

UNIVERSIDADE ESTADUAL DO OESTE DO PARANÁ

**CÂMPUS DE FRANCISCO
BELTRÃO CENTRO DE
CIÊNCIAS SOCIAIS
APLICADAS**

**PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM GESTÃO E
DESENVOLVIMENTO REGIONAL - MESTRADO**

GISLENE TITON FORTES DOS SANTOS

**GOVERNANÇA EM SAÚDE NA MICRORREGIÃO GEOGRÁFICA DE
FRANCISCO BELTRÃO NO OLHAR DOS SECRETÁRIOS MUNICIPAIS DE
SAÚDE**

FRANCISCO BELTRÃO – PR

2018

GISLENE TITON FORTES DOS SANTOS

**GOVERNANÇA EM SAÚDE NA MICRORREGIÃO GEOGRÁFICA
FRANCISCO BELTRÃO NO OLHAR DOS SECRETÁRIOS MUNICIPAIS DE
SAÚDE**

Dissertação de mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Gestão e Desenvolvimento Regional – PGDR – da Universidade Estadual do Oeste do Paraná como requisito parcial à obtenção do título de Mestre em Gestão e Desenvolvimento Regional

Área de concentração: Gestão e Desenvolvimento Regional.

Linha de Pesquisa: Gestão Organizacional

Orientador (a): Dra. Lirane Elize Defante Ferreto de Almeida

FRANCISCO BELTRÃO – PR

2018

Autorizo a reprodução e divulgação total ou parcial deste trabalho, por qualquer meio convencional ou eletrônico, para fins de estudo e pesquisas, desde que citada a fonte.

Ficha de identificação da obra elaborada através do Formulário de Geração Automática do Sistema de Bibliotecas da Unioeste.

Santos , Gislene Titon Fortes dos
GOVERNANÇA EM SAÚDE NA MICRORREGIÃO GEOGRÁFICA DE
FRANCISCO BELTRÃO NO OLHAR DOS SECRETÁRIOS MUNICIPAIS DE
SAÚDE / Gislene Titon Fortes dos Santos ; orientador(a),
Lirane Elize Defante Ferreto de Almeida , 2018.
81 f.

Dissertação (mestrado), Universidade Estadual do Oeste
do Paraná, Campus de Francisco Beltrão, Centro de Ciências
Sociais Aplicadas, Programa de Pós-Graduação em Gestão e
Desenvolvimento Regional, 2018.

1. Teoria da escolha pública. . 2. Secretário
Municipal. 3. Governança.. 4. Gestão da saúde. . I. Almeida
, Lirane Elize Defante Ferreto de . II. Título.

FOLHA APROVAÇÃO

A Banca Examinadora de Defesa de Dissertação do Programa de Pós-Graduação em Gestão e Desenvolvimento Regional-Mestrado, da Unioeste - Campus de Francisco Beltrão, em Sessão Pública realizada na data de 14 de agosto de 2018, considerou a mestranda Gislene Titon Fortes Dos Santos APROVADA.

Lirane Elize De Fante Ferreto de Almeida Orientadora e presidente da banca

Dra. Franciele Ani Cauvilla Follador Membro da Banca

Dra. Geovanio Edervaldo Rossato Membro (externo) da banca

Obs: As assinaturas dos membros da banca podem ser encontrados na versão impressa presente na biblioteca.

Francisco Beltrão, 14 de Agosto de 2018.

Dedico aos meus pais, meu esposo e minha orientadora, por terem permanecido ao meu lado, incentivando-me a percorrer este caminho, por compartilhar angústias e dúvidas estendendo sua mão amiga em momentos difíceis.

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente a DEUS e a meus guias, por terem-me dado permissão de chegar até aqui, e por toda a força concedida na concretização deste sonho. Além disso, agradeço a Ele por todas as pessoas que cruzaram meu caminho, fazendo-me uma pessoa melhor. Entre todas essas pessoas, agradeço em primeiro lugar a quem me ajudou, de alguma maneira, a integrar este ambiente acadêmico. Do qual eu me orgulho de fazer parte.

À professora doutora Lirane Elize Defante Ferreto de Almeida, muito obrigada, por todas as orientações, incentivos, apoios, broncas e até mesmos conselhos que passam muito além de professora, mas sim de ser humano cheio de sentimentos e cumplicidade na resolução de problemas bem como pelo estímulo à pesquisa.

Aos meus pais, Ivanir e Eloí Titon, minhas bases, simplesmente por terem-me feito existir, por tanto amor, por tudo o que sou, por cada oração, por terem-me proporcionado educação e amor pelos estudos mesmo com tantas dificuldades e preconceitos e, apesar das inúmeras dificuldades, por sempre me estimularem a continuar.

Ao meu amor, companheiro e cúmplice Maicon Titon, (meu equilíbrio), pela sua incansável boa vontade em ajudar-me, por perder noites de sono e fins-de-semana ao meu lado só para fazer-me companhia, compartilhando meus ideais e incentivando-me a prosseguir, insistindo para que eu avançasse cada vez mais um pouquinho. Enfim, por estar incessantemente ao meu lado, sendo muito mais do que se pode esperar. Amo você!

Aos amigos e colegas que me incentivaram todos os dias e ofereceram apoio nos momentos críticos; que, de alguma forma estiveram e está próximo de mim, fazendo a vida valer a pena. Que se colocaram à disposição para compartilhar minhas dores, tristezas e alegrias.

Aos secretários municipais que participaram desta pesquisa. Pois sem eles não seria possível concretizá-la.

RESUMO

GOVERNANÇA EM SAÚDE NA MICRORREGIÃO GEOGRÁFICA DE FRANCISCO BELTRÃO NO OLHAR DOS SECRETÁRIOS MUNICIPAIS DE SAÚDE

O tema governança em saúde tornou-se importante a partir do pacto da saúde, em 2006, e com a obrigatoriedade do Sistema Único de Saúde (SUS) ser organizado de forma regionalizada e hierarquizada. Dentro de um sistema em que as demandas são grandes e nem sempre os recursos podem atendê-las, existe a necessidade de pactuação entre os entes federados para garantia de um atendimento eficaz e de qualidade que resulte na otimização dos recursos disponíveis e na satisfação do usuário do sistema. Assim, a governança em saúde, exige dos secretários municipais de saúde habilidade e capacidade em administrar recursos e a política de forma ética, transparente e participativa com objetivo de atender os princípios doutrinários e organizativos do SUS. O objetivo desta pesquisa é conhecer a percepção dos secretários municipais de saúde sobre o tema da governança em saúde. Trata-se de uma pesquisa de cunho qualitativo e descritivo a partir de uma amostra dos secretários municipais de saúde que pertencem a 8ª. Regional de Saúde de Francisco Beltrão, composta por 27 municípios. Foram entrevistados nesta pesquisa 19 secretários municipais pertencentes à microrregião geográfica de Francisco Beltrão. A coleta de dados foi realizada através de entrevista semiestruturada com 13 questões referentes à temática da governança em saúde pública no período de julho a dezembro de 2017. Após, a entrevista foi transcrita e realizada uma análise de conteúdo a partir das variáveis que respondam aos objetivos propostos na pesquisa. O perfil identificado do secretário municipal de saúde é do sexo masculino (57,8 %), idade média de 48 anos, 63,15% não possuem o ensino superior e o mesmo percentual já atuaram no SUS. Dos entrevistados 57,85% não souberam ou não opinaram sobre o tipo de gestão do SUS em seu município, 21,05% relatam exercer gestão plena e 15,78% semiplena. Todos os municípios apresentaram no mínimo um indicador que faz parte da prática de uma boa governança, mas não há uma compreensão clara do que é governança de saúde. A participação em diferentes instâncias, o cumprimento da legislação, o atendimento a solicitações entre outros mecanismos, que fazem parte da governança é cumprido devido à exigência do SUS. Conclui-se que, uma das questões centrais desta pesquisa foi o entendimento das secretarias municipais de saúde sobre a questão da governança em saúde. Mesmo apresentando todos os elementos importantes para a implementação da governança em saúde, identificou-se que os secretários municipais de saúde ainda não possuem clareza sobre o significado do conceito de governança.

Palavras-chave: Teoria da escolha pública. Secretário Municipal. Governança. Gestão da saúde.

ABSTRACT

GOVERNANCE IN HEALTH IN THE GEOGRAPHICAL OF MICROREGION FRANCISCO BELTRÃO IN THE LOOK OF MUNICIPAL HEALTH SECRETARIES

The theme of health governance became important from the health pact in 2006 and with the requirement of the Unified Health System (SUS) to be organized regionally and hierarchically. Within a system where the demands are great and resources can not always meet this demand there is a need for agreement among the federated entities to ensure efficient and quality care that results in the optimization of available resources and user satisfaction of the system. Thus, health governance requires the municipal secretaries to be able to manage the resources and politics in an ethical, transparent and inclusive manner, in order to meet the doctrinal and organizational principles of SUS. The objective of this research is to know the perception of the municipal secretaries on the theme of health governance. This is a qualitative and descriptive research based on a sample of the municipal health secretaries that belong to the 8^a Regional of Health of Francisco Beltrão composed of 27 municipalities. We interviewed 19 municipal secretaries in the geographic microregion of Francisco Beltrão. Data collection was carried out through a semi - structured interview with 13 questions related to public health governance in the period from July to December 2017. After, the interview content analysis was transcribed and performed from the variables that responded to the objectives proposed in the research. The identified profile of the municipal health secretary is male (57,8%), with an average age of 48 years old, 63,15% don't have a higher education and the same percentage have already worked in the SUS. Of the interviewees, 57,85% did not know or did not comment on the type of SUS management in their municipalities, 21,05% reported practicing full management and 15,78% semi - full. All municipalities presented at least one indicator that is part of the practice of good governance, but there is no clear understanding of what health governance is. Participation in different instances, compliance with legislation, compliance with requests among other mechanisms, that are part of the governance is fulfilled due to the SUS requirement. It is concluded that, one of the central questions of this research is, was the understanding of the municipal health secretaries on the subject of health governance. Even present all the important elements for the implementation of health governance has identified that the municipal health secretaries still do not have clarity of the meaning of the concept of governance.

Key words: Theory of public choice. Municipal Secretary. Governance. Health management.

LISTA DE FIGURAS

FIGURA 1 - PRINCÍPIOS DOUTRINÁRIOS E ORGANIZATIVOS DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE.	9
FIGURA 2: MAPA DO SUDOESTE DO PARANÁ COM RECORTE DA MICRORREGIÃO DE FRANCISCO BELTRÃO/PR.....	27
FIGURA 3 - MUNICÍPIOS QUE COMPÕEM A ÁREA DE ABRANGÊNCIA DA 8ª. REGIONAL DE SAÚDE DE FRANCISCO BELTRÃO E SÃO MEMBROS DA ARSS, 2018.....	39

LISTA DE TABELAS

TABELA 1 - CARACTERÍSTICAS SELECIONADAS DOS (AS) SECRETÁRIOS (AS) MUNICIPAIS DE SAÚDE DA MICRORREGIÃO DE FRANCISCO BELTRÃO, 2017.....	31
TABELA 2 - DISTRIBUIÇÃO DAS INFORMAÇÕES REFERENTES AS SECRETARIAS MUNICIPAIS DE SAÚDE (SMS) DOS 19 MUNICÍPIOS CUJOS OS SECRETÁRIOS MUNICIPAIS PARTICIPARAM DA PESQUISA, DEZEMBRO DE 2017.....	33

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

APAE	Associação de Pais e Amigos Excepcionais
ARSS	Associação Regional de Saúde do Sudoeste
CGR	Colegiado de Gestão Regional
CIB	Conselho Intergestora Bipartite
CIR	Conselho Intergestora Regional
CIT	Conselho Intergestora Tripartite
CONASS	Conselho Nacional de Secretários de Saúde
ESF	Estratégia Saúde da Família
FIRJAN	Federação das Indústrias do Estado do Rio de Janeiro
IDESE	Índice de Desenvolvimento Socioeconômico
IDH	Índice de Desenvolvimento Humano
IDH-M	Índice de Desenvolvimento Humano Municipal
IFAC	Ideration Accountants
INAMPS	Instituto Nacional de Assistência Médica de Previdência Social
LC	Lei Complementar
NASF	Núcleos Ampliado de Saúde da Família
NOB	Normas Operacionais Básicas
OECD	<i>Organization for European Cooperation and Desenvolvement</i>
OMS	Organização Mundial da Saúde
ONU	Organização das Nações Unidas

PIB	Produto Interno Bruto
PR	Paraná
PSS	<i>Public Sector Committer</i>
SAMU	Serviço Móvel de Urgência
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre Esclarecido
TCU	Tribunal de Contas da União
TEP	Teoria Da Escolha Pública
UBS	Unidade Básica de Saúde
UPA	Unidade Pronto Atendimento
UTI	Unidade de Terapia Intensiva

SUMÁRIO

1.	INTRODUÇÃO.....	1
2.	REVISÃO DE LITERATURA	4
2.1	TEORIA DA ESCOLHA PÚBLICA.....	4
2.2	SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE	7
2.3	GOVERNANÇA EM SAÚDE PÚBLICA	17
3.	MATERIAIS E MÉTODOS	26
3.2	CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA E LOCAL DA PESQUISA.....	26
3.3	CRITÉRIOS DE INCLUSÃO NA PESQUISA	27
3.4	INSTRUMENTO PARA COLETA DE DADOS.....	27
3.5	ANÁLISE DOS DADOS	28
3.6	ASPECTOS LEGAIS.....	28
4.	RESULTADOS E DISCUSSÃO	30
4.1	CARACTERIZAÇÃO DA ÁREA DE ESTUDO E ASPECTOS DA GESTÃO RELACIONADOS À GOVERNANÇA.....	30
4.2	MECANISMOS, ESPAÇOS E POSIÇÃO DO GESTOR SUS NA GOVERNANÇA PÚBLICA.....	35
4.3	SIGNIFICADO DE GOVERNANÇA PARA OS GESTORES MUNICIPAIS.....	46
5.	CONCLUSÃO.....	50
6.	REFERÊNCIAS	53
7.	ANEXO	61
	ANEXO 01 - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO – TCLE	61
	ANEXO 02 - TERMO DE APROVAÇÃO O COMITÊ DE ÉTICA EM SERES HUMANOS (CEP/UNIOESTE).....	63
8.	APÊNDICE	66

1. INTRODUÇÃO

O Sistema Único de Saúde (SUS), criado a partir dos debates dos sanitaristas, pesquisadores, lideranças e população, tem suas bases doutrinárias geradas na 8ª Conferência Nacional de Saúde, em 1988, e sua regulamentação efetivada pela Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. É um sistema público, gratuito, que atende mais da metade da população brasileira, de financiamento governamental com ênfase na atenção básica, a qual porta de entrada de todo o sistema de saúde que busca um cidadão.

Esse sistema único de saúde precisa atender uma enorme demanda com recursos limitados, num país equidistante, marcado pelas diferenças regionais, com índices de ineficiência, baixa qualidade de serviços, demonstra a necessidade de estabelecer mecanismos que aumentem a capacidade da resolubilidade dos problemas que envolvem o SUS (LORENZETTI, *et.al.*, 2014).

O relatório do Banco Mundial de 2007 apontava que esse cenário do campo da saúde precisava ser revisto urgentemente, principalmente o campo da gestão em saúde, pois a agenda de destinação dos recursos, das práticas de saúde, do gerenciamento dos recursos humanos e contratação de serviços passam pelos secretários municipais de saúde. O relatório ainda destaca que os problemas enfrentados no campo da saúde pública têm relação com a governança, à organização e o funcionamento do setor público em geral. A sugestão apresentada no documento é estabelecer um ambiente de governança com um sistema de suporte que auxilie aqueles envolvidos na gestão em saúde “saber como” gerenciar a saúde para que esta eleve o desempenho do SUS, resultando na otimização dos recursos disponíveis e na satisfação do usuário do sistema (BRASIL, 2007).

Diante de um SUS com um comando único, mas que prioriza as demandas locais e exige a participação ativa da comunidade, observa-se que o sistema decreta que seja praticada uma governança que integre a atenção primária em saúde, os sistemas de apoio e os sistemas logísticos da rede (MENDES, 2011). O Estado não governa sozinho, faz-se necessária a presença de diferentes agentes sociais para resolver problemas complexos, dinâmicos e diversificados e enfrentar os desafios da saúde pública

(MENICUCCI, 2016).

Genericamente, Peters (2013) assume o conceito de que governança é a capacidade de dirigir a economia e a sociedade visando, os objetivos coletivos, ou ao processo de tomada de decisão do governo e ao processo pelo qual as decisões são implementadas, como concorda Haan, (2008). Trazendo tal conceito para a administração pública, Fabriz (2017) conceitua a governança em saúde como a habilidade e a capacidade do gestor em administrar os recursos e a política de forma ética, transparente e participativa. Enfoca ainda que os efeitos da governança têm reflexos no desenvolvimento econômico e social e exige a interação dos setores públicos, privado e do terceiro setor (instituições não governamentais, sem fins lucrativos, voluntárias, etc).

O modelo de governança para o SUS, estabelecido pela Portaria 4.279, de 30 de dezembro de 2010, é através das redes regionalizadas e entendido como “(...) *a capacidade de intervenção que envolve diferentes atores, mecanismos e procedimentos para a gestão regional compartilhada da rede*”. Governança não é o mesmo que governar, trata-se de uma atividade respaldada em objetivos comuns para que seja viabilizada a todos os gestores a oportunidade de interpretar a realidade regional e adotarem a conduta apropriada para a resolução dos problemas comuns de um município, de uma região, de um estado ou país. A governabilidade se traduz em políticas públicas que produzam resultados na sociedade, o enfrentamento dos problemas, já a governança é a capacidade que o Estado possui para implementar essas políticas públicas e a alcançar os objetivos coletivos (NOGUEIRA, 2001, SANTOS, 1997).

De acordo com a Organização das Nações Unidas (ONU), governança é o exercício de autoridade política, econômica e administrativa a fim de gerir os negócios do Estado. Constitui-se de complexos processos, instituições e relações pelas quais os cidadãos e os grupos sociais articulam seus interesses, exercem seus direitos e obrigações e medeiam suas diferenças (MENDES, 2011).

É um espaço em que são negociadas as prioridades, definidas as estratégias de descentralização e transferência de recursos e os instrumentos de planejamento e gestão compartilhada (FLEURY *et al.*, 2010). É preciso frisar que os atores envolvidos no

processo de governança sofrem, a todo o momento, a influência de interesses diversos e conflitantes. É imprescindível desconstruir esse cenário de disputa municipal – principalmente por recursos – e criar uma rede interdependente e cooperativa.

A governança assume papel central nas políticas públicas, em especial no campo da saúde, chamando todos os atores sociais para uma gestão em que se compartilha demandas, serviços, recursos humanos e financeiros visando à resolutividade de problemas relacionados ao bem-estar da população.

Parte-se da premissa da necessidade de uma liderança que articule os diferentes atores em torno dos problemas identificados na busca de solução, assume papel central na articulação no processo de governança que ocorre no campo regional com impacto no município. O membro participante no campo regional é o secretário municipal de saúde, que deve ser um mediador das relações entre atores públicos e privados no processo de elaboração de políticas públicas em saúde e responder aos anseios da comunidade a partir dos recursos disponíveis.

Seu papel enquanto secretário é gerenciar e ter conhecimento, habilidades e atitudes que envolvem as questões administrativas e as implicações jurídicas da municipalidade (sistema de saúde do município). As ações práticas envolvem a liderança de grupos, a motivação a contribuição para a eficácia e efetividade na resolução dos problemas internos e externos que envolvem a saúde do trabalhador e do usuário do sistema. Diante do exposto, torna-se importante conhecer o que pensam/sabem os secretários municipais de saúde sobre o tema da governança em saúde, procurando responder a uma pergunta. Qual a compreensão do gestor municipal de saúde a respeito da governança em saúde?

A investigação tem como objetivo conhecer a percepção dos secretários municipais de saúde sobre o tema da governança em saúde. Especificamente buscou-se atender os objetivos de caracterizar a área de estudo e aspectos da gestão relacionados à boa governança; identificar itens que compõem a boa governança em saúde e analisar a percepção dos gestores municipais de saúde sobre a governança do SUS.

A pesquisa apresenta relevância no campo da saúde pública como um tema transversal do desenvolvimento regional, já que a tomada de decisão do ente público

impacta sobre os investimentos e na saúde da população. No campo da saúde brasileiro, apesar dos investimentos em saúde pública serem inferiores aos gastos de Canadá, França, Suíça e Reino Unido que variam entre 7,6% a 9,0%, totalizaram em 2014, 4,7% do Produto Interno Bruto (PIB). Aliados à importância social que a saúde representa na qualidade de vida do indivíduo, na produtividade e na comunidade associam-se à geração de conhecimento científico viabilizado por meio de investimentos públicos e privados em pesquisa e têm impacto econômico e social na comunidade (LORENZETTI, *et al.* 2014).

Portanto, entender a percepção do gestor municipal de saúde sobre o tema governança em saúde é importante já que, a partir da compreensão do que é governança e o seu papel neste cenário será garantida a transparência, a eficácia e a eficiência do uso dos recursos públicos e da rede de atenção à saúde em favor do usuário do SUS.

A presente pesquisa está organizada em cinco capítulos. O primeiro capítulo trata da introdução, abarcando o tema em estudo, a questão de pesquisa, a justificativa e os objetivos. O segundo capítulo trata da revisão de literatura sobre a Teoria da Escolha Pública (TEP), sobre o Sistema Único de Saúde e Governança em Saúde. O terceiro capítulo discorre sobre a metodologia utilizada na presente investigação. O quarto capítulo apresenta os resultados e discussões; e o quinto capítulo traz as conclusões da pesquisa.

2. REVISÃO DE LITERATURA

2.1 TEORIA DA ESCOLHA PÚBLICA

A Teoria da Escolha Pública que é um ramo da teoria econômica, aborda os aspectos da economia de mercado utilizados na política e nos serviços públicos. Essa teoria busca responder as questões de desenvolvimento econômico e utilização de recursos financeiros na sociedade (DIAS, 2010) quando se gerenciam recursos públicos.

Durante a crise econômica da década de 1930, a Teoria da Escolha Pública tornou-se uma inspiração para a criação de um modelo que tenta explicar as interações de mercado e o setor público, buscando explicar as ações de eleitores, burocratas, legisladores e políticos oferecendo alternativas e soluções para a ineficiência no mercado privado (CRUZ 2012).

Sendo assim tal teoria é ramo da economia que estuda a forma que o governo toma decisões, bem como, se questiona o como, o quê e o para quem do setor. Destaca-se ainda que as tomadas de decisões do setor público decorrem de modo a maximização de votos. Sendo assim, a falha do governo acontece quando as suas ações não conduzem a melhorias da eficiência econômica ou quando redistribui de forma injusta (BUCHANAN E TOLLISON, 1984, p.188).

A segunda fase da Teoria da Escolha Pública, no final de 1950 e em meados dos anos 1960, nos EUA, ressalta de forma liberal tanto as críticas em relação aos efeitos intervenção do Estado na economia e na sociedade e efeitos da democracia bem como a influência das ciências sociais para formulação de um método de compreensão e análise da sociedade. A interpretação errônea da Teoria da Escolha Pública faz com que os gastos públicos e a burocracia da empresa pública cresçam e se tornem menos eficaz que a empresa privada,

¹ Conceito: Eficiência, no sentido de Pareto, ocorre quando ninguém pode melhorar sua situação sem piorar a de outrem.

cita Buchanan (2001).

Lasta percebeu que os economistas e cientistas políticos ligados à Teoria da Escolha Pública têm procurando demonstrar que os gastos públicos e burocracia crescem de forma significativa e ineficiente tornando a empresa pública menos eficaz que a privada (ROVARIS, 2016).

Com a teoria keynesiana, o governo é parte do processo de regulação do mercado e a tomada de decisão interfere diretamente no mercado. Assim, o governo passa a fazer parte da estrutura econômica, de forma interna, ou seja, as decisões que são tomadas no governo afetam a economia como um todo, não como anteriormente, em que o governo não tinha conexão com as tomadas de decisões financeiras (BUCHANAM, 1962; CANABRAVA, 2007 e DIAS, 2010)

Segundo Buchanan (1962), a teoria e a prática das finanças deveriam ser revisadas para relacionar a distribuição individual do custo público com a distribuição individual de benefícios, de modo que fosse possível todos terem conhecimento dos destinos dados aos recursos arrecadados.

Em suma, a Teoria da Escolha, que surgiu com a obra “*The Calculus Consent*”, em meados de 1965, com os economistas James M Buchanan e Gordon Tullock segundo Cruz, (2012), traz uma visão geral dos elementos sobre a ótica dos economistas de tal teoria. Esta é uma análise econômica do direito, a qual tem por objetivo analisar o comportamento de todos os indivíduos relacionados com o processo político, desde os eleitores a agentes políticos. Ressalta-se que, neste sistema, as tomadas de decisão são feitas através de políticas democráticas indicadas pela população que delibera quem irá comandar (MACKAAY, 1999).

Há uma confusão entre a escolha pública e o interesse do representante público. Muitas vezes, o representante governamental toma decisões de forma individualista (em certos aspectos do cotidiano), pensando nas necessidades que deseja atender e nem sempre são as necessidades do cidadão. São exemplos de tomadas de decisão que refletem negativamente na economia da nação: má distribuição de renda, mau uso das arrecadações públicas, falta de transparência política, benefício de alguns cidadãos em detrimento da grande maioria.

Esses atos representam as falhas da Teoria da Escolha Pública (COSTA, 2013), pois tais decisões são tomadas pelos representantes dos cidadãos e não pelas próprias pessoas, o que leva a crer que o resultado alcançado politicamente difere muito daquele esperado, caso a decisão dependesse só do próprio povo.

A teoria volta-se para as tomadas de decisões no âmbito de escolhas públicas, que tem uma relação estreita com as escolhas políticas e não de mercado; segundo Buchanan e Tullock (1962), não importa o local, as pessoas são movidas pelos mesmos interesses, tanto na vida pública quanto na vida privada.

O reflexo desses interesses é observado nas decisões políticas e econômicas dos governos estão sujeitas a um “conjunto de poderes repartidos por diferentes agentes com funções diferentes no sistema político” (PEREIRA, 1997, p. 423). A interferência na possibilidade e capacidade de efetivação dessas políticas pode sofrer influência de todos os atores envolvidos, principalmente dos poderes legislativo e executivo. A definição da escolha pública apresenta uma relação estreita como tempo de permanência no governo e com a apreciação popular, influenciando diretamente nas decisões tomadas.

Conforme Tullock (2002), ao entrar na política, todo político tende a seguir os interesses do grupo bem como de aliados internos que auxiliam na reeleição. Dessa forma, não é diferente que agentes públicos relacionados a esses políticos trabalhem com o mesmo sistema de escolha dos interesses do grupo político em detrimento dos da coletividade.

Os políticos, em seus cargos, exercem funções como o ditado “uma mão lava a outra”; de certo modo, buscam como objetivo final recebimento de votos, isto é, conquistar a comunidade e os eleitores que garantam votos a seu partido ou a sua candidatura. Este duelo é denominado *Logrolling*. Há também a presença do *lobbying*, utilizado com forte influência no processo político (FELKIN, 1997), em que ações são adotadas para corromper as medidas de decisão tomadas. É nesse momento que a escolha pública passa por dificuldades devido à pressão dos grupos organizados, que se utilizam de estratégias direcionadas a determinados atores públicos para alcançar as metas desejadas.

Buchanan (2003) apresenta outra estratégia utilizada pelos políticos, o *rent seeking*. Termo designado a utilização de recursos atrativos pelos políticos sobre a população mais necessitada, atraídas apelos de juramentos da política e privilégios nas atividades de

situações sociais negativos e, assim, prosseguindo com as escolhas burocráticas, automaticamente estabelecidas e aceitas pela população.

A Teoria da Escolha Pública é tida como uma ciência que faz uma ligação entre política e economia, tendo como finalidade prever e entender o comportamento analítico de mercados políticos utilizando as técnicas de economia analítica. Ela busca analisar, compreender e trazer soluções que possam contribuir para a melhoria das atividades políticas e econômicas, utilizando-se de teorias econômicas para tais soluções, bem como mostrar que a transparência política faz-se necessária para o melhor emprego das arrecadações (BUCHANAM, 2003).

Pode-se ressaltar que essa questão, já abordada por Buchanan na década de 1950, tem estado em evidência, nos dias atuais, devido à busca por melhorias nos sistemas de distribuição e utilização dos bens públicos, assim como uma melhoria na governança do país, que se encontra em meio a uma crise política e econômica (ROVARIS, 2016).

A Teoria da Escolha Pública é tomada como referência ao trabalhado, já que o secretário municipal de saúde irá compor um cenário em que decisões são tomadas para o bem público a partir de recursos públicos e a presença de diferentes atores com interesses difusos.

2.2 SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

O Sistema Único de Saúde (SUS), um dos maiores sistemas públicos de saúde do mundo (BRASIL, 2011), busca garantir o acesso à saúde promovendo a melhoria da qualidade de vida² (OMS, 2012). Desde a sua implantação na década de 90, a saúde

² Segundo a Organização Mundial de Saúde, a Qualidade de Vida é definida como “a percepção do indivíduo de sua posição na vida, no contexto cultural e no sistema de valores em que ele vive e em relação a seus objetivos, expectativas, preocupações e desejos”. Na área biomédica, a Qualidade de Vida relacionada à saúde (QVRS) refere-se à satisfação e bem-estar do indivíduo nos domínios físico, psicológico, social, econômico e espiritual em relação ao estado de saúde, uma combinação do estado de saúde com a resposta afetiva a esta condição.

brasileira teve avanços históricos como a descentralização, a municipalização de ações e serviços, a melhoria e a ampliação da atenção à saúde, o fomento à vigilância em saúde e sanitária e o controle social com a atuação dos conselhos de saúde.

O Sistema Único de Saúde (SUS) é uma conquista da sociedade brasileira, após anos de reivindicações por um sistema que atendesse a população, independente de contribuições, conforme assegurado na Constituição Federal (1988) como um direito do cidadão. Foi criado com o firme propósito de promover a justiça social ampla e superar as desigualdades na assistência à saúde da população, tornando obrigatório e gratuito o atendimento a todos os indivíduos. Abrange do simples atendimento ambulatorial aos transplantes de órgãos. É o único que se diz garantir acesso integral, universal e igualitário a toda população (MALTA, CECÍLIO e MERHY, 2018).

O capítulo dedicado à saúde na nova Constituição Federal, promulgada em outubro de 1988, retrata o resultado de todo o processo desenvolvido ao longo dessas duas décadas, formando-se os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS) e determinando que "a saúde é direito de todos e dever do Estado" (art. 196). Entre outros, a Constituição prevê o acesso universal e igualitário às ações e serviços de saúde, com regionalização e hierarquização, descentralização com direção única em cada esfera de governo, participação da comunidade e atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais, isto é, não sendo apenas da previdência social (BRASIL, 1990).

A 8ª Conferência Nacional de Saúde (1986) foi um marco histórico para a gênese do SUS, que consagrava os princípios preconizados pelo Movimento da Reforma Sanitária e criava uma política de saúde própria que atendia as características da população (BRASIL, 2002).

O SUS é um sistema constituído de princípios doutrinários e organizacionais. Segundo Roncalli (2003), os princípios doutrinários são estruturados em ideias filosóficas, toda via o conceito de saúde não é entendido como o direito aos serviços de saúde ou mesmo a assistência médica, mas como uma proposta de política que requer criar condições estruturais na sociedade para assegurar o estado de saúde do indivíduo. Os princípios organizacionais orientam como o sistema funciona com base nos princípios doutrinários, conforme Figura 1. São princípios doutrinários a integralidade, universalidade e equidade e os organizativos à descentralização com comando único, à regionalização, à hierarquização

e à participação popular (LUCIETTO, 2011).

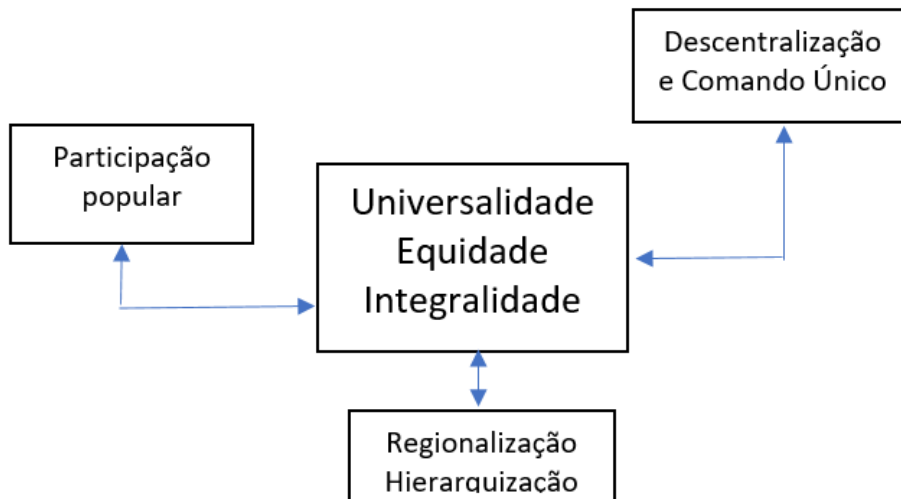


Figura 1 - Princípios doutrinários e organizativos do Sistema Único de Saúde.

Fonte: Roncalli, 2003.

Tal sistema tem princípios e diretrizes que norteiam a sua organização: descentralização da gestão, com municipalização e regionalização; participação popular, controle social; e integralidade da atenção, com acesso, acolhimento e equidade. Caracteriza-se por uma proposta de relação interfederativa solidária entre os entes nacional, estaduais e municipais de governo, permeável à sociedade. Em locais onde há falta de serviços públicos, o SUS realiza a contratação de serviços de hospitais ou laboratórios particulares, para que não falte assistência às pessoas. Desse modo, esses hospitais e laboratórios também se integram à rede SUS, tendo que seguir seus princípios e diretrizes (MALTA, 2004). Estes estabelecem a organização e articulação quanto ao sistema de saúde e usuários. Um dos princípios é a Universalidade, ou seja a saúde como um direito de todos. Naturalmente, entende-se que o Estado tem a obrigação de prover a atenção à saúde, pois é impossível tornar todos sadios por força de lei. No princípio da Integralidade, a atenção à saúde inclui tanto os meios curativos quanto os preventivos; tanto os individuais quanto os coletivos. Em outras palavras, a necessidade de saúde das pessoas (ou de grupos) deve ser levada em consideração respeitando os graus de complexidade da doença em cada indivíduo (RONCALLI, 2003).

O princípio da Equidade deve ser interpretado sob o aspecto da igualdade de oportunidade em usar o sistema de saúde; como, no entanto, o Brasil contém disparidades sociais e regionais, as necessidades de saúde variam (BRASIL, 2006).

O controle social, como também é chamado o princípio da participação, foi mais bem regulado pela Lei nº 8.142. Com a nova lei os usuários passam a participar da gestão do SUS através das Conferências de Saúde, que ocorrem, a cada quatro anos, em todos os níveis governamentais de gestão em saúde, e através dos conselhos municipais de saúde, órgãos colegiados também em todos os níveis. Nos conselhos municipais de saúde ocorre a chamada paridade: enquanto os usuários têm metade das vagas, o governo tem um quarto e os trabalhadores outro quarto (BRASIL, 1990).

A legislação federal (Constituição Federal, Art. 198, inciso III e Lei 8.080/90, Art. 7º, inciso VIII) estabeleceu as normas gerais que orientam a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde por meio das Conferências e dos Conselhos de Saúde, regulamentados pela Lei 8.142/90, Art. 1º - parágrafos 1 a 5 (BRASIL, 2003).

O Conselho Municipal de Saúde é estabelecido para haver democracia e participação da população local nas tomadas de decisões através de debates com os gestores sobre ações locais. A sociedade civil, ao participar, terá voz, espaço para debates e escolha de decisões através de votação, onde suas opiniões podem, na maioria das vezes, ser as definidas, conforme Brasil (2003).

Por lei, o conselho deve ser composto por um número par de conselheiros, havendo para cada conselheiro representante do Estado, um representante da sociedade civil (exemplo: se um conselho tiver 14 conselheiros, sete serão representantes do Estado e sete representarão a sociedade civil). Porém, por exceção à regra, são constituídos por 50% de usuários dos serviços de saúde do SUS (sociedade civil), dos gestores relacionados à saúde e correlacionados (governamentais), 25% de empresas terceirizadas (não-governamentais) que prestam serviços ao sistema de saúde do município e 25% da comunidade civil em geral (BRASIL, 2013).

Todos os municípios precisam ter Conselho Municipal de Saúde. A prefeitura deve informar quem são os conselheiros participantes. O controle social pode ser feito individualmente, por qualquer cidadão, ou por um grupo de pessoas. Os conselhos gestores de políticas públicas são canais efetivos de participação, que permitem estabelecer uma

sociedade na qual a cidadania deixe de ser apenas um direito, mas uma realidade. A importância dos conselhos está no seu papel de fortalecimento da participação democrática da população na formulação e implementação de políticas públicas (BRASIL, 2013).

Mediante tais afirmações, a participação social se denomina como Conselho Municipal de Saúde. Tais conselhos devem atuar com participação efetiva a fim de que sejam agregados de fato como participantes da saúde local, contribuindo assim para governança na região (BRASIL, 2015).

Os Conselhos Municipais de Saúde são responsáveis por fiscalizar o dinheiro da saúde, acompanhar as verbas que chegam pelo Sistema Único de Saúde (SUS) e os repasses de programas federais, participar na elaboração das metas para a saúde, monitorar a execução das ações na saúde e deve reunir-se pelo menos uma vez por mês (BRASIL, 1990).

A participação social na organização do SUS, conforme exposto no artigo 198, 194 e 77 (BRASIL, 1990), é a expressão mais viva da participação da sociedade nas decisões tomadas pelo Estado de interesse geral, ou seja, da participação popular no exercício do poder político. Tal ação é denominada democracia participativa, e caracteriza-se pela participação social na formação dos atos de governo. Assim, a sociedade exerce o controle social do poder e, participando da organização do SUS por meio dos conselhos de saúde, atua na formação do ato público. A constituição expressa em vários dispositivos essa forma de participação.

A articulação da sociedade civil com o gestor municipal nos Conselhos Municipais de Saúde propicia o exercício da *accountability*, isto é, nada mais que a qualidade das relações entre governo e cidadão, entre burocracia e clientelas. O comportamento dos servidores públicos é consequência das atitudes e comportamentos das próprias clientelas. Somente a partir de seus direitos haverá condições para *accountability*. Não haverá tal condição enquanto o povo se considerar como tutelado do Estado (CARVALHO, 2002). O autor ainda relata que a cidadania organizada pode influenciar não apenas o processo de identificação de necessidades, mas como também cobrar melhor o desempenho dos serviços públicos.

No princípio da descentralização político-administrativa (gestão), o SUS existe em três níveis, também chamado de esferas: nacional, estadual e municipal, cada uma com comando único e atribuições próprias. Na descentralização, os municípios têm assumido o papel mais importante na prestação e no gerenciamento dos serviços de saúde, pois as transferências passaram a ser "fundo-a-fundo", ou seja, baseadas em sua população e no tipo

de serviço oferecido e não no número de atendimentos (BRASIL, 2000).

Todos os princípios são fundamentais para que o SUS funcione e atinja os objetivos a que se propõe; oferta de atenção à saúde da população brasileira. Estratégias foram criadas dentro dos princípios para garantir que o sistema apresentasse transparência no uso dos recursos públicos; dois que orientam as estratégias de transparência, a descentralização e a regionalização, e uma fiscalização através da participação popular.

A Lei 8080/90 estabelece que os encontros entre entidades federais (CIT), Estadual (Conselho Nacional de Secretários de Saúde – CONASS) e municipais sejam para decidir e estabelecer aspectos operacionais, financeiros e administrativos da gestão compartilhada do SUS sem que haja desvio nas decisões tomadas nos conselhos municipais, estabelecendo, assim, atividades, execução e ações de cada município de acordo com sua realidade (BRASIL, 1990).

O princípio fundamental e estruturante entre os municípios é a base territorial que faz todo o embasamento para as tomadas de decisões. Dessa forma, agregam valores e funções Tripartite e Bipartite, isto é, nem um território sozinho consegue executar toda a demanda de seu sistema de saúde local, por isso há necessidade de pactuações intermunicipais e intergestora regional (CIR) (BRASIL, 2006). A Política Nacional de Saúde é única, no entanto as responsabilidades são de todos, específicas e pactuadas, sendo necessário compartilhar o sistema em territórios estabelecidos. Outrossim, todos os estados e municípios precisam colaborar com o SUS, cooperando uns com os outros e, assim, efetivar um sistema único de saúde que atende a todos os usuários no território nacional, respeitando as diferenças regionais, capacidade da oferta de serviços e recursos humanos. Para tal sistema compartilhado de saúde o mesmo ocorre a partir de municípios de forma plena e semiplena (FIOCRUZ, 2012).

A descentralização/regionalização são princípios que estimulam a prática da governança em saúde e foram propostos no pacto pela gestão. Para isso foi criado o colegiado de gestão regional em prol da intersectorialidade bem como a relação de intergestores municipais e estadual de saúde. As Comissões Intergestores consolidam-se como espaços de pactuação interfederativa, sendo, no âmbito federal, a Tripartite (CIT); nos estados, a Bipartite; (CIB) e, nas regiões, as Comissões Intergestores Regionais (CIR), em substituição aos Colegiados de Gestão Regionais (CGR ou Cogeres) (BRASIL, 2015). O

CGR deve ser composto por gestores de todos os municípios da região e representantes do gestor estadual. Isso torna fundamental a presença do secretário municipal de saúde nas reuniões do CGR de forma a consolidar o processo de responsabilidade compartilhada entre todos os gestores da região (BRASIL, 2009).

Em setembro de 1990, foi publicada no Diário Oficial da União a Lei 8080, também chamada Lei Orgânica do SUS, que instituiu e normalizou o funcionamento do Sistema de Saúde Pública Brasileira - SUS (BRASIL, 1990). A referida Lei operacionaliza as disposições constitucionais. São atribuições do SUS, em seus três níveis de governo, além de outras, "ordenar a formação de recursos humanos na área de saúde" (CF, art. 200, inciso III). No entanto, um conjunto de fatores - como problemas ligados ao financiamento, ao clientelismo, à mudança do padrão epidemiológico e demográfico da população, aos crescentes custos do processo de atenção, ao corporativismo dos profissionais da saúde, entre muitos outros - tem-se constituído em obstáculos expressivos para avanços maiores e mais consistentes. Tudo isso redundava em uma sensação de inviabilidade do SUS, apesar de o caminho ser unanimemente considerado como correto (BRASIL, 1990).

A Lei 8.142/90 (Brasil, 1990) dispõe que todos os recursos sejam, eles federais, estaduais ou municipais, sejam centralizados, criando o Fundo Nacional de Saúde. Essa disposição fere a Lei 8.080, a qual estabelecia a descentralização, tornando difícil e burocrático o recebimento e repasses do nível central e, quando repassados, ocorreria de forma regular e automática, se os recebedores cumprissem os requisitos expostos.

Dessa forma, para regularizar o processo de descentralização criaram-se as Normas Operacionais Básicas (NOB) do SUS, as quais passaram por quatro modificações: NOB: 01/91, NOB: 01/92, NOB: 01/93 e NOB: 01/96, cujas principais mudanças decorrem através da centralização e descentralização do poder e tomadas de decisões na hierarquia do SUS.

Sobre as NOB, destacam-se alguns aspectos em cada uma delas. A NOB 91/92 editada pelo Instituto Nacional de Assistência Médica de Prevenção Social (INAMPS) que tinha como objetivo o pagamento por produção de serviços, inclusive para os estados e municípios, contradiz o Artigo 35 da Lei 8080/90, cessão de unidades assistenciais federais para estados e municípios (desconcentração), prevalecendo a mesma estrutura de compra de serviços privados do INAMPS e privilegiando oferta crescente de serviços médico-assistenciais, principalmente de alta complexidade.

Já a NOB 93 tratou da municipalização da gestão em saúde instituindo três modalidades de gestão: incipiente, parcial e semiplena, com participação dos Intergestores Tripartite e Bipartite. Essa norma apresenta como pressuposto a regionalização que deverá ocorrer através da articulação, mobilização e pactuação municipal, observando as características geográficas, fluxo de demanda, perfil epidemiológico e oferta de serviços. Houve pouca modificação, tanto na gestão estadual, como nas habilitações formais, mas com mudança de modelo pouco expressiva (BRASIL, 1993).

A NOB 96 consolidou novas modalidades de gestão, como a gestão plena da atenção básica e plena do sistema municipal, com gestão Avançada e Plena do Sistema Estadual, havendo piso da atenção básica (fixo + variável). Criou-se a Programação Pactuada e Integrada (PPI) para envolver as atividades de assistência ambulatorial e hospitalar, de vigilância sanitária e de epidemiologia e controle de enfermidades. Constituiu-se um instrumento essencial de reorganização do modelo de atenção e de gestão do SUS.

Em 2001 e 2002 estabelecem-se mudanças nas NOBs, as quais, segundo Brasil (2007), se caracterizam:

A Portaria GM/MS nº 95 de 26 de janeiro de 2001 cria a Norma Operacional da Assistência à Saúde – Noas-2001, que instituiu os Planos Diretores de Regionalização e de Investimentos e introduziu a ideia de redes de assistência. A Noas-2001, por meio de seus anexos I, II, III, IV e V, ‘amplia as responsabilidades dos municípios na Atenção Básica; define o processo de regionalização na assistência; cria mecanismos para o fortalecimento da capacidade de gestão do Sistema Único de Saúde e precede os critérios de habilitação de estados e municípios’. Já a Norma Operacional da Assistência à Saúde 01/2002 (NOAS/02) instituída pela portaria GM/MS nº 373, de 27 de fevereiro de 2002, foi o resultado dos encaminhamentos estabelecidos na reunião da CIT de 22 de novembro de 2001. Nessa data, foi firmado um acordo entre o CONASS e o Conasems contemplando propostas relativas ao comando único sobre os prestadores de serviços de média e alta complexidade e o fortalecimento da gestão dos estados sobre as referências intermunicipais, notadamente no que diz respeito à explicitação e mecanismos de acompanhamento dos recursos federais referentes ao atendimento da população referenciada.

Em 2006, após controvérsias e dificuldades na efetivação dos cinco princípios dos SUS (devido a toda mudança na gestão e aceitação da mudança no SUS), nasce o Pacto pela

Saúde.

O Pacto pela Saúde é subdividido em três pactos: pela Vida, em Defesa do SUS e Gestão. O Pacto foi apresentado como inovação, cujo objetivo era fortalecer a gestão descentralizada, com redefinições de responsabilidades próprias e conjuntas dos três entes federados (BRASIL, 2006 e NORONHA, 2013).

Em relação ao Pacto pela Saúde, de 2006, o documento estabeleceu que:

O objetivo das Diretrizes Operacionais dos Pactos pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão é fazer com que os gestores das três esferas de governo formalizem um compromisso de realizar ações integrais de saúde em função das necessidades da população, buscando atuar de forma cooperativa e respeitando as diferenças regionais.

Fruto de uma discussão de quase três anos, o novo pacto delimita responsabilidades coletivas e específicas para os três gestores do Sistema Único de Saúde (SUS), no campo do gerenciamento e da atenção à saúde. Apresenta inovações importantes em relação às normas anteriores, entre elas: define um novo modelo de financiamento do sistema; extingue o processo de habilitação de forma cartorial e apresenta o termo de compromisso de gestão como peça fundamental para a relação intergestores e aprimoramento do controle social.

Por decisão do pleno do CNS, a formação de conselheiros de saúde passou a figurar no pacto como responsabilidade dos três entes federados. Outra contribuição importante dos conselheiros nacionais foi a inclusão de ações voltadas para a desprecarização das relações de trabalho, com a adoção de vínculos que garantam os direitos sociais e previdenciários dos trabalhadores da saúde [...].

Com o pacto, altera-se a lógica do processo de habilitação dos estados e municípios. Não haverá mais a divisão entre município/estado habilitado e não habilitado. Todos passam a ser gestores das ações de saúde, com atribuições definidas e metas a cumprir (BRASIL, 2006).

O sistema de saúde passa a funcionar dentro de regiões de saúde que é delimitada dentro de um espaço geográfico formado por um grupo de municípios que compartilham identidades culturais, econômicas, sociais, redes de comunicação e infraestrutura de transporte com objetivo de identificar as prioridades, potencialidade que contribuem para o planejamento e execução de ações e serviços de saúde (MENDES, 2008).

O Decreto n. 7.508/2011 menciona a região de saúde como o espaço que tem a finalidade de integrar a organização, o planejamento e a execução de ações e serviços de saúde, o qual será referência para as transferências entre os entes. Além disso, a Rede de Atenção à Saúde, em que se inicia e se completa a integralidade da assistência, será organizada na região de saúde.

Geograficamente e economicamente, a região é definida por marcadores e elementos da delimitação espacial e os aspectos que caracterizam o território – critérios técnicos, políticos, econômicos, sociais e culturais – que caracterizam a regionalização. Essas características distinguem a região como fato e como ferramenta do planejamento regional (ARAÚJO, *et al*; 2004).

Para a efetivação das ações nesse espaço, principalmente devido à regionalização, é necessária a articulação de todos os atores que compõem essa região, ultrapassando os limites e as fronteiras para garantir a eficiência local. “Dessa maneira, as comissões de intergestores regionais podem ser consideradas estratégias de gestão e políticas traçadas que contemplam a resolução de situações regionais e as diretrizes do SUS” (BRASIL, 2000; 2006; 2013) .

O objetivo dessa estratégia de gestão é a de garantir que a tomada de decisão seja a mais próxima da realidade local dos municípios e estados. Portanto os gestores estaduais e municipais assumem um papel importante na análise da situação real do seu local de administração; existe a necessidade de o gestor conhecer a realidade do seu território, os seus indicadores e o que acontece em torno do seu território que afeta direta ou indiretamente seu sistema de saúde (BRASIL, 2005).

Não é estabelecido modo ou desenho de regionalização no pacto de Gestão, essa tarefa fica a cargo dos secretários de saúde que, de forma conjunta tomaram decisões adequadas para garantir a qualidade das ações e serviços de saúde. Tais decisões colocam diferentes atores e interesses numa mesa de negociação em que deve prevalecer o interesse público, aquele que beneficiará os usuários do SUS. Por exemplo, na falta de serviços em pequenas regiões, os usuários são encaminhados aos centros regionais especializados para tal necessidade, tudo pactuado anteriormente e gerenciado pelo comitê gestor da região (BRASIL, 2006).

A descentralização surgiu com objetivo de fortalecer os estados e municípios em sua gestão (Brasil, 2006). Devido a seus instrumentos de execução, o tema da regionalização devia fazer parte da agenda do conjunto dos secretários do SUS. No entanto, independente das operações de normas, a descentralização sempre deixava insatisfações.

O conceito de regionalização está inicialmente relacionado à ideia básica de organização por regiões. A definição de regionalização que consta no Pacto pela Saúde ressalta seu caráter solidário e cooperativo, definido como: 'processo de identificação e constituição de regiões de saúde existentes nos diferentes municípios que compõem a região, em uma rede regionalizada de atenção visando à universalidade de acesso, à equidade, à integralidade e à resolutividade'. A partir dessa definição, as regiões de saúde passam a ter duplo sentido, seja como uma base territorial para o planejamento e execução da rede de atenção com dada densidade tecnológica e autossuficiência de ações e serviços de saúde para a sua população, seja como espaço vinculado e articulado de condução política-administrativa dessa rede de atenção (Brasil, 2006, p. 14).

Conclui-se então, que a legislação do SUS já aponta para a necessidade de negociação e cooperação entre os gestores que compõem esse sistema, dentro da lógica de um Estado federativo com entes autônomos que precisam manter uma relação de interdependência e visam a um objetivo comum. Dentro dessa lógica, a regionalização prevê uma nova prática na gestão, a governança em saúde.

2.3. GOVERNANÇA EM SAÚDE PÚBLICA

O termo governança, em seu significado original, tinha um entendimento associado ao debate político-desenvolvimentista, e era usado para referir-se a políticas de desenvolvimento que se orientavam por determinados pressupostos sobre elementos estruturais como gestão, responsabilidades, transparência e legalidade do setor público (STOKER. 1998). Porém seu real significado vem tomando maior sentido perante suas funções complexas na amplitude dos elementos estruturais nos quais se incluem serviços privados prestados (KISSLERL e HEIDEMANN 2006).

Tem sido empregado para explicar estruturas e processos de organizações em

diversas instâncias e níveis bem como os processos que ocorrem entre eles, tanto na sociedade civil quanto nas organizações do Estado e da iniciativa privada (ALMEIDA, 2013 e MELLO, 2009). Desse modo, na revisão de literatura é possível encontrar vasto conceito sobre governança. Este trabalho baseia-se no modo de governança pública.

É importante ter claro que governança não é sinônimo de administração. Segundo Tódero (2011, p: 25), a governança encontra-se preocupada em supervisionar e controlar os aspectos executivos da administração, *“satisfazer as expectativas legítimas através da prestação de contas e da regulação, tendo interesses além dos limites incorporados”*.

A diversidade dos modos de governança é baseada no poder de polícia, o qual se caracteriza quando o governo define as atividades e garante a implementação das políticas instituídas, ou um conceito baseado em objetivos comuns que podem estar associados a responsabilidades legais e formalmente prescritas, mas que são implantadas com ou sem o poder de polícia (TÓDERO, 2011).

Exemplos sobre essas definições podem ser observadas no conceito do Banco Mundial (2007) do entender que governança decorre do exercício da autoridade, controle, administração e poder de governo. O documento aborda também sobre os artifícios na administração dos recursos sociais e econômicos de um país que visa ao desenvolvimento, baseado em uma governança adequada, que impacta na qualidade dos gastos públicos, na efetividade da gestão de recursos e, também, na eficiência e na qualidade da prestação de serviços.

Já a Comissão sobre Governança Global da ONU manifestou-se sobre o tema indicando que a governança deve ser apoiada pela democracia em todos os níveis, num ambiente onde os indivíduos e as instituições, públicas e privadas, tenham capacidade de administrar assuntos comuns, num processo contínuo por meio dos conflitos ou interesses diversos que podem ser acomodados numa ação cooperativa (ALMEIDA, 2013).

Segundo Mello (2009) parafraseando Mimicopoulos *et al* (2007), os quais serão a base teórica, os principais tipos de governança são a governança pública, a econômica e a social. A governança pública fica sobre supervisão de autoridade/poder do Estado com função de atuação de organização e administração de seus assuntos. A Governança econômica caracteriza-se pelo comando privado que, por sua vez, diz respeito às políticas,

aos processos ou mecanismos organizacionais necessários para produzir e distribuir bens e serviços. A governança social possui autoridade da sociedade civil, ficando inclusos os cidadãos e organizações sem fins lucrativos, e caracteriza-se pela busca de valores e crenças que se fazem necessários para cumprimentos sociais e tomadas de decisões.

Já para o modo de governança social, imagina-se um centro e duas extremidades, sendo, assim exercido em arranjos organizacionais de composição plural, isto é, envolvendo agentes estatais e não estatais (organizações públicas) e agentes públicos e privados, com ou sem fins lucrativos, para a cogestão da governança pública/social. Isto é, caracteriza por três campos de poder institucional com atuação de hierarquia de Estado, nos níveis, federal, estadual e municipal. Outro campo é a intersetorialidade que, por sua vez, faz a ligação entre o institucional e sociedade civil, necessária para contemplar os determinantes e condicionantes sociais, pois há relações importantes que se processam nos territórios e remetem ao cotidiano da população, às relações entre as instituições (federal, estadual e municipal), à sociedade civil organizada e aos cidadãos que, com interações políticas, econômicas, sociais e simbólico-culturais, transformam o território em um ente vivo (ALMEIDA, 2013).

Sobre outro campo da extremidade, a sociedade civil, Almeida (2013) relata constituir-se no conjunto de organizações e instituições cívicas voluntárias que representam os alicerces de uma sociedade em funcionamento, em oposição às estruturas que são ajudadas pelo Estado. Dessa forma, as três dimensões/campos têm ação de legitimidade, implementação política, acompanhamento, monitoramento dos bens.

O modo de governança social é, para Almeida (2013), um arranjo institucional baseado na regulação, na interação e orquestração de ações entre o Estado, o mercado e a sociedade civil, todos eles dotados de diferentes capacidades, diferentes e divergentes interesses e lógicas para a promoção do bem-estar social, através da produção e do consumo de bens públicos e privados; o desenvolvimento de capacidades em rede, envolvendo o Estado e demais segmentos da sociedade civil organizada. É desejável, em uma democracia, que Estado e sociedade formem, pelo menos no plano ideal, um todo indivisível.

A governança pública ocorre nas organizações públicas estatais, chamadas também de administração concertada, atuando em um ou mais níveis federativos. Propõe um modelo de cooperação entre os diversos componentes dentro de um Estado, baseado na melhoria da

qualidade, da responsabilidade, da eficiência e da eficácia administrativa e no respeito aos valores da democracia bem como administração técnica, método, instrumentos, interesses e conflitos, buscando a negociação, consenso e pactos entre os setores. Os modos de gestão geram a descentralização dos poderes federais para estaduais e municipais, isto é, de modo a regular o Estado, mercado e sociedade.

Em termos gerais, na visão do surgimento do termo da governança no setor público na Alemanha, Kissler e Heidemann (2006) entre outros autores que estudam governança, abordam que a estrutura da governança se dá por conjunto de uma ou mais empresas com sistemas de redes interligadas (FIRMINO, 2013) as quais formam uma ampla complexidade de organizações, gestões, administrações, financiamentos, estruturas, setores públicos e privados, entre outros, que trabalham em prol da coletividade social. O Estado é o maior provedor dos bens públicos e assim tem maiores responsabilidades na gestão dos recursos e deve contemplar a participação de instituições privadas/terceirizadas em busca de serviços complementares que o sistema público não consegue ofertar (SAUERBRONN, 2014), trabalhando assim com a governança pública.

Governança constitui-se como ferramentas/aspectos instrumentais que, em ações com o Estado, se permitem a torna governabilidade, e podem ser entendidas como conceitos complementares e intrinsecamente relacionados. Pode-se definir a governabilidade como a capacidade do Estado/Governo agregar os múltiplos interesses dispersos na sociedade e apresentar-lhes um objetivo comum de curto, médio ou longo prazo, articulando alianças e coalizões/pactos entre os diferentes grupos sócio-políticos em ação. Isto é, envolve a capacidade do governo de viabilizar o projeto de Estado e sociedade a ser desenvolvido. Sustenta-se principalmente na relação com os cidadãos e a cidadania organizada (CASTRO e ALVARENGA, 2015).

Sauerbronn (2014) discorre sobre o conceito de público-privado dentro de Governança, a qual é demarcada na gestão pública contemporânea, onde se reconhece a multiplicidade de atores, entretanto, sem pactuar com o pressuposto de neutralidade/lucros e cooperação, buscando condicionantes aos interesses dos múltiplos atores envolvidos e da lógica de ações socialmente construídas. Situações quais as instituições públicas não mais ofereçam os serviços públicos em termos exclusivos, mas sim, trata-se de contextos terceirizados nas ações de serviços, nos quais o Estado, simultaneamente, transfere ações

para o setor privado, age em parceria com agentes sociais, e torna-se coprodutor do bem público, mas ainda na condição de responsável último pelos resultados junto à sociedade. Um trabalho final ofertado totalmente gratuito a todo cidadão.

Kissler e Heidemann (2006) abordam, em seu trabalho, a contextualização histórica de 10 anos (20 anos ao momento atual) da governança pública-privada, a qual, por anos, vem sendo discutida e aprimorada em sua complexidade.

A concretização/formulação da governança público-privada veio sendo regularizada pela Organização das Nações Unidas (ONU) ou a *Organization for European Cooperation and Development* (OECD), porém ao mesmo tempo o contexto da regionalização trouxe legados para sua aprimoração e efetivação (no Brasil ainda há um grande déficit na governança pública regional). Há indagações sobre a atuação do Estado frente às tomadas de decisões bem como a ótica da sociedade em geral sobre tais ações do Estado.

A transição do Estado convencional para um novo modelo de Estado consequentemente houve mudanças. Assim, conceitualmente, o Estado tradicional vem se transformando:

- ✓ de um Estado de serviço, produtor do bem público, em um Estado que serve de garantia à produção do bem público;
- ✓ de um Estado ativo, provedor solitário do bem público, em um Estado ativador, que aciona e coordena outros atores a produzir com ele;
- ✓ de um Estado dirigente ou gestor em um Estado cooperativo, que produz o bem público em conjunto com outros atores.

[...] Mas esta convergência tem um preço, a saber: a economicização ou mercadização do setor público, ou seja, a transformação do setor público em um empreendimento econômico (KISSLER e HEIDEMANN 2006, p 485-486).

No âmbito da administração, tanto pública como privada, para que haja resultados satisfatórios quanto à governança, as organizações de modo geral devem ser estruturadas de formas apropriadas, pois, uma boa governança gera maior qualidade entre os setores, interferindo gradativamente desenvolvimento econômico e assim, no desenvolvimento social de um município, estado e país (MELLO, 2009).

Segundo documento publicado pelo Tribunal de Contas, uma boa governança no setor público permite (TCU, 2014, p:14).

- a) garantir a entrega de benefícios econômicos, sociais e ambientais para os cidadãos;
- b) garantir que a organização seja, e pareça, responsável para com os cidadãos;
- c) ter clareza acerca de quais são os produtos e serviços efetivamente prestados para cidadãos e usuários, e manter o foco nesse propósito;
- d) ser transparente, mantendo a sociedade informada acerca das decisões tomadas e dos riscos envolvidos;
- e) possuir e utilizar informações de qualidade e mecanismos robustos de apoio às tomadas de decisão;
- f) dialogar com e prestar contas à sociedade;
- g) garantir a qualidade e a efetividade dos serviços prestados aos cidadãos;
- h) promover o desenvolvimento contínuo da liderança e dos colaboradores;
- i) definir claramente processos, papéis, responsabilidades e limites de poder e de autoridade;
- j) institucionalizar estruturas adequadas de governança;
- k) selecionar a liderança tendo por base aspectos como conhecimento, habilidades e atitudes (competências individuais);
- l) avaliar o desempenho e a conformidade da organização e da liderança, mantendo um balanceamento adequado entre eles;
- m) garantir a existência de um sistema efetivo de gestão de riscos;
- n) utilizar-se de controles internos para manter os riscos em níveis adequados e aceitáveis;
- o) controlar as finanças de forma atenta, robusta e responsável;
- e p) prover aos cidadãos dados e informações de qualidade (confiáveis, tempestivas, relevantes e compreensíveis).

Conforme a lista de atributos acima mencionados, a governança em saúde envolve questões estruturais (administrativa, política, econômica, social, ambiental, legal e outras) que se articulam na relação entre o público/privado, entre interesses difusos com objetivo

de garantir que os resultados pretendidos pelas partes interessadas sejam definidos e alcançados. A tomada de decisão que deixa de ser local e passa ser regional impacta no desenvolvimento da região.

Segundo Santos (1997, p:340-341), ter uma *‘boa governança é um requisito fundamental para um desenvolvimento sustentado, que incorpora ao crescimento econômico equidade social e também direitos humanos’*.

Para Oliveira (2002), o desenvolvimento é o resultado do processo de mudanças de ordem econômica, política, humana e social. O autor diz também que o desenvolvimento nada mais é que crescimento, resultado de incrementos positivos na renda e produto, transformado para satisfazer as mais diversas necessidades do ser humano, como: alimentação, saúde, lazer, educação, habitação, entre outras.

A saúde é um dos indicadores que tem influência no desenvolvimento econômico e social; é um campo complexo que depende quase que exclusivamente dos recursos públicos, mas faz parte de uma rede em que estão presentes diferentes atores e interesses que devem convergir para o atendimento eficaz e de qualidade: a população. Um meio de articular esse cenário é através de um arranjo governamental.

Segundo Bretas Jr e Shimizu (2017, p:1086), a governança em saúde é compreendida como um arranjo governamental em que diferentes órgãos públicos mantêm relações com “instituições não estatais como partes interessadas num processo de tomada de decisão coletiva formal, de consenso orientado, deliberativo e que têm como objetivo fazer ou implementar políticas públicas ou gerência pública de programas ou ativos”.

A governança em saúde incentiva que todos participem do processo em que os interesses geralmente apresentam divergências, mas estimula que sejam organizados e direcionados segundo os objetivos comuns, negociados, visando assegurar o direito ao acesso universal à saúde.

As Leis nº 8.080/90 e nº 8.142/90 indicam os atores da governança em saúde pública, uma vez que tratam dos princípios e diretrizes e da organização, da direção e da gestão do SUS e da participação da comunidade na gestão do sistema. Estabelecem igualmente a relação intersetorial no âmbito público e na sociedade civil e os fóruns de negociação e pactuação entre gestores. Dessa forma, estão definidos os principais

componentes para a governança no SUS, a partir da Lei Orgânica da Saúde (Brasil, 1990 e Rinaldi, 1997).

Em um país como o Brasil, com extensa área territorial, com marcantes diferenças nas condições geográficas, demográficas, políticas, técnico-administrativas, socioeconômicas e financeiras, precisa-se enfrentar a complexidade das demandas e necessidades da população, pois cada região apresenta “problemas cujo enfrentamento transpõe o território municipal” depende de uma atenção em redes regionais para garantir a integralidade (SANTOS e GIOVANELLA, 2014, p.623).

Para Shimizu *et al.* (2017, p:1132), os municípios, isoladamente, não conseguem atender a demanda pelas ações e serviços de saúde requeridos pela população, “seja pela insuficiência de recursos financeiros, humanos, logística e porte populacional, visto que cerca de 50% deles possuem população inferior a dez mil habitantes”. Os autores destacam que a regionalização da saúde é um dos princípios que contribui para o aumento da racionalidade no uso de recursos e na eficiência das políticas no âmbito do SUS.

Bretas Jr. e Shimizu (2017) destacam que para que, a governança na saúde efetivamente aconteça, é necessário que atenda a seis critérios: a) a iniciativa do fórum deverá ser do órgão público, b) do fórum participam agentes estatais e não estatais, c) todos os envolvidos contribuem para a tomada de decisão; d) consenso nas decisões, e) espaço tem uma organização formal e funciona coletivamente e f) o foco da colaboração está na ordem pública ou gestão pública.

Para autores brasileiros, mesmo sendo suas ideologias de alguma forma diferente, ou metodológica, há um ponto em comum quando se trata de governança pública em saúde. A governança não é vista como algo pronto e acabado, mas sim, de múltiplas funções, gestões, administrações, organizações, empresas, cogestões, relações entre público e privado, por meio de outros pontos que devem se articular e formar a inter-regionalização sob o conceito de governança pública em saúde. Para isso, torna-se necessário também a inter-regionalização (AZEVEDO e ANASTASIA, 2002).

A inter-regionalização é composta tanto por interligação de várias cidades quanto regiões de saúde. O art. 198 da CF estabelece que as ações e os serviços públicos de saúde devam integrar-se em uma rede de regionalização hierarquizada e constituem o SUS. No

contexto da regionalização, as relações intergovernamentais devem ser realizadas como um dos componentes de uma nova prática na gestão, ou seja, a governança (AZEVEDO e ANASTASIA, 2002).

A governança na região de saúde, é caracterizada pela eficiência dos gastos públicos combinado a implementação de reformas que regulam a transparência entre o setor privado e público e o *accountability* (AZEVEDO e ANASTASIA, 2002).

Dessa forma, o mesmo autor ressalta o valor da governança na região de saúde, no enfrentamento dos desafios, nas ações de organização dos serviços, uma vez que a demanda das ações vai do ente federativo aos municipais, precisando haver uma estrutura bem pactuada para garantir viabilidade operacional.

Segundo Santos e Giovanella (2014), a governança em saúde é uma nova forma de gestão em saúde em que os secretários municipais de saúde são peças chaves, já que as demandas por ações e serviços de saúde, as fontes de recursos humanos, financeiros e estruturais são oriundos dos municípios (público) e a tomada de decisão é pública também. Portanto, nesse cenário são os secretários municipais de saúde que se mobilizam para a pactuação das ações e serviços de saúde, para a definição das prioridades e investimentos segundo o perfil epidemiológico da região e recursos humanos disponíveis, devendo assegurar a transparência e a participação popular no processo e, assim, garantir a presença dos elementos de uma boa governança em saúde.

3. MATERIAIS E MÉTODOS

3.1 TIPO DE ESTUDO METODOLÓGICO

Trata-se de uma pesquisa descritiva com abordagem qualitativa que se utilizou de um instrumento com perguntas semiestruturadas aplicados no período de julho a dezembro de 2017. A pesquisa descritiva utiliza-se de instrumentos para coleta como questionários, entrevistas e as observações para levantar opiniões, status ou projeções futuras e descreve os fatos e fenômenos de determinada realidade (TRIVIÑOS, 1987).

3.2 CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA E LOCAL DA PESQUISA

A população de interesse nesta investigação são os secretários municipais de saúde da área de abrangência da microrregião da 8ª Regional de Saúde de Francisco Beltrão-PR, que composta por 27 municípios. A pesquisa foi realizada com os secretários de saúde que pertencem Microrregião Geográfica de Francisco Beltrão, segundo o Iparde (2012) composta pelos municípios de Barracão, Boa Esperança do Iguaçu, Bom Jesus do Sul, Cruzeiro do Iguaçu, Dois Vizinhos, Enéas Marques, Flor da Serra do Sul, Francisco Beltrão, Manfrinópolis, Marmeleiro, Nova Esperança do Sudoeste, Nova Prata do Iguaçu, Pinhal de São Bento, Renascença, Salgado Filho, Salto do Lontra, Santo Antônio do Sudoeste, São Jorge d'Oeste e Verê, totalizando uma amostra de 19 secretários municipais de saúde.

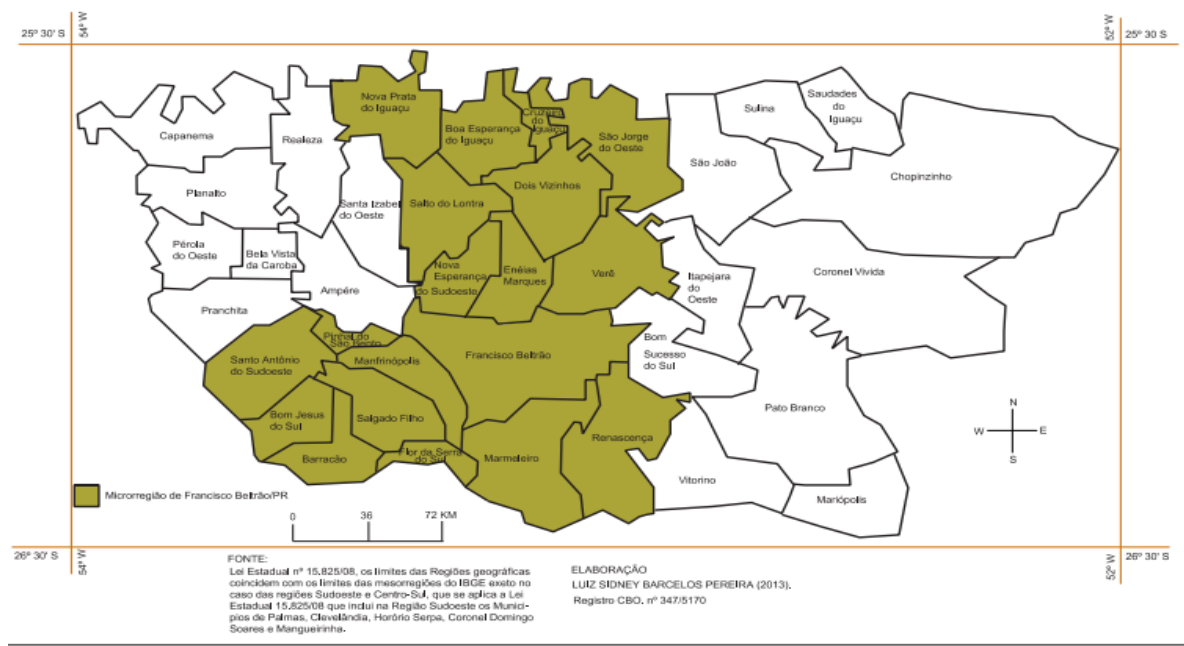


Figura 2: Mapa do Sudoeste do Paraná com recorte da Microrregião de Francisco Beltrão/PR
Fonte: PEREIRA; Luiz Sidney Barcelos, 2013.

3.3 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO NA PESQUISA

Foram incluídos na presente investigação os gestores municipais que estavam há mais de seis meses no cargo bem como os gestores que concordaram em participar espontaneamente do presente estudo assinaram o Termo de Consentimento Livre Esclarecido (TCLE).

3.4 INSTRUMENTO PARA COLETA DE DADOS

Para estudo foi adotada a técnica da entrevista semiestruturada com questões adaptadas do instrumento de Almeida (2013), (Apêndice B) as quais foram aplicadas aos secretários municipais de saúde. Previamente entrou-se em contato, agendam horário da entrevista e definindo o local em que seria realizada a entrevista. A entrevistadora apresentou o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) explicando os objetivos,

riscos e benefícios da pesquisa e, posteriormente, gravou a entrevista. Após a coleta, os dados foram transcritos e realizada a análise a partir das categorias estabelecidas para compreensão da percepção do gestor sobre governança em saúde. Também foi realizada uma busca na página das prefeituras municipais de cada município cujo secretário municipal participou da pesquisa e na página do Google na busca de informações sobre o município.

3.5 ANÁLISE DOS DADOS

Após digitados os dados foi realizada a análise da/do temática/conteúdo. Tal análise permite identificar nas entrevistas o conteúdo das mensagens e indicadores que mantêm o conhecimento relativos às condições de produção/recepção destas mensagens (BARDIN, 1976).

Segundo Almeida (2013), essa abordagem permite ao pesquisador explicar e sistematizar o conteúdo da mensagem e seu significado, deduzindo e interpretando a partir da literatura científica.

Foram adotadas, como ponto de partida, as categorias de análise, do trabalho de Almeida (2013): a) Caracterização da área de estudo e aspectos da gestão relacionados à boa governança. b) Mecanismos, espaços e posição do gestor SUS na governança pública, e c) significado de governança para os gestores municipais de saúde. Os dados, após digitação foram, categorizados e analisados a partir da literatura disponível sobre o tema.

3.6. ASPECTOS LEGAIS

Para a execução da pesquisa foram seguidas as diretrizes e normas para pesquisas envolvendo seres humanos, traçadas pelo Conselho Nacional de Saúde, através da Portaria nº. 466/2012 (BRASIL, 2012), sendo o projeto aprovado segundo o Parecer Número 2.311.464 do Comitê de Ética em Seres Humanos da UNIOESTE (APÊNDICE A).

4. RESULTADOS E DISCUSSÃO

4.1 CARACTERIZAÇÃO DA ÁREA DE ESTUDO E ASPECTOS DA GESTÃO RELACIONADOS À GOVERNANÇA

A presente investigação trabalhou com um universo de 19 (70,7%) secretários municipais de saúde da microrregião de Francisco Beltrão, composta por 27 municípios. A população dos municípios pesquisados varia de dois mil a 80 mil habitantes, com uma média de 13,140 habitantes por município. A rede de ações e serviços de saúde na microrregião de Francisco Beltrão abrange um hospital de nível terciário, nove hospitais de nível intermediário e seis hospitais de atendimento ambulatorial/Pronto Atendimento. Na área de abrangência lá uma Unidade de Pronto Atendimento (UPA) no município de Francisco Beltrão, que cobre a população dos municípios de Marmeleiro, Salgado Filho, Enéas Marques e Francisco Beltrão (PARANÁ, 2015).

Em relação à cobertura das Equipes da Atenção Primária a Saúde dos 19 municípios pesquisados 99,24% tem cobertura pelo Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PAC), Estratégias Saúde da Família (ESF) cobertura a 95,6% dos municípios, 15,78% dos municípios possuem equipe do Núcleo de Apoio da Família (NASF) na modalidade 1 e 21,05% para o NASF 2 e 42,10% para o NASF 3 (PARANÁ, 2015).

O serviço de atendimento da rede Mãe Paranaense, que oferece serviços de ginecologia e obstetrícia direcionado a gestante tem uma cobertura de 94,8% dos municípios, sendo gestantes estratificadas com risco intermediário e alto risco direcionados a Francisco Beltrão. Em Francisco Beltrão, o atendimento à população de, estratificada com risco intermediário acontece no Instituto da Mulher e, nos demais municípios, no Centro Mãe Paranaense da Associação Regional de Saúde do Sudoeste; em relação ao atendimento da gestante de alto risco, 100% dos pré-natais são acompanhados no Hospital Regional do

Sudoeste do Paraná, ambos em Francisco Beltrão, Paraná.

Partos e cesáreas de risco habitual e intermediário são procedimentos realizados em 11 hospitais de referência na microrregião de Francisco Beltrão, e aqueles de alto risco acontecem no Hospital Regional do Sudoeste do Paraná. Na microrregião de Francisco Beltrão está disponível para a população 10 leitos de Unidade de Terapia intensiva Neonatal (UTI/Neo-Natal) e 20 leitos de UTI-adulto, sendo 10 em unidade hospitalar de nível secundário e 10 em nível terciário. Também há disponível na região o atendimento do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU 192) (PARANÁ, 2015).

Além da estrutura ofertada conveniada com o SUS, há hospitais particulares, clínicas especializadas, laboratórios de última geração, hospitais equipados e profissionais especialistas, que apresenta uma alta taxa de resolutividade no atendimento de emergência, atenção básica e alta complexidade. Há, ainda, serviços complementares com clínicas modernas de diagnóstico por imagem, medicina nuclear e laboratórios de análises clínicas.

A fim de contextualizar a discussão em torno do tema proposto da governança em saúde, a Tabela 1 apresenta características selecionadas dos secretários municipais de saúde entrevistados, delineando um breve perfil dos sujeitos da pesquisa.

Tabela 1 - Características selecionadas dos (as) Secretários (as) Municipais de Saúde da Microrregião de Francisco Beltrão, 2017.

	11 (57,8%) homens
Sexo	08 (42,2%) mulheres
Faixa etária	01 (5,2%) até 30 anos
	04 (21,1%) de 31 a 40 anos
	09 (47,4%) de 41 a 50 anos
	05 (26,3%) de 51 anos e mais
Nível de escolaridade	01 (5,2%) Pós-graduação-stricto sensu
	02 (10,52%) Pós-graduação-latu sensu
	03 (15,78%) Superior
	13 (68,42%) Ensino médio

Experiência no cargo	13 (68,4%) Já ocuparam cargo de Secretário (a) de Saúde anteriormente.
	06 (31,57%) Não ocuparam cargo de Secretário (a) de Saúde anteriormente
Porte populacional do município	07 (36,84%) municípios Até 5 mil
	06 (31,57%) municípios 5 mil a 10 mil
	03 (15,78%) municípios 10 mil a 15 mil
	01 (5,27%) municípios até 21 mil
	01 (5,27%) municípios até 40 mil
	01 (5,27%) municípios até 80 mil
Participação nas reuniões da CIB mensalmente	19 (100%) Sim
Participação nas reuniões da ARSS-conforme necessidade	19 (100%) Sim

Fonte: Autora, 2018.

O perfil do gestor municipal de saúde é do sexo masculino (57,8 %), idade média de 48 anos, 63,15 % possuem o ensino superior (12) e o mesmo percentual já atuou no SUS. O tempo de atuação dos gestores municipais de saúde no SUS variou de seis meses a 26 anos com uma média de 45,8 anos.

O cargo de gestor municipal de saúde é de confiança, quem nomeia é o Prefeito Municipal. Todos os entrevistados que estão exercendo a função foram convidados a ocupar o cargo de secretário municipal de saúde. Vale ressaltar que dos dezenove, seis nunca foram secretários municipais de saúde, porém (68,42%) já atuavam no setor de saúde em outras funções e até em outro nível da estrutura como a estadual.

Em relação ao tipo de gestão que o município no SUS 57,85% não souberam ou não opinaram; 21,05% relatam exercer gestão plena e 15,78% semi-plena. De acordo com a página na rede mundial de computadores da 8º Regional de Saúde dos 27 municípios que constituem a região, dois apenas apresentam o sistema de atendimento pleno dos 19 pesquisados (PARANÀ, 2015).

A condição de Gestão Plena concede ao gestor maior autonomia para a condução do sistema de saúde e, de modo particular, altera a forma de participação da Secretaria de Estado e Ministério da Saúde no financiamento do SUS. Nesse caso, os recursos relativos à assistência de média e alta complexidade, sob gestão da Secretaria Estadual de Saúde (SES), são automaticamente transferidos do Fundo Nacional para o Fundo Estadual de Saúde. Já aqueles referentes à Atenção Básica e aqueles relativos à assistência de média e alta complexidade sob, gestão do Município em Gestão Plena do Sistema, são transferidos do Fundo Nacional para os Fundos Municipais de Saúde (BRASIL, 2003).

Em 100% dos municípios está em funcionamento o Conselho Municipal de Saúde; todos, em seus espaços, contam com acesso à internet; um município relata haver sistema informatizado em todas as salas, isto é, quando o paciente chegar a recepção, já é realizada a triagem e preenchidos informações relacionadas ao paciente. Tais informações logo ficam disponíveis a todos os que têm acesso ao sistema, por exemplo, o médico.

Com objetivo de verificar como os municípios tem disponibilizado informações que atendem a Lei de Acesso à Informação e da Lei da Transparência das secretarias municipais de saúde, realizou-se uma busca nas páginas das prefeituras municipais de cada município e na página de busca Google, com o objetivo de verificar se apresentavam os indicadores que são requisitos para as práticas de governança em saúde.

Tabela 2 - Distribuição das informações referentes às Secretarias Municipais de Saúde (SMS) dos 19 municípios cujos secretários municipais participaram da pesquisa, dezembro de 2017.

Dados disponíveis <i>on-line</i>	Nº Municípios com informação (%)
Nome do secretário municipal de saúde	11 (57,89%)
Endereço da SMS	08 (42,10%)
Telefone e e-mail de contato	11 (57,89%)
Informações sobre profissionais da SMS	04 (21,05%)
Informações sobre o conselho municipal de saúde	03 (15,78%)
Ouvidora do SUS ou Geral	18 (94,73%)
Informativos extras (campanhas, imunização entre outros)	11 (57,89%)

Fonte: Autora, 2018.

A Lei de Acesso à Informação (Lei 12.257, de 2011 – LAI) e a Lei da Transparência (Lei Complementar 131, de 2009 – LC 131) são leis que tratam da transparência da gestão fiscal. Os órgãos públicos, como as prefeituras, têm buscado engajar-se nesse novo modelo de prestação de contas e de participação popular. Entre as estratégias estará a divulgação de informações pormenorizadas sobre a execução orçamentária e financeira que envolve todas as secretarias municipais. Na busca pela rede mundial de computadores usando o termo “secretaria municipal de (o nome do município)”, todas as prefeituras têm alguma informação sobre a secretaria municipal de saúde. Observou-se que um percentual considerável das informações disponibilizadas *on line* não condizem com dados atuais das secretarias, por exemplo, o endereço da secretaria disponibilizado é o mesmo da Prefeitura, mas o endereço não confere com o local de funcionamento.

Conforme a Tabela 2, no levantamento realizado, observou-se que um pouco mais da metade informa o nome do secretário municipal de saúde (57,9%) e somente 15,8% tem alguma informação sobre o Conselho Municipal de Saúde; destes, somente um município disponibiliza informações completas sobre as atividades do conselho; 57,8% não informa o endereço, telefone, e-mail ou outra forma de contato com a Secretaria; 78,9% não informa os nomes dos profissionais que atuam na saúde, mas todos têm alguma informação no portal de transparência e 100% disponibiliza, no site da Prefeitura, informações sobre licitações, através as quais são adquiridos medicamentos e materiais médicos e hospitalares.

Alguns municípios (57,8%) disponibilizam outras informações sobre a saúde como, por exemplo, a ouvidoria. Em relação às divulgações de atividades gerais realizadas pelas secretarias de saúde, na maioria dos sites podemos ver que há atividades ocorrendo ou que vão ocorrer nos municípios, a maioria referente a combates de epidemiologias, eventos de promoção e prevenção da saúde. Esses indicadores apresentados acima fazem parte da prática dos mecanismos de governança quando todos os elementos estão presentes no município que não é o caso na presente investigação. A governança em saúde pode ser compreendida como uma ferramenta de análise dos fatores que interferem no processo organizacional e de interação entre atores, a dinâmica dos processos e as regras do jogo, procurando minimizar a alocação e distribuição de recursos diante da relação público/privado e das necessidades do sistema de saúde.

4.2 MECANISMOS, ESPAÇOS E POSIÇÃO DO GESTOR SUS NA GOVERNANÇA PÚBLICA

A coordenação da governança de redes depende da adesão e interação dos gestores, que devem estar direcionados para os mesmos objetivos. A governança de redes é complexa, pois nela estão presentes as diferentes “*esferas de governo, grupos políticos e sociais, grupos de interesses e pressão, movimentos sociais e organizações públicas e privadas*”. Além disso, há necessidade de que os envolvidos compartilhem a estrutura administrativa de recursos, sistema logístico e de apoio, e de um processo contínuo de monitoramento e avaliação da Rede de Atenção à Saúde (MENDES, 2011).

Somente haverá efetividade da rede de atenção à saúde em âmbito regional se houver atores políticos vinculados e comprometidos. O objetivo final é estabelecer um arranjo organizacional no qual é possível a gestão de todos os componentes da rede de atenção à saúde de formar a gerar uma cooperação entre os atores sociais, aumentar sua interdependência bem como obter resultados sanitários e econômicos para a população adstrita.

O Estado do Paraná é composto por 22 regionais de saúde. A 8º Regional de Saúde encontra-se na Região do Sudoeste do Paraná abrangendo 27 municípios. O recorte com os 19 municípios entrevistados faz parte da microrregião do Sudoeste do Paraná. Tais autores participam nos fóruns que ocorrem com os Gestores de saúde a nível Estadual na 8º Regional de Saúde de Francisco Beltrão, PR (IPARDES, 2012).

A região de saúde é um espaço delimitado geograficamente em que se procura atender o princípio da regionalização em saúde como uma estratégia para o fortalecimento da articulação entre gestores no âmbito do processo de discussão/negociação/pactuação interfederativa, base para a efetiva gestão desse sistema, de modo a garantir à população os seus direitos constitucionais. É necessário estabelecer mecanismos que coordenem e estimulem a cooperação entre os entes federados dentro da perspectiva da governança em saúde.

A regionalização é atendida através de uma delimitação da região de saúde que organiza seus serviços e ações de saúde em redes de atenção em qual o qual o usuário terá a referência para as transferências entre os entes. É na região de saúde representada pela 8ª Regional de Saúde de Francisco Beltrão que os municípios pactuam a organização e funcionamento das ações e serviços integrados em redes de atenção, a partir do que é estabelecido no nível nacional, a CIT (Comissão Intergestores Tripartite), no âmbito estadual, a CIB (Comissão Intergestores Bipartite) e, no âmbito regional, a CIR (Comissão Intergestores Regional) firmando acordos de colaboração entre os entes federativos, na busca de melhores resultados para a saúde da população. Existe também as pactuações regionais que garantem o atendimento do usuário na região (BRASIL, 2013).

Todos os municípios que participaram da presente investigação participam da região de saúde, da CIB e da CIR. *“Em nível de região, temos a CIR-regional que é dos secretários de saúde e da 8ª regional. Na “CIB faz reuniões com todos secretários e deliberação pactuando ações para todos os 27 municípios” (GESTOR 02). O Decreto 7.508/2011 orienta sobre a relevância da constituição das redes regionalizadas e define regiões de saúde, visando à presença de uma gestão para resultados e a contratação unificada em redes, como um meio de direcionar os recursos para todos os envolvidos no sistema visando alcançar os objetivos estratégicos. Demarca o papel das comissões intergestoras regionais como instância de articulação entre os gestores municipais para a gestão compartilhada e solidária do SUS, gestão institucional e a integração das ações e serviços dos entes federativos e os serviços de referência da região interestadual e interestaduais de atenção à saúde para o atendimento da integralidade da assistência. No cenário regional a comissão intergestora é uma instância cogestora que preenche uma lacuna entre o município e o estado e figura com um espaço permanente de negociação e decisão, ou seja, é ela responsável pela implantação da governança regional.*

Segundo Bueno et al. (2013), um processo importante na governança é a participação da sociedade no planejamento e na sustentabilidade de políticas de governo e de Estado. O SUS deverá funcionar segundo seus princípios filosóficos e organizacionais. Entre esses princípios, merece atenção especial os organizacionais que conduzem como o sistema irá funcionar e atender o seu objetivo principal de saúde para todos os brasileiros, firmados no Pacto pela Saúde.

Os princípios organizacionais somados às políticas de saúde estimulam a prática de uma gestão compartilhada do sistema de saúde que, segundo Cecílio (2010), torna-se um espaço compartilhado de decisão, formulação e avaliação de políticas de saúde, desconstruindo o paradigma clássico da administração pública centrada em um único indivíduo, colaborando para diminuir as “denunciadas mazelas de rigidez, baixa comunicação, autoritarismo, alienação dos trabalhadores, e, mais importante, na insensibilidade para com as necessidades dos usuários” (p:558). Percebe-se no relato do Gestor 5, que essa mudança gerou desconforto e desconfiança, mas, ao longo de mais de dez anos, tem demonstrado avanços e vem sendo incorporada á prática de gestão.

No início do pacto de 2006 me parecia que esse pacto de gestão não ia ser bom para os municípios, mas depois com o passar do tempo eu percebo que sim, que foi algo que veio para somar mais e que é uma forma de organização. Que no primeiro momento dava impressão que a gente nunca iria cumprir as metas propostas, de repente a gente cumpriu e vem cumprindo. Então acho que é um elo que vem fechando e que vem melhorando para nós (GESTOR 05).

No SUS, existem diferentes *locus* que colocam os secretários municipais de saúde em contato com a gestão compartilhada, como o conselho municipal de saúde, conferências municipais de saúde e a comissão intergestora de saúde. Na área de abrangência da pesquisa a os gestores participam do fórum intergestor Comissão Intergestora Bipartite de Saúde (CIB).

A CIB caracteriza-se como uma instância de negociação e deliberação quanto aos aspectos operacionais do SUS no âmbito do Estado, sendo constituída paritariamente por representantes dos gestores municipais e do gestor Estadual.

Desde a sua criação a CIB/PR vem reunindo-se regularmente, sempre com o compromisso de avançar numa política de saúde voltada para a população, buscando consolidar e fortalecer o Sistema Único de Saúde no Paraná, garantindo acesso a saúde, efetivando o processo de descentralização de ações e serviços, buscando racionalidade nos gastos bem como diretrizes gerais para avaliações, delimitação das regiões, efetividade das políticas locais, reconhecimentos das necessidades locais, situação política-administrativa, Comissão Intergestores Regionais (CIR) (BRASIL, 2011).

Todas as decisões são tomadas por um grupo em benefício do usuário do sistema, procurando proporcionar a eficiência do uso do recurso público e a resolutivezibilidade dos problemas que afetam a saúde da população. A gestão compartilhada procura mudar o foco do comportamento dos gestores municipais de saúde e incentiva a se posicionarem no cotidiano tendo em vista maior percepção de outros gestores, processos e demais aspectos que impactam no contexto da gestão.

Tenho certeza de que não tem como se fazer uma saúde só pensando na gestão a nível de secretaria, então tem que ter a participação de outras entidades que possam somar, principalmente assim a gente tenta fazer com que tenha as redes, então a gente tem procurado trabalhar acertar com outras entidades para que a gente possa estar desenvolvendo o trabalho. Estamos trabalhando em prol de mais prevenção e promoção, fazendo reuniões periódicas, fazendo com que realmente a gente veja um lado técnico também da gestão (GESTOR 04).

O discurso dos gestores entrevistados demonstra a importância que é dada no âmbito dos estados para o acontecimento dos fóruns intergestores do SUS nos aspectos de planejamento e organização da gestão do sistema de saúde e mais especificamente o grau de aproximação dos gestores às necessidades de saúde da população local. A participação dos gestores e participação do Estado nos encontros está colaborando para facilitar e melhorar a coordenação desse processo de regionalização e suas atribuições.

Outro fórum intergestor é da Associação Regional de Saúde do Sudoeste (ARSS), organizada como pessoa jurídica pelos 27 municípios tendo como área definida da região de saúde da 8ª. Regional de Francisco Beltrão. Esses municípios encontram-se representados pela ARSS, pessoa jurídica que os representa através da figura de consórcio público.

O objetivo da ARSS é *“planejar, adotar e executar programas e medidas destinadas a promover a saúde, melhor atendimento e qualidade de vida dos habitantes da microrregião de Francisco Beltrão e demais municípios consorciados, bem como implantar serviços afins, principalmente os de especialidades dentro do SUS”* (ARSS, 2018). Os membros possuem representantes que participam de fóruns de debates sobre aspectos relacionados ao planejamento e gestão das ações e serviços de saúde.

A ARSS apresenta na sua estrutura a representação dos 27 prefeitos dos municípios que compõem a associação com poder deliberativos os secretários municipais de saúde, um conselho fiscal, secretaria executiva e comissão técnica consultiva bipartite (ARSS, 2018).

Todas as decisões são tomadas por um grupo em benefício do usuário do sistema, procurando proporcionar a eficiência do uso do recurso público e a resolitividade dos problemas que afetam a saúde da população. A gestão compartilhada procura mudar o foco do comportamento dos gestores municipais de saúde e incentiva a se posicionarem no cotidiano tendo em vista maior percepção de outros gestores, processos e demais aspectos que impactam no contexto da gestão. Conforme o gestor 2, relata *“o pacto pela saúde tem-nos ajudado, por que a gente consegue ter parcerias, fazer credenciamento serviços privados e fica melhor de gerir os recursos”*.



Figura 3 - Municípios que compõem a área de abrangência da 8ª. Regional de Saúde de Francisco Beltrão e são membros da ARSS, 2018.

Fonte: ARSS, 2018.

O discurso dos gestores entrevistados demonstra a importância dada no âmbito do Estado para os fóruns intergestores do SUS nos aspectos de planejamento e organização da gestão do sistema de saúde e, mais especificamente, o grau de aproximação dos gestores às necessidades de saúde da população local. A participação dos gestores e participação do

Estado nos encontros está colaborando para facilitar e melhorar a coordenação desse processo de regionalização e suas atribuições.

O princípio fundamental e estruturante entre os municípios é a base territorial que faz todo o embasamento para as tomadas de decisões. Dessa forma agregam valores e funções tripartite e bipartite, isto é, nem um território consegue sozinho executar toda a demanda de seu sistema de saúde local, por isso há necessidade de pactuações intermunicipais e intergestora regional (CIR). A Política Nacional de Saúde é única, no entanto as responsabilidades são de todos e específicas e pactuadas onde se faz a necessário compartilhar do sistema em territórios estabelecidos. Outrossim, todos os estados e municípios precisam colaborar com o SUS, cooperando uns com os outros e, assim, efetivar um sistema compartilhado que nacionalmente é considerado governança pública em saúde (CONASS, 2012).

O sistema compartilhado de saúde ocorre a partir de municípios com sistema pleno e municípios com sistema semipleno de saúde, o que permite a tomada de decisão da destinação dos recursos que devem ter uma relação próxima com o perfil epidemiológico e com a estrutura de recursos humanos e infraestrutura de serviços do município e sua região.

A ARSS é um consórcio criado com objetivo de atender a demanda reprimida por especialidades dos municípios principalmente de pequeno porte, que é uma das dificuldades conforme relata o Gestor 04. *“A maior dificuldade hoje encontrada ainda é a questão de encaminhamento, a procura da população por determinado serviço que a gente realmente não tem como atender a toda a demanda”*. Porque o montante de recursos é limitado diante de grande necessidade de atendimento. Uma forma de ofertar serviços à população é através do consórcio que exige uma pactuação para a oferta de serviços de saúde.

A presença de fóruns intergestores para o planejamento e a gestão em saúde facilita o atendimento do usuário em rede, amplia a rede de abrangência dos serviços de saúde, melhora a eficiência e a resolutividades dos problemas de saúde dentro de uma região, deixando de priorizar e destinar os recursos individualizados.

Além do consórcio, da CIB, os secretários municipais de saúde conforme prevê a legislação dos Sistema Único de Saúde são articuladores e participam dos Consórcios de Saúde, Conselhos Municipais de Saúde e das Conferências Municipais de Saúde.

A gente tem um bom relacionamento com o pessoal do Conselho Municipal de saúde. Temos oito pessoas que participam como membros, são todos profissionais da saúde que discutem o planejamento, sua elaboração e parte de deliberação. Temos a CIP que é a comissão intergestora bipartite que a gente faz reuniões com todos secretários e faz a deliberação e com todos secretários, pactuando (GESTOR, 02).

O Conselho Municipal de Saúde é um espaço que conta com a participação dos prestadores de serviço público e privado (gestores), os profissionais de saúde e a população. O principal destaque para esse órgão é a participação da população, que participa das decisões que envolvem o campo da saúde, estando presente na definição, execução e acompanhamento das políticas públicas (DUARTE e MACHADO, 2012) e exerce o controle social. O papel do Conselho é de atuar na elaboração e proposição de estratégia no controle da execução das políticas de saúde, principalmente avaliando a disponibilidade e impactos econômicos e financeiros (SALIBA, 2009) e, segundo o Gestor 11, contribuir “*na elaboração do plano atual de saúde*”.

O plano municipal de saúde nada mais é que o planejamento local, que visa atender as necessidades do município. A atuação do gestor municipal tem que estar apoiada por informações que relevam a efetivação da política e do modelo de atenção adotados, como subsídios para a própria atuação. A adequada gestão da informação potencializa o gerenciamento não apenas das atividades-afins, mas também das atividades meios como: os sistemas de compras, auditorias, controle de materiais, pessoal, etc, contribuindo para a modernização administrativa e financeira (ACÚRCIO *et al.* 1998).

Segundo Acúrcio *et al.* (1998), com o plano municipal, cabe ao gestor oferecer informações à sociedade em geral e aos órgãos de controle social. Como os conselhos de saúde, isto é, um bom sistema de informações facilita a comunicação com a população, com suas instancias municipais de representação e com a mídia num todo. O plano municipal caracteriza a situação epidemiológica, a capacidade instalada e de produção da rede de serviços bem como das ações desenvolvidas. O plano municipal é um exemplo da importância do uso de banco de dados no planejamento em saúde e também como uma ferramenta para o

debate regional das demandas que envolvem a região de saúde (LESSA et al. 2000).

Peixoto (2001) recomenda que os gestores municipais usem dados secundários para elaboração dos planos municipais, regionais e nacionais de saúde visando deferir uma gestão eficiente. No entanto, os secretários, principalmente os municipais, têm enfrentado dificuldades para elaborar o plano e estratégias de saúde. A precariedade gerencial e operacional presente nesses casos fazem com que o plano seja elaborado com uma carga de imprevisto e fragilidade, isto é, precariedade nas gestões que não se utilizam dos próprios dados nacionais os quais eles mesmos, quanto secretários, produzem e lançam na base de dados.

Ser secretário municipal de saúde, conforme Merly *et al* (2004), é basear-se num modelo que, independente, de qual, deve haver comportamento circular das diversas propostas formuladas ao longo do tempo e que busque as bases norteadoras bem como os conceitos recorrentes. Em contrapartida, os principais problemas encontrados nessa caminhada são: risco de implementação de programas que visem à extensão de cobertura, certas simplificações e racionalização, constituindo-se subsistemas da atenção a públicos específicos e não na integralidade, não integração das redes de serviços, não definição da rede de referência, e assim por diante.

Conforme a lei Federal de 8.080/90 ao criar o processo de descentralização político-administrativo, elencou os municípios como responsáveis sobre os meios e modos de conduzir a saúde pública, notadamente no sentido da efetivação das práticas públicas eficientes, e sintonizadas com as necessidades do cidadão. Com isso os municípios passam a ter nova gestão de organização pública capaz de operar tecnologias de gestão que contribuem para as situações do cotidiano.

Além do plano municipal de saúde, nas reuniões do conselho, deve ser realizada a “prestação de contas quadrimestral”; as decisões são tomadas nesse espaço, “*tudo que for decidido ou apresentado ao tomar uma decisão nós passamos pelo conselho. Primeiro o conselho para depois tomarmos outra iniciativa*” (GESTOR, 05). Verifica-se que existe um consenso entre os secretários da importância do Conselho Municipal de Saúde para a elaboração e aprovação dos instrumentos de gestão, acompanhamento e avaliação da saúde.

Abordamos diversos assuntos; tudo o que é relacionado à saúde todo planejamento em saúde, plano municipal, relatório de gestão, programação anual, todos os recursos que vem para o fundo municipal de saúde, a gente sempre passa para o conhecimento e para aprovação do Conselho (GESTOR, 02).

Reforça o Gestor 13 que a atuação do Conselho deve ser na “*elaboração, na parte de deliberação, e verificar o que está sendo feito, onde está sendo investido dinheiro, se está fazendo as rotinas de atendimento*”.

Devido à exigência da legislação da saúde pública para o repasse de recursos e os benefícios que o debate proporciona na solução de problemas e na equidade da prestação de serviços à comunidade, as entidades têm percebido a importância dos espaços de debates e pactuação em saúde dentro do sistema único de saúde.

Existe um conselho formado por 12 entidades, como: (representadas) odontologia, nutricionista, enfermeiro, tem as entidades de fora, eu também faço parte (Gestor), então são várias pessoas, todas ligadas a uma entidade. São vários assuntos relacionados à saúde que são debatidos, quando a gente tem um monitoramento como, por exemplo, o VIGIA SUS, a gente coloca esse ponto em pauta, temos a audiência pública quadrimestral são três no ano, tem que ter aprovação do Conselho Municipal. Recentemente fizemos o plano Municipal de Saúde e precisamos da aprovação do Conselho. Então, a gente trabalha em conjunto, apresenta para o conselheiro toda essa situação e ele faz uma análise e explica o que é um plano de saúde e o que é um relatório de gestão, o que que é uma PAS, o que é uma programação anual em saúde (GESTOR, 08).

O SUS não resolve todos os problemas apresentados, pois a gestão de financiamento é escassa, precisando haver melhorias também nos problemas urbanos e nos determinantes da saúde. Assim, é necessária a articulação eficiente intersetorial para sucesso no SUS (KROTH, 2017).

Através do relato dos secretários municipais de saúde, percebe-se que existem ações direcionadas para o exercício do controle social, como as conferências municipais de saúde,

realizadas a cada quatro anos em todos os municípios e formalizadas no Plano de Saúde e Relatório de Gestão, nos conselhos de saúde em outros fóruns que possibilitam uma governança democrática por meio das representações do Estado e da sociedade (BUENO *et al*, 2013).

Autores que pesquisam sobre o tema gestão compartilhada apontam que uma das dificuldades da efetivação das redes é a ausência de um colegiado regional, devido à falta de condições para lidar com situações que envolvem a interferência do setor privado, a insuficiência no financiamento, o que gera conflitos entre os municípios, a fragilidade das políticas de gestão de trabalho, constrangimento na oferta de serviços e nos tempos de espera.

O secretário municipal de saúde é o elo de ligação entre a coisa pública e a privada; pelas demandas que identifica em sua realidade de serviços e ações também é um dos articuladores da presença do controle social. Este ocorre através da presença da participação popular que contribui para garantir uma gestão eficiente no campo da saúde pública. Para os secretários municipais, o modelo de gestão consistiu na articulação das ações para interpretação no processo saúde-doença, articulando os recursos físicos, tecnológicos e humanos para enfrentar e resolver os problemas de saúde existentes numa coletividade. Esses problemas de saúde apontam o conhecimento e saberes necessários para que os secretários de saúde envolvidos organizem suas práticas, juntamente com os usuários dos SUS (MERHY *et al*, 1992).

A descentralização das ações e serviços de saúde implica a redistribuição de poder, redefinindo os papéis e estabelecimento de novas normas de relação entre as esferas de poder e sociedade informal. Busca, assim, objetivo de um processo pactuada e flexível, que permite diálogo e negociação (ALMEIDA, 2013). Nesse campo, o secretário municipal de saúde também precisa ter habilidade para lidar com as questões políticas, além das financeiras relacionadas a atender as necessidades e a disponibilidade de recursos.

Na questão política percebe-se, às vezes, o desconforto do secretário municipal de saúde que foi indicado como cargo político e geralmente é direcionado para atender as “necessidades” definidas por aqueles que lá o indicaram. Aqui fica claro a dualidade do cargo público entre os interesses individuais e da coisa pública. “*Num contexto geral, por que*

governança a gente não só vê a área da saúde a gente vê uma política pública de saúde e tem que partir lá do prefeito, dos vereadores, eu vejo assim que o município investe” (GESTOR,08). Na fala do gestor, percebe-se como é importante que todas as lideranças participem do processo e da definição das prioridades de cada município e região de saúde.

Segundo Carvalho et al (2002), para o novo modelo de gestão implantado, a escassez de recursos financeiros é o maior limitador de todos os gestores. O Gestor 03 aponta que *“a principal dificuldade são os recursos financeiros, porque acontece que temos uma demanda enorme de exame”* e, para o Gestor 05, *“é um desafio que a gente tem todos os dias em estar aprendendo (...). Tem muitas dificuldades, principalmente da parte financeira”*.

Os secretários descrevem encontrar dificuldades financeiras tanto no recebimento da esfera federal, estadual e municipal. Segundo o Gestor 05, por exemplo, *hoje a gente tem muitos repasses financeiros, do governo estadual, do governo federal, mas que isso é muito carimbado é muito para aquilo, que você tem que gastar dentro daquilo*.

Para os secretários municipais de saúde entrevistados, ser gestor, nos dias de hoje, após o pacto pela saúde de 2006, caracteriza-se como mencionado pelo Gestor 5 *“Ser gestor é um desafio que a gente tem todos os dias em estar aprendendo e tenho algo para pesquisar, para ler. Me deparo com algumas coisas que eu ainda não sabia. Então acho que, ser gestor é o maior desafio principalmente na saúde*.

Gestor 6; *“Ser gestor é delicado, entre o privado e o governo, porque quem vai para o privado volta para o governo, e nós teríamos que atender de uma forma igualitária só que entre privado e o governo fica uma distância. E diante da conjuntura em que se encontra nosso município e o país, no momento, então o desafio é ainda maior. Gestor 12;“Antigamente era fácil ser gestor. Hoje não é mais, já não se faz mais nada; se não está dentro da lei não dá de fazer. Tem que fazer certo para não dar problemas”*. Gestor 16: *“Eu acho que melhorou, eu lembro que nós não éramos municipalizados, nós não decidia nada, claro que temos muitas dificuldades, mas melhorou e vem melhorando mais”*.

Os desafios em ser gestor do SUS, hoje, decorrem da compreensão dos modelos de assistência à saúde no âmbito da reforma sanitária brasileira e da potência transformadora da gestão, e dos princípios que a mesma exigir para ser executada (MERLY *et al*, 2004). Como já fundamentado anteriormente, a “construção do SUS” passou por várias reformas e modelos

de assistência à saúde no âmbito da reforma sanitária. No processo de descentralização, os municípios envolvidos na operacionalização cotidiana, devem observar os aspectos sobre distribuição do financiamento, a participação social no SUS, as tensões de disputa ocorridas nestes anos, a capacidade transformadora do SUS, entre vários outros ocorridos (BRASIL, 2006).

Observa-se que os secretários municipais de saúde têm procurado atender as boas práticas de governança através do exercício da participação em diferentes fóruns, da pactuação das ações e serviços de saúde, da negociação entre o público e o privado sempre procurando atender a legislação vigente. Está presente no discurso dos secretários a necessidade de ter e estar presente nesses espaços, pois são vinculados diretamente à liberação de verbas e, às vezes, são o único meio de disponibilizar determinados serviços a população do seu município.

4.3 SIGNIFICADO DE GOVERNANÇA PARA OS GESTORES MUNICIPAIS

O modelo de governança estabelecido pela Portaria 4.279, de 30 de dezembro de 2010, é entendido como “(...) a capacidade de intervenção que envolve diferentes atores, mecanismos e procedimentos para a gestão regional compartilhada da rede.” Governança não é o mesmo que governar, trata-se de uma atividade respaldada em objetivos comuns para que seja viabilizado, a todos os gestores a oportunidade de interpretar a realidade regional e adotarem a conduta apropriada para a resolução dos problemas comuns de uma região.

Governo é a autoridade governante de uma nação ou unidade política, que tem como finalidade reger e organizar a sociedade. O tamanho do governo vai variar de acordo com o tamanho do Estado, podendo ser ele local, regional e nacional. O governo é a instância máxima de administração executiva, geralmente reconhecida como a liderança de um Estado ou uma nação. Um governo pode ser formado por dirigentes executivos do Estado ou ministros (HÖFLING, 2001).

ainda segundo, Höfling (2001), sistema de governo não pode ser confundido com a forma de governo, pois a forma é o modo como se relacionam os poderes e o sistema de governo é a maneira como o poder político é dividido e exercido no âmbito de um Estado. A

forma de governo é a maneira como se dá a instituição do poder na sociedade e como funciona a relação entre governantes e governados.

Conforme a Controladoria Geral da União (CGU, 2013), no Capítulo I, Art. 2º. IX - *“governança no setor público: compreende essencialmente os mecanismos de liderança, estratégia e controle postos em prática para avaliar, direcionar e monitorar a atuação da gestão, com vistas à condução de políticas públicas e à prestação de serviços de interesse da sociedade”*.

A principal forma de governança regional de redes de saúde é a comissão de intergestores regional, que tem a vantagem de reunir diferentes atores, atuar no seu território sanitário e, assim, apresenta melhores condições de negociação para alocação de recursos e estruturação da rede de atenção que é de uso comum da região (COSEMS-RJ, 2016). Porém, o principal problema das comissões de intergestores é a dificuldade de utilizar instrumentos de governança efetivos. Geralmente, os gestores que conduzem o processo mantêm-se presos à formalidades (pactos e registro em atas) não efetivando a tomada de decisão e estruturação da rede com todos os atores importantes do processo (ONU, 1992).

A governança regional é que cria o espaço para que sejam negociadas as prioridades, definidas as estratégias de descentralização e transferência de recursos e os instrumentos de planejamento e gestão compartilhada. É preciso frisar que os atores envolvidos no processo de governança regional sofrem a todo o momento a influência de interesses diversos e conflitantes, mas é preciso desconstruir esse cenário de disputa municipal – principalmente por recursos – e criar uma rede interdependente e cooperativa (COSEMS-RJ, 2016).

Ser gestor é ser comprometido com as causas da população buscando melhorias para saúde de forma voluntariada, bem como a busca quanto município pelas melhorias em prol do sistema local. O ponto negativo é o mau uso do sistema por parte de alguns da sociedade. Hoje têm muitos direitos, mas não cumprem deveres. Assim sobrecarrega os serviços do SUS, bem como os gastos que o SUS consegue investir. Por exemplo, investimos 30% dos custos do município, embora o mínimo fosse 15% e mesmo assim estamos com dificuldade para administrar os serviços disponíveis pelo SUS em relação à demanda da população (GESTOR, 19).

Para Kickert (1997), governança pública caracteriza-se também pela forma de

articulação entre os meios bem como um complexo de atividades que se articulam em redes, as quais são representadas por grupos da sociedade civil e políticos fazendo, assim, articulação entre os desejos da sociedade e as condições políticas.

Alcoforado (2009) afirma que governança pública refere-se a sua máquina administrativa, isto é, sobre os mandatos, diretrizes que o estado estabelece e os municípios devem seguir. Com o que recebem para a execução das atividades, Formando uma gestão local conforme a realidade, Com o secretário executivo de saúde do município mantendo a estrutura organizacional entre o estado e usuários do SUS local.

As críticas sobre o modelo/sistema de governança pública são várias, porém a mais encontrada são as expostas pelos secretários de saúde 15 e 16, Que trazem, em forma sucinta, a necessidade de gestão financeira e sua execução com os prazos estabelecidos bem como, ao mesmo tempo, recebendo as cobranças dos usuários do sistema de saúde.

Segundo o gestor 15, *“Governança é administrar tudo com poucos recursos, com muito pouco tempo. E tem que fazer de acordo com as leis, senão é punido; a própria sociedade nos cobra e não temos recursos, ministério público, ouvidoria. Boas práticas de gestão”* gestor 16: *“Nós temos que saber administrar e fazer a da parte política, nós temos que saber que todo o município tem uma influência grande, mas temos que saber que precisamos agradecer muito a população em si”*.

Observa-se que o significado de governança para os secretários municipais de saúde está atrelado ao conceito de administrar/gestão. A administração é uma das estruturas que compõem a governança em saúde, em que o secretário municipal de saúde, que representa um poder público, administrará os recursos econômicos e sociais da sua secretaria visando proporcionar o melhor uso dos recursos disponíveis (BRASIL, 2014).

Segundo Silva *et al*, (2011, p;) a governança é um:

O processo através do qual as entidades e os gestores públicos são responsabilizados pelas próprias decisões e ações, incluindo o trato com os recursos públicos e todos os aspectos de desempenho, e submetem-se ao exame minucioso de um controle externo. Requer uma compreensão clara das responsabilidades das partes envolvidas e a definição de papéis na estrutura. Representa a obrigação de responder a uma responsabilidade conferida.

Em suma, na pesquisa de campo foi possível identificar que os secretários municipais de saúde não têm uma compreensão satisfatória sobre o que seria governança em saúde. Como podemos verificar através das falas dos Gestores 6 e 7: *“acho que governança é trabalharmos em conjunto, aqui a gente se reúne uma vez por mês e a gente troca experiências, e vemos o que devemos fazer e melhorar”*. *“Usar os meios de que dispomos para que isso possa gerar satisfação na execução da política pública e que seja feita uma otimização dos recursos disponíveis na saúde”*. Pode-se perceber também nos relatos que as ações estão voltadas para a gestão de um mecanismo, e não para um conjunto de mecanismos que formam uma governança em saúde. Isto é, no mecanismo do conselho municipal de saúde, no conselho fiscal, assembleias, transparências, ações e planejamentos, conversão, entre outros aspectos para sua efetivação.

Existe uma confusão sobre o que é caso público e particular que se confunde no momento da gestão da saúde e, principalmente, quando se trata de governança. *“Num contexto geral, a governança a gente não só vê a área da saúde a gente vê uma política pública de saúde e tem que partir lá do prefeito, dos vereadores, eu vejo assim que o município investe e ao mesmo tempo todos os atores estão envolvidos nas questões de saúde”*. No relato deste gestor percebe-se a dificuldade de entender o que é a governança. Governança caracteriza-se também pela forma de articulação entre os meios, bem como um complexo de atividades que se articulam em redes, as quais são representadas por grupos da sociedade pública e políticos, fazendo articulação entre os desejos da sociedade e as condições políticas (KICKERT, 1997),

Governança refere-se a máquina administrativa, isto é, sobre os mandatos, diretrizes que o estado estabelece e os municípios devem seguir, com o que recebem para a execução das atividades bem como formando uma gestão local conforme a realidade. Secretário executivo de saúde do município deve manter a estrutura organizacional entre o estado e usuários do SUS local (Alcoforado, 2009). Apesar de serem ter instalados diferentes instrumentos e mecanismos de governança, percebe-se que os secretários desconhecem o conceito de governança e executam/participam das atividades devido à necessidade imposta pela legislação do Sistema Único de Saúde.

5. CONCLUSÃO

Investigar o tema governança no campo da saúde pública é um desafio devido a ser um tema novo e com uma produção científica em processo de consolidação. A temática passou a fazer parte das discussões da gestão pública em saúde a partir de 2006 com o Pacto pela Vida, que estabeleceu condições para que os municípios atendessem como estratégia para promover a melhoria dos serviços e ações de saúde ofertadas à população. Deste Pacto nasce a necessidade de organização da região de saúde e, automaticamente, a governança em saúde.

A governança em saúde encaixa dentro da teoria da escolha pública, na qual os secretários municipais de saúde participam de diferentes fóruns de negociação e deliberação para aplicação dos recursos da área da saúde e a implantação de políticas de saúde a partir do perfil epidemiológico, do interesse coletivo e da capacidade instalada de serviços, laboratórios, clínicas entre outros, a ser pactuada na região com objetivos coletivos.

Na presente investigação, procurou-se identificar como os secretários municipais de saúde tem compreendido esse processo de governança na Microrregião Geográfica de Francisco Beltrão. Ao caracterizar a região, verifica-se a presença de uma estrutura adequada de serviços de saúde para atendimento das necessidades regionais e são executados programas com boa cobertura populacional na atenção básica. Existem mecanismos de transparência dos investimentos na saúde, mas os mecanismos de divulgação das secretarias municipais de saúde, como a sua programação executada, relação de servidores, ações e atividades desenvolvidas nos municípios ainda de maneira incipiente. Chama a atenção sobre o baixo número de municípios que divulgam as formas de contato com a secretaria, dificultando o acesso do usuário ao sistema de saúde, gerando desconforto, reclamações e abandono do acompanhamento em saúde.

Inúmeros espaços e mecanismos que compõem a governança em saúde encontram-se presentes na Microrregião Geográfica de Francisco Beltrão, todos funcionam como fóruns de negociação do campo da saúde na busca de soluções e resultados para problemas comuns da região de saúde. Também são espaços em que são realizadas as prestações de conta da aplicação dos recursos oriundos do SUS, dos investimentos municipais, estaduais e federais e que devem ser avaliados pelo controle social, garantindo *accountability*.

Não foi possível identificar maiores detalhes das negociações dos diferentes interesses dos secretários municipais de saúde, dos prestadores de serviço, profissionais de saúde e usuários nesses cenários. No discurso do secretário municipal de saúde encontra-se presente a frustração de precisar lidar com os diferentes interesses e até a dificuldade de superar a dicotomia entre o interesse pessoal e o público. Observa-se que, mesmo presentes os elementos da governança em saúde, ainda não foi institucionalizada de fato; é mais resultado do cumprimento de legislações federais e estaduais para o recebimento do repasse de verbas e para atender as demandas de ações e serviços de saúde.

Uma das perguntas centrais desta investigação foi qual a compreensão dos secretários municipais de saúde sobre o tema da governança em saúde. Mesmo presentes todos os elementos importantes para a efetivação da governança em saúde, identificou-se que os secretários municipais da saúde ainda não têm clareza do significado do conceito de governança.

Governança em saúde é muito mais que governar em saúde, pois envolve a presença dos mecanismos que visam alcançar objetivos em prol de benefícios aos cidadãos, tendo os secretários, ética e competência em seu cargo. E, ainda, para boa governança, é fundamental que haja a participação de estratégias, planejamentos, acompanhamento da sociedade sobre os recursos e outros pontos afins visando sempre garantir eficiência e qualidade de vida à população.

Pode-se dizer que é um processo em construção que, desde a definição das regiões de saúde, os secretários de saúde vêm exercitando um novo modo de gestão em saúde, em que há relações de dependência, interação, acordos estabelecidos entre instituições públicas, privadas, governamentais e não-governamentais, presença de diferentes interesses e tudo precisa convergir para uma pactuação direcionada para o mesmo objetivo de assegurar a universalização do direito à saúde para a população.

É nesse *locus* que os secretários municipais de saúde têm percebido a importância de conhecer melhor a realidade local e regional, em saber administrar os recursos financeiros, humanos e estruturais disponíveis. Reconhecer a importância do planejamento é fundamental para definição das prioridades e da transparência das atividades desenvolvidas. Se hoje o conceito ainda não se apresenta consolidado, a perspectiva é que o sistema público de saúde juntamente com a legislação jurídica estimule a todos a executar a governança em saúde como

um meio de obter melhor eficiência e eficácia dos recursos e atendimentos proporcionando maior resolubilidade.

6. REFERÊNCIAS

- ALMEIDA, LOURDES LEMOS. **O significado de governança para os gestores estaduais do Sistema Único de Saúde**. 2013. 115 f., il. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva)—Universidade de Brasília, Brasília, 2013.
- ALVARENGA, LUIZA MARIA DE CASTRO AUGUSTO. Estratégias para o Desenvolvimento do Sistema Regional de Estudo da Dimensão Público-Privada no SUS. **XXXVIII Encontro da ANPAD**. Rio de Janeiro-RJ-13 a 17 de setembro de 2014.
- ALVARENGA, LUIZA MARIA DE CASTRO AUGUSTO. **Estratégias para o desenvolvimento do sistema regional de saúde do ES – Governabilidade, Governança e Gestão Participativa**. Organização do documento SESA/GEPDI. 2015.
- ANÁLISE BIBLIOMÉTRICA. **IV Congresso Brasileiro em Gestão de negócios**. 2006.
- ANDRADE, LUIZ ODORIO MONTEIRO DE. **Sistema de salud em Brasil: normas, gestións y financiación**-São Paulo: Hucitec: Soral: Uva, 2002.
- ARAÚJO *et al.*: **Municípios: a gestão da mudança em saúde** -Recife: Ed. Universidade da UFPE, 2004. 338p.
- AROUCA, SERGIO. Democracia é saúde. In: Conferência Nacional de Saúde, 8.,1986, Brasília. *Anais...*Brasília: Centro de Documentação do Ministério da Saúde, 1987. p. 35–42.
- ARSS. **Histórico**. Disponível em:<<http://www.arssparana.com.br/sobre-a-arss>> Acesso em 22 jun. 2018.
- BANCO MUNDIAL. **Brasil governança no Sistema Único de Saúde (SUS) do Brasil: melhorando a qualidade do gasto público e gestão de recursos**. Relatório n. 36601-(Documento do Banco Mundial). 2009.
- BANCO MUNDIAL. **Brazil governance in unified health system (SUS): raising the quality of public spending and resource management**. Report n. 36601- BR, 2007. VIII,91 p.42. (Documento do Banco Mundial). 2009.
- BANCO MUNDIAL. **Unidade de gerenciamento do Brasil: governança no Sistema Único de Saúde (SUS) do Brasil**. [s.l.],2007. (relatório nº 36601-BR).
- BARATA, LUIZ ROBERTO BARRADAS *et al.* **O papel do gestor estadual no sistema único de Saúde (SUS)**. Documento da Secretaria do Estado de São Paulo. 2003.
- BEGNINI, SÉRGIO; **A relação entre desenvolvimento rural e acidentes de trabalho no meio rural nos micros regiões de Chapecó, Concórdia e Xanxeré no Estado de Santa Catarina**. Dissertação (Mestrado em Gestão e desenvolvimento Regional) - Universidade do Oeste do Paraná - Campus Francisco Beltrão, 2014.

BERLINGUER GIOVANI; TEIXEIRA SÔNIA MARIA FLEURY. **Reforma Sanitária – Itália e Brasil**. São Paulo: Hucitec-CEBES; 1988.

BIANCHI, MÁRCIA. **A controladoria como um mecanismo interno de governança corporativa e de redução dos conflitos de interesse entre principal e agente**. Dissertação (Mestrado em Ciências Contábeis). Universidade do Vale do Rio dos Sinos, São Leopoldo.

BOURDIEU, PIERRE. Cultural reproduction and social reproduction. In: Karabel I., Alsey, A H. **Power and ideology in education**. New York: Oxford University, 1977. p.487- 511.

BRASIL. Constituição Federal (DF) **Lei 8080/90 e 8142/90**. Disponível em< http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8080.htm>. Acesso. 15 abr. 2017.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Assistência de Média e Alta Complexidade no SUS / Conselho Nacional de Secretários de Saúde**. – Brasília: CONASS, 2011. 223 p. (Coleção Para Entender a Gestão do SUS 2011, 4).

BRASIL. **Constituição**: República Federativa do Brasil. Brasília, DF: Senado Federal do Brasil, http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicaocompilado.htm. Acesso. 16 Mai 2018.

BRASIL. Controladoria Geral da União. **Instrução normativa conjunta nº 1, de 10 de maio de 2016**. Dispõe sobre controles internos, gestão de riscos e governança no âmbito do Poder Executivo federal. Disponível em:< www.engoverno.com.br/Governanca-Publica.docx>: Acesso em 28 mai. 2018.

BRASIL. **Lei complementar nº 131, de 27 de maio de 2009**. Acrescenta dispositivos à Lei Complementar no 101, de 4 de maio de 2000, que estabelece normas de finanças públicas voltadas para a responsabilidade na gestão fiscal e dá outras providências, a fim de determinar a disponibilização, em tempo real, de informações pormenorizadas sobre a execução orçamentária e financeira da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios. Disponível em:< http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/lcp/lcp131.htm> Acesso em 15 jun. 2018.

BRASIL. **Lei nº 12.527, de 18 de novembro de 2011**. Regula o acesso a informações previsto no inciso XXXIII do art. 5º, no inciso II do § 3º do art. 37 e no § 2º do art. 216 da Constituição Federal; altera a Lei no 8.112, de 11 de dezembro de 1990; revoga a Lei no 11.111, de 5 de maio de 2005, e dispositivos da Lei no 8.159, de 8 de janeiro de 1991; e dá outras providências. Disponível em:<http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/lei/l12527.htm> Acesso em 15 jun. 2018.

BRASIL. **Lei nº 3.807, de 26 de agosto de 1960**. Lei Orgânica da Previdência Social. Legislação Informatizada. Disponível em:< http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/1950-

1969/L3807.htm > Acesso em 15 jun. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Coordenação-Geral de Cooperação Interfederativa. **A regionalização na saúde e os mecanismos de governança sistêmica do SUS**. Os espaços de governança interestaduais. Departamento de Articulação Interfederativa. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa, 2013. Disponível em:< <http://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2015/julho/21/NT2107.pdf>> Acesso em 23 jan. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento **de Atenção Básica. Política Nacional de Atenção Básica** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção à Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. **A construção do SUS: histórias da Reforma Sanitária e do processo participativo**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Promoção da Saúde** / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. – 3. ed. – Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Departamento de Apoio à Gestão Descentralizada. Colegiado de gestão regional na região de saúde intraestadual; **Orientações para organização e funcionamento**– Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Subsecretaria de Assuntos Administrativos. **SUS: a saúde do Brasil** / Ministério da Saúde, Secretaria-Executiva, Subsecretaria de Assuntos Administrativos. –Brasília : Editora do Ministério da Saúde, 2011.

BRASIL. **Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde. NOB/SUS 96**. Disponível em:< <http://www.desenvolvimentoqs.ufba.br/norma-operacional-b%C3%A1sica-do-sistema-%C3%BAnico-de-sa%C3%BAdenob-sus-96>> Acesso em 05 jan. 2018.

BRASIL. Tribunal de Contas da União. **Dez passos para a boa governança** / Tribunal de Contas da União. – Brasília: TCU, Secretaria de Planejamento, Governança e Gestão, 2014.

BRITTO, JORGE. Cooperação Tecnológica e Aprendizado Coletivo em Redes de Firmas: sistematização de conceitos e evidências empíricas. **XIX Encontro Nacional de Economia da ANPEC**, Salvador, 11-14 Dezembro, 2001.

BUCHANAN, J. TULLOCK, G. **The calculus of consent: the logical foundations of constitutional democracy**. Ann Arbor: The University of Michigan Press. 1962.

BUCHANAN, JAMES M. **Public choice: the origins and development of a research**

program. Center for the Study of Public Choice at George Mason University Fairfax, Virginia, v. 13, p. 1-13, 2003.

BUCHANAN, JAMES M. The Calculus of Consent: Logical Foundations of Constitutional Democracy [1962]. **PLL**, v. 6, 2011.

CAMPOS, ANTÔNIO CARLOS. CALLEFI, PATRICIA; SOUZA, JOÃO BATISTA LUZ DE: A teoria de desenvolvimento endógeno como forma de organização industrial. **Acta Sci. Human Soc. Sci.** Maringá, v. 27, n. 2, p. 163-170, 2005.

CARVALHO, GUIDO IVAN DE, SANTOS, LENIR. **Sistema Único de Saúde**. São Paulo. 1992.

CONASS. **A governança na região de saúde**. Disponível em <<http://www.conass.org.br/consensus/governanca-na-regiao-de-saude/>> Acesso em 22 mar. 2018.

COSTA, GIOVANNI PACELLI CARVALHO LUSTOSA DA; FREIRE, FÁTIMA SOUZA; GARTNER, IVAN RICARDO AND CLEMENTE, ADEMIR. As escolhas públicas orçamentárias federais no PPA 2008-2011: uma análise da perspectiva do modelo principal-agente. **Rev. Adm. Pública** [online]. 2013, vol.47, n.5, pp.1089.

CRUZ. A. A. B. Ribeiro da. **Teoria da escolha pública** - uma visão geral de seus elementos sobre a ótica de Gordon Tullock em sua obra. "government failure". 2012.

DIAS, MARCO ANTÔNIO. James Buchanan e a "Política" na escolha pública. **Rev. Ponto e Vírgula**, São Paulo, v. 6, p.201-217, 2009.

DIAS, MARCO ANTÔNIO. James Buchanan e a "Política" na escolha pública. **Estratégica**, vol.9(08), junho.2010

DUBIEL, SONISE APARECIDA; RAIHER, AGUSTA PELISNKI. Desenvolvimento econômico dos municípios do Paraná: evolução e determinantes. **Informe Gepec**, Toledo, v. 17, n. 2, p. 6-22, jul./dez. 2013.

ESCOREL, SARA. **Reviravolta da saúde**: origem e articulação do movimento sanitário. Rio de Janeiro: Fiocruz; 1998.

FADEL, CRISTINA BERGER *et al.* Administração pública: o pacto pela saúde como uma nova estratégia de racionalização das ações e serviços em saúde no Brasil. **Revista de Administração Pública**. Rio Janeiro, v.43, n.2, p. 445-456, Mar./Abr. 2009.

FERREIRA, A. G. C. (2010). Bibliometria na avaliação de periódicos científicos. DataGramZero. **Revista de Ciência da Informação**, 11(3), pp. 1-9.

FILHO, JAIR DO AMARAL. **A endogeneização no desenvolvimento econômico regional e local**. Planejamento e políticas públicas. IPEA: n. 23, jun 2001.

FIOCRUZ. **Surto de febre amarela coloca em pauta investimento em infraestrutura sanitária e combate à pobreza**. Disponível em: <http://www.coc.fiocruz.br/index.php/todas-as-noticias/1199-surto-de-febre-amarela-coloca-em-pauta-investimento-em-infraestrutura-sanitaria-e-combate-a-pobreza-diz-historiador#!marcos_cueto_fiocruz> Acesso. 13 fev. 2017.

FIRMINO, SANDRA. **Os novos arranjos institucionais na governança pública: O Caso das Parcerias Público-Privadas**. Estudo comparativo entre o Sul e o Norte da Europa. Disponível

em: <<http://revista.aps.pt/?cad=REV4dc1582d76418&tipo=TAR4b223cfff053b&art=ART4dc40f3e e8b26>>. Acesso em: 05 mai. 2017.

GALVÃO, OLÍMPIO JAIR DE ARROXELAS. “Clusters” e distritos industriais: estudos de casos em países selecionados e implicações de política. **Planejamento e Políticas Públicas**. N. 21- jun de 2000.

HÖFLING, ELOISA DE MATTOS: **ESTADO E POLÍTICAS (PÚBLICAS) SOCIAIS**. Cadernos Cedes, ano XXI, nº 55, novembro/2001.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Perfil de Estados**. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/estadosat/perfil.php?sigla=pr#>. Acesso em: 2 Fev. 2017.

KISSLER, LEO; HEIDEMANN, Francisco Heidemann: Governança pública: novo modelo regulatório para as relações entre Estado, mercado e sociedade? **RAP**, Rio de Janeiro, v. 40, n. 3, p. 479-499 maio/jun.2006.

LASTRES, HELENA; CASSIOLATO, JOSÉ. ‘**Glossário de arranjos e sistemas produtivos e inovativos locais**’. Rio de Janeiro: IE (2003).

LORENZETTI, JORGE *et al* . Gestão em saúde no Brasil: diálogo com gestores públicos e privados. **Texto contexto - enferm.**, Florianópolis , v. 23, n. 2, p. 417-425, June 2014 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072014000200417&lng=en&nrm=iso>. <http://dx.doi.org/10.1590/010407072014000290013>. Access on 13 July 2018.

MARQUES, MARIA DA CONCEIÇÃO DA COSTA. Aplicação dos princípios da governança corporativa ao sector público. **Revista de Administração Contemporânea, Curitiba, v. 11, n. 2**, abr./jun. 2007.

MELLO, G. R. **Estudo das práticas de governança eletrônica: instrumento de controladoria para a tomada de decisões na gestão dos estados brasileiros**. 2009. 187 f. Tese (Doutorado em Contabilidade Atuária)FEA/USP, São Paulo, 2009.

MENDES, E. V. **A governança das redes de atenção à saúde no SUS**. Belo Horizonte, mimeo, 2014.

MICHEL, E. **Teorização organizacional**: um campo historicamente contestado. Handbook de estudos Organizacionais. SP: Atlas, 1999.

NOGUEIRA, M. A. **Em defesa da política**. São Paulo: Ed. Senac, 2001.

OLIVEIRA, G. B. Uma discussão sobre o conceito de desenvolvimento. **Rev. FAE**. Curitiba, v.5, n.2. p.37-48, maio/agosto.2002.

OLIVEIRA, Gustavo Junior de. Governança pública e parcerias do Estado: A relevância dos acordos administrativos para a nova gestão pública. **Revista Eletrônica sobre a Reforma do Estado (RERE)**, Salvador, Instituto Brasileiro de Direito Público. 2010.

OMS. Organização Mundial da Saúde. **Diminuindo diferenças**: a prática das políticas sobre determinantes sociais da saúde: documento de discussão. 2011.

PAIM, JAIRNILSON SILVA. Reforma sanitária brasileira: contribuição para a compreensão e crítica. Salvador: **RDUFBA**; Rio de Janeiro: Fiocruz; 2008.

PARANÁ. Leis, Decretos, etc. **Código de Saúde do Paraná**/ Secretaria de Estado da Saúde. - Curitiba: SESA, 2002. 245 p. Conteúdo: Lei nº 13331, de 23 de maio de 2002;

PEREIRA, ADELYNE MARIA MENDES; LIMA, LUCIANA DIAS DE; MACHADO, CRISTIANI VIEIRA; FREIRE, JOSÉ MANUEL: Decentralization and regionalization in health in Spain: trajectories, characteristics and conditions. **Saúde debate** [online]. 2015, vol.39, n.spe, pp.11-27. ISSN 0103-1104. <http://dx.doi.org/10.5935/0103-1104.2015S005410REED>, Acesso em Abr 2018.

PEREIRA, PAULO TRIGO. A teoria da escolha pública (*public choice*): uma abordagem neoliberal? **Análise Social**, v. 32, n. 141, p. 419-442, 1997.

RINALDI, LOURDEZ BEATRIZ *et al.* **Qual a autonomia municipal na gestão da saúde?** 1997.

ROVARIS, NICOLE REGINA SOUZA; CAVICHIOLI, DENIZE; DALL´ASTA, DENIS. Teoria das escolhas públicas: uma análise bibliométrica. **Anais do IV Congresso Brasileiro de Gestão de Negócios**, 2016. Disponível em:< file:///C:/Users/Usuario/Downloads/teoria%20das%20escolhas%20publicas%20uma%20anali se%20bibliometrica.pdf>. Acesso em 05 de jan. 2018.

RONCALLI, A.G. O desenvolvimento das políticas públicas de saúde no Brasil e a

construção do Sistema Único de Saúde. In: Antonio Carlos Pereira (Org.). *Odontologia em Saúde Coletiva: planejando ações e promovendo saúde*. Porto Alegre: ARTMED, 2003. Cap. 2. p. 28-49. ISBN: 853630166X.

SANT'ANNA, GILSON CARLOS. **A reforma tributária do governo Fernando Henrique Cardoso numa perspectiva da Public Choice**. 1997. 116 f. Dissertação (Mestrado em Administração Pública). Fundação Getúlio Vargas, Rio de Janeiro, 1997.

SANTISO, CARLOS. Good governance and aid effectiveness: the world bank and conditionality. **The Georgetown Public Policy Review**, (2001). 7(1): 1-22.

SANTOS, ALVACIR CORREA DOS. **Princípio da eficiência da administração pública**. São Paulo: Ltr, 2003.

SANTOS, MARIA HELENA DE CASTRO. 'Governabilidade, Governança e Democracia: Criação da Capacidade Governativa e Relações Executivo-Legislativo no Brasil Pós Constituinte'. In: **DADOS** – Revista de Ciências Sociais. Rio de Janeiro, volume 40, nº 3, 1997. pp. 335-376.

SAUERBRONN, FERNANDA FILGUEIRAS. Revisitando abordagens em governança pública em busca de uma proposta para o estudo da dimensão público-privada no SUS. **XXXVII Encontro da ANPAD**. RJ- 2014.

SOUZA. PAULO ROBERTO BELOMO DE: Teoria crítica na administração. **Caderno de pesquisas em administração**, São Paulo, V. 11, nº, p. 1-9, junho/setembro 2004.

STOKER, GERRY. Governance as theory: five propositions. **International Social Science Journal**, Oxford, v. 50, n. 155, p. 17-28, mar. 1998.

TEIXEIRA, ENISE; ZAMBERLAN, LUCIANO; RASIA, PEDRO PAULO. **Pesquisa em administração**. Ijuí, RS: Unijuí, 2009.

TÓDERO, SAMUEL AUGUSTO. **Capital social e o desenvolvimento das competências coletivas: um estudo de caso em duas empresas metalúrgicas**. 2011. 157 f. Dissertação (Mestrado em Administração). Universidade de Caxias do Sul, Rio Grande do Sul, 2011.

TONETO JR., RUDINEI. Buchanan e a análise econômica da Política. **Lua Nova**, São Paulo, n. 38, p. 125-145, Dez. 1996.

TULLOCK, G.; SELDON, A., BRADY, G. L. **Government failure: a primer in public choice**. Catho Institute, Washigton D. C. - 2002.

TRIVIFIOS, AUGUSTO NIBALDO SILVA; T759Í **Introdução à pesquisa em ciências sociais : a pesquisa qualitativa em educação** / Augusto Nivaldo Silva Trivifios. --São Paulo: Atlas, 1987.

WHOQOL Group. The World Health Organization Quality of Life Assessment: position paper from the World Health Organization, In: ORLEY, J.; KUYKEN, W. (Eds.). **Quality of life assessment: international perspectives**. Heidelberg: Springer Verlag; 1995.

WORLD BANK. **Governance and Development**. Washington. 1992.

7. ANEXO



*Pró-Reitoria de Pesquisa e Pós-Graduação Aprovado na Comitê de Ética em
Pesquisa – CEP*



CONEP em 04/08/2000

ANEXO 01 - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO – TCLE

Título do Projeto: o significado da governança para os gestores municipais do Sistema Único de Saúde

Pesquisador responsável e colaboradores com telefones de contato: Gislene Titon Fortes dos Santos, Lirane Elize Defante Ferreto de Almeida. Telefone (046) 35204817 (46) 9 8400 9770.

Convidamos a participar de nossa pesquisa que tem o objetivo analisar o processo de governança no SUS identificando os principais desafios, visando oferecer subsídios para refletir sobre o seu aprimoramento. Realizaremos uma entrevista com os Senhores (as) com perguntas abertas sobre o tema da governança em saúde. Durante a execução do projeto serão adotadas todas as precauções para não expô-lo, preservar sua identidade e as informações fornecidas no preenchimento do questionário. Para algum questionamento, dúvida ou relato de algum acontecimento poderá ser contatado a qualquer momento os pesquisadores desta pesquisa. O TCLE será entregue em duas vias, sendo que uma ficará com o senhor (a) e outra arquivada por cinco anos pelo pesquisador; sua participação é voluntária, por tanto não ocorrerá nenhum tipo de pagamento para que o Senhor (a) participe do estudo. Asseguraremos que será mantido a sua confidencialidade e os dados serão utilizados somente para fins científicos. Tomaremos o máximo de cuidado para não expô-lo, se percebemos qualquer situação em que a (o) Senhor (a) não se sinta a vontade durante as perguntas interromperemos a entrevista. A (o) Senhor (a) poderá cancelar sua participação a qualquer momento, sem prejuízos em sua atividade educacional, o telefone do comitê de ética é (45) 3220-3272 e dos pesquisadores (46) 3520.4817, caso a (o) Senhor(a) necessite de maiores informações; no caso de sentir-se exposto ou não concordar com alguma informação. O resultado final será divulgado na forma de artigo científico e como Dissertação de mestrado e pode fomentar as discussões sobre as concepções de

gestores municipais em saúde sobre a governança de seu município de atuação.

Declaro estar ciente do exposto e desejo participar do projeto “O SIGNIFICADO DA GOVERNANÇA PARA OS GESTORES MUNICIPAIS DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE”

Nome do sujeito de pesquisa ou responsável: Assinatura:

Nós, Gislene Titon Fortes dos Santos e Lirane Elize Defante Ferreto de Almeida, declaramos que fornecemos todas as informações do projeto ao participante e/ou responsável.

Francisco Beltrão, _ de _____ de 20

ANEXO 02 - TERMO DE APROVAÇÃO O COMITÊ DE ÉTICA EM SERES HUMANOS (CEP/UNIOESTE)

ANEXO 02 - TERMO DE APROVAÇÃO O COMITÊ DE ÉTICA EM SERES HUMANOS (CEP/UNIOESTE)

ANEXO 02 - TERMO DE APROVAÇÃO O COMITÊ DE ÉTICA EM SERES HUMANOS (CEP/UNIOESTE)

8. APÊNDICE

QUESTIONÁRIO

Pedimos sua colaboração participando da pesquisa de mestrado intitulada “*O Significado de governança para os gestores municipais de saúde*”.

Nome:.....(não é obrigatório)

Número de habitantes ou a população do seu município:

..... Escolaridade:

Idade:

É funcionário de carreira do governo municipal ou estadual? Já atuou na saúde pública: () Sim () Não

Qual o tipo de gestão do município:.....

Tem conselho municipal de saúde:

Na sua secretaria tem acesso a internet:.....

1. O que significa ser gestor após a instituição do Pacto pela Saúde com a definição de mecanismos de cogestão e planejamento local com a valorização da função de cooperação entre diferentes atores (secretarias, iniciativa privada, não governamental e usuário)?
2. Houve alguma mudança na estrutura técnica da Secretaria de Saúde para dar conta dessas novas tarefas decorrentes do Pacto pela Saúde e do Decreto 7.508/11?
3. A SES tem fóruns de discussão ou grupos temáticos para acompanhamento da implantação de políticas de saúde, e no município existem também grupos temáticos que auxiliam no debate das políticas de saúde?
4. Se sim qual é a composição desses foros?

5. Em nível de 8ª regional de saúde a (o) Senhores (as) participa de algum grupo temático ou foro de discussão de políticas públicas?
6. Qual a contribuição da participação social por meio do conselho de saúde para a tomada de decisão no município?
7. Como é exercida a coordenação do sistema municipal de saúde em um espaço essencialmente conflitivo que é o contexto das relações públicas, privadas e governamentais?
8. Como se traduz governança pública, na prática no seu município?
9. Considerando que a Constituição Federal define que a iniciativa privada participará de forma complementar do SUS, segundo suas diretrizes, mediante contrato, é possível a participação da iniciativa privada na construção de consensos ou acordos, numa “zona de convergência”?
10. Existe algum fórum de discussão com os prestadores do SUS na secretaria municipal ou estadual?
11. O (A) Senhor (a) tem conhecimento de normas do SUS que definem como deve ser exercida a governança na saúde?
12. A discussão Inter setorial tanto com entidades públicas como com organizações sociais é uma prática incorporada ao processo de planejamento e tomada de decisão no seu município?
13. De que modo trabalhos pontuais de cooperação podem ser transformados em arranjos permanentes de governança pública? É possível criar alianças e outras formas estáveis e duradouras de cooperação?