de problemas que leva à proposição de metas (TESTA, 1992).

Um erro fundamental, conforme Testa (1995), é a perspectiva de associação dos planejadores a um diretor de cena. Contudo, o autor é assertivo ao afirmar que “*a mobilização dos atores na vida real só pode partir dos próprios atores*” (TESTA, 1995, p. 86). Ainda que reconheça que a capacidade de planejamento está desigualmente distribuída entre os atores sociais, Testa (1995) revela que cada ator, com um interesse particular, planejará a melhor estratégia conforme o interesse e o poder que se disponha.

Assim, denotamos que há um território de certa autonomia das pessoas, por isso a importância de mobilização dos sujeitos (trabalhadores, gestores, usuários) para a implementação de processos. As evidências permitem afirmar que, no Ceará, o envolvimento e a mobilização dos sujeitos foi parte de estratégia catalisadora para fortalecer a implementação de processos de mudanças no sistema de saúde, estruturadas em sistemas regionais.

Testa (1995) revela a importância do traçado da estratégia no sentido de considerar o tipo de interesse que mobiliza o ator e o poder de seu alcance. Formulação de proposta estratégica no intuito de levar adiante um projeto, cujo destinatário é a consciência dos sujeitos no espaço setorial, com intenção de transformá-los em atores para que possam intervir desempenhando seus

papéis, conforme suas possibilidades objetivas e o nível de consciência alcançado (TESTA, 1995).

Neste sentido, ao discutir a importância do envolvimento e da mobilização de sujeitos, é importante destacar que gestores, no Ceará e na Bahia, sinalizaram preocupação diante do que chamaram de “*ausência de militância*” ou de falta de protagonismo diante da atual crise do SUS no cenário político-econômico brasileiro.

Eu acho que teve alguma mudança pra pior. Pra pior! Eu tenho uma militância na gestão da saúde de 20 anos... E eu via, naquela época, mais militantes da saúde... militantes gestores! E09- CE

Abre a Folha do Estado, a Folha de São Paulo, o Globo... Vê onde é que tem saúde ali. Tem nada! Aliás, tem plano complementar, um negócio da Rede Globo, saúde complementar. Não tem algo voltado... Nós já fomos mais vivos. Nós já fomos mais vivos, entendeu? Então, essa dinâmica que eu acho que é o quê tá precisando. E35-BA

Tais preocupações sinalizam a necessidade da constituição de atores, como prática ideológica, estratégica e política, conforme sinalizado por Testa (1995), no sentido de desencadear processo de mudanças no SUS. Assim, para além da atuação e da militância dos gestores, é fundamental problematizar a participação popular e o controle social como parte do processo de gestão regional do SUS. Tal inserção ocorreu de modo diferenciado nos dois estados.

No Ceará, documento de 1998 já previa a criação de Conselhos Microrregionais de Saúde, no sentido de garantir o controle social no âmbito regional (CEARÁ, 1998). Em 1999, houve reavaliação da proposta anterior pelo CESAUC-CE, que optou pela organização de Fóruns Microrregionais Permanente de Conselheiros de Saúde, cuja proposta foi incorporada ao Projeto Piloto da Microrregião de Baturité. (CEARÁ, 2006).

Ressaltamos que o início dos seminários de discussão dos sistemas de saúde microrregionais ocorreu com curso voltado para gestores, mas identificou-se que os municípios estavam tecnicamente e politicamente envolvidos devido aos encontros de sensibilização, mas a população não tinha sido envolvida. Para iniciar esse processo de mobilização social, houve a viagem de técnicos para conhecer a experiência em Minas Gerais e a contratação de consultoria¹⁰¹ nessa área. A partir daí, foi realizado diagnóstico e seminário temático com representantes de Conselhos Municipais de Saúde, promotores públicos e técnicos que

¹⁰¹ Gilson Carvalho foi consultor para formulação de proposta para o Controle Social a nível regional no Ceará, resultando na formulação e posterior aprovação dos Fóruns Regionais de Conselheiros de Saúde, conforme relatado em entrevistas.

elaboraram projeto de mobilização junto à população, pois o processo de implantação havia sido iniciado antes do envolvimento da mesma (CEARÁ, 2002a).

No ano de 2003, houve a criação dos Fóruns Microrregionais de Conselhos de Saúde nas vinte e uma regiões de saúde do estado do Ceará (CEARÁ, 2003). Posteriormente, em 2007, foi publicada lei estadual estabelecendo a incorporação dos fóruns microrregionais à estrutura básica do Conselho Estadual de Saúde (CEARÁ, 2007). Portanto, verificamos que a preocupação em criar estrutura de participação e controle social no SUS fez parte do processo de regionalização desencadeado no Ceará.

Ainda que tenha sido criado para acompanhamento das políticas regionalmente, percebemos fragilidades na implementação do fórum microrregional da 1ª e da 22ª regiões de saúde, a ser conduzida com apoio da CRES, mas, conforme relato, não estava “*funcionando bem*”. Em conversa com servidores da CRES, denotamos lacunas expressas, por exemplo, em deficiências nas articulações, não realização de reuniões necessárias, desconhecimento de técnicos da CRES quanto à existência, à forma de funcionamento e de condução da referida instância. Tal situação é ilustrada por um dos entrevistados ao afirmar que “*dentro da própria regional, eu acho que é uma situação que não tá tendo o acompanhamento devido.*” As evidências sinalizam que a inserção do controle social na gestão regional, ainda que tenha sido pensada e formalizada no Ceará, mostrou frágil implementação.

No caso da Bahia, identificamos que a aproximação do controle social com o processo de regionalização ocorreu de forma tardia. Ao serem questionados sobre o controle social na gestão regional, todos os entrevistados foram unânimes em apontar problemas acerca do controle social, no âmbito municipal, e a inexistência de qualquer instância ou atuação do controle social ligada à região de saúde. Alguns entrevistados foram bastante enfáticos ao afirmar as lacunas no controle social em relação ao processo de regionalização no estado.

Eu vou lhe dizer que eu posso estar totalmente equivocada, controle social zero. E12-BA

Se perguntar: “Como é que tá o controle nessa questão da regionalização?” Zero! O CES participou agora porque houve um movimento! O movimento foi pra cima, porque também o governador não ouviu! Porque senão não ia discutir, e aí se perguntar: “Qual é a política hoje que os conselheiros pensam que deve ser a regionalização?” Não pensa! Não sabe! A gente tá discutindo agora, ouvindo as pessoas e tal, entendeu? E26-BA

Outro aspecto que reflete a diferença da inserção do controle social no processo de regionalização nos respectivos estados, diz respeito à criação de Câmaras Técnicas. Em 2001, foi instituída a Comissão Regional de Acompanhamento da Regionalização da Assistência do SUS – Ceará, a qual transformou-se em Câmara técnica em 2003, tendo como funções acompanhar todo processo de regionalização, inclusive a apreciação de planos regionais e estaduais, com recomendações e aprovações pelo CESAU. Na Bahia, em 2015, catorze anos após o CESAU-CE, é que foi criada uma Comissão de Regionalização no Conselho Estadual de Saúde na Bahia, tendo em vista o tensionamento gerado com a reforma administrativa e extinção da DIRES.

Os elementos apresentados neste capítulo encontram-se descritos no quadro 14 com a síntese comparativa IV.

Quadro 14 - Síntese Comparativa IV – Assimetrias de poder e gestão regional¹⁰²

Área Metropolitana de Fortaleza – Ceará	Área Metropolitana de Salvador – Bahia	Fontes
<p>Coordenadores das CRES e diretores das policlínicas e CEO regionais, admitidos mediante seleção pública e com formação técnica específica para a função através de curso de gestão pública realizado pela ESP.</p> <p>Inserção de residentes da ESP na 1ª CRES, atuando em diferentes áreas técnicas (Planejamento, AB, VIEP, rede cegonha, orçamento), além de participar de comissões e reuniões, inclusive CIR</p> <p>CRES como “células” regionais da SESA, reforçada pelos técnicos do nível central. Embora alguns setores/técnicos do nível central tendem a fazer fluxo “pulando a CRES”, mas CORES exercendo o papel de fortalecimento/articulação das regionais</p> <p>Credibilidade e legitimidade das CRES diante dos municípios da região e do nível</p>	<p>Rotatividade dos dirigentes da 1ª DIRES, admitidos mediante indicação política, sem processo de seleção para avaliação de perfil técnico-profissional. Com criação dos NRS, permanece a forma de indicação dos coordenadores regionais.</p> <p>DIRES enfraquecidas, com manutenção da fragilidade/dependência técnica, administrativa e política do nível central.</p> <p>Problemas de credibilidade e legitimidade das DIRES diante dos municípios da região e do nível central da SESAB</p> <p>Fragilidades em relação a infra-estrutura – problemas de estrutura física, de transporte, de veículos, de equipamentos, de pessoal</p> <p>1ª DIRES exerce orientação e acompanhamento dos municípios limitados às ações de Vigilância da Saúde,</p>	<p>Entrevistas, Diário de campo e Observação participante</p>

¹⁰² Estes resultados correspondem às evidências constatadas no período de coleta de dados em campo, posteriormente podem ter havido mudanças.

<p>central da SESA</p> <p>Fragilidades em relação a infra-estrutura – problemas de estrutura física, de transporte, de veículos, de equipamentos, de pessoal</p> <p>1ª CRES exerce orientação e acompanhamento dos municípios em variadas áreas: Vigilância Epidemiológica, Vigilância Sanitária, Atenção Básica, Sistemas de Informação, Regulação, Planejamento e Programação, inclusive coordenando o processo de elaboração e acompanhamento do COAP na região de saúde</p> <p>Descentralização orçamentária para a 1ª CRES e capilarização das políticas de saúde para os municípios via CRES.</p> <p>Existência de coordenação específica no nível central, para articulação da gestão nas regionais (CORES)</p> <p>Reuniões mensais de todas as CRES com CORES, cujo agendamento é em função das datas das plenárias do COSEMS e reuniões da CIB.</p> <p>Tendência da CRES da Região Metropolitana da capital ser mais enfraquecida quando comparada às de outras regiões de saúde do estado.</p> <p>Grande influência política da capital e relação direta com nível central da gestão estadual sem passar pelo nível regional. Demais municípios da Região Metropolitana não realizam fluxo direto para nível central da SESAB, diferente da capital.</p> <p>Estado com papel majoritariamente de apoio técnico e coordenação do processo de regionalização</p> <p>Repasse de recursos para municípios com valores acima da tabela SUS.</p>	<p>sobretudo, Vigilância epidemiológica, além de Atenção Básica e atividades de Educação em Saúde com profissionais dos municípios. Ações ligadas ao Planejamento, Programação, Regulação, Orçamento são concentradas no nível central.</p> <p>Centralização orçamentária e frequente necessidade de participação de técnicos do nível central em reuniões para orientação e discussão com os municípios acerca da implementação de políticas. Inexistência de coordenação específica no nível central para articulação com instâncias regionais.</p> <p>Não identificação de nenhuma reunião/momento sistemático de articulação entre nível central e todas as DIRES.</p> <p>Relatos da existência anterior de colegiado de gestores de DIRES ligado ao GASEC com foco na discussão de problemas administrativos das regionais.</p> <p>Tendência da DIRES da Região Metropolitana da capital ser mais enfraquecida quando comparada às de outras regiões de saúde do estado.</p> <p>Grande influência política da capital e relação direta com nível central da gestão estadual sem passar pelo nível regional. Demais municípios da Região Metropolitana também realizam fluxo direto para nível central da SESAB.</p> <p>Estado ainda com forte papel de prestador de serviços e postura centralizadora. Funções de apoio técnico e coordenação da regionalização ainda muito fragilizadas e não reconhecidas pelos municípios.</p> <p>Repasse de recursos com valores diferenciados entre os hospitais municipais (tabela SUS) e os hospitais filantrópicos ou sob gestão indireta (acima da tabela SUS).</p>	
--	---	--

<p>Política estadual de definição e financiamento com recursos do tesouro estadual para fortalecimento de serviços municipais e regionais (hospitais pólos, hospitais estratégicos e hospitais de pequeno porte).</p> <p>Relação de parceria entre municípios e estado, com exercício de autonomia e protagonismo dos municípios.</p> <p>Reconhecimento do COSEMS-CE por municípios e estado devido atuação no fortalecimento técnico dos municípios e influência na construção da política de regionalização.</p> <p>Trajetória de iniciativas e protagonismo do estado em relação às normatizações ministeriais.</p> <p>Existência de Fórum Regional de Conselheiros de Saúde, instância regional de controle social para articulação com a gestão regional. O Fórum faz parte de estrutura e regimento do CESAU, inclusive com acompanhamento pelos assessores, embora reconhecendo fragilidades.</p>	<p>Conflitos acerca da indefinição do comando único e da concentração de rede de serviços e recursos com o estado.</p> <p>Relação contraditória de dependência e tutela entre os municípios e o estado, associado a conduta centralizadora.</p> <p>Pouco reconhecimento do COSEMS-BA pelos municípios, sendo associado a uma atuação distanciada dos mesmos e frágil na construção da política de regionalização.</p> <p>Trajetória com processo lento de adesão às políticas após normatização ministerial.</p> <p>Inexistência de instância regional de controle social nem qualquer vinculação com o CES.</p>	
--	--	--

9 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A indiferença é o peso morto da história. É a âncora que paralisa o inovador, a matéria inerte onde se afogam, frequentemente, os mais esplêndidos entusiasmos, o pântano que circunda a velha cidade e a defende melhor do que as mais sólidas muralhas, melhor do que o peito dos seus guerreiros, já que traga em suas areias movediças os que a combatem e os dizima, os desencoraja e, muitas vezes, os faz desistir do empreendimento heroico.
(Coutinho, 2011, p. 59).

Certamente são reflexões preliminares, mais ponderações do que marcos conclusivos, não isentas de possíveis equívocos. Todavia, arriscamo-nos em fazê-las, pois acreditamos que essa trajetória de análise, pautada em aproximações sucessivas, que oscilam entre teoria e realidade, ainda que passível de desvios, certamente corrigíveis, levam-nos ao aprendizado mais profícuo. Inaceitável é a inércia ou a indiferença.

O atual panorama do processo de regionalização e da gestão regional do SUS, na Região Metropolitana de Salvador e na Região Metropolitana de Fortaleza, apresenta similitudes e diferenças, as quais se relacionam com a trajetória histórica trilhada pelos dois estados, nas diferentes conjunturas instauradas nos mesmos. Foram considerados aspectos relativos ao desenvolvimento político-institucional do setor saúde, ao Movimento Sanitário e à configuração das secretarias estaduais de saúde; bem como elementos que transcendem o âmbito setorial, relacionados com especificidades do desenvolvimento das regiões metropolitanas e particularidades histórico-políticas dos respectivos estados.

Houve modificações na administração pública cearense de combate a práticas clientelistas e de reforço da dimensão técnica, influenciando a permanência de dirigentes e técnicos vinculados ao Movimento Sanitário na condução da política de saúde estadual. Constatamos diferenças no perfil e no histórico dos secretários estaduais de saúde e na composição da equipe técnica dirigente das secretarias estaduais, relacionada à trajetória de continuidade técnico-administrativa no cenário cearense e de descontinuidade no cenário baiano.

A rotatividade de técnicos e descontinuidade na gestão tende a fragilizar o papel e a atuação da secretaria estadual de saúde, expondo a regionalização ao processo de instabilidade institucional da SESAB. No Ceará, houve uma continuidade técnico-política e administrativa na

SESA, com conseq3uente estabilidade e fortalecimento institucional, permitindo direcionalidade do processo de descentralização, municipalização e regionalização.

Há desafios que se inserem no âmbito do processo de regionalização, sobretudo de dimensão política e estrutural, como as relações federativas e o financiamento, ambos relacionados com o histórico e as características do federalismo brasileiro. Por outro lado, também acumulam especificidades, próprias das regiões metropolitanas como a metropolização acelerada, a concentração de serviços e o papel de centralidade da capital.

A conurbação e as relações de interdependência entre os municípios geram fluxos dos usuários no território metropolitano que extrapolam os traçados e as estratégias de organização dos serviços definidas pelos gestores, carecendo alternativas de planejamento, financiamento e intervenções regionais metropolitanas intersetoriais e compartilhadas. Tais aspectos foram constatados de modo semelhante nas Regiões Metropolitanas de Fortaleza e de Salvador.

Ao tempo em que o sistema de saúde das capitais desempenha um papel fundamental nas regiões de saúde do território metropolitano, também é relevante o êxito dos municípios adjacentes e a organização de serviços de referência para a região de saúde, fora das capitais, no intuito de reduzir a dependência das mesmas. Tal perspectiva de organização foi identificada no Ceará.

A organização e o funcionamento da CIR Salvador e da CIR Fortaleza apresentou semelhanças no que diz respeito à ausência das capitais; à pautas marcadas por demandas de portarias ministeriais que implicam captação de recursos; aos temas mais polêmicos relacionados ao financiamento e ao (des)cumprimento da PPI. As diferenças foram acentuadas no tocante à preparação do ambiente, às formas de registro e arquivamento das informações, à atuação da secretaria executiva e à participação do coletivo de técnicos das instâncias regionais das respectivas secretarias estaduais. Destacamos a concepção de descrédito e de enfraquecimento da CIR, no cenário baiano, tendo em mira ausência de deliberações acerca da PPI e do planejamento regional.

As respectivas regiões metropolitanas apresentam desigualdades intrarregionais, sendo que capitais assumem e exercem posição superior diante dos outros municípios da região, tendo em vista aspectos financeiros, rede de serviços, possibilidades de investimento e captação de recursos. As desigualdades entre os municípios de grande, médio e pequeno porte delineiam uma hierarquia refletida em relações assimétricas de poder político, técnico e administrativo entre os

gestores, repercutindo nos posicionamentos e graus de influência nos processos de negociação e pactuação nas instâncias intergestores.

Há esforço para construção do consenso considerado um processo positivo e inovador das comissões intergestores do SUS, do ponto de vista de fóruns que reúnem entes federados no Brasil. Contudo, o consenso emergiu vinculado a uma obrigatoriedade induzida normativamente e condicionada a prazos ministeriais, e não necessariamente vinculado a um processo de diálogo ou entendimento, nem produto de critérios técnicos, privilegiando a equidade regional ou outros princípios basilares do SUS.

Os problemas relativos à PPI e ao subfinanciamento do SUS são os pontos mais convergentes entre os cenários estaduais e metropolitanos estudados. Tais problemas estão imbricados e protagonizam influência na relação entre os municípios, apontando a disputa por recursos como um entrave para relações mais cooperativas. Embora existam iniciativas de cooperação e de responsabilidade sanitária, identificadas no cenário cearense, as relações cooperativas e solidárias ainda não são hegemônicas nos dois estados, mesmo ocorrendo estratégias informais para compartilhamento de medicamentos, materiais, dentre outros. Ocorrem posturas ainda individualistas dos gestores da saúde, revelando um pensamento regional metropolitano ainda incipiente.

A organização dos serviços regionais e municipais é mais expressiva no Ceará do que na Bahia, sobretudo quando comparado o sistema de saúde de Fortaleza e de Salvador. Todavia, os dois cenários metropolitanos revelam situação semelhante acerca da postura e do posicionamento das capitais. Estas desempenham um papel central, no sentido técnico-político, e são apontadas como o ponto articulador das relações entre os municípios da região, contudo apresentam identidade própria, distanciada dos demais, operando num viés competitivo e de restrição do acesso, afastando-se de uma atuação cooperativa e solidária, diante dos outros municípios da região metropolitana.

As maiores diferenças entre os dois casos analisados dizem respeito aos seguintes aspectos: papel exercido pelo estado na condução do processo de regionalização; atuação das instâncias regionais das respectivas secretarias estaduais de saúde e articulação das mesmas com o nível central; a relação entre os entes estaduais e municipais; a postura do estado acerca do financiamento e da organização da rede de serviços de saúde; a influência dos aspectos técnicos quando comparados aos aspectos político-partidários; bem como a inserção do controle social.

No Ceará, verificamos o papel coordenador do estado na condução da regionalização, cujos elementos foram “*incorporados*” à SESA, havendo correspondência da 1ª CRES como instância regional condutora da regionalização, de fato, operando processos de gestão, regulação, programação e planejamento regionais, tais como a PPI e o COAP, além de realizar articulações entre secretários e prefeitos da respectiva região sob sua responsabilidade.

No caso da Bahia, há preponderância do estado exercendo o papel de prestador de serviços, em detrimento do seu papel coordenador da política de regionalização do SUS. Esta não emergiu como eixo condutor incorporado à instituição, revelando o não fortalecimento da 1ª DIRES, muitas vezes, desconsiderada como condutora da gestão regional, tendo em vista não desenvolver ações vinculadas à regulação, planejamento e programação em saúde. As recentes mudanças, devido a reforma administrativa da SESAB, apontam manutenção dessa fragilidade e/ou retrocessos da regionalização no estado.

Assim, podemos afirmar que cenários onde há fragilidade de poder técnico, administrativo e político das instâncias regionais das secretarias estaduais de saúde, comprometem a credibilidade e a legitimidade das mesmas para conduzir processos e articulações fundamentais para a gestão regional, repercutindo na organização e no funcionamento da CIR. É fundamental que os estados assumam a coordenação da regionalização, no sentido de conduzir a articulação política do processo, além de apoiar técnica e financeiramente os municípios. Além disso, evidenciamos a importância de uma relação de parceria, não tutelada, entre os entes estadual e municipal na tomada de decisões e na implementação de mudanças no sistema de saúde regional.

Há o reconhecimento quanto à necessidade de descentralização de recursos do governo federal, mas também reforçamos que a postura estadual de descentralização de recursos, para fomentar a sustentabilidade da prestação dos serviços pelos municípios, repercute no fortalecimento dos sistemas regionais de saúde. Também destacamos os consórcios públicos como alternativas de cooperação para implantação e funcionamento de serviços de referência nas regiões de saúde. Todavia tais iniciativas carecem de análises quanto à configuração e ao financiamento dos mesmos.

Elementos marcantes do favoritismo, do fisiologismo e do clientelismo político, marcas impregnadas do federalismo e do sistema político no Brasil, emergiram como dilemas para o processo de regionalização nos dois estados, sobretudo mediante a institucionalização das

emendas parlamentares como moeda de troca para ganhos partidários e eleitorais. Contudo, merece destacar que as influências político-partidárias, na organização e na gestão do sistema regional de saúde, apresentaram-se com maior ênfase no estado da Bahia, minando intenções e tentativas de mudanças para fortalecimento de critérios técnicos, que se mostraram mais consolidados no Ceará.

Consideramos que um dos fatores importantes para o êxito da política de regionalização relaciona-se ao fortalecimento do poder técnico (municipal, regional e estadual), alicerçado em conhecimentos e informações técnico-científicas, articulado à mobilização de interesses para implementar as ações necessárias, remetendo ao poder político. Assim, apontamos a relevância da sensibilização e do envolvimento dos diferentes sujeitos e atores, no sentido de mobilizar coletivos para a concretização de mudanças.

Diante de múltiplas experiências de regionalização no país, o estudo de casos múltiplos para análise comparada potencializa a identificação de aspectos restritivos ou catalisadores da gestão regional do SUS, em diferentes cenários regionais, metropolitanos e estaduais. Porém, estudos dessa natureza geram grande volume de dados, os quais demandam maior tempo e maiores recursos para operar os procedimentos analíticos necessários.

Este trabalho, mediante uso de técnicas de pesquisa qualitativa, identificou semelhanças e diferenças acerca do processo de regionalização e de gestão regional do SUS nas Regiões Metropolitanas de Fortaleza e de Salvador, situando-os nos cenários estaduais correspondentes. Estamos cientes da existência de limites no recorte apresentado aqui, dentre eles, o não cotejamento dos relatos com ênfase em experiências internacionais, com uma análise mais detalhada dos Planos Estaduais de Saúde, dos Planos Diretores de Regionalização e com os dados oficiais do SIOPS, acerca do financiamento dos referidos estados, no sentido de conferir ainda mais robustez aos resultados. Tal enfoque pode ser questionado, mas correspondeu ao esforço de análise e de objetivação do grande volume de dados produzidos pelas entrevistas, reuniões e documentos acerca da realidade dos dois casos analisados. Decerto, este estudo revela-nos uma aproximação de um recorte da gestão regional do SUS, nesses cenários metropolitanos e estaduais, cuja intenção não foi de abarcá-los em sua totalidade.

Assim, recomendamos estudos posteriores no sentido de aprofundar outras nuances sobre o tema, ainda pouco explorado embora sua importância no cenário brasileiro. Diante das discussões desencadeadas neste trabalho, originam-se indagações a serem contempladas em

futuras pesquisas e também aspectos fundamentais para as políticas públicas. Ressaltamos que o subfinanciamento do SUS constitui-se num ponto nevrálgico para a gestão regional, impactando nos processos de negociação e de pactuação, os quais apresentaram-se constrangidos pela escassez de recursos. Identificamos o dilema em financiar a implantação e o funcionamento de rede de ações e serviços regionais nos estados. Estabelecer mecanismos de financiamento regional compartilhado, que assegure ações e serviços de saúde para referência loco-regional, emerge como um grande desafio para a regionalização. Tal discussão precisa ser incorporada e enfrentada nos cenários acadêmico e político-econômico brasileiro, no sentido de reafirmar e garantir a implementação dos princípios de universalidade, equidade, integralidade e resolutividade do SUS.

Outrossim, é relevante consolidar uma agenda de pesquisa voltada para a gestão e a organização do sistema de saúde em regiões metropolitanas, tendo em vista os desafios acerca dos processos de metropolização e urbanização. Estes repercutem sobre os problemas de saúde populacionais e sobre o fluxo dos usuários para acessar os serviços de saúde, extrapolando os limites territoriais e demandando planejamento, intervenção e financiamento compartilhados.

10 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ABU-EL-HAJ, J. **A mobilização do capital social no Brasil: o caso da reforma sanitária no Ceará**. São Paulo: Annablume, 1999.

ALMEIDA, M.H.T. de. Federalismo, democracia e Governo no Brasil: idéias, hipóteses e evidências. **BIB**, n. 51, p. 13-34, 2001.

ABRUCIO, F.L. A coordenação federativa no Brasil: a experiência do período FHC e os desafios do governo Lula. **Rev. Sociol. Polít.**, v. 24, p. 41-67, 2005.

ANDRADE, A.B.; BRANDÃO, P.R.B. **Geografia de Salvador**. 2. ed. Salvador: EDUFBA, 2009.

ARAÚJO, J. D. de; FERREIRA, E.S.M.; NERY, G.C. Regionalização dos serviços de saúde pública: a experiência do Estado da Bahia, Brasil. **Rev. Saúde Pública**, v.1, p. 1-19, 1973.

ARRETCHE, M.T.S. **Democracia, federalismo e centralização no Brasil**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2012. 232p.

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

ÁVILA, H.D.D. **A construção do SUS na Bahia: uma história da sua implementação – 1986 a 2006**. Salvador. 2013. 235f. Tese [doutorado]- Instituto de Saúde Coletiva. Universidade Federal da Bahia.

BAHIA. Comissão Intergestores Bipartite do Estado da Bahia. **Resolução 088/2013**. Regimento interno da Comissão Intergestores Bipartite e das Comissões Intergestores Regionais do Estado da Bahia. Salvador, 2013. Disponível em:
<http://www.saude.ba.gov.br/obr/arquivos_download/RESOLU%C3%87%C3%83O%20CIB%20088%20-%2011.04.2013.pdf> Acesso em: 11 ago. 2015.

BAHIA. Comissão Intergestores Bipartite do Estado da Bahia. **Resolução 011/2015**. Regimento interno da Comissão Intergestores Bipartite e das Comissões Intergestores Regionais do Estado da Bahia. Salvador, 2015. Disponível em:

http://www.saude.ba.gov.br/obr/arquivos_download/RESOLUCAO_12_02_2015.pdf> Acesso em: 11 ago. 2015.

BAHIA. Secretaria Estadual de Saúde. **Plano Estadual de Saúde 2012-2015**. Salvador: Secretaria Estadual de Saúde, 2012. Disponível em:

<<http://www.saude.ba.gov.br/images/stories/profissionalgestor/gestaodasaude/RBSPSuplemento2012completo02mar2013.pdf>.> Acesso em: 15 jan. 2014.

BAHIA. Secretaria de Saúde. Superintendência de Recursos Humanos da Saúde. Texto de apoio 4 - Regionalização da Saúde no Estado da Bahia. In: BAHIA. Secretaria de Saúde. Curso de Qualificação para a Gestão Regionalizada do SUS– BA. **Guia de Orientações aos Educandos**. Salvador, 2009. p.26-31.

BAHIA. Secretaria de Saúde. **Plano Diretor de Regionalização**: regiões de assistência em saúde. Salvador: Secretaria Estadual de Saúde, 2007. Disponível em:

<http://www1.saude.ba.gov.br/mapa_bahia/>. Acesso em: 27 jun. 2013.

BAHIA, L. Afinidades comunicativas e as políticas de saúde no Brasil. **Ciênc. Saúde Coletiva**, v.15, n. 5, p. 2281-2282, 2010.

BAUER, M.W. Análise de conteúdo clássica: uma revisão. In: BAUER, M.W.; GASKELL, G.(ed.) **Pesquisa qualitativa com texto, imagem e som**: um manual prático. Petrópolis, RJ: Vozes, 2003. p.189-217.

BONFIM, W.L. de S. De Távora a Jereissati: duas décadas de política no Ceará. In: PARENTE, J.; ARRUDA, J.M. **A era Jereissati**: modernidade e mito. Fortaleza: Edições Demócrito Rocha, 2002. p. 35-62.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº 466 de 12 de dezembro de 2012**. Brasília: CNS, 2012. Disponível em: <<http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>>. Acesso em: 27 jun. 2013.

BRASIL. **Decreto nº 7508, de 28 de junho de 2011**. Regulamenta a Lei nº 8080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa e dá outras providências. Brasília: Ministério da Saúde, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Diretoria de Programa. **Manual Operacional do Projeto de Investimento para a Qualificação do Sistema Único de Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Departamento de Apoio à Descentralização. **Regionalização Solidária e Cooperativa**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006a. 40 p. (Série Pactos pela Saúde, v.3).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Departamento de Apoio à Descentralização. **Diretrizes Operacionais dos Pactos pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006b. 76 p. (Série Pactos pela Saúde, v.1).

BRASIL. Ministério da Saúde. **Norma Operacional de Assistência à Saúde / NOAS-SUS 01/2002**. Portaria MS/GM n.º 373, de 27 de fevereiro de 2002. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

CARVALHO, R.V.A. Virgílio, Adauto e César Cals: a política como arte da chefia. In: PARENTE, J.; ARRUDA, J.M. **A era Jereissati**: modernidade e mito. Fortaleza: Edições Demócrito Rocha, 2002. p. 09-34.

CEARÁ. Comissão Intergestores Bipartite do Estado do Ceará. **Regimento interno da Comissão Intergestores Bipartite Microrregional do Ceará**. Fortaleza, 1997. (mimeo)

CEARÁ. Secretaria da Saúde. **Diretrizes de reorganização da atenção e dos serviços do Sistema Único de Saúde do Estado do Ceará**. Fortaleza, 1998. (mimeo)

CEARÁ. Secretaria da Saúde. **Microrregiões de saúde**: uma opção do Ceará. Fortaleza, 2000. (mimeo)

CEARÁ. Secretaria da Saúde. **Sistemas Microrregionais de Saúde**: a experiência de implantação da microrregião de saúde de Baturité. Fortaleza, 2002a. (mimeo)

CEARÁ. Secretaria da Saúde. **O modo de fazer saúde no Estado do Ceará**. Fortaleza, 2002b. (mimeo)

CEARÁ. Secretaria da Saúde. **Sistemas Microrregionais de Saúde**: uma estratégia de reorganização do SUS-Ceará. Fortaleza, 2002c. (mimeo)

CEARÁ. Conselho Estadual de Saúde. **Resolução 05/2003**. Implantação dos Fóruns Microrregionais de Conselheiros de Saúde nas 21 Microrregiões de Saúde do Estado do Ceará. Fortaleza, 2003. (mimeo)

CEARÁ. Lei 13.959, de 30 de agosto de 2007. Dá nova redação ao art. 3º da Lei nº 12.878, alterada pela Lei nº 13.331, que dispõem sobre a organização e atribuições do Conselho Estadual de Saúde e dá outras providências. **Diário Oficial do Estado do Ceará**, 10 set. 2007. (mimeo)

CEARÁ. Comissão Intergestores Bipartite do Estado do Ceará. **Resolução 128/2008**. Regimento interno das Comissões Intergestores Bipartite Microrregional do Ceará. Fortaleza, 2008. (mimeo)

CEARÁ. Secretaria de Saúde. **Plano Estadual de Saúde 2012-2015**. Fortaleza: Secretaria de Saúde, 2012. Disponível em: <<http://www.saude.ce.gov.br/index.php/politicas-de-saude/compromissos/plano-estadual-da-saude>> Acesso em: 15 jan. 2014.

CEARÁ. Comissão Intergestores Bipartite do Estado do Ceará. **Resolução 30/2013**. Regimento interno das Comissões Intergestores Bipartite Microrregional do Ceará. Fortaleza, 2008. (mimeo)

CEARÁ., Comissão Intergestores Bipartite do Estado do Ceará. **Resolução 122/2014**. Regimento interno das Comissões Intergestores Bipartite Microrregional do Ceará. Fortaleza, 2014. Disponível em: <<http://www.cosemsce.org.br/v2/wp-content/uploads/downloads/2014/10/RESOLUÇÃO-122-REGIMENTO-INTERNO-CIR-REGIONAIS.pdf>> Acesso em: 11 ago. 2015.

CEARÁ. Secretaria de Saúde. **Edital Gab.01/2015**: dispõe sobre o processo de seleção pública para o provimento dos cargos em comissão de coordenador regional de saúde; assessor técnico e assistente técnico das Coordenadorias Regionais de Saúde, integrantes da estrutura organizacional da Secretaria da Saúde do Estado do Ceará e dá outras providências. Disponível em: <[file:///C:/Users/Visitante/Downloads/01_2015%20-%20sesa%20-%20edital%20selecao%20-%20regionais%20sesa%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/Visitante/Downloads/01_2015%20-%20sesa%20-%20edital%20selecao%20-%20regionais%20sesa%20(1).pdf)> Acesso em: 27 out. 2015.

COLLINS, R. **Quatro tradições sociológicas**. Petrópolis/RJ: Vozes, 2009. p.77-102.

COSTA, M.A. (coord.). **Caracterização e quadros de análise comparativa da governança metropolitana no Brasil**: arranjos institucionais de gestão metropolitana. Região metropolitana de Salvador. Projeto: Governança metropolitana no Brasil. Salvador: Instituto de Pesquisa Econômica aplicada - IPEA. Secretária de Desenvolvimento Urbano do Estado da Bahia – SEDUR. 2013a. Disponível em:
<http://www.ipea.gov.br/redeipea/images/pdfs/governanca_metropolitana/rel1_1_rms.pdf>
Acesso em: 20 jan. 2016.

COSTA, M.A. (coord.). **Caracterização e quadros de análise comparativa da governança metropolitana no Brasil**: arranjos institucionais de gestão metropolitana. Região metropolitana de Fortaleza. Projeto: Governança metropolitana no Brasil. Fortaleza: Instituto de Pesquisa Econômica aplicada - IPEA. Instituto de Pesquisa e Estratégia Econômica do Ceará – IPECE. 2013b. Disponível em:
<http://ipea.gov.br/redeipea/images/pdfs/governanca_metropolitana/rel_1_1_rm_fortaleza.pdf>
Acesso em: 20 jan. 2016.

COSTA, B.L.D.; PALOTTI, P.L.M. Federalismo, descentralização e o novo arranjo institucional da política de assistência social: lidando com problemas de coordenação e autonomia. In: HOCHMAN, G.; FARIA, C.A.P (org). **Federalismo e políticas públicas no Brasil**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2013. p. 329-360.

COSTILA, L.O.C.; NOBRE, M.C. de Q. **Dominação e hegemonia burguesa na transnacionalização do capital**: o Ceará na era “Tasso” (1987/2002). Fortaleza: EdUECE, 2011.

COUTINHO, C.N. **O leitor de Gramsci**. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2011. 375 p.

DANTAS, E.; COSTA, M.C.L. **Vulnerabilidade socioambiental na região metropolitana de Fortaleza**. Fortaleza: Edições UFC, 2009.

DANTAS, E.; COSTA, M.C.L.; SILVA, J.B. **De cidade a metrópole**: (Trans)formações urbanas em Fortaleza. Fortaleza: Edições UFC, 2009.

DANTAS NETO, P. F. **Tradição, autocracia e carisma**: a política de Antonio Carlos Magalhães na modernização da Bahia. Belo Horizonte: UFMG; Rio de Janeiro: IUPERJ, 2006.

DANTAS NETO, P. F. **Mudança política na Bahia**: circulação, competição ou pluralismo de elites?. In: CORTEZ, H.; SPINELLI, J. A. (Org.). Nordeste, 2006: os sentidos do voto: análises interpretativas dos resultados eleitorais nos estados do nordeste. 3. ed. Natal: EDUFRRN, 2010. p. 249-281. v.1.

DESLANDES, S.F.; GOMES, R. A pesquisa qualitativa de serviços de saúde – notas teóricas. In: BOSI, M.L.M.; MERCADO-MARTINEZ, F. (orgs.). **Pesquisa qualitativa de serviços de saúde**. 2. ed. Petrópolis: Vozes, 2007. p. 99-120.

DOURADO, D.A.; ELIAS, P.E.M. Regionalização e dinâmica política do federalismo sanitário brasileiro. **Rev. Saúde Pública**, v. 45, n. 1, p. 204-211, 2011.

FARIA, C.A.P.; MACHADO, G.G. A política do espaço e o espaço da política: a ‘expansão negociada’ da Região metropolitana de Belo Horizonte. In: HOCHMAN, G.; FARIA, C.A.P (org). **Federalismo e políticas públicas no Brasil**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2013. p. 247-278.

FEDERICO, L. **Análise da política em saúde**: a contribuição do pensamento estratégico. Salvador: EDUFBA, 2015.

FERREIRA, A.B.H. **Aurélio júnior**: dicionário escolar da língua portuguesa. 2ª ed. Curitiba: Positivo, 2011.

FERREIRA, A.B.H. **Novo dicionário Aurélio da língua portuguesa**. 3ª ed. Curitiba: Positivo, 2004.

FERREIRA, M.P.; DINI, N.P. Tipologia nacional dos colegiados de gestão regional. In: D’ÁVILA VIANA, A.L.; LIMA, L.D. **Regionalização e relações federativas na política de saúde do Brasil**. Rio de Janeiro: Contra Capa, 2011. p. 67-80.

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

GARSON, S.; RIBEIRO, L.C.Q; RIBEIRO, M.G. Panorama atual das metrópoles brasileiras. In: MAGALHÃES, F. (ed). **Regiões metropolitanas no Brasil**: um paradoxo de desafios e oportunidades. Banco Interamericano de Desenvolvimento – BID, 2010. p. 19-44.

GASKELL, G. Entrevistas individuais e grupais. In: BAUER, M.W.; GASKELL, G. (ed.). **Pesquisa qualitativa com texto, imagem e som**: um manual prático. Petrópolis, RJ: Vozes, 2003. p.64-89.

GEREMIA, D.S. **Federalismo e gestão metropolitana para o planejamento territorial dos serviços de saúde**. Rio de Janeiro, 2015, 214f. Tese [doutorado]- Instituto de Medicina Social. Universidade do Estado do Rio de Janeiro.

GIORDANI, J.A. La planificación como proceso social. Un esquema de análisis. **Cuad. Soc. Venezolana Planif.**, v. 3, p. 147-177, 1979.

GODELIER, M. O marxismo e as ciências sociais. In: HOBBSAWM, E.J. **História do marxismo**. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1989. p. 359-387.

GUIMARÃES, M.C.L. Processo decisório e conflitos de interesse na implementação da descentralização da saúde: um estudo das instâncias colegiadas na Bahia. **Cad. CRH**, Salvador, n. 39, p. 105-132, jul./dez. 2003.

HABERMAS, J. **Pensamento pós-metafísico**: estudos filosóficos. Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro, 1990.

HABERMAS, J. Relaciones con el mundo y aspectos de la racionalidade de la acción en cuatro conceptos sociológicos de acción. In: HABERMAS J. **Teoria de la acción comunicativa I**. Madrid: Taurus, 1987. p. 110-146.

HOCHMAN, G. Saúde pública e Federalismo: desafios da Reforma Sanitária na Primeira República. In: HOCHMAN, G.; FARIA, C.A.P (org). **Federalismo e políticas públicas no Brasil**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2013. p. 303-328.

IANNI, A.M.Z. et al. MetrÓpole e região: dilemas da pactuação da saúde. O caso da região metropolitana da Baixada Santista, São Paulo, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, v. 28, n.5, p. 925-934, maio 2012.

KUSCHNIR, R.; CHORNY, A.H. Redes de atenção à saúde: contextualizando o debate. **Ciênc. Saúde Coletiva**, v. 15, n. 5, p. 2307-2316, ago. 2010.

LARA, N.C.; MENDES, A. A regionalização e o financiamento do SUS na Região Metropolitana da Baixada Santista do Estado de São Paulo. **Rev. Fac. Ciênc. Méd. Sorocaba**, v. 17, n. 1, p. 37 – 42, 2015.

LEAL, C.O.B.S. **Análise situacional da Vigilância Sanitária em Salvador**. Salvador. 2007. 152 f. Dissertação [mestrado]-Instituto de Saúde Coletiva. Universidade Federal da Bahia.

LEVI, M.L.; SCATENA, J.H.G. Evolução recente do financiamento do SUS e considerações sobre o processo de regionalização. In: VIANA, A.L.D.; LIMA, L.D. **Regionalização e relações federativas na política de saúde do Brasil**. Rio de Janeiro: Contra Capa, 2011. p. 81-113.

LIMA, L.D. et al. Regionalização e acesso à saúde nos estados brasileiros: condicionantes históricos e político-institucionais. **Ciênc. Saúde Coletiva**, v.17, n.11, p. 2881-2892, 2012.

LIMA, L.D.; QUEIROZ, L.F.N. Processo de descentralização e regionalização do SUS no contexto do Pacto pela Saúde. In: MACHADO, C.V.; BAPTISTA, T.W.F.; LIMA, L.D. (org). **Políticas de saúde no Brasil: continuidades e mudanças**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2012. p. 229-252.

MACHADO, J.A. Pacto de gestão na saúde: Até onde esperar uma regionalização solidária e cooperativa? In: HOCHMAN, G. **Federalismo e políticas públicas no Brasil**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2013a. p.279-300.

MACHADO, C.V. Sobre os rumos das políticas sociais e de saúde no Brasil pós 1988. **Cad. Saúde Pública**, v. 29, n. 10, p. 1927-1953, out. 2013b.

MACHADO, A.J. Pacto de gestão na saúde: até onde esperar uma “regionalização solidária e cooperativa”? **Rev. Bras. Ciênc. Sociais**, v. 24, n. 71, out. 2009.

MAGALHÃES JR., H.M. Prefácios. In: SILVA, S.F. (org). **Redes de Atenção à Saúde: desafios da regionalização no SUS**. Campinas, SP: Saberes, 2013. p. 9-16.

MAGALHÃES, F. Introdução. In: MAGALHÃES, F. (ed). **Regiões metropolitanas no Brasil: um paradoxo de desafios e oportunidades**. Banco Interamericano de Desenvolvimento - BID. 2010, p. 11-29.

MEDEIROS, C.R.G.; GERHARDT, T. Avaliação da Rede de Atenção à Saúde de pequenos municípios na ótica das equipes gestoras. **Saúde Debate**, v. 39, n. esp., p. 160-170, dez. 2015.

MEDEIROS, C.R.G. **Redes de Atenção em Saúde: o dilema dos pequenos municípios**. Porto Alegre, 2013, 203f. Tese [doutorado]. Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

MENDES, A. Saúde Pública subfinanciada: até quando suportaremos? Em defesa do SUS universal e igualitário. Brasília: OPAS, 2015. p.12-13. Disponível em: <<http://www.abrasco.org.br/site/wp-content/uploads/2015/12/encarte-SUS-le-monde.pdf>> Acesso em: 30 maio 2016.

MENDES, A. et al. O processo de construção da gestão regional da saúde no estado de São Paulo: subsídios para a análise. **Saúde Soc.**, v.24, n. 2, p.423-437, 2015.

MENDES-GONÇALVES, R.B. **Práticas de saúde e tecnologia**: contribuição para a reflexão teórica. Brasília: OPS, 1988. 68p. (Série de Desenvolvimento de Serviços de Saúde, n.6).

MENDES, A.; MARQUES, R.M. O financiamento do SUS sob os “ventos” da financeirização. **Ciênc. Saúde Coletiva**, v.14, n. 3, p.841-850, 2009.

MESQUITA, O. Sistema microrregional de serviços de saúde no Estado do Ceará: o caso da microrregião de Canindé. In: OLIVEIRA, L.C; ÁVILA, M.M.M.; MAIA, L.F.R.B. (orgs). **Organização dos serviços de saúde no Ceará**: desafios da universalidade do acesso e da integralidade da atenção. Fortaleza: EdUECE, 2012, p. 21-38.

MINAYO, M.C.S. **O desafio do conhecimento** – pesquisa qualitativa em saúde. 7. ed. São Paulo: Hucitec, 2000. 269 p.

MIRANDA, A.S. **Análise estratégica dos arranjos decisórios na Comissão Intergestores Tripartite do Sistema Único de Saúde**. Salvador, 2003, 240 f. Tese [doutorado]-Instituto de Saúde Coletiva. Universidade Federal da Bahia.

MIRANDA, A.S. de. Processo decisório em Comissões intergestores do Sistema Único de Saúde: governabilidade resiliente, integração sistêmica (auto) regulada. **Rev. Pol. Planej. Gestão Saúde**, v. 1, n.1, p. 117-139, 2010.

MOLESINI, J.A.O. **A reforma sanitária na Bahia**: um lugar na história (1987 a 1989). Salvador, 2011. Tese [doutorado]- Faculdade de Enfermagem. Universidade Federal da Bahia.

MOTA, A.P. **Acesso aos serviços especializados de saúde em município cearense**. Fortaleza, 2011, 68f. Dissertação [Mestrado]-Universidade de Fortaleza – UNIFOR.

MOTA, M.V. **Evolução organizacional da Secretaria Municipal de Saúde do município de Fortaleza**. Fortaleza, 1997, 91f. Dissertação [mestrado]-Universidade Federal do Ceará.

MOURA, R.; DELGADO, P. R. Mobilidade pendular intermetropolitana: articulando a rede nacional de metrópoles. **Rev. e-metropolis**, n. 24, ano 7, p. 6-21, mar. de 2016. Disponível em: <http://emetropolis.net/system/edicoes/arquivo_pdfs/000/000/024/original/emetropolis_n24_v2.pdf?1462243302> Acesso em: 08 jul 2016.

NOLASCO-LOPES, C.M. **Regionalização em saúde**: o caso de uma microrregião no Ceará (1998-2002 e 2007-2009). Salvador, 2010, 239f. Tese [doutorado]-Instituto de Saúde Coletiva. Universidade Federal da Bahia.

OLIVEIRA, M.S.; ARTMANN, E. Regionalização dos serviços de saúde: desafios para o caso de Angola. **Cad. Saúde Pública**, v. 25, n. 4, p.751-760, abr.2009.

OPS. **Redes Integradas de Servicios de Salud**: conceptos, opciones de política y hoja de ruta para su implementación en las Américas. Washington-DC: OPS, 2010. (Serie: La Renovación de la Atención Primaria de Salud en las Américas, n.4).

PAIM, J.S. A Constituição cidadã e os 25 anos do Sistema Único de Saúde (SUS). **Cad. Saúde Pública**, v.29, n.10, p.1927-1953, out. 2013.

PAIM, J.S. et al. O sistema de saúde brasileiro: história, avanços e desafios. Saúde no Brasil. **The Lancet**, p.11-31, maio 2011.

PAIM, J.S. Planejamento e gestão: para além da comunicação. **Ciênc. Saúde Coletiva**, v.15, n. 5, p. 2279-2280, 2010.

PAIM, J.S. Reforma Sanitária Brasileira: avanços, limites e perspectivas. In: MATTA, G.C.; LIMA, J.C.F. (org.). **Estado, sociedade e formação profissional em saúde**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2008. p. 91-122.

PAIM, J.S. Formulação de políticas de saúde: comunicação em vigilância sanitária. In: RANGEL, M.L.; COSTA, E.A. et al. **Comunicação em vigilância sanitária**: princípios e diretrizes para uma política. Salvador: EDUFBA, 2007. p.41-55.

PAIM, J.S. **Saúde, Política e Reforma Sanitária**. Salvador: CEPS-ISC. 2002.

PAIM, J. S. A Gestão do SUDS no Estado da Bahia. **Cad. Saúde Pública**, v. 5, n. 4, p. 365-375, 1989.

PEREIRA, A. M. M. et al. Descentralização e regionalização em saúde na Espanha: trajetórias, características e condicionantes. **Saúde Debate**, v. 39, n. esp., p. 11-27, dez. 2015.

PEREIRA, A.M.M. **Descentralização e regionalização em saúde no Brasil e na Espanha: trajetórias, características e condicionantes**. Rio de Janeiro, 2014. 229 f. Tese [doutorado]- Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca.

PINTO, I.C.M. **Ascensão e queda de uma questão na agenda governamental: o caso das Organizações Sociais da Saúde na Bahia**. Salvador, 2004, 255f. Tese [doutorado]- Escola de Administração. Universidade Federal da Bahia.

REZENDE, F. Em busca de um novo modelo de financiamento metropolitano. In: MAGALHÃES, F. (ed). **Regiões metropolitanas no Brasil: um paradoxo de desafios e oportunidades**. Banco Interamericano de Desenvolvimento - BID. 2010, p. 45-97.

RIBEIRO, L.C.Q. (coord.). **Novas governanças para as áreas metropolitanas: o panorama internacional e as perspectivas para o caso brasileiro – relatório IPPUR**. Observatório das Metrôpoles – IPPUR/FASE, 2008. Disponível em:
<http://www.observatoriodasmetropoles.ufrj.br/relatorio_Klink.pdf> Acesso em: 10 dez. 2015.

RIBEIRO, J.U. **Política. Quem manda, por que manda, como manda**. Rio de Janeiro: Objetiva. 2010.

RIVERA, F.J.U.; ARTMANN, E. Planejamento e gestão em saúde: histórico e tendências com base numa visão comunicativa. **Ciênc. Saúde Coletiva**, v.15, n. 5, p.2265-2274, 2010.

ROCHA, C.V. A cooperação federativa e a política de saúde: o caso dos Consórcios Intermunicipais de Saúde no estado do Paraná. **Cad. Metrôpole**, v.18, n.36, jul./dez. 2016. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/2236-9996.2016-3604>.> Acesso em: 08 jul. 2016.

ROCHA, V.C. Significados e tendências do Federalismo e das relações intergovernamentais no Brasil e na Espanha. In: HOCHMAN, G.; FARIA, C.A.P. (org). **Federalismo e políticas públicas no Brasil**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2013. p. 29-64.

RODRIGUES, R. et al. Federalismo, relação público-privado e gasto público em saúde no Brasil. **Rev. Pol. Planej. Gestão Saúde**, v. 1, n.1, p. 141-156, 2010.

ROESE, A. **Planejamento regional ascendente e regionalização**: atores e estratégias da organização dos fluxos de utilização dos serviços de saúde. Porto Alegre, 2012, 266f. Tese [doutorado]-Escola de Enfermagem. Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

ROJAS, E. Governança de regiões metropolitanas da América Latina. In: MAGALHÃES, F. (ed). **Regiões metropolitanas no Brasil**: um paradoxo de desafios e oportunidades. Banco Interamericano de Desenvolvimento – BID, 2010, p. 1-17.

SANO, H.; ABRUCIO, F.L. Federalismo e articulação intergovernamental: os conselhos de secretários estaduais. In: HOCHMAN, G.; FARIA, C.A.P. (org). **Federalismo e políticas públicas no Brasil**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2013. p. 213-246.

SANTOS, A.M. **Gestão do cuidado na microrregião de saúde de Vitória da Conquista (Bahia)**: desafios para constituição de rede regionalizada com cuidados coordenados pela Atenção Primária à Saúde. Rio de Janeiro, 2013a, 332f. Tese [doutorado]-Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca.

SANTOS, M. **A urbanização brasileira**. São Paulo: USP, 2013b.

SANTOS, J. **A cidade poli(multi)nucleada**: a reestruturação do espaço urbano em Salvador. Salvador: EDUFBA, 2013c.

SANTOS, L. **SUS e a lei complementar 141 comentada**. 2. ed. Campinas, SP: Saberes Editora, 2012.

SANTOS, L. O que são redes? In: SILVA, S.F. (org). **Redes de Atenção à Saúde no SUS**: O pacto pela saúde e redes regionalizadas de ações e serviços de saúde. Campinas, SP: IDISA: CONASEMS, 2008. p. 29-34.

SANTOS, L.; ANDRADE, L.O.M. Rede Interfederativa de Saúde. In: SILVA, S.F. (org). **Redes de Atenção à Saúde**: desafios da regionalização no SUS. Campinas, SP: Saberes Editora, 2013. p. 35-74.

SANTOS, L.; ANDRADE, L.O.M. Redes interfederativas de saúde: um desafio para o SUS nos seus vinte anos. **Ciênc. Saúde Coletiva**, v. 16, n. 3, p. 1671-1680, 2011.

SANTOS, L.; ANDRADE, L.O.M. **SUS**: o espaço da gestão inovada e dos consensos interfederativos: aspectos jurídicos, administrativos e financeiros. Campinas: Instituto de Direito Sanitário Aplicado, 2007.

SANTOS, V.P.; ALMEIDA, P.F. Estratégias de regionalização para garantia do cuidado integral em saúde: o caso de uma Comissão Intergestores Regional no Estado da Bahia. In: ALMEIDA, P.; SANTOS, A.M.; SOUZA, M.K.B. (org.). **Atenção primária à saúde na coordenação do cuidado em regiões de saúde**. Salvador: EDUFBA, 2015. p. 239-257.

SCATENA, J. **Regionalização é caminho sem volta**. Disponível em: <<http://www.resbr.net.br/regionalizacao-e-caminho-sem-volta/>> Acesso em: 07 jul.2015.

SILVA, S.; SILVA, B.; SILVA, E.M. Salvador e sua região metropolitana: mudanças recentes, conflitos e perspectivas institucionais. **GeoTextos**, v. 11, n. 2, p. 13-40, dez. 2015.

SILVA, S.F. Redes de Atenção à Saúde no SUS: proposta de operacionalização. In: SILVA, S.F. (org). **Redes de Atenção à Saúde**: desafios da regionalização no SUS. Campinas, SP: Saberes Editora, 2013. p. 201-249.

SILVA, S.F. Organização de redes regionalizadas e integradas de atenção à saúde: desafios do Sistema Único de Saúde (Brasil). **Ciênc. Saúde Coletiva**, v. 16, n. 6, p. 2753-2762, 2011.

SILVA, J.R.S.; ALMEIDA, C.D.; GUINDANI, J.F. Pesquisa documental: pistas teóricas e metodológicas. **Rev. Bras. Hist. Ciênc. Sociais**, ano I, n. I, jul. 2009.

SILVA, S.F.; MAGALHÃES, JR., H.M. Redes de Atenção à Saúde: importância e conceitos. In: SILVA, S.F. (org). **Redes de Atenção à Saúde**: desafios da regionalização no SUS. Campinas, SP: Saberes Editora, 2013. p.75-90.

SILVA JR.; A.G. et al. Regionalização, integralidade e produção do cuidado no contexto da Estratégia Saúde da Família: pontos para o debate. In: ALMEIDA, P.; SANTOS, A.M.; SOUZA, M.K.B. (Orgs). **Atenção primária à saúde na coordenação do cuidado em regiões de saúde**. Salvador: EDUFBA, 2015. p. 65-88.

SIMIONATTO, I. O social e o político no pensamento de Gramsci, In: AGGIO, A. **Gramsci, a vitalidade de um pensamento**. São Paulo: Fundação Editora UNESP, 1998. p. 37-64.

SOUZA, M.S. Uma agenda pelo direito universal à saúde. Em defesa do SUS universal e igualitário. Brasília: OPAS. 2015. p.04-05. Disponível em: <<http://www.abrasco.org.br/site/wp-content/uploads/2015/12/encarte-SUS-le-monde.pdf>> Acesso em: 30 maio 2016.

SOUZA, C. Instituições e mudanças: reformas da Constituição de 1988, federalismo e políticas públicas. In: HOCHMAN, G.; FARIA, C.A.P. (org). **Federalismo e políticas públicas no Brasil**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2013. p. 91-120.

SOUZA, C. Cooperação e Coordenação na Região Metropolitana de Salvador: o contexto institucional. In: CARVALHO, I.M.M.; PEREIRA, G.C. (Orgs). **Como anda Salvador e sua região metropolitana**. 2. ed. Salvador: EDUFBA, 2008. p. 213-228.

SOUZA, C. Regiões Metropolitanas: trajetória e influência das escolhas institucionais. In: RIBEIRO, L.C.Q. (Org). **Metrópoles: entre a coesão e a fragmentação, a cooperação e o conflito**. São Paulo: Fundação Perseu Abramo, 2004. p. 61-96.

SOUZA, R.S. A regionalização no contexto atual das políticas de saúde. **Ciênc. Saúde Coletiva**, v. 6, n. 2, 2001, p. 451-455.

TEIXEIRA, C.F. et al. O contexto político-administrativo da implantação de Distritos Sanitários no Estado da Bahia, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, v. 9, n. 1, p. 79-84, 1993.

TESTA, M. Decidir em Salud: Quien? Como? Por qué?. **Rev. Salud Colectiva**, v. 3, n. 3, p. 247-257, 2007.

TESTA, M. Análisis de instituciones hipercomplexas. In: MEHRY, E.; ONOCKO, R. **Agir em saúde: um desafio para o público**. São Paulo: Hucitec; Buenos Aires: Lugar Editorial, 2002. p.17-70.

TESTA, M. **Pensamento estratégico e lógica de programação: o caso da saúde**. São Paulo: Hucitec, 1995. p.15-103.

TESTA, M. **Pensar em saúde**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1992.

VASCONCELOS, C. M.; PASCHE, D. F. O Sistema Único de Saúde. In: CAMPOS, G.W.S. et al. (Orgs). **Tratado de Saúde Coletiva**. São Paulo: Hucitec, 2006. p. 531-562.

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

VIANA, A.L.D.; LIMA, L.D. **Regionalização e relações federativas na política de saúde do Brasil**. Rio de Janeiro: Contra Capa, 2011b. 216p.

VIANA, A.L.D.; LIMA, L.D.; FERREIRA, M.P. Condicionantes estruturais da regionalização na saúde: tipologia dos Colegiados de Gestão Regional. **Ciênc. Saúde Coletiva**, v. 15, n. 5, p.2317-2326, ago.2010.

WEBER, M. Conceitos sociológicos fundamentais. In: Weber, M. **Economia e Sociedade**. Brasília: UNB, 1991. p. 3-35. v.1.

YIN, R.K. **Case study research: design and methods**. 2. ed. Thousands Oaks: SAGE Publications, 1994. (Applied Social Research Methods Series, v.5).

YIN, R.K. **Estudo de caso: planejamento e métodos**. 4 ed.. Porto Alegre: Bookman, 2010. 248p.

APÊNDICES

Apêndice A - Roteiro de entrevista

DATA: LOCAL: INÍCIO: FIM:

Identificação

Naturalidade / Graduação / Instituição e ano de conclusão / Pós-graduação
 Experiências anteriores de trabalho / Trajetória na gestão
 Participação em partidos políticos / Motivação para atuar na gestão do SUS

I- Especificidades da regionalização nos contextos estaduais/regionais

- Histórico e situação atual do processo de regionalização do SUS no estado
- Gestão regional do SUS na região metropolitana (especificidades políticas, históricas e sócio-econômicas)
- Processo de delimitação dessa região de saúde (participantes, critérios, características epidemiológicas e sócio-econômicas, pontos positivos e maiores problemas da região metropolitana/do estado)
- Facilidades, dificuldades e expectativas futuras para gestão regional do SUS na região metropolitana/no estado

II- Organização/funcionamento da CIR

- Processo de implantação da CIR nesta região de saúde
- Funcionamento da CIR (Construção de pautas, frequência, periodicidade e divulgação de reuniões, local, escolha dos membros, registros)
- Tomada de decisões na CIR (posicionamentos contrários e/ou distintas realidades municipais)
- Temas mais conflitantes/polêmicos na gestão dessa região (aspectos mais influentes no processo decisório/interesses predominantes)
- Fluxo das decisões para a CIB
- Processos de articulação externos às reuniões da CIR (entre gestores, com CES, com setor privado, com sociedade)

III- Relações intergovernamentais/Dinâmica Interativa na gestão regional

- Participação da capital e dos demais municípios na CIR (interdependência; posição hierárquica x autonomia)
- Participação/papel do estado na gestão regional
- Influência das normatizações/indicações do MS e/ou SES sobre as decisões da CIR
- Processo de construção do COAP
- Processo de planejamento e pactuação nessa região (PDR, PDI, PPI e cumprimento dos pactos)
- Compartilhamento de informações e recursos financeiros nesta região
- Negociação quanto às referências para fluxo e acesso aos serviços intermunicipais
- Ação dos gestores no cotidiano da gestão regional
- Relação entre os gestores (fatores condicionantes positivos e negativos)
- Construção do consenso x dissenso no âmbito da CIR

IV- Distribuição de Poder

- Preparo e atuação dos gestores municipais e estaduais para a gestão regional (explorar dimensões)
 - capacidade técnica (conhecimento, informações técnicas e normativas, definições do PDR, PPI, PDI e outros instrumentos de gestão)
 - capacidade administrativa (recursos materiais, financeiros e pessoal)
 - capacidade política (articulação, mobilização)
- Dimensionamento/influência dos aspectos técnicos, administrativos e políticos utilizados na gestão regional
- Influência do formato do financiamento para a gestão regional - fontes, fluxo, compartilhamento
- Influência dos aspectos partidários na gestão regional

Apêndice B - Roteiro-guia para observação das reuniões da CIR

DATA: LOCAL: INÍCIO: FIM:

- Formas de comunicação estabelecida entre gestores
- Uso de conhecimentos, informações técnicas e normativas pelos gestores
- Compartilhamento de informações e recursos financeiros
- Conhecimento e respeito às definições do PDR, PPI e PDI
- Adequação da linguagem técnica frente a diversidade de atores
- Conhecimento da região de saúde e da estruturação da rede no seu município e nos demais
- Atitudes e falas frente a discordâncias
- Escuta / abertura para o diálogo entre os gestores
- Construção de decisões dialogicamente X Imposição de decisões
- Respeito diante de posicionamentos contrários e/ou distintas realidades municipais
- Estímulo à autonomia municipal
- Negociação quanto às referências para fluxo e acesso aos serviços intermunicipais
- Modo de construção da pauta a ser discutida nas reuniões
- Posicionamentos dos municípios frente a normatizações do Ministério da Saúde e ou Secretaria Estadual
- Posicionamentos frente ao repasse/compartilhamento de recursos financeiros
- Forma de resolução de situações conflitantes entre os gestores / Explicitação de diferentes concepções e/ou mau-entendidos
- Responsabilização dos gestores diante dos problemas da rede
- Posicionamento da capital do estado e dos demais municípios (médio e pequeno porte)

Apêndice C – Matriz para análise dos regimentos internos das CIR

	ANÁLISE DOCUMENTAL – REGIMENTO INTERNO DAS CIR			
	CEARÁ	BAHIA		Observações
	Regimento 2014	Regimento 2013	Regimento 2015	
Natureza e finalidade				
Composição				
Organização e funcionamento				
Competências				
Atribuições				
Disposições gerais				

Apêndice D – Matriz para sistematização de informações das atas das CIR

Região Metropolitana de Salvador – Bahia (2ª região de saúde)

Nº	ANO DATA	REUNIÃO		2ª REGIÃO – CAMAÇARI															SESAB			LOCAL							
		O	E	CAMAÇARI			CONDE			DIAS D'ÁVILA			MATA DE SÃO JOÃO			POJUCA			SIMÕES FILHO				DIRES			NC			
				S	R	T	S	R	T	S	R	T	S	R	T	S	R	T	S	R	T		D	Mer	T	Me			
1																													
2																													
3																													
4																													
5																													
6																													
7																													
8																													
9																													
10																													
11																													
12																													
13																													
14																													
15																													

O- ordinária; E- extraordinária; S- secretário(a); R- representante; T- técnico(a); D- diretor(a); Mer- membro

Apêndice E – Matriz para sistematização de informações das reuniões das CIR

	OBSERVAÇÃO DIRETA / DIÁRIO DE CAMPO	
	CEARÁ 1ª região de saúde Fortaleza / 22ª região de saúde Cascavel	BAHIA 1ª região de saúde Salvador
Composição/ Participantes da reunião		
Secretaria executiva		
Registros das reuniões		
Registros das decisões/pactuações		
Frequência das reuniões		
Definição das pautas		
Local das reuniões		
Organização do ambiente		
Temas mais conflituosos		
Dinâmica das reuniões		

Apêndice F – Plano de Análise
Categorias analíticas, unidades de análise e descritores

CATEGORIAS ANALÍTICAS	UNIDADES DE ANÁLISE	DESCRITORES
Forma organizativa - Procedimentos - Espaço (Testa, 1992; Testa, 1995)	Funcionamento e organização da CIR	<ul style="list-style-type: none"> - Local das reuniões e decisões - Periodicidade de reuniões - Composição da CIR e frequência dos membros - Construção da pauta - Construção e forma de registro das decisões, da frequência e das discussões - Responsável pela realização dos registros - Posicionamento dos participantes da reunião - Horário de chegada dos participantes, de início e término das reuniões - Publicização dos registros/decisões - Relação com a CIB e outras instâncias decisórias - Influência das portarias do MS e/ou SES
Relação -Unidirecional -Bidirecional Racionalidades da ação estratégica ou da ação comunicativa (Testa, 1992; Testa, 1995; Habermas, 1987; Habermas, 1990)	Relações intergestores e lógica orientadora da ação/decisão na gestão regional	<ul style="list-style-type: none"> - Características das relações entre os gestores - Interdependência (hierarquia X autonomia) entre os entes federativos - Comunicação estabelecida entre os gestores (escuta/diálogo X imposição) - Processo de construção do acordo/consenso - Condutas diante de posicionamentos contrários (discordâncias) e de distintas realidades - Condução e critérios para tomada de decisão nas situações/temas mais conflitantes - Interesses predominantes na tomada de decisões - Coordenação das negociações pelo estado - Processo de definição de pactuações e cumprimento dos pactos definidos - PPI - Formas de compartilhamento das informações, serviços e recursos / condutas de cooperação ou competição - Responsabilização/Negociação dos gestores quanto às referências para fluxo e acesso aos serviços intermunicipais

Apêndice F – Plano de Análise
Categorias analíticas, unidades de análise e descritores

CATEGORIAS ANALÍTICAS	UNIDADES DE ANÁLISE	DESCRITORES
Poder político Poder técnico Poder administrativo (Testa, 1992; Testa, 1995)	Capacidade de mobilização para defesa dos interesses dos gestores; Experiência, conhecimento e informações técnicas; Recursos financeiros	-Influência atribuída aos aspectos políticos, técnicos e administrativos utilizados na gestão regional Políticos: -Processos de articulação antes e após reuniões da CIR -Relação com o Controle Social e com a CIB -Influência dos aspectos partidários/eleitorais -Participação do estado, da capital e dos demais municípios (médio e pequeno porte) nas discussões e na tomada de decisões na CIR e em outros espaços intergestores Técnicos: -Formação e experiência do gestor e da equipe técnica -Rotatividade e/ou manutenção do gestor e da equipe técnica - Uso de conhecimento/informações epidemiológicas, demográficas, sócio-econômicas, normativas -Conhecimento e utilização dos instrumentos de planejamento para decisão (PDR, PDI, PPI) -Desenvolvimento de ações de Planejamento, Programação, Regulação e Orçamento Administrativos: -Financiamento (fontes, utilização, compartilhamento) -Repasse de recursos das regionais para municípios e rede de serviços -Autonomia para aplicação dos recursos financeiros -Repasses do governo estadual para municipal

Apêndice G - Eixos analíticos, por região metropolitana e fontes de verificação

Eixos	Região Metropolitana de Fortaleza	Região Metropolitana de Salvador	Fontes
Equipe técnica do nível central e regional			
Papel das instâncias regionais			
Formas de articulação entre regionais e nível central			
Aspectos político-partidários			
Articulação com instâncias do Controle Social			
Papel da capital no sistema regional e estadual			
Relação entre entes federados			
Papel do estado no sistema regional			
Relação com normas/portarias do Ministério da Saúde			
Delimitação das regiões de saúde			
Organização e funcionamento da Comissão Intergestores Regional – CIR			
Organização da rede regional de serviços			

Apêndice H – Matriz para processamento das entrevistas

CATEGORIA / UNIDADE DE ANÁLISE		
	BAHIA	CEARÁ
ATORES ESTADUAIS		
ATORES REGIONAIS		
ATORES MUNICIPAIS		
CONTROLE SOCIAL		
FEDERAL		

Apêndice I - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

**UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA
INSTITUTO DE SAÚDE COLETIVA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA
DOUTORADO EM SAÚDE PÚBLICA**

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

O(a) sr(a) está sendo convidado(a) a participar da pesquisa intitulada “Gestão regional do Sistema Único de Saúde: um comparativo entre duas Regiões Metropolitanas do Nordeste do Brasil”, desenvolvida pela doutoranda Daniela Gomes dos Santos Biscarde, sob orientação da profa. Phd. Leny Trad e co-orientação da profa. Dra. Ana Luiza Villasbôas, que dará origem à tese a ser apresentada ao Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia – ISC/UFBA, como requisito parcial para conclusão do Doutorado em Saúde Pública.

Esta pesquisa será realizada na Região Metropolitana de Salvador - Bahia e de Fortaleza – Ceará, com o objetivo de analisar a gestão regional do SUS em Regiões Metropolitanas de diferentes estados do Nordeste do Brasil. A coleta de dados será através de entrevistas, contendo informações sobre a gestão regional do SUS, e de observação de reuniões da Comissão Intergestores Regional-CIR. Haverá gravação das entrevistas, que serão transcritas e analisadas sob inteira responsabilidade da pesquisadora, com garantia de transcrição fidedigna, sem distorção do conteúdo das mesmas.

As informações obtidas serão confidenciais e utilizadas apenas para objetivos acadêmicos, com cuidados necessários para sigilo da identificação dos participantes. No intuito de resguardar o anonimato das pessoas, evitando dano ou constrangimento, serão definidos códigos de transcrição ou nomes fictícios para divulgação dos resultados que ocorrerá mediante elaboração de tese, publicação de artigos científicos.

Sua participação é voluntária, não envolve custos, compensações financeiras, qualquer benefício direto ou outra forma de persuasão. É garantida a liberdade da recusa de participar da pesquisa em qualquer fase do processo, sem prejuízo nem penalização.

Contudo, sua participação é muito importante para fornecer maiores subsídios ao conhecimento da gestão regional do SUS em regiões metropolitanas, identificando condicionantes que facilitam e dificultam esse processo em distintas realidades estaduais. Assim, propiciará a análise crítica e o aperfeiçoamento das mesmas, contribuindo para o fortalecimento da regionalização do Sistema Único de Saúde.

Em qualquer etapa do estudo, o(a) sr.(sra.) terá acesso à pesquisadora Daniela Gomes dos Santos Biscarde, responsável para o esclarecimento de eventuais dúvidas, que poderá ser encontrada no ISC/UFBA, Rua Basílio da Gama s/n, Campus Universitário do Canela, Salvador-Bahia, CEP 40.110-040, tel: 71-9195-2891, 9967-7337; e-mail: dbiscarde@ufba.br.

Daniela Gomes dos Santos Biscarde

Pesquisadora responsável

Mediante as considerações acima e os esclarecimentos necessários, concordo em participar da referida pesquisa e receberei uma cópia assinada deste termo de consentimento livre e esclarecido.

Assinatura do(a) participante da pesquisa

Local:

Data