

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE PONTA GROSSA
SETOR DE CIÊNCIAS SOCIAIS APLICADAS
DOUTORADO EM CIÊNCIAS SOCIAIS APLICADAS

ALEXANDRE ALMEIDA ROCHA

**FEDERALISMO E POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE: A INSTITUCIONALIDADE
DA REGIONALIZAÇÃO E DA COMISSÃO INTERGESTORES BIPARTITE NO
ESTADO DO PARANÁ**

PONTA GROSSA

2018

ALEXANDRE ALMEIDA ROCHA

**FEDERALISMO E POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE: A INSTITUCIONALIDADE
DA REGIONALIZAÇÃO E DA COMISSÃO INTERGESTORES BIPARTITE NO
ESTADO DO PARANÁ**

Tese apresentada para obtenção do título de Doutor em Ciências Sociais na Universidade Estadual de Ponta Grossa, no programa de Doutorado em Ciências Sociais Aplicadas, na área de concentração Cidadania e Políticas Públicas.

Orientadora: Profa. Dra Márcia Helena Baldani Pinto

Co-orientadora: Profa. Dra. Lucia Cortes da Costa

PONTA GROSSA

2018

R672

Rocha, Alexandre Almeida

Federalismo e políticas públicas de saúde: a institucionalidade da regionalização e da Comissão Intergestores Bipartite no Estado do Paraná / Alexandre Almeida Rocha. Ponta Grossa, 2018.
165f.

Tese (Doutorado em Ciências Sociais Aplicadas – Área de concentração – Cidadania e Políticas Públicas). Universidade Estadual de Ponta Grossa.

Orientadora: Profa. Dra. Márcia Helena Baldani Pinto.
Coorientadora: Profa. Dra. Lúcia Cortes da Costa.

1. Federalismo. 2. Políticas públicas. 3. Regionalização. 4. Gestores de saúde. 5. Direito à saúde. I. Pinto, Márcia Helena Baldani. II. Costa, Lúcia Cortes da. III. Universidade Estadual de Ponta Grossa. IV. T.

CDD : 320.531

TERMO DE APROVAÇÃO

Alexandre Almeida Rocha

FEDERALISMO E POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE: A INSTITUCIONALIDADE DA
REGIONALIZAÇÃO E DA COMISSÃO INTERGESTORES BIPARTITE NO ESTADO DO PARANÁ

**Tese aprovada como requisito parcial para obtenção do grau de Doutor no
Programa de Pós-Graduação em Ciências Sociais Aplicadas, Setor de Ciências
Sociais Aplicadas da Universidade Estadual de Ponta Grossa, pela seguinte
banca examinadora:**

Ponta Grossa, 03 de julho de 2018.

Assinatura pelos Membros da Banca:

Prof. Dra. Marcia Helena Baldani Pinto – UEPG – Presidente

Prof. Dr. Alexandre Coutinho Pagliarini – UNINTER – Partic. Externo

Prof. Dr. Rafael Gomes Ditterich – UFPR Partic. Externo

Prof. Dra. Lenir Aparecida Mainardes da Silva – UEPG – Partic. Interno

Prof. Dr. Luiz Alexandre Gonçalves Cunha – UEPG - Partic. Interno

Prof. Dra. Mitsue Fujimaki Hayacibara – UEM – Suplente Externo

Prof. Dra. . Dircéia Moreira - UEPG – Suplente Interno

Dedico este trabalho à minha família, em especial, à minha amada esposa Liara e às minhas filhas Marina e Natália, e ao meu pai Luiz Almeida Rocha, *in memoriam*.

Agradecimentos

Agradeço, primeiramente a Deus, pois para ele são todas as coisas.

Agradeço a todos os docentes que integram o programa de Doutorado em Ciências Sociais Aplicadas da Universidade Estadual de Ponta Grossa e que contribuíram para a minha formação.

Agradeço, da mesma forma, a convivência com os colegas do doutorado que compartilharam das dificuldades e conquistas na travessia desta jornada.

Agradeço aos colegas de trabalho na UEPG, em especial, aos amigos Guilherme Amaral Alves, que foi um motivador e apoiador nesta fase final do trabalho.

Agradeço aos familiares pelo constante apoio.

Agradeço à minha orientadora Márcia Baldani, primeiramente por acolher o projeto de tese e pela compreensão em todo o período de orientação. Obrigado mesmo.

Agradeço à minha esposa pela compreensão e pela renúncia nesta trajetória.

“Caminhante, não há caminho, o caminho se faz ao caminhar”.

Antonio Machado

RESUMO

O presente trabalho de tese tem por objetivo analisar a institucionalidade da regionalização da política de saúde no Estado do Paraná e da Comissão Intergestores Bipartite (CIB/PR), no período de 2011 a 2015, a partir da discussão do federalismo e das políticas públicas de saúde. Trata-se de pesquisa documental consistente na análise das atas das reuniões da Comissão Intergestores Bipartite do Estado do Paraná, do Plano Diretor de Regionalização e do Plano Estadual de Saúde, além dos principais atos normativos federais e estaduais relacionados à regionalização e à CIB/PR. A técnica adotada para a realização do trabalho é a análise de conteúdo. O referencial teórico para análise da regionalização da política de saúde foi o neo-institucionalismo, especificamente, na vertente do institucionalismo histórico. A tese está dividida em quatro capítulos. O primeiro capítulo analisa o processo de reconhecimento do direito fundamental à saúde, no âmbito internacional e no âmbito interno, em especial, quando a sua caracterização como direito prestacional e como bem fundamental. No segundo capítulo se analisa o federalismo e as políticas públicas de saúde, para demonstrar as implicações existentes entre ambos. No terceiro capítulo, faz-se uma trajetória normativa da política de saúde para demonstrar o caminho percorrido após a Constituição de 1988 até a regionalização, tendo como referencial o Decreto nº 7.508/2011. No quarto capítulo realiza-se a análise temática categorial a partir de categorias pré-definidas e das unidades de registro, tendo-se por base as informações contidas nas atas das reuniões ordinárias da Comissão Intergestores Bipartite (CIB/PR) realizadas no período de 2011-2015, para análise da dimensão da institucionalidade. Os resultados da pesquisa demonstram que a institucionalidade da regionalização e a institucionalidade da Comissão Intergestores Bipartite (CIB/PR) classifica-se como avançada, tendo contribuído para a implantação das Redes de Atenção à Saúde e, por conseguinte, para garantia do direito à saúde.

Palavras-chave: Federalismo. Políticas Públicas. Regionalização. Gestores de Saúde. Direito à Saúde.

ABSTRACT

The present thesis aims to analyze the institutional framework of the regionalization of health policy in the State of Paraná and the Bipartite Interagency Commission (CIB/PR), from 2011 to 2015, starting from the discussion of federalism and public health policies. It is a documentary research related to the analysis of the rules of the Paraná State Interagency Committee, the Regionalization Master Plan and the State Health Plan, as well as the main federal and state regulations related to regionalization and the CIB/PR. The technique adopted to carry out the work is a content analysis. The theoretical reference for the analysis of the regionalization of health policy was the neo-institutionalism, specific, on the slope of historical institutionalism. The thesis it is divided into four chapters. The first chapter analyze the recognition process of the fundamental right to health, in the international ambit and in the internal ambit, in special, when its characterization as utility right and as fundamental asset. In the second chapter is analyzed the federalism and the publics health policies, to demonstrate the implications existing between both. In the third, a normative trajectory of the health policy is made to demonstrate the way traveled after the Constitution of 1988 until the regionalization, has as referential the Decree n° 7.508/2011. In the fourth chapter realizes the analysis of the categorical from categories pre-defined and of the records units taking into account the informations contained in the minutes of ordinary meetings of the BIC/PR realized in the period from 2011 to 1015, for analyzed the dimension of the institutionality. The results of the search demonstrate that the institutionality of regionalization and the institutionality of the Bipartite Interagency Committee (BIC/PR) it is classified as advanced, having contributed for the implantation of the health care networks and, therefore, of guarantees of the right to health.

Key-words: Federalism. Public policy. Regional Health Planning. Health Manager. Right to health.

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 – Organograma da Unidade de Gerenciamento dos Contratos de Gestão.....	p. 114
Gráfico 2 – Razão da Mortalidade Materna por 100.000 NV – Paraná – 2010-2015.....	p. 141
Gráfico 3 – Coeficiente da Mortalidade Infantil por 100.000 NV – Paraná – 2010-2015.....	p. 141

LISTA DE MAPAS

Mapa 1	Regionais de Saúde.....	p. 115
Mapa 2	Macrorregiões de Saúde.....	p. 116
Mapa 3	SAMUS Regionais no Paraná – 2015.....	p. 143
Mapa 4	Unidades Operacionais – SIATE – Paraná – 2015.....	p. 143
Mapa 5	Distribuição do SIMPR e CAPS – Paraná – 2015.....	p. 144

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 -	Temas frequentes nos estudos neo-institucionalistas e exemplos de questões relevantes para a análise de políticas de saúde.....	p. 23
Quadro 2 -	Características da implementação do processo de regionalização em saúde nos estados.....	p. 28
Quadro 3 -	Dinâmica das CIBs nos Estados.....	p. 29
Quadro 4 -	Demonstrativo da Institucionalização Normativa do Direito à Saúde no Sistema de Universal e Regional de Proteção dos Direitos Humanos	p. 39
Quadro 5 -	Os ciclos de descentralização e regionalização na política de saúde do Brasil no período de 1983 a 2010	p. 96
Quadro 6 -	Definições de Região de Saúde – Trajetória Normativa	p. 100
Quadro 7 -	Concepções (ideias/sentido) acerca da regionalização da saúde e instrumentos para operacionalização da política ao longo da implementação do SUS, segundo seu marco normativo	p. 102
Quadro 8 -	Divisão das regionais de saúde por macrorregião e nº de Municípios	p. 112
Quadro 9 -	Categorias de análise das características da implantação do processo de regionalização em saúde: institucionalidade da regionalização.....	p. 117
Quadro 10 -	Categorias de Análise da Dinâmica da CIB no Estado: Institucionalidade da CIB/PR.....	p. 130
Quadro 11	Matriz de competências por nível de atenção.....	p. 145

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1	A Estrutura Operacional das Redes de Atenção à Saúde	p. 140
-----------------	--	--------

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 –	Evolução do número de municípios habilitados, segundo Norma Operacional – 1991-2001.....	p. 88
Tabela 2 –	Adesão dos Municípios ao Pacto pela Saúde em 2011 e 2012.....	p. 97
Tabela 3 -	Diferenças entre os sistemas fragmentados e as redes de atenção à saúde.....	p. 139

LISTA DE SIGLAS

- AIH - Autorização de Internação Hospitalar
- AJU – Assessoria Jurídica
- APSUS – Programa de Qualificação da Atenção Primária à Saúde
- CAPS – Centro de Atenção Psicossocial
- CC - Casa Civil
- CCI - Coordenadoria do Controle Interno
- CEPI – Centro Estadual de Epidemiologia
- CES - Conselho Estadual de Saúde
- CEST – Centro Estadual de Saúde do Trabalhador
- CET – Central Estadual de Transplantes
- CEVA – Centro Estadual de Vigilância Ambiental
- CEVS – Centro Estadual de Vigilância Sanitária
- CGR – Colegiados de Gestão Regionais
- CIB - Comissão Intergestores Bipartite
- CIB/PR – Comissão Intergestores Bipartite do Estado do Paraná
- CIB-ESTADUAL – Comissão Intergestores Bipartite do Estado do Paraná
- CIB-Regional – Comissão Intergestores Bipartite Regional
- CIEVS – Centro de Informações Estratégicas e Respostas às Emergências em Vigilância em Saúde
- CIR – Comissão Intergestores Regionais
- CIT - Comissão Intergestores Tripartite
- CM - Casa Militar
- CMS - Conselho Municipal de Saúde
- CNS - Conselho Nacional de Saúde
- COAP – Contrato Organizativo de Ação Pública
- COM – Centro Psiquiátrico Metropolitano
- COMSUS – Programa de apoio aos Consórcios Intermunicipais
- CONASEMS - Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde
- CONASS - Conselho Nacional de Secretários Estaduais de Saúde
- COSEMS – Conselho de Secretários Municipais de Saúde
- CRESEMS – Conselho Regional dos Secretários Municipais de Saúde
- DACC – Departamento de Atenção às Condições Crônicas
- DAD – Departamento de Apoio à Descentralização
- DAPS – Departamento de Atenção Primária à Saúde
- DAUE – Departamento de Atenção às Urgências e Emergências
- DEAF – Departamento de Assistência Farmacêutica
- DEEN – Departamento de Engenharia
- DEGH – Departamento de Gestão Hospitalar
- DEMG – Departamento de Modernização de Gestão
- DEMP – Departamento de Material e Patrimônio
- DERG – Departamento de Regulação
- DEST – Departamento de Suporte Técnico Operacional
- DG – Diretor Geral
- DOGS – Departamento de Organização e Gestão do Sistema
- ENSP – Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca
- EQP – Estratégia de Qualificação do Parto
- ESSP – Escola da Saúde Pública do Paraná
- FES – Fundo Estadual de Saúde
- FIOCRUZ – Fundação Oswaldo Cruz
- FNS - Fundação Nacional de Saúde
- FUNEAS – Fundação Estatal de Atenção em Saúde do Paraná
- GAS – Grupo Administrativo Setorial

- GOFS – Grupo Orçamentário e Financeiro Setorial
- GPAB – Gestão Plena de Atenção Básica
- GPSM – Gestão Plena de Sistema Municipal
- GRHS – Grupo de Recursos Humanos Setorial
- GS – Gabinete do Secretário
- HEMEPAR – Centro de Hematologia e Hemoterapia do Paraná
- HOSPSUS – Programa de Qualificação dos Hospitais Públicos e Filantrópicos do Paraná
- LACEN – Laboratório Central do Estado
- MS - Ministério da Saúde
- NDS – Núcleo de Descentralização do SUS
- NGE – Núcleo de Gestão Estratégica do SUS
- NII – Núcleo de Informática e Informações
- NOB - Norma Operacional Básica
- PAB - Piso Assistencial Básico
- PACS - Programa de Agentes Comunitários de Saúde
- PBVS - Piso Básico de Vigilância Sanitária
- PDAVS - Programa Desconcentrado de Ações de Vigilância Sanitária
- PDI – Plano Diretor de Investimentos
- PDR – Plano Diretor de Regionalização
- PGE - Procuradoria Geral do Estado
- PLANEJASUS – Sistema de Planejamento do SUS
- PPI - Programação Pactuada e Integrada
- PSF - Programa de Saúde da Família
- RAG – Relatório Anual de Gestão
- RAS – Rede de Assistência à Saúde
- RENAME – Relação Nacional de Medicamentos
- RENASES – Relação Nacional de Serviços de Saúde
- RS – Regionais de Saúde
- SAD – Superintendência Administrativa e de Logística Especializada
- SAS – Superintendência de Atenção à Saúde
- SEAB - Secretaria da Agricultura e do Abastecimento
- SEAE - Secretaria para Assuntos Estratégicos
- SEAP - Secretaria da Administração e Previdência
- SECM - Secretaria para Assuntos da Copa do Mundo 2014
- SECS - Secretaria da Comunicação Social
- SEDS - Secretaria da Família e Desenvolvimento Social
- SEDU - Secretaria de Desenvolvimento Urbano
- SEEC - Secretaria da Cultura
- SEED - Secretaria da Educação
- SEES - Secretaria do Esporte
- SEFA - Secretaria da Fazenda
- SEIL - Secretaria da Infraestrutura e Logística
- SEIM - Secretaria da Indústria, do Comércio e Assuntos do Mercosul
- SEJU - Secretaria da Justiça, Cidadania e Direitos Humanos
- SEMA - Secretaria do Meio Ambiente e Recursos Hídricos
- SEOG - Secretaria da Corregedoria e Ouvidoria Geral
- SEPL - Secretaria do Planejamento e Coordenação Geral
- SERC - Secretaria de Relações com a Comunidade
- SESA - Secretaria da Saúde
- SESA - Secretaria Estadual de Saúde do Estado do Paraná
- SESP - Secretaria da Segurança Pública
- SETI - Secretaria da Ciência, Tecnologia e Ensino Superior
- SETS - Secretaria do Trabalho, Emprego e Economia Solidária
- SETU - Secretaria do Turismo
- SGS – Superintendência de Gestão do Sistema de Saúde

- SIA/SUS - Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS
- SIH/SUS - Sistema de Informações Hospitalares do SUS
- SIMPR – Serviço Integrado de Saúde Mental do Paraná
- SMS - Secretaria Municipal de Saúde
- SUP – Superintendência de Unidades Hospitalares Próprias
- SUS - Sistema Único de Saúde
- SVS - Secretaria de Vigilância Sanitária
- SVS – Superintendência de Vigilância em Saúde
- UAPSF – Unidade de Atendimento do Programa Saúde da Família
- UBS – Unidade Básica de Saúde
- UGCG – Unidade de Gerenciamento dos Contratos de Gestão
- UPA – Unidade de Pronto Atendimento
- USAIMC – Unidade de Saúde da Mulher e da Criança
- VIGIASUS – Programa de Qualificação da Vigilância em Saúde

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO.....	18
 CAPÍTULO I - DIREITO FUNDAMENTAL À SAÚDE: DA INTERNACIONALIZAÇÃO À CONSTITUCIONALIZAÇÃO	
1.1. Da internacionalização à constitucionalização do direito à saúde.....	33
1.1.1. O direito à saúde no sistema universal de proteção de direitos humanos.....	34
1.1.2. O direito à saúde no sistema regional de proteção de direitos humanos.....	36
1.2. A discussão constituinte: a influência da Reforma Sanitária na configuração do direito à saúde e do SUS na Constituição.....	41
1.3. A fundamentação filosófica dos direitos prestacionais.....	42
1.4. A saúde com direito prestacional.....	43
1.5. A saúde como direito fundamental: o duplo caráter.....	45
1.5.1. A dimensão subjetiva do direito fundamental à saúde.....	45
1.5.2. A dimensão objetiva do direito fundamental à saúde.....	46
1.6. A configuração constitucional do direito à saúde.....	50
1.7. A saúde como bem fundamental e institucionalização das políticas públicas.....	55
 CAPÍTULO II FEDERALISMO E POLÍTICAS PÚBLICAS	
2.1. Breve esboço histórico do federalismo no Brasil.....	59
2.2. Federalismo: conceito e configuração constitucional.....	66
2.3. Federalismo e democracia.....	71
2.4. Federalismo e políticas públicas.....	73
2.5. Federalismo e política de saúde.....	76
 CAPÍTULO III - A TRAJETÓRIA DA POLÍTICA DE SAÚDE NO BRASIL: DA DESCENTRALIZAÇÃO À REGIONALIZAÇÃO	
3.1 Da descentralização à regionalização: a trajetória normativa da política de saúde.....	80
3.2 Questões Constitucionais prévias: breve histórico do processo de constitucionalização do Sistema Único de Saúde (SUS).....	82
3.3 O caminho para a regionalização: as normas operacionais básicas e a trajetória da descentralização do SUS.....	84
3.4 A regionalização a partir da Norma Operacional de Assistência à Saúde – NOAS.....	89
3.5 Pacto pela Saúde.....	91
3.6 O Decreto nº 7.508/2011 e a institucionalização normativa da regionalização contratualizada: novas perspectivas.....	97
 CAPÍTULO IV - A INSTITUCIONALIDADE DA REGIONALIZAÇÃO E DA COMISSÃO INTERGESTORES BIPARTITE NO ESTADO DO PARANÁ	
4.1. Composição e Estrutura da Comissão Intergestores Bipartite (CIB/PR).....	105
4.2. Atuação da CIB/PR e a regionalização.....	107
4.3. O Decreto nº 7.508/2011 e suas implicações no Estado do Paraná.....	108
4.3.1. O Decreto nº 7.508/2011 e o Contrato Organizativo de Ação Pública (COAP) como instrumento de institucionalização da articulação interfederativa.....	109
4.4. O Estado do Paraná e a regionalização.....	113
4.5. A institucionalidade da regionalização.....	116
4.5.1. Histórico da regionalização e robustez/conteúdo do desenho da regionalização.....	117
4.5.2. Definição/implantação de estratégias de planejamento e regulação voltadas para coordenação de ações, serviços e intervenções sanitárias em âmbito regional.....	120
4.5.3. Definição/implantação de mecanismos de financiamento/investimentos voltados para regionalização.....	126
4.5.4. O papel da SESA na condução da regionalização: estruturas de coordenação definidas, existência de estratégias políticas, importância da regionalização na agenda governamental.....	128
4.6. A institucionalidade da Comissão Intergestores Bipartite (CIB/PR).....	129

4.6.1.	Presença de instâncias de integração e processamento técnico-político para discussão dos assuntos abordados na CIB/PR.....	130
4.6.2.	Regularidade de funcionamento da CIB/PR.....	132
4.6.3.	Existência de representatividade regional.....	133
4.6.4.	Legitimidade da CIB/PR como instância de negociação e decisão técnico-política.....	134
4.7.	A construção das redes de atenção em decorrência da institucionalidade da regionalização e da atuação da CIB/PR.....	137
4.7.1.	Rede de Atenção Materno/Infantil – Rede Mãe Paranaense.....	141
4.7.2.	Rede Paraná Urgência.....	142
4.7.3.	Rede de Atenção Psicossocial – Rede de Saúde Mental.....	144
4.7.4.	Rede de Atenção à Saúde Bucal.....	145
4.7.5.	Redes em Estruturação.....	146
4.8.	À guisa de conclusão.....	147
CONSIDERAÇÕES FINAIS.....		148
REFERÊNCIAS.....		152

INTRODUÇÃO

Defende-se aqui o posicionamento de que qualquer trabalho que pretenda discutir políticas públicas, necessariamente, deve enfrentar as questões atinentes aos direitos fundamentais, ao menos, se a fala é oriunda do campo jurídico. E nesta seara, enfrentar a questão dos direitos fundamentais é admitir que a linguagem hegemônica é a da dignidade da pessoa humana. O que não se pode esquecer é que “[...] a grande maioria da população mundial não é sujeito de direitos humanos. É objeto de discursos de direitos humanos” (SANTOS, 2013, p. 42).

A discussão acerca da garantia dos direitos fundamentais sociais tem sido das mais importantes na atualidade. As indagações vão desde a construção teórica acerca destes direitos – nos âmbitos externo e interno – passando pela forma de incorporação nas Constituições até a discussão da justiciabilidade, espaço em que se discute o controle jurisdicional das políticas públicas. Pisarelo (2007, p. 111-113) propondo uma reconstrução dos direitos sociais, com base na crítica às percepções histórica, filosófica, teórica e dogmática acerca destes direitos, destaca um sistema de diversos níveis de garantia:

La defensa del carácter *multi-institucional* de la tutela de los derechos sociales debería conducir, asimismo, a la defensa de un sistema *multinivel* de garantías, basado en el principio de que, en las condiciones actuales, resulta imposible, además de indeseable, pretender asegurar los derechos sociales en una única escala de tipo estatal. Así, tanto por razones democráticas como de eficacia, cabría articular un sistema de protección en diversas escalas, infra y sub-estatales y estatales, hasta el plano regional e internacional.

Parte-se da compreensão de que a estrutura federativa do Estado, não só determina, mas também delimita as possibilidades de concretização dos direitos fundamentais sociais, mormente, quando se analisa a influência do federalismo, seja positiva ou negativa, na implantação das políticas públicas, e, por sua vez, a influência destas no desenho federativo. Assim, “sem a implementação das políticas públicas, o Estado Social não existe, pois sua razão de ser está voltada para a concretude dos direitos das pessoas na comunidade onde vivem” (LIBERATI, 2013, p. 83).

Do ponto de vista estritamente jurídico é comum encontrar-se na literatura a afirmação de que o federalismo brasileiro, na configuração que lhe foi dada pela Constituição de 1988, em especial, pelo reconhecimento do Município como ente federativo – o que confere um caráter *sui generis* à federação – seria um dos mais descentralizados do mundo. (SHAH apud ARRETCHE, 2010) Tal assertiva, contudo, merece ponderações. O devir histórico a contraria,

já que a formação do Estado-Nação no Brasil foi marcada, justamente, pelo caminho oposto, ou seja, pela centralização de poder político.

Não há dúvida, por certo, de que a configuração normativa da estrutura federativa na Constituição de 1988 abriu espaço para um processo de descentralização da execução das políticas públicas para os Estados, em especial, para os Municípios, já que a execução das principais políticas sociais se realiza no âmbito local. Desde já, afirma-se, que não é possível dissociar federalismo de políticas públicas. No entanto, necessário que a leitura se faça a partir da Constituição, mas não somente com base nesta, posto que insuficiente para dar conta da complexidade que envolve a discussão das políticas sociais.

Reconhece-se, portanto, que a abordagem do tema não pode ser disciplinar. A discussão das garantias de direitos sociais, considerando um Estado que se organiza de forma federativa, exige uma abordagem interdisciplinar, ante a diversidade de leituras existentes acerca do federalismo, mas, principalmente, pelo fato de que o campo jurídico tem limitações para compreensão das questões atinentes às políticas públicas. Guerra (2013, p. 389.), ao se referir às políticas públicas enquanto instrumentos para a concretização de direitos humanos enaltece a necessidade desta leitura interdisciplinar.

Essencialmente, o direito pode até servir como instrumento de política pública (o que acontece com frequência no âmbito econômico, por exemplo), mas não o é. O Estado pode escolher dentre diversos modos de regulação (jurídico, social, econômico, simbólico) para implementar uma política pública. Entretanto, as políticas públicas se encontram inseridas nas matérias de que usualmente trata o jurista, como a propriedade, o trabalho, a família, a criança e o adolescente, o idoso, meio ambiente, o consumo, a educação, a segurança. O cientista político também será sempre indispensável para o tratamento desses assuntos. O cientista social, do mesmo modo, será sempre indispensável para explicar a forma pela qual cada um desses assuntos tem-se portado na sociedade. Desse modo, qualquer exame entre políticas públicas e o direito deve realizar-se mediante uma análise interdisciplinar.

Inegável que a partir da Constituição de 1988 a descentralização da execução das políticas públicas para os Municípios será acentuada em decorrência da criação do Sistema Único de Saúde (SUS) que traz como diretriz constitucional a descentralização e a regionalização. A questão, contudo, é verificar de que forma irá ocorrer esta descentralização/regionalização da política pública de saúde, já que as respostas possíveis às questões daí decorrentes implicarão na maior ou menor tensão entre o plasmado normativamente e a realidade social subjacente. Como destaca Fleury (2014, p. 33.):

O problema da governabilidade [...] não está fundado na inversão de um processo evolutivo inexorável da cidadania, mas sim na contradição paradoxal que se estabelece entre a tentativa de manter uma ordem jurídica e política baseada no princípio da igualdade básica entre os cidadãos e, ao mesmo tempo, preservar o maior nível de desigualdade do mundo no acesso à distribuição de riqueza e aos bens

públicos. As desigualdades entre indivíduos, grupos sociais e regiões subtraem legitimidade ao exercício do poder e impossibilitam a coesão social.

A Constituição de 1988 é um marco normativo para qualquer discussão que se estabeleça quanto à garantia de direitos, já que ampliou significativamente o rol de direitos fundamentais, o que é representativo da ampliação da cidadania. Esta, contudo, é esvaziada de conteúdo quando o estabelecido normativamente não se coaduna com as desigualdades existentes. Assim, especificamente, quanto ao direito fundamental à saúde, cabe verificar em que medida a descentralização/regionalização das políticas públicas de saúde, contribuíram para a ampliação das garantias deste direito.

Cabe, portanto, analisar a trajetória da política de saúde desde a Constituição Federal de 1988 e as implicações recíprocas desta com o federalismo. Por esta razão, a temática da presente tese centra-se na abordagem das questões estruturais do Estado, especificamente quanto ao federalismo, e na trajetória da política de saúde quanto ao caminho que teve a descentralização/regionalização desde a Constituição, a partir do estudo de caso de um estado da Federação, no caso o Paraná.

A questão pode ser assim formulada: como estabelecer um processo de regionalização que seja eficaz do ponto de vista do estabelecimento de uma rede homogênea e dê conta das diversidades territoriais e populacionais, e, simultaneamente, crie um espaço mais democrático de decisão da política com responsabilização pública e autonomia local? Além disso, é preciso considerar os aspectos que dizem respeito à complexidade da regionalização em um país federativo com as características do Brasil. (FIOCRUZ; USP, ENSP, 2010, p. 4.)

O surgimento da Federação representou uma exigência de natureza econômica à época, conforme explicita Carvalho (2002, p. 81): “Sob certos aspectos, a República significou um fortalecimento das lealdades provinciais em detrimento da lealdade nacional. Ela adotou o federalismo ao estilo norte-americano, reforçando os governos estaduais”. Assim, a implantação do federalismo deixou como herança uma situação de desigualdade entre os entes subnacionais.

No Brasil, o desenvolvimento econômico sempre foi muito desigual entre as diferentes unidades da federação. A guerra fiscal entre os estados da federação revela uma tentativa de alterar a concentração dos investimentos, especialmente da indústria, nas regiões tradicionalmente mais dinâmicas do país. Todavia, o incentivo fiscal não é o único fator a ser considerado na alocação do investimento fiscal. Assim, ainda persiste a concentração do desenvolvimento econômico nas regiões mais dinâmicas, conforme dados sobre participação regional no PIB. (COSTA, 2006, p. 161.)

O fato é que a “A descentralização dos recursos evoluiu em ritmo bem mais lento que a de responsabilidades” (KERSTENETZKY, 2012, p. 217). Por esta razão, a implantação das

políticas públicas deve ser norteadas pelo referencial normativo da Constituição. Santos (2012, p. 67) destaca o fato de que as normativas, em especial, do Ministério da Saúde, contrariavam as orientações principiológicas da Constituição e da legislação, desfavorecendo a regionalização, “[...] o Estado nessas duas últimas décadas, foi o elo perdido no encadeamento da rede de atenção à saúde regionalizada (SANTOS, 2012, p. 67.)”.

Em 1946 a Organização Mundial de Saúde (OMS) definia saúde como sendo “o completo bem-estar físico, mental e social e não apenas a ausência de doenças”. Esta concepção foi alvo de críticas posteriormente, por ser “irreal, ultrapassada e unilateral” (SERGE et. al., 1997; LUNARDI, 1999, pp. 26-28).

Na década de 1970, por ocasião da 1ª Conferência Internacional de Cuidados Primários de Saúde – realizada em Alma-Ata (1978), a saúde passa a ser afirmada como direito fundamental e como principal meta dos governos do ponto de vista social. Como desdobramento, na 1ª Conferência Internacional sobre Promoção de Saúde em 1986, foi apresentado o conceito de saúde enquanto qualidade de vida e relacionada às condições sociais, como paz, habitação, educação, alimentação, renda, ecossistema estável, recursos sustentáveis, justiça e equidade. Estas concepções serão incorporadas à Constituição de 1988, ampliando-se as responsabilidades do Estado quanto à criação das estruturas para a prestação de serviços de saúde.

O processo de descentralização das políticas públicas de saúde se fez com a implantação do SUS, em que pese ser possível afirmar que o Sistema Único de Saúde (SUS), nas etapas iniciais (primeira metade da década de 90) acabou por reproduzir o caráter centralizador criado pelo antigo Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS), ou seja, os convênios e contratos com os prestadores de serviços continuaram a ser administrados e fiscalizados pelo Ministério da Saúde.

Não há dúvida de que o passo para a descentralização irá ocorrer somente na segunda metade da década de 90, quando Estados e Municípios – entidades subnacionais – passam a assumir as responsabilidades pela gestão de contratos com os prestadores de serviços, no entanto, a autonomia de gestão era afetada pela modalidade de gestão (básica, semiplena e plena).

Com a consolidação do processo de descentralização, tem início o processo de regionalização. Num momento inicial descortina-se a possibilidade de pactuação direta (pactos de gestão e pactos pela saúde) entre os entes federativos para se atingir objetivos e se implantarem processos. Na segunda metade da década de 2000, a pactuação e a contratualização pública se consolidam como práticas de gestão do SUS. Quais as implicações destas práticas

de gestão? O principal aspecto é o condicionamento dos repasses financeiros ao alcance de metas e indicadores na gestão e na assistência.

Nesse contexto a discussão acerca do federalismo deve ser recolocada, atento ao processo de autonomização – pelo fato de que cada Município criava as estruturas para atendimento de sua população – e – também – pelo fato de que os Municípios buscavam a formação de consórcios sem externarem a preocupação com os aspectos regionais, “[...] assim, ambos os processos, a municipalização e a regionalização assistencial, precisavam ter por referência a pactuação induzida pela secretaria estadual de saúde para o conjunto dos municípios, criando uma adequada economia de escala (NOGUEIRA, 2012, p. 58.)”.

Após este período o Decreto n. 7508/2011 vem regulamentar os dispositivos da Lei n. 8.080/1990 no que diz respeito à organização do SUS, do planejamento da saúde, da assistência à saúde e da articulação interfederativa. Anteriormente a publicação deste Decreto, a organização do SUS foi realizada com a utilização de portarias do Ministério da Saúde (NOB 1, 2, 3), pelos pactos de saúde (2006), ou, ainda, em resoluções da CIT (Comissão Intergestores Tripartite). O Decreto prevê o Contrato Organizativo de Ação Pública (COAP) como instrumento jurídico para definir as responsabilidades dos entes federados.

Ante a trajetória histórica do processo de descentralização e de regionalização, justifica-se a abordagem do tema nesta tese, em especial, pela constatação inicial de que os processos de regionalização não ocorrem de forma padronizada nas unidades da federação. Analisa-se, assim, o processo de regionalização das políticas públicas de saúde no período de 2011 a 2015 no Estado do Paraná, quanto à institucionalidade da regionalização e da Comissão Intergestores Bipartite (CIB/PR), para verificar se esta institucionalidade implicou na ampliação das garantias do direito à saúde. São objetivos da tese:

- 1) Caracterizar a estrutura administrativa da Secretaria de Estado da Saúde do Paraná e da Comissão Intergestores Bipartite;
- 2) Analisar a institucionalidade da regionalização das políticas públicas de saúde no Estado do Paraná, no período de 2011 a 2015;
- 3) Analisar a institucionalidade da Comissão Intergestores Bipartite (CIB/PR), enquanto orientadora das políticas públicas de saúde, no período de 2011 a 2015.
- 4) Demonstrar como se estabelece a regionalização da política de saúde no Estado do Paraná, e, como indicativo do grau de institucionalização, traçar o percurso da implementação das Redes de Atenção à Saúde, como indicativo da ampliação da possibilidade da garantia do direito fundamental à saúde.

Assim, a tese analisa a institucionalidade da regionalização e a da CIB/PR, enquanto instância decisória a partir de indicadores levantados nas próprias atas das reuniões, privilegiando-se, assim o enfoque do gestor. Reconhece-se, a importância desta instância

deliberativa, não só pela abertura que garante à participação, mas também porque representa um espaço de deliberação qualificado. Foram analisados também, o Plano Diretor de Regionalização e o Plano de Governo Estadual que vigoraram no período de 2011 a 2015.

Quanto às questões metodológicas, pode-se dizer que se vive hoje, a “síndrome do horror metodológico” (MATTOS, 2011, p. 20.). Serve-se aqui desta expressão para dizer que a escolha do método, ao invés de representar um alicerce, acaba por lançar o pesquisador num terreno movediço. Pensar o objeto e consequentemente um método não é tarefa simples. Para Salomon (2000, p. 12) o método “não tem força por si mesmo de produzir aquilo que se almeja, sobretudo quando se trata de conhecimento científico Não tem simplesmente porque não existe. Passa a existir no momento em que começa o processo de conhecer”.

Depara-se com um universo de teorias, métodos, metodologias, referenciais teóricos, etc., que ao invés de trazerem segurança para o pesquisador, na medida em que este busca o “método ideal” para a sua pesquisa, mais insegurança ele tem. Em verdade, não há método ideal, o que se deve buscar é uma forma de abordagem do objeto que possa convencer primeiramente o pesquisador e depois os seus pares. E essa forma não é dada, mas sim construída no processo de investigação. É no andar da carroça que as melancias se ajeitam.

Na busca de um caminho metodológico, elegeu-se o referencial teórico do neo-institucionalismo¹ que tem sido utilizado para análise de políticas públicas (STEINMO, 2008; LIMA et. al., 2011; ALBUQUERQUE, 2013), em que “[...] as análises são feitas de forma indutiva, com formulação de hipóteses a partir da interpretação do material empírico (THELEN & STEINMO apud LIMA et al., p. 120.)”. Lima (2011, p. 128.), ao discorrer sobre as vertentes neoinstitucionalistas, destaca os temas que têm relevância para análise de políticas de saúde.

Quadro 1 – Temas frequentes nos estudos neo-institucionalistas e exemplos de questões relevantes para a análise de políticas de saúde

Temas	Exemplo de questões relevantes para a análise de políticas de saúde
Sistema constitucional-legal	Que princípios constitucionais e legais regem a atuação do Estado nas políticas sociais e nas políticas de saúde? Quais são as regras legais relativas à organização do sistema de saúde?
Organização político-territorial do Estado e relações entre esferas de governo	A organização político-territorial do país é unitária ou federativa? Quais as características do arranjo federativo vigente geral e na saúde? Como é a distribuição de poder e responsabilidades entre esferas de governo ou níveis de gestão e como estas se aplicam à saúde? Quais os mecanismos de coordenação entre esferas de governo ou níveis de gestão e como funcionam no sistema de saúde?

¹ Institutionalists are scholars who place special emphasis on the role institutions play in structuring behaviour (STEINMO, 2008, p. 123.) [...] “What the HI scholar wants to know is why a certain choice was made/or why a certain outcome occurred”. (STEINMO, 2008, p. 123.)

Quadro 1 – Temas frequentes nos estudos neo-institucionalistas e exemplos de questões relevantes para a análise de políticas de saúde (continuação)

Organização e funcionamento da Administração Pública	Quais as implicações das regras da Administração Pública para a política de saúde? Quais as características da burocracia atuante na saúde e como ela interfere nas políticas?
Regras de competição eleitoral e sistema político partidário	Existem eleições diretas democráticas e periódicas para Executivo e o Legislativo? Como está organizado o sistema partidário? As coalizões entre partidos são frequentes? Como o funcionamento dos partidos interfere nas políticas de saúde? O critério partidário é relevante na definição da ocupação de cargos na saúde? Os gestores da saúde têm filiação partidária e atuam de acordo com o interesse de seus partidos e/ou dos governantes eleitos?
Relações entre Poderes	Qual o papel e como tem sido a atuação dos diferentes Poderes de Estado na saúde (Executivo, Legislativo, Judiciário e ainda, o Ministério Público)? Como o balanço entre os Poderes se expressa nas políticas de saúde? Quais são os mecanismos de coordenação entre os Poderes na saúde? Quais têm sido as repercussões/os efeitos da atuação dos distintos Poderes sobre a saúde?
Relações entre Estado e sociedade	Quais são os canais e mecanismos de diálogo entre Poder Público e sociedade? Como funcionam os canais formais de participação social na saúde (ex: conselhos, conferências)? A política de saúde é decidida em instâncias participativas? Que outras formas de interação existem entre agentes estatais e grupos sociais (ONGs, movimentos sociais, instituições privadas, corporações profissionais e outros)? Que grupos sociais/de interesse interferem na política de saúde e como isso ocorre?
Estrutura e organização de atores econômicos e sociais (empresariais, sindicatos, conselhos profissionais)	Como se organizam os atores econômicos relevantes para o setor saúde (empresários, industriais, planos de saúde, prestadores privados) e como interferem na política de saúde? Como os sindicatos tem participado e influenciado a política de saúde? Como os profissionais de saúde e seus conselhos representativos participam e interferem na política de saúde? Como essas organizações podem afetar os seus resultados?

Fonte: LIIMA et. al., 2011, p. 127

Considerando-se o objeto da tese, identifica-se a presente proposta de investigação com as discussões atreladas aos temas: **sistema constitucional legal e organização político territorial do Estado e relações entre esferas de governo**, na medida em que o suporte teórico do trabalho está calcado nas questões atinentes à configuração constitucional do direito à saúde e da federação, bem como, da trajetória traçada pela legislação infraconstitucional que discutiu a regionalização da política de saúde.

Tal abordagem enfatiza a ideia do Estado como ator, e assim, o papel e atuação das instituições e atores estatais nas análises do Estado e da Sociedade. Cabe destacar que o papel do Estado está relacionado ao conceito de autonomia estatal, embora não seja contingente a ele. Além disso, outras duas ideias podem ser consideradas centrais: o reconhecimento de que a ação do Estado (e das suas instituições) é dotada de sentido, ou seja, influenciada pela relação de forças que se estabelece no interior das instituições, que podem tensionar uma política pública, acelerando-a ou a interrompendo, e de que a ação é historicamente condicionada. (PEREIRA, 2014, p. 33)

Daí, a escolha da abordagem neo-institucionalista. Justificada a escolha, cabe, ao menos de forma sucinta, discorrer acerca deste referencial. O surgimento do neo-

institucionalismo se dará a partir da crítica ao velho institucionalismo² em que os estudos enfatizavam “[...] a descrição e comparação estática de estruturas administrativas, legais e políticas em diferentes países e estados norte-americanos” (MARQUES apud LIMA et al., 2011, p. 112) e ao movimento behaviorista das décadas de 50/60 que dava ênfase no comportamento observável. Immergut (2007, p. 156-159) consolida a crítica em três pontos:

A crítica institucionalista à abordagem comportamental tem três aspectos. Em primeiro lugar, o institucionalista questiona a premissa de que o comportamento político revela preferências. [...] Em segundo lugar, a abordagem dos institucionalistas entende que o somatório das preferências – ou, no caso, a agregação de comportamentos individuais em fenômeno coletivo – é demasiado problemático. [...] Desse modo, os mecanismos de decisões coletivas não medem o somatório de preferências individuais. Em lugar disso, permitem tomar decisões, até mesmo onde não há consenso evidente. [...] O terceiro desafio institucionalista. Se os institucionalistas estiverem corretos, muito do comportamento político, ou todo ele, e os processos de decisão coletiva são instrumentos procedimentais usados para a tomada de decisões. [...] Os interesses não serão mais considerados como avaliações subjetivas de indivíduos; as decisões coletivas, não serão mais vistas como somatório desses desejos individuais.

O institucionalismo enfatiza o papel das instituições nas decisões políticas, rejeitando a tese de que as pessoas revelam suas preferências individuais pelo comportamento. Como diz Lima et al. (2011, p. 14) “Para além do pressuposto geral de que ‘as instituições importam’, a relevância [...] está em identificar por meio de que processos e mecanismos estas exercem influência sobre as decisões políticas e se mantêm ao longo do tempo”, portanto, “[...] as instituições são cruciais na análise do fenômeno social, uma vez que podem exercer forte influência na determinação do processo decisório e dos resultados políticos” (CAVALCANTE, 2011, p. 1789).

Em suma, por sua própria origem (a crítica relacionada à insuficiência dos postulados existentes) e pela natureza dos trabalhos desenvolvidos (a relevância dos resultados empíricos e a abordagem contextualizada e comparada dos fenômenos sociais em estudo), o neo-institucionalismo tem sido considerado uma corrente não unitária das Ciências Sociais, para onde convergem teóricos de origens disciplinares e matizes diversos, desde economistas neoclássicos até adeptos da corrente marxista (MARQUES, 1997). Seus estudos têm em comum a ênfase no papel central que as instituições ocupam, considerando sua influência nas estratégias dos atores, nos rumos, trajetórias e conteúdo das políticas (HALL & TAYLOR, 2003; PIERSON, 2004). (LIMA et. al., 2011, p.114)

² Peters (2003, p. 27) reconhece a importância do velho institucionalismo, diz: “Los viejos institucionalistas elaboraron un rico e importante cuerpo de saber. Es fácil criticar su trabajo desde la ventajosa perspectiva de las ciencias sociales tal como se desarrollaron durante los últimos 50 años, pero tal crítica es injusta con los fines y las contribuciones de los viejos teóricos institucionalistas. Si bien no lo hicieron de un modo explícitamente teórico, aquellos estudiosos señalaron muchos factores que actualmente impulsan el análisis institucionalista contemporáneo. El institucionalismo presagió los elementos estructurales del gobierno, como también sus elementos históricos y normativos. El nuevo institucionalismo creció no tanto para sólo reafirmar algunas de las virtudes de la antigua forma de análisis, sino más bien para hacer una revisión crítica de las supuestas fallas de lo que había llegado a ser el saber convencional de la ciencia política”.

Delineados os pontos que justificam o surgimento do neo-institucionalismo, cabe abordar de forma sucinta as vertentes neo-institucionalistas. Não há uniformidade entre os teóricos, mas se reconhece que as concepções não são excludentes, mas complementares, ainda que partam de pressupostos ou fundamentos distintos (SCOKPOL apud LIMA et al., p. 116). Três versões destacam-se: Escolha Racional; Sociológico e Histórico. Segundo Cavalcante (2011, p. 1790) elas se diferenciam “na forma, como conceituam a relação entre as instituições e comportamento e como explicam os processos de mudança e origem das instituições”. Schmidt (apud CAVALCANTE, 2011, p. 1791) resume:

O institucionalismo da escolha racional concentra-se em atores perseguindo os seus interesses e seguindo suas preferências dentro das instituições políticas, definidas como estrutura de incentivos, de acordo com uma “lógica de cálculo” [lógica de consequência]. O institucionalismo histórico se concentra na história das instituições políticas que têm suas origens nos resultados das escolhas propositais e condições iniciais históricas e que se desenvolvem ao longo do tempo na sequência de *path dependence*. Já institucionalismo sociológico vê instituições políticas como socialmente constituídas e culturalmente moldadas, com agentes políticos agindo de acordo com a “lógica da adequação”, que decorre culturalmente de regras e normas.

Adota-se, nesta tese, a vertente do institucionalismo histórico. Diz Lima et. al., (2011, p. 130) que uma das principais contribuições do institucionalismo histórico é a valorização da dimensão temporal, ou seja, “[...] a trajetória histórica, o momento e a sequência dos eventos importam para a definição das políticas, o que se traduz na adoção de conceitos como dependência da trajetória (*path-dependence*), retroalimentação positiva (*positive feedback*) e retornos progressivos (*increasing returns*)”.

O conceito de dependência da trajetória (*path-dependence*), central na abordagem do institucionalismo histórico, diz respeito à causalidade social ser dependente da trajetória percorrida; ou seja, baseia-se na ideia de que escolhas prévias relativas a uma política definem determinados caminhos e influenciam as possibilidades futuras de decisão (PIERSON, 2004). As escolhas políticas se desdobram, ao longo do tempo, na criação de regras e de estruturas, na mobilização de recursos de diversos tipos e no envolvimento de atores sociais, o que confere institucionalidade a uma dada política, aumentando as chances de sua continuidade e reduzindo as possibilidades de alterações de rumo radicais. Isso porque, com o passar do tempo, aumentam os custos de mudança, não só financeiros, mas também políticos e sociais. (LIMA, 2011, p. 129)

A escolha da abordagem pela via do institucionalismo histórico se mostrou adequada para a análise da institucionalidade da regionalização da política de saúde no Estado do Paraná e da institucionalidade da CIB/PR, a partir da compreensão do federalismo enquanto instituição e da sua interdependência com as políticas públicas de saúde, antes e pós Constituição de 1988, entendendo-se que diversos fatores podem influenciar as decisões políticas, não somente as

instituições, mas, reconhecendo que as decisões institucionais permanecem na medida em que se consolidam no tempo³.

O objeto de análise foram atas das reuniões ordinárias da Comissão Intergestores Bipartite (CIB/PR). Obteve-se acesso aos documentos relacionados à política de saúde do Estado do Paraná no site www.saude.pr.gov.br e o acesso às atas da Comissão Intergestores Bipartite (CIB/PR) no ícone “**CIB/PR**”. As atas referentes ao período da pesquisa, 2011 a 2015, estavam disponíveis para realização de *download*, assim como os demais documentos utilizados pelos gestores nas apresentações feitas nas reuniões. Os documentos analisados são de natureza pública e estão disponíveis para acesso livre, não sendo necessária para a realização da pesquisa a solicitação de documentos por via administrativa.

Analisaram-se um total de 33 atas das reuniões ordinárias num total de 417 páginas. A periodicidade das reuniões ordinárias da Comissão Intergestores Bipartite (CIB/PR) é marcada pela regularidade, sendo que se realizaram de 6 a 8 reuniões por ano. No período da pesquisa foram realizadas em 2011, 8 reuniões, em 2012, 6 reuniões, em 2013, 7 reuniões, em 2014, 6 reuniões e em 2015, 6 reuniões.

O método de pesquisa selecionado para responder aos objetivos da tese foi qualitativo, adotando-se como metodologia analítica a Análise de Conteúdo Temática, tendo-se como referencial a proposta metodológica de BARDIN (1977), ou seja, compreendeu as fases cronológicas que a mesma propõe: a) pré-análise, realizada com a leitura prévia das atas da CIB/PR e documentos normativos que delinearão a política de saúde; 2) exploração do material se realizou com a leitura das atas das reuniões ordinárias da CIB/PR realizadas no período de 2011-2015 para seleção do conteúdo a partir das categorias pré-definidas com base no modelo teórico adotado – quanto à dimensão da institucionalidade – e nas unidades de registro consideradas; e, 3) tratamento dos resultados com a inferência e a interpretação das informações registradas nas Atas da CIB/PR.

Quanto às dimensões da institucionalidade da regionalização e da institucionalidade da CIB/PR, o referencial teórico foi a matriz metodológica utilizada no Projeto de Pesquisa desenvolvido na Fundação Oswaldo Cruz intitulado: “**Avaliação Nacional das Comissões Intergestores Bipartites (CIBs): As CIBs e os Modelos de Indução da Regionalização**”,

³ Neste sentido, Peters (2003, p. 101) : “Los partidarios de esta línea de pensamiento sostienen que una vez que los gobiernos crean su política inicial y toman sus decisiones institucionales en determinada área de políticas de gobierno, las norma creadas persisten, a menos que exista una fuerza capaz de superar la inercia creada al ponerse en práctica el programa. En el institucionalismo histórico esto se conoce como la “dependencia del rumbo”. Dado que las organizaciones públicas tienden, tal vez con mayor frecuencia que las del sector privado, a convertir sus actividades en rutina y a crear procedimientos operativos estándares, la fuerza de la inercia suele ser importante en el gobierno”.

que teve na coordenação geral, Ana Luiza d'Ávila Viana, e na sub-coordenação Luciana Dias de Lima realizado pela Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ) em 2010, conforme abaixo ilustrada. Os objetivos do referido projeto eram:

1. Mapear os processos de regionalização em saúde nos estados, identificando-se o contexto e seus condicionamentos institucionais e políticos, impactos e inovações introduzidas nos sistemas de saúde.
2. Identificar os condicionantes estruturais dos processos de regionalização nos estados, por meio da construção de uma tipologia nacional das regiões de saúde com base nos CGR formalmente constituídos até janeiro de 2010.
3. Analisar o padrão de financiamento do gasto público estadual em saúde segundo as diferentes fontes (transferência e recursos próprios) e a participação dos estados e municípios.
4. Avaliar a dinâmica de funcionamento das CIBs e suas inter-relações com os processos de regionalização nos estados.
5. Avaliar as CIBs segundo sua capacidade de gerar:
 - a) Mudanças de relacionamento entre os gestores,
 - b) Novas iniciativas e experiências de regionalização em saúde,
 - c) A formalização de compromissos intergovernamentais voltados para a solução de problemas loco-regionais.

A pesquisa realizada na FIOCRUZ trabalhou dois eixos principais. O primeiro eixo analisou o contexto e condicionantes dos processos de regionalização em saúde. O segundo eixo analisou a dinâmica e interação da CIB com o processo de regionalização em saúde nos Estados. A pesquisa utilizou estratégias e técnicas diversas, sendo que os instrumentos utilizados para as pesquisas de campo se construíram com base em uma matriz metodológica que continha as principais dimensões, variáveis e indicadores.

Quadro 2 - Características da implementação do processo de regionalização em saúde nos estados

Dimensão	Detalhamento (indicador/chave)	Tipos
Institucionalidade da Regionalização	- Histórico da regionalização e robustez/conteúdo do desenho da regionalização (territorialidade). - Definição/implantação de estratégias voltadas para coordenação de ações, serviços e intervenções sanitárias em âmbito regional. - Definição/implantação de mecanismos de financiamento/investimentos voltados para a regionalização - Papel da SES na condução da regionalização: estruturas de coordenação definidas, existência de estratégias políticas, importância da regionalização na agenda governamental.	- Avançada - Intermediária - Incipiente
Governança da Regionalização	- Diversidade de atores e instâncias com peso na regionalização - Existência de mecanismos de coordenação de ações conduzidas pelos atores com peso na regionalização - Natureza das relações entre os atores governamentais - Importância da CIB na regionalização	- Coordenação - cooperativa - Cooperativa - Coordenadora - Conflitiva - Conflitiva - Indefinida
Impactos/Inovações Institucionais	- Existência de mudanças no sistema estadual, na coordenação intergovernamental, nas estruturas e no papel do Estado	- Radicais - Incrementais - Embrionários - Ausentes

Fonte: Pesquisa “Avaliação Nacional das Comissões Intergestores Bipartites (CIBs): As CIBs e Os Modelos de Indução da Regionalização no SUS” – ENSP/FIOCRUZ E FM/USP

Quadro 3 – Dinâmica das CIBs nos Estados

Institucionalidade da CIB	- Presença de instâncias de integração e processamento técnico-político dos temas tratados: Grupos Técnicos, Grupos de Trabalho, Grupos Condutores, Comissões Técnicas e Câmaras técnicas. - Regularidade de funcionamento da plenária da Comissão Intergestores Bipartite (CIB/PR) e suas estruturas de organização interna. - Existência de representatividade regional (por meio da escolha de representantes ou do funcionamento regular de instâncias regionais). - Legitimidade da CIB como instância de negociação e de decisão técnico-política (inclui legitimidade dos membros estaduais e municipais).	- Avançada - Intermediária - Incipiente
Conteúdo das negociações intergovernamentais na CIB	- Diversidade temática - Presença de assuntos/questões relacionadas ao estado (próprios do estado, das suas regiões e seus municípios); capacidade de adaptação à realidade estadual - Construção conjunta da agenda com relativo equilíbrio de poderes entre os municípios e o governo estadual (compartilhada)	- Diversificada ou restrita - Aderente ou não aderente - Compartilhada ou não compartilhada
Processo Político e padrões de relacionamento	- Padrão e intensidade das relações intergovernamentais: predominância de convergência ou divergência de visões e interesses (predominantemente cooperativas ou conflitivas) ou não existência de padrão preponderante com presença de conflito e cooperação (cooperativas/conflitivas); irregulares ou pouco frequentes (restritas), associadas a procedimentos formais (formalistas), dinâmicas, intensas e abrangentes (interativas). - Padrão e intensidade das relações entre a CIB e o CES: predominância de convergência ou divergência de visões e interesses (predominantemente cooperativas ou conflitivas) ou não existência de padrão preponderante com presença de conflito e cooperação (cooperativas/conflitivas); irregulares ou pouco frequentes (restritas), relacionadas a temas de interesses específicos ou exigências legais e normativas (formalistas), regulares e abrangentes (interativas).	Relações intergovernamentais (RIGs): cooperativas, conflitivas, cooperativas/conflitivas; restritas, formalistas ou interativas. - Relações entre a CIB e o CE (CIB-CES): cooperativas, conflitivas, cooperativas/conflitivas; restritas, formalistas ou interativas.
Capacidade de atuação da CIB	- Capacidade de formulação e implementação de políticas - Capacidade de gerar coordenação intergovernamental (parcerias, formalização de compromissos, superação de impasses e conflitos) - Capacidade de gerar inovações (mudanças nos padrões de relacionamento intergovernamental, na organização e funcionamento do sistema estadual, na estrutura e funcionamento da SES e COSEMS, etc.)	- Elevada - Moderada - Baixa

Fonte: Pesquisa “Avaliação Nacional das Comissões Intergestores Bipartites (CIBs): As CIBs e Os Modelos de Indução da Regionalização no SUS” – ENSP/FIOCRUZ E FM/USP

A dimensão da institucionalidade, conforme explicitadas no quadro acima, se constituem em elementos essenciais para explicar as estratégias da regionalização, sendo possível a partir do referencial teórico considerado, classificar os estágios de consecução do processo de regionalização, como avançado, intermediário ou incipiente, a partir das categorias analíticas indicadas.

Assim, desta matriz metodológica se fez um recorte, tomando-se como categoria os indicadores definidos na dimensão da institucionalidade, tanto do processo de regionalização, quanto da Comissão Intergestores Bipartite (CIB/PR), sendo que a partir das categorias mencionadas estabeleceram-se as unidades de registro para a análise temática categorial. Para o desenvolvimento da tese foram elaborados quatro capítulos, sendo que os capítulos primeiro, segundo e terceiro são capítulos teóricos decorrentes de pesquisa bibliográfica e documental, e o quarto capítulo, de caráter empírico, consistente na análise temática categorial, para responder aos objetivos da tese.

No **Capítulo I: “Direito Fundamental à saúde: da internacionalização à constitucionalização”** realiza-se uma leitura do processo de institucionalização do direito à saúde no âmbito internacional e no âmbito interno, para demonstrar de que forma se dá a incorporação deste direito na Constituição de 1988. Analisa-se o direito à saúde como um direito prestacional, considerando o fato de que o direito à saúde é reconhecido constitucionalmente como um direito fundamental, enunciado como direito social e na ordem social. Analisa-se também a dimensão objetiva dos direitos fundamentais, ante o surgimento desta discussão no âmbito do Estado de Bem-Estar Social, para se demonstrar a vinculação do Estado e os deveres daí decorrentes. Encerra-se o capítulo com o reconhecimento do direito à saúde como bem fundamental.

O **Capítulo II: “Federalismo e Políticas Públicas”** procura-se analisar o condicionamento recíproco existente entre federalismo e políticas públicas de saúde, para destacar que a estrutura federativa de Estado, tomando-se o federalismo enquanto instituição, é uma variável na elaboração das políticas públicas, assim como as políticas públicas moldam o desenho da estrutura federativa, em razão dos arranjos interfederativos realizados para a implantação destas políticas. Neste capítulo, tomando-se por base o que está estabelecido na Constituição, de que forma se construiu o federalismo sanitário no Brasil, passando-se pelo seu histórico até sua configuração constitucional, tangenciando-se a relação do federalismo com a democracia.

O **Capítulo III: “A trajetória da Política de saúde no Brasil: da descentralização à regionalização”** enfrenta-se aqui a trajetória da política pública de saúde, em especial, quanto ao caminho que levou à regionalização, destacando-se a institucionalidade normativa que permitiu, inicialmente, a descentralização e posteriormente a regionalização. A trajetória indica um processo contínuo e permanente de mudanças com o fim de adaptar a legislação aos desafios que surgem em cada fase. Neste capítulo, examinam-se os principais atos normativos desde a criação do SUS até o advento do Decreto nº 7.508/2011.

Por fim, no **Capítulo IV: “A regionalização no Estado do Paraná”** se realiza a análise empírica a partir da matriz metodológica adotada como referencial teórico, quanto à institucionalidade da regionalização e da Comissão Intergestores Bipartite (CIB/PR) no período de 2011-2015, para demonstrar como se estabelece a regionalização da política de saúde no Estado do Paraná e, como indicativo do grau de institucionalização, qual é o percurso da implementação das Redes de Atenção à Saúde, como indicativo da ampliação da possibilidade da garantia do direito fundamental à saúde.

CAPÍTULO I

DIREITO FUNDAMENTAL À SAÚDE: DA INTERNACIONALIZAÇÃO À CONSTITUCIONALIZAÇÃO

“Somente a imposição e o reconhecimento de limites e vínculos aos poderes da maioria e do mercado por intermédio de normas constitucionais a eles rigidamente supraordenadas, são capazes não só de conferir fundamento à dimensão substancial das atuais democracias constitucionais, mas também de colocar a salvo de si mesma, isto é, do excesso de poderes ilimitados e virtualmente selvagens, a própria democracia”.

(FERRAJOLI, 2015, p. 80)

O primeiro capítulo analisa o direito à saúde enquanto direito fundamental. Aborda-se o processo de institucionalização e incorporação do direito à saúde no âmbito internacional e na Constituição de 1988. A configuração constitucional do direito à saúde demonstra a sua fundamentalidade. A partir da dimensão subjetiva e objetiva dos direitos fundamentais, em especial, do direito fundamental à saúde é possível afirmar o caráter vinculante dos comandos constitucionais para a administração pública. Encerra-se o capítulo com a leitura do direito fundamental à saúde enquanto bem fundamental.

1.1. Da internacionalização à constitucionalização do direito à saúde

Analisando-se o histórico da soberania no mundo moderno (FERRAJOLI, 1997)⁴ e de que forma se deu o reconhecimento dos direitos fundamentais é possível afirmar que inicialmente as limitações ao poder do estado se deram internamente, ou seja, o processo contínuo de incorporação de direitos fundamentais às Constituições ou Cartas de Direito representaram, do ponto de vista interno, a restrição à soberania. Só posteriormente é que esta relativização da soberania irá acontecer do ponto de vista externo, em especial, pelo aparecimento da declaração de direitos humanos.

Esta nova fase é marcada justamente pelo processo inverso, ou seja, busca-se a partir do reconhecimento de direitos no âmbito internacional, que os Estados adiram aos tratados internacionais e reconheçam, dentre outras coisas, a jurisdição dos Tribunais Internacionais, sujeitando-se à jurisdição destas Cortes. Tal fato, por si só, já determina que a análise de qualquer direito fundamental implique necessariamente a necessidade de traçar, ainda que de forma singela, o quadro normativo da proteção que é dispensada ao direito à saúde e se a normativa interna está alinhada com a normativa externa.

Por esta razão, num primeiro momento, antes de abordar-se a configuração do direito à saúde a partir do que está estabelecido na Constituição de 1988, oportuna é a referência aos principais documentos internacionais que enunciaram em seus textos o direito à saúde como direito humano, de modo a delimitar a noção predominante quanto ao conteúdo, alcance e desdobramentos deste direito no cenário internacional e a sua posterior incorporação ao texto

⁴ A discussão proposta por este autor na obra *Soberania no Mundo Moderno* abre a possibilidade de construção de um Constitucionalismo Global, ou seja, a partir do reconhecimento da necessidade de que se busque assegurar no âmbito internacional as garantias dos direitos fundamentais, não só pelo reconhecimento de direitos nos tratados internacionais, mas também com a criação de instituições no âmbito global que possam estabelecer a vinculação dos Estados ao cumprimento do estabelecido nos documentos internacionais. Essa discussão sinaliza para uma abertura do direito interno (direito constitucional) para o direito externo (direito internacional), e, de outro lado o fechamento deste com o direito interno, vislumbrando a possibilidade de concretização dos direitos humanos fundamentais.

constitucional de 1988, considerando-se, obviamente, as peculiaridades estruturais do Estado brasileiro, em especial, o momento constituinte e a forma federativa do Estado.

1.1.1. O direito à saúde no sistema universal de proteção de direitos humanos

No cenário internacional⁵ o primeiro documento normativo a fazer referência de forma expressa ao direito à saúde é a Declaração Universal da ONU⁶ de 1948, mais especificamente, no artigo 25, “1”. É o reconhecimento do direito à saúde como direito fundamental. Posteriormente, o Pacto Internacional dos Direitos Econômicos, Sociais e Culturais de 1966 que foi aprovado pelo Congresso Nacional pelo Decreto-legislativo nº 226, de 12/12/1991 e entrou em vigor em 24/04/1992, em seu artigo 12, “caput”, reconhece o “(...) o direito de toda pessoa desfrutar o mais elevado nível de saúde física e mental”.

Outros documentos surgiram no âmbito internacional e fizeram referência ao direito à saúde. Pode-se mencionar a Convenção sobre os Direitos da Criança que foi aprovada no Congresso Nacional pelo Decreto Legislativo nº 28 de 14/09/1990, tendo entrado em vigor no Brasil em 23/10/1990 foi promulgada pelo Decreto nº 99.710, de 21/11/1990, reconhece o direito à saúde à criança no seu artigo 24, estabelecendo na primeira parte do “caput” deste dispositivo “(...) o direito da criança de gozar do melhor padrão possível de saúde e dos serviços destinados ao tratamento das doenças e à recuperação da saúde”.

Mencione-se, ainda, no âmbito internacional a Declaração de ALMA-ATA, elaborada por ocasião da primeira Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde, realizada em setembro de 1978 em Alma-Ata, capital do Kazaquistão. A Declaração de ALMA-ATA enfatizava a necessidade de se implantarem políticas públicas:

I) A Conferência enfatiza que a saúde – estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não simplesmente a ausência de doença ou enfermidade – é um direito humano fundamental, e que a consecução do mais alto nível possível de saúde é a mais importante meta social mundial, cuja realização requer a ação de muitos outros setores sociais e econômicos, além do setor saúde.
(...)

⁵ Conforme Canotilho (2008, pp. 134-135) “A doutrina começa a falar de um *constitucionalismo global*, centrado no núcleo essencial dos pactos sobre direitos individuais e políticos e sobre direitos econômicos, sociais e culturais. A paradoxia reside nisto: bondade dos direitos fora das fronteiras; maldade dentre das fronteiras constitucionais internas”. E propõe o seguinte questionamento: “O problema fundamental está, porém, situado noutro campo que não o da duplicidade moral do discurso. Ele poderá ser assim colocado: se o “direito” deixou de ser um sistema privilegiado, e se as propostas de conformação social através do direito esbarram com a desvalorização progressiva do direito positivo, como aceitar a positivação e a positividade normativo-internacional dos direitos fundamentais?”.

⁶ Adotada pela III Assembléia Geral das Nações Unidas por intermédio da Resolução nº 217 A, em 10 de dezembro de 1948.

VIII) Todos os governos devem formular políticas, estratégias e planos nacionais de ação para lançar/sustentar os cuidados primários de saúde em coordenação com outros setores. Para esse fim, será necessário agir com vontade política, mobilizar os recursos do país e utilizar racionalmente os recursos externos disponíveis.

Conforme Mendes (2004), nesta Conferência Mundial, chega-se ao consenso de que “(...) a promoção e proteção da saúde dos povos é essencial para o contínuo desenvolvimento econômico e social e, conseqüentemente, condição única para a melhoria da qualidade de vida dos homens e para a paz mundial”. De certa forma os documentos internacionais e as conferências que se seguiram a Alma-Ata, pautaram-se pelos valores e princípios presentes na Declaração de Alma Ata. Antecipe-se, aqui, para afirmar que a concepção de saúde que será acolhida na Constituição de 1988 decorre desta concepção promocional de saúde.

Outro documento internacional que se pode destacar é a Carta de Ottawa, fruto da Conferência do Canadá, realizada em 21 de novembro de 1986, considerada a primeira conferência internacional sobre promoção de saúde⁷. Enfatiza-se, nesta Carta, quanto à promoção de saúde e as políticas públicas:

PROMOÇÃO DA SAÚDE

Promoção da saúde é o nome dado ao processo de capacitação da comunidade para atuar na melhoria de sua qualidade de vida e saúde, incluindo uma maior participação no controle deste processo. Para atingir um estado de completo bem-estar físico, mental e social os indivíduos e grupos devem saber identificar aspirações, satisfazer necessidades e modificar favoravelmente o meio ambiente. A saúde deve ser vista como um recurso para a vida, e não como objetivo de viver. Nesse sentido, a saúde é um conceito positivo, que enfatiza os recursos sociais e pessoais, bem como as capacidades físicas. Assim, a promoção da saúde não é responsabilidade exclusiva do setor saúde, e vai para além de um estilo de vida saudável, na direção de um bem-estar global.

[...]

CAPACITAÇÃO

Alcançar a equidade em saúde é um dos focos da promoção da saúde.

[...]

SIGNIFICADO DAS AÇÕES DE PROMOÇÃO DA SAÚDE: CONSTRUINDO POLÍTICAS PÚBLICAS SAUDÁVEIS A promoção da saúde vai além dos cuidados de saúde. Ela coloca a saúde na agenda de prioridades dos políticos e dirigentes em todos os níveis e setores, chamando-lhes a atenção para as conseqüências que suas decisões podem ocasionar no campo da saúde e a aceitarem suas responsabilidades políticas com a saúde. A política de promoção da saúde combina diversas abordagens complementares, que incluem legislação, medidas fiscais, taxas e mudanças organizacionais. É uma ação coordenada que aponta para a equidade em saúde, distribuição mais equitativa da renda e políticas sociais. As ações conjuntas contribuem para assegurar bens e serviços mais seguros e saudáveis, serviços públicos saudáveis e ambientes mais limpos e desfrutáveis. A política de promoção da saúde requer a identificação e a remoção de obstáculos para a adoção de políticas públicas saudáveis nos setores que não estão diretamente ligados à saúde. O

⁷ Para uma discussão ampla sobre a construção do conceito de promoção de saúde em perspectiva comparada no Brasil e Canadá, consultar, dentre outros a tese de doutorado de Lucíola Santos Rabello, intitulada “Promoção da Saúde: Desafiou ou Adaptação? A construção social do conceito, de Alma Ata aos dias atuais, no Brasil e no Canadá”, programa de Pós-Graduação em Estudos Comparados sobre as Américas (CEPPAC).

objetivo maior deve ser indicar aos dirigentes e políticos que as escolhas saudáveis são as mais fáceis de realizar.

A Declaração de Alma-Ata⁸ e a Carta de Ottawa com os valores e princípios que acolheram, não só contribuíram para consolidar o reconhecimento do direito à saúde como direito fundamental, mas também, influenciaram na construção dos sistemas de saúde em todo o mundo. A Constituição de 1988 irá acolher estas orientações ao reconhecer o direito à saúde como direito fundamental e desenhar o sistema para a promoção de saúde com equidade. A pretensão destas declarações era promover a saúde para todos até o ano 2000.

A estas duas conferências seguiram-se outras conferências internacionais, tais como a terceira Conferência Internacional de Promoção de Saúde, realizada na Suécia em 1991, seguida da quarta Conferência Internacional de Promoção de Saúde realizada em Bogotá, em 1992, que discutiu, em especial, a questão da saúde na América Latina. Estas conferências estavam imbuídas do propósito de promover saúde e irão influenciar o reconhecimento do direito à saúde nos documentos internacionais de forma ampla.

Há que se mencionar ainda, que em 2016 a Secretaria Municipal de Saúde de Curitiba, a União Internacional de Promoção da Saúde e da Educação (UIPES) e a Associação Brasileira de Saúde Coletiva (ABRASCO) sediaram a 22ª Conferência Mundial de Promoção da Saúde um dos eventos mais importante já realizado. Nesta conferência se redigiu a Carta de Curitiba sobre Promoção da Saúde e Equidade em que se reafirma que a equidade é um pressuposto para a saúde e se constitui no primordial objetivo da promoção de saúde. Na Carta traçam-se as diretrizes para as organizações internacionais, governos, setor de saúde e para os cidadãos, sedimentando a construção social do conceito.

1.1.2. O direito à saúde no Sistema Regional de Proteção dos Direitos Humanos

O Sistema Regional de Proteção dos Direitos Humanos possui dois subsistemas de responsabilização: a Carta da OEA⁹ e a Convenção Americana sobre Direitos Humanos,

⁸ A Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) e Organização Mundial da Saúde (OMS) reavaliando os princípios e valores que inspiraram a Declaração de Alma-Ata estabeleceram como estratégia para construção de um sistema de saúde estruturado com base na Atenção Primária em Saúde (APS). A OPAS também reconhece, também, a Contribuição da Carta de Ottawa (2007).

⁹ A carta da Organização dos Estados Americanos (Carta da OEA) é o tratado que deu origem à essa entidade, em 1948, na cidade de Bogotá, durante a IX Conferência Internacional Americana. Posteriormente, foi reformada pelo Protocolo de Buenos Aires em 1967, pelo Protocolo de Cartagena das Índias em 1985, pelo Protocolo de Washington em 1992 e pelo Protocolo de Manágua em 1993. Embora a promoção dos direitos humanos não seja um dos seus objetivos principais, a Carta da OEA estabelece que "Os Estados americanos proclamam os direitos fundamentais da pessoa humana, sem fazer distinção de raça, nacionalidade, credo ou sexo" (art. 3, letra "I") como um dos seus princípios fundamentais. Além disso, em seu art. 106, está prevista a criação de uma

conhecida como Pacto de São José da Costa Rica. No que diz respeito à tutela dos direitos, os mecanismos previstos na Convenção Americana são mais eficazes, considerando a possibilidade de acesso a uma instância com jurisdição sobre os países integrantes, a Corte Interamericana de Direitos Humanos que atua nos casos que envolvam os Estados-partes. O Brasil aceitou a jurisdição da Corte Interamericana, somente em 2002.

O Protocolo Adicional à Convenção Americana sobre Direitos Humanos em matéria de Direitos Econômicos, Sociais e Culturais, conhecido como “Protocolo de San Salvador”, do qual o Brasil é signatário desde 1995, tendo sido incorporado no ordenamento jurídico brasileiro conforme Decreto Legislativo nº 56, de 19 de abril de 1995 e, ante a entrada em vigor do Protocolo no âmbito internacional em 16 de novembro de 1999, a Presidência da República promulgou o referido protocolo com a edição do Decreto 3.321, de 30 de dezembro de 1999, sendo que o mesmo estabelece quanto ao Direito à Saúde:

Artigo 10 Direito à saúde

1. Toda pessoa tem direito à saúde, entendida como o gozo do mais alto nível de bem-estar físico, mental e social.
2. A fim de tornar efetivo o direito à saúde, os Estados Partes comprometem-se a reconhecer a saúde como bem público e, especialmente, a adotar as seguintes medidas para garantir este direito:
 - a. Atendimento primário de saúde, entendendo-se como tal a assistência médica essencial colocada ao alcance de todas as pessoas e famílias da comunidade;
 - b. Extensão dos benefícios dos serviços de saúde a todas as pessoas sujeitas à jurisdição do Estado;
 - c. Total imunização contra as principais doenças infecciosas;
 - d. Prevenção e tratamento das doenças endêmicas, profissionais e de outra natureza;
 - e. Educação da população sobre prevenção e tratamento dos problemas da saúde; e,
 - f. Satisfação das necessidades de saúde dos grupos de mais alto risco e que, por sua situação de pobreza, sejam mais vulneráveis.

O artigo mencionado não só garante o direito à saúde delimitando materialmente o conteúdo e alcance deste direito, mas também descreve as medidas a serem implementadas pelo Estado para que o direito à saúde torne-se efetivo. Assegura-se, assim, a qualquer cidadão brasileiro a possibilidade de peticionar diretamente junto a Comissão de Direitos Humanos, no sistema regional, a violação deste direito, inclusive, com a possibilidade de se culminar na responsabilidade do Estado Brasileiro por violação a direitos humanos caso haja a abertura de caso junto a Corte Interamericana de Direitos Humanos¹⁰.

"Comissão Interamericana de Direitos Humanos" para promover a defesa dos direitos humanos nas Américas e que foi possível ser criada em 1969 através do Pacto de São José.

O texto da Carta foi aprovado pelo Congresso brasileiro pelo Decreto Legislativo nº 64, de 7 de dezembro de 1949, sendo o instrumento de ratificação depositado no dia 13 de março de 1950, que entrou em vigor em 13 de dezembro de 1951 e promulgado pelo Decreto nº 30.544, de 14 de fevereiro de 1952.

¹⁰Consulte-se, dentre outros casos de violação ao direito à saúde, o “Caso nº 12.242 que se refere a morte de recém-nascidos na UTI de Clínica Pediátrica da Região dos Lagos, no Rio de Janeiro, em virtude de contaminação hospitalar.

A menção ao direito à saúde em documento internacional, que neste caso, tem características de *hard law*, já implicaria na vinculação do Estado Brasileiro ao teor do referido tratado internacional, e, portanto, a sujeitar-se às imposições do mesmo. Tal fato, não obstante a incorporação do tratado no ordenamento jurídico brasileiro ter ocorrido após a entrada em vigor da Constituição de 1988 é de suma importância, já que não apenas reforça o caráter de fundamentalidade formal e material do direito à saúde, mas também, cria a possibilidade de responsabilizar internacionalmente o Brasil por violação deste direito¹¹.

Inegável, portanto, a fundamentalidade deste direito. O direito à saúde é um direito fundamental. Dogmaticamente, é possível afirmar a natureza deste direito, pelo simples fato de estar inserido no texto da Constituição de 1988 no rol de direitos fundamentais e por receber tratamento específico na ordem social. O que se indaga é: o que, efetivamente, na conjuntura que antecede a Constituição de 1988 determinou a positivação do direito à saúde como direito fundamental e a menção a um sistema único de saúde que nasce com a pretensão de atendimento universal e igualitário.

A questão se insere, portanto, na discussão da incorporação do direito à saúde como direito fundamental e, por conseguinte, do sistema de saúde que se estabeleceu com a Constituição de 1988. Analisa-se, assim, o processo de constitucionalização das políticas públicas de saúde, em especial, para se compreender as diretrizes que foram introduzidas no texto constitucional e que serviram como parâmetros para atuação dos poderes públicos. Considerando o reconhecimento do direito à saúde nos documentos internacionais dos sistemas de proteção universal e regional, elabora-se o quadro sinótico para melhor visualização dos instrumentos normativos.

¹¹Sobre os direitos sociais e a Corte Interamericana de Direitos Humanos consultar, dentre outros: GABRIEL, Amélia Regina Mussi. A Corte Interamericana de Direitos Humanos e os Direitos Fundamentais Sociais. LUNARDI, Soraya (Coordenadora), **Direitos fundamentais sociais**. Belo Horizonte: Fórum, 2012; pp.15-40.

Quadro 4 – Demonstrativo da Institucionalização Normativa do Direito à Saúde nos Sistemas de Proteção Universal e Regional de Direitos Humanos

SISTEMA UNIVERSAL DE PROTEÇÃO DE DIREITOS HUMANOS							
Tratado/Pacto/Convenção	Data de criação/ adoção pela respectiva Assembleia	Data de aprovação Congresso Nacional e Decreto Legislativo	Data da adesão/ Ratificação	Entrada em vigor internamente	Data da incorporação ao direito interno e respectivo decreto	Reconhecimento direto ou indireto do direito à saúde	Artigos do documento onde o direito à saúde está reconhecido
Declaração universal dos direitos humanos	10/12/1948	–	–	–	–	Indireto	Artigos 3º, 5º, 25 e 28
Pacto internacional sobre direitos civis e políticos	19/12/1966	12/12/1991 Decreto-lei nº 266	24/01/1992	24/04/1992	06/07/1992 Decreto nº 592	Indireto	Artigos 6º e 7º
Pacto internacional sobre direitos econômicos, sociais e culturais	19/12/1966	12/12/1991 Decreto-lei nº 266	24/01/1992	24/04/1992	06/07/1992 Decreto nº 591	Direto	Artigos 11 e 12
Declaração de Viena	Adotada pela Conferência Mundial sobre Direitos Humanos dia 25 de junho de 1993	–	–	–	–	Direto e indireto	Artigos 18, 22, 24, 31, 41, 55 e 58
Convenção contra a tortura e outros tratamentos ou penas cruéis, desumanos ou degradantes	10/12/1984	23/05/1989 Decreto-lei nº 4	28/09/1989	28/10/1989 9	15/02/1991 Decreto nº 40	Indireto	Artigos 2º, §2º; artigos 5º, 6º, 7º e 8º
Convenção internacional sobre a eliminação de todas as formas de discriminação racial	21/12/1965	21/06/1967 Decreto-lei nº 23	27/03/1968	04/01/1969	08/12/1969 Decreto nº 65.810	Direto	Artigo 5º
Convenção interacional sobre a eliminação de todas as formas de discriminação contra a mulher	18/12/1979	14/11/1983 Decreto-lei nº 93	A Convenção foi assinada pelo Brasil dia 31 de março de 1991 e aprovada com reservas pelo Decreto Legislativo nº 93, de 14 de novembro de 1983, o qual foi revogado posteriormente pelo Decreto Legislativo nº 26, de 22 de junho de 1994.	02/03/1984	13/09/2002 Decreto nº 4.377	Direto e indireto	Artigos 10, h; 11, §1º, e, f, §2º, d; 12 e 14, §2º, b e h.

Convenção sobre os direitos da criança	20/11/1989	14/09/1990 Decreto-lei nº 28	24/09/1990	3/10/1990	21/11/1990 Decreto nº 99.710	Direto e indireto	Artigos 3º, 17, 23, 24, 25, 32, 33 e 39
SISTEMA INTERAMERICANO DE PROTEÇÃO DE DIREITOS HUMANOS							
Tratado/Convenção/Declaração/Pacto	Data de criação/ adoção pela respectiva Assembleia	Data de aprovação Congresso Nacional brasileiro e Decreto legislativo	Data da adesão/ ratificação	Entrada em vigor internamente	Data da incorporação ao direito interno e respectivo decreto	Reconhecimento direto ou indireto do direito à saúde	Artigos do documento onde o direito à saúde está reconhecido
Declaração americana dos direitos e deveres do homem	Abril de 1948	–	-	–	–	Direto e indireto	Artigos 7º e 11
Convenção americana sobre direitos humanos	22/11/1969	–	25/09/1992	25/09/1992	06/11/1992 Decreto nº 678	Indireto	Artigo 5º, §1º
Protocolo de San salvador	17/11/1988	19/04/1995 Decreto-lei nº 56	21/08/1996	16/11/1999	30/11/1999 Decreto nº 3.321	Direto e Indireto	Artigo 7º, alíneas “f” e “e”, artigos 9º, 10º, 11, 12, §1º, artigo 17, alínea “a” e artigo 18.
Convenção interamericana para prevenir, punir e erradicar a violência contra a mulher	9/06/1994	31/08/1995 Decreto-lei nº 107	27/11/1995	27/11/1995	1/08/1996 Decreto nº 1.973	Indireto	Artigo 1º
Convenção interamericana para a eliminação de todas as formas de discriminação contra as pessoas portadoras de deficiência	07/06/1999	13/06/2001 Decreto-lei nº 198	15/08/2001	14/09/2001	08/10/2001 Decreto nº 3.956	Indireto	Artigo 3º, §2º, alínea “a”
Convenção interamericana para prevenir e punir a tortura	09/12/1985	31/05/1989 Decreto-lei nº 05	20/07/1989	–	09/11/1989 Decreto nº 98.386	Indireto	Artigo 2º

Fonte: Elaborado com base no quadro proposto por Larissa Ghun Colussi – Pesquisadora PIBIC/UEPG com adaptações.

A visualização deste quadro normativo dos principais atos normativos internacionais é comprobatória do contínuo processo de institucionalização, não só normativa, mas também, da criação de organizações internacionais que objetivam concretizar os direitos fundamentais previstos em tratados internacionais. Há um contínuo processo de institucionalização que amplia e estende o debate a outras dimensões. É necessário, portanto, a referência que se tem no âmbito internacional para se possa compreender o processo de institucionalização no âmbito interno.

1.2. A discussão constituinte: a influência da Reforma Sanitária na configuração do direito à saúde e do SUS na Constituição

Delineadas as questões relativas ao direito à saúde no âmbito internacional é necessário destacar, neste tópico, como se deu a positivação do direito à saúde e do sistema único de saúde na Constituição. Compreender os principais aspectos que foram objeto de discussão permite entender que forças políticas atuaram no momento constituinte e influenciaram na configuração do sistema de saúde servindo de parâmetro para se analisar os mecanismos que foram criados desde a Constituição para implantação do SUS. Nesse sentido, a referência primeira que se impõe é à Reforma Sanitária.

O Movimento pela Reforma Sanitária participou ativamente da Assembléia Constituinte, defendendo um discurso médico-social (preocupado com as condições sociais em que se inserem os indivíduos) e pressionando para que fossem inseridos no texto da Constituição os instrumentos necessários para que restasse garantida a participação social no processo de formulação, execução e fiscalização das políticas sanitárias. O Movimento foi exitoso, com muitas de suas reivindicações acolhidas. A reunião de 54.133 assinaturas por todo o Brasil teve grande peso e garantiu a previsão constitucional do Sistema Único de Saúde, com as diretrizes do art. 198. Mas não houve apenas vitórias: o sistema de saúde, que era para ser integralmente público, acabou sendo também aberto à iniciativa privada, por pressão do chamado “centrão” da Assembléia. (PIVETTA, 2014, p. 123)

O resultado da discussão constituinte é a construção de um sistema de saúde, mas não único como se pretendia. A 8ª Conferência de Saúde estabeleceu uma proposta para a construção de sistema de saúde, que em grande parte foi seguida, mas não alcançou a pretensão maior de engendrar um Sistema ÚNICO de Saúde, ou melhor, um sistema integralmente público de saúde. As forças políticas que representavam principalmente os interesses da classe médica interferiram de forma eficaz, resultando um sistema de saúde fragmentado, ou seja, um sistema público, privado e misto.

O Sistema Único de Saúde (SUS) representou a conquista da universalidade do direito à saúde, independentemente da contribuição financeira dos que necessitam desse serviço. Mais que isso, a inclusão do SUS na Constituição tornou-se um caso

emblemático de vitória das forças progressistas no Congresso, aliadas aos movimentos populares e ao sindical. A aliança de perfil progressista (PMDB, PSDB, PT, PDT, PCB e PC do B) conseguiu fazer frente aos setores mais conservadores (frações do PMDB, PTB, PDS e PFL) que se organizaram em torno do chamado Centrão, e defendiam os interesses do *lobby* organizado pelo setor privado da saúde (COSTA, 2002). O que não ficou garantido foram os recursos para viabilizar o direito universal à saúde. (TONELLA, 2006, p. 29)

A discussão que se estabeleceu e que levou a configuração do sistema de saúde previsto na Constituição é retrato da velha oposição entre esfera pública e esfera privada. Por esta razão, pode-se afirmar que a articulação dos movimentos sociais foi fundamental para que se assegurasse a inserção na Constituição do direito universal à saúde (GERSCHMAN, 2004, p. 58). No entanto, a previsão de um direito universal à saúde restou em parte esvaziada ao se remeter ao legislador a tarefa de estabelecer as garantias primárias deste direito, que ficou a depender das maiorias eventuais¹².

1.3. A fundamentação filosófica dos direitos prestacionais

Grande parte das teorias que falam a respeito dos direitos prestacionais atribui a estes um papel instrumental, ou seja, entendem que a satisfação destes direitos é necessária para o exercício das liberdades. Neste trabalho, adotam-se as teorias que sustentam que os direitos prestacionais se justificam por si só; são fins em si mesmos. O que justifica filosoficamente este posicionamento é a leitura que se faz da pessoa como um sujeito titular de necessidades¹³. Esta compreensão dos direitos fundamentais afasta a idéia predominante nas teorias contratualistas de que o homem no estado de natureza teria uma hipotética liberdade total.

¹²Diz Ferrajoli (2015, p. 58): Precisamente, os direitos fundamentais consistentes em expectativas negativas, com são todos os *direitos de liberdade* e os *direitos de autonomia*, impõem limites, ou seja, proibições de lesão; os direitos fundamentais consistentes em expectativas positivas, como são todos os *direitos sociais*, ao contrário, impõem vínculos, ou seja, *obrigações de prestação*. É por isso que estes direitos desenham, em seu conjunto, aquela que chamei de *esfera do não decidível*: a esfera do *indecidível* que, desenhada pelo conjunto dos direitos de liberdade e de autonomia, os quais impõem a proibição, enquanto expectativas negativas, das decisões que possam lesá-los ou reduzi-los; a esfera do *indecidível que não*, determinada pelo conjunto dos direitos sociais, os quais impõem a obrigação, enquanto expectativas positivas, das decisões destinadas a satisfazê-los. Apenas o que é deixado de fora desta esfera é a *esfera do decidível*, no interior da qual é legítimo o exercício dos direitos de autonomia: da autonomia política, mediada pela *representação*, na produção das decisões públicas; da autonomia civil, diretamente sobre o *mercado*, na produção dos negócios privados, que deveria, também estes, assim como as primeiras, ser submetidas a rígidos limites e vínculos constitucionais de modo a impedir o hodierno caráter desregulado que está na origem, como ser verá no capítulo quarto, das gravíssimas crises econômicas que estão provocando a crise da democracia”.

¹³Importante mencionar a contribuição de BONAVIDES (1996, p. 174; 178.), ao incursionar pelas raízes ideológicas do Estado Social, quando sustenta que se pode identificar a contribuição doutrinária de Rousseau e Marx. O autor, contudo, quanto à democracia de Rousseau dizia: “Os rumos da velha concepção democrática se compadece bem com a doutrina do Estado Social. Têmo-la, na verdade, como o mais eficaz instrumento à sua plena realização”.

Los deberes de solidaridad implícitos en los derechos prestacionales, que favorecen a quienes no pueden velar por sí mismos, no tienen como fin prioritario patrocinar el ejercicio de la libertad, sino proveer lo necesario para la subsistencia del individuo en condiciones dignas. (PULIDO, 2007, p. 360)

Pode-se dizer que esta compreensão, distancia-se de uma leitura estritamente liberal dos direitos fundamentais, ao incluir no cerne da discussão, a satisfação das necessidades do sujeito. Aproxima-se, aqui de uma concepção republicana dos direitos fundamentais, já que se preocupa em incluir o outro (alter) na satisfação mínima dos direitos fundamentais. Postura que se coaduna com o direito à saúde conforme está enunciado na Constituição e adequa-se aos objetivos fundamentais do artigo 3º da CRFB. Ferrajoli (2013, p. 52.) referindo-se as mudanças quanto à sobrevivência, diz:

Hoy, en definitiva, se ha vuelto *naturalmente imposible* lo que en el pasado era posible (la supervivencia confiada a la voluntad del hombre de cultivar nuevas tierras) y se ha convertido socialmente posible lo que en el pasado era imposible (la supervivencia a través de la cura de enfermedades, no más naturalmente mortales). Es en esta doble artificialidad social de la supervivencia humana en donde reside el nuevo fundamento axiológico de los derechos sociales: cuya garantía positiva no es sólo una conquista de la civilización, un producto del progreso político y moral, ni mucho menos un lujo que se añade a los derechos de libertad, sino que es siempre más una necesidad vital, no menos de la garantía del derecho a la vida. Si es cierto que la tutela de la vida es el objeto del derecho y la razón social de las instituciones políticas, entonces es la satisfacción de los mínimos vitales, y no solamente la garantía de la prohibición de matar, que debe entrar a formar parte de las cláusulas del pacto de conveniencia.

Para além das disputas ideológicas, que em regra são demarcadas por posturas à esquerda ou à direita, a justificação ética para que se tenha o reconhecimento do direito à saúde como direito fundamental decorre do fato de que a sua previsão e proteção constitucionais são indispensáveis para que se garanta o mínimo vital. É necessário que se criem as garantias não só para os direitos de categoria individual, mas também, para os direitos de categoria social, quebrando-se os mitos que se construíram em volta dos direitos sociais e a ausência de exigibilidade destes (PISARELO, 2007, pp. 79-110).

1.4. A saúde como direito prestacional

Tem-se uma classificação dos direitos em direitos de primeira geração, segunda geração, terceira geração e quarta geração (ou como quer parte dos autores, como de primeira dimensão, segunda dimensão ou terceira dimensão por entenderem que a classificação em gerações suscita a idéia de substituição de direitos). Afasta-se, aqui, esta abordagem, para se trabalhar com categorias de direitos fundamentais, a partir de uma classificação trina: categoria

de direitos de resistências (*status negativus*), categorias de direitos prestacionais (*status positivus*) e categoria de direitos políticos (*status activus*).

Enquadra-se o direito à saúde como um direito fundamental de segunda categoria. Distingue-se dos deveres fundamentais. Também não se pode confundir a não concretização deste direito com as situações em que se tem a violação do direito à igualdade, nos casos em que o legislador ao regulamentar a Constituição, ou mesmo, o executivo ao editar atos administrativos para aplicação das leis, o fazem sem a observância do princípio da proporcionalidade. Esta distinção se justifica considerando o fato de que equivocadamente se atribui a existência de um direito à igualdade ao surgimento do Estado Social.

Os direitos prestacionais e sociais implicam prestações específicas: moradia para os sem-teto, educação gratuita para todos, em especial para os mais carentes economicamente, o mesmo valendo para os direitos à saúde, ao lazer, etc. Tais direitos obviamente não se concretizam pela técnica da resistência a intervenções estatais, facilmente oponíveis juridicamente com a competência da cassação de validade de ato coercitivo. Ao contrário, direitos prestacionais significam obrigação de fazer e com ela depende de políticas específicas, a começar pela política orçamentária. (MARTINS, 2012, p. 60)

Machado (2009, p. 355) embora reconheça que o direito à saúde integra a categoria dos direitos prestacionais, em trabalho de revisão de literatura, crítica o fato de que há um reducionismo quando a concepção fica restrita à idéia de acesso a bens e serviços de saúde, já que, historicamente no Brasil, a luta política, em destaque, o movimento sanitarista buscava a afirmação deste direito como um direito de cidadania, e, portanto, de forma mais ampla. A observação é procedente, na medida, em que se constata a tendência de mercantilização deste direito, o que o levaria a ser tratado como mercadoria, ou seja, como coisa negociável.

A marca desta nova fase dos direitos fundamentais não está somente no fato de estes direitos terem o escopo positivo, mas, principalmente, por caracterizarem-se como ‘liberdades sociais’, como, por exemplo, liberdade de sindicalização, do direito de greve, etc. Em resumo, o direito à saúde integra os direitos fundamentais da segunda geração, pois exige do Estado prestações positivas para, deste modo, evidenciar a sua garantia e efetividade, sendo chamado, portanto, de direito social prestacional. Talvez por isso, a noção direito à saúde tenha se aproximado da idéia de garantia de acesso a bens e serviços de saúde. (MACHADO, 2009, p. 361)

Hesse (1998, p. 170) já destacava o caráter programático dos direitos fundamentais sociais reconhecendo a necessidade de uma atuação não só do legislador, mas também da administração para que estes direitos pudessem ser realizados¹⁴. Pode-se dizer, então, que a

¹⁴Este autor entende que os direitos fundamentais sociais, no sentido em que os concebe, não se diferenciam “[...] de *determinações de objetivos estatais*, isto é, normas constitucionais que determinam obrigatoriamente tarefas e direção da atuação estatal, presente e futura. Os estabelecimentos de objetivos fixados jurídico-constitucionalmente obtêm, com isso, primazia sobre estabelecimentos de objetivos políticos; nisso, a liberdade conformadora do legislador é restringida”. (HESSE, 1998, pp. 170-171)

existência de tais direitos sociais como direitos prestacionais, e, dentre eles, o direito à saúde, exigem para sua concretização uma crescente institucionalização, já que não só dependem da existência de um aparato normativo, mas também, de uma estrutura administrativa minimamente formada, para que se criem as condições necessárias à sua garantia.

Canotilho (2008, p. 50), discutindo os problemas inerentes aos direitos prestacionais, conceitua-os como “*O direito de qualquer cidadão a um acto positivo (facere) dos poderes públicos (Estado)*”, elucidando que a amplitude do conceito não é suficiente para solucionar os problemas que decorrem dos direitos prestacionais, em especial, quanto à possibilidade de garantia dos mesmos, já que o direito a obter uma ação positiva do Estado tem suas variações, ou seja, a simples enunciação de um direito fundamental não significa a possibilidade imediata de se exigir do Estado o cumprimento do mesmo¹⁵.

1.5. A saúde como direito fundamental: o duplo caráter

Na teoria dos direitos fundamentais consideram-se duas dimensões destes (DIMOULIS; MARTINS, 2014, pp. 116-120; MARMELSTEIN, 2013, pp. 327-346; SARMENTO, 2010, pp. 38-45), sendo considerados sob a perspectiva subjetiva, como direitos subjetivos individuais e, na dimensão objetiva, como elementos objetivos fundamentadores de uma sociedade. Nesta última dimensão os direitos fundamentais se constituem numa ordem objetiva de valores que orienta o Estado, impondo a este a necessidade de implantação de políticas públicas para a garantia dos direitos.

1.5.1. A dimensão subjetiva do direito fundamental à saúde

O processo histórico de reconhecimento dos direitos fundamentais a partir do constitucionalismo moderno irá destacar a função clássica dos direitos fundamentais que é

¹⁵Importante, destacar, que a configuração do Sistema Único de Saúde como público/privado exige do Estado na área da saúde pública, não somente uma atuação direta, mas também, uma atuação na área da regulação dos serviços de saúde. A atividade regulatória do Estado se faz necessária, considerando o fato de que a expansão do SUS tem sido realizada por intermédio de parcerias público/privadas e outras formas de flexibilização da gestão, inclusive com o surgimento neste cenário de organizações do denominado terceiro setor, que exigem ainda mais a regulação da assistência à saúde. Neste sentido, consultar, dentre outros: BARBOSA, Dayse Vieira Santos; BARBOSA, Nelson Bezerra; NAJBERG, Estela. Regulação em Saúde: desafios à governança do SUS. **Cad. saúde colet.**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 1, p. 49-54, Mar. 2016; CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE (Brasil). **Regulação em Saúde**. Brasília, 2007; MACHADO, C. V. regulação da política nacional de saúde: estratégias e tendências. in: NEGRI, B.; VIANA, A. I. d'A. (org.). **O Sistema Único de Saúde em dez anos de desafio: o passo a passo de uma reforma que alarga o desenvolvimento e estreita a desigualdade social**. São Paulo: Sobravime; Cealag, 2002. p. 505-526. E para análise da regulação na saúde suplementar, consultar: MASCARENHAS, Neil Patrick. **Análise de um processo em construção: a regulação da saúde suplementar no Brasil**. Tese. Faculdade de Medicina de São Paulo. São Paulo, 2007.

servirem como elementos de oposição ao Estado, em especial, para resguardar a esfera de proteção do indivíduo frente ao Estado que assume obrigações de não fazer. Esta leitura decorre da teoria liberal dos direitos fundamentais consolidada na matriz do constitucionalismo individualista, que teve expressões no constitucionalismo francês e no constitucionalismo americano. Mas também aparece nos direitos fundamentais sociais:

A dimensão subjetiva aparece também nos direitos fundamentais que fundamentam pretensões jurídicas próprias do *status positivus*. Quando o indivíduo adquire um *status* de liberdade positiva (liberdade *para* alguma coisa) que pressupõe a ação estatal, tem-se como efeito a proibição de omissão por parte do Estado. Trata-se aqui, principalmente, dos direitos fundamentais sociais. (DIMITRI; MARTINS, 2014, p. 117)

De fato, “[...] o direito à proteção jurídica através do Estado (=acesso ao direito e à via judiciária) constituiu sempre uma das linhas orientadoras fundamentais do Rechtsstaat e da compreensão liberal dos direitos fundamentais” (CANOTILHO, 2008, p. 50-51). Pode-se afirmar que os direitos individuais (denominados como de primeira geração ou dimensão) também apresentam problemas quanto à posição jurídico-subjetiva frente ao Estado, portanto, esta problemática não está circunscrita aos direitos sociais (ditos de segunda geração ou dimensão).

Em sua dimensão subjetiva os direitos fundamentais são pensados sob a perspectiva dos indivíduos. O indivíduo que possui um direito fundamental é titular de uma posição jurídico subjetiva contemplada por uma norma jusfundamental, que pode ter a estrutura de um princípio e/ou de uma regra com base na carga argumentativa aplicada a ele a partir da análise do caso concreto quando de sua aplicação. (SILVA et. al., 2018, p. 102)

Esta dimensão subjetiva é indicativa, portanto, de que o direito fundamental reconhecido na Constituição apresenta uma densidade suficiente, ou seja, está definido no texto constitucional de tal forma que se assegura ao indivíduo o direito de se opor ao Estado, opor-se à lei quando contrária ao direito, ou mesmo de exigir a observância sem que exista qualquer complementação legislativa. No entanto, quanto à proteção dos direitos é necessário reconhecer a dimensão objetiva, sejam estes individuais ou sociais.

1.5.2. A dimensão objetiva do direito fundamental à saúde

A dimensão objetiva dos direitos fundamentais é extraída da incorporação de direitos fundamentais, em especial de caráter social, nas constituições e do seu duplo caráter, a partir dos quais se criam os vínculos para o Estado. Não se trata de entrar na questão da geração ou

dimensão dos direitos¹⁶, ainda que esta teorização tenha contribuído em certa medida para a compreensão do processo histórico de reconhecimento dos direitos fundamentais. Na atual quadra da história não há que se prender a esta classificação, já que se tem como pressuposto para o raciocínio a interdependência entre os direitos fundamentais.

Em que consiste esta dimensão objetiva dos direitos fundamentais? Em que medida esta dimensão objetiva determina a implantação de políticas públicas? Qual é a delimitação desta dimensão objetiva no que diz respeito ao direito fundamental à saúde? Qual a configuração do direito fundamental à saúde a partir desta dimensão objetiva? Quais as implicações da dimensão objetiva quanto à vinculação do Estado? Em que medida os poderes públicos estão vinculados a partir desta dimensão objetiva? É possível estabelecer os limites desta vinculação?

Ao se falar da dimensão objetiva (MARTINS, 2014, p. 117) ou na compreensão jurídico-objetiva (GRIMM, 2006, pp. 155-156) dos direitos fundamentais quer-se referir à ampliação das funções clássicas destes direitos. Os direitos fundamentais desempenhavam as funções clássicas de defesa e de oposição do indivíduo ao Estado (concepção liberal) para a proteção de sua esfera de liberdade. O advento do Estado de Bem-Estar Social (*Welfare State*) ampliou de forma significativa a área de aplicação dos direitos fundamentais para além da sua dimensão subjetiva, passando a servir como fundamento dos deveres de atuação do Estado.

É exatamente em sua dimensão jurídico-objetiva que os direitos fundamentais pedem do legislador uma ação positiva, que o obriga proteção, defesa e promoção desses direitos. A perspectiva objetiva retrata o conteúdo de um direito fundamental que assegura ao titular uma pretensão jurídica imediata contra o Estado. Como elementos da ordem jurídica objetiva, os direitos fundamentais integram um sistema valorativo que atua como fundamento material de todo o ordenamento jurídico. Essa dimensão objetiva exprime, assim, o conteúdo fundamental da ordem jurídica total da coletividade, base da comunidade humana, ou seja, fala-se da fundamentação objetiva dos direitos fundamentais, quando se analisa o seu significado para a comunidade, em prol do interesse público e da vida comunitária. (DUQUE, 2014, pp. 123-124)

Reconhece-se a dimensão objetiva dos direitos fundamentais para se destacar outra função aos direitos fundamentais além de representar o reconhecimento de um direito subjetivo que se pode opor ao Estado (direito de resistência)¹⁷. Esta dimensão objetiva surge justamente para reconhecer que os direitos fundamentais não se voltam apenas à tutela do indivíduo

¹⁶Verificar, por todos, PISSARELO (2007). Veja-se, também, como crítica a questão das gerações/dimensões dos direitos fundamentais, em MARTINS (2014, pp. 49-68.), que adota a classificação dos direitos fundamentais conforme a natureza do vínculo que gera para o Estado: status negativus, status positivus, e status ativus, recuperando a clássica divisão de JELLINEK.

¹⁷“A essência do direito está na proibição imediata de interferência imposta ao Estado. Trata-se de um direito negativo, pois gera a obrigação negativa endereçada ao Estado, a obrigação de deixar de fazer algo. Trata-se de uma obrigação de abster-se da intervenção na esfera da liberdade garantida pela Constituição (imperativo de omissão – *Unterlassungsgebot*)”. (DIMOULIS, 2014, p. 51)

isoladamente, e sim aos que integram uma mesma comunidade. Esta dimensão privilegia o enfoque em toda à coletividade, já que faz nascer para o cidadão o direito de exigir do Estado o que é necessário para a concretização do direito¹⁸.

Pode-se dizer que o “[...] reconhecimento da dimensão objetiva dos direitos fundamentais, como expressão de uma ordem de valores, aponta para a consolidação do princípio do Estado Social” (DUQUE, 2014, pp. 96-97). Há uma conexão entre a dimensão objetiva dos direitos fundamentais e o princípio do Estado Social (DIMOULIS; MARTINS, 2014, p. 116; VALLE, 2009, pp. 103-104). Esta conexão pode ser inferida do disposto no artigo 3º da Constituição República Federativa do Brasil de 1988 (CRFB/88)¹⁹ e também dos dispositivos que institucionalizaram o Sistema Único de Saúde (SUS).

Grimm (2006, p. 155) afirma que o descobrimento do princípio da proporcionalidade e o desvelar do conteúdo jurídico-objetivo dos direitos fundamentais constituem-se numa das inovações na dogmática dos direitos fundamentais. A ampliação das possibilidades de aplicação é significativa, derivando-se desta dimensão a aplicação aos princípios de organização das instituições. Sarlet (2012, pp. 141-151) aponta como desdobramento da perspectiva objetiva, “[...] a função outorgada aos direitos fundamentais sob o aspecto de parâmetros para a criação e a constituição de organizações (ou instituições) estatais [...]”.²⁰

Isto está em consonância com a própria terminologia praticada pela CRFB que ao fazer menção a “normas definidoras de direitos e garantias fundamentais” está, justamente, fazendo uma referência à dimensão objetiva dos direitos fundamentais, que se espelha nos direitos subjetivos garantidos ao longo do catálogo. Esta referência genérica, calcada em direitos positivados no texto da constituição é que diz respeito à diferenciação entre direito em sentido objetivo e subjetivo, sendo que o termo garantia encontra relação direta com a dimensão objetiva dos direitos fundamentais.

Nesse passo, consigna-se que as garantias de organização ou disposição (*Einrichtungsgarantien*), são consideradas um elemento tradicional e reconhecido do direito constitucional, cuja origem remonta à égide da Constituição de Weimar. Trata-se de determinações constitucionais que garantem determinado complexo de normas, não em todas as particularidades, mas sim em sua estrutura fundamental. Essas garantias institucionais fundamentam a criação de dois institutos distintos, um para o direito público e outro para o direito privado. No direito público fala-se em garantias

¹⁸“Isto fez com que o reconhecimento da dimensão objetiva fosse somado àquele relativo à já reconhecida dimensão subjetiva, sem a perda do seu significado. Está-se a falar de dimensões distintas, que se complementaram entre si. Em outras palavras, o conteúdo objetivo dos direitos fundamentais não configura oposição ao seu caráter subjetivo. Trata-se do referido duplo caráter, que expressa um conteúdo valorativo de vigência multilateral, expressão de um sistema valorativo”. (DUQUE, 2014, p. 124)

¹⁹O artigo 3º da Constituição da República Federativa do Brasil estabelece os objetivos fundamentais da República, quais sejam: construir uma sociedade livre, justa e solidária; garantir o desenvolvimento nacional; erradicar a pobreza e reduzir as desigualdades sociais, e, ainda, promover o bem de todos.

²⁰Diz este autor, ainda que, outra relevante faceta da perspectiva jurídico-objetiva valorativa dos Direitos Fundamentais, é o que se pode chamar de eficácia dirigente que estes direitos desencadeiam sobre os órgãos governamentais, pois podem ser vistos como ordens dirigidas ao Estado para a concretização dos dispositivos contidos nas normas. (SARLET, 2012, p. 146)

do instituto (*Institutionellen Garantien*), enquanto no direito privado fala-se em garantias de instituto (*Institutsgarantien*). (DUQUE, 2014, p. 126.)

Assim, na dimensão objetiva, os direitos fundamentais se voltam para o Estado “[...] obrigando-lhe a prática de determinada conduta, seja proibindo ou dificultando a realização de intervenções em determinados direitos do cidadão, seja obrigando-lhe à prática de uma proteção efetiva”. (DUQUE, 2014, p. 127.) Entende-se que a implantação de políticas públicas é necessária para a garantia dos direitos fundamentais sociais, sendo que os direitos fundamentais da CRFB/88 vinculam e conformam as políticas públicas. Ou seja, todos os atos da administração pública vinculam-se aos direitos fundamentais (PANSIERI, 2012, p. 162).

A perspectiva objetiva denota que os direitos fundamentais, ao materializarem na Constituição as opções valorativas do constituinte, assumem uma eficácia que incide sobre todo ordenamento jurídico, constituindo vetores de atuação para todas as instâncias do Estado. Desse modo, compreende-se que aqueles direitos não representam apenas garantias acerca das posições jurídicas individuais, apresentando-se como um conjunto de valores institucionalizados, cuja observância é obrigatória para os poderes públicos. (PIVETTA, 2014, pp. 47-48.) – destacamos -

No campo específico do direito à saúde, a vinculação da Administração Pública encontra-se expressamente definida. Em primeiro lugar, pelo fato de a norma constitucional que o consagra (art. 6º da CF/88): ao irradiar seus efeitos imediatamente, o direito à saúde impõe deveres de respeito, proteção e promoção de observância obrigatória pelo administrador público. Em segundo lugar, o próprio legislador constituinte já especificou, em sessão própria (Seção II – “Da Saúde”, que compreende os arts. 196 a 200), a estrutura substancial e o regime de efetivação das políticas sanitárias, motivo pelo qual já se alegou, supra (subtópico 1.2.1), que o conteúdo do direito à saúde é apenas parcialmente indeterminado. (PIVETTA, 2014, p. 93.)

A institucionalização normativa, a partir do reconhecimento do direito à saúde, gera a vinculação de todos os poderes públicos aos comandos constitucionais. Contudo, a simples referência ao direito fundamental à saúde na Constituição, bem como a constitucionalização de princípios e diretrizes do sistema único de saúde não é suficiente para que se tenha a concretização destes direitos. Esta imposição se traduz no dever de implantar políticas²¹. Daí a importância de se analisar a atuação Estado na perspectiva do gestor, partindo-se desta afirmação inicial de que todos os atos da administração pública vinculam-se aos direitos fundamentais.

²¹Conforme elucida Pivetta (2014, p. 97): “A necessidade de formular políticas públicas ressalta que o direito à saúde, como de regra os demais direitos sociais, exige condutas positivas do Estado para que seja plenamente realizado. Trata-se, em síntese, da irradiação da eficácia *objetiva* dos direitos fundamentais, vinculando a conduta dos agentes públicos integrantes dos três Poderes da República”.

1.6. A configuração constitucional do direito à saúde

Na Constituição de 1988 a saúde está inserida no Título VIII – Da ordem social, no capítulo II – Da seguridade social, na seção II – Da Saúde, compreendendo os artigos 196 a 200. Os enunciados normativos demonstram que o constituinte reconheceu o direito à saúde a todos, de forma universal e igualitária. No entanto, a expressão “direito de todos” deve ser lida com reservas²², já que a “[...] a titularidade do direito social não é reconhecida a todos, mas tão somente às pessoas que necessitam de prestação estatal para satisfazer sua respectiva necessidade” (DIMOULIS; MARTINS, 2014, p. 79).

Art. 6º São direitos sociais a educação, a saúde, a alimentação, o trabalho, a moradia, o lazer, a segurança, a previdência social, a proteção à maternidade e à infância, a assistência aos desamparados, na forma desta Constituição. (...)

Art. 196. A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação. (...)

Art. 198. As ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único, organizado de acordo com as seguintes diretrizes:

I – descentralização, com direção única em cada esfera de governo;

II – Atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais;

III – participação da comunidade.

Art. 200. Ao sistema único de saúde compete, além de outras atribuições, nos termos da lei:

I – controlar e fiscalizar procedimentos, produtos e substâncias de interesse para a saúde e participar da produção de medicamentos, equipamentos, imunobiológicos, hemoderivados e outros insumos;

II – executar ações de vigilância sanitária e epidemiológica, bem como as de saúde do trabalhador;

III – ordenar a formação de recursos humanos na área da saúde;

IV – participar da formulação da política e da execução das ações de saneamento básico;

V – incrementar em sua área de atuação o desenvolvimento científico e tecnológico;

VI – fiscalizar e inspecionar alimentos, compreendido o controle de seu teor nutricional, bem como bebidas e águas para consumo humano;

VII - participar do controle e fiscalização da produção, transporte, guarda e utilização de substâncias e produtos psicoativos, tóxicos e radioativos;

VIII – colaborar na proteção do meio ambiente, nele compreendido o do trabalho.

A constitucionalização do direito à saúde, assim como das diretrizes para a implantação de um sistema único de saúde, vincula a administração pública (executivo, legislativo e judiciário) à concretização do que está enunciado na Constituição. Entretanto, ao constitucionalizar as políticas públicas de saúde estabelecendo as diretrizes a serem seguidas,

²²Os autores ao se referirem a titularidade dos direitos fundamentais, em especial, do direito à saúde, entendem que a expressão “direito de todos” que consta do enunciado do artigo 196, se constitui em regra excepcional ao contido no *caput* do artigo 5º da Constituição, que se considerado poderia excluir os estrangeiros não residentes como destinatários do direito fundamental à saúde. (SARLET, 2007, p. 6)

não o fez de forma determinada, ou seja, não especificou objetivamente de que forma seria implantada esta política pública, remetendo à instância ordinária a tarefa de fazê-lo. De fato, o legislador, pode-se, dizer é o primeiro destinatário das disposições constitucionais.

A construção da normatividade necessária à atuação do Estado²³ foi remetida, num primeiro momento, ao legislador, e, posteriormente, ao executivo, no que respeita a operacionalização para implantação das políticas públicas de saúde²⁴. Assim, a construção de um quadro normativo das políticas públicas de saúde é um imperativo constitucional, do qual não é possível prescindir. A consideração do direito à saúde como direito fundamental – ante a dimensão objetiva destes – faz surgir obrigações para o Estado, as quais serão mensuradas a partir das diretrizes constitucionais. É necessária uma densificação normativa²⁵.

Compreender adequadamente o direito à saúde – enquanto direito fundamental – e as diretrizes constitucionais do Sistema Único de Saúde torna-se imprescindível para a sua garantia. É a partir da delimitação do alcance material do direito à saúde, assim como da substancialidade dos princípios constitucionais orientadores do SUS, que se torna possível verificar a adequação das políticas públicas sanitárias. A discussão emerge, principalmente, nas diversas demandas judiciais que se relacionam ao direito à saúde e ao SUS, suscitando diversas discussões, que não devem e não podem ser ignoradas.

A reflexão em torno do controle jurisdicional das políticas públicas, já se disse, se apresenta como estágio mais recente de um movimento consistente de garantia da efetividade do texto constitucional, particularmente nos seus compromissos para com os direitos fundamentais. O debate se apresenta a partir de demandas judiciais ajuizadas, que normalmente têm em conta a chamada dimensão objetiva dos direitos fundamentais, que envolve a garantia de concretização de um comportamento estatal – que pode se traduzir em obrigações de conteúdo prestacional ou não – imposto pelo

²³Não se ignora, aqui, o fato de que a adjetivação de público não se restringe ao Estado. No setor de saúde a atuação não se restringe ao Estado. Pode-se ter a configuração de espaços públicos não estatais, em especial pelo surgimento de organizações sociais. A discussão é relevante no contexto de reforma de Estado, em que se verifica uma tendência a mercantilização da saúde, ou seja, a sujeição da saúde pública às ingerências do mercado, comprometendo, por conseguinte, a própria universalidade do direito à saúde. Ver, dentre outros, CALIPO, Sylvia Maria; SOARES, Cássia Baldini. Público e Privado na reforma do Sistema de Saúde no Brasil. **Sociedade em Debate**. Pelotas, 14 (1), pp. 119-138, jan.-jun./2008; CARNEIRO JUNIOR, Nivaldo. **O setor público não-estatal: as organizações sociais como possibilidades e limites na gestão pública da saúde**. 2002. Tese (Doutorado em Medicina Preventiva) - Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2002. doi:10.11606/T.5.2002.tde-14072003-133411. Acesso em: 2018-08-19.

²⁴PIVETTA (2014, p. 129) quanto à delimitação do conteúdo do direito à saúde destaca: “O que impende destacar é que a atividade conformadora, seja por meio do legislador infraconstitucional, seja pela atuação da Administração Pública, implica, de certa forma, a restrição do direito. Ou seja, ao mesmo tempo em que a regulamentação é indispensável para se delinear concretamente o comando da norma, a delimitação do conteúdo fixa as condutas que podem ser exigidas do Estado”. Afirma ainda que “Com relação ao direito à saúde, é importante destacar que a Constituição e a Lei 8.080/1990, apesar de consignarem as linhas gerais da atuação sanitária do Poder Público, já operaram delimitações significativas em relação ao conteúdo do direito à saúde”.

²⁵Em que pese a afirmação relativamente simplificada de que os direitos fundamentais geram deveres de condutas positivas e negativas do Estado à conta de sua dimensão objetiva, e do próprio preceito contido no art. 5º, § 1º da CF; fato é que o tema não se revela desprovido de complexidades no seu plano aplicativo. (VALLE, 2009, p. 71)

Texto Fundamental; deveres esses simplesmente não observados, ou cujo cumprimento se apresenta insuficiente com os parâmetros à matéria, que se afirma diretamente da constituição. (VALLE, 2009, p. 103).

O grau de garantia – é disso que se trata – será quantificado a partir do quadro normativo representado pela Constituição e demais atos normativos que demarcam a institucionalização da política pública pelo Estado – aqui compreendida as três esferas de governo – e, ainda, pela análise do que está implantado, só então, pode-se avaliar a legitimidade de qualquer controle, seja de que ordem for. Não é possível ignorar a institucionalidade das políticas públicas de saúde, como sói acontecer, em especial, pelo poder judiciário quando é provocado e decide sobre questões de que não tem conhecimento.

Eis aqui um ponto da maior relevância que impõe-se aclarar: uma decisão judicial que se dedica, não a superar uma lesão a direitos, mas sim ao controle de políticas públicas, tem seus olhos voltados para o futuro, como é próprio a um quadro normativo do agir estatal. Uma decisão judicial, em matéria de controle de políticas públicas, tem pretensão *transformadora* de um cenário de inércia ou insuficiência da ação pública, e nesse sentido, é de se entender ganhe nova dimensão o requisito constitucional da motivação da decisão judicial – que há de necessariamente se conectar com os ditos resultados futuros pretendidos alcançar.

O que se está afirmando é que uma decisão judicial substitutiva, que determina condutas ao administrador qualificadas pelo juízo como políticas públicas próprias ao enfrentamento de um determinado tema, não se terá por legítima se não acompanhada da indicação dos *resultados* pretendidos alcançar – que por sua vez, hão de ser instrumentais à garantia dos direitos fundamentais cuja efetividade se tem discutida. Afinal, a intervenção substitutiva só se admite uma vez observada uma dupla condição: 1º) violação à dimensão objetiva dos direitos fundamentais expressa pelo descumprimento por parte da Administração de seu dever de garantia; e 2º) direcionamento da atuação jurisdicional à tutela desses mesmos direitos fundamentais em risco. Se o primeiro requisito se afere ao longo do processamento do feito, com uma fase de instrução probatória que investigue as políticas públicas existentes e em concretização no tema; o segundo elemento só se pode ter por aferido com a indicação pelo Judiciário de qual o resultado que se pretende alcançar através daquelas providências de intervenção em outra área de especialização funcional que só excepcionalmente a constituição autoriza. (VALLE, 2009, p. 115)

Assim, não é a decisão judicial que levará a concretização do direito à saúde de forma igualitária e universal como se pretende. O que permitirá a concretização do direito fundamental à saúde é a compreensão do funcionamento das políticas de saúde, nas suas diversas áreas de atuação. Isto sim poderá justificar uma intervenção do judiciário que possa contribuir para a implantação ou mesmo o redesenho da política pública, não pela condenação do Estado em demandas individuais, mas pela intervenção em favor da coletividade, de conformidade com os ditames constitucionais.

A questão aqui é dimensionar o alcance do direito fundamental à saúde. Delimitar o que se poderia dizer como sendo a área de regulamentação e a área de proteção deste direito fundamental. Esta delimitação somente pode se dar a partir do contido no artigo 196 da

CRFB/88. Assim dispõe: “A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação”.

Decompondo-se analiticamente o conteúdo deste artigo pode-se afirmar que o dispositivo além de enunciar que o direito à saúde quanto ao seu alcance na perspectiva da titularidade é reconhecido a todos, e, portanto, sem qualquer possibilidade de se estabelecer quanto à titularidade limitação ao acesso seja qual for o elemento de discriminação: sexo, idade, cor, raça, nacionalidade, etc. Daí, se pode extrair o campo de alcance deste direito quanto a quem pode titularizá-lo. Ou seja, trata-se de titularidade universal (SARLET, 2013, p. 1934).

Evidente que a simples menção ao direito à saúde como um direito de todos e por este agasalhar o *status* de direito fundamental (artigo 6º da CRFB) por si só serviria para vincular os poderes constituídos à sua concretização. Mas, depreende-se do texto que a forma de garantia destes direitos esta diretamente relacionada à criação de “políticas sociais e econômicas”. Ou seja, a Constituição impõe a realização das políticas públicas como mecanismo para a concretização do direito à saúde. Planejar políticas sanitárias é, portanto, um dever constitucional que se impõe à administração pública. Como afirma Sarlet:

Na condição de típica hipótese de direito-dever, os deveres fundamentais guardam relação com as posições jurídicas pela quais se efetiva o direito à saúde, podendo-se falar – sem prejuízo de outras concretizações – num dever de proteção à saúde, individual e pública (dimensão defensiva), facilmente identificado em normas penais e normas de vigilância sanitária; assim como num dever de promoção da saúde (dimensão prestacional em sentido amplo), especialmente vigente no âmbito das normas e políticas públicas de regulamentação e organização do SUS. Além disso, importa sublinhar que também os particulares (pessoas físicas e jurídicas) possuem, para além de um dever geral de respeito, até mesmo deveres específicos em relação à saúde de terceiros e mesmo em relação à sua própria saúde, quando for o caso. (SARLET, 2013, p. 1932).

O direito à saúde enquanto direito fundamental exige, portanto do Estado uma atuação positiva para sua concretização, sem desconsiderar a dimensão da proteção, conforme destaca Sarlet. Implica, inclusive, a possibilidade no âmbito das relações privadas²⁶ de dar a aplicação

²⁶A respeito da possibilidade de aplicação do direito à saúde às relações privadas, consultar: MATEUS, C.G. **Direitos fundamentais sociais e relações privadas: o caso do direito à saúde na Constituição brasileira de 1988.** Porto Alegre: Livraria do Advogado, 2008. Esta temática da aplicação dos direitos fundamentais nas relações privadas torna-se relevante na medida em que se amplia a atuação dos entes privados no setor da saúde e a atividade regulatória deste. No campo da teoria dos direitos fundamentais ganha relevo nesta questão a teoria dos deveres de proteção do Estado, em que se reconhece a obrigatoriedade do Estado atuar no sentido de evitar que no campo das relações privadas ocorram violações aos direitos fundamentais justamente por quem está numa posição de superioridade. Tal situação, por exemplo, claramente se verifica nas relações de consumo que se estabelece entre o usuário dos planos de saúde suplementar. Quanto à aplicação dos direitos fundamentais nas relações de consumo, consultar: DUQUE, Marcelo Schenk. **Direito privado e Constituição: *Drittwirkung* dos direitos fundamentais, construção de um modelo de convergência a luz dos contratos de consumo.** São Paulo: RT, 2013.

dos direitos fundamentais, seja de forma direta ou mesmo de forma indireta. Para os limites deste trabalho, há que se deter nas vinculações que surgem para a Administração Pública, em especial, para a esfera do poder executivo, já que se analisa a institucionalidade do processo de regionalização e da CIB/PR, ou seja, a perspectiva do gestor.

Com relação à forma como foi disciplinado o direito à saúde na Constituição, é de se concluir que, apesar de não vincular rigorosamente as condutas da Administração Pública, forma estabelecidos parâmetros que restringem a liberdade de conformação, seja do legislador seja do administrador. Com efeito, o texto constitucional não especifica quais as prestações específicas que devem ser oferecidas pelo Estado para que a finalidade das normas pertinentes seja alcançada (realizar o direito à saúde). Isso não significa, contudo, que o administrador goza de ampla liberdade para escolher quais condutas serão adotadas na realidade concreta. Essa conclusão decorre de três motivos principais:

Em primeiro lugar porque, por estar diretamente vinculado à Constituição, não há qualquer margem de escolha para se decidir entre realizar ou não realizar o comando constitucional. Sendo reconhecido o direito à saúde, inclusive alçado ao *status* de direito fundamental, não há opção a não ser concretizá-lo, mediante a formulação e execução de políticas públicas sociais e econômicas como impõe expressamente o art. 196 da CF/1988.

[...]

Em segundo lugar, o próprio texto constitucional traça as linhas gerais sobre o conteúdo que deverá ter aquelas políticas. De acordo com o art. 196 da CF/1988, as ações e serviços de saúde devem obrigatoriamente abranger: (i) prestações preventivas, ligadas aos deveres de produção (que reduzam o risco de doença e outros agravos); (ii) prestações ligadas aos deveres de proteção e promoção do direito (fornecer bens à população que permitam não apenas a cura de enfermidades, mas também a realização de condutas que incrementem a qualidade de vida dos cidadãos); (iii) ainda, tais prestações serão orientadas pela diretriz de “atendimento integral” (art. 198, II da CF/1988).

[...]

Em terceiro lugar, restringindo ainda mais a discricionariedade do administrador público, o direito à saúde encontra-se fartamente regulamentado pela legislação ordinária e por atos normativos (que igualmente vinculam a Administração Pública). (PIVETTA, 2014, p. 97.)

Santos²⁷ ao atribuir significado ao artigo 196 dimensiona o alcance do direito à saúde, denunciando a necessidade de que a garantia do direito à saúde não pode ficar restrita à questão do atendimento ao usuário do SUS. Como sói acontecer, a crítica que se vê com regularidade nos meios de comunicação sempre se restringe a questão de se ter ou não atendimento, e, em regra, a falta do atendimento serve como bandeira para se deflagrar uma crítica generalizada ao SUS, ignorando-se toda a trajetória das políticas sanitárias já implantadas para a concretização do direito à saúde.

O comando do art. 196 nos leva à compreensão de que o Estado deve adotar políticas públicas que induzam o desenvolvimento social e econômico, reduzam a desigualdade, eliminem os fatores que negativamente afetam a saúde da população, como a baixa renda, a falta de escolaridade, a pobreza, o desemprego, a fome e outros

²⁷ Texto inserido, como comentário na obra de RODRIGUEZ NETO (2003, p. 97).

fatores determinantes e condicionantes de uma má qualidade de vida que certamente influenciará nas condições de saúde da população, aumentando o risco de doenças. [...] A segunda parte do art. 196 tem redação mais concreta, determinando que o Estado garanta ao cidadão ações e serviços de saúde que possam prevenir, promover e recuperar a saúde. A Constituição, ao determinar que as políticas públicas no campo econômico e social devem apontar para a melhoria da qualidade de vida do cidadão, com repercussão, ainda que indireta, na saúde do indivíduo e da coletividade, alterou substancialmente o conceito de saúde. Saúde não tem apenas o significado de equilíbrio orgânico, mas é o resultado da qualidade de vida de um povo, das políticas adotadas pelo Estado, não podendo o setor Saúde, exclusivamente, ser responsabilizado pelas condições de saúde da população. A concepção de saúde como resultante de questões extra-setoriais (sic) mais abrangentes se contrapõe à concepção de que a doença (falta de saúde) é a causa de distúrbios e desvios de outros setores. A pobreza, a alimentação deficiente, a moradia precária, a falta de saneamento são causas básicas da doença, ou da falta de saúde. (SANTOS apud RODRIGUEZ NETO, 2003, p. 97)

Nesta linha de compreensão pode-se extrair dos enunciados normativos da Constituição Federal a estreita vinculação dos poderes públicos aos comandos constitucionais. A Constituição e a regulamentação no âmbito infraconstitucional – que formam o quadro normativo existente quanto ao direito à saúde – estabelecem os limites de atuação dos poderes públicos condicionando a validade dos seus atos às regras e princípios constitucionais que se aplicam à saúde, o que implica na quase eliminação da discricionariedade dos agentes públicos na sua atuação na área sanitária.

1.7. O direito à saúde como bem fundamental e a institucionalização das políticas públicas

Explorar as relações entre direito e políticas e políticas e direitos se faz necessária considerando o fato de que a consagração do direito fundamental à saúde – enquanto direito social – sempre esteve acoplada às políticas sociais, tanto no âmbito interno como no âmbito externo. A leitura dos dispositivos enunciados em tratados internacionais e na Constituição da República de 1988 confirmam esta ligação. É a partir deste acoplamento que se poderá extrair o caráter mandamental destes enunciados normativos, vinculando não só o legislador, mas também a todos os poderes públicos, na tarefa de concretização.

Afirmar a imperatividade da enunciação de políticas públicas como determinação constitucional reforça, portanto, os mecanismos recíprocos de controle do poder – objetivo que, por si só, também caminha na direção do prestígio à Carta Fundamental, como moldura que é das possibilidades de agir desse mesmo poder. Em consequência, tem-se que o controle – jurisdicional inclusive – de políticas públicas é um instrumento necessário de preservação do caráter cogente da determinação constitucional de que seja através delas que se programe e traduza a ação da Administração. (VALLE, 2009, p. 92).

Canotilho (2008, pp. 130-131), embora não divirja do fato de que a posituação constitucional de *políticas de direitos sociais* implique num *mandato constitucional de otimização* dos direitos, adverte que poderá existir uma negação da pluralidade da racionalidade

dos mundos parciais e da pluralidade da posição do observador. Afirma o autor: “[...] as políticas constitucionalizadas fecham a comunicação quer com o direito responsável expresso na criação jurídica através de pactos e de concertação social, quer com o direito reflexivo gerado na ‘rua’, no ‘asfalto’, no ‘emprego paralelo’, na ‘economia subterrânea’”.

Entende-se, portanto, que se faz necessária a leitura do direito à saúde como um bem fundamental, já que ao assim considerá-lo subtrai-se do campo deliberativo a possibilidade de que este direito não seja ameaçado pelas circunstâncias políticas; às maiorias ocasionais. Esta possibilidade seria possível se houvesse a compreensão de que a saúde, não só se constitui em um direito assegurado na Constituição, com todas as consequências daí decorrentes, mas que a saúde é um bem fundamental. Tal compreensão retira a possibilidade de que se vulnere o direito à saúde e promove a vinculação dos poderes públicos.

A defesa de que a saúde deve se constituir em um bem fundamental decorre do fato que esta caracterização salvaguardaria a saúde das manifestações parlamentares que lhe são contrárias; dos ataques das maiorias eventuais. Caracterizá-la como bem fundamental é estabelecer o condicionamento de que qualquer deliberação acerca da saúde pública esteja condicionada a observância dos direitos fundamentais. Em outras palavras, é condicionar a política aos direitos, e não fazer depender da política o reconhecimento dos direitos, o que os torna vulneráveis as ingerências externas comprometendo a sua garantia.

Retoma-se aqui a referência feita à saúde como bem público nos documentos internacionais, assim como a configuração que é dispensada à saúde na Constituição, conforme já esboçado acima. Compreender a saúde com um bem fundamental, e não apenas como um direito fundamental com as implicações que são daí decorrentes, é reconhecer que a institucionalização normativa deste direito, por si só não é suficiente para lhe assegurar as adequadas garantias. A compreensão da saúde como um bem fundamental é construído a partir do referencial de Luigi Ferrajoli, que se passa a expor.

Ferrajoli (2011, p. 53) a partir da crítica que estabelece a conceituação de bens existentes no Código Civil, advoga a necessidade de ampliar o conceito de bens para além da compreensão destes como objeto de direito patrimonial. Para este autor, bem “[...] é aquilo que pode ser objeto de uma situação jurídica”. Distingue os bens patrimoniais dos bens fundamentais, sendo que estes são: “[...] os bens cuja acessibilidade é garantida a todos e a cada um porque objeto de outros tantos direitos fundamentais e que por isso, da mesma forma que estes, são subtraídos à lógica do mercado [...]” (FERRAJOLI, 2011, p. 54).

Ferrajoli irá propor uma tipologia dos bens fundamentais, dividindo-o em três grandes classes: bens personalíssimos, bens comuns e bens sociais. Interessa, para os limites deste

trabalho a categoria dos bens sociais, por se entender que a saúde deve ser assim configurada, com um bem fundamental. Os bens sociais “são objeto de direitos sociais à subsistência e à saúde, garantidos pela obrigação de sua prestação: como a água, os alimentos básicos e os assim chamados ‘medicamentos essenciais’” (FERRAJOLI, 2011, p. 59) Para Ferrajoli esta compreensão salvaguarda os direitos das ingerências do mercado.

Proteger um bem como fundamental quer dizer em todo caso torna-lo indisponível, isto é, inalienável e inviolável, e, portanto subtrai-lo ao mercado e ao arbítrio das decisões políticas, portanto de maioria. Também sob este aspecto os bens fundamentais reafirmam o paradigma dos direitos fundamentais, dado que também as suas garantias equivalem a limites e a vínculos impostos, para a tutela de todos e de cada um, seja aos poderes privados, através da estipulação da sua indisponibilidade, seja aos poderes públicos, através da estipulação da sua inviolabilidade, e ao mesmo tempo, a obrigação de garantir a todos a sua fruição. (FERRAJOLI, 2011, p. 62)

Evidencia-se, aqui, a necessidade de que a partir da vinculação dos poderes públicos aos direitos fundamentais, em especial, ao direito fundamental a saúde a partir da sua configuração constitucional, exija-se para sua concretização a existência de *instituições públicas voltadas* à proteção e à sua prestação (FERRAJOLI, 2011, p. 63). A garantia dos bens sociais, sejam as primárias – consistentes na institucionalização de mecanismos de efetivação das políticas públicas -, sejam as secundárias, aquelas que autorizam o acesso à justiça para a efetivação das garantias primárias -, somente se concretizam com a atuação do Estado.

O constitucionalismo dos bens sociais, não diferentemente daquele dos bens comuns, também é um constitucionalismo a longo prazo: como a experiência dos países ricos ensina, o investimento em despesas sociais – a instrução, a saúde, a subsistência – é o primeiro investimento produtivo, dado que realiza, com a garantia dos mínimos vitais, a primeira condição da produtividade tanto individual como coletiva e portanto do desenvolvimento econômico. Em suma, se é verdade que os direitos sociais custam, o custo da falta da sua satisfação é muito maior, condenando bilhões de seres humanos à indigência e ao desenvolvimento e sendo fonte inevitável de migrações de massa e de conflito. (FERRAJOLI, 2011, p. 76)

Ferrajoli (2011, pp. 76-80) elenca três situações problemas: acesso à água, acesso aos alimentos e ainda aos denominados medicamentos essenciais. A base da discussão dos bens sociais formam o núcleo material do direito à saúde. Daí a necessidade de tratar a saúde não somente como um direito fundamental na sua dupla perspectiva, objetiva e subjetiva, mas também de compreendê-la como um bem fundamental, ao qual se deve proteger e garantir. Uma das condições para que se tenha a garantia da saúde enquanto bem fundamental é de caráter institucional e está vinculada a análise do federalismo e das políticas públicas, em especial, no contexto de formação constitucional do Estado Brasileiro.

CAPÍTULO II

FEDERALISMO E POLÍTICAS PÚBLICAS

“A arte da condução dos negócios públicos não está apenas no trato de todos os conflitos, no âmbito de uma sociedade, mas na criação de estruturas que permitam a conciliação das divergências que vão surgindo no correr do tempo”.

José Alfredo de Oliveira Baracho

Neste capítulo estabelece-se uma discussão sobre federalismo e políticas públicas. A análise do federalismo justifica-se a partir do momento que se considera o fato de que as instituições influenciam nas decisões e sobre o resultado das ações. Este é o pressuposto institucionalista da discussão. Primeiramente, realiza-se uma passagem pelo histórico do federalismo no Brasil até o advento da Constituição de 1988. Analisam-se, os elementos e características da federação. Num terceiro momento, analisa-se a relação entre federalismo e democracia. E, ao final, as relações entre federalismo e políticas públicas²⁸.

2.1. Breve esboço histórico do federalismo no Brasil

É necessário realizar um resgate histórico, ainda que de forma sucinta, para compreender de que forma o federalismo na trajetória constitucional brasileira foi tratado. Assim, analisa-se, em especial, a discussão da centralização/descentralização já que este tema foi recorrente nas discussões até o advento da Constituição de 1988, embora as peculiaridades do desenvolvimento no Brasil, a partir de meados da década de 1990, irá denunciar a impropriedade de se discutir apenas centralização-descentralização.

Com a proclamação da República adotou-se a forma federativa de Estado, sem que houvesse qualquer discussão mais aprofundada acerca do Federalismo, e mesmo do Republicanismo²⁹. Aliás, na proclamação da República, como afirmou Aristides Lobo, na letra de Carvalho (1987, p. 9), “[...] o povo, que pelo ideário republicano deveria ter sido protagonista dos acontecimentos, assistira a tudo bestializado, sem compreender o que se passava, julgando ver talvez uma parada militar”. República e Federação traduziram os interesses das oligarquias regionais (OLIVEIRA, 2012, p. 148; BERCOVICI, 2004, pp. 29-30).

O ponto fulcral da transição do Império para a República radica-se, portanto, na crescente diversificação da base econômica ocorrida a partir de 1870, notadamente, com o florescimento da cafeicultura no oeste paulista e, por consequência, com a heterogeneidade que se aprofundava de modo paulatino entre o Centro-Sul e o Nordeste. A proposta de adoção do federalismo ganhava espaços progressivamente maiores, ao representar uma solução provável à problemática da questão da substituição do trabalho servil. Afirmava-se veementemente que deveria competir às unidades federadas cuidar desse assunto conforme os interesses específicos capitaneados por elas, o que seria possível mediante o exercício da autonomia. Assim, o esforço despendido por grande parcela das lideranças provinciais estava calcado no

²⁸Oliveira (2012, p. 58), citando Klaus Schubert, diz que “O interesse concentra-se agora nos aspectos funcionais da organização federal, bem como na estruturação dos serviços públicos, sendo que a diretriz política determinante aponta como principal objetivo da compreensão do funcionamento das instituições jurídico-políticas – dentre as quais se insere o federalismo – o incremento da eficácia prestacional do Estado moderno”.

²⁹ “O pacto federativo que nasceu com a proclamação da República, em 1889, foi realizado sem a participação efetiva das camadas populares e conservando a estrutura de poder do período imperial, o dos senhores rurais”. (COSTA, 2006, p. 117)

intuito de proteger e de promover interesses econômicos diversificados, os quais se corporificavam em segmentos regionais espalhados por todo o território nacional, desejosos de exercerem efetivamente o denominado autogoverno. (OLIVEIRA, 2012, p. 151)

O cenário favoreceu a implantação de um federalismo dual³⁰, de forte influência estadunidense, separando-se a esfera da União da esfera dos Estados. As províncias foram transformadas em Estados-Membros pelo Decreto nº 1/11/1889. A Constituição Republicana de 1891 irá referendar o Federalismo impondo-o normativamente. Estatui-se uma federação nominal, já que a quase totalidade dos Estados não tinha qualquer condição econômica para se autogovernar; sendo dependentes da União, eram dependentes de Minas e São Paulo, que detinham o controle político da União (ABRUCIO, 2002, p.40). Diz Almeida (2001, p. 13):

A federação extraordinariamente descentralizada, que resulta da Constituição de 1891 e da construção política realizada pelos primeiros presidentes civis, é obra das elites paulistas. Elas se movem, segundo o autor, não por um projeto nacional de hegemonia, mas pelo objetivo de assegurar condições para o funcionamento, no Estado de São Paulo, de um poder público capaz de atender às necessidades do complexo de atividades estruturadas em torno da cafeicultura. E um projeto de construção estatal no nível estadual que molda o arcabouço político nacional segundo um modelo federativo dual e descentralizado: [...].

De fato, no período de 1891 a 1934 irá predominar a política voltada para os interesses de Minas e São Paulo – política dos governadores – ignorando-se as diferenças dos demais entes federativos. A igualdade formal entre os entes federados desconsiderava as distintas realidades fáticas. A distribuição de competência se fez sem a compreensão dos desníveis fáticos (OLIVEIRA, 2012, p. 165; FERREIRA FILHO, 1995, p. 55). Nesse contexto, agravaram-se as desigualdades regionais ante o predomínio dos interesses das elites regionais.

A República, ou os vitoriosos da República, fez muito pouco em termos de expansão de direitos civis e políticos. O que foi feito já era demanda do liberalismo imperial. Pode-se dizer que houve até retrocesso no que se refere a direitos sociais. Algumas mudanças, como a eliminação do Poder Moderador, do Senado Vitalício e do Conselho de Estado e a introdução do federalismo, tinham sem dúvida inspiração democratizante na medida em que buscavam desconcentrar o exercício do poder. Mas, não vindo acompanhadas por expansão significativa da cidadania política, resultaram em entregar o governo mais diretamente nas mãos dos setores dominantes, tanto rurais quanto urbanos. (CARVALHO, 1987, p. 45)

Hochman (2013, p. 305), analisando especificamente a questão da reforma da saúde na Primeira República e explicando de que forma as condições tornaram possíveis às mudanças nas políticas de saúde para a centralização, a despeito de um federalismo que tinha por eixo fundamental a autonomia dos Estados, diz que a centralização resultaria de uma relação

³⁰Embora se reconheça a influência do federalismo norte americano a federação brasileira não é oriunda de um processo de união de estado independentes, ao revés, é fruto de um processo de descentralização a partir de um Estado Unitário.

dinâmica “[...] entre os estados e o poder central – expressa pela tensão centralização/autonomia -, [...] e fundamentalmente, de uma dinâmica mais horizontal na qual estão em jogo os custos e os benefícios da autonomia e da coordenação” (HOCHMAN, 2013, p. 305).

A solução para o dilema político-sanitário produzido pelas relações entre um estado política e economicamente mais forte e com serviços sanitários mais desenvolvidos, como São Paulo, e os demais estados foi facultar ao governo federal uma ação mais nacional da política de saúde e saneamento. Porém o arranjo negociado deveria tanto mitigar os efeitos negativos dos problemas sanitários nacionais sobre São Paulo, beneficiando com as ações federais a maioria dos demais estados, como garantir a manutenção da autonomia paulista, e não apenas em matéria de saúde. Portanto, a nacionalização da saúde e seus efeitos sobre os estados foram, desde sua gênese, processos negociados e diferenciados. (HOCHMAN, 2013, p. 305)

A análise de Hochman é cabível, na medida em que se constitui numa crítica ao anunciado federalismo descentralizador da Carta de 1891 que não encontrou lugar numa república oligárquica³¹. A reforma sanitária há que se refere Hochman é a que denominou “era do saneamento” (1910-1930). A busca pelas soluções levou ao caminho da centralização. Ainda, Hochman (2013, p. 311) explica de que forma as oligarquias abriram mão de parcela do poder político que detinham aceitando a reforma que representaria dependência do governo federal.

O engenho (a regra) que possibilitou a reforma sanitária na Primeira República era simples e vinha sendo utilizado em várias iniciativas em saúde e saneamento ao longo da década de 1910: a celebração de convênios entre estados e o governo federal. De modo efetivo, a criação do Serviço de Profilaxia Rural em 1918 (depois incorporado ao DNSP em 1920) trouxe os convênios para o centro das práticas e relações intergovernamentais em saúde. Esses convênios viabilizavam a ação do poder central nos estados, que negociavam suas respectivas autonomias garantidas pela constituição em troca dos benefícios da ação federal. O mecanismo de convênios, que apareceria em toda a legislação posterior, tornava a ação dos serviços sanitários federais fora de seus limites tradicionais resultado de um ato voluntário de um estado que, por incapacidade técnica, financeira e política, solicitava formalmente o auxílio federal para lidar com seus problemas sanitários. Nesse acordo, as ações de saúde e saneamento rural (conteúdos) no estado contratante seriam custeadas por recursos financeiros, organizacionais e técnicos do governo federal que, no futuro, seriam ressarcidos pelo receptor da ajuda, ou este poderia custear parte desses serviços no ato da contratação. Os benefícios, ou as ações desenvolvidas, seriam negociados em cada contrato, assim como o seu financiamento. Suas cláusulas, explícitas e implícitas, demandavam a subordinação da saúde pública estadual às autoridades sanitárias federais. Portanto, em troca dos benefícios federais o Estado abria mão, espontaneamente, de sua responsabilidade na provisão de bens e serviços públicos, e,

³¹Santos (1987, pp. 64-65) afirma que na República Velha a vida econômica tentou se organizar em torno do princípio do *laissez-faire*; sendo que a prevalência ideológica deste princípio ficou restrita a área urbana da sociedade. “Assim, pode-se considerar que a hegemonia ideológica do *laissez-faire* teve vida curta no Brasil, restrita a área urbana, entre 1888 e 1931, no que concerne à economia, e vulnerada a partir de 1923 o que diz respeito às relações sociais”. (1987, p. 65.) Insucesso da ideologia do *laissez-faire*. “Tornava-se indispensável uma mudança na composição da elite, ou, pelo menos, em parte dela, que permitisse a renovação do equipamento ideológico com que se enfrentava o problema da ordem econômica e social, em primeiro lugar, e, como corolário, que se alterassem as normas que presidiam o processo de acumulação e as relações sociais que aí se davam”. (SANTOS, 1987, p. 66).

por conseguinte da faculdade de governar dimensões importantes da vida de suas populações e de seu território. (HOCHMAN, 2013, p. 312)

Diz Arretche (2010, p. 587), ao analisar a formação do Estado Nação, afirma que centralização de autoridade já ocorreu antes do final da república velha, “[...] derivada da percepção, por parte das elites, dos riscos para o conjunto da nação associados à incapacidade das províncias periféricas desempenharem funções governativas, seja na área social (Hochman, 2006) seja na área econômica (Oliveira, 1977; Schwartzman, 1982)”. Pós-1930 assiste-se a formação da Assembléia Constituinte de 1933, que irá manter o federalismo, contudo, com outra feição, o federalismo cooperativo. Segundo Horta (1973, p. 493):

[...] a Constituição Federal de 16.7.1934, que se vincula ao difuso ideário político da Revolução de 1930, inaugurou a segunda República e, ao mesmo tempo, plasmou outro tipo de federação. O federalismo clássico e dualista, predominantemente centrífugo, cedia lugar, ao novo federalismo, fundado na extensão dos poderes federais dentro da temática centrípeta, que inaugurava a fase das relações intergovernamentais, para compensar a plenitude dos poderes da União e a consequente diminuição dos poderes reservados aos Estados.

Para resolver o problema das disparidades existentes entre os Estados-Membros presentes na primeira República, a Constituição de 34 irá escolher o caminho da centralização, cabendo à União o papel de conciliar as diferentes realidades. Diz Tavares (2013, p. 243), acerca da transição do federalismo dual para o modelo cooperativo, que “[...] apesar do nome clamar por cooperação, e não subordinação, acabou por provocar exatamente a submissão, por promover o agigantamento e fortalecimento de instrumentos e meios colocados à disposição e uso diuturno da União”. Esta concepção deixará um legado.

De fato, coube à concepção do federalismo cooperativo aportar no Direito Constitucional nacional o salutar significado de remeter tratamento às desigualdades regionais, o que abriu caminho para as primeiras iniciativas de acomodar as dramáticas diferenças que foram insistentemente ignoradas na etapa de fundação de nosso Estado Federal. Inquestionavelmente, a efetiva articulação das relações intergovernamentais, sob a supervisão do poder central, buscou, ao menos no plano teórico, remediar os principais pontos responsáveis pela pouca coesão política visualizada no cenário estatal brasileiro antes de 1934.³²

Segundo Bercovici (2004), na Era Vargas as disputas giravam em torno da defesa da centralização versus autonomia dos Estados. No Estado Novo, com o surgimento da figura do interventor, restringe-se a esfera de atuação legislativa dos Estados, o que compromete a

³²Dessa forma conclui-se que, no Brasil, os intentos de acomodação da diversidade territorial sempre estiveram ligados à cooperação estabelecida entre os entes federados. Essa relevante configuração estrutural de nosso Estado, a despeito de ter desembocado na supervalorização da União, constitui a fonte da qual se originaram os engenhos constitucionais conhecidos para remediar os aspectos negativos da heterogeneidade territorial. (OLIVEIRA, 2012, pp. 168; 169)

autonomia, não só política, mas fiscal, dificultando a construção de dinâmicas de políticas públicas. Ressalta Albuquerque (2013, p. 11) que entre 1930 e 1945, “o movimento sanitaria perde força no Brasil, com o aprofundamento da centralização e da burocratização da política”.³³ A visão de cidadania, neste período, é restrita:

Por cidadania regulada entendo o conceito de cidadania cujas raízes encontram-se, não em um código de valores políticos, mas em um sistema de estratificação ocupacional, e que, ademais, tal sistema de estratificação ocupacional é definido por norma legal. Em outras palavras, são cidadãos todos aqueles membros da comunidade que se encontram localizados em qualquer uma das ocupações reconhecidas e definidas em lei. A extensão da cidadania se faz, pois, via regulamentação de novas profissões e/ou ocupações, em primeiro lugar, e mediante ampliação do escopo dos direitos associados a estas profissões, antes que por expansão dos valores inerentes ao conceito membro da comunidade. A cidadania está embutida na profissão e os direitos do cidadão restringem-se aos direitos do lugar que ocupa no processo produtivo, tal como reconhecido por lei. (SANTOS, 1987, p. 68.)³⁴

Entre 1946 e 1964 a Constituição reconheceu novamente autonomia aos Estados, e manterá a resistência em reconhecer o papel dos Municípios na estrutura federativa. O pós-guerra irá repercutir nas questões sanitárias no Brasil. Estabelece-se um debate sobre a saúde e o desenvolvimento. Dá-se origem ao que se denominou de “sanitarismo desenvolvimentista”³⁵. Arelava-se o nível de saúde da população ao desenvolvimento econômico regional e nacional (HOCHMAN, *et. al.*, 2005, p. 49)³⁶. As precárias condições de vida implicavam em problemas de saúde. Esclarece Labra (1988, p. 15)

³³Conforme Santos (1985, pp. 17; 18), “Primeiramente, a burocratização teve um efeito paralisante sobre o movimento [sanitarista]. A criação do Ministério da Educação e Saúde Pública, em 1930, retira da bandeira da reforma sanitária sua força ideológica e transforma-a – para usar a expressão corrente nos dias de hoje – em projeto governamental”. [...] De forma concomitante, “Nas áreas de antiga dominação coronelista, Vargas praticou uma política de acomodação, de concessões e barganhas. Essa política, em última análise, impediu o avanço do movimento sanitaria nas terras sob domínio oligárquico. Paralelamente, o Estado varguista deslocou o centro de atuação das políticas públicas para as grandes cidades, onde a “militância sindical”, em expansão desde os anos 1915-20, desafiava os interesses das classes empresariais. A produção de uma ideologia de controle e integração dos trabalhadores urbanos tornou-se prioritária no projeto político de Vargas. De um lado, fizeram-se concessões ao trabalhador urbano através de políticas públicas que por vezes se chocavam com as pretensões do patronato. De outro lado, a legislação sindical pôs fim às possibilidades de organização autônoma dos trabalhadores que se manifestara durante a Primeira República. No campo, os coronéis garantiam a *Pax* oligárquica e prescindiam dos mecanismos de cooptação do getulismo”.

³⁴Neste sentido, Kerstenetzky (2012, p. 189): “De fato, a República que se inicia em 1930 com o golpe liderado por Getúlio Vargas e se encerra com a sua deposição em 1945 introduzirá uma extensa pauta de direitos sociais, atendendo os pontos principais da lisa de reivindicações do movimento operário e expandindo e modificando qualitativamente o padrão de proteção social que se havia timidamente iniciado com o experimento das CAPs. Pela primeira vez em sua história, o país conhecerá políticas sociais nacionais, que envolverão tanto a legislação trabalhista quanto a seguridade social e serão devidamente constitucionalizadas nas Cartas de 1934 e 1937. Contudo, a condução do processo é autoritária, sob a direção de novas elites políticas”.

³⁵Mário Magalhães da Silveira (1905-1986) foi o principal mentor da corrente de pensamento conhecida como ‘sanitarismo desenvolvimentista’ que atinge seu momento de maior influência na III Conferência Nacional de Saúde. Sobre a contribuição deste autor, consultar Escorel (2015) e Reis (2015).

³⁶Neste sentido: “Ao longo do período de 1945 a 1964, todos os pronunciamentos oficiais e as posições políticas no campo da saúde pública associavam saúde e doença aos problemas do desenvolvimento e da pobreza. Não havia retórica contrária a essa constatação, repetida inúmeras vezes por presidentes e ministros. As divergências

O debate sobre as desigualdades regionais das condições de saúde no Brasil e da necessidade de políticas públicas de saúde para resolver essa questão, se fortalece com a emergência do “sanitarismo desenvolvimentista” (1955-1964). Este movimento se originou no contexto das lutas pela democratização, durante o Estado Novo, e de emergência do nacional-desenvolvimentismo, concomitante à intensificação do processo de industrialização e urbanização do país. Era um movimento de crítica ao sanitário campanhista, centralizador e autoritário que nasceu com a Reforma Carlos Chagas entre 1920-23, tendo seu auge entre 1938-45. Criticava a centralização das ações de saúde, o esvaziamento do papel dos Estados nas divisões regionais e dos municípios no atendimento das prioridades locais, e uniformização dos serviços sanitários seguindo tecnicamente o modelo norte-americano dos centros de saúde.

Segundo Hochman (2005, p. 54), no final deste período era possível encontrar projetos políticos sanitários distintos, que ensejaram disputas que se acirraram pela radicalização das lutas por reformas sociais. Havia uma clara orientação para que houvesse a inclusão dos Municípios numa rede básica de serviços sanitários. Esta orientação era pauta na 3ª Conferência Nacional de Saúde, realizada em dezembro de 1963, e se constituiu num evento final da saúde na experiência democrática. A municipalização dos serviços de saúde era pauta da Conferência. Diz Hochman (2005, p. 54):

Os principais pontos da 3ª CNS eram a rediscussão da distribuição de responsabilidades entre os entes federativos, uma avaliação crítica da realidade sanitária do país e uma clara proposição de municipalizações dos serviços de saúde, intenção revelada no temário da conferência e explicitada nos discursos do presidente da República e do ministro da Saúde Wilson Fadul.

Esta orientação, infelizmente, foi abortada pelo advento do golpe de 64. Após o golpe de 64 tem-se novamente uma centralização excessiva que aproximava o modelo brasileiro a de um estado unitário, obstruindo o modelo federalista, distanciando-se das necessidades locais (BERCOVICI, 2004, p. 52). Segundo Albuquerque (2013, p. 22) a regionalização aparecerá como uma das estratégias na institucionalização de um sistema nacional de saúde, orientada, contudo por uma lógica mercantilista³⁷, em que predominava um reconhecimento restrito e limitado de direitos sociais.

No período pós-64, o planejamento regional caracterizou-se pela superposição de áreas territoriais e materiais de ação, com inúmeros conflitos entre os organismos regionais e os entes federados e entre os próprios organismos regionais. Os resultados foram atuações muitas vezes contraditórias, contribuindo apenas para aumentar a

e os conflitos ocorriam em torno do entendimento sobre as relações causais e sobre as estratégias políticas e institucionais de superação da doença e do subdesenvolvimento”. (HOCHMAN et. al., 2005, p. 27-58)

³⁷Conforme Machado (2007, p. 56): “Houve certa dinâmica na expansão de algumas políticas sociais, incluindo as de saúde mesmo no período de autoritarismo militar após 1964. Isso ocorreu sob um modelo distorcido que, na área de saúde, teria propiciado um crescimento do segmento privado prestador de serviços ao Estado, um fortalecimento de mercados de saúde e ampliado a escala das operadoras econômicas na saúde, tanto no âmbito do segmento de assistência médica previdenciária, como no bojo do surgimento de um novo tipo de empresariamento na saúde”.

dependência dos Estados menos desenvolvidos da União. (BERCOVICI, 2004, p.52-53).

O movimento pela Reforma Sanitária irá surgir também neste contexto em que se tem uma lógica mercantilista. Este movimento tinha como uma de suas metas tornar a saúde um direito social³⁸; pretendia-se instituir um direito universal à saúde. Como afirma Albuquerque (2013, p. 23) “O movimento da Reforma Sanitária foi embasado por uma série de acontecimentos históricos e debates teóricos em torno da relação entre saúde e desenvolvimento no Brasil”. As idéias que se construíram com o movimento pela reforma sanitária serão consubstanciadas no relatório final da 8ª Conferência Nacional de Saúde.

Em síntese, a leitura desse Relatório Final (CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 1987) permite destacar os principais elementos constitutivos do *projeto* da Reforma Sanitária construído pela 8ª CNS: a) ampliação do conceito de saúde; b) reconhecimento da Saúde como direito de todos e dever do Estado; c) criação do SUS; d) participação popular; e) constituição e ampliação do orçamento social. (PAIM, 2008, p. 125)

A democratização do país levou a Constituição de 1988 que adotou um modelo de federação bastante descentralizado, inclusive alçando o Município à condição de ente federado. Vê-se, pois, do histórico constitucional brasileiro que a adoção da forma federativa de Estado, nem sempre representou a existência de descentralização política e administrativa. (BARBOSA, 2014, p. 27). Em certos períodos da história, em especial, nos momentos em que se implantaram governos autocráticos, houve centralização política e administrativa. Em outros períodos, em governos democráticos, se tem maior descentralização.

Na experiência institucional brasileira, o primado da União sobre a federação tem resultado de motivações modernizantes associadas a momentos de autoritarismo político, como nos anos de 1930 e, mais tarde, sob o regime militar no período 1964-1985. Nessas oportunidades, tanto a centralização política como a administrativa foram vistas como um imperativo à realização de reformas, removendo-se obstáculos à expansão da economia e mesmo à democratização social. O diagnóstico, sempre reiterado nesses casos, era o de que a fragmentação da vontade política resultante da própria arquitetura da federação – inclusive na medida em que favorecia, em cada estado, especialmente nos menos desenvolvidos, ação das oligarquias comprometidas com o atraso e o sistema de mando tradicional – constituir-se-ia em entrave à mudança. (VIANNA apud BARBOSA, 2014, p. 27)

³⁸Paim (2008, p. 79), quanto à reforma sanitária diz: “Nessas iniciativas constata-se a configuração de um conjunto de elementos que, posteriormente, vão constituir a *idéia* da Reforma Sanitária, inspirada nas ciências sociais marxistas. Assim, logo no número 2 da Revista Saúde em Debate aparecia no seu editorial o princípio “de que a saúde é um direito de cada um e de todos os brasileiros”, assumindo “necessidade de organizar a prestação de serviços de saúde em nova perspectiva [...], desejando uma mudança real das condições de saúde do povo” (EDITORIAL, 1977^a, p. 3-4). A expressão Reforma Sanitária foi mencionada três vezes no editorial do número seguinte da revista, quando vinculava tal *idéia* às tarefas do Cebes: [...]”.

Em que pese ser possível afirmar que a descentralização política e administrativa seja uma característica essencial do Estado Federal, a simples adoção desta forma de Estado não assegura necessariamente a efetiva descentralização do poder político, sendo possível afirmar que a maior ou menor descentralização dependerá de outros fatores que interferem nas relações de poder (BARBOSA, 2014, p. 28). Estes fatores não descaracterizam a organização federativa do Estado, embora possam representar, em um ou outro momento, a existência de entraves que dificultam o cumprimento das diretrizes constitucionais.

2.2. Federalismo: conceito e configuração constitucional

O dicionário de linguística assim define o termo conceito: “Dá-se o nome de conceito a toda representação simbólica, de natureza verbal, que tem uma significação geral conveniente a toda uma série de objetos concretos que possuem propriedades comuns” (DUBOIS et. al., 2006, p. 135). Prevalece a noção de signo linguístico; enquanto representação de algo imaginário ou real. No entanto, a questão conceitual pode se referir a do conceito enquanto “[...] essência das coisas, mais precisamente a sua essência necessária, pela qual não podem ser de modo diferente daquilo que são” (ABBAGNANO, 1999, p. 164).

Adote-se qualquer compreensão do conceito, é certo que conceituar federalismo é fundamental e se constitui em um desafio para os pesquisadores. Rocha (2013, p. 35) destaca as dificuldades de se conceituar federalismo, em que pese o aumento considerável de trabalhos acerca deste assunto, diz quanto aos desafios que se apresentam que “[...] Um desses desafios – talvez o mais fundamental, mas nem por isso menos problemático – é estabelecer um consenso minimamente razoável sobre o próprio significado de federalismo”.

Na Teoria do Estado a discussão do federalismo insere-se na temática das formas de Estado, que pode assumir a forma unitária, federativa ou confederativa. Ressalte-se que a federação não foi inicialmente pensada como modelo de organização interna, e sim, como forma de organização política de diversos Estados. Com o advento do constitucionalismo, na sua vertente liberal, sustentou-se a necessidade de se estabelecerem limites aos poderes do Estado, permitindo-se a articulação do federalismo com o clássico princípio da tripartição dos poderes (BARBOSA, 2014, p. 18).

O federalismo é um modo de organização política que une comunidades políticas menores no âmbito de um sistema mais abrangente por meio da distribuição de poder e recursos entre a União e as unidades constituintes, protegendo a existência e a autoridade tanto do domínio nacional quanto dos entes subnacionais por meio do compartilhamento dos processos gerais de tomada de decisão e de execução de ações governamentais. (ELAZAR apud BRASIL, 2016, p. 29)

Este conceito é indicativo de uma vertente denominada federalismo cooperativo, que é estruturado na cooperação e no princípio da subsidiariedade³⁹; federalismo cooperativo alemão. A outra vertente é a do federalismo competitivo de matriz estadunidense, em que cada ente que compõe a federação exerce o poder com independência e plenitude sem qualquer interferência.⁴⁰ Afirmar Almeida (2001, p. 24) que “Excluída a fase da Primeira República, durante a qual prevaleceu um modelo dual e os Estados acumularam considerável volume de atribuições, governo federal e governos subnacionais sempre estiveram envolvidos na decisão sobre políticas e no provimento de bens e serviços coletivos”.

A identificação da vertente do federalismo contribui, mas não é suficiente para responder as interações que possam existir entre federalismo e políticas públicas. Manow (apud OLIVEIRA, 2006, p. 220) analisando o federalismo na Alemanha, afirma que “[...] não basta saber se dado país é ou não uma federação para se inferir acerca do volume de recursos despendidos com políticas sociais”. A análise do federalismo dissociada da análise das relações intergovernamentais não permite inferir resultados das políticas sociais.

[...] a descentralização fiscal e de competências não equivale à descentralização da autoridade decisória sobre a execução fiscal ou a provisão de políticas. Atribuições de execução de políticas públicas podem ser totalmente descentralizadas ao mesmo tempo em que os governos subnacionais podem estar sujeitos a uma série de regulamentações nacionais que limitam sua autonomia sobre a forma de gasto e de implementações das políticas sob sua competência. (ARRETCHE, 2012, p. 151)

Em que pesem existirem ‘variedades de federalismo’ (ARRETCHE, 2012, p. 66; BERCOVICI, 2004, p. 9), ante o fato de que os Estados têm históricos constitucionais distintos, e, ainda, o fato de que existem diversidades geográficas, econômicas, populacionais, territoriais, climáticas e políticas que podem ou não justificar a diversidade de modelos – a distinção entre

³⁹Baracho (2000, p. 89), após discorrer sobre o princípio da subsidiariedade e seus desdobramentos, em especial, quanto ao federalismo alemão, conclui: “A idéia de subsidiariedade está intensamente ligada à de federação. A aplicação da idéia de subsidiariedade leva à conciliação entre as diversidades mais variadas, sem negar a solidariedade do Estado. Sua idéia está assentada na concepção de uma sociedade plural, dotada de sentido mais amplo do que aquele proposto pela democracia, pois visa não somente à diversidade de opiniões, mas à variedade de capacidade de atuação, com a efetivação dos fins individuais e sociais”.

⁴⁰Francese e Abrucio (2013, p. 361; 364), exteriorizando o entendimento de que há uma relação de reciprocidade entre federalismo e políticas públicas, sustentam que “[...] essa classificação dicotômica apresenta limitações explicativas, principalmente para países que não se encaixam totalmente em nenhum dos modelos, como é o caso do Brasil. [...] Trazendo esta classificação para o caso brasileiro, duas características chamam a atenção na estrutura federativa desenhada pela Constituição Federal de 1988: uma forte diretriz pró-descentralização e um rol significativo de competências compartilhadas entre as esferas de governo. Observando essa duas condições, percebe-se que a Constituição não definiu claramente um modelo de federalismo competitivo ou cooperativo para o país. Ao desenhar uma federação descentralizada, o texto segue a direção de um modelo mais propício à competição. Porém, ao prever a responsabilidade compartilhada de atribuições em diversas áreas de políticas públicas, a Carta aponta no sentido de uma necessária cooperação entre os entes federados”.

estado unitário e estado federativo não é suficiente para se analisar a questão da descentralização - é possível identificar características comuns sem alterar a identidade constitucional de cada Estado. Anderson (2009, p. 19-20) elenca as características:

- **Mínimo de dois níveis de governo**, um com jurisdição sobre todo o país e outro com jurisdição regional. Cada governo tem relação eleitoral direta com os cidadãos. As regiões podem receber diferentes denominações. Aqui, nos referiremos a elas como “unidades constitutivas” da federação.
- **Uma Constituição escrita**, contendo partes que não podem ser alteradas pelo governo federal. Grandes emendas com impacto sobre as unidades constitutivas geralmente requerem a anuência das próprias unidades e do governo federal.
- Uma Constituição que atribui formalmente competência legislativa, inclusive na área fiscal, aos **dois níveis de governo** e lhes assegura de algum modo **autonomia genuína**. Não obstante, a forma e o grau de poderes atribuídos a cada nível de governo variam sensivelmente de federação para federação.
- Com frequência, arranjos especiais asseguram, sobretudo nas chamadas **câmaras altas**, representação do governo central, de modo a permitir que as regiões participe do processo de tomada de decisões na esfera federal. Pode ocorrer, então, que unidades constitutivas menores detenham poder relativo maior do que aquele que seria baseado exclusivamente em critérios populacionais.
- Procedimentos (geralmente envolvendo os **tribunais**, mas que também podem ser referendados ou da alçada da câmara alta) para decidir as disputas constitucionais entre os níveis de governo.
- Um conjunto de processos e instituições para facilitar ou conduzir as relações **entre os governos**.

A partir das características mencionadas pode-se afirmar que a *autonomia* é o elemento essencial do federalismo, assim cada ente que compõe a federação tem responsabilidades perante os seus cidadãos. O desenho constitucional da autonomia se faz com a repartição de competências entre os entes federados. A Constituição de 1988 faz esta distribuição de competências, mais especificamente, nos artigos 22 a 24. Os artigos 22 e 24 referem-se à distribuição de competências de natureza legislativa. O artigo 23 refere-se a competências de natureza administrativa; denominadas competências comuns.

Considerando o processo de democratização no Brasil que culminou com a formação da Assembléia Nacional Constituinte, não há dúvida de que o desenho do federalismo brasileiro na Constituição de 1988 é fruto das pressões políticas existentes naquela quadra da história. Mas especificamente, no âmbito da saúde pública, pode-se destacar a influência do Movimento Social pela Saúde (MOPS)⁴¹ que reivindicava a mudança do sistema de saúde, tendo inclusive encaminhado estudos a Assembléia Constituinte. Destaque-se, ainda, a significativa importância das Conferências Nacionais de Saúde, antes e pós a Carta de 1988.

⁴¹Para um estudo mais detalhado da influência dos movimentos sociais no processo de democratização e na reforma sanitária, consulte-se: GERSCHMAN, Silvia. **A democracia inconclusa**: um estudo da reforma sanitária brasileira. 2. ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2004.

A Constituição de 1988 redesenhou a estrutura do Estado, dando-lhes as feições de uma federação descentralizada. Uma das dimensões importantes desse processo foi a redefinição de competências e atribuições das esferas de governo no âmbito da proteção social. Eis por que os estudos sobre mudanças nessa área de atuação governamental tiveram de se haver necessariamente com o tema da descentralização. (ALMEIDA, 2001, p. 25)

A Constituição trata da organização político administrativa da República Federativa do Brasil no Título III do artigo 18 ao artigo 43. Evidente que, antes de tratar da estrutura federativa a Constituição enuncia o princípio federativo já em seu artigo primeiro, fazendo referência ao vínculo indissolúvel entre os componentes da federação. A compreensão de que forma está configurada constitucionalmente a federação é imprescindível para a compreensão de que forma esta estrutura contribuiu ou não para o federalismo sanitário no Brasil, e, ainda, quais os obstáculos que decorrem desta estrutura.

Pode-se inferir da configuração constitucional plasmada na Constituição de 1988 que o objetivo do constituinte era estabelecer um federalismo cooperativo⁴². Já o artigo 3º da Constituição Federal ao definir os objetivos da República Federativa do Brasil, enuncia dentre outros, na parte final do inciso III que é fim do Estado: “reduzir as desigualdades sociais e regionais”.⁴³ Tal dispositivo é dotado de força vinculante, condicionando as ações do Estado e, portanto, a elaboração de políticas públicas para alcançar os fins constitucionais. Desta interação entre federalismo e políticas sociais surge o debate do Estado de Bem-Estar Social.

No caso brasileiro, pode-se dizer que as novas diretrizes constitucionais ligadas ao pacto federativo foram estabelecidas em um contexto democrático. Mais do que isso, pode-se afirmar que o desenho federativo foi influenciado pela idéia de que mais descentralização implicaria também maior democratização.

Já no que se refere à formação do Estado de Bem-Estar Social, por um lado, não se pode ignorar que já havia políticas sociais consolidadas no momento em que surgiu a nova Constituição (Draibe, 1994), o que nos levaria à conclusão de que o federalismo não teria sido um obstáculo à nacionalização de políticas sociais, uma vez que estas são prévias ao contexto federativo democrático, conforme apontado por Obinger, Leibfried e Castles (2005). Por outro lado, não se pode desconsiderar que a mesma Constituição também traz inovações na área de políticas públicas, institucionalizando uma agenda de políticas sociais com diretrizes de universalização e igualdade de

⁴²Franzeze (2010, p. 38), após discorrer sobre a compreensão do federalismo como pacto, irá afirmar que: “A partir dessa estrutura matricial, observa-se que o adjetivo *cooperativo* não implica uma interação tranquila e amigável entre as esferas de governo, como poderia sugerir o nome. Quer dizer apenas que os diferentes governos devem funcionar e trabalhar juntos – não por opção, mas pela própria dinâmica estabelecida pelo desenho constitucional federativo”.

⁴³Oliveira (2012, p. 189), realizando uma defesa de instrumentos jurídicos para um federalismo assimétrico, quanto ao inciso III do artigo 3º enfatiza: “Vislumbra-se, nesse dispositivo, inegável compromisso atribuído ao Estado nacional para que técnicas e teorias que se prestem a diminuir os problemáticos contrastes entre nossas regiões sejam utilizadas, desde que mantidos os valores irredutíveis da idéia federativa. Frente a esse vetor normativo, maior razão há para que, entre nós, seja aplicada a assimetria, já que essa formulação busca, em essência, estabelecer a unidade por meio da coerente preservação das diversidades, mesmo que, para que isso aconteça, seja preciso realizar ajustes diferenciadores, a fim de possibilitar o estabelecimento da igualdade substancial entre os entes do Estado”.

acesso, típicas de um modelo de Estado de Bem-Estar Social e que não estavam presentes na trajetória prévia dessas políticas. (FRANZESE; ABRUCIO, 2013, p. 373)

A CRFB ao realizar a distribuição de competências⁴⁴ entre os entes que integram a federação, no inciso II do artigo 23, elencou como competência comum dos entes federativos, “[...] cuidar da saúde e assistência pública, da proteção e garantia das pessoas portadoras de deficiência”, ou seja, “demarcou-se a área de atribuições materiais ou de execução exercitáveis, em parceria, por todos os integrantes da Federação, convocados para uma ação conjunta e permanente” (ALMEIDA, 2013, p. 747). No artigo 24 estabeleceu as competências concorrentes. Para Franzese e Abrucio (2013, p. 368), quanto à distribuição de competências:

Nesse sentido, a Constituição de 1988 cria um modelo de distribuição de competências que, apesar de propor compartilhamento, não indica quais formas devem ser utilizadas para levar essa cooperação a efeito – isto é, não definiu, a exemplo do federalismo alemão, qual função cabe a cada esfera de governo na promoção de políticas públicas. Também não separou, assim como no caso norte-americano, as atribuições de cada esfera de governo dentro da matriz federativa. Por isso, não obstante especificar a necessidade de compartilhamento, a Constituição não indica como este será operacionalizado, criando para o federalismo brasileiro, como alerta Aspásia Camargo (1994), graves problemas de superposição de ações e *accountability* (responsabilização).

A compreensão do desenho constitucional da estrutura federativa trazida pela Constituição de 1988, ainda que seja possível a identificação neste plano normativo dos elementos característicos e essenciais de um Estado Federal, não é satisfatória para se analisar as políticas públicas. A discussão, portanto, se se trata de federalismo cooperativo ou federalismo competitivo, sem que se verifique de que forma as políticas estão reguladas, em nada contribui para que se analisem as interações entre os entes federativos no interior de cada política social.

Nos Estados Federativos, ao contrário, a autonomia política dos governos subnacionais é uma característica essencial (Filippov et al., 20004), circunstância em que, havendo descentralização de competências, a autonomia política *pode* produzir tendências centrífugas, uma vez que cada governo *deveria*, em tese, adotar as políticas mais consoantes com as preferências de seus cidadãos. Entretanto, a autonomia política dos governos subnacionais e a descentralização de competências *não implicam necessariamente* a autonomia dos governos subnacionais para implementar políticas. Essa pode ser severamente limitada pela regulação de níveis superiores de governo. *Na presença de tais instrumentos de regulação, os Estados federativos podem superar os problemas de coordenação que são próprios aos regimes que dispersam a autoridade.* (ARRETCHE, 2012, pp. 158-159)

⁴⁴ Acerca das técnicas de distribuição de competências consultar, dentre outros, CLÉVE, Clèmerson Merlin. O estado brasileiro: algumas linhas sobre a divisão de poderes na federação brasileira à luz da Constituição de 1988. **Revista de Informação Legislativa**, n. 104, p. 21-42, Brasília, out.-dez., 1989, p. 24-25.

A análise do federalismo não deve estar atrelada às tipificações que lhe foram atribuídas, nem mesmo devem estar restritas ao desenho constitucional que assumiu a federação em determinado momento, já que o que se busca, principalmente quanto à questão das políticas sociais, é compreender de que forma serão construídos os arranjos federativos a partir da construção de cada política pública, e, de que forma, estes arranjos podem contribuir para a garantia de direitos fundamentais, e, por conseguinte, consolidação de uma democracia constitucional, ou seja, uma democracia através dos direitos (FERRAJOLI, 2015, p. 147).

2.3. Federalismo e democracia⁴⁵

Para Boueri (2012, p. 233) “Os sistemas federativos, em sua forma pura ou sob alguma variedade híbrida, são contemporaneamente o arranjo de governo dominante”; assim, “o federalismo se apresenta como o sistema mais compatível com a democracia”⁴⁶. Como diz Stepan (1999), “A rigor, somente um sistema que seja uma democracia constitucional⁴⁷ pode proporcionar as garantias confiáveis e os mecanismos institucionais que ajudam a assegurar que as prerrogativas legislativas das unidades da federação serão respeitadas”. Levi (in BOBBIO et. al., p. 482.), em crítica ao Estado Nacional e referenciando a Proudhon, explica:

Dessa forma uma democracia que se manifesta somente a nível nacional sem a base do autogoverno local é uma democracia nominal, porque controla do alto, sufocando-as, as comunidades, isto é, a vida concreta dos homens. E se pode acrescentar que também o planejamento, se é decidido no centro sem uma relação efetiva com o ambiente humano no qual estão enraizadas as instituições locais e regionais e com as exigências reais que elas exprimem, não somente é autoritário, mas também é ineficaz, porque não se baseia nas preocupações concretas dos homens.

⁴⁵Schmitt (1983, p. 161), em obra clássica, ao analisar no contexto do constitucionalismo alemão, a relação entre federalismo e democracia e a possibilidade de conciliação, afirma: “Democracia y federalismo son conciliables entre sí cuando concurren determinadas premisas concretas (recordemos, por ejemplo, los modelos de los Estados Unidos y de la Confederación helvética); el federalismo, es decir, una organización federal, suministra, en una democracia semejante el medio más seguro para lograr una descentralización territorial”.

⁴⁶Não se ignora aqui a discussão existente entre federalismo e democracia, no que diz respeito a questões de representação política. Quanto a esta questão, consulte-se Almeida (2001, p. 16): “As consequências desse fenômeno foram tratadas de duas maneiras pela literatura. A primeira chamou a atenção para o efeito da sobre-representação/sub-representação de Estados na distribuição de poder entre grupos da sociedade, nas orientações do Legislativo e, em decorrência, nas características das políticas públicas. De maneira mais precisa, a sobre-representação do Estado mais desenvolvido, São Paulo – teria redundado, por via do arranjo político, no reforço do poder de elites políticas e econômicas mais conservadoras, assegurado por sua atuação no Congresso Nacional. [...] A segunda maneira de tratar as consequências da representação distorcida é aquela que a transforma no cerne do argumento que problematiza as relações entre federalismo e democracia. Nesse caso, trata-se de uma indagação mais geral e abrangente, situada seja no plano das conexões entre teorias do federalismo e teorias da democracia, seja no terreno empírico do funcionamento das poliarquias organizadas com federação”.

⁴⁷Nesta correlação entre federalismo e democracia a Constituição – enquanto documento normativo que organiza estruturalmente o Estado – se torna documento essencial para a manutenção do pacto federativo. Destaque-se que Constituição de 1988 elevou a forma federativa de Estado à condição de cláusula pétrea.

A federação constitui, portanto, a realização mais alta dos princípios do constitucionalismo⁴⁸. Com efeito, a idéia do Estado de Direito, o Estado que submete todos os poderes à lei constitucional, parece que pode encontrar sua plena realização somente quando, na base de uma distribuição substancial de competências, o executivo e o judiciário assumem as características e as funções que têm no Estado federal. (BOBBIO et. al., 1998, p. 482).

Articula-se a idéia de democracia ao reconhecimento de direitos e a satisfação destes direitos à idéia de uma organização federativa. Franzece (2010, p. 31), analisando estudo realizado por Lijphart acerca do federalismo e da democracia, ressalta a conclusão de que “[...] características institucionais típicas das federações permitem incorporar as minorias no processo de representação política, melhorando a qualidade da democracia em sociedades menos homogêneas”. As federações, com sua característica de autogoverno e governo compartilhado, têm melhores respostas a esta questão do que os estados unitários.

Existem diferenças, busca-se o equilíbrio, a redução das diversidades com cooperação e subsidiariedade. Respeita-se o pluralismo racial, o étnico, o social e soluções são apresentadas pelo autogoverno das unidades e a aproximação entre governantes e governados numa divisão de competências e limitação do poder no sentido territorial, entre União e Estados, permitindo a competência concorrente e supletiva.

[...]

Apesar de alguns obstáculos e de sua diversidade com relação a cada país que o utiliza é a forma de Estado ou o sistema que maior eficiência oferece para a eficácia dos direitos fundamentais, através da dupla proteção dos *direitos imunidades*; da competência concorrente, supletiva; da proximidade entre governantes e governados; e da divisão territorial de competências, conducentes ao bom governo que propicia a justiça social, a liberdade, a segurança, tendo como corolário a paz (RAMOS, 2013, p. 344; 348).

Federalismo e democracia deveriam ser grandezas diretamente proporcionais, ou seja, na medida em que se distribui o poder político para as esferas locais, com a definição de competências, abre-se a possibilidade de participação dos cidadãos e, conseqüentemente, a melhor compreensão das necessidades materiais de cada comunidade. Como afirma Oliveira (2012, p. 57), “A integração operada entre democracia e federalismo funcionou como importante ferramenta de oposição ao perigoso sistema de autoridade única, excludente da participação dos demais segmentos da tessitura social”⁴⁹.

⁴⁸A respeito do constitucionalismo, dentre outros, consultar: MATTEUCCI, Nicola. **Organización del poder y libertad**: historia del constitucionalismo moderno. Traducción de Francisco Javier Ansuátegui Roig y Manuel Martínez Neira. Madrid: Trotta, 1998; FIORAVANTI, Maurizio. **Constitución**: de la antigüedad a nuestros días. Traducción de Manuel Martínez Neira. Madrid: Trotta, 2007.

⁴⁹Neste sentido, Dallari (1986, p. 66), que diz: “[...] a organização federativa é incompatível com a ditadura. Isso tem ficado muito evidente através da História, não havendo exemplo de convivência de ambas. Onde havia federalismo e se instalou uma ditadura ocorreu a concentração do poder político. E mesmo que mantida formalmente a federação, a realidade passou a ser um Estado Unitário, com governo centralizado. São exemplos disso a Alemanha com a ascensão de Hitler, o Brasil com a Ditadura Vargas e a Argentina de Perón. Federalismo e ditadura são incompatíveis”.

Anderson (2009, p. 24) ao se referir às origens do federalismo, também identifica como uma de suas hipóteses de surgimento a existência de pressões políticas para que se adotasse um regime democrático. Embora não seja possível encontrar uma única leitura sobre federalismo, Rodden (2005, p. 17.) ao tratar do tema do federalismo e da descentralização, entende o federalismo como um processo em que é distribuída e redistribuída a autoridade. Destaca este autor o caráter contratual do federalismo, e a partir daí, aponta alguns elementos que o caracterizam.

Em ambos os cenários, o contrato federal original é um acordo sobre a composição e os poderes do governo central, bem como sobre as “regras do jogo” que estruturarão as futuras interações entre esse governo e as unidades que o compõem. Os efeitos da barganha original tornam as federações diferentes dos sistemas unitários. As unidades não cederão autoridade ao centro sem salvaguardas contra a exploração futura, seja por parte do centro mesmo, seja por parte dos outros estados. Desse modo, os acordos federativos geralmente incluem: a) uma constituição que projeta a soberania e a autonomia das unidades, incluindo em alguns casos b) cláusulas que lhes atribuem todos os “poderes residuais” que foram explicitamente atribuídos ao centro; a credibilidade dessa legislação muitas vezes está vinculada à presença de c) um tribunal constitucional forte e independente; mais importante, acordos federais exigem d) maiorias ou supermaiorias das unidades territoriais para efetuar uma ampla gama de mudanças nas políticas – especialmente mudanças na distribuição vertical básica da autoridade política e fiscal ou na Constituição. (RODDEN, 2005, p. 18.)

Algumas federações, dentre elas, a federação brasileira apresenta os elementos indicados acima. Ao menos, no aspecto normativo, pode-se identificar a presença destes elementos, que são indicativos de uma descentralização, em que pese não ser possível afirmar a existência desta, única e exclusivamente, pelo aspecto estritamente normativo. Como ressaltou Baracho (1986, p. 117.) “O federalismo concebido nas constituições nem sempre se ajustam às realidades contemporâneas”.

2.4. Federalismo e políticas públicas

A discussão das relações entre federalismo e políticas públicas está associada ao tema da definição e implantação destas (FRANZECE, 2010, p. 31; ALMEIDA, 2001, p. 24), em especial, quanto a quem tem a responsabilidade de fazê-lo. Por esta razão, discute-se a questão da maior ou menor centralização, já que é isto que irá delimitar o âmbito de responsabilidade de cada ente federativo. Como visto anteriormente, na história do federalismo brasileiro, a

alternância entre centralização e descentralização⁵⁰, lhe é um traço característico. Quanto à influência que os sistemas políticos exercem sobre a política pública:

Os sistemas políticos também têm impacto crucial na capacidade política do Estado e no modo como os Estados produzem e implementam políticas e seus *outcomes* (Fabbrini e Sicurelli, 2008). Um dos aspectos mais significativos do sistema político a afetar a política pública é ser ele federal ou unitário.

[...]

O federalismo tem sido citado como uma razão fundamental para explicar a baixa capacidade política de muitos setores político-administrativos em países como os Estados Unidos e o Canadá (Howlett, 1999; McRoberts, 1993). Em países federais, os governos acham difícil desenvolver políticas consistentes e coerentes, porquanto as políticas nacionais, na maioria das áreas, exigem acordo intergovernamental, envolvendo negociações complexas, extensas e consumidoras de tempo que nem sempre são bem-sucedidas (Banting, 1982; Schultz e Alexandroff, 1985; Atkinson e Coleman, 1989b). Além disso, ambos os níveis de governo estão sujeitos a revisão judicial imprevisível de suas medidas, o que restringe ainda mais a habilidade do governo de realizar seus objetivos. (HOWLETT *et al.*, 2013, p. 67-68)

Howlett (2013, p. 68) distinguindo o sistema federal do unitário, entende que o sistema unitário torna menos complexa a implantação da política pública, já que o sistema federal irá exigir arranjos intergovernamentais que nem sempre são bem sucedidos. Conclui o autor, quanto ao federalismo que: “[...] torna a *policy-making* um *affair* prolongado e muitas vezes rancoroso, na medida em que os governos disputam questões judiciais ou estão envolvidos em extensas negociações intergovernamentais ou de litígio constitucional”. A discussão cinge-se, portanto, a questão da responsabilidade de cada ente federativo.

Sustenta Almeida (2001, p. 27) que no campo das políticas sociais, “a Constituição apontou na direção de uma modalidade de *federalismo* cooperativo, um sistema caracterizado pela existência de funções compartilhadas pelas diferentes esferas de governo”. Francese e Abrucio (2013, p. 362; 368), contrariando a opinião de que a Constituição adotou um modelo, entendem quanto à relação entre federalismo e políticas sociais que esta interação sinalizou para um federalismo cooperativo, com a construção dos sistemas de políticas públicas.

O que se pretende argumentar é que, no caso brasileiro, a interação entre políticas sociais e federalismo, no período pós-Constituição de 1988, construiu uma importante inovação federativa, que são os sistemas de políticas públicas. Essa estrutura, hoje em funcionamento nas áreas de saúde e assistência social, mas também constitucionalmente prevista para a área da educação, tem sido responsável pela construção, ainda que de acordo com a especificidade de cada política pública, de um federalismo cada vez mais cooperativo no Brasil.

[...]

Nesse sentido, a Constituição de 1988 cria um modelo de distribuição de competências que, apesar de propor compartilhamento, não indica quais formas devem ser utilizadas para levar essa cooperação a efeito – isto é, não definiu, a

⁵⁰“A Constituição de 1988 redesenhou a estrutura do Estado, dando-lhe as feições de uma federação descentralizada. Um a das dimensões importantes desse processo foi a redefinição de competências e atribuições das esferas de governo no âmbito da proteção social”. (ALMEIDA, 2001, p. 25)

exemplo do federalismo alemão, qual função cabe a cada esfera de governo na promoção de políticas públicas. Também, não separou, assim como no caso norte-americano, as atribuições de cada esfera de governo dentro da matriz federativa. Por isso, não obstante especificar a necessidade de compartilhamento, a Constituição não indica como este será operacionalizado, criando para o federalismo brasileiro como alerta Aspásia Camargo (1994), graves problemas de superposição de ações e *accountability* (responsabilização).

A estrutura federativa interfere, portanto, no desenho das políticas públicas, e estas, por sua vez, influenciam o federalismo. Francese e Abrucio (2013, p. 361) afirmam, quanto a esta relação que: “A literatura mais recente de ciência política não só reconheceu a interferência do federalismo na produção das políticas públicas como passou a analisar diferentes aspectos desta interação [...]”. Quanto a esta relação entre federalismo e políticas públicas, a partir da construção do Sistema Único de Saúde (SUS), após demonstrarem de que forma se estruturou política de saúde, num contexto de ajuste fiscal⁵¹, concluem os autores:

Esses novos espaços de negociação intergovernamental não fazem parte do desenho federativo da Constituição de 1988. São resultado da evolução de um modelo criado no âmbito da política de saúde e constituem um legado institucional dessa política para o funcionamento da federação brasileira. Nesse sentido, a inovação do SUS, criada no âmbito da política de saúde, colabora para a redefinição do modelo federativo brasileiro, trazendo uma nova forma de negociação intergovernamental que gera consequência para além do âmbito setorial. Prova disso é que seu formato institucional foi destacado do contexto da saúde e replicado para o setor da assistência social, originando o Sistema Único de Assistência Social (Suas).

Em resumo, os efeitos do desenho e da implementação do SUS no Brasil vão muito além da constituição de um federalismo mais compartilhado, tal qual argumentam Obinger, Leibfried e Castles (2005) para os casos por eles analisados. A universalização da atenção básica, em um contexto de ajuste fiscal federal, realizada por meio da descentralização de responsabilidades e da criação de novas redes locais de atendimento, fortalece os entes subnacionais e reduz a chance de novas decisões federais unilaterais no desenho do sistema. No caso da saúde, essa hipótese é reforçada pela institucionalização de espaços de negociação intergovernamental que se tornam fórum de constante articulação e pactuação federativa, ainda que dotados de certa assimetria entre seus participantes. (FRANZECE e ABRUCIO, 2013, pp. 377-378).

Pode-se concluir que, na política de saúde a diretriz constitucional da universalização de acesso prevista na Constituição, implicou na implantação de um federalismo mais cooperativo. Assim, a previsão constitucional das diretrizes do SUS – em especial quanto ao fato de se constituir em um sistema único e descentralizado – irá se concretizar a partir da

⁵¹ Conforme Franzece e Abrucio (2013, p. 375): “No caso brasileiro, como dito no final da seção anterior, o fato de que a implementação de políticas nacionais de universalização de acesso se deu em um momento de crise fiscal do Estado fez com que a estratégia federal não apenas incluísse a mera transferência de recursos em nome da execução de sua agenda, mas também transferisse a gestão de parte das políticas sociais. Assim, estados e municípios passaram a realizar investimentos e assumiram efetivamente a responsabilidade sobre as redes de prestações de serviços. Nesse contexto, a estrutura do sistema de políticas públicas tornou-se, a partir do exemplo da saúde, uma fórmula para promover a cooperação entre os entes federativos, estabelecendo parâmetros nacionais para cada política, organizando a distribuição de competências e instituindo espaços de negociação federativa”.

atuação da União – que será fundamental como indutora da adesão dos Estados e Municípios ao SUS. A política de saúde irá, neste sentido, influenciar a conformação da estrutura federativa, redesenhando as relações intergovernamentais.

2.5. Federalismo e política de saúde

O estabelecimento de objetivos na Constituição nada resolve, se estes objetivos não forem acolhidos pelo legislador e não existirem as condições (administrativas) necessárias para a realização dos mesmos. Diz Hesse (1998, p. 171), referindo-se à federação, “Mas também lá onde o Estado é competente, a realização de objetivos estatais pode ultrapassar sua capacidade, porque ele mesmo, muitas vezes, não dispõe dos meios de realização”. Eis o nó górdio, já que a eficácia do direito à saúde “[...] fica submetida à existência de uma infraestrutura que possibilite sua implantação (PÉREZ LUÑO, 2012, p. 25)”.

No campo específico do direito à saúde, a vinculação da Administração Pública encontra-se expressamente definida. Em primeiro lugar, pelo fato de a norma constitucional que o consagra (art. 6º da CF/1988) possuir aplicabilidade imediata (art. 5º, § 1º da CF/1988): ao irradiar seus efeitos imediatamente, o direito à saúde impõe deveres de respeito, proteção e promoção, de observância obrigatória pelo administrador público. Em segundo lugar, o próprio legislador constituinte já especificou, em sessão própria (Sessão II – “Da Saúde”, que compreende os arts. 196 a 200), a estrutura substancial e o regime de efetivação das políticas sanitárias, motivo pelo qual já se alegou, supra (subtópico 1.2.1), que o conteúdo do direito à saúde é apenas parcialmente indeterminado. (PIVETTA, 2014, p. 93)

Portanto, a simples menção no texto constitucional de que a saúde é um direito de todos e um dever do Estado torna-se pouco operativa se não existe uma organização estrutural para a tutela do direito. Como diz Ferrajoli (2015, p. 67) “É da observância das garantias constitucionais, sejam elas primárias, isto é, em obrigações e proibições imediatamente correlatas aos direitos previstos nas Constituições, ou mesmo, secundárias, isto é, consistentes na reparação judiciária das violações das garantias primárias – que depende a efetividade dos direitos estabelecidos e, portanto, da própria democracia constitucional”.

O que se denominou na teoria dos direitos fundamentais como garantias de organização, que exigem que o Estado providencie as estruturas necessárias para que os direitos sociais sejam concretizados. Estas garantias de organização reclamam, portanto, a institucionalização de estruturas na administração pública para que se alcancem os fins constitucionais e se garanta a implementação das políticas públicas. Quanto ao direito à saúde tem-se demarcado um caminho não só quanto à institucionalização normativa, mas também, pela criação e implementação de políticas sanitárias.

A institucionalização normativa observou-se no âmbito federal, estadual, distrital e municipal, a partir das diretrizes constitucionais⁵². Esta institucionalização estabeleceu os contornos normativos da política pública sanitária criando um sistema normativo complexo que, apesar das orientações constitucionais, estava para além desta, já que quanto a estrutura federativa, houveram significativas conquistas que foram implantadas ao longo dos anos e que condicionaram as configurações posteriores das políticas sanitárias; ou seja, um caminho de dependência (*path dependence*). Neste sentido:

De maneira resumida, pode-se dizer que, no primeiro caso, a estrutura federativa traz para as políticas sociais dilemas de coordenação e eficiência, isto é, a produção de políticas em contextos federativos é mais complexa, pois emana de mais de um centro de poder. Na formulação de Pierson, os *policymakers* de Estados federativos não têm que lidar apenas com a tradicional questão “o que deve ser feito”, mas devem preocupar-se, antes de tudo, em responder a pergunta “quem deve fazê-lo”.

Nessa condição, a política pública em federações objetiva, além das finalidades sociais para as quais foi proposta (como, por exemplo, redução da pobreza, aumento da longevidade ou da escolaridade da população etc.), a proteção institucional dos entes federativos. O resultado disso, ainda segundo Pierson, seria perda da eficiência, uma vez que quando se buscam dois objetivos em vez de um, atinge-se pior cada um deles. Isto é, o federalismo é analisado como um contexto institucional que traz uma série de dilemas à produção das políticas sociais, dificultando a obtenção de seus resultados.

De outra forma, na segunda abordagem, situam-se autores que, ao discutirem o tema do federalismo, analisam os impactos do desenvolvimento das políticas sociais para a dinâmica federativa. Nesse caso inverte-se o enfoque: é o desenvolvimento da política social que vem pautar novos desafios à dinâmica federativa, buscando uniformidade e nacionalização em modelos institucionais voltados à proteção da diversidade e da descentralização. Nesse sentido, o desenvolvimento das políticas sociais e a promoção de padrões equitativos de cidadania ao longo do território trazem para a discussão federativa o dilema da cooperação. Diante dessa situação, os arranjos federativos buscam um novo equilíbrio entre *self rule* e *shared rule*, tentando preservar os princípios de *accountability*, *checks and balance* e não-centralização diante da nova realidade trazida pela expansão da atividade governamental. (FRANZECE, 2010, pp. 81-82)

Vê-se, pois, que a relação federalismo e políticas públicas demonstram a existência de uma interdependência. Pode-se considerar que o federalismo também se constitui como instituição, na medida, em que condiciona a elaboração das políticas públicas, mas também, no aspecto contextual é redesenhado pela construção das políticas. Pensar o federalismo e as

⁵²Em sentido contrário, Arretche (2007, p. 23), afirma quanto à discussão da centralização e descentralização, que não houve qualquer grande ruptura com a Constituição de 1988, portanto não haveria um processo de cooperação: “Este formato centralizado de Estado federativo não é resultado de qualquer reforma implementada no pós-88. Antes, é uma continuidade do modelo de Estado Desenvolvimentista, que centralizou recursos e autoridade, modelo este cujas características centralizadoras foram aprofundadas pelo regime militar e mantidas pelas diferentes reformas descentralizadoras. Estas em nada alteraram este modelo previamente centralizado de organização do Estado nacional brasileiro. Ao contrário, o modelo de descentralização brasileiro consistiu em transferir a implementação das políticas para os governos territoriais, preservando o papel da União nas funções de financiamento e de normatização”.

políticas públicas de saúde implica não só observar os dispositivos constitucionais quanto à estrutura federativa e ao Sistema Único de Saúde, mas também, a trajetória normativa⁵³ de implementação da política de saúde. Passa-se, então a analisar esta trajetória.

⁵³Entende-se que, obviamente, a trajetória normativa não é suficiente para que avalie a implantação de uma política pública de saúde, no entanto, sustenta-se que a compreensão do quadro normativo que se constrói a partir da Constituição, da Legislação e de Atos Administrativos do Poder Executivo, é o ponto de partida para a construção da política e sua posterior implementação, considerando o fato de que o Estado está condicionado a atuar de conformidade com o que está estabelecido normativamente.

CAPÍTULO III

A TRAJETÓRIA DA POLÍTICA DE SAÚDE NO BRASIL: DA DESCENTRALIZAÇÃO À REGIONALIZAÇÃO

“O que a implementação da política de saúde evidenciou de forma precisa foi a íntima relação entre saúde e política, tendo em vista que prover melhores condições de saúde às populações necessitadas é questão que não pode ser resolvida sem que o Estado priorize inovações nas políticas sociais em geral, de maneira a enfrentar, por meio destas, os problemas da miséria e da morbidade”
(GERSCHMAN, 2004, p. 200)

Neste capítulo analisa-se a trajetória da política de saúde no Brasil pós-88. Objetiva-se expor o quadro normativo que se construiu ao longo dos anos até o advento do Decreto nº 7.508/2011. A trajetória da política pública de saúde, a partir das normativas, demonstra que a estrutura federativa plasmada na Constituição é redesenhada a partir das regulamentações elaboradas pela União. O caminho a ser percorrido inicia com a descentralização e se encerra da discussão da regionalização. Passa-se, então a referenciar as principais implicações das normativas que regeram a política de saúde.

3.1. Da descentralização à regionalização: a trajetória da política de saúde

Antes de se traçar a trajetória normativa da política de saúde, ainda que de forma breve, cabe expor o cenário político institucional que se desenhou no período. Viana (2011, pp. 15-23) identifica três institucionalidades da política social no Brasil no período de 1995 a 2010: “uma de corte liberal que cobre o primeiro e o segundo governo do Presidente Fernando Henrique Cardoso (1995/2002), outra de transição (2003/2006), durante o primeiro governo do Presidente Luiz Inácio Lula da Silva, e, finalmente, uma neodesenvolvimentista no seu segundo mandato (2007/2010)”.

No primeiro período, da institucionalidade liberal, a política social teve como características: “[...] o estímulo a uma maior participação privada na oferta, financiamento e controle de iniciativas sociais, através de novas entidades” (VIANA, 2011, p. 18), associada a uma reforma de Estado, que implicou a saída do Estado de diversas atividades produtivas, fortalecendo-se as funções de controle e regulação, assumindo o Estado um papel subsidiário, o que explica o surgimento das agências reguladoras e das parcerias público-privadas em toda a esfera social. Quanto à política de saúde e a descentralização:

A descentralização assume uma posição-chave, pois abarca diferentes objetivos: estimular a participação das esferas subnacionais no financiamento e provisão de serviços sociais; permitir um maior controle social sobre as políticas sociais; favorecer a participação social (deliberativas e consultivas) no interior das políticas. Draibe (1998) assinalou que nos anos 90 foram criados 25 novos conselhos nacionais de políticas sociais.

Sob o aspecto da política de saúde, a descentralização foi acompanhada pela ênfase nas ações de atenção primária e o fortalecimento de sistemas locais de saúde (municipais), por meio de estratégia saúde da família, focada, no seu início, em regiões e populações mais pobres.

Dessa forma, a descentralização permitiu padrões mais equitativos de política ao diminuir as desigualdades inter-regionais no tocante aos indicadores básicos de saúde, favorecendo também formas mais democráticas de decisão pública, ao aproximar os usuários do sistema de saúde das decisões da política”. (VIANA, 2011, pp. 18-19)

Na fase de transição, que se estende de 2003 a 2006, que surge após a NOAS (2001/2002), será marcada por uma conjuntura econômica internacional favorável, o que permitiu o acúmulo crescente de reservas, sendo positivo para o setor exportador, segundo Viana (2011, p. 20). Destaque-se, no período, o programa Bolsa Família que irá implantar iniciativas gerenciais que implicaram na queda do índice Gini. A política econômica estará interligada com a política social. Na política de saúde, nesta fase de transição, conforme destaca Viana (2011, p. 20):

A política de saúde continua a incentivar a atenção primária, agora com a preocupação de atingir as regiões Sudeste e Sul e os municípios maiores, implantando metas de acompanhamento e avaliação desse nível de atenção. No entanto, o esgotamento e os limites da estratégia de descentralização já se fazem sentir no que diz respeito ao perfil de financiamento (o crescimento dos orçamentos municipais atinge níveis superiores daqueles preconizados pela EC 29); à integralidade sistêmica, dada a ausência de uma rede de serviços que extrapole os limites municipais e dê conta das necessidades de atendimento nos demais níveis de assistência; à racionalidade no uso da infraestrutura de saúde (transporte e compra de materiais); e às dificuldades na extensão de iniciativas visando à criação de espaços e instâncias intermunicipais para oferta de serviços de saúde (os consórcios de saúde, por exemplo).

A terceira fase, que Viana (2011, p. 21) denomina de institucionalidade neodesenvolvimentista, “[...] quando a expansão das indústrias vinculadas ao fornecimento de insumos, materiais e itens essenciais à oferta de serviços é incorporada aos planejamentos de políticas da área social” (VIANA, 2011, p. 27). O Estado passou a ter um papel ativo no crescimento econômico e maior importância na política de investimentos na área social (VIANA, p. 21). Viana sintetiza a influência desse contexto na implantação da regionalização na política de saúde:

No caso da saúde, a política se concentra na expansão da capacidade física e no estímulo ao desenvolvimento tecnológico: o PAC da saúde concentra investimentos no complexo industrial da mesma, com destaque para a produção privada e pública de medicamentos, farma-químicos, antirretrovirais, vacinas, equipamentos e materiais. Entretanto, é justamente nesse período que a política de saúde passa por uma grande fragmentação, visto que a ênfase territorial não se associa com a política científica e tecnológica, nem tampouco é formulada e implementada de forma articulada com a expansão dos investimentos físicos.

A estratégia de regionalização, por outro lado, não contou com instrumentos e incentivos por parte daqueles desenvolvidos e implantados durante a era da descentralização, pois foram escassos os recursos (somente para implantação do CGR) destinados a essa política. (VIANA, 2011, p. 22)

Caso fôssemos fazer um balanço da influência do contexto social para a implementação dessa nova estratégia, os resultados seriam ambíguos, pois se, por um lado, fica claro que a estratégia foi priorizada nos documentos e normas do período, por outro lado, poucos incentivos reais foram dados e inexistiram iniciativas de integração entre as políticas científica e tecnológica e a da regionalização. (VIANA, 2011, pp. 22-23)

Esta breve referência ao caráter político institucional permite afirmar que o contexto se demonstrou favorável à regionalização, em que pese o processo não ter sido concretizado, ante os parques incentivos. Analisa-se, então, a trajetória da política de saúde a partir das normativas que foram elaboradas nos períodos assinalados até o advento do Decreto nº 7.508/2011, que será considerado um marco normativo para o processo de regionalização da política de saúde. Passa-se, então, a análise destes documentos normativos para se destacar as características de cada fase.

3.2. Questões constitucionais prévias: breve histórico do processo de constitucionalização do Sistema Único de Saúde (SUS)

A CRFB traz um título específico para tratar da ordem social. Neste subsistema constitucional o Capítulo II – Da Seguridade Social subdivide-se em quatro seções, sendo que a seção II é destinada ao tratamento da saúde, mais especificamente, os dispositivos do artigo 196 ao artigo 200. O Sistema Único de Saúde (SUS) tem como diretrizes a descentralização, atendimento integral e participação da comunidade, a teor do contido no artigo 198 da Constituição. Ao poder público reserva-se, nos termos da lei, a tarefa de regulamentação, fiscalização e controle, conforme enunciado no artigo 197.

O artigo 198 da CRFB estabelece que “[...] as ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único, organizado de acordo com as seguintes diretrizes [...]”. Há uma “[...] institucionalização constitucional do Sistema Único de Saúde” (SARLET in CANOTILHO, 2013, p. 1958). A referência a “regionalização” e a “hierarquização” demonstram a estreita vinculação da estrutura constitucional do SUS com o princípio federativo, já que a organização do sistema de saúde se fará em níveis de complexidade (atenção primária, atenção secundária e atenção terciária).

Trata-se de uma estrutura complexa, que envolve a participação de vários órgãos da Administração Pública direta (como o Ministério da Saúde, Secretarias Estaduais e Municipais), de entes da Administração Indireta (como a Agência Nacional de Vigilância Sanitária, os hospitais universitários vinculados às universidades públicas), de pessoas de direito privado (como Organizações Sociais e hospitais filantrópicos), bem como os Conselhos e Conferências de Saúde, que viabilizam a participação comunitária na formulação e gestão das políticas públicas sanitárias. A estruturação constitucional do Sistema Único de Saúde viabiliza que a atuação de todos esses agentes ocorra de maneira articulada, a partir das mesmas diretrizes e com objetivos concatenados. O SUS permite, com isso, a racionalização da gestão do sistema nacional de saúde.

Para organizar a estrutura jurídica desse sistema que, abruptamente, modificou completamente a política sanitária brasileira, foram estabelecidas diretrizes gerais que orientam a conformação geral da gestão da saúde pública. Inicialmente, o *caput* do

art. 198 da CF/1988 estabelece que as ações e serviços públicos de saúde integram uma *rede regionalizada e hierarquizada*. O termo “regionalizada” aponta para a necessidade de se repartir a organização do sistema a partir de circunscrições regionais, que não levam em consideração apenas critérios geográficos, estando na contingência da complexidade dos problemas sanitários brasileiros. Assim, a organização das circunscrições regionais levará em conta as especificidades de cada região e de suas demandas na área da saúde.

A rede “hierarquizada”, a seu turno, indica o escalonamento da prestação dos serviços a partir de sua complexidade, com vistas à racionalização do sistema e emprego otimizado dos recursos. A hierarquia do sistema é elaborada a partir de uma sucessão de três graus: o atendimento primário, o atendimento secundário e o atendimento terciário. Este, inclusive, é o modelo recomendado pela Organização Mundial de Saúde e pela Organização Panamericana de Saúde, por viabilizar um planejamento adequado e maior eficiência na gestão dos recursos públicos. O atendimento primário, o chamado de “atenção básica” envolve as ações de baixa complexidade (como consultas simples nas unidades básicas de saúde). Trata-se de “porta de entrada” do Sistema, que funciona como “referência” e “contrarreferência”: o cidadão sempre acessa o nível primário, que não apenas executa as atividades de menor complexidade, como também “referencia”, quando necessário, o paciente para os níveis mais complexos (secundário ou terciário). (PIVETTA, 2014, p. 126-127)

A Lei nº 8.080 de 19 de setembro de 1990, denominada Lei Orgânica da Saúde, alinhando-se com o disposto no artigo 198 da CRFB, nas alíneas “a” e “b” do inciso IX, do artigo 7º⁵⁴, irá estabelecer a descentralização e a regionalização como princípios a serem seguidos para organização do Sistema Único de Saúde (SUS). Como diz Lima e Viana (2011, p. 24), “[...] configura-se um projeto audacioso para consolidação do sistema público de saúde que deve ser, em um só tempo, nacional e universal, mas também descentralizado, integrado e hierarquizado no território, atendendo à diversidade regional do país”.

A questão que se coloca é que caminhos seguiram a construção desta rede de ações e serviços regionalizada e hierarquizada que se constitui na pedra fundamental do SUS? Pode-se afirmar que a trajetória da política pública de saúde, em que pesem as diretrizes constitucionais e os princípios contidos na Lei Orgânica do SUS, nem sempre permitiram a articulação entre a descentralização e a regionalização, senão, ao contrário, relevaram a existência de uma tensão entre ambas, dificultando a concretização do que fora plasmado normativamente no texto constitucional e na lei.

Considera-se que a regionalização, processo político que se traduz pela necessidade de formar redes de atenção à saúde nos diversos espaços geográficos da federação, apresenta inúmeros conflitos com as diretrizes da descentralização, tal como esta se realiza no Brasil. Isso porque a primeira (regionalização) tem natureza complementar e se forma a partir de elementos de diferenciação e diversidade territorial; a segunda (a descentralização) se constituiu de maneira finalística, não complementar, pela

⁵⁴“Art. 7º As ações e serviços públicos de saúde e os serviços privados contratados ou conveniados que integram o Sistema Único de Saúde (SUS), são desenvolvidos de acordo com as diretrizes previstas no art. 198 da Constituição Federal, obedecendo ainda aos seguintes princípios: [...] IX – descentralização político-administrativa, com direção única em cada esfera de governo: a) ênfase na descentralização dos serviços para os municípios; b) regionalização e hierarquização da rede de serviços de saúde; [...]”.

redistribuição de responsabilidades e recursos para unidades político-territoriais específicas.

A tensão entre a regionalização e a descentralização da política de saúde acentuou-se no caso brasileiro por, pelo menos, mais duas razões: (1) diferentemente de outros países, o planejamento regional não se articulou aos processos de descentralização. Pelo contrário, houve uma dissociação entre a estratégia de descentralização e a regionalização logo no início de implantação do SUS; (2) as propostas de regionalização tiveram início tardio, se conformando após sucessivos ciclos de descentralização que tiveram como foco os milhares de municípios existentes. (LIMA e VIANA, 2011, p. 25)

Necessário, portanto, percorrer o caminho da política de saúde, para compreender como se estruturou a rede de ações e serviços públicos de saúde, quanto à descentralização e à regionalização.

3.3. O caminho para a regionalização: as normas operacionais básicas e a trajetória da descentralização do SUS

É pacífico nos trabalhos sobre regionalização que esta tem como um dos objetivos principais superar a fragmentação dos serviços de saúde gerada pelo processo de municipalização realizado na primeira década de implantação do SUS (ALBUQUERQUE, 2013, p. 86; REIS et. al., 2010, p. 158; SAUTER; GIRARDON-PERLINI; KOPF, 2012, p. 268; SIILVA; GOMES, 2013, p. 1108). Reconhecem-se aspectos positivos da municipalização da saúde, mas esta criou dificuldades para a consolidação do processo de regionalização.

É necessário reconhecer que sem a descentralização não haveria como se discutir a regionalização. A descentralização representou um novo paradigma na saúde em relação ao que se tinha anteriormente. Oportunizou aos Municípios atuarem em área que até então não atuavam. Isto se torna relevante quando se analisa o legado das políticas públicas. No caso do Brasil tem-se um legado centralizado antes de 1988. Após a Constituição e a Lei n. 8.080/90, com a regulamentação pelo Ministério da Saúde (NOBS) e a adesão dos Municípios inicia-se do processo de institucionalização do SUS.

Sauter, Girardon-Perlini e Kopf (2012, p. 268) em artigo de revisão de literatura realizado com a técnica de pesquisa exploratória, ao examinarem uma amostra de oito artigos publicados entre 2001 e 2009, com foco na regionalização e na gestão do SUS, quanto ao início do processo de descentralização – denominado de “Municipalização Autárquica”⁵⁵, que foram viabilizadas pela edição das Normas Operacionais Básicas – NOB SUS 01/91 (Portaria nº 258,

⁵⁵Conforme Mendes (apud BRASIL, 2007, p. 25), “[...] o fenômeno da ‘municipalização autárquica’, processo de construção de sistemas municipais sem inserção regional e ligados diretamente ao gestor federal, tentando abstrair o papel da esfera estadual”.

de 7 de janeiro de 1991), NOB SUS 01/93 (Portaria GM/MS nº 545/93 e NOB/SUS 01/96 (Portaria nº 2.203/2006) apontam as vantagens e desvantagens desta fase.

Lima e Viana (2011, p. 28) identificam o período que condiz com a vigência na NOB 01/91 e 01/93 com sendo o segundo ciclo da descentralização que, fundamentalmente, se baseia, “[...] nas transferências fiscais e setoriais não redistributivas, pois são fortemente dependentes da capacidade de produção e faturamento dos serviços de saúde (pagamento por prestação de serviços e transferências segundo série histórica de produção e faturamento)”.

Não houve alteração da sistemática de financiamento e repasse dos recursos, o que de certa forma, representou dificuldades para os Municípios assumirem as responsabilidades decorrentes da descentralização. Não há como descentralizar e regionalizar a política de saúde, sem que haja uma política de financiamento/investimento. Sem que se criem as condições financeiras para que ocorra a adesão do Município à política que se quer implantar, garantindo-se a continuidade dos repasses financeiros, não é possível concretizar a política de saúde.

Dessa forma, o processo de descentralização, por meio da municipalização, transferiu para os municípios recursos e responsabilidades. A descentralização dos serviços de saúde para os municípios (denominada Municipalização Autárquica) trouxe vantagens e desvantagens ao sistema de saúde. Entre as vantagens, destaca-se a expansão dos serviços municipais de saúde, com o objetivo de prover, no município, o maior número de serviços de saúde.

Para os autores, a Municipalização Autárquica obteve fortalecimentos inquestionáveis: a radicalização do processo de descentralização, com a conseqüente entrada em cena de inúmeros atores envolvidos na formulação e execução das ações; maior democratização do setor; melhoria do acesso às ações e serviços, tanto na atenção básica quanto de serviços mais complexos; e êxito no controle de uma série de doenças evitáveis.

No entanto, os avanços não impediram a conformação de sistemas municipais de saúde fragmentados, atomizados, nem o aprofundamento das desigualdades na oferta e no acesso aos serviços, comprometendo a legitimidade do SUS.

As desvantagens foram a fragmentação e a baixa qualidade dos serviços de saúde, pois o município expandia a assistência à saúde com pouca economia de escala e de escopo e, ainda, sem criar nenhuma articulação regional dos serviços de saúde.

As Normas Operacionais Básicas conduziram a uma política de investimentos na saúde em que o relevante era dispor do maior número de unidades de saúde no território municipal, especialmente com muitos hospitais sem condições técnicas para funcionar, incluindo aqui a falta de serviços de diagnóstico e Terapia, levando à fragmentação, à ineficiência e a menor qualidade dos serviços prestados. (SAUTER, GIRARDON-PERLINI E KOPF, 2012, p. 268)

A NOB 01/96 tinha por finalidade primordial: “promover e consolidar o pleno exercício, por parte do poder público municipal e do Distrito Federal, da função de gestor da atenção à saúde dos seus munícipes”. A Programação Pactuada Integrada (PPI) é definida no item 11.1.1 da NOB 01/96 como: “um instrumento essencial de reorganização do modelo de atenção e da gestão do SUS, de alocação dos recursos e de explicitação do pacto estabelecido

entre as três esferas de governo”. A NOB/96, conforme Lima e Viana (2011, pp 29-30), marca o terceiro ciclo de descentralização que, em síntese, pode ser assim avaliado:

O terceiro ciclo da descentralização da política de saúde é marcado pela Norma Operacional Básica de 1996, quando se institui um processo redistributivo de recurso financeiros do Ministério da Saúde para os municípios por meio de transferências *per capita* (Piso de Atenção Básica Fixo) e incentivos para a adoção do Programa Saúde da Família (PSF). Essas novas medidas de financiamento favoreceram as regiões Norte e Nordeste, justamente as mais empobrecidas do país e com grandes dificuldades na condução das políticas de saúde (Lima, 2007)

Além das mudanças no financiamento, não foram propostas medidas mais específicas de fomento ao fortalecimento das estruturas subnacionais nesse período. Esse terceiro ciclo esgotou-se pela sua incapacidade de alterar o quadro de desigualdades regionais e intrarregionais na saúde (VIANA *et al.*, 2002). Mesmo com a construção de um ambiente intergovernamental *mais* favorável à coordenação federativa por meio das Comissões Intergestores, houve certa estagnação dos avanços na descentralização do SUS. Isso se deve à maior complexidade das dinâmicas territoriais nesse período, pelo alinhamento do Brasil à economia globalizada, o que acarretou maiores desigualdades sócio-espaciais e novos desafios para a saúde (FIORI, 1995).

A partir desse terceiro ciclo, pode-se afirmar que houve um enfraquecimento do pacto nacional a favor do SUS, tendo como agravante o fato de que as políticas neoliberais incentivaram a competição entre os entes federados na corrida pela modernização do país. As políticas, tornadas extremamente setoriais, não favoreceram uma compreensão integrada da dinâmica territorial brasileira, em constante e rápida transformação, impedindo o governo federal de atualizar sua visão regional do país.

Em consequência, os resultados da descentralização brasileira são contraditórios e altamente dependentes das condições prévias. Observa-se que as características dos sistemas descentralizados de saúde são bastante heterogêneas no território nacional, refletindo diferentes capacidades financeiras, administrativas e operacionais para a prestação da atenção à saúde e distintas disposições políticas de governadores e prefeitos (SOUZA, 2002).

Em dezembro de 2001, segundo a Secretaria de Assistência à Saúde do Ministério da Saúde (SAS/MS), mais de 99,21% dos municípios brasileiros (5.516) se habilitaram a uma das condições de gestão previstas na referida Norma, sendo 89% em Gestão Plena da Atenção Básica (4.952) e 10,14% em Gestão Plena de Sistema Municipal (564). Em relação à habilitação dos Estados, cinco Estados estavam habilitados na Condição de Gestão Avançada do Sistema Estadual e sete na condição de Gestão Plena de Sistema Estadual (CONASS, 2003, p.32).

Os requisitos e responsabilidades para a adoção da Gestão Plena de Atenção Básica, Gestão Plena de Sistema Municipal, Gestão Avançada do Sistema Estadual e Gestão Plena do Sistema Estadual foram estabelecidos na Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde (NOB-SUS/96)⁵⁶. Cada modalidade de gestão traz as suas implicações. Quanto às condições de gestão no âmbito estadual, os requisitos comuns para as duas modalidades, dentre outros, eram: “a. Comprovar o funcionamento do CES; b. Comprovar o funcionamento da CIB;

⁵⁶Para a leitura detalhada de todas as responsabilidades gerais e específicas, requisitos, prerrogativas inerentes a cada modalidade de gestão, tanto do Município quanto do Estado, consultar o inteiro teor da NOB-SUS/96, especialmente dos itens “15” e subitens para as Condições de Gestão do Município e “16” e subitens para as Condições de Gestão do Estado, publicada pela Portaria n. 2.203 de 5 de novembro de 1996.

c. Comprovar a operação do Fundo Estadual de Saúde e, d. Apresentar o Plano Estadual de Saúde, aprovado pelo CES [...]”.

Pelos dados apresentados na tabela abaixo se pode observar que em 2001 – a NOB/96 teve vigência de dezembro de 1997 a dezembro de 2001 -, quase a totalidade dos Municípios estava habilitada ao SUS em uma das modalidades de gestão (GPAB ou GPSM). Ouverney (2014, p. 101-102) analisando a orientação federativa trazida pela NOB/96 (Brasil, 1996) entende que o arranjo das relações intergovernamentais “[...] fundamentava-se em um federalismo integrado de bases claramente municipalistas [...] marcada pelo compartilhamento de funções e recursos”.

Tabela 1 – Evolução do número de municípios habilitados, segundo Norma Operacional – 1991-2001

Ano	Norma Operacional/ Municípios habilitados por ano			Total de Municípios Habilitados – Brasil (cumulativo)
NOB 91				
1991	321			321
1992	565			886
1993	188			1074
NOB 93				
	Incipiente	Parcial	Semiplena	
1994	1836	537	24	2397
1995	295	75	32	2799
1996	192	6	81	3076
1997	44	0	7	3129
TOTAL	2367	618	144	
NOB 96				
1998 1999 2000 2001 TOTAL	GPAB		GPSM	
	4600		449	5049
	254		47	5300
	73		27	5450
	25		41	5516
TOTAL	4952		564	

Fonte: (OUVERNEY, 2014, p. 113)

A descentralização impulsionada pelas normas operacionais de fato alcançou os objetivos propostos. Houve um fortalecimento dos Municípios na gestão da política de saúde. A União permaneceu centralizando o financiamento da saúde, e, por conseguinte, houve uma parca participação do Estado neste processo. Tornou-se evidente a necessidade de se buscar a regionalização para corrigir os problemas decorrentes da descentralização, principalmente, no

que dizia respeito à gestão e à atenção à saúde (SOUZA, 2001, p. 452). Albuquerque (2013, p. 86) destaca, em síntese, os problemas que emergiram da descentralização:

Três graves problemas surgiram a partir daí: (i) a norma era igual para todos os municípios, mas estes eram muito desiguais entre si em termos do seu poder econômico e político no contexto da federação; (ii) ao vir desacompanhada de uma proposta de regionalização do sistema, a descentralização contribuiu para acirrar as desigualdades socioespaciais existentes, dificultando a cooperação intergovernamental e maiores avanços na efetivação dos princípios e integração regional dos serviços do SUS; (iii) a relação direta entre União e municípios fragilizou o papel das esferas estaduais no planejamento e coordenação das redes assistenciais regionalizadas. (ALBUQUERQUE, 2013, p. 86)

A construção de um federalismo cooperativo restou prejudicada considerando o fato de que as relações intergovernamentais tornaram-se mais suscetíveis de se estabelecerem de forma competitiva do que de forma cooperativa, considerando a realidade da maioria dos municípios no Brasil, ou seja, sem condições estruturais para suportar as atribuições que lhe foram colocadas. O processo de descentralização, conduzido na década de 90, tem um efeito fragmentador, “[...] ao privilegiar os municípios sem a face da regionalização e desconsiderando o papel das secretarias estaduais de saúde” (VIANA e LIMA, 2011, p. 7).

A União exerceu um forte papel de indução para a adesão dos Municípios às políticas de saúde, no entanto, desprestigiou a atuação das Secretarias Estaduais de Saúde, dificultando a conformação das redes de forma regionalizada e criando um cenário em que se favoreceu o surgimento de conflitos intergovernamentais entre os entes federativos. Arretche (2000, p. 57), em estudo acerca das determinantes do processo de descentralização, pontuou e analisou as variáveis que interferiram na adesão dos Municípios ao Sistema Único de Saúde (SUS):

*Portanto, quando comparados entre si, o sucesso de cada programa – ou processo de descentralização de cada política setorial – é determinado por uma dada estrutura de incentivos à adesão. Vale dizer, dado que, em Estados federativos, a assunção de atribuições de gestão em políticas públicas depende da decisão soberana dos governos locais – salvo expressa imposições constitucionais – e dado que esta decisão é resultado de um cálculo destas administrações quanto aos custos e benefícios nela implicados, **a extensão da descentralização depende, em grande parte, da estrutura de incentivos associada a cada política particular.** A existência de uma estratégia de indução eficientemente desenhada e implementada – o que supõe que o nível de governo interessado tenha disposição e meios econômicos e administrativos para tal – é um elemento central desta estrutura de incentivos, na medida em que, associada a requisitos ou exigências postos pela engenharia operacional de cada política, pelas regras constitucionais que normatizam sua oferta e pelo legado das políticas prévias – fatores estes cujo comportamento varia para cada política –, constituem elementos importantes da decisão local pela assunção de competências de gestão de políticas públicas. (ARRETCHÉ, 2000, p. 57) - destaques em itálico constam do original sem o negrito*

Evidencia-se, neste primeiro momento, que a descentralização é a estratégia chave adotada para as políticas sociais, e, por conseguinte, da política de saúde. Fala-se em uma

“institucionalidade liberal da política social”, de 1995 a 2002, em que se tem a “predominância das forças de mercado na política econômica, em que esta esteve voltada para a liberalização econômica, estabilização monetária, ajuste fiscal, diminuição do Estado na esfera produtiva e na provisão de serviços e estímulo à competitividade empresarial” (VIANA, 2011, p. 23).

A descentralização implicou, portanto, o alargamento dos braços do SUS para todo o território nacional. Representou a possibilidade de inserção dos Municípios no cenário da política de saúde. As políticas indutoras do governo federal atingiram o propósito a que se propunham: promover a adesão do Município à política de saúde do SUS. No final deste primeiro período – em que se tem um *institucionalidade liberal* – num cenário de reforma em que o Estado assume um papel subsidiário – surgirá a NOAS (Norma Operacional de Assistência à Saúde) para se incluir na agenda de discussão da política pública de saúde a regionalização.

3.4. A regionalização a partir da Norma Operacional de Assistência à Saúde - NOAS

A Norma Operacional de Assistência à Saúde (NOAS) foi o primeiro instrumento que teve por objetivo promover a regionalização. O surgimento desta perspectiva se deve ao fato de que na primeira década do SUS conforme explicitado, se deu prioridade quase que absoluta ao processo de Municipalização, principalmente com adoção de uma postura centralizadora na definição das políticas na União e estabelecimento de relacionamento direto com os Municípios a partir da indução destes a adesão à descentralização. A NOAS 01/1 e, posteriormente, a NOAS 01/02 estabeleceram a normatividade para a regionalização do SUS.

A NOAS decorre de uma ampla discussão realizada entre o Ministério da Saúde, as representações nacionais dos secretários estaduais e municipais de saúde e o Conselho Nacional de Saúde, portanto, não houve qualquer imposição unilateral desta norma operacional pelo Ministério da Saúde. Souza (2001, p. 453), compartilhando deste entendimento, afirma que a NOAS “[...] traduz o resultado de um amplo e franco processo de construção de um “consenso mínimo” sobre os principais desafios e as correspondentes estratégias de enfrentamento a serem adotadas pelos gestores”.

Quando da edição da Portaria MS/GM nº 95 de 26 de janeiro de 2001 – o Ministério da Saúde editou material explicativo intitulado **“Regionalização da assistência à saúde: aprofundando a descentralização com equidade de acesso”** (BRASIL, 2001, p. 11) em que reconhecia a existência de problemas e desafios para a consolidação do SUS, como uma crônica da morte anunciada, já diagnosticava que os problemas que emergiram no processo de

descentralização, também, seriam diagnosticados como obstáculos para a regionalização e seriam decorrentes do sistema federativo inaugurado com a Constituição.

A peculiaridade do arranjo federativo brasileiro estabelecido pela Constituição Federal de 1988, em que tanto estados quanto municípios constituem-se em entes federados, sem relação hierárquica, torna complexa a construção de um sistema nacional de saúde, fundado em princípios avançados de unicidade, universalidade e integralidade da atenção e na diretriz de descentralização com comando único em cada nível de governo. Do ponto de vista da organização do sistema e do acesso da população às ações de saúde, a marcante heterogeneidade entre estados, e mais ainda entre municípios, torna mera casualidade que o espaço territorial-populacional e a área de abrangência político-administrativa de um município correspondem a uma rede regionalizada e resolutiva de serviços com todos os níveis de complexidade, ou mesmo que esta se localize dentro de um estado sem exercer poder de atração para além de suas fronteiras legais. (BRASIL, 2001, p. 11)

O que se buscou com a NOAS era justamente a superação dos problemas e o enfrentamento dos desafios trazidos com a municipalização. O que se objetivava era estabelecer estratégias para que a população tivesse acesso aos serviços de saúde em todos os níveis de atenção. A Portaria nº 95, de 26 de janeiro de 2001 (NOAS-SUS 01/2001) estabelecia como estratégia a regionalização: “Estabelecer o processo de regionalização como estratégia de hierarquização dos serviços de saúde e de busca de maior equidade”. Ou seja, a regionalização é estabelecida como macroestratégia.

A NOAS-SUS 01/01 aborda três grupos de estratégias articuladas que visam contribuir para o processo de regionalização em saúde, como forma de promover a descentralização com equidade no acesso:

- Elaboração do Plano Diretor de Regionalização e diretrizes para a organização regionalizada da assistência, visando à conformação de sistemas de atenção funcionais e resolutivos nos diversos níveis.
- Fortalecimento das capacidades gestoras do SUS, que compreende um conjunto de estratégias voltadas para consolidar o caráter público da gestão do sistema, por meio da instrumentalização dos gestores estaduais e municipais para o desenvolvimento de funções como planejamento/programação, regulação, controle e avaliação, incluindo instrumentos de consolidação de compromissos entre gestores.
- Atualização dos critérios e do processo de habilitação de estados e municípios, visando superar o caráter desse processo e torna-lo coerente com o conjunto de mudanças propostas.

Viana (2011, p. 19) destaca que a NOAS teve alcance limitado, ante os poucos recursos federais destinados para que se implantasse a estratégia da regionalização, mas também, pelo baixo empenho dos Estados para que se desse início a um processo mais substantivo de regionalização da política de saúde. Dourado e Elias (2011, p. 208) destacam os obstáculos à implantação da regionalização a partir da NOAS, denotando que os aspectos positivos da descentralização, se converteram em obstáculos para que houvesse a implantação da NOAS.

Por isso, embora se conjecturassem grandes potencialidades, a efetivação da orientação operativa engendrada pela NOAS enfrentou importantes obstáculos. A

atribuição às secretarias estaduais de saúde das competências referentes ao planejamento regional sofreu resistências por parte dos municípios que, já tendo adquirido autonomia na gestão da saúde, identificaram uma perspectiva de (re) centralização. Além disso, a concentração política e financeira na esfera federal estabelecida durante a década de 1990 – que serviu para que a indução operada pelo Ministério da Saúde por meio das NOBs obtivesse sucesso na municipalização – criou constrangimentos para que se implantasse a regionalização como diretriz organizativa do sistema. Em decorrência da prévia relegação do papel da esfera estadual e da pouca prática de mecanismos de cooperação federativa, a proposta da NOAS não foi bem sucedida, justamente por ter-se deparado com a estrutura política instituída pela municipalização. Em vez de cooperação, desencadearam-se disputas entre governos estaduais e municipais pela administração de serviços, e a ação indutora exercida pelo governo federal não foi suficiente para criar espaços de coordenação federativa nos níveis subnacionais. (DOURADO; ELIAS, 2011, P. 208)

Inegável que a NOAS foi um esforço institucional para transformar a agenda emergente em diretrizes operacionais: introduziu os Planos Regionais da Assistência (PDR), novos parâmetros para a Programação Pactuada e Integrada (PPI), o Plano Diretor de Investimentos (PDI) e os novos modelos de redes integradas de serviços e planos de controle, regulação e avaliação. Contribuiu para ampliar o diálogo intergestores, fortalecer a instância estadual (SESA) como protagonista na condução da política estadual da regionalização e propiciar a construção de novos saberes e práticas para o processo de cooperação com os municípios (Brasil, 2003).

O CONASS (Conselho Nacional de Secretários de Saúde) na avaliação das funções essenciais da saúde (Fesp) nos Estados, quanto às funções F11 Fesp/SUS n. 11 “Coordenação do processo de Regionalização e Descentralização da saúde” e F5 Fesp/SUS n. 5 “Desenvolvimento de políticas e a capacidade institucional de planejamento e gestão pública da saúde”, os resultados alcançados foram acima da média em todos os Estados que tiveram a participação das Secretarias Estaduais de Saúde (SESA). Tais resultados foram atribuídos ao modelo de regionalização desencadeado pela NOAS (Brasil, 2007, p. 53).

3.5. Pacto pela Saúde

O insucesso da implantação da regionalização pela NOAS levou a uma nova tentativa de implantação com a criação do Pacto pela Saúde em 2006. Dourado e Elias (2011, p. 210), após breve relato histórico no processo de regionalização com análise dos elementos políticos do federalismo, entenderam que o Pacto pela Saúde contribuiu para o processo de implantação da regionalização, superando alguns obstáculos que surgiram quando do advento da NOAS, sendo que os instrumentos criados pelo pacto foram essenciais para o planejamento regional do SUS. Nas palavras dos autores:

Nesse sentido, o Pacto pela Saúde 2006 traz a possibilidade de importantes alterações na dimensão política do planejamento regional do SUS a partir de um novo modelo de funcionamento das relações intergovernamentais no campo da saúde. Embora os instrumentos de indução pela esfera federal tenham sido mantidos, a atual orientação normativa oferece condições para que o processo tenda para uma descentralização da coordenação para o nível estadual, legitimada nas CIBs, de maneira mais determinante do que foi obtido pela NOAS. Ademais, a concepção institucional indica a plausibilidade do deslocamento da gestão regional para os CGRs, consolidando os processos decisórios compartilhados como mecanismos de expressão da cooperação interfederativa no âmbito das regiões. (DOURADO; ELIAS, 2011, p. 210)

O instrumento normativo que instituiu o pacto pela saúde foi a Portaria nº 399/GM, de 22 de fevereiro de 2006. Esta Portaria trouxe as diretrizes para a implantação de mudanças na política de saúde sem desconsiderar o que tinha sido realizado anteriormente. O Pacto pela Saúde representa um passo adiante na consolidação da regionalização; “[...] um movimento de mudança que não é uma norma operacional, mas um acordo interfederativo articulado em três dimensões: o Pacto pela Vida, o Pacto em Defesa do SUS e o Pacto de Gestão” (CONASS, 2011, p. 26).

Dentre os três elementos que compõem o Pacto pela Saúde, para os fins deste estudo, interessam as diretrizes estabelecidas no Pacto de Gestão. Este pacto objetiva estabelecer responsabilidades para os entes federados para minimizar os problemas que decorreram da descentralização. O desenho da política pública de saúde após o Pacto de Gestão propiciou a abertura de espaço para a consolidação de um federalismo cooperativo (CONNAS, 2011, p. 28) já que procurou viabilizar a gestão compartilhada e solidária do SUS. O item III do Anexo I da Portaria GM nº 399/2006 sintetiza as diretrizes que se pretendeu alcançar.

Esse Pacto parte de uma constatação indiscutível: o Brasil é um país continental e com muitas diferenças e iniquidades regionais. Mais do que definir diretrizes nacionais é necessário avançar na regionalização e descentralização do SUS, a partir de uma unidade de princípios e uma diversidade operativa que respeite as singularidades regionais.

Esse Pacto radicaliza a descentralização de atribuições do Ministério da Saúde para os estados, e para os municípios, promovendo um choque de descentralização, acompanhado da desburocratização dos processos normativos. Reforça a territorialização da saúde como base para organização dos sistemas, estruturando as regiões sanitárias e instituindo colegiados de gestão regional.

[...]

As prioridades do Pacto de Gestão são:

DEFINIR DE FORMA INEQUÍVOCA A RESPONSABILIDADE SANITÁRIA DE CADA INSTÂNCIA GESTORA DO SUS: federal, estadual e municipal, superando o atual processo de habilitação.

ESTABELECEER AS DIRETRIZES PARA A GESTÃO DO SUS, com ênfase na Descentralização; Regionalização; Financiamento; Programação Pactuada e Integrada; Regulação; Participação e Controle Social; Planejamento; Gestão do Trabalho e Educação na Saúde.

A regionalização se constitui no eixo central da política de saúde (SAUTER; GIRARDON-PERLINI; KOPF, 2012, p. 265). Albuquerque (2013. 106) destaca que se inicia

uma nova fase da regionalização - “regionalização viva” - pelo pacto iniciar “[...] um novo ciclo de descentralização do SUS ao procurar garantir a função da regionalização de trazer os conteúdos do território para dentro das lógicas de sistema e de descentralização” (VIANA et. al., 2008, p. 96). A região de saúde é conceitualmente redefinida com o pacto pela saúde.

Regiões de saúde – recortes territoriais inseridos em espaços geográficos contínuos. Identificá-los é responsabilidade dos gestores municipais e estaduais, tendo como base a existência de identidades culturais, econômicas e sociais, assim como de redes nas áreas de comunicação, infraestrutura, transportes e saúde. Nessas regiões, as ações e serviços devem ser organizados com o objetivo de atender às demandas das populações dos municípios a elas vinculados, garantindo o acesso, a equidade e a integralidade do cuidado com a saúde local. Para tanto, deve estar garantido o desenvolvimento da atenção básica da assistência e parte da média complexidade, assim como as ações básicas de vigilância em saúde. As Regiões de Saúde podem assumir diferentes desenhos, desde que adequados às diversidades locais, mesmo que não acompanhando as divisões administrativas regionais já utilizadas por alguns estados na organização de seus trabalhos. A delimitação das Regiões de Saúde não pode ser vista, portanto, como um processo meramente administrativo. Para que seja eficaz e efetiva, deve levar em conta todos os fatores envolvidos, viabilizando dessa forma o desenvolvimento de uma “regionalização viva” (BRASIL MS, 2006, p. 23)

Como ressalta Viana (2011, p. 20) “O Pacto introduz fortemente a estratégia de regionalização por meio da criação de instâncias de negociação da política: os Colegiados de Gestão Regional (CGR)”. Os Colegiados de Gestão Regional se constituem em uma das principais inovações trazidas com o Pacto pela Saúde, com o fim de buscar uma articulação para fortalecimento dos pactos entre as unidades da federação. A criação dos colegiados representou um passo importante na institucionalização da regionalização. Conforme destaca Albuquerque (2013, p. 172):

A política nacional de saúde demorou vinte anos, desde a criação do SUS, para desenvolver um conceito de rede de saúde e suas diretrizes operacionais. Mesmo com a publicação da primeira diretriz de regionalização, a Noas, o conceito de *rede* – fundamental para se pensar a estruturação de regiões –, não foi definido. A primeira fase da regionalização do SUS tinha como um dos principais objetivos reverter o quadro de atomização da gestão e planejamento dos serviços no nível municipal, através da estruturação de redes funcionais assistenciais. Um dos maiores avanços nesse sentido foi o incentivo para a regulação assistencial pelos estados e as portarias federais voltadas para a conformação de redes estaduais de assistência especializadas em determinadas doenças, perfil social ou condições de vida. Entretanto, considerando-se a complexidade de gestão tripartite do SUS e a diversidade de instituições públicas e privadas que participam da oferta assistencial naquele momento, a definição de rede de saúde seria um passo importante a ser dado pela política nacional, para além das definições constitucionais. (ALBUQUERQUE, 2013, p. 172).

O documento para a formalização do Pacto Pela Vida e de Gestão será o Termo de Compromisso de Gestão⁵⁷ – regulamentado posteriormente pela Portaria GM/MS nº 699 de 30/03/2006 – que estabelecia no artigo 2º: “[...] as responsabilidades sanitárias e atribuições do respectivo gestor, as metas e objetivos do Pacto pela Vida, que definem as prioridades dos três gestores para o ano em curso e os indicadores de monitoramento, que integram os diversos processos de pactuação de indicadores existentes serão afirmadas publicamente por meio dos Termos de Compromisso de Gestão [...]”. Viana (2011, p. 32), apresenta um quadro sinótico dos ciclos de descentralização da política de saúde:

⁵⁷ A Portaria nº 1.580 de 19 de julho de 2012 afasta a exigência de adesão ao Pacto pela Saúde ou assinatura do Termo de Compromisso de Gestão, para fins de repasse de recursos financeiros pelo Ministério da Saúde a Estados, Distrito Federal e Municípios, considerando o teor do Decreto nº 7.508 de 28 de junho de 2011 estabelece o Contrato Organizativo da Ação Pública em Saúde (COAP) como instrumento federativo adequado à formalização das relações e responsabilidades interfederativas no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).

Quadro 5 - Os ciclos de descentralização e regionalização na política de saúde do Brasil no período de 1983 a 2010

Período	Principais Instrumentos de Regulação	Conteúdo das Políticas
1983 a 1992	Ações Integradas de Saúde (AIS) e Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS) - NOB 91 e NOB 92	Difusão dos modelos de territorialidade dos sistemas de saúde (distritos de saúde). Instrumentos Comerciais: ênfase na autonomia decisória e financeira dos estados e municípios. Descentralização da gestão e universalização gradativa dos serviços.
1993 a 1995	NOB 93	Tentativas de fortalecimento da gestão municipal com indefinições quanto ao papel das Secretarias de Estado da Saúde
1996 a 2000	NOB 96	Ampliação do processo de descentralização para os municípios e indução à organização de novos modelos de atenção. Agravamento das desigualdades intra e inter-regionais
2001 a 2006	Noas 2001/2002	Revalorização da lógica regional no setor, com estabelecimento de um conjunto de normas e diretrizes para a configuração de "regiões de saúde". Ênfase no planejamento regional sob condução das instâncias estaduais.
2006 a 2010	Pactos pela Saúde	Nova concepção de regionalização: ao mesmo tempo em que resgata seu conteúdo político admite que a organização espacial do sistema de saúde deve levar em conta a diversidade do território brasileiro e buscar a complementariedade entre as regiões. Protagonismos das instâncias estaduais na condução da regionalização a partir da flexibilização dos critérios a serem utilizados no planejamento regional.
Ambiente Intergovernamental		Perfil do Financiamento
Fortemente marcado pela redemocratização. Articulações para elaboração da nova Constituição e organização do poder democrático. Negociações intergovernamentais por meio do funcionamento das Comissões Interinstitucionais dos Conselhos de Representação dos Secretários de Saúde (Conass e conasems) e da Comissão Intergestores Tripartite (a partir do início dos anos 90)		Programação e Orçamentação integradas (POI) (décadas de 80). Ampliação do repasse de recursos federais segundo produção aprovada (prestadores públicos e privados). Crise do financiamento federal no início da década de 90, com expansão das despesas municipais.
Negociações intergovernamentais por meio dos Conselhos de Representação dos Secretários de Saúde (Conass, Conasems e Cosems) e Comissões Intergestores (CIT e CIB). Iniciativas isoladas de Consórcios. Formalização dos acordos intergovernamentais por meio do processo de habilitação às condições de gestão do SUS.		Transferências federais fiscais e setoriais não redistributivas: repasse direto ao prestador segundo produção aprovada. Início das transferências federais em bloco ("block grants") segundo montante definido no teto financeiro. Oscilação das despesas federais e expansão das despesas municipais.
Negociações intergovernamentais em âmbito nacional e estadual por meio das instâncias colegiadas de representação e gestão e experiências de negociação regional isoladas (Ex.: CIB regionais). Negociações intermunicipais, com participação e mediação da instância estadual (Programação Pactuada e Integrada – PPI). Iniciativas isoladas de consórcios e ampliação dos agentes privados no âmbito loco-regional. Formalização dos acordos intergovernamentais, por meio do processo de habilitação às condições de gestão do SUS e da PPI.		Implantação de transferências federais setoriais redistributivas. Forma preponderante na saúde: transferências segmentadas em várias parcelas ("Project grants") por nível de atenção à saúde, tipo de serviço e programas. Oscilação das despesas federais e expansão das despesas municipais.
Negociações em âmbito nacional e estadual por meio das instâncias colegiadas de representação e gestão e experiências de negociação regional isoladas (ex. cib regionais). Iniciativas isoladas de consórcios e ampliação dos agentes privados no âmbito loco-regional. Formalização dos acordos intergovernamentais por meio do processo de habilitação às condições de gestão do SUS, da PPI e de experiências de contrato de gestão isoladas. Implantação de mecanismos de avaliação de resultados (Agenda da Saúde, Pacto pela Atenção Básica)		Forma preponderante na saúde: transferências segmentadas em várias parcelas ("Project grants") por nível de atenção à saúde, tipo de serviço e programas, incluindo a definição de referências intermunicipais. Somatório das despesas municipais e estaduais supera as despesas federais em saúde.
Negociações em âmbito nacional e estadual. Fomento à expansão das experiências de negociação regional e compartilhamento de gestão dos sistemas de saúde com a conformação dos Colegiados de Gestão Regional (CGR). Formalização dos acordos entre gestores por meio da PPI e assinatura de termos de compromisso entre os gestores no âmbito do Pacto de Gestão e Pacto pela Vida. Implantação de mecanismos de monitoramento e avaliação dos compromissos pactuados.		Transferências federais em grandes blocos segundo nível de atenção à saúde, tipo de serviço, programas e funções. Expansão das despesas estaduais e dos investimentos públicos federais e estaduais.
		A adesão aos Termos substitui os antigos processos de habilitação previstos nas normas operacionais do SUS como requisito para transferência de responsabilidades e recursos. Ampliação dos mecanismos de qualificação para gestão.

Fonte: Lima e Viana (2011, p. 32) – com adaptações quanto à forma de apresentação

Conforme dados da FNS a adesão dos Municípios ao Pacto pela Saúde em 2012 era de 3.994 Municípios do total de 5.565, ou seja, 71,77%. Em 2012 dos 27 Estados 10 tinham a totalidade dos seus Municípios com adesão ao Pacto pela Saúde, sendo que destes 7 já alcançavam o percentual de 100% em 2011, dentre estes, o Estado do Paraná.

Tabela 2 - Adesão dos Municípios ao Pacto pela Saúde em 2011 e 2012

UF	Total de municípios no estado	Municípios com adesão ao Pacto pela Saúde (2011)	Percentual de municípios	Municípios com adesão ao Pacto pela Saúde (2012)	Percentual de municípios
AC	22	9	40,91%	11	50,00%
AL	102	96	94,12%	102	100,00%
AM	62	4	6,45%	4	6,45%
AP	16	6	37,50%	6	37,50%
BA	417	243	58,27%	288	69,06%
CE	184	184	100,00%	184	100,00%
DF	1	0	0,00%	0	0,00%
ES	78	71	91,03%	71	91,03%
GO	246	228	92,68%	246	100,00%
MA	217	138	63,59%	154	70,97%
MG	853	807	94,61%	841	98,59%
MS	78	78	100,00%	78	100,00%
MT	141	130	92,20%	135	95,74%
PA	143	132	92,31%	134	93,71%
PB	223	149	66,82%	186	83,41%
PE	185	111	60,00%	157	84,86%
PI	224	41	18,30%	59	26,34%
PR	399	399	100,00%	399	100,00%
RJ	92	48	52,17%	54	58,70%
RN	167	167	100,00%	167	100,00%
RO	52	52	100,00%	52	100,00%
RR	15	9	60,00%	9	60,00%
RS	496	53	10,69%	155	32,25%
SC	293	293	100,00%	293	100,00%
SE	75	75	100,00%	75	100,00%
SP	645	644	99,84%	645	100,00%
TO	139	69	46,64%	84	60,43%
Total	5.565	4.236	76,12%	3.994	71,77%

Fonte: FNS/MS - informações referentes ao mês de setembro de 2012

O Pacto pela Saúde sem qualquer dúvida cumpriu a tarefa de impulsionar a adesão dos Municípios e contribuir para o avanço da regionalização, no entanto permanecia em zona cinzenta a questão da responsabilidade dos entes federados o que impedia a criação de regiões de saúde ante as dificuldades de se ter um instrumento normativo que pudesse disciplinar as responsabilidades entre os entes federativos, ampliando assim, a margem de segurança para a criação de novos arranjos federativos entre Municípios, e entre estes e o Estado. O Decreto nº 7508/2011 irá trazer as novas diretrizes normativas para a regionalização.

3.6. O Decreto nº 7.508/2011 e a institucionalização normativa da regionalização contratualizada: novas perspectivas

É o Decreto nº 7.508/2011 que regulamentará a Lei n. 8.080/1990 quanto às responsabilidades dos entes federativos na implantação da regionalização do SUS. A quem afirme que até o advento do Decreto nº 7.508/2011 nem todas as regulamentações existentes estavam conformes às diretrizes constitucionais e legais do SUS (SANTOS, 2012, p. 200), ou seja, havia incompatibilidade entre o disposto na legislação e a forma como se deu a regulamentação pelas portarias. Santos (2012, pp. 200-201), com clareza e objetividade, alude à questão, expondo os problemas gerados no âmbito do MS.

Em 28 de junho de 2011 foi publicado o decreto federal 7.508, regulamentando alguns artigos da lei 8.080/1990. Passados 21 anos, a lei foi regulamentada. O que veio com atraso, ganhou em maturidade. O decreto regulamenta algumas normas da lei 8.080, de 1990, em especial, os arts. 4º, 6º, 7º, 8º e 36º, tendo sido o primeiro decreto a explicar suas normas.

Esse atraso provavelmente ensejou um retardo na exata compreensão dos regramentos do SUS expressos na lei, uma vez que o Ministério da Saúde, ao longo desses anos, editou portarias estruturando o sistema nem sempre de acordo com os preceitos da lei, muitas vezes mais em consonância com o pensamento e a ideologia de profissionais de saúde que ocupavam cargos no ministério, conforme já mencionado neste trabalho. Isso criou uma desarmonia na aplicação da lei, que parece ter ficado ao largo do SUS, com as portarias sendo a expressão autônoma de pensamento de servidores em vez de aplicar a lei em seus exatos termos.

Para minha surpresa, muitas vezes percebia que o servidor que defendia determinadas idéias que passavam a ser expressadas nas portarias não conhecia a lei que regulamenta o SUS em seus exatos termos. Esse cenário durou 21 anos, com boas regulamentações portariais ao lado de muitas que mais ensejavam confusão que harmonia. Outro ponto relevante é o desconhecimento que impera no Ministério da Saúde no tocante à consolidação de suas regulamentações internas, uma vez que poucos sabem se uma portaria está em vigor, se foi alterada, revogada e assim por diante.

Por isso, a edição do mencionado decreto é de essencial importância para a estruturação do SUS em coerência com a lei 8.080, de 1990, garantindo assim uma sintonia nacional, uma unicidade organizativa e uma coesão entre os pensamentos dos dirigentes da saúde pública brasileira. (SANTOS, 2012, pp. 200-201)

O Decreto nº 7.508/2011 irá trazer inovações no tratamento normativo da regionalização. Uma das principais contribuições é a definição de conceitos considerados estratégicos, tais como: mapa de saúde; regiões de saúde; redes de atenção; serviços especiais de acesso aberto; protocolo clínico e diretriz terapêutica. Ampliam-se os instrumentos propostos para a implantação da regionalização: Comissões Intergestores Regionais (CIR); Contrato Organizativo de Ação Pública (COAP); Relação Nacional de Serviços de Saúde - RENASES; Relação Nacional de Medicamentos Essenciais- RENAME; dentre outros.

Estes instrumentos são parte do processo de institucionalização da regionalização das políticas públicas de saúde. Tecnicamente, do ponto de vista normativo, o Decreto nº 7.508/2011 substitui as portarias ministeriais que regulavam as instâncias intergestores, o que representa o reconhecimento de maior força normativa a regulamentação, já que o Decreto deve ser considerado a referência normativa para a edição de todo e qualquer ato administrativo no âmbito da regulamentação de políticas públicas de saúde. Em outras palavras, o fundamento de validade deve ser extraído do Decreto nº 7.508/2011.

A região de saúde se constitui em terreno privilegiado para a garantia do direito à saúde, de conformidade com os pressupostos constitucionais. O inciso I do artigo 2º, do Decreto nº 7.508/2011, define o que se deve compreender por região de saúde: “[...] **espaço geográfico contínuo constituído por agrupamentos de Municípios limítrofes, delimitado a partir de identidades culturais, econômicas e sociais e de redes de comunicação e infraestrutura de transportes compartilhados, com a finalidade de integrar a organização, o planejamento e a execução de ações e serviços de saúde;**”⁵⁸.

Do enunciado normativo do inciso I do artigo 2º do Decreto nº 7.508/2011 depreende-se que a definição de região de saúde foi modificada em relação à definição de região de saúde que se trabalhava no Pacto pela Saúde. Pode-se identificar na trajetória de implantação da política pública de saúde que a definição de região de saúde foi sendo alterado ao longo dos anos. Pode-se afirmar que estas alterações são decorrentes de um processo contínuo de amadurecimento evidenciando a dependência que é gerada de uma fase à outra na realização do projeto de regionalização. Ilustre-se com um quadro sinótico para visualizar.

⁵⁸Esta definição é reproduzida no enunciado do parágrafo primeiro do artigo 2º da Resolução CIT n. 1, de 29 de setembro de 2011, que estabelece diretrizes gerais para a instituição de Regiões de Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), nos termos do Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011.

Quadro 6 – Definições de Região de Saúde – Trajetória Normativa

Referências Normativas	Conceito de Região de Saúde
- Item 4/A do Capítulo I do Anexo da Portaria nº 95, de 26 de janeiro de 2001 (NOAS-SUS 01/2001)	4 - [...] A – Região de Saúde – base territorial de planejamento da atenção à saúde, não necessariamente coincidente com a divisão administrativa do estado, a ser definida pela Secretaria de Estado da Saúde, de acordo com as especificidades e estratégias de regionalização da saúde em cada estado, considerando as características demográficas, sócio-econômicas, geográficas, sanitárias, epidemiológicas, oferta de serviços, relações entre municípios, entre outras. Dependendo do modelo de regionalização adotado, um estado pode se dividir em regiões e/ou microrregiões de saúde. Por sua vez, a menor base territorial de planejamento regionalizado, seja uma região ou uma microrregião de saúde, pode compreender um ou mais módulos assistenciais.
- Item 5/a do capítulo I do anexo da Portaria n. 373, de 27 de fevereiro de 2002.	5 – [...] a) Região de Saúde - base territorial de planejamento da atenção à saúde, não necessariamente coincidente com a divisão administrativa do estado, a ser definida pela Secretaria Estadual de Saúde, de acordo com as especificidades e estratégias de regionalização da saúde em cada estado, considerando as características demográficas, socioeconômicas, geográficas, sanitárias, epidemiológicas, oferta de serviços, relações entre municípios, entre outras. Dependendo do modelo de regionalização adotado, um estado pode se dividir em macrorregiões, regiões e/ou microrregiões de saúde. Por sua vez, a menor base territorial de planejamento regionalizado, seja uma região ou uma microrregião de saúde, pode compreender um ou mais módulos assistenciais.
- Item 2.1 da III Parte do Anexo II da Portaria n. 399, de 22 de fevereiro de 2006 que divulga o Pacto pela Saúde – Consolidação do SUS e aprova as Diretrizes Operacionais do Pacto.	[...] As Regiões de Saúde são recortes territoriais inseridos em um espaço geográfico contínuo, identificadas pelos gestores municipais e estaduais a partir de identidades culturais, econômicas e sociais, de redes de comunicação e infraestrutura de transportes compartilhados do território;
- Inciso I do artigo 2º do Decreto nº 7.508 de 28 de junho de 2011 - § 1º do artigo 2º da Portaria CIT nº 1 de 29 de setembro de 2011	[...] I – Região de Saúde - espaço geográfico contínuo constituído por agrupamentos de Municípios limítrofes, delimitado a partir de identidades culturais, econômicas e sociais e de redes de comunicação e infraestrutura de transportes compartilhados, com a finalidade de integrar a organização, o planejamento e a execução de ações e serviços de saúde.

Fonte: Elaboração própria

O Decreto nº 7.508/2011 também delimitou materialmente as exigências mínimas para a criação da Região de Saúde. Dispõe o seguinte: “Art. 5º Para ser instituída, a Região de Saúde deve conter, no mínimo, ações e serviços de: I - atenção primária; II - urgência e emergência; III - atenção psicossocial; IV - atenção ambulatorial especializada e hospitalar; e V - vigilância em saúde. Parágrafo único. A instituição das Regiões de Saúde observará cronograma pactuado nas Comissões Intergestores”. A Resolução CIT n. 01, de 29/09/2011 estabelece os objetivos e as diretrizes para a organização das regiões de saúde.

Art. 3º Constituem-se objetivos para organização das Regiões de Saúde, sem prejuízo de outros que venham a ser definidos, os seguintes:

I - garantir o acesso resolutivo da população, em tempo oportuno e com qualidade, a ações e serviços de promoção, proteção e recuperação, organizados em redes de atenção à saúde, assegurando-se um padrão de integralidade;

II - efetivar o processo de descentralização de ações e serviços de saúde entre os entes federados, com responsabilização compartilhada, favorecendo a ação solidária e cooperativa entre os gestores, impedindo a duplicação de meios para atingir as mesmas finalidades; e

III - buscar a racionalidade dos gastos, a otimização de recursos e eficiência na rede de atenção à saúde, por meio da conjugação interfederativa de recursos financeiros entre outros, de modo a reduzir as desigualdades locais e regionais.

Art. 4º Constituem-se diretrizes gerais para organização das Regiões de Saúde, sem prejuízo de outras que venham a ser definidas, as seguintes:

I - avaliação do funcionamento das atuais Regiões de Saúde por Estados e Municípios, a ser pactuada na Comissão Intergestores Bipartite (CIB), no tocante aos requisitos previstos no art. 5º do Decreto Nº 7.508, de 2011, devendo a CIB levar as conclusões ao conhecimento da Comissão Intergestores Tripartite (CIT);

II - delimitação das Regiões de Saúde a partir de identidades culturais, econômicas e sociais e redes de comunicação e infraestrutura de transportes compartilhados, de modo a imprimir unicidade ao território regional;

III - observância das políticas de saúde na organização e execução das ações e serviços de saúde de atenção básica, vigilância em saúde, atenção psicossocial, urgência e emergência, atenção ambulatorial especializada e hospitalar, além de outros que venham a ser pactuados, que garantam o acesso resolutivo e em tempo oportuno;

IV - reconhecimento de necessidades econômicas, sociais e de saúde da população da região para o processo de pactuação dos fluxos assistenciais;

V - instituição, quanto à composição político-administrativa, de Regiões de Saúde intraestaduais, quando dentro de um mesmo Estado, e interestaduais, quando os partícipes se situarem em 2 (dois) ou mais Estados; e

VI - constituição da Comissão Intergestores Regional (CIR) como foro interfederativo regional de negociação e pactuação de matérias relacionadas à organização e ao funcionamento das ações e serviços de saúde integrados em rede de atenção à saúde, composta por todos os gestores municipais da Região de Saúde e o gestor(es) estadual(is) ou seu(s) representante(s).

A instituição das regiões de saúde se constitui em um dos aspectos mais importantes da regionalização da saúde. O Decreto nº 7.508/2011 viabilizou o cumprimento da determinação constitucional de que a organização do SUS deve se estruturar em rede regionalizada e hierarquizada (Art.198, “*caput*”). Não é opção do gestor público de saúde, instituí-la ou não. “A demarcação dessas regiões é obrigatória, como devem ser os contratos que fixam responsabilidades dos entes na região” (SANTOS, 2012, p. 88). O quadro sinótico que sintetiza a trajetória da regionalização:

Quadro 7 – Concepções (ideias/sentido) acerca da regionalização da saúde e instrumentos para operacionalização da política ao longo da implementação do SUS, segundo seu marco normativo

Normativas Analisadas	Concepções acerca da Regionalização da Saúde	Principais instrumentos propostos
NOB 91, NOB 92 e NOB 93	- A regionalização é compreendida como um processo de articulação e mobilização municipal, num contexto de grande força da idéia de municipalização. - O processo de regionalização deve considerar as características geográficas, fluxo de demanda, perfil epidemiológico, oferta de serviços e, acima de tudo, a vontade política dos municípios para se consorciar ou estabelecer qualquer outra relação de caráter cooperativo. - O planejamento integrado é destacado, tendo a CIT, a CIB e os Conselhos como foros de negociação.	- Comissão Intergestores Tripartite (CIT) - Comissão Intergestores Bipartite (CIBI) - Consórcios Intermunicipais de Saúde
NOB 96	- A compreensão acerca da regionalização está relacionada à organização dos serviços em rede regionalizada e hierarquizada, disciplinados segundo subsistemas municipais. - Há um entendimento de que a organização desordenada desses subsistemas municipais geraria atomização e fragmentação do SUS, ressaltando a importância do estado para mediar a relação entre eles. - Destaca-se a CIT, CIB e Conselhos de Saúde como espaços importantes para negociação e gestão compartilhada.	- Programação Pactuada e Integrada
NOAS (2001 e 2002)	- A regionalização é considerada fundamental para a consolidação dos princípios da universalidade, equidade no acesso e integralidade da atenção, além do alcance da equidade alocativa. - O processo de regionalização deve envolver a definição de regiões de saúde, módulos assistenciais, municípios-sede dos módulos, municípios-pólo e unidades territoriais de qualificação, por meio do Plano Diretor da Regionalização (PDR). - Aponta inovações em três aspectos: 1) Acesso: ao definir diretrizes para a organização do primeiro nível de referência, segundo os principais problemas da população; 2) Gestão: ao estimular o planejamento integrado entre gestores municipais, introduzir mecanismos para a garantia da referência e responsabilizar o estado pelo apoio aos municípios na organização dessas redes e pela coordenação do sistema de referência; 3) Financeiro: ao aumentar o aporte de recursos diretamente aos municípios, por meio de uma base <i>per capita</i> nacional. - Também há destaque para CIT, CIB e Conselhos como instâncias de debate e negociação.	- Plano Diretor de Regionalização (PDR) - Plano Diretor de Investimentos (PDI)
Pacto pela Saúde (2006)	- A regionalização é entendida como uma estratégia eficaz para a formação de sistemas de saúde eficientes e de relações intergovernamentais mais cooperativas. Compreende a construção de desenhos que respeitem as realidades locais e que promovam a pactuação entre os gestores no âmbito dos Colegiados de Gestão Regional (CCR). - O processo de regionalização seria norteado por sete pressupostos: territorialização, flexibilidade, cooperação, cogestão, financiamento solidário, subsidiariedade, participação e controle social. - A regionalização se pautaria por alguns objetivos gerais: 1) Garantir acesso, resolatividade e qualidade às ações e serviços de saúde a toda a população brasileira, independentemente de porte populacional do seu município de residência; 2) Garantir a integralidade na atenção à saúde, por meio do acesso a todos os níveis de complexidade; 3) Potencializar a descentralização do sistema, fortalecendo o papel dos estados e dos municípios, para que exerçam amplamente suas funções gestoras; e 4) Racionalizar os gastos e otimizar a aplicação dos recursos, possibilitando ganhos de escala nas ações e serviços de saúde de abrangência regional. - A regionalização é assumida como eixo estruturante dessa normativa em suas três dimensões: Pacto pela Vida, de Gestão e em Defesa do SUS.	- Colegiados de Gestão Regional (CGR). - Termos de Compromisso de Gestão.
Decreto 7.508/2011	- A regionalização é compreendida como eixo importante para a organização do SUS, associada à idéia de hierarquização dos serviços e construção de regiões a partir de critérios a serem observados pelos estados e municípios. - O processo de regionalização envolveria o levantamento da capacidade instalada para prestação de serviços de saúde (mapa da saúde), a definição de regiões de saúde e a construção de redes de serviços. Para isso, define: 1) Mapa da saúde: constitui a etapa diagnóstica do planejamento, na qual deve ser realizada a identificação dos recursos humanos, capacidade de produção de serviços e investimentos presentes no território. 2) Região de saúde: corresponde ao espaço geográfico delimitado para garantir a integração, planejamento e execução de ações e serviços. 3) Rede de atenção à saúde: diz respeito ao conjunto de ações e serviços organizados em níveis crescentes de complexidade, em uma dada região de saúde, a fim de garantir a integralidade da assistência. - Reafirma o papel das Comissões Intergestores Tripartite (CIT), Bipartite (CIB) e Regionais (CIR, antigos CGR) como fóruns importantes de articulação federativa.	- Comissões Intergestores Regionais (CIR). - Contrato Organizativo da Ação Pública da Saúde (COAP) - Relação Nacional de Ações e Serviços de Saúde (RENASES) - Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME).

Fonte: (PEREIRA, 2014, pp. 140-141)

O quadro permite a visualização objetiva e clara das fases pela qual passou a regionalização das políticas públicas de saúde quanto às questões relacionadas ao federalismo

sanitário brasileiro, que se desenvolveu desde a criação do Sistema Único de Saúde (SUS) após a vigência da Constituição de 1988 até a regulamentação da Lei n. 8.080/1990, em especial, pelo Decreto nº 7.508/2011 considerando o impacto desta regulamentação para a questão da regionalização. Albuquerque (2013, pp. 126-127), quanto à contribuição do Decreto nº 7.508/2011 sintetiza:

Além de considerar os objetivos propostos pelo Pacto, o Decreto nº 7.508 ampliou-os significativamente, conferindo maior complexidade técnica, política e normativa ao processo de regionalização. Focou: a compatibilização e integração do processo de planejamento da saúde, considerando as diretrizes da política nacional, estadual e municipal; a segurança jurídica na relação intergovernamental regional (Coap); a integração das ações e serviços em redes de atenção à saúde e o fortalecimento da coordenação das redes; a associação entre planejamento e orçamento, tendo a região de saúde como referência para a transferência de recursos; e a condução da política regional baseada em resultados e metas. O Decreto nº 7.508 destacou o papel das redes de atenção no planejamento regional do SUS, que devem ser estruturadas e pactuadas regionalmente, ainda que seus componentes e fluxos assistenciais extrapolem este limite. O sistema logístico das redes (transporte sanitário e regulação) e a perspectiva de garantia de acesso integral às ações e serviços conforme as necessidades da população devem ordenar os fluxos assistências regionais e entre as regiões de saúde. (ALBUQUERQUE, 2013, pp. 126-1274)

Construída a trajetória da regionalização a partir de um quadro normativo da política pública de saúde, compreendem-se não só os mecanismos que foram sendo implantados a cada regulamentação. A análise e avaliação das práticas anteriores - considerando os condicionamentos gerados a cada experiência – evidencia um dos elementos forjados pelos institucionalistas históricos denominado caminho da dependência (*path dependence*). Cabe agora analisar, a partir deste referencial teórico e das categorias da matriz analítica, a regionalização no Estado do Paraná, considerando, inicialmente as implicações do Decreto n. 7.508/2011 na política de saúde estadual.

Neste capítulo, portanto, o que se buscou foi traçar a trajetória da regionalização até o advento do Decreto nº 7.508/2011. Considerando os referenciais normativos que demarcaram as fases da descentralização, bem como as tensões existentes entre a descentralização e a regionalização, é possível concluir que o decreto se constituirá no documento normativo que irá permitir a descentralização se faça pela regionalização, viabilizando a articulação entre os entes federativos. Passa-se a analisar, portanto, qual a institucionalidade da regionalização e da

CIB/PR no período de 2011-2015, tomando-se como ponto de partida as implicações do Decreto no âmbito do Estado do Paraná.

CAPÍTULO IV

A INSTITUCIONALIDADE DA REGIONALIZAÇÃO E DA COMISSÃO INTERGESTORES BIPARTITE NO ESTADO DO PARANÁ

Tecendo a manhã

Um galo sozinho não tece uma manhã:
ele precisará sempre de outros galos.
De um que apanhe esse grito que ele
e o lance a outro; de um outro galo
que apanhe o grito de um galo antes
e o lance a outro; e de outros galos
que com muitos outros galos se cruzem
os fios de sol de seus gritos de galo,
para que a manhã, desde uma teia tênue,
se vá tecendo, entre todos os galos.

E se encorpando em tela, entre todos,
se erguendo tenda, onde entrem todos,
se entretendendo para todos, no toldo
(a manhã) que plana livre de armação.
A manhã, toldo de um tecido tão aéreo
que, tecido, se eleva por si: luz balão.

João Cabral de Melo Neto

Neste capítulo se realiza a análise empírica a partir da matriz metodológica adotada como referencial teórico, quanto à institucionalidade da regionalização e da Comissão Intergestores Bipartite (CIB/PR) no período de 2011-2015, para demonstrar como se estabelece a regionalização da política de saúde no Estado do Paraná e, como indicativo do grau de institucionalização, qual é o percurso da implantação das Redes de Atenção à Saúde, como indicativo da ampliação da possibilidade da garantia do direito fundamental à saúde.

4.1. Composição e Estrutura da Comissão Intergestores Bipartite (CIB/PR)

A Comissão Intergestores Bipartite (CIB/PR) no Estado do Paraná foi instituída através da Resolução nº 045/93, de 23/06/1993 do Secretário de Estado da Saúde do Paraná, em atenção a Portaria nº 545/93⁵⁹, do Ministério da Saúde. Conforme artigo 3º do Regimento Interno:

A Comissão Intergestores Bipartite do Paraná deve ser composta de forma paritária, por 5 (cinco) representantes da Secretaria de Estado da Saúde do Paraná, indicados pelo Secretário do Estado da Saúde, e 5 (cinco) do órgão de representação dos Secretários Municipais de Saúde do Estado do Paraná, indicados pelo presidente mesmo.

Dentre os cinco representantes dos gestores municipais, são considerados membros natos, o Secretário Municipal de Saúde da Capital do Estado e o Secretário Municipal de Saúde que está exercendo a presidência do órgão de representação dos Secretários Municipais de Saúde do Estado do Paraná, ou seja, do COSEMS. As outras três vagas deverão ser ocupadas por Secretários Municipais de Saúde, que representem municípios de pequeno (menos de 20.000 habitantes), médio (de 20.000 a 100.000 habitantes) e grande porte (acima de 100.000 habitantes).

No Estado do Paraná a Comissão Intergestores Bipartite tem um coordenador estadual e um coordenador municipal, sendo que a coordenação municipal será realizada pelo presidente do Conselho de Secretários Municipais de Saúde – COSEMS. As reuniões da comissão são coordenadas alternadamente pelo coordenador estadual e pelo coordenador municipal. A CIB/PR conta com um Comitê Executivo Macrorregional em cada uma das Macrorregiões de Saúde do Estado do Paraná que tem por objetivo monitorar, acompanhar e propor soluções para o funcionamento das RAS.

⁵⁹Esta Portaria estabelecia as normas e procedimentos reguladores do processo de descentralização da gestão das ações e serviços de saúde através da Norma Operacional Básica – SUS 01/93. Esta Portaria estabelecia a Comissão Intergestores e os Conselhos de Saúde como foros de negociação e deliberação. Dizia quanto à Comissão ser esta uma “[...] *instância privilegiada de negociação e decisão quanto aos aspectos operacionais do SUS*” (Item 2.2.1.).

As deliberações da CIB/PR devem ser realizadas sempre por consenso, o que fortalece as pactuações realizadas, sendo que deve ter a participação de no mínimo três representantes de cada uma das instituições. O quórum mínimo também é de três representantes de cada instituição. A exigência de que as pactuações sejam por consenso faz com que na divergência entre a SESA e o COSEMS, retire-se de pauta a discussão. Destaque-se a retirada de pauta da discussão sobre a aplicação dos recursos das especificidades regionais pela divergência.

3.3. Portaria GM/MS nº 571/2011 – Recursos Especificidades Regionais: Marina informou a retirada deste tema da pauta, porque a proposta apresentada, pela SESA, divergia do que havia sido pactuado pela CIB/PR até então, e o COSEMS/PR considerou que seria prudente fazer o levantamento e a avaliação da execução dos projetos anteriores, antes de se discutir e aprovar [...] outra proposta, uma vez que muitos municípios se estruturaram e estão executando seus projetos. (2011 [3], p. 3)

A Comissão Intergestores Tripartite é considerada instância de solução de eventuais controvérsias oriundas de divergências na Comissão Intergestores Bipartite (CIB/PR), possibilitando uma instância recursal quando não haja entendimento entre SESA e COSEMS. Conforme dispõe do Regimento Interno à Comissão Intergestores Bipartite compete:

- I. Pactuar a Política Estadual de Atenção à Saúde, incluindo ações intersetoriais voltadas para a promoção de saúde.
- II. Propor, orientar e deliberar sobre as ações operacionais do processo de organização do Sistema Único de Saúde.
- III. Propor, avaliar e deliberar sobre a implantação e implementação dos Modelos Organizacionais (Regulação, Atenção, Assistência Farmacêutica, Vigilância, Promoção, e outros) a partir das diretrizes e normas pactuadas na Comissão Intergestores Tripartite.
- IV. Propor diretrizes, avaliar e deliberar sobre o processo de regionalização no Estado, incluindo:
 - a) O Plano Diretor de Regionalização com o desenho das Regiões de Saúde, a Programação Pactuada integrada da Atenção à Saúde, e, o Plano Diretor de Investimentos; e
 - b) A constituição, organização e denominação dos Colegiados de Gestão Regionais. – sem destaque no texto original -
- V. Definir e aprovar os critérios para a distribuição, alocação e utilização de recursos que obrigatoriamente devam ser pactuados na Comissão Intergestores Bipartite.
- VI. Definir, pactuar e deliberar sobre os processos técnico-administrativos relativos à gestão do SUS, de acordo com as diretrizes aprovadas pela Comissão Intergestores Tripartite e os critérios técnicos da Portaria específica do MS.
- VII. Analisar e deliberar sobre os processos de recursos dos municípios relativos a pactuação entre gestores do SUS no que se refere à gestão e aspectos operacionais de implantação das normas do SUS.
- VIII. Resolver casos omissos do presente regimento.
- IX. Cumprir e fazer cumprir o presente regimento.

É competência da CIB/PR estabelecer as diretrizes, avaliar e deliberar sobre o processo de regionalização no Estado. Evidente, portanto, que as discussões/pactuações da CIB/BR são determinantes para concretização deste processo. A atuação da CIB/PR está vinculada a

elaboração e aprovação dos instrumentos relacionados à regionalização conforme disposto nas alíneas “a” e “b” do inciso IV do artigo 6º do Regimento Interno.

4.2. Atuação da CIB/PR e a regionalização

A Comissão Intergestores Bipartite (CIB/PR), enquanto espaço de discussão e deliberação, se configura como lugar privilegiado para análise da institucionalidade, tanto da regionalização, quanto da própria CIB, lembrando com VIANA (2011, p. 25) que “[...] foram criadas face à necessidade de conciliar as características do sistema federativo brasileiro com os princípios do SUS”. As diretrizes constitucionais do SUS estão internalizadas nas discussões realizadas na Comissão Intergestores Bipartite, sendo que a partir das atas examinadas no período de 2011 a 2015 registra-se trajetória da política de saúde no Paraná.

A noção de institucionalidade também está relacionada à própria história ou trajetória da regionalização no Estado. Para Pierson, a noção dependência de trajetória (“path dependence” e “increasing-returns”) está relacionada à idéia de que acontecimentos do passado podem dar vazão a cadeias de causalidades que influenciam o presente. Ou seja, o presente é resultado de uma sequência inteira de decisões tomadas por agentes e suas respectivas consequências, e não apenas das condições contemporâneas. Isso não se traduz simplesmente que a história e o passado contam, mas sim que, quando um governo ou uma região adotam um caminho, os custos de muda-lo são muito altos. (FIOCRUZ, 2010, p. 8.)

A Comissão Intergestores Bipartite (CIB/PR) 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, por esta razão “[...] considera-se importante avaliar o papel das Comissões Intergestores Bipartite (CIBs) no processo de regionalização da saúde, tendo em vista sua importância como instância de negociação intergovernamental em nível estadual” (FIOCRUZ, 2010, p. 5), que se presta a preservar o pacto federativo. Diz Lima e Viana (2011, p. 26):

Particularmente, as Comissões Intergestores na saúde foram criadas face à necessidade de conciliar as características do sistema federativo brasileiro com os princípios do SUS, pois sua configuração no território não necessariamente coincide com os limites territoriais dos entes subnacionais, sejam eles estados ou municípios.

Mesmo antes da vigência do Decreto nº 7.508/2011 no Estado do Paraná já se tem um processo de reorganização da política de saúde, que irá se intensificar a partir da vigência do Decreto nº 7.508/2011, que passa a ser o parâmetro para estruturação da política de saúde. É pauta nas discussões da CIB/PR (2011 [5], p. 3, 4; [7], p. 2-3; 2012: [3], p. 10, 11) e irá orientar a configuração da política de saúde no Estado. Assim, realiza-se a análise da institucionalidade

da regionalização e da institucionalidade da CIB/PR, a partir dos indicadores-chave e das unidades de registro indicadas.

4.3. O Decreto nº 7.508 de 28/06/2011 e suas implicações no Estado do Paraná

Após a publicação do Decreto nº 7.508 em 28/06/2011 este se constitui em agenda de discussão na Comissão Intergestores Bipartite (CIB/PR), sendo que o teor deste ato normativo é apresentado logo após a entrada em vigor do decreto. O Diretor Geral da SESA enfatizou a existência de contrariedade entre alguns conceitos trazidos pelo decreto e as ações do Estado. Disse: “[...] o decreto traz algumas questões relacionadas a conceitos, que inclusive vão de encontro aos rumos que a atual gestão pretende dar para a saúde no Estado, principalmente em relação à organização das Redes de Atenção à Saúde”. (2011 [5], p. 3)

De outro lado, em que pesem as observações iniciais, pode-se dizer que o Decreto nº 7.508/2011 inovou quanto à conceituação de regiões de saúde ao especificar as ações e serviços mínimos (artigo 5º) que devem ser oferecidos para que se institua uma região de saúde. Registre-se, que o Estado do Paraná, quanto a estes requisitos mínimos, na data de entrada em vigor do decreto, em todas as Regionais de Saúde já se contemplavam as ações e serviços de saúde exigidos⁶⁰. O Decreto nº 7.508/2011 foi determinante para a revisão do Plano Diretor de Regionalização (PDR) no Estado do Paraná.

A referência expressa ao Decreto nº 7.508/2011 na introdução do Plano Diretor de Regionalização do Paraná - destaque para o Contrato Organizativo de Ação Pública de Saúde (COAP) como instrumento para se promover a articulação interfederativa -, confirma que após a edição do Decreto houve ampla discussão acerca da regionalização e da estruturação das redes de atenção à saúde (RAS), buscando-se a conformação administrativa para se viabilizar a articulação interfederativa com o fim de ampliar e de qualificar as ações e serviços de saúde com a implantação das redes de atenção à saúde.

O Decreto 7.508/2011⁶¹, considerado um marco normativo para a concretização da regionalização, desde o seu surgimento esteve na pauta das discussões/pactuações da CIB/PR,

⁶⁰Consta do PDR, a confirmação que o Paraná em suas regiões de saúde cumpria os requisitos do Decreto, no entanto as regiões têm níveis de complexidade diversos. Diz o texto: O Paraná tem 22 regiões de saúde e 04 macrorregiões. Todas as regiões de saúde contam com serviços de atenção primária, urgência e emergência e atenção psicossocial. Porém, as regiões de saúde têm níveis de complexidade diferente. Há regiões que são quase totalmente resolutivas nas ações e serviços de saúde e outras que ainda não possuem serviços de alta complexidade em maior ou menor grau e que dependem, portanto, de outras regiões de saúde. Em todas as regiões de saúde os serviços de atenção primária são de responsabilidade dos municípios. Todas as regiões de saúde tem uma referência hospitalar regional e têm referências ambulatoriais para a realização de consultas especializadas e exames. Na maioria das regiões existe ambulatório de especialidades gerenciado pelo Consórcio Intermunicipal de Saúde da região. Quando uma região de saúde não tem o serviço ou não tem suficiência do serviço, sempre que possível é definida a referência da macrorregião. (2015, p. 9)

⁶¹Não se compreende nos limites deste trabalho que a regionalização somente se viabilizaria por intermédio do Decreto nº 7.508/2011, até porque a discussão quanto a regionalização posto que a construção de um rede regionalizada e hierarquizada é diretriz desde 1988, e, assim sendo, a regionalização não é nova, já integrava as

sendo possível inferir do teor das atas quanto às discussões/pactuações, que a implantação das diretrizes nele contidas no decreto foi priorizada. Os integrantes da CIB/PR manifestaram (Atas da 4ª, 5ª, 6ª e 7ª Reunião) a contínua e permanente preocupação em consolidar o processo de regionalização com o redesenho territorial que pudesse identificar os vazios assistenciais para uma adequada alocação de recursos.

4.3.1. O Decreto nº 7.508/2011 e o Contrato Organizativo de Ação Pública em Saúde (COAP) como instrumento de institucionalização da articulação interfederativa

É indiscutível que o advento do Decreto 7508/2011 redesenhou as agendas de discussão no setor de saúde, em especial, quanto às questões relacionadas à regionalização. Os impactos se deram no âmbito nacional, e de formas diferentes, no âmbito dos Estados, ante os diferentes contextos políticos-institucionais. Ouverney et. al. (2017, p. 1193-1207), analisando os diversos padrões de implantação do Contrato Organizativo de Ação Pública (COAP) nos estados brasileiros, destaca que a identificação destes padrões pode contribuir para se minimizar os entraves à regionalização e à construção das redes de atenção à saúde.

Em âmbito nacional, os debates relacionados à regulamentação e à implementação do COAP impulsionaram uma renovação da agenda política setorial em torno de temas importantes como regionalização, relações intergovernamentais, organização de redes de atenção à saúde, integralidade, financiamento, entre outros. Essa agenda envolveu intensos debates e pactuações na Comissão Intergestores Tripartite – CIT entre o Ministério da Saúde – MS, o Conselho Nacional de Secretários Estaduais de Saúde – CONASS e o Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde – CONSASEMS, entre outros atores, que resultaram em importantes decisões e regulamentação sobre questões como os patamares mínimos de aplicação de recursos das três esferas da federação (Lei 141/12) e as definições dos padrões de integralidade da pauta de ações e serviços (RENASES) e de medicamentos (RENAMES) do SUS, entre outros. (OUVERNEY et. al., 2017, p. 1194)

O Contrato Organizativo de Ação Pública em Saúde (COAP) é previsto neste documento normativo como ferramenta para configuração das articulações interfederativas na área de saúde, com a finalidade precípua de delimitar o âmbito de responsabilidades de cada ente federativo na integração de ações e serviços de saúde nas regiões de saúde para se garantir

discussões e preocupações no setor de saúde. Recorde-se que, juntamente com a regionalização e a municipalização, e, antes mesmo da Constituição de 1988, já se trabalhava com a estruturação dos distritos sanitários, que tinham por diretriz a definição de território, o que deveria abranger as unidades de saúde e a vinculação da população aos serviços de saúde. Diga-se, ainda, que as próprias normas operacionais básicas irão ser referir às noções de espaço geográfico e território. Em outras, palavras, o processo de regionalização é um processo que está em permanente construção, e o Decreto nº 7.508/2011 representa mais uma ferramenta sua implementação. Destaque-se, ainda o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) e o Programa Saúde da Família, criados em 1991, foram cruciais para a definição dos territórios.

a integralidade da assistência e o acesso igualitário ao usuário. O Decreto nº 7.508/2011 assim define-o:

Art. 2º Para efeito deste Decreto, considera-se:

[...]

II – Contrato Organizativo da Ação Pública da Saúde – **acordo de colaboração firmado entre entes federativos** com a finalidade de organizar e integrar as ações e serviços de saúde na rede regionalizada e hierarquizada, com definição de responsabilidades, indicadores e metas de saúde, critérios de avaliação de desempenho, recursos financeiros que serão disponibilizados, forma de controle e fiscalização de sua execução e demais elementos necessários à implementação integrada das ações e serviços de saúde. – sem destaque no original –

Por disposição normativa⁶² a pactuação acerca da organização e do funcionamento das ações e serviços de saúde cabe, no âmbito estadual a Comissão Intergestores Bipartite (CIB/PR), sendo responsabilidade da Secretaria de Estado da Saúde (SESA) implantar o Contrato Organizativo da Ação Pública (COAP). No Estado do Paraná, seguindo o movimento no âmbito nacional, pode-se afirmar que desde o surgimento do decreto as discussões/deliberações foram objeto de pauta na CIB/PR. O Diretor Geral/SESA, na 5ª Reunião Ordinária da CIB/PR realizada em 12/08/2011, trouxe a debate o contexto de surgimento do Decreto e algumas inovações que foram introduzidas (CIB/PR, 2011[5], p. 3).

Em seguida explanou sobre a figura nova trazida pelo Decreto, que é o Contrato Organizativo de ação Pública da Saúde, informando que esse processo está em discussão na Tripartite, merecendo uma atenção especial dos gestores. Colocou que o Contrato irá se diferenciar dos Termos de Compromisso de Gestão, porque deverá ser assinado pelos entes federados, devendo identificar todas as ações e serviços de saúde com base na RENASES, sua oferta na região, e, as pactuações (referências) para outras regiões. **Considerou que o PR tem cultura institucional para desencadear um processo nas 22 regiões, e, que o Contrato não deve ser feito de modo isolado, mas sim pactuado na região, consolidado pelos 399 municípios.** Registrou que os elementos constitutivos do contrato, serão definidos por pactuação na Tripartite. Propôs que esse tema já fizesse parte da agenda imediata da CTGP da Bipartite para, assim que a Tripartite definir as diretrizes, haja condições de desencadear o processo no Estado. Informou que a Unidade de referência para essa discussão na SESA será a DAD-CIB⁶³. Concluiu observando que o decreto é um avanço para o Sistema, mas, ainda é preciso continuar discutindo o financiamento e a regulamentação da Emenda Constitucional nº 29. (CIB/PR, 2011[5], p. 3) – sem destaque no original –

Na CIB/PR, na 7ª Reunião Ordinária realizada em 04/11/11, foi apresentada proposta de organização das macrorregiões e das regiões de saúde no Estado, pelo Diretor de Apoio à Descentralização/SESA, para adequar o PDR ao Decreto nº 7.508/11. Assim, se redesenhou:

⁶²Conforme inciso II do artigo 30 do Decreto nº 7.508/2011: “Art. 30. As Comissões Intergestores pactuarão a organização e o funcionamento das ações e serviços de saúde integrados em redes de atenção à saúde, sendo: [...] II – a CIB, no âmbito do Estado, vinculada à Secretaria Estadual de Saúde para efeitos administrativos e operacionais,”.

⁶³O Departamento de Apoio à Descentralização (DAD) foi estruturado pela SESA para funcionamento a partir de 2011 e estava vinculado à Diretoria Geral e em 2013 foi substituído pelo Núcleo de Descentralização do SUS (NDS).

Macroregiões: Macro Curitiba, que inclui a 1ª, 2ª, 3ª, 4ª, 5ª, 6ª, 7ª e 21ª RS; Macro Londrina, que inclui a 17ª, 18ª, 19ª, 16ª e 22ª RS; macro Maringá que incluiu a 15ª, 11ª, 12ª, 14ª, 13ª RS; e, macro Cascavel que inclui a 9ª, 10ª, 20ª e 8ª RS. Regiões: mantidas as 22 Regionais de Saúde.

A regulamentação das diretrizes foi pactuada na Comissão Intergestores Tripartite (CIT) em atenção ao disposto no artigo 39 do Decreto nº 7.508/2011, sendo que a Resolução nº 1, de 29 de setembro de 2011 estabeleceu as diretrizes para instituição de Regiões de Saúde no âmbito do SUS e a Resolução nº 3, de 30 de janeiro de 2012 estabeleceu as normas gerais e fluxos do COAP no SUS. Já na 1ª Reunião Ordinária da CIB/PR, realizada em 10/02/2012⁶⁴, Renê José Moreira dos Santos (DG/SESA), solicitou que fosse apresentada a estratégia para implantação do COAP:

[...] para fazer o COAP inicialmente precisa ter apropriação da regionalização, que território vai ser dimensionado, o que tem nesse território, o que é ofertado no território, a partir dessa apropriação se tem o desenho das redes e do todo e todo esse trabalho tem base nas CIBs Regionais, e precisa criar uma agenda para quando esse processo for concluído se sente para discutir o COAP. (CIB/PR, 2012(1), p. 6)

As discussões quanto ao COAP foram realizadas nos espaços de discussões/deliberações: “[...] na reunião da Câmara Técnica, na reunião do COSEMS e na reunião dos diretores regionais, mas dar encaminhamento que o Paraná inicie o COAP nas redes prioritárias: Mãe Paranaense e Urgência e Emergência, [...]” (CIB/PR, 2012/2, p. 6). Apresentaram-se de forma detalhada as ações necessárias à implantação do Contrato Organizativo de Ação Pública da Saúde (COAP) antes e depois da assinatura:

[Diretor/DAD/SESA] coloca que para o Paraná implementar as ações em relação ao COAP, antes da sua assinatura, algumas definições são necessárias para saber em que passo o Estado está e o que precisa ser feito para que aconteça de fato: **1** – Definição das regiões de saúde articulado ao desenho das redes de atenção: já está definido e deliberado na CIB/PR; **2** – Definição da estrutura de governança compartilhada na região: São as CIBs Regionais, que serão fortalecidas com qualificação técnica e política, num esforço conjunto das regionais de saúde e municípios para que as CIBs Regionais sejam efetivamente o espaço de discussão do projeto político de saúde do Paraná; **3** – Definição da imagem objetivo para conformar a Rede de Atenção à Saúde: já está sendo discutido as redes temáticas o Mãe Paranaense e Rede de Urgência e Emergência; **4** – Estabelecimento de Consensos Políticos (diretrizes, objetivos, regiões, resolutividade, acesso, regulação, mapa e responsabilidades): esses espaços são importantes para construir efetivamente uma proposta de atenção à saúde. **5** – Programação Físico – Financeira definição do quantum da RENASES E RENAME será assegurado na região a partir do Mapa da Saúde e do financiamento individual e global da região: identificar o que já existe de recurso e o que tem de recurso novo, não tem como implementação do COAP sem recurso novo. **6** – Definição de penalidades e responsabilizações: esta previsto no decreto 7508 e na Lei Complementar 141. **7**- Incorporação do indicador nacional de acesso e avaliação de desempenho do sistema; e após a assinatura do contrato: **1**- Definir os mecanismos de

⁶⁴Em 2012 os únicos Estados que assinaram o Contrato Organizativo de Ação Pública em Saúde foram os Estado do Ceará e Mato Grosso do Sul. Em que pese o Decreto datar de 2011 até o momento a situação não se alterou.

gestão contrato; **2** – Desenvolver a capacidade regional de governança da rede e da região; **3** – Contratualizar para dentro do território (estabelecimento de saúde, profissionais, consórcios públicos, etc.); **4** – Definir os mecanismos de gestão do contrato; **5** – Cada ente da federação é responsável pela operacionalização e gestão do contrato; **6** – Estruturas de governança ampliada, novamente as CIBs Regionais como espaços de decisões no âmbito estadual e regional com necessidade de desenvolver os aspectos técnicos e políticos com estruturas de apoio: grupos de trabalho. (CIB/PR, 2012[1], p. 6-7) –

Cabe decompor analiticamente os passos que foram assinalados como sendo os necessários à concretização do Contrato Organizativo de Ação Pública (COAP). O primeiro elemento a ser destacado é está relacionado à inovação trazida pelo Decreto⁶⁵ quanto à definição de Região de Saúde:

Região de Saúde - Espaço geográfico contínuo constituído por agrupamentos de Municípios limítrofes, delimitado a partir de identidades culturais, econômicas e sociais e de redes de comunicação e infraestrutura de transportes compartilhados, com a finalidade de integrar a organização, o planejamento e a execução de ações e serviços de saúde.

As macrorregiões já haviam sido homologadas na CIB/PR e foram redefinidas após nova discussão (CIB/PR, 2012 [5], p. 6; Deliberação CIB/PR nº 266 de 27/08/2012), sendo que a 7ª Região de Saúde passou a integrar a Macrorregião Oeste. A definição das Regiões de Saúde é essencial para o funcionamento das redes de atenção. É necessário ter clareza quanto aos territórios sanitários e quanto à população que será usuária das ações e serviços, cômico de que a integralidade somente será alcançada no âmbito da Macrorregião (2012 [5], p. 6).

Quadro 8 – Divisão das Regionais de Saúde por macrorregião e nº de Municípios

MACROREGIONAL	REGIONAIS DE SAÚDE	Nº DE MUNICÍPIOS
MACRORREGIÃO LESTE	1ª, 2ª, 3ª, 4ª, 5ª, 6ª e 21ª	093
MACRORREGIÃO OESTE	7ª, 8ª, 9ª, 10ª e 20ª	094
MACRORREGIÃO NORTE	16ª, 17ª, 18ª, 19ª e 22ª	097

Fonte: Anexo da Deliberação CIB/PR nº 266 de 27/08/2012

⁶⁵Redação do inciso I do artigo 2º do Decreto nº 7.508/2011 reproduzida literalmente no § 1º do artigo 1º da Resolução nº 1, de 29 de setembro de 2011 que estabeleceu as diretrizes gerais para a instituição de Regiões de Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).

Quadro 8 – Divisão das Regionais de Saúde por macrorregião e nº de Municípios

MACROREGIONAL	REGIONAIS DE SAÚDE	Nº DE MUNICÍPIOS
MACRORRIÃO NOROESTE	11 ^a , 12 ^a , 13 ^a , 14 ^a e 15 ^a	115
TOTAL	-----	399

Fonte: Anexo da Deliberação CIB/PR nº 266 de 27/08/2012

A discussão da regionalização somente é possível após a definição das regiões de saúde, sendo que estas devem atender às exigências do Decreto nº 7.508/2011⁶⁶, ou seja, a Região de Saúde para ser instituída deve conter, no mínimo, ações e serviços de: atenção primária, urgência e emergência, atenção psicossocial, atenção ambulatorial especializada e hospitalar e vigilância em saúde. Definidas as Regiões de Saúde – delimitação dos territórios sanitários – é necessário analisar as redes de atenção à saúde⁶⁷ (RAS). Em que pesem as discussões acerca do COAP, o Estado do Paraná, entre 2011-2015 não firmou nenhum COAP.

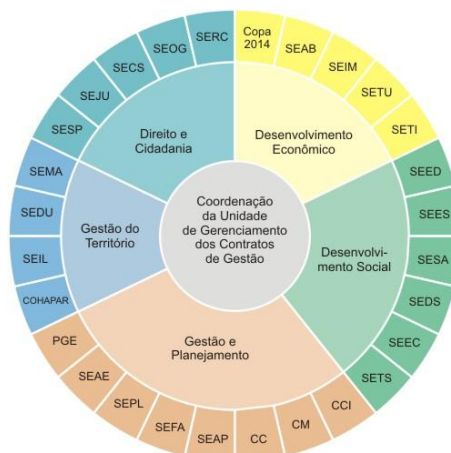
4.4. O Estado do Paraná e a regionalização⁶⁸

A partir da gestão de 2011 adota-se no Estado do Paraná a Gestão de Resultados, portanto, um modelo gerencial de gestão. A partir desta diretriz se formalizaram diversos Contratos de Gestão entre o governo de Estado e os agentes públicos responsáveis pela gestão pública nos diversos órgãos. O gerenciamento dos contratos era realizado pela “**Unidade de Gerenciamento dos Contratos de Gestão – UGCG**” que foi instituída na estrutura organizacional do Estado pelo Decreto nº 3505 de 14/12/2011, e organização por área de atuação conforme Resolução nº 3961 de 09/02/2012.

⁶⁶Conforme o disposto no artigo 5º, incisos I a V do Decreto nº 7.508/2011.

⁶⁷O Decreto nº 7.508/2011 define Rede de Atenção à Saúde como: “VI – Rede de Atenção à Saúde – conjunto de ações e serviços de saúde articulados em níveis de complexidade crescente, com a finalidade de garantir a integralidade da assistência à saúde”.

⁶⁸Registra-se, desse logo, que não se fará referência aos Consórcios Intermunicipais de Saúde, embora se reconheça que no Estado do Paraná os Consórcios representaram um importante mecanismo para a regionalização da oferta pública de serviços de saúde. Deixa-se de abordar tal tema, considerando que o objeto do trabalho se restringe a análise da institucionalidade da CIB/PR e da regionalização nas dimensões já apontadas. Para análise da questão dos consórcios intermunicipais de saúde no Estado do Paraná, consultar: NICOLETTO, Sônia Cristina Stefano; CORDONI Jr., Luiz; COSTA, Nilson do Rosário. Consórcios Intermunicipais de Saúde: o caso do Paraná, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 21 (1), pp. 29-38, jan.-fev., 2005.

Gráfico 1 – Organograma da Unidade de Gerenciamento dos Contratos de Gestão

Fonte: <http://www.casacivil.pr.gov.br/modules/conteudo/conteudo.php?conteudo=116>

Em todas as áreas indicadas foram elaborados e firmados os referidos contratos de gestão. Por exigência legal todos os contratos de gestão devem estar acompanhados de um plano de trabalho, em que o gestor público aponta as áreas que serão atendidas com prioridade. No Estado do Paraná, no período de 2011 a 2015 não foi assinado nenhum Contrato de Organização de Ação Pública, instrumento que seria substitutivo dos contratos de gestão. A referência a esta situação decorre do fato de que o COAP deveria ser o instrumento jurídico para conformação do processo de regionalização.

O Estado do Paraná com o objetivo de modernizar a gestão da Secretaria de Estado da Saúde (SESA) instituiu a Fundação Estatal de Atenção à Saúde do Paraná (FUNEAS), pela Lei Estadual nº 17.959/2014 tendo como finalidade de ampliação de ações e serviços de saúde, desenvolvimento de estudos e pesquisas para geração de tecnologia em produção de medicamentos e insumos, e ainda, para fomentar a educação permanente. A FUNEAS considerando a área de execução de serviços é considerada uma ferramenta para o processo de regionalização, em especial, quanto à atenção secundária e terciária.

A Secretaria de Estado da Saúde - SESA está descentralizada em 22 Regionais de Saúde (RS), com sedes administrativas nas cidades pólos de cada região. Pode-se inferir que a política de saúde do Estado do Paraná, e, por conseguinte, o processo de regionalização teve como parâmetro a organização da política municipal, a oferta dos serviços e o desenvolvimento regional. Ou seja, a organização das Redes de Atenção à Saúde será realizada a partir da realidade local, microrregional, regional e macrorregional; de forma ascendente. O mapa abaixo ilustra as regionais de saúde:

Mapa 1 – Regionais de Saúde⁶⁹: configuradas após a edição do Decreto nº 7.508/2011



Fonte: www.saude.pr.gov.br

A partir da divisão das Regionais de Saúde (RS), delimita-se o território da região de saúde, que integram as macrorregionais. Esta divisão político-administrativa é de fundamental importância considerando o fato de que no Estado do Paraná as regiões de saúde se conformam ao território abrangido pela divisão administrativa das regionais de saúde. Esta divisão, após a edição do Decreto 7.508/2011 foi reestruturada tendo sido pauta de pactuação na 7ª Reunião Ordinária de 2011 da CIB/PR que submeteu a deliberação e aprovação o desenho das regiões de saúde.

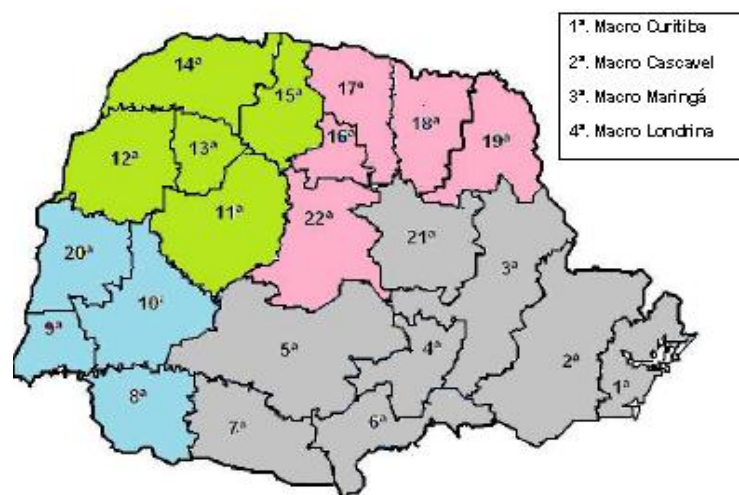
3.1 Plano Diretor de Regionalização => definição das regiões de saúde para atendimento do Decreto 7.508/2011: Isaías Cantoia Luis, Diretor de Apoio à descentralização/SESA, apresentou a proposta de organização das macrorregiões e das regiões de saúde no estado, quais sejam: Macrorregiões: Macro Curitiba, que inclui a 1ª, 2ª, 3ª, 4ª, 5ª, 6ª, 7ª e 21ª RS; Macro Londrina, que inclui a 17ª, 18ª, 19ª, 16ª e 22ª RS; macro Maringá que incluiu a 15ª, 11ª, 12ª, 14ª, 13ª RS; e, macro Cascavel que inclui a 9ª, 10ª, 20ª e 8ª RS. Regiões: mantidas as 22 Regionais de Saúde. Informou que a proposta foi aprovada pelo Grupo Técnico de Gestão e Planejamento, vinculada aos trabalhos do Grupo Técnico que aprofundará as discussões no âmbito das regiões de saúde, organizando os níveis de referência das regiões, a capacidade real de atendimento, bem como, as responsabilidades nos encaminhamentos e na garantia do atendimento. [...] **Definição:** aprovado o desenho das macrorregiões e das regiões de saúde (2011 [7], p. 2).

No Plano Diretor de Regionalização, aprovado pelo Conselho Estadual de Saúde em 25/09/2008, para vigorar no período de 2008-2011, registrava que o Estado do Paraná, à época,

⁶⁹ Advirta-se que não há que se confundir o conceito de região de saúde com as regionais de saúde, esta última de caráter gerencial e administrativo, já que é ocorrer a constituição de uma região de saúde por entes federados que não integram a mesma regional de saúde. O que ocorre é que no Estado do Paraná a Região de Saúde tem seus limites territoriais estabelecidos de conformidade com os Municípios que integram a Regional de Saúde, o que não implica na desconsideração, do ponto de vista técnico, de que se trata de elementos distintos.

tinha 80 Micro-Regiões de Saúde; 22 Regiões de Saúde e 6 Macrorregiões. A configuração, após a deliberação na CIB/PR, foi redesenhada assumindo a configuração ilustrada abaixo.

Mapa 2 – Macrorregiões de Saúde



Proposta do Plano Diretor de Regionalização (PDR) - MACRO Curitiba inclui a 1ª, 2ª, 3ª, 4ª, 5ª, 6ª, 7ª e 21ª - RS; MACRO Londrina inclui a 17ª, 18ª, 19ª, 16ª e 22ª – RS; MACRO Maringá inclui a 15ª, 11ª, 12ª, 14ª e 13ª – RS; MACRO Cascavel inclui a 9ª, 10ª, 20ª e 8ª RS.

Fonte: www.saude.pr.gov.br

O objeto de análise é a institucionalidade do processo de regionalização da saúde no Estado do Paraná, bem como a institucionalidade da CIB/PR, e se esta institucionalidade foi determinante para a ampliação das garantias de atendimento ao cidadão. A análise abrange o Estado do Paraná, ante o fato de que as pactuações e deliberações da CIB não se restringem a determinada região, mas abrangem a totalidade do território do Estado.

4.5. A institucionalidade da regionalização

Delimita-se a análise à dimensão da institucionalidade, entendendo-se que identificar a institucionalidade da política pública e os fatores que orientam o processo de implantação da regionalização “[...] são essenciais para explicar os condicionantes dos processos estaduais de mudança da política de saúde orientada pela estratégia da regionalização [...]” (FIOCRUZ, 2010, p. 8). No quadro abaixo, quanto à dimensão da institucionalidade da regionalização, trabalha-se com os quatro indicadores-chave a partir do recorte da matriz metodológica indicada, que foi adaptada para realização da análise de conteúdo. Os indicadores-chave foram considerados como categorias analíticas.

Quadro 9 – Categorias de análise das características da implantação do processo de regionalização em saúde: institucionalidade da regionalização

Dimensão	Categorias Analíticas (Indicadores-chave)
Institucionalidade da Regionalização	Categoria 1 - Histórico da regionalização e robustez/conteúdo do desenho da regionalização (territorialidade).
	Categoria 2 - Definição/implantação de estratégias voltadas para coordenação de ações, serviços e intervenções sanitárias em âmbito regional.
	Categoria 3 – Definição e implantação de mecanismos de financiamento/investimentos voltados para a regionalização
	Categoria 4 - Papel da SES na condução da regionalização: estruturas de coordenação definidas, existência de estratégias políticas, importância da regionalização na agenda governamental.

Fonte: Adaptado da Pesquisa “Avaliação Nacional das Comissões Intergestores Bipartites (CIBs): As CIBs e Os Modelos de Indução da Regionalização no SUS” – ENSP/FIOCRUZ E FM/USP.

Com base nas categorias analíticas, a partir do referencial teórico e da leitura inicial das atas, definiram-se as unidades de registro. As inferências foram realizadas a partir dos conteúdos recortados das atas pela análise qualitativa categorial, considerando-se as informações das atas das reuniões ordinárias da CIB/PR no período de 2011-2015, sendo que a análise se fez separadamente para cada uma das categorias da matriz.

4.5.1. Histórico da regionalização e robustez/conteúdo do desenho da regionalização

O primeiro indicador que consta da matriz metodológica aponta dois elementos: Histórico da Regionalização e robustez/conteúdo do desenho da regionalização (territorialidade). Quanto ao primeiro elemento, não se demonstrou possível, com base nas informações contidas nas atas da CIB/PR descrever o processo histórico de construção da regionalização no Estado do Paraná, esta análise se fez com base na revisão de literatura acerca da trajetória da política de saúde e de documentos, tais como o Plano Estadual de Saúde e o Plano Diretor de Regionalização, que demonstram que o Estado do Paraná tem se aprofundado na política de regionalização.

Já quanto ao segundo elemento, ou seja, **“robustez/conteúdo do desenho da regionalização”**, a análise se tornou possível a partir da investigação das seguintes **unidades de registro**: “região de saúde”; “território (s)”, “mapa da saúde”; “regionalização”; “desenho da rede”, “vazios assistenciais”, “territorialização” e “mapeamento”. As falas foram consideradas para análise quando à presença destas unidades estavam associadas à regionalização. Desconsiderou-se, portanto, a questão da ocorrência do termo, priorizando-se a análise qualitativa categorial.

A unidade de registro **“região de saúde”**, quando referenciada no texto das atas da CIB/PR, demonstra que a implantação/ampliação das Redes de Atenção à Saúde (RAS) deve

estar associada à compreensão das necessidades de cada Região de Saúde com as suas especificidades, para que as ações sejam definidas de conformidade com o perfil assistencial, alcançando-se, assim, resolutividade e integralidade na prestação dos serviços.⁷⁰

3.2. Regras de Transição – Implementação dos dispositivos do decreto 7508: [Diretor do DAD] [...] Colocou que o processo no Paraná será realizado pelas Regionais com seus municípios, assim que o Ministério da Saúde publicar a portaria. Colocou que o que se quer discutir hoje é o processo da implantação aos dispositivos do decreto no que se refere ao COAP, que é um processo discutido com o COSEMS, uma proposta de encaminhamento para essa discussão para o segundo semestre de 2012 e primeiro semestre de 2013, colocou que a CIB já discutiu as regiões de saúde no Paraná, levando em conta: limites geográficos, a população usuária das ações e serviços, rol de ações e serviços que serão ofertados; respectivas responsabilidades; critérios de acessibilidade e escala para conformação dos serviços, ou seja, observando a identidade cultural, social, política, costumes, infraestrutura e determinantes sociais, que em cada região, conforme o decreto 7508 deve ter: Atenção Primária, Urgência e Emergência, Atenção Psicossocial, Atenção ambulatorial especializada e hospitalar e vigilância em saúde, que isso tudo avaliado e validado nas CIB's Regionais, [...] colocou que será elaborado um documento técnico que apresentará os principais conceitos utilizados, à luz do Decreto 7.508/2011; a metodologia de trabalho a ser utilizada; Articulará as discussões sobre Redes de Saúde à construção das Regiões de Saúde, identificando a rede existente e os vazios assistenciais e as necessidades de investimentos (técnicos e financeiros) e discutirá as especificações técnicas de cada um dos grupos de critérios delineados pelo Decreto 7.508/2011 para composição das regiões de saúde, além de educação permanente e assistência farmacêutica que a matriz de construção o documento terá como norteador as Redes de Atenção à Saúde, levando em conta os critérios de organização estabelecidos pelo decreto: Atenção Primária, Urgência e Emergência, Atenção Psicossocial; Atenção Ambulatorial especializada e hospitalar e vigilância em saúde, tendo como imagem situação o conjunto de ações e serviços de saúde que serão utilizados para recorte territorial, juntamente com os critérios de população, distância e funcionamento da CIB Regional. Esses critérios, que foram extraídos da imagem-objetivo, constituem o elenco mínimo que deve obrigatoriamente existir numa Região de Saúde. Sem as ações e serviços definidos na imagem-situação, é impossível estabelecer uma Região de Saúde, em função das características sócio-sanitárias e epidemiológicas, bem como a capacidade instalada dos serviços e como imagem objeto Modelo de Região de Saúde resolutivo, que atende às necessidades de saúde da população em determinado território; Mapa da Saúde a ser buscado no Paraná, tendo em vista melhorar a qualidade do acesso e atender às necessidades de saúde da população do Estado. É a partir da imagem-objetivo que a análise situacional será realizada, sendo que a insuficiência de ações ou serviços dentro de cada Região de Saúde deverá ser objeto do Mapa de Metas e constará no Contrato Organizativo de Ação Pública (COAP). (2012 [3], p. 10-11)

A referência a outras unidades de registro na categoria “**conteúdo do desenho da regionalização**” autoriza afirmar que a orientação que prevaleceu no período de 2011-2015 é a de consolidação, construção e conformação das Redes de Atenção à Saúde (RAS), a partir das necessidades de cada região, construindo-se de forma ascendente e a partir do fortalecimento da atenção primária.

⁷⁰2011: [4], p. 10; 2012: [3], p. 10-12, [6], p. 6; 2013: [7], p. 6; 2015 [4], p. 14.

A delimitação de cada Região de Saúde também está associada às unidades de registro “território(s)”⁷¹ e “territorialização” (2011 [7], p. 2), sendo estas articuladas às Redes de Atenção à Saúde e à regionalização. Outra unidade de registro que demonstra a robustez do desenho da regionalização é a constante referência ao “**mapa(s) da saúde**”⁷² “[...] que não contempla somente as ações e serviços públicos, mas o conjunto de serviços existentes na região” (2012 [3], p. 10-12), mas se constitui em instrumento para o planejamento estratégico; fundamental para a construção das Redes de Atenção à Saúde.

3.1 Decreto Presidencial 7.508 de 28/06/2011: [DG/SESA] [...] Colocou que o decreto traz na parte do planejamento 02 novidades: 1 a definição das diretrizes do planejamento a partir do Conselho Nacional de Saúde, que devem estar inseridas nos Planos Municipais e Estaduais de Saúde, observando que o Paraná está sintonizado com a discussão nacional, priorizando: materno-infantil, urgência/emergência, saúde mental; 2 o Mapa da Saúde, com o mapeamento de toda a estrutura de saúde, para justamente definir a real oferta de serviços e os vazios assistenciais que deverão ser levados em consideração para os planos de investimento”. (2011 [5], p. 3)

3.4. Planos de Ação Regional de Urgência/Emergência: [...] [DPUE/SESA] Em seguida apresentou os mapas da conformação da Rede nas 22 Regionais, com localização dos municípios, estradas principais, distribuição dos Hospitais de Referência, Unidades do SAMU, UPAS pré-existent e novas. Registrou questionamentos se haverá limites, por parte do MS, há habilitação das UPAS, avaliando que deverá haver. [...] Encerrou resumindo que a Rede de Urgência/Emergência, na divisão geográfica, se compõe de: 22 Regiões de Saúde; 12 Centrais SAMU, compondo 1 até 04; a distribuição dos Hospitais de Referência, UPA, e Salas de Estabilização. [...] Em relação às Salas de Estabilização registrou que não sinalizou no mapa, porque não foi possível considerar as Salas de Estabilização previstas nos Planos de Ação Regional por não atenderem aos critérios da Portaria, informando que o direcionamento a ser dado para a inclusão das SE, será residual, naquelas regiões que não tem cobertura de UPA e aonde na cobertura do SAMU, o tempo resposta não é adequado. [...] [DG/SESA] Rene enfatizou que o desenho de UPA tem que ter o viés Regional, e que a sala de estabilização só será discutida quando o mapa da Saúde estiver definido, permitindo a identificação dos vazios assistenciais, associado a capacidade real de existência dessa”. [...] (2011 [7], p. 5-6)

A expressão “**vazios assistenciais**”⁷³ está sempre articulada com as unidades de registro anteriormente mencionadas, demonstrando que o processo de construção das Redes de Atenção à Saúde se consolida a partir das realidades locais, ou seja, a partir das necessidades existentes no espaço em que a política pública é executada. As pactuações na CIB, tanto no âmbito regional, quanto no âmbito Estadual, consolidam, assim, o processo de regionalização das políticas de saúde no Estado.

3.1 Plano Diretor de Regionalização ➔ definição das regiões de saúde para atendimento do Decreto 7.508/2011: [DG/SESA] considerou que esta é uma

⁷¹2011: [1], p. 5; [7], p. 2, 3; 2012: [1], p. 6; 2015 [3], p. 5.

⁷²2011: [3], p. 4, 5; [4], p. 3; [5], p. 6; [7], p. 2, 3, 4, 5, 6; [8], p. 4-5; 2012: [1], p. 6; [2], p. 6; [3], p. 11; [5], p. 5, 6, 7; 2013: [1], p. 7, 13-14, 17-18; 2014: [2], p. 12, 14; 2015: [2], p. 5-6.

⁷³2011: [1], p. 6; [5], p. 6, [7], p. 2, 3, 4, 6; 2012: [1], p. 6, [3], p. 9, 11; 2014 [1], p. 15.

parametrização inicial, e que está se buscando alternativas que sejam solidárias e ao mesmo tempo organizadoras, e, ninguém pode partir da premissa que sairá prejudicado dessa negociação senão não seria uma negociação, mas sim, imposição. Registrou que o orçamento da SESA de 2012, será bem melhor que o orçamento de 2011, devendo estar direcionado para o consenso de construção de redes. Enfatizou a importância das CIB-Regionais participarem desse processo, tendo clareza do seu papel no planejamento regional, na identificação dos vazios assistenciais, tanto no seu território como na região, etc. Registrou que as Regionais já foram orientadas quanto à importância de discutir essas questões nas CIB-Regionais, dando agilidade ao processo. Propôs que se partisse do desenho apresentado, para construção do mapa da saúde, identificando os vazios assistenciais, buscando melhores fluxos assistenciais e formas de pactuação, e, com isso, gerar um instrumento, a ser pactuado na Bipartite, e, agregado ao PES para ser submetido ao CES/PR. Considerou que os dissensos devem ser trazidos para o debate.” [...] (2011 [7], p. 3)

4.5 – Incentivo de Qualificação da Gestão Hospitalar – IGH – SGS/SESA – [...] e o consenso que se teve, no Grupo técnico foi de fazer uma análise, de acordo com a distribuição geográfica, levando em conta os vazios assistenciais, que na próxima câmara técnica será apresentada a relação com os critérios elencados, no que se refere à priorização, para encaminhar ao Ministério de Saúde o processo de adesão ao IGH. [Integrante do COSEMS] coloca que realmente, neste período de junho/2012 a maio de 2013, esses hospitais estavam se reestruturando em seus processos de trabalho em função da implantação das Redes de Atenção no Paraná e que por isso, precisa que o Ministério da Saúde reveja, pois podemos ter vazios assistenciais importantes no atendimento hospitalar, que os Hospitais precisam de incentivos financeiros para melhorar seu atendimento. Solicita também a SESA, em relação ao HOSPSUS Fase III, que atente para esses vazios assistenciais que ficaram com a publicação da portaria do IAC e que não foi como esperavam. (2014 [1], p. 15)

Assim, quanto à categoria **“robustez/conteúdo do desenho da regionalização”**, infere-se das falas inseridas nas Atas da CIB/PR que no período de 2011-2015 as deliberações foram direcionadas à consolidação do desenho da regionalização, podendo-se afirmar ainda, que esta orientação foi parametrizada nas disposições normativas do Decreto nº 7.508/2011 e na intencionalidade de se conformar as redes de atenção à saúde com o objetivo de assinar o Contrato Organizativo de Ação Pública – COAP, em que pese este não ter sido assinado no período de 2011-2015.

4.5.2. Definição e implantação de estratégias de planejamento e regulação voltadas para coordenação de ações, serviços e intervenções sanitárias em âmbito regional

Esta categoria analítica demonstra de que forma a institucionalidade dos processos vinculados às ações, os serviços e as intervenções sanitárias estavam direcionadas para regionalização. As unidades de registro definidas para a verificação foram: “estratégia (s)”, “regulação”, “planejamento”, “planejamento estratégico”, “CIB-Regional”, sendo que para os recortes das falas tomou-se como parâmetro a referência às questões regionais.

Há grande ocorrência das unidades de registro “**estratégia (s)**”, “**planejamento (s)**” e “**planejamento estratégico**”⁷⁴ no teor das atas considerando o fato de que a SESA adotou desde o início da gestão (2011) o modelo de gestão estratégica orientada para resultados, que privilegia a adoção de planejamento estratégico⁷⁵. Considerando os objetivos do trabalho, analisaram-se as inserções que estavam relacionadas à implementação de estratégias que tinha como propósito promover a regionalização da política de saúde.

3.2 Proposta de Pactuação dos recursos das Campanhas de Vacinação (Pt GM/MS nº 553/2011): [...] [DG/SESA] registrou que na elaboração da proposta a SESA levou em consideração a necessidade de reconhecer as diferenças regionais, aproveitando a oportunidade para registrar que no último final de semana a SESA realizou Oficina de Planejamento estratégico com os dirigentes da instituição, onde foi apresentada a situação da saúde no Estado, na qual foi possível denotar a necessidade de se ter um olhar diferenciado para as diversas regiões do estado, principalmente no tocante a alguns indicadores, sugerindo que a apresentação fosse feita para os participantes da CIB/PR”. (2011 [3], p. 3)

Apresentação/Debate: Antes de começar as apresentações [DG/SESA], informou que a SESA, há cerca de 60 dias atrás, deu início a um processo de planejamento estratégico, visando definir os rumos que a Secretaria vai imprimir a partir de agora na saúde do Estado, e, para tanto foi feita uma avaliação da situação atual da saúde no Estado, considerando que para se fazer o planejamento estratégico é preciso saber qual é a situação e quais são as questões importantes a serem enfrentadas, e, com base nessa situação de saúde a equipe dirigente da SESA desenvolveu o Mapa Estratégico e, dentro deste, a principal estratégia colocada para enfrentamento de várias questões foi a implantação das Redes de Atenção à Saúde. Registrou que a SESA considerou importante as apresentações dessas questões na pauta da CIB/PR, para que todos pudessem entender o processo que leva às discussões das Redes de Atenção à Saúde. (2011 [4], p. 3)

4.1 Plano Regional da Rede de Saúde Mental – SESA/SAS – Juliano saúda a todos e diz que a Rede de Saúde Mental está entre as 05 redes prioritárias para implantação na SESA e partir disto vêm se desenvolvendo todo um planejamento estratégico para construção da mesma, onde num primeiro momento foi elaborada a construção de **planos regionais** entretanto o MS alterou alguns critérios, em especial populacional, para implantação de alguns serviços forçando-nos a retroagir na construção desta rede. Na adequação destes planos foi sugerido pelo grupo condutor em reunião junto ao MS que a organização e pactuação destas redes fossem macrorregionais e o MS se comprometeu a publicar portarias macrorregionais, uma vez que o repasse de recursos está vinculado à portaria. Existe uma proposta de rediscussão junto ao COSEMS e as macrorregiões a fim de definir a implantação destes serviços. (2013 [5], p. 8)

⁷⁴2011: [1], p. 5, 6; [2], p. 2-3, 5; [3], p. 3, 5, 6; [4], p. 3, 4; [5], p. 3; [6], p. 2; [7], p. 2-3, 4-5; [8], p. 5; 2012: [1], p. 3, 6, [2], p. 2, 4, 5, 6, 12, [3], p. 5-7, 10-12, 17, [4], p. 11, 13; [5], p. 6-7, [6], p. 9; 2013: [1], p. 3, 7, 9-10, 13, 14, 15, 16, 17-18, [2], p. 7-8, 11, [3], p. 5, 10, 12, [4], p. 8, [5], p. 7, 8, 9, 15; [6], p. 9; [7], p. 8; 2014: [1], p. 6-7, 11-12, 13; [2], p. 12, 13-15, 15, 16; [6], p. 10-11; 2015: [1], p. 13; [2], p. 5; [3], p. 3; [4], p. 14; [5], p. 7; [6], p. 6, 8.

⁷⁵A melhor representação da adoção desta modalidade de gestão é elaboração pela Secretaria de Saúde do Paraná do Mapa Estratégico, em que se definem, dentro outras questões, quais são os objetivos estratégicos a serem alcançados. Quanto aos objetivos da gestão destacam-se: Promover a descentralização e o desenvolvimento regional da saúde, articulado com outros setores governamentais e não governamentais e Implantar na SESA uma gestão pública voltada para resultados, em consonância com o Governo do Estado.

A ocorrência da unidade de registro “**regulação**” no teor das atas da CIB/PR demonstra que a SESA no período de 2011-2015, articulada com os demais atores, discutiu contínua a necessidade de aperfeiçoamento do sistema de regulação estadual, considerando o fato de que o atendimento do cidadão de forma integral e resolutiva depende da garantia dos fluxos de atendimento. Infere-se, também das atas, que há uma busca constante para se promover um alinhamento, não só conceitual, mas também quanto à padronização de ações e serviços.

4.3. Agenda Regulatória Estadual da Vigilância Sanitária: [...] [Integrante da SVS/SESA] inicialmente observou que a necessidade de uma Agenda Regulatória se origina pelas demandas emanadas, tanto dos municípios como da SESA, para regulamentar determinados tipos de atividades e a regulação no âmbito da VISA. Observou que o Estado e municípios não priorizam essa atribuição, acabando por fazer com que apenas o Nível Federal regulamente as atividades. Comunicou que a proposta é garantir que os assuntos a serem tratados por Normas Estaduais estejam uniformizados em todo o Estado, uniformizando: ações, sanções condutas e exigências, e, para isso, é preciso ter um processo planejado. Registrou que o Paraná será o primeiro Estado a ter uma Agenda Regulatória Estadual. Explanou sobre a metodologia e fluxo (ver apresentação anexa), enfatizando a necessidade de se colocar as propostas em consulta pública por 30 dias. Apresentou a proposta da agenda (em anexo). **Definição:** *aprovada a proposta de Agenda Regulatória.* (2011 [5], p. 8)

4.5 Aprovação da Norma Operacional de Regulação – SESA/SAS/DPUE – [Integrante da SESA] saúda a todos e fala que a aprovação da norma tem como objetivos: conceituar: Regulação Médica, Situação de Urgência e Situação Eletiva; estabelecer Critérios de Estabilidade Clínica; definir as atribuições e composição do Complexo Regulador do Estado do Paraná; estabelecer a Competência dos Serviços de Urgência; delimitar as competências da Regulação Médica de Urgência e da Regulação de Leitos Especializados; e, definir as Etapas Operacionais da Regulação de Urgência. Esta norma define conceitos para Regulação Médica, Situação de Urgência e Situação Eletiva. A norma busca identificar a gravidade da doença e do quadro clínico, através do diagnóstico definitivo e sintomático do paciente, necessidade de recursos assistenciais e tempo máximo admissível para o estabelecimento das medidas emergenciais.[...] Aprovado pelos membros da CIB.” (2013 [6], p. 11-12)

A ocorrência da unidade de registro “**CIB Regional**” quando associada ao planejamento regional, demonstra a importância que desempenha a CIB-Regional na identificação dos vazios assistenciais, tanto no território quanto na região de saúde, fator crucial para a definição das ações e serviços de saúde. A exigência de que as questões sejam deliberadas na CIB Regional, antes de serem pactuadas no âmbito da CIB Estadual, sinaliza que a política de saúde, conforme orientação da SESA se conduziu de forma regionalizada e não fragmentada e desarticulada como se dava anteriormente a 2011.

4.1 Pactuação dos recursos referentes ao Incentivo para Fortalecimento do CGR (CIB-Regionais): [Diretor do DAD/SESA] [...] Considerou que a participação dos gestores nesta instância, refletiu em avanços nas CIB-Regionais, mas ponderou que, agora, é preciso qualificar essa participação, promovendo mudanças nas práticas

atuais, provocando as alterações necessárias para a valorização do planejamento regional. [...] (2011 [4], p. 3)

3.1 Decreto Presidencial 7.508 de 28/06/2011: [...] Enfatizou que o decreto define de forma mais clara o papel das Comissões Intergestores Regionais, cujo papel principal é atuar no processo de governança regional, principalmente para a organização das redes de atenção à saúde. Aproveitou a oportunidade para registrar que no Paraná será mantida a denominação de CIB-Regional. Destacou que a Bipartite do Paraná deve atuar de forma direta com as CIB-Regionais, para que assumam esse papel e as suas atribuições”. (2011 [5], p. 3)

3.1 COMSUS: [DG/SESA] pede aos secretários municipais que participem dessa discussão, que a coloquem na CIB-Regional na pauta permanente de discussão, que a discussão do desenho regional para o COAP Regional está fundamentada nisso, que o trabalho dos secretários executivos é importante, porém mais importante é o papel das secretarias municipais na discussão nas CIB Regionais para definir os caminhos de prioridades, lembra que o Estado coloca um conjunto de prioridades quando repassa os recursos, porém a natureza de cada região definirá as linhas de cuidado e as linhas de referência, caso as regiões não consigam suprir as linhas de cuidado e as referências, quatro consórcios, com investimentos específicos: Curitiba, Cascavel, Maringá e Londrina serão referências e isso se dará por pactuação e por ser referência recebem um incentivo diferenciado para equipamentos de 500 mil reais e que esses equipamentos devem buscar dar uma resolutividade na linha de cuidados que não tenha nos consórcios para os quais está sendo referência. [...] coloca que um dos componentes da proposta é a capacitação e reforça a parceria com a ACISPAR, nos moldes que foi realizado com a FEMIPA, e que essa capacitação tem que ser voltada para a questão de gerenciamento com foco em planejamento regional em saúde, reforçando a formação de gestores com olhar para o planejamento regional, inserindo, principalmente oferta de serviços, que é importante, porém voltar o olhar para planejamento regional no desenho da linha de cuidado e redes de atenção à saúde, com o objetivo de estabelecer um plano de desenvolvimento regional na atenção secundária, pois além dos recursos se quer capacitar um processo novo de abordagem dos consórcios como uma grande ferramenta gerencial de planejamento regional”. (2012 [2], p. 4)

As análises destas unidades de registro demonstraram que no período de 2011-2015 o Estado do Paraná, em cumprimento ao Plano Estadual de Saúde e ao Plano Diretor de Regionalização, não só fortaleceu as estratégias já existentes, mas adotou outras estratégias para a consolidação das Redes de Atenção à Saúde visando ampliar as intervenções sanitárias em cada região. O espaço para a discussão e pactuação acerca das estratégias adotadas pela SESA foi a Comissão Intergestores Bipartite (CIB/PR), prevalecendo a orientação para um planejamento regional.

Antes de começar as apresentações [DG/SESA], informou que a SESA, há cerca de 60 dias atrás, deu início a um processo de planejamento estratégico, visando definir os rumos que a Secretaria vai imprimir a partir de agora na saúde do Estado, e, para tanto foi feita uma avaliação da situação atual da saúde no Estado, considerando que para se fazer o planejamento estratégico é preciso saber qual é a situação e quais são as questões importantes a serem enfrentadas, e, com base nessa situação de saúde a equipe dirigente da SESA desenvolveu o Mapa Estratégico e, dentro deste, a principal estratégia colocada para enfrentamento de várias questões foi a implantação das Redes de Atenção à Saúde. Registrou que a SESA considerou importante às apresentações dessas questões na pauta da CIB/PR, para que todos pudessem entender o processo que leva às discussões das Redes de Atenção à Saúde. (2011 [4], p. 3)

Assim, do teor das deliberações da CIB/PR, é possível inferir que houve um alinhamento, entre a SESA e o COSEMS, bem como com as demais instâncias colegiadas, quanto à compreensão de que Atenção Primária à Saúde (APS) se constitui em “[...] lócus singular e insubstituível do cuidado à saúde das pessoas, famílias e território por ser o ponto de atenção mais próximo da população” (APSUS - Oficina 01), e de que a construção das Redes de Atenção à Saúde como estratégia principal somente se concretiza com o fortalecimento da atenção primária.

Destaque-se, ainda, que é recorrente nas atas a referência à política nacional de saúde, sendo que quanto à atenção primária é recorrente a referência ao PMAQ-AB. Isso demonstra que o Estado ao mesmo tempo em que busca adotar políticas indutoras para a agregação dos Municípios aos programas estratégicos proposta pelo Estado, este da mesma forma procura alinhar a política estadual às políticas nacionais, ainda que se admita a existência de divergências e conflitos quanto aos critérios de operacionalização da política de saúde.

3.4. Portaria GM/MS nº 1.654, 19/07/2011 – Programa Nacional de Melhoria do Acesso e de Qualidade da Atenção Básica: [Integrante da SPP/SESA] inicialmente esclareceu que a Portaria já está publicada e trata do incremento dos recursos federais para a Atenção Primária em Saúde em especial para a Saúde da Família, por meio de um novo componente no PAB-Variável que é o PMAQ-AB. Em seguida deu início à apresentação (anexa a ata), observando que ainda há muitas dúvidas em relação ao Programa, posto que o Ministério da Saúde se comprometeu a editar um Manual de Regulamentação do PMAQ-AB. Informou sobre diretriz dada na Portaria para que as CIBs instituassem um Grupo de Trabalho, que seria a Comissão do PMAQ-AB nos Estados, informando que a Câmara Técnica da Atenção Básica propôs que a própria Câmara Técnica assumisse o papel desse Grupo no Estado. Encerrou registrando que ambas as Portarias podem significar um avanço enorme no incremento de recursos, e, de qualidade da Atenção Primária, solicitando que todos os gestores procurassem se inteirar melhor dessas Portarias. Marina destacou que essa Portaria vem com o compromisso de melhorar a qualidade na Atenção Primária, reforçando colocação para que todos os gestores se inteirem dela, promovendo discussões nos CRESEMS e CIB-Regionais, antes da sua regulamentação. Ponderou que a adesão começa da equipe com o gestor, e, que o gestor deve conversar com o prefeito e a equipe, identificando as implicações existentes, principalmente em relação aos contratos dos recursos humanos, enfatizando que, na ponta, essa não é uma discussão muito fácil”. (2011 [5], p. 6)

3.1. Proposta de implantação da tutoria na APS-SAS/SESA – [Integrante da SESA] Colocou que trabalhar com o conceito de Redes é trabalhar com uma Atenção Primária forte e equipes capacitadas. Em relação à continuidade desse processo o próximo passo é preparar as equipes para o dia a dia, levando em conta os conceitos acima citados, implantando nas UBS um processo de qualificação, já validado em 08 Unidades, de acordo com padrões estabelecidos, transformando teoria em prática, pois, somente assim o sistema será qualificado. Para o desenvolvimento da tutoria, seguindo os fundamentos da APS e da gestão da qualidade, foi estabelecido o Selo da Qualidade, como estratégia motivacional para as equipes. Para validar o processo tem 03 degraus: Selo Ouro, Bronze e prata, o Selo da Qualidade é um instrumento que congrega vários outros: Manual de Acreditação da Organização Nacional de Acreditação (ONA), Programa de Melhoria da Qualidade do Ministério da Saúde

(PMAQ), Metas de Segurança da Qualidade da Organização Mundial da Saúde (OMS) e as oficinas do APSUS, da SESA do Paraná. [Integrante do COSEMS] parabeniza a SESA por mais esse apoio técnico para avançar na organização da Atenção básica nos municípios, melhorando assim a saúde da população do Paraná. (2015 [3], p. 3)

Para estruturar as Redes de Atenção à Saúde a SESA desenvolveu programas estratégicos: o **HOSPSUS** – Programa de Qualificação dos Hospitais Públicos e Filantrópicos do Paraná (2011 [5], p. 4-5); o **COMSUS** – Apoio aos Consórcios Intermunicipais de Saúde do Paraná (2012 [2], p. 4-6); o **APSUS** – Qualificação da Atenção Primária à Saúde (2011 [6], p. 1); o **VIGIASUS** – Qualificação da Vigilância em Saúde (2013 [1], p. 2-3); **Farmácia Paraná** - Estruturação da Assistência Farmacêutica (2012 [1], p. 8-9); e, **Hospitais do Paraná** - Qualificação de Hospitais próprios.

Destaca-se o Programa de Qualificação da Atenção Primária à Saúde - APSUS⁷⁶, lançado no XXVII Congresso de Secretários Municipais de Saúde e posteriormente a implantação da Tutoria na APS em 2015, considerando o fato de que ambas as estratégias foram adotadas para fortalecimento e qualificação da atenção primária, a partir da compreensão de que não é possível “[...] estruturar Redes de Atenção sem estruturar a Atenção Primária em Saúde” (2011 [7], p. 4-5). Esta compreensão orienta as discussões e pactuações na CIB/PR entre 2011 e 2015.

Pode-se inferir das falas constantes das atas da CIB/PR, quanto à categoria analítica **“Definição/implantação de estratégias de planejamento e regulação voltadas para coordenação de ações, serviços e intervenções sanitárias em âmbito regional”** que a SESA, com a implantação de programas estratégicos, estabeleceu um modelo de gestão do SUS, que priorizou a coordenação das ações, serviços e intervenções sanitárias a partir de um planejamento regional para definição das prioridades, atestando que a SESA teve papel central na articulação que foi determinante para a regionalização da política.

⁷⁶Os gastos para a realização das Oficinas do APSUS foram custeados, inicialmente, com o incentivo do PLANEJASUS, recurso federal repassado para o Estado do Paraná no montante de R\$ 3.865.943,00 dos quais, no período de 2007 a 2010, foram executados R\$ 1.780.597,00, restando um saldo remanescente de R\$ 2.085.346,00, que, em parte, foram utilizados para estas oficinas. Posteriormente a Resolução SESA nº 276/2012 estabeleceu o incentivo financeiro de custeio do Programa de Qualificação da Atenção Primária à Saúde, na modalidade “Fundo a Fundo”, utilizando os critérios estabelecidos pelo Fator de Redução das Desigualdades Regionais A aprovação na CIB/PR ocorreu em 10/02/2012 e foi instrumentalizada na Deliberação CIB nº 052/2012.

4.5.3. Definição/implantação de mecanismos de financiamento/investimentos voltados para a regionalização

Avalia-se com base indicador-chave se as discussões e pactuações quanto a investimentos e financiamentos foram direcionadas para a consolidação do processo de regionalização. As unidades de registro utilizadas para a análise das deliberações da CIB/PR foram as seguintes: “**financiamento (s)**”; **investimento (s)**; “**recursos financeiros**”; “**incentivo (s)**”. Considerando que o propósito é verificar se no desenvolvimento da política de saúde há direcionamento para a regionalização, priorizaram-se as inserções que estavam relacionadas à estruturação da regionalização.⁷⁷

Os programas estratégicos foram estabelecidos para viabilizar a construção, manutenção, consolidação e reorganização das Redes de Atenção à Saúde. As redes prioritárias para a SESA foram: Rede Mãe Paranaense (materno-infantil); Rede Paraná Urgências; Rede de Saúde Mental; Rede de Saúde Bucal e Rede de Atenção ao Idoso, sem prejuízo da criação, manutenção e consolidação de outras Redes de Atenção à Saúde⁷⁸. A implantação das redes prioritárias implicou no aporte de recursos⁷⁹ pela SESA para sustentabilidade destas redes, com significativa contribuição para a regionalização.

4.1 Pactuação dos recursos referentes ao incentivo para Fortalecimento do CGR

(CIB-Regionais): [Diretor do DAD/SESA] [...] apresentou proposta para utilização dos recursos alocados no Fundo Estadual de Saúde, referente ao incentivo para o Fortalecimento dos CGR, observando que a proposta já foi discutida com o COSEMS/PR. 1. Destinar 25% para: 1.1. assegurar a participação dos gestores municipais nas reuniões das CIB-Regionais e Câmaras Técnicas, destas, e, prover a infraestrutura necessária, conforme projetos apresentados pelas Regionais de Saúde em conjunto com os CRESEMS, e, aprovados na respectiva CIB-Regional; 1.2. custear inscrições dos gestores municipais de saúde no Congresso Estadual do COSEMS/PR; e, 1.3. custear inscrições para gestores municipais de saúde no Congresso Nacional de Secretarias Municipais de Saúde. 2. Destinar 75% para: 2.1. realização do Seminário Estadual sobre Redes de Atenção à Saúde; 2.2. estruturação das CIB-Regionais; e, 2.3. realização de 22 Seminários Regionais e 03 Seminários Microrregionais, com o objetivo de discutir o planejamento e a implantação das Redes de Atenção à Saúde Materno infantil e de Urgência/Emergência no Paraná. Encerrada a apresentação, Rene lembrou pactuações anteriores da CIB/PR referente a esse recurso, em que se garantia a participação de representantes dos CRESEMS nas reuniões da CIB/PR e outras pactuações, informando que a SESA procurou garantir a

⁷⁷2011: [1], p. 1, 2, 3, 6; [2], p. 5; [3], p. 2, 3, 4, 6; [4], p. 1, 3; [5], p. 4, 5, 6; [6], p. 2; 3; [7], p. 8; [8], p. 2, 6, 7; 2012: [1], p. 7, [3], p. 2, 4, 15, [4], p. 11, [6], p. 5, 2013: [1], p. 1, 9-10, 14, [2], p. 5, 8, [3], p. 10-11, [5], p. 9, [6], p. 9; 2014: [1], p. 15, 19, [2], p. 11; [3], p. 23-24; 2015: [1], p. 1, 14, [5], p. 7).

⁷⁸Menciona-se, a partir das deliberações da CIB/PR, a destinação de recursos para as seguintes redes de atenção: Rede de Biópsias Hepáticas (2011 [1], p. 2); Rede de Oncologia (2011 [5], p. 8); Rede de Obesidade Grave (2011 [7], p. 7); Rede Cegonha (2011 [8], p. 7); Rede de Glaucoma (2012 [2], p. 10); Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência (2012 [3], p. 15); Rede de Laboratório (2013 [3], p. 6); Rede de Transplantes (2013 [4], p. 8); Rede de Frio (2014 [3], p. 30); Rede de Atenção às Condições Crônicas (2014 [5], p. 16).

⁷⁹O Plano Plurianual 2012-2015 foi apresentado na CIB/PR pela SESA, assim como a proposta orçamentária para 2012, sendo que ambos foram aprovados pelo Conselho Estadual de Saúde (CES/PR), registrando situação inédita na trajetória da política de saúde do Estado do Paraná.

continuidade dessa participação mediante convênio que será assinado no próximo mês entre a SESA e o COSEMS/PR, colocando que esse convênio também terá por objeto melhorar a estrutura do COSEMS/PR, sobretudo de apoio técnico nas regiões. Colocou que a proposta apresentada para utilização do recurso do CGR, que é de aproximadamente R\$ 1.200.000,00, leva em consideração que será fundamental a organização dos espaços regionais no processo de organização das Redes de Atenção à Saúde, com a efetiva participação das CIB-Regionais nos processos de discussão. Considerou que a participação dos gestores nesta instância, refletiu em avanços nas CIB-Regionais, mas ponderou que, agora, é preciso qualificar essa participação, promovendo mudanças nas práticas atuais, provocando as alterações necessárias para a valorização do planejamento regional. Destacou que a proposta em tela pretende aproximar as discussões dos espaços municipais, e, que a continuidade da pactuação anterior está garantida, só que a partir de convênio com o COSEMS/PR, num reconhecimento da importância dessa instância para o Sistema. Marina registrou que no ano de 2010, foram feitas Oficinas em 17 Regionais de Saúde com os recursos do CGR, o que permitiu uma aproximação maior do COSEMS/PR com os CRESEMS, ficando clara a necessidade das ações serem discutidas mais próximas de onde elas acontecem que é na região, por isso o COSEMS/PR referenda a proposta de utilizar o recurso nas regiões, com a atuação e participação de todos os atores no processo. Definição: aprovada a proposta apresentada. (2011 [4], p. 3)

Os resultados apresentados como fruto dos investimentos realizados pela SESA foram positivos em relação aos programas estratégicos prioritários que estruturou a partir de 2011, sem desconsiderar os recursos destinados aos investimentos e ao custeio das demais estratégias de atuação da SESA, em especial, quanto às ações voltadas para a consolidação das redes na perspectiva da regionalização. Destaque-se, também, o fato de que a distribuição dos recursos próprios ou mesmo de recursos federais foi realizada a partir das pactuações da CIB/PR. Para ilustrar, extrai-se da ata a seguinte fala:

3.2 – APSUS – apresentação dos municípios contemplados com USF – reforma, ampliação e construção 2011 a 2014 – SESA/SAS – [Integrante da SESA] coloca que um relatório foi elaborado contendo todos os municípios que foram contemplados com recursos para construção, reforma, ampliação e equipamentos dentro do APSUS, que é importante o COSEMS fazer esse acompanhamento, como também para a SESA esse relatório é importante, pois reforça o compromisso dessa gestão com a Atenção Primária. Agradece a todos pelo envolvimento no sentido de alinhar no Estado um conceito de Redes e reforça que as Redes de Atenção se iniciam na Atenção Primária em todos os ciclos de vida em especial as condições crônicas. Colocou que em 2011, no início da gestão, tinha um compromisso de construir, ampliar e reformar 400 Unidades de Saúde, que a meta foi fechada com 460 Unidades construídas, ampliadas e/ou reformadas, que nesse ano houve ampliação para mais 207, o que agilizou foi a SESA ter disponibilizado os projetos das Unidades, dentro de padrões e normas, para uma construção de qualidade e que isso facilitou o repasse Fundo a Fundo, que o investimento foi mais de R\$ 167 milhões, reforça que de 2011, até a presente data, foram 460 unidades de Saúde, com investimento na ordem de R\$ 167 milhões, reforça que de 2011, até a presente data, foram 460 Unidades de Saúde, com investimentos na ordem de R\$ 167.164.000,00 (cento e sessenta e sete milhões e cento e sessenta e quatro mil reais) aos quais se somam mais 13 milhões de investimentos em equipamentos, perfazendo um total aproximado de 180 milhões e que esses investimentos somados aos incentivos da Atenção Primária perfazem, mais de 330 milhões, investidos pelo Estado do Paraná, em 04 anos, na Atenção Primária. Isso mostra que pelas regras do SUS, mesmo não sendo obrigação do estado, mostra a decisão inequívoca em apoiar os municípios na melhoria da Atenção Primária. [Integrante do COSEMS] coloca que é evidente o apoio da SESA para com os Municípios no fortalecimento da Atenção Primária, tanto na parte de organização

como de estrutura, que a disponibilidade dos projetos é o diferencial e agradece esse fortalecimento. [...] [DG/SESA] esclarece que o questionamento [...] a respeito do transporte sanitário informando que o transporte sanitário já é um dos elementos do Programa APSUS, que o desenho foi trabalhado em duas vertentes, uma pelo COMSUS, outra pelo APSUS, que no COMSUS está sendo concluída a aquisição de veículos Ônibus, para que, em parceria com os consórcios, estes administrem, de forma organizada, para que as pessoas tenham acesso, por meio de um itinerário bem definido, as consultas especializadas. “E no APSUS serão repassados Fundo a Fundo, os recursos financeiros aos municípios para aquisição de veículos para transporte sanitário, de acordo com a necessidade dos municípios e que isso será regido por meio da Resolução SESA nº 434/2014”. (2014[3], p. 23-24)

Infere-se das atas que o Estado do Paraná, em diversas situações, realizou aportes financeiros com recursos próprios para a implantação dos programas estratégicos, adotando políticas indutoras para adesão dos Municípios, e, mesmo quando realizou os repasses dos recursos federais, considerando o fato de que adotaram como critério para distribuição dos recursos o fator de redução das desigualdades regionais na maioria dos casos, vê-se que houve expressiva contribuição para consolidação da regionalização, já que sem o aporte de recursos, não seria possível aos Municípios executarem as políticas de saúde.

4.5.4. Papel da SESA na condução da regionalização: estruturas de coordenação definidas, existência de estratégias políticas, importância da regionalização na agenda governamental

A quarta e última categoria considerada para analisar a institucionalidade da regionalização entrelaça-se com os indicadores anteriores. As estratégias adotadas pela SESA para a construção das Redes de Atenção à Saúde e, por conseguinte, os recursos direcionados para a concretização destas estratégias, já denunciam que o papel que a SESA desempenhou na condução do processo de regionalização da política de saúde foi fundamental. As discussões e pactuações ocorridas na CIB/PR explicitam este papel.

A SESA priorizou o fortalecimento da atenção primária e a implantação das redes consideradas prioritárias. As discussões e pactuações acerca das Redes de Atenção à Saúde (RAS) tornaram-se pautas permanentes nas reuniões ordinárias da CIB/PR. Ou seja, a pactuação das diretrizes na BIPARTITE atesta o comprometimento da SESA em respeitar as deliberações deste espaço e conduzir a política de saúde à regionalização, na perspectiva de qualificar o atendimento em saúde no Estado. As unidades de registro⁸⁰ elencadas para análise do papel da

⁸⁰ 2011: [1], [2], p. 2; [3], p. 3, 4, 5; [4], p. 3, 4; [5], p. 6, 7, [6], p. 1-2, 3; [7], p. 8, [8], p. 3, 4; 2012: [1], ; [2], ; [3], p.3, 4, 8; [4], p. 5, 6; [5], ; [6], ; 2013: [1], p. 19; [7], p. 8; 2014: [1], p. ; [2], p. 13; 2015: [3], p. 3, 15-16; [5], p. 8; [6], p. 8).

SESA foram: **“normas”**; **“diretrizes”**; **“estratégias”**⁸¹; **“projeto (s)”**; **“proposta (s)”**; **“incentivo (s)”**; **“instrumento (s)”**, **“política (s)”**; e, **“plano diretor”**.

Infere-se das falas que a SESA desempenhou o papel fundamental como articuladora das negociações regionalizadas, fomentando as discussões e pactuações no âmbito da CIB/PR, de forma indutora (2014 [2], p. 13), direcionando a atuação das demais instâncias colegiadas para a elaboração de planos regionais de ação (2011 [6], p. 1-2) que pudessem representar as necessidades municipal, microrregionais, regionais e macrorregionais. Evidencia-se, ainda, que o trabalho se fez de forma integrada com o COSEMS (2012 [4], p. 5), no âmbito estadual, e com os CRESEMS no âmbito regional.

Na Política Estadual de Saúde Mental os serviços assistenciais são de responsabilidade municipal, cabendo ao Estado, em seu papel regulador, a incumbência de estimular a criação de políticas municipais em consonância com a Reforma Psiquiátrica, articular as negociações regionalizadas, fiscalizar (controle, avaliação e acompanhamento) e oferecer suporte técnico às equipes. As ações de saúde mental dever ser estruturadas a partir da realidade municipal, microrregional/regional/macrorregional, observando-se a estruturação do sistema de referência e contra-referência, a porta de entrada do sistema e a rede de assistência de retaguarda, de acordo com as estruturas propostas na política” (2014 [2], p. 13).

As categorias analíticas indicam que a institucionalidade do processo de regionalização, no período de 2011-2015, implicou na implantação e ampliação das Redes de Atenção à Saúde, a partir da criação de programas estratégicos que ampliaram as ações e serviços de saúde. Analisa-se, num segundo momento, a institucionalidade da CIB/PR.

4.6. A institucionalidade da Comissão Intergestores Bipartite (CIB/PR)

A institucionalidade da Comissão Intergestores Bipartite pode ser aferida a partir do teor das pactuações da CIB/PR, já que esta é a principal instância de deliberação quanto à política pública de saúde no âmbito estadual. Não há outro espaço privilegiado de discussão que possibilite uma articulação intergovernamental no âmbito estadual. Os elementos que indicam esta institucionalidade se constituíram em categorias para a análise do teor das atas das reuniões plenárias da CIB/PR. Assim, tomaram-se como indicadores desta institucionalidade as variáveis constantes da matriz metodológica mencionada, considerando-se:

⁸¹A ocorrência da categoria “estratégia (s)” e “incentivo” foram registradas, respectivamente, nos quadros 1 e 2.

Quadro 10 – Categorias de Análise da Dinâmica da CIB no Estado: Institucionalidade da CIB/PR

Dimensão	Categorias analíticas (indicadores-chave)
Institucionalidade da CIB	Categoria 1 - Presença de instâncias de integração e processamento técnico-político dos temas tratados: Grupos Técnicos, Grupos de Trabalho, Grupos Condutores, Comissões Técnicas e Câmaras técnicas.
	Categoria 2 - Regularidade de funcionamento da plenária da Comissão Intergestores Bipartite (CIB/PR) e suas estruturas de organização interna.
	Categoria 3 - Existência de representatividade regional (por meio da escolha de representantes ou do funcionamento regular de instâncias regionais).
	Categoria 4 - Legitimidade da CIB como instância de negociação e de decisão técnico-política (inclui legitimidade dos membros estaduais e municipais).

Fonte: Adaptado de Pesquisa “Avaliação Nacional das Comissões Intergestores Bipartites (CIBs): AS CIBs e Os Modelos de Indução da Regionalização no SUS” – ENSP/FIOCRUZ E FM/USP.

A perspectiva trabalhada centra-se na investigação da presença destes elementos nas deliberações da CIB/PR. O objeto desta tese é realizar análise de conteúdo a partir das deliberações/pactuações realizadas nesta instância de decisão com o objetivo de aferir o grau de institucionalidade deste processo a partir de elementos específicos. A matriz, conforme já explicitada, é extraída de pesquisa anteriormente realizada na FIOCRUZ, que se toma como referência para análise deste processo de regionalização.

4.6.1. Presença de instâncias de integração e processamento técnico-político para discussão dos assuntos abordados na CIB/PR

No Estado do Paraná constata-se que a SESA mantém atrelados à estrutura organizacional instâncias de integração e de processamento técnico-político para instrumentalizar as ações de saúde e tomar as decisões gerenciais. No período assinalado, de 2011 a 2015, foram mantidas e instituídas novas instâncias de discussão, demonstrando que há um processo contínuo de institucionalização de espaços para que as deliberações se realizem com base em informações técnicas que demonstram a situação de cada área de saúde que está sendo objeto de implantação.

O Estado do Paraná tem três Grupos Técnicos instituídos: (1) Grupo Técnico de Atenção à Saúde; (2) Grupo Técnico de Gestão e Planejamento; e, (3) Grupo Técnico em Promoção e Vigilância em Saúde. Integram estes Grupos Técnicos membros da SESA e do COSEMS. Registra-se a instituição do Grupo Conductor Estadual da RUE (Aprovada a Instituição na Deliberação Nº 082/CIB – 06/09/2011 em cumprimento às Portarias GM/MS nºs. 1.600 e 1.601 de 07/07/2011). Precedem as pactuações da CIB/PR as discussões realizadas nestas instâncias técnicas.

Constata-se da análise das atas a existência de constituição de diversas instâncias de integração e processamento técnico-político. No período houve a constituição destas tanto no âmbito estadual quanto no âmbito regional, sendo que há necessidade de que os temas sejam previamente tratados nestas instâncias antes da deliberação da CIB/PR. Infere-se do teor das atas que as apresentações/discussões/pactuações são realizadas a partir da atuação destas instâncias, prevalecendo na deliberação informações de natureza técnica.

As unidades de registro⁸² definidas para análise da presença destas instâncias foram: **“Grupos Técnicos”**; **“Grupos de Trabalho”**; **“GT”**; **“Oficina (s)”**; **“Grupo Condutor Estadual”**; **“Grupo Condutor Regional”**; **“Comissão (ões)”**; **“Comitê (s)”**. As ocorrências destas unidades de registro estão presentes em todas as atas analisadas no período. Ou seja, a frequência das unidades de registro demonstra que as pactuações estão subsidiadas pelos trabalhos técnicos realizados nestas instâncias. A composição destas instâncias assegura a representatividade dos interesses dos atores participantes.

3.1. VIGIASUS – SESA/SVS – [...] criar um Grupo de Trabalho do Programa Estadual de Qualificação da Vigilância em Saúde – GT/VIGIASUS, [...] [Integrante da SESA] ressalta que durante a reunião a apresentação do VIGIASUS na reunião do Conselho Estadual de Saúde, ficou claro que o programa foi construído dentro de uma memória de necessidades postas pelos grupos técnicos, pelas câmaras técnicas de vigilância, e pela própria câmara técnica da atenção primária, e pelas necessidades prementes na área de vigilância que vem acontecendo, porém, não se tinha um dispositivo financeiro de co-financiamento e co-participação para esta execução. (2013 [1], p. 9-10)

Pode-se afirmar, assim, que não só a presença destas instâncias de processamento técnico-político, mas o fato de que os trabalhos desenvolvidos nestas instâncias necessariamente são submetidos à apreciação do COSEMS e/ou na CIB/Regional e/ou CRESEMS, para só então, serem incluídos na pauta da CIB/Estadual, demonstrando a existência de um processo de consolidação da regionalização, a partir da integração interfederativa. Cabe verificar esta representatividade preserva os interesses locorregionais e de fato há representação regional nestes espaços.

⁸²2011: [1], p. 3-4, 4-5, 5-6; [2], p. 1-2; [3], p. 1-2, 3, 4, 5; [4], p. 4; [5], p. 6, 7; [6], p. 1, 3; [8], p. 5, 7; 2012: [1], p. 11; [2], p. 10, 11, 12; [3], p. 9, 10, 12, 17; [4], p. 12, 13, 14; [5], p. 4, 6, 6-7; [6], p. 6, 9; 2013: [1], p. 9-10, 13-15, 19-20; [2], p. 8, 10; [3], p. 4; [4], p. 6, 8, 11, 13, 14; [5], p. 8; [6], p. 6, 8; [7], p. 8, 9; 2014: [1], p. 11, 13, 14, 15, 20; [2], p. 15, 15-16; [3], 21, 24, 26, 27, 29, 30, 32, 4, p. 8-9, 10; [5], p. 14, 15, 16, 16-17; [6], p. 1, 11; 2015: [1], 13, 14, 15; [2], p. 6; [3], p. 5; [4], p. 14, 17; [5], p. 5; [6], p. 6, 8.

4.6.2. Regularidade de Funcionamento da CIB/PR

A regularidade do funcionamento da Comissão Intergestores Bipartite – CIB, na matriz de análise, é indicada com uma das variáveis da institucionalidade da CIB. Tomando-se como referencia este elemento, analisa-se no período a regularidade da realização das plenárias. Para análise quantitativa foram considerados o número de reuniões realizadas no ano e a periodicidade das reuniões. A análise qualitativa, considerou não somente a efetiva participação dos membros da CIB, mas também, a discussão qualificada no processo.

Foram realizadas as reuniões ordinárias de forma regular, tendo sido realizadas 8 (oito) reuniões em 2011; 7 (sete) reuniões em 2012; 7 (sete) reuniões em 2013; 6 (seis) reuniões em 2014 e 6 (seis) reuniões em 2015. Em 2011 o calendário de reunião foi pactuado e aprovado na primeira reunião realizada (2011 [1], p. 2). A CIB no período de 2011-2015 manteve a regularidade de suas reuniões e do funcionamento de sua estrutura administrativa, com atuação permanente das Câmaras Técnicas, Grupos de Trabalho e Grupos Condutores.

As discussões e deliberações na CIB/PR foram sempre precedidas de discussão prévia para as pactuações. Infere-se, do teor das atas, que as deliberações não se pautam por orientações político-partidárias, e sim com base em dados técnicos e de conformidade com as necessidades existentes. Funda-se não somente no fato de que as deliberações são precedidas de discussões prévias nas instâncias técnicas e no COSEMS, mas também pela fala de que se devem consolidar os princípios orientadores do SUS. Destaquem-se as falas do Secretário Estadual de Saúde:

Na sequência o Secretário de Estado da Saúde, [...], apresentou o Plano de Governo para a Área da Saúde, gestão, 2011-2014, em anexo. [...] Colocou que gostaria de combinar com os integrantes da Bipartite para que haja maturidade nas discussões e decisões pactuadas pela instância, para que todos os pactos possam realmente ser cumpridos, que a CIB/PR, ao discutir sobre destinação de recursos, pactue sua aplicação onde se faz mais necessário, nas ações mais estratégicas, destacando que todas as questões deverão ser definidas em conjunto, e que, caso algum pacto não possa ser cumprido, que todos tenham maturidade e responsabilidade em repactuar. [...] Ponderou que é preciso voltar à normalidade, avançando na execução da política de saúde, deixando de lado as questões políticas partidárias. Registrou, ainda, a intenção da atual gestão em fortalecer as CIB-Regionais, qualificando as discussões, obtendo melhores resultados, com diagnóstico das soluções muito mais consistentes. (2011 [1], p. 1)

Inicia dizendo que no SUS existem diversas pactuações e nenhuma é pessoal, portanto não se pode dizer que determinado compromisso não é nosso porque não estávamos naquele momento na gestão. Diz que não espera deste fórum imparcialidade nos processos políticos partidários, porém, que todos devem se esforçar para que no campo do SUS, sempre se respeite às diferenças e o entendimento de que a população não pode pagar a conta por essas diferenças. Relata que grande parte das ações estratégicas da SESA e distribuição de seus recursos estão baseadas em critérios técnicos, e que durante reunião com o Governador do Estado, este afirmou que para o orçamento de 2014 a saúde receberá 12% dos recursos, tirando a questão do

FUNDEB, que equivale a R\$ 500 milhões a mais de recursos para a saúde do Paraná”. (2013 [6], p. 1)

A forma de organização e funcionamento da CIB/PR demonstra a diversidade de temáticas abordadas, sendo que as apresentações nas instâncias técnicas, no COSEMS e na plenária da CIB/PR primam pelo esclarecimento das questões com base em dados técnicos. Trata-se de um procedimento deliberativo qualificado, considerando o fato de que somente se delibera quando as questões técnicas estão devidamente esclarecidas. A comprovação se dá pela existência de apresentações e discussões prévias à deliberação nas diversas instâncias técnicas.

4.6.3. Existência de representatividade regional

As decisões tomadas no âmbito da CIB/PR são instrumentalizadas por atos administrativos emanados da CIB/PR ou por outro órgão integrante da Secretaria de Saúde do Estado do Paraná (SESA/PR). Não cabe aqui analisar sob a ótica jurídica a propriedade ou não destes instrumentos normativos, ainda que tal tarefa se faça necessária, se se quiser verificar a validade de tais atos. Aqui, destaca-se, que a existência de tais atos normativos é indicativa do processo de institucionalização da regionalização.

A composição da CIB/PR já é indicativa da representatividade regional, considerando o fato de que os secretários municipais estão representados pelo COSEMS. Considerando que o presente trabalho se restringe a analisar esta representatividade nesta instância deliberativa que é a CIB/PR, para analisar a representação regional investigaram-se nas atas as articulações entre as instâncias de deliberação no âmbito regional com a CIB/PR e do CRESEMS/PR com o COSEMS e a SESA. As unidades de registro⁸³ eleitas para análise desta categoria-chave foram “COSEMS”; “CRESEMS”; “CIB Regional”; “CIB ESTADUAL (CIB/PR)”; quando associadas às deliberações que decorrem da representação destas instâncias. Mencione-se o seguinte enxerto:

4.1 – Estratégia de Qualificação ao Parto – EQP – SESA/SGS: [Integrante da SESA] diz que durante reunião do COSEMS foi apontada a questão de financiamento e custeio da rede cegonha e rede mãe paranaense para os municípios na referente a divergência de alguns co-financiamentos de exames onde alguns serviços hospitalares estão cobrando dos municípios, para execução de partos, a realização de alguns procedimentos. Relata que o COSEMS encaminhou que traria uma prévia desta questão nesta reunião CIB e, através dos CRESEMS, para próxima reunião trará um documento formal apontando todos estes problemas sejam eles pontuais ou coletivos. Solicita aos municípios que formalizem as divergências ao COSEMS para que possam

⁸³2011: [1], p. 1, 3, 5; [2], p. 2, 3, 6; [3], p. 1, 2, 3, [4], p. 4, 8; [5], p. 3, 6; [6], p. 4-5, 7; [7], p. 2-3, 6; [8], p. 7; 2012: [1], p. 4, 6; [2], p. 11, 12-13; [3], p. 16; [4], p. 3, 11; 2013: [1], p. 4, 6, 7; [3], p. 7, 12; [4], p. 7, 8, 10; [5], p. 1, 7, 8, 9-10, 13, 15; [7], p. 6-8; 2014: [1], p. 10-11; 12-13, 16; [2], p. 11; [3], p. 32; [5], p. 14, 17; 2015: [1], p. 2, 2-3; [2], p. 5; [3], p. 3-4, 6; [4], p. 14, 15, 17; [6], p. 6-7.

ser trazidas de forma integral na próxima CIB/PR e encaminhado a SESA para que sejam tomadas as medidas cabíveis”. (2013 [3], p. 11-12)

“4.1 - Criação do Comitê Executivo Macrorregional Noroeste – SAS/SESA – [Integrante da SESA] coloca que no documento Diretrizes de Implementação do COAP, já pactuado pela CIB, ficou definido que a **forma de governança das Redes** seria por meio da criação de comitês executivos macrorregionais e que, como a Rede Mãe Paranaense, está mais consolidada e avançada no Paraná é a Rede que poderia avançar com a implantação desse **comitê executivo**. Coloca que por meio de uma parceria com o CONASS, Fundação João Cabral, os quais acompanharão o Paraná neste processo novo, e registrarão essa experiência que em comum acordo com o COSEMS, foi escolhida a Região Noroeste e que traz para deliberação a criação do Comitê Executivo Macrorregional da Rede Mãe Paranaense da Macrorregião Noroeste do Paraná, o qual tem por objetivo monitorar, acompanhar e propor solução para o adequado funcionamento da Rede Mãe Paranaense na Macrorregião e que o Comitê será composto por: Diretores Regionais, Presidente dos Conselhos Regionais de Secretários Municipais de Saúde – CRESEMS de cada região de saúde que compõe a macrorregião e mais o Secretário Municipal de Saúde dos municípios sedes das regiões de saúde, desde que este não seja presidente do CRESEMS, Representante do segmento dos usuários do Controle Social que seja integrante do Conselho Estadual e que tenha vínculo com a macrorregião, Prestadores de Serviços – Os diretores dos hospitais de referência regional: Santa Casa de Campo Mourão, Hospital NOROSPAR, Hospital São Paulo, Santa Casa de Paranavaí e um representante dos Consórcios Intermunicipais de Saúde das regiões de Saúde da Macrorregião. [...] [Integrante COSEMS] coloca que é uma grande ferramenta de gestão e que o diferencial é envolver diversos segmentos e que tem que se tornar mais comum na gestão. [Integrante da SESA] coloca que por parte do COSEMS está aprovada a escolha da Macrorregião Noroeste como piloto, bem como, a criação do Comitê Executivo Macrorregional Noroeste. [...] Aprovado pelos membros da CIB o encaminhamento da deliberação com a respectiva mudança do regimento interno”. (2014 [1], p. 12-13)

O resultado que se apresenta é que as Regiões de Saúde estão devidamente representadas no âmbito da CIB/PR, não só pela presença dos representantes do CRESEMS junto a esta instância deliberativa, mas pelo fato de que a participação desta entidade representa as reivindicações que são realizadas Regiões de Saúde, demonstrando assim, que os encaminhamentos que são realizados na CIB/PR, decorrem de prévias discussões realizadas nestas instâncias regionais e que são veiculadas na CIB/PR para o estabelecimento das pactuações.

4.6.4. Legitimidade da CIB como instância de negociação e decisão técnico-política

Inegável o reconhecimento de legitimidade na atuação da CIB quanto às deliberações/pactuações ante as disposições normativas que elegem esta instância como sendo o campo privilegiado para a discussão dos temas inerentes à política pública de saúde. No entanto, a legitimação formal não implica necessariamente o reconhecimento de legitimação do ponto de vista material. Assim, é possível aferir a existência de legitimidade material pelo

objeto das discussões e pela sujeição não só da SESA as pactuações, mas também, dos gestores municipais e estaduais ao que foi deliberado.

[Secretário Estadual de Saúde] [...] Em relação a essa questão, ponderou que essa foi uma decisão da CIB/PR, e que a SESA sempre estará aberta ao diálogo, e fará adequações, caso comprovada a necessidade, mas, destacou a importância de se lembrarem [sic] os motivos dessa pactuação, que se fazia extremamente necessária, sob pena de se inviabilizar todo o Sistema do Estado. Observou que tem conversado com muitos prefeitos e tem denotado que as pactuações da CIB/PR não estão chegando para eles, exemplificando com a pactuação da conversão da USAIMC em UAPSF, em que grande parte dos prefeitos o questiona porque acham que vão mais receber o incentivo, ou o equipamento, etc. Ponderou que é preciso melhorar a comunicação, solicitando tanto para os Diretores das Regionais como para os Secretários Municipais, que participam das reuniões, que fizessem chegar às [sic] suas regiões as decisões tomadas na CIB/PR. Solicitou também que os SMS participassem das audiências que estão sendo feitas na região. Destacou que a SESA irá respeitar as pactuações feitas na CIB/PR, somente retroagindo com base em justificativas técnicas, e nesses casos, deve ser feita a respectiva repactuação nesta instância. (CIB/PR, 2011 [3], p. 2)

Registrou que a SESA considerou importante as apresentações dessas questões na pauta da CIB/PR, para que todos pudessem entender o processo que leva às discussões das Redes de Atenção à Saúde. (2011 [4], p. 3)

[DG/SESA] lembrou pactuações anteriores da CIB/PR referente a esse recurso, em que se garantia a participação dos representantes dos CRESEMS nas reuniões da CIB/PR e outras pactuações, informando que a SESA procurou garantir a continuidade dessa participação mediante convênio que será assinado no próximo mês entre a SESA e o COSEMS/PR, colocando que esse convênio terá por objeto melhorar a estrutura do COSEMS/PR, sobretudo de apoio técnico nas regiões. Colocou que a proposta apresentada para utilização do recurso do CGR, que é de aproximadamente R\$ 1.200.000,00, leva em consideração que será fundamental a organização dos espaços regionais no processo de organização das Redes de Atenção à Saúde, com a efetiva participação das CIB-Regionais nos processos de discussão. Considerou que a participação dos gestores nesta instância, refletiu avanços nas CIB-Regionais, mas ponderou que, agora, é preciso qualificar essa participação, promovendo mudanças nas práticas atuais, provocando as alterações necessárias para a valorização do planejamento regional. Destacou que a proposta em tela, pretende aproximar as discussões dos espaços municipais, e, que a continuidade da pactuação anterior está garantida, só que a partir do convênio com o COSEMS/PR, num reconhecimento da importância desta instância para o sistema. (2011 [4], p. 3)

Outro elemento que indica a integração e a legitimação das instâncias de deliberação pode ser inferido pela exigência de que as deliberações da CIB/PR sejam precedidas de deliberações da CIB-Regional, do COSEMS ou de outras instâncias técnicas. A Deliberação nº 047 de 30-05-2011 determina que os pleitos para aprovação de projetos, oriundos de Emendas Parlamentares, devem ser analisados pela respectiva Comissão Intergestores Bipartites Regional (Colegiado de Gestão Regional), da abrangência do pleiteante, para posterior deliberação da CIB/PR.

Tal exigência é indicativa de que a preocupação de que a destinação dos recursos seja realizada a partir das necessidades regionais existentes, com prévia discussão na CIB-

REGIONAL e posterior convalidação na CIB-ESTADUAL. Ao se estabelecer tal exigência de forma normativa, não só explicita o grau de institucionalidade, mas também, demonstra que a gestão está voltada para a articulação das diversas instituições que integram o SUS no âmbito do Estado, mas também, para que se supram os vazios existenciais dentro de cada região de saúde.

Destaque-se, ainda, que as reuniões da CIB/PR são precedidas das reuniões realizadas no COSEMS/PR e as reuniões deste são precedidas das reuniões realizadas nas Câmaras Técnicas (Planejamento, Atenção e Vigilância), priorizando-se assim, a discussão qualificada, uma vez que se estrutura inicialmente com as questões de ordem técnica em cada Câmara Técnica articulando-se com as questões políticas que serão posteriormente encaminhadas na reunião do COSEMS/PR. Assim, as deliberações da CIB/PR são resultado da articulação entre a SESA/PR e o COSEMS/PR, viabilizando-se assim as questões interfederativas. Neste sentido:

Coloca que dentre o rol dos indicadores do SISPACTO, que são em número de 66, o Estado do Paraná definiu pactuar 32 indicadores universais, e dentre os específicos, ficou definido 10 indicadores específicos, os quais contam (sic) no Plano Estadual de Saúde e na Programação Anual de Saúde e que já estão aprovadas pelo Conselho Estadual de Saúde. Para fechar esse processo de 2015, o Estado está aguardando o fechamento das pactuações dos municípios e regional, que houve avanço na qualificação desse processo, num trabalho conjunto entre SESA e COSEMS e que em 2016 o avanço na pactuação regional deve ser mais qualificado por ser um processo novo. Aprovado pelos membros da CIB. (5ª Reunião Ordinária da CIB/PR, p. 7)

Vê-se, pois, que existe uma articulação federativa que é demarcada pela presença dos representantes dos dois níveis de governo, Município e Estado, nas comissões, sendo que as deliberações não só são precedidas por discussões no âmbito regional, mas também, no âmbito central de gestão, já que pressupõe a deliberação do Conselho Estadual de Saúde, em determinadas matérias, em conformidade com o Plano Estadual de Saúde (PES) e Plano Diretor de Regionalização (PDR).

A análise da dimensão da institucionalidade, a partir das categorias analíticas: “Presença de instâncias de integração e processamento técnico-político dos temas tratados”; “Regularidade de funcionamento da plenária da CIB e suas estruturas de organização interna”; “Existência de representatividade regional”; e, “Legitimidade da CIB como instância de negociação e de decisão técnico-política”; demonstra que a CIB/PR enquanto instância deliberativa tem um grau de institucionalidade acentuado.

4.7. A construção das redes de atenção em decorrência da institucionalidade da regionalização e da atuação da CIB/PR

A institucionalidade da regionalização e da CIB/PR, analisadas a partir das categorias analíticas investigadas e das unidades de registro definidas indicaram que no Estado do Paraná a trajetória da política de saúde aponta para consolidação do processo de regionalização. O questionamento que se pretende responder nesta tese é se a institucionalização da regionalização implicou na ampliação e qualificação do atendimento em saúde no Paraná. Para isto, analisam-se alguns resultados a partir das redes apontadas como prioritárias no período.

O escalonamento da prestação dos serviços de saúde, a partir da institucionalização normativa existente, se fez a partir da construção das redes de atendimento à saúde, sendo observados os níveis de atenção. A institucionalização das redes se constituiu na principal meta a ser alcançada para ampliação e qualificação do atendimento. A SESA ao buscar discutir os rumos da saúde no Estado do Paraná, em 2011, realizou avaliação da situação da saúde à época, e traçou um mapa estratégico em que a implantação das redes se constituiu em meta principal.

No planejamento estratégico, ao menos no campo da gestão da saúde, podem ser identificados dois objetivos que estavam diretamente relacionados ao fortalecimento das redes: **“Promover a descentralização e o desenvolvimento regional da saúde, articulado com outros setores governamentais e não governamentais”** e **“Implantar o Plano de Qualificação dos Pontos de Atenção das Redes”**. O diálogo institucional entre SESA e COSEMS manteve-se articulado quanto às metas e objetivos. Destaca-se a fala do representante da SESA, na reunião da CIB/PR elucida o fato:

Antes de começar as apresentações [DG/SESA] informou que a SESA, há cerca de 60 dias atrás, deu início a um processo de planejamento estratégico, visando definir os rumos que a Secretaria vai imprimir a partir de agora na saúde do Estado, e, para tanto foi feita uma avaliação da situação atual de saúde no Estado, considerando que para se fazer o planejamento estratégico é preciso saber qual é a situação e quais são as questões importantes a serem enfrentadas, e, com base nessa situação de saúde a equipe dirigente da SESA desenvolveu o Mapa Estratégico e, dentro deste, a principal estratégia colocada para enfrentamento de várias questões foi a implantação das Redes de Atenção à Saúde. Registrou que a SESA considerou importante as apresentações dessas questões na pauta da CIB/PR, para que todos pudessem entender o processo que leva às discussões das Redes de Atenção à saúde. (Ata da 4ª Reunião Ordinária da CIB/PR – 13/05/2011)

Assim, o Plano Estadual de Saúde, referente à gestão 2011-2014, estabeleceu como prioridade a implantação das seguintes redes: Rede de Atenção Materno-Infantil – Rede Mãe Paranaense; Rede de Atenção às Urgências e Emergências e a Rede de Atenção Psicossocial. A consolidação das Redes de Atenção à Saúde (RAS) foi vinculada à organização da Atenção Primária à Saúde (APS). Na 1ª Reunião Ordinária da CIB/PR, realizada em 15/02/2011, o

Superintendente de Atenção Primária em Saúde apresentou proposta de reorganização da APS destacando os seguintes aspectos:

Aspectos fundamentais ao debate do fortalecimento da APS no Paraná

- A responsabilidade sobre a APS no Estado é bipartite e uma conquista da sociedade paranaense
- O Paraná possui 10.687.514 habitantes em 399 municípios, com uma grande possibilidade de expansão da APS, em especial da estratégia SF, SB, ACS e NASF
- Há grandes diferenças loco-regionais (de implantação e de prática em APS) que devem ser observadas para se garantir uma expansão equânime e de qualidade em todo o Estado
- A expansão e qualificação da APS no Estado devem estar atreladas aos avanços na consolidação das Redes de Atenção à Saúde – apoio diagnóstico, logístico, Atenção Especializada, Hospitalar (Regionalização), Regulação, etc.
- É imprescindível que a APS se constitua e fortaleça com base nos Territórios Sanitários de co-responsabilidade sociais, mediante ações de Vigilância em Saúde, Promoção da Saúde, Prevenção de Agravos, Assistência Integral à Família/Comunidade, Reabilitação e Manutenção da Saúde. (CIB/PR, 2011 [1], p.5)

Das deliberações registradas nas atas da CIB/PR no período investigado demonstram que não só as decisões gerenciais, mas também, as ações dos integrantes da CIB/PR e das outras instâncias se perfazem para a implantação das redes, identificando-se a construção das redes como o ponto central do processo de regionalização. As ocorrências da discussão quanto à construção, ampliação e consolidação das redes de atenção à saúde se constituíram em pauta permanente na agenda da SESA e das demais instâncias de discussões e pactuações. Mencione-se:

4.2 Composição do GT para revisão da Rede de Atenção de Urgência/Emergência: [Integrante da SESA] fez apresentação sobre a Rede de Atenção às Urgências/Emergências (em anexo), destacando que essa Rede deve estar funcionando no lugar certo, no tempo certo e com a qualidade certa. Encerrou a apresentação propondo a reabertura da discussão da Rede de Urgência/emergência no Paraná, ponderando que até agora se discutiu o sistema logístico, sem considerar os pontos de atenção que constituem uma Rede de Urgência. [...]

4.3 Proposta de Reorganização da Rede de Atenção Primária em Saúde no Paraná: [Integrante da SESA], Superintendente de Atenção Primária em Saúde, apresentou alguns aspectos sobre a Atenção Primária (ver apresentação em anexo), destacando aqueles fundamentais para o fortalecimento da APS no Paraná, quais sejam: a responsabilidade sobre a APS no Estado do Paraná é bipartite e uma conquista da sociedade paranaense; o Paraná possui 10.687.514 habitantes em 399 municípios, com uma grande possibilidade de expansão da APS, em especial da estratégia de SF, SB, ACS e NASF; há grandes diferenças locais/regionais (de implantação e de práticas em APS) que devem ser observadas para se garantir uma expansão equânime e de qualidade em todo o Estado; a expansão e qualificação da APS no Estado devem estar atreladas aos avanços na consolidação das redes de Atenção à Saúde – apoio diagnóstico, logísticos, Atenção Especializada, hospitalar (regionalização), regulação, etc.; é imprescindível que a APS se constitua e se fortaleça com base nos Territórios Sanitários de co-responsabilidade sociais, mediante ações de Vigilância em Saúde, Promoção da Saúde, Prevenção de Agravos, Assistência Integral à Família/Comunidade, Reabilitação e Manutenção da Saúde. Encerrada a apresentação, [...] registrou que existe uma situação que precisa ser tratada com os gestores municipais na CIB/PR, que são as Unidades de Saúde da

Mulher e da Criança, pois, esse é um equipamento que foge totalmente da concepção de integralidade. Informou sobre a construção de um Grupo, com a atribuição de rever a proposta de construção e manutenção desses equipamentos (USAIMC), colocando que a proposta é torna-los Unidades Básicas de Saúde da Família Paranaense, garantindo uma atenção resolutive de qualidade em todo o Estado, revendo, inclusive, sua priorização de estruturação.[...] (conforme item “4.3.” da ATA/RESUMO DA 1ª REUNIÃO ORDINÁRIA de 2011 – 15/02/2011 – sem destaque no original)

Vê-se, portanto, que a consolidação das redes foi ferramenta indispensável para a implantação e expansão do atendimento com qualidade. A coordenadora do COSEMS/PR, ao discutir a questão da saúde mental, enfatizou a necessidade de que se estruture a rede para o atendimento da saúde mental, já que a saúde mental não se restringe à prestação serviços isolados, “[...] devendo ser trabalhada como rede e partindo da atenção primária”. (CIB/PR, 2011, p. 4) Infere-se das falas a contínua preocupação com a construção de uma rede hierarquizada⁸⁴ e regionalizada a partir da atenção primária em saúde. As diferenças dos modelos, conforme elucida MENDES (2009), após se referir às características dos sistemas fragmentados, explicitam-se na tabela abaixo:

Tabela 3 – Diferenças entre os sistemas fragmentados e as redes de atenção à saúde
AS DIFERENÇAS ENTRE OS SISTEMAS FRAGMENTADOS E AS REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE

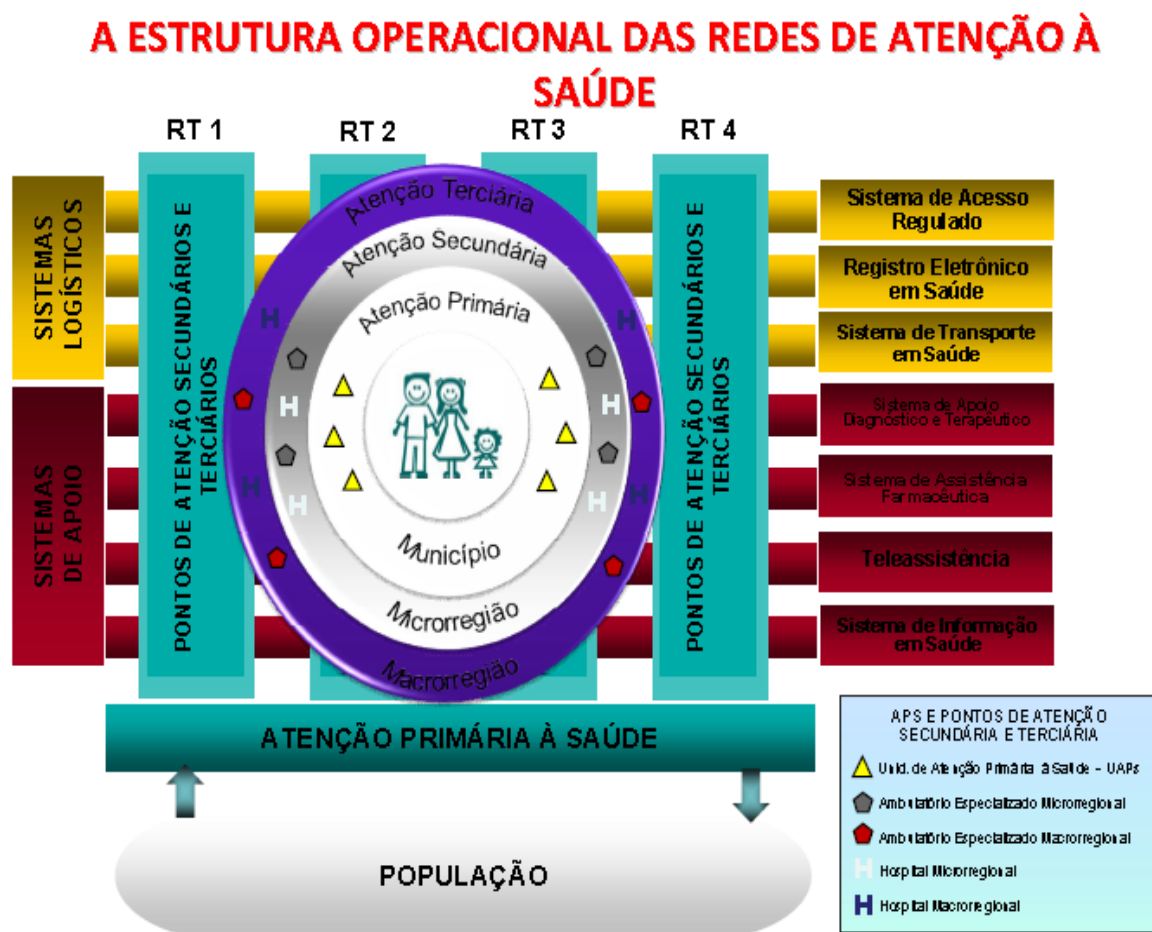
SISTEMA FRAGMENTADO	REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE
• ORGANIZADO POR COMPONENTES ISOLADOS	• ORGANIZADO POR UM CONTÍNUO DE ATENÇÃO
• ORGANIZADO POR NÍVEIS HIERÁRQUICOS	• ORGANIZADO POR UMA REDE POLIÁRQUICA
• ORIENTADO PARA A ATENÇÃO A CONDIÇÕES AGUDAS	• ORIENTADO PARA A ATENÇÃO A CONDIÇÕES CRÔNICAS E AGUDAS
• VOLTADO PARA INDIVÍDUOS	• VOLTADO PARA UMA POPULAÇÃO
• O SUJEITO É O PACIENTE	• O SUJEITO É O AGENTE DE SAÚDE
• REATIVO	• PROATIVO
• ÊNFASE NAS AÇÕES CURATIVAS	• ATENÇÃO INTEGRAL
• CUIDADO PROFISSIONAL	• CUIDADO MULTIPROFISSIONAL
• GESTÃO DA OFERTA	• GESTÃO DE BASE POPULACIONAL
• FINANCIAMENTO POR PROCEDIMENTOS	• FINANCIAMENTO POR CAPTAÇÃO OU POR DESFECHO DE CONDIÇÃO DE SAÚDE

Fonte: MENDES, E.V. *As redes de atenção à saúde*. Brasília, Organização Pan-Americana da Saúde, 2011.

Desenvolveu-se, assim, “[...] uma cultura sanitária voltada para a organização dos serviços e programas de saúde, em que o Estado foi responsabilizado pelo financiamento e gestão de uma rede de serviços constituída segundo o conceito de integração sanitária” (SESA, 2016, p. 97). A finalidade foi romper com o modelo fragmentado e desestruturado de oferta de serviços de saúde. Mendes (2011) apresenta, ainda, a estrutura operacional das redes de atenção

⁸⁴ A hierarquização do sistema de saúde é recomendada pela Organização Mundial de Saúde e pela Organização Panamericana de Saúde (OPAS).

à saúde, modelo que foi seguido na construção das redes no processo de regionalização do Estado do Paraná.



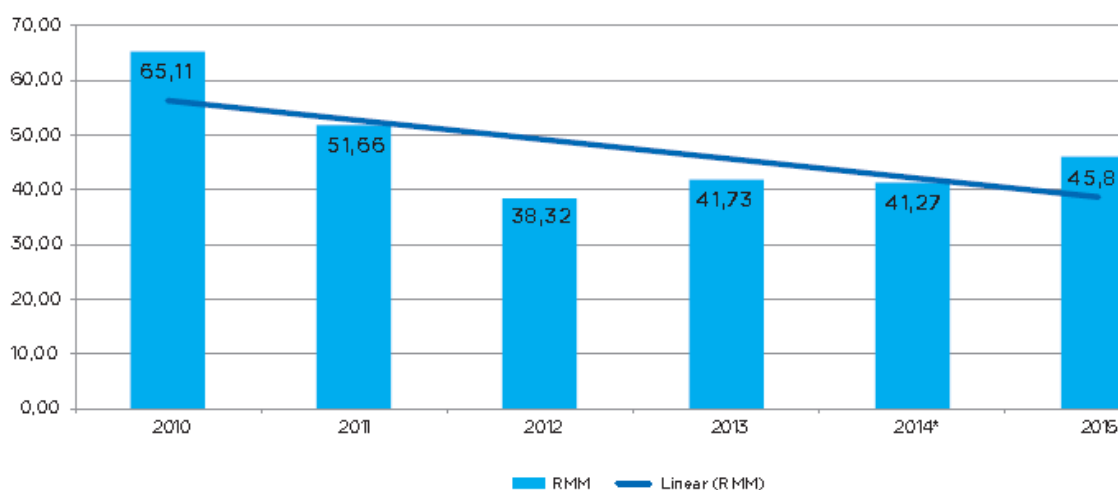
Fonte: MENDES, E. V. *As redes de atenção à saúde*. Brasília, Organização Pan-Americana da Saúde, 2011 (slides)

Assim, o fato de que a construção das redes está diretamente vinculada à consolidação do processo de regionalização, realiza-se análise das redes que foram consideradas prioritárias, para se verificar a partir dos resultados se houve ampliação e qualificação do atendimento à saúde, a partir da construção das redes de atenção à saúde (RAS), tendo-se como parâmetro o **Plano Estadual de Saúde** (PES – 2011-2014) e o **Plano Diretor de Regionalização** (2012-2015). Os dados referentes ao período comprovam que houve ampliação das ações e serviços de saúde.

4.7.1. Rede de Atenção Materno/Infantil – Rede Mãe Paranaense

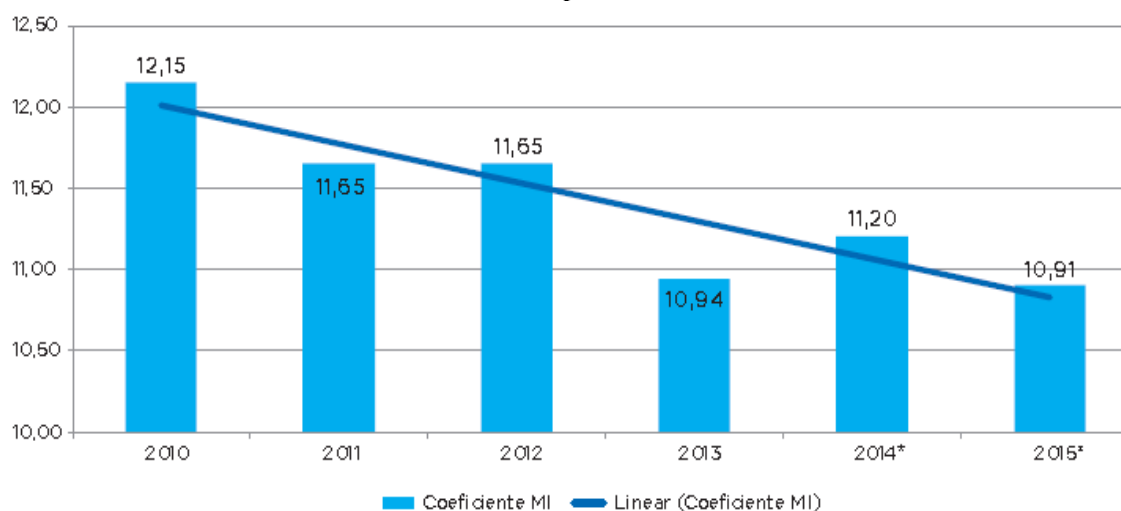
A Rede Mãe Paranaense, conforme já anteriormente dito, foi considerada uma das redes prioritárias no Plano Estadual de Saúde (2012-2015). A estruturação desta rede se realizou a partir dos programas estruturantes adotados pela SESA: APSUS; COMSUS e HOSPSUS. A Rede Mãe Paranaense desenvolveu diversas ações ao longo de 2012-2015, sendo que quanto aos indicadores teve significativa melhoria. Os gráficos abaixo indicam a razão de mortalidade materna por 100.000 NV e o coeficiente de mortalidade infantil por 100.000 NV de 2010 a 2015.

Gráfico 02 – Razão da Mortalidade Materna por 100.000 NV – Paraná – 2010-2015



Fonte: SESA/SVS/CEPI/DVIEP/SENASC/SIM

Gráfico 03 – Coeficiente da Mortalidade Infantil por 100.000 NV – Paraná – 2010-2015



Fonte: SESA/SVS/CEPI/DVIEP/SINASC/SIM

Assim, as ações e estratégias da “Rede Mãe Paranaense” implicaram no melhoramento dos indicadores, registrando-se uma redução de 40% mortalidade materna em relação a 2010. A RMM diminuiu de 65,1 óbitos/2010 para 41,3 óbitos/100.000 NV em 2014, com uma redução de 36,5%. A análise da mortalidade infantil indica a uma redução importante, quando em 2010 registrava-se uma taxa de 12,15/1.000 NV, em 2014 decaiu para 11,20/1.000 NV, com redução da Taxa de Mortalidade Infantil de 2010 para 2014 de 7,90%.

4.7.2. Rede Paraná Urgência

A Rede Paraná Urgência teve as suas diretrizes pactuadas no âmbito da Comissão Intergestores Bipartite. A pactuação se deu na 6ª Reunião Ordinária da CIB/PR, realizada em 14/09/2011. A deliberação foi no seguinte sentido: “Definição: 1. Aprovada a proposta de composição dos Comitês Gestores Regionais e Estadual da Rede de Atenção à Urgência/Emergência; 2. Aprovada as diretrizes do Estado do Paraná para a Rede de Atenção às Urgências/Emergências. 3. aprovado o prazo até 23/09/2011 para envio dos Planos de Ação Regional” (2011 [6], p. 2).

A Rede Paraná Urgência foi instrumentalizada na Deliberação CIB/PR nº 17 de 25/02/2013 tendo por componentes: 1. Promoção, Prevenção e Vigilância; 2. Atenção Primária à Saúde – APSUS; 3. Serviço de Atendimento Móvel de Urgência/SAMU/SIATE; 4. Atendimento Aeromédico; 5. Sala de Estabilização; 6. UPA/Unidade 24 horas; 7. Hospitais/Portas de Urgências Hospitalares – HOSPSUS; 7. Atenção Domiciliar; 8. Complexo Regulador; 10. Telemedicina/Linhas de Cuidado Cardiovascular, Cerebrovascular e Trauma.

Dos componentes mencionados, infere-se do teor das atas da CIB/PR, que houve continua e permanente discussão da implantação desta rede, em especial, quanto ao componente “Serviço de Atendimento Móvel de Urgência/SAMU/SIATE”. Neste componente observam-se os impactos positivos da rede, já que em 2011 havia 15 municípios com SAMU em operação, que passaram a 289 municípios integrados a 12 centrais de regulação Médica de Urgência em 2015, abrangendo 80% da população, sendo que 09 SAMUS são regionais e 03 de abrangência Municipal.

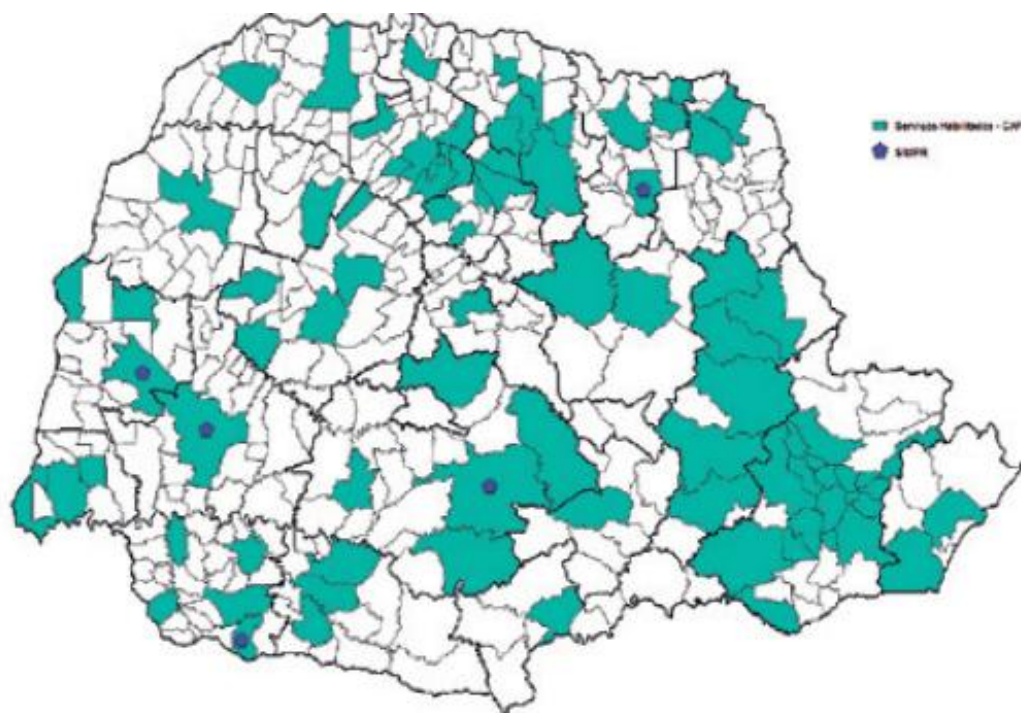
Destaque-se, ainda, que na Rede Paraná Urgência as deliberações e discussões da CIB/PR foram cruciais para que obtivesse um avanço na regulação dos serviços, o que implicou em maior resolutividade dos problemas, sendo que a regionalização da rede teve impacto significativo nesta tarefa.

no Estado do Paraná implicou em acesso aos serviços pela população. Os demais componentes também apresentaram melhoria nos indicadores.⁸⁵

4.7.3. Rede de Atenção Psicossocial – Rede de Saúde Mental

As diretrizes e estratégias foram discutidas e pactuadas na CIB/PR⁸⁶. Pretendia-se, com a implantação da rede, conforme mapa estratégico, “*reduzir os anos vividos com incapacidade por sofrimento ou transtorno mental e/ou com necessidades decorrentes de uso de drogas*”. Nortearam este processo: “Planos de Ação Regional (2012); Qualificação de Profissionais e dos Processos de Trabalho (2014); Linha Guia de Atenção à Saúde Mental (2014); e, ainda, a Central de Regulação de Leitos em Saúde Mental do Estado do Paraná”⁸⁷.

Mapa 5 – Distribuição do SIMPR e CAPS – Paraná - 2015



Fonte: SESA/SAS

Localizam-se no mapa os SIMPR e os serviços habilitados (CAPS) disponibilizados em 85 (oitenta e cinco) municípios demonstrando que a ampliação foi significativa,

⁸⁵Houve redução, por exemplo, no indicador da Taxa de Mortalidade por Causas Externas por 100.000 HAB, exceto violências, com redução de 15,59% e no indicador de taxa de mortalidade por doenças cardio e cerebrovasculares na faixa etária de 0 a 69 anos em que se teve redução de 3,37% no período. (SESA/SAS/DEST/DVIAS/SIH-SUS)

⁸⁶Apresentada na 2ª Reunião Ordinária da CIB/PR realizada em 08/04/2014.

⁸⁷Plano Estadual de Saúde 2016-2019.

considerando que em 2011 o Estado tinha apenas um ponto de Atenção à Saúde Mental (2016 [5], p. 9). Infere-se das atas da CIB que houve discussão da rede de saúde mental no âmbito regional, tanto nas regionais quanto na CIB-Regional, e no âmbito estadual, o que contribuiu para o processo de regionalização, e por conseguinte, para a ampliação e qualificação dos serviços de saúde.

4.7.4. Rede de Atenção à Saúde Bucal⁸⁸

A implantação desta Rede de Atenção à Saúde tinha por estratégia de gestão: promover a articulação com outras áreas governamentais e sociedade civil; Organizar a Rede de Atenção à Saúde Bucal, com definição das competências de cada ponto de atenção; implantar o plano de qualificação dos pontos de atenção; implantar e implementar novas tecnologias de abordagem e cuidado na Rede; implantar plano de monitoramento e avaliação; e, desenvolver educação permanente. O objetivo da SESA era organizar, de forma articulada e resolutiva, a atenção à saúde bucal (2014[2], p. 12).

A Rede de Atenção à Saúde Bucal foi levada para aprovação no CES, sendo que obteve aprovação por unanimidade (2011 [2], 13). Quanto à implantação da rede a seguinte fala: “[DG/SESA] [...] Registra que desde a década de 80 existem movimentos para realizar a atenção à saúde bucal, porém nunca articulados e integrados. A implantação desta rede é uma grande vitória, e tem como grande avanço o trabalho conjunto com as Universidades que terão suas clínicas e seus atendimentos regulados pelo SUS” (2011 [2], p. 13). Abaixo a matriz de competências por nível de atenção:

Quadro 11 – Matriz de competências por nível de atenção

NÍVEL DE ATENÇÃO	PONTO DE ATENÇÃO	COMPETÊNCIA DO PONTO DE ATENÇÃO	TERRITÓRIO SANITÁRIO
PRIMÁRIA	DOMICÍLIO	Autocuidado	Domicílio
		Busca ativa	
		Atenção domiciliar	
		Identificação de fatores de risco	
		Educação em Saúde	
	UBS/USF	Acolhimento	Território de Abrangência
		Estratificação de Risco	
		Ordenadora do Cuidado	
		Cadastramento	
		Responsabilidade pelos usuários do seu território	
		Garantir o cuidado e a resolutividade da atenção em saúde bucal	
		Educação em Saúde	
		Atendimento de Urgência	
		Atenção integral a saúde bucal aos adolescentes em conflito com a lei	
	Centro Sócio Educacional (CENSE)		

Fonte: CIB/Ata da 2ª Reunião Ordinária/p. 13

⁸⁸Implantada pela Deliberação CIB/PR nº 129/2014 e apresentada na 2ª Reunião Ordinária da CIB/PR realizada em 08.04.2014.

Quadro 11 – Matriz de competências por nível de atenção

NÍVEL DE ATENÇÃO	PONTO DE ATENÇÃO	COMPETÊNCIA DO PONTO DE ATENÇÃO	TERRITÓRIO SANITÁRIO
SECUNDÁRIA	Centro de Especialidades Odontológicas	Atendimento especializado e na endodontia, periodontia, prótese, cirurgia, pacientes com deficiência, diagnóstico de lesões bucais, odontopediatria, ortodontia e Implantodontia	Macrorregião
	Instituições de Ensino Superior Estaduais – IES	Atendimento clínico a pacientes com deficiência	
		Exames anatomo patológico de lesões da cavidade bucal	
		Controle de qualidade dos exames anatomo patológicos	
		Atendimento especializado de casos clínicos complexos de cirurgia bucal, dentística restauradora, endodontia, periodontia, odontopediatria e ortodontia	
		Capacitação de profissionais de saúde bucal	
	CAIF	Atendimento a pacientes portadores de deformidades congênicas da face	Estadual
TERCIÁRIA	CRAID	Atendimento a pacientes com deficiência	Macrorregião
	Hospitais de referência	Atendimento a pacientes com deficiência	Território de Abrangência
		Internamento de Curta Permanência	
		Atendimento cirúrgico ao paciente oncológico	
		Atendimento ao trauma maxilofacial	

Fonte: CIB/Ata da 2ª Reunião Ordinária/p. 13

Alguns resultados podem ser destacados após a implantação da rede: Expansão da cobertura de saúde bucal na atenção primária: de 1.198 equipes de saúde bucal na Estratégia Saúde da Família para 1284 em 2015 (RAG/2015/p.40), correspondendo a 64,26% de cobertura. Ampliação do atendimento às Pessoas com Deficiência – de 2011 para 2015 – 17 CEOS – integrados a Rede Viver sem Limites; ampliação dos Laboratórios Regionais de Prótese Dentária – de 39 (2010) para 103 (2015); e, ainda, a parceria com as Universidades Estaduais que passaram a ser reguladas pelo SUS.

A SESA ao estabelecer em 2011 a proposta de construção de uma Política Estadual de Saúde Bucal, voltada para o estabelecimento de um modelo de Atenção em Rede, organizada na atenção primária (ESF/UPS), secundária (CEO) e terciária (Hospitais), que foi consolidada com o lançamento da rede em 2014, orientou-se pela regionalização da política de saúde bucal, sendo que os resultados da implantação da rede comprovam que houve expansão da oferta de serviços, bem como qualificação dos processos, melhorando o acesso do cidadão aos serviços de saúde.

4.7.5. Redes em Estruturação

Mencionem-se, ainda, as redes do idoso e da pessoa com deficiência, que em 2015 não estavam implantadas, mas a SESA já havia definido diversas ações e estratégia para a implantação. Os resultados quanto à implantação destas redes não são possíveis de serem

registrados, considerando que até 2015, em que pese a existência de ações e estratégias voltadas para a construção destas redes, as mesmas ainda não haviam sido implantadas. O que pode afirmar é que a orientação para a implantação será voltada para a regionalização destas políticas de saúde, conforme se observou quanto às redes prioritárias.

4.8. À guisa de conclusão

A regionalização da política de saúde no Estado do Paraná de fato se constituiu em pauta de discussão e deliberação na agenda Comissão Intergestores Bipartite (CIB/PR) o que impulsionou o processo de implantação das redes. Contudo, em que pese todo o arcabouço normativo que foi construído desde a constitucionalização do Sistema Único de Saúde (SUS) até o advento do Decreto nº 7.508/2011, considerado um marco normativo para a análise que se realizou no período de 2011-2015, não é suficiente para que se assegure a plena garantia do direito à saúde.

O Sistema Único de Saúde (SUS) não está isento das reformas que têm sido levadas a efeito no Estado Brasileiro, em especial, após a entrada do atual Governo Temer, com propostas de mudanças e reformas que impactam negativamente nas políticas sociais, em especial, na política de saúde. As mudanças quanto ao financiamento da saúde, a PEC do Teto Gastos Públicos, a reestruturação da Política Nacional de Atenção Básica, indicam o fortalecimento dos setores privados, leia-se mercado, em detrimento do setor público; com clara ameaça de mercantilização da saúde.

A regionalização da política de saúde não é suficiente para a garantia integral do direito à saúde, já que é necessário que os atores sociais que estão envolvidos no processo de implantação das políticas de saúde, compreendam e internalizem as diretrizes constitucionais do Sistema Único de Saúde (SUS), mas que compreendam a necessidade de se realizar a defesa do SUS na sua configuração constitucional, e, essa defesa é de natureza política e não jurídica, ainda que se possa ter como aliada a judicialização quando está se faz para a implantação dos interesses coletivos.

Evidencia-se que o Decreto nº 7.508/2011 trouxe novas ferramentas para a regionalização, e no Estado do Paraná, a discussão acerca destas novas ferramentas foi profícua, contudo, não se pode ignorar que a realidade de cada ente da federação é distinta, o que denuncia uma desigualdade no tratamento do cidadão, afastando-se, assim, da universalidade do atendimento igualitário, demonstrando um grau de não efetividade do sistema de saúde. Corrigir tais distinções é um desafio de natureza política que precisa ser vencido para se derrubem os obstáculos construídos pela desigualdade social.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O reconhecimento constitucional do direito fundamental à saúde na Constituição de 1988 é crucial para que se discuta a implantação das políticas públicas. A dimensão objetiva dos direitos fundamentais implica no reconhecimento de deveres para o Estado no que diz respeito à criação das condições necessárias para a concretização dos direitos. Não há qualquer divergência quanto ao caráter de fundamentalidade deste direito, não só pelo reconhecimento no âmbito internacional nos tratados internacionais, mas também, pela incorporação deste direito à Constituição, vinculando a atuação de todos os poderes públicos.

Pode-se afirmar, então, que o tratamento constitucional dispensado ao direito fundamental à saúde, bem como o fato de que a Constituição estabeleceu os princípios e diretrizes orientadoras do Sistema Único de Saúde, ampliaram, sobremaneira, as discussões quanto às políticas sociais, em especial, quanto às políticas de saúde. Frise-se, que neste contexto de reconhecimento do direito à saúde e das diretrizes do Sistema Único de Saúde, os movimentos sociais e a Reforma Sanitária se constituíram em peças fundamentais para a configuração normativa que foi plasmada na Constituição.

O desafio, contudo, cinge-se a questão de que forma se garantem os direitos, já que o reconhecimento no âmbito normativo não é suficiente para tal. Tem-se que a garantia dos direitos sociais é indissociável das políticas públicas, já que são estas que criam os mecanismos para a efetivação dos direitos. Neste cenário, o federalismo coloca-se como uma das variáveis a ser considerada na análise, considerando que o desenho federativo, não somente irá decorrer do que está na Constituição, mas também, da forma como se implantam as políticas públicas. A configuração do federalismo ao longo da República no Brasil demonstrou que períodos de centralização se alternaram com períodos de descentralização, modificando as relações interfederativas.

A Constituição de 1988 inaugurou uma nova fase de descentralização, ao reconhecer autonomia aos Municípios e elevá-lo à condição de ente federativo. A trajetória da política de saúde demonstrou que prevaleceu no início a orientação para a descentralização, sendo que a União adotou políticas indutoras para buscar a adesão dos Municípios ao Sistema Único de Saúde (SUS). A descentralização representou, contudo, um obstáculo à regionalização da política de saúde, ainda que tais princípios sejam orientadores do SUS. O resultado da adoção destas políticas representou a oferta dos serviços de saúde de forma fragmentada.

Do Pacto pela Saúde até o advento do Decreto nº 7.508/2011 irá ser traçado um novo caminho para se buscar a solução desta fragmentação da oferta de serviços de saúde. As Redes

de Atenção à Saúde, construídas a partir da atenção primária irá nortear a política de saúde. Nesse contexto é que se insere o Estado Membro como partícipe necessário para o desencadeamento deste processo de regionalização. No cenário em que atuavam Municípios e União, o Estado do Paraná interviu positivamente no processo de regionalização, em especial, quanto à implantação das redes de atenção à saúde e com aporte de recursos próprios para financiar as ações necessárias à construção deste processo.

Neste cenário, a análise da política pública de saúde com base no institucionalismo histórico, a partir das categorias analíticas extraídas da matriz metodológica de pesquisa realizada pela FIOCRUZ se mostrou adequada. O caminho histórico percorrido pelo Federalismo desde a proclamação da república até a Constituição de 1988 denunciou a sazonalidade da centralização/descentralização da política de saúde. O marco normativo da Constituição de 1988 ampliou a discussão quanto ao direito à saúde e as suas garantias, já que estabeleceu as diretrizes do SUS, dentre elas, a do acesso universal e igualitário.

O caminho do abstrato ao concreto, ou seja, do que está na Constituição para a concretização na vida do cidadão, enquanto sujeito de direitos, somente será possível mediante um federalismo cooperativo que possa criar as condições para que os entes, como destinatários das disposições constitucionais, reúnam as condições necessárias para o cumprimento da Constituição e da legislação de saúde. O reconhecimento constitucional de que o direito à saúde é um direito fundamental, esvazia-se de conteúdo, quando não se implantam políticas públicas de saúde que garantam o acesso universal e integral.

Do ponto de vista institucional, a Comissão Intergestores Bipartite (CIB/PR) formada por membros da SESA/PR e da COSEMS, desempenha papel fundamental na construção deste processo. A análise da institucionalidade da CIB/PR e da regionalização no Estado do Paraná, com base nas categorias analíticas extraídas da matriz metodológica da pesquisa realizada pela FIOCRUZ, comprovaram que no período de 2011 a 2015, a atuação da CIB/PR e da SESA, foi favorável ao processo de regionalização, sendo possível classificar a como avançada no Estado do Paraná.

O institucionalismo histórico, enquanto referencial teórico metodológico, considerando o fato de que reconhece, assim como as teorias institucionalistas, as instituições como sendo importantes para a compreensão dos processos decisórios, se constitui em ferramenta útil para a leitura do processo no Estado do Paraná, comprovando-se que na medida em que ampliam as estruturas administrativas e se consolidam processos, torna-se custosa a realização de qualquer mudança (trajetória da dependência). O legado das políticas de saúde influencia as decisões. A CIB/PR enquanto instituição, como espaço privilegiado de discussão,

não só se orienta pelo caminho já percorrido, mas também irá condicionar as decisões no âmbito o Estado.

Sem perder o fio condutor do trabalho, a análise das deliberações da CIB/PR permite concluir que no período de 2011 a 2015 as decisões da CIB/PR foram decorrentes de uma articulação interfederativa impulsionada normativamente pelo advento do Decreto nº 7.508/2011, mas também pela relevante atuação da SESA/PR na implantação de programas estratégicos voltados para a construção e fortalecimento das Redes de Atenção à Saúde, com o fortalecimento da regionalização. A implantação das redes, como se demonstrou, implicou na ampliação das garantias para o cidadão em cada Região de Saúde.

Em que pese o Estado do Paraná no período assinalado não ter firmado o COAP, tal fato não é indicativo de que o Estado não reconheça a importância desta ferramenta, mas denuncia a existência de fragilidades nas Redes de Atenção à Saúde que precisam ser sanadas. Afirma-se que o elo fraco das relações interfederativas é o Município, não só pelas limitações orçamentárias que tem, mas também pelo fato de que é nele que se executam as políticas. A autonomia municipal consagrada na Constituição e elevada, inclusive, à condição de princípio torna-se nominal se não forem acompanhadas de políticas que redesenhem o federalismo, criando as possibilidades para a articulação federativa.

Quanto a esta questão, vale destacar que a presente tese analisou a questão da institucionalidade da CIB/PR e da regionalização, realizando uma leitura mono-institucional, ou seja, a partir da perspectiva do gestor de saúde neste espaço de discussão/deliberação da CIB/PR. Não se ignora aqui o fato de que para a grande maioria dos municípios somente é possível aderir à regionalização com a colaboração efetiva do Estado, ante as limitações existentes. A tensão entre autonomia e interdependência dos entes é o desafio para construção de um federalismo cooperativo ante tantas assimetrias. O Estado do Paraná se demonstrou participante ativo no processo, no entanto, é necessário que se dê continuidade ao trabalho, para que não haja interrupção e retrocesso.

A discussão, portanto, necessita ser ampliada e o caminho é a análise que se faça de forma a considerar os demais atores sociais envolvidos no processo, bem como as demais instituições, tais como, legislativo, judiciário, até mesmo, o mercado, uma vez que são instituições que interferem diretamente na construção da regionalização. Em outras palavras, a adesão ao processo de regionalização por parte do Município implica na maior dependência do Estado, e, portanto, a realização do que estiver pactuado não se concretiza se de fato não houve uma articulação interfederativa. A existência de um instrumento normativo como o COAP não é suficiente para assegurá-la, em que pese se constituir resposta normativa à necessidade de

estabelecimento das responsabilidades de cada ente federativo na oferta de bens e serviços de saúde.

A CIB/PR é um espaço deliberativo que viabiliza a articulação entre os entes federativos e as demais instituições atreladas à execução da política de saúde, no entanto, a existência da CIB, por si só, não é suficiente para que se ampliem as ofertas de serviços e ações em saúde, em razão de outras variáveis que devem ser consideradas na construção deste processo, mas é evidente que a atuação da CIB/PR, um grau de institucionalidade avançado, como se tem no Estado do Paraná, é fundamental para que se responda adequadamente às políticas indutivas de âmbito nacional.

A consolidação do processo de regionalização, que se mostrou eficaz no período, dependerá não apenas da normatividade existente, mas, principalmente de uma atuação do gestor que se volte para a implantação das Redes de Atenção à Saúde, em especial, o gestor municipal, para que o Município não se constitua num obstáculo à regionalização, senão, ao contrário, seja a resposta para os desafios que se apresentam ao Sistema Único de Saúde, que nesta quadra da história, encontra-se ameaçado pelo retorno a políticas liberalizantes que se direcionam aos interesses do mercado, subordinando os interesses públicos aos ditames do capital.

O que se consolida, na perspectiva investigada, é que se faz necessário que os atores sociais envolvidos com as políticas de saúde, em especial, àqueles que participam das instâncias deliberativas e decisivas, se constituam em arautos do Sistema Único de Saúde (SUS) e das diretrizes constitucionais que o orientam, assegurando-se desta forma o pleno acesso do cidadão à saúde, em todos os níveis de atenção, de forma integral e igualitária. O sentimento é este, não se pode admitir a exclusão de quem quer que seja aos bens e serviços de saúde, e o caminho é a implantação das redes na construção do processo de regionalização.

REFERÊNCIAS

ABBAGNANO, Nicola. **Dicionário de Filosofia do Direito**. 2. ed. São Paulo: Martins Fontes, 1998.

ABRUCIO, Fernando Luiz. **Os Barões da Federação: Os Governadores e a Redemocratização Brasileira**. 2. ed. São Paulo: Hucitec, 2002.

ALBUQUERQUE, Mariana Vercesi de. **O enfoque regional na política de saúde brasileira (2001-2011):** diretrizes nacionais e o processo de regionalização nos estados brasileiros. 2013. 280f. Tese (Programa de Medicina Preventiva). Faculdade de Medicina do Estado de São Paulo, São Paulo, 2013.

ALMEIDA, Maria Hermínia Tavares. Federalismo, Democracia e Governo no Brasil: Idéias, Hipóteses e Evidências. **BIB**, São Paulo, nº 51, 1º semestre de 2001, pp. 13-34.

ALMEIDA, Célia. Saúde, política externa e cooperação sul-sul em saúde: elementos para a reflexão sobre o caso do Brasil. In: GIOVANELLA, Lígia *et al.*, **Política e Sistemas de Saúde**. 2. ed. 3. reimpressão. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2013.

ANDERSON, George. **Federalismo: uma introdução**. Tradução de Ewandro Magalhães Jr e Fátima Guerreiro. Rio de Janeiro: FGV, 2009. 116 p.

ARRETCHE, Marta. **Estado Federativo e Políticas Sociais:** determinantes da descentralização. 3. ed. Rio de Janeiro: Revan; São Paulo: FAPESP, 2000. 304 p.

_____. **A centralização no Estado Federativo Brasileiro**. Tese apresentada à Faculdade de Filosofia, Letras e Ciências Humanas da Universidade de São Paulo para obtenção do título de Livre-docência no Departamento de Ciência Política, 2007.

_____. Federalismo e Igualdade Territorial: Uma Contradição em Termos? In: **DADOS – Revista de Ciências Sociais**, Rio de Janeiro, vol. 53, nº 3, 2010, pp. 587 a 620.

_____. **Democracia, federalismo e centralização no Brasil**. Rio de Janeiro: FGV; FIOCRUZ, 2012. 232 p.

BARACHO, José Alfredo de Oliveira. **Teoria Geral do Federalismo**. Rio de Janeiro: Forense, 1986.

_____. **O princípio de subsidiariedade: conceito e evolução**. Rio de Janeiro: Forense, 2000.

BARBOSA, Dayse Vieira Santos; BARBOSA, Nelson Bezerra; NAJBERG, Estela. Regulação em Saúde: desafios à governança do SUS. Cad. saúde colet., Rio de Janeiro, v. 24, n. 1, p. 49-54, Mar. 2016. Disponível em www.scielo.br. Acesso em: 19 agosto de 2018.

BARBOSA, Jeferson Ferreira. **Direito à saúde e solidariedade na Constituição Brasileira**. Porto Alegre: Livraria do Advogado, 2014. 120 p.

BERCOVICI, Gilberto. **Dilemas do estado federal brasileiro**. Porto Alegre: Livraria do Advogado, 2004. 104 p.

BOBBIO, Norberto et. al. **Dicionário de política**. Tradução de Carmen C, Varriale et al., Brasília: UNB, 1998. Vol. 1: 674 p.

BONAVIDES, Paulo. **Do estado liberal ao estado social**. 6. ed. rev. e amp. São Paulo: Malheiros, 1996. 230 p.

BOUERI, Rogério. A restrição orçamentária maleável na abordagem da segunda geração da teoria do federalismo fiscal **In: LINHARES, Paulo de Tarso et. al. (org.). Federalismo à brasileira: questões para discussão**. Brasília: Ipea, 2012. v. 8. pp. 233-249.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Para entender a gestão do SUS/Conselho Nacional de Secretários de Saúde**. Brasília: CONASS, 2003. 248 p.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. **Regulação em Saúde**. Brasília, CONASS, 2007

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **A gestão da saúde nos Estados: avaliação e fortalecimento das funções**. Brasília: CONASS, 2007.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Legislação Estruturante do SUS**. Brasília: CONASS, 2011. 534 p.

BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**: promulgada em 5 de outubro de 1988. 51. ed. atual. ampl. São Paulo: Saraiva, 2015. 456p. (Coleção Saraiva de Legislação).

BRASIL. **Lei nº 8080, de 19 de setembro de 1990**. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o Funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília, 19/09/1990. Disponível em: <http://legislacao.planalto.gov.br>. Acesso em: 28/05/2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Resolução nº 258, de 07 de janeiro de 1991**. Aprova a Norma Operacional Básica/SUS nº 01/91. Brasília, 07 de janeiro de 1991. Disponível em: www.sioops.datasus.gov.br Acesso em: 28/05/2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Resolução CIT nº 01 de 29 de setembro de 2011**. Estabelece diretrizes gerais para a instituição de Regiões de Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), nos termos do Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011. Disponível em: www.bvsmms.gov.br Acesso em: 28/05/2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 545, de 20 de maio de 1993**. Estabelece normas e procedimentos reguladores do processo de descentralização da gestão das ações e serviços de saúde através da Norma Operacional Básica 01/93. Ministério da Saúde. Brasília, 20 de maio de 1993. Disponível em: www.bvsmms.saude.gov.br Acesso em: 28/05/2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.203 de 5 de novembro de 1996**. Aprova a NOB 01/96 que redefine o modelo de gestão do Sistema Único de Saúde. Ministério da Saúde. Brasília, 5 de novembro de 1996. Disponível em: www.bvsmms.saude.gov.br Acesso em: 28/05/2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 699 de 30 de março de 2006**. Regulamenta as Diretrizes Operacionais dos Pactos pela Vida e de Gestão. Brasília, 30 de março de 2006. Disponível em: www.bvsmms.saude.gov.br Acesso em: 28/05/2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1.580 de 19 de julho de 2012**. Afasta a exigência de adesão ao Pacto pela Saúde ou assinatura do Termo de Compromisso de Gestão, de que trata a Portaria nº 399/GM/MS de 22 de fevereiro de 2006, para fins de repasse de recursos financeiros pelo Ministério da Saúde a Estado, Distrito Federal e Municípios. Brasília, 19 de julho de 2012. Disponível em: www.bvsmms.saude.gov.br Acesso em: 28/05/2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. **Regionalização da assistência à saúde: aprofundando a descentralização com equidade no acesso**: Norma Operacional de Assistência à Saúde: NOAS-SUS 01/01 e Portaria MS/GM nº 95, de 26 de janeiro de 2001 e regulamentação complementar. Brasília: Ministério da Saúde, 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Articulação Interfederativa. **Caderno de Diretrizes, Objetivos, Metas e Indicadores: 2013 – 2015/Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa**. Departamento de Articulação Interfederativa. – Brasília: Ministério da Saúde, 2013. 156 p.

BRASIL. **Decreto nº 7.508 de junho de 2011**. Dispões sobre organização do Sistema Único de Saúde – SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa. Brasília, 28 de junho de 2011. Disponível em: www.planalto.gov.br Acesso: 28/05/2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 95, de 26 de janeiro de 2001. **Diário Oficial da União**, Brasília, 29 jan. 2001. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2001/prt0095_26_01_2001.html. Acesso em: 21 jan. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 399/GM, de 22 de fevereiro de 2006. **Diário Oficial da União**, Brasília: Ministério da Saúde, 23 fev. 2006. Seção 1, p.43-51.

CALIPO, Sylvia Maria; SOARES, Cássia Baldini. Público e Privado na reforma do Sistema de Saúde no Brasil. **Sociedade em Debate**. Pelotas, 14 (1), pp. 119-138, jan.-jun./2008.

CARNEIRO JUNIOR, Nivaldo. **O setor público não-estatal: as organizações sociais como possibilidades e limites na gestão pública da saúde**. 2002. Tese (Doutorado em Medicina Preventiva) - Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2002. doi:10.11606/T.5.2002.tde-14072003-133411. Acesso em: 2018-08-19.

CANOTILHO, José Joaquim Gomes. **Estudos sobre direitos fundamentais**. São Paulo: Revista dos Tribunais; Portugal: Coimbra Editora, 2008. 273 p.

_____. et al., **Comentários à Constituição do Brasil**. São Paulo: Saraiva; Almedina, 2013.

CARVALHO, José Murilo de. **Os bestializados: o Rio de Janeiro e a República que não foi**. São Paulo: Companhia das Letras, 1987.

_____. **Cidadania no Brasil. O longo caminho**. 3. ed. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2002.

CAVALCANTE, Pedro. Descentralização de políticas públicas sob a ótica neoinstitucional: uma revisão de literatura. **Revista de Administração Pública - RAP**, v. 45, n.6, nov.-dez., 2011, pp. 1781-1804. Escola Brasileira de Administração Pública e de Empresas. Rio de Janeiro, Brasil. Disponível em: www.redalyc.org

CLÉVE, Clèmerson Mérlin. O estado brasileiro: algumas linhas sobre a divisão de poderes na federação brasileira à luz da Constituição de 1988. **Revista de Informação Legislativa**, n. 104, p. 21-42, Brasília, out.-dez., 1989, pp. 24-25.

COMISSÃO INTERGESTORES BIPARTITE DO PARANÁ. Auditório do Hotel Lizon. Curitiba/PR. **Ata/Resumo da 1ª Reunião Ordinária realizada em 15/02/2011**. p. 1-7.

COMISSÃO INTERGESTORES BIPARTITE DO PARANÁ. Auditório do Hotel Lizon. Curitiba/PR. **Ata/Resumo da 2ª Reunião Ordinária realizada em 18/03/2011**. p. 1-6.

COMISSÃO INTERGESTORES BIPARTITE DO PARANÁ. Auditório do Hotel Lizon. Curitiba/PR. **Ata/Resumo da 3ª Reunião Ordinária de 2011 realizada em 15/04/2011**. pp. 1-6.

COMISSÃO INTERGESTORES BIPARTITE DO PARANÁ. Auditório do Hotel Lizon. Curitiba/PR. **Ata/Resumo da 4ª Reunião Ordinária de 2011 realizada em 13/05/2011**. pp. 1-6.

COMISSÃO INTERGESTORES BIPARTITE DO PARANÁ. Auditório do Hotel Lizon. Curitiba/PR. **Ata/Resumo da 5ª Reunião Ordinária de 2011 realizada em 12/08/2011.** pp. 1-9.

COMISSÃO INTERGESTORES BIPARTITE DO PARANÁ. Auditório da UNIPAR. Cascavel/PR. **Resumo da 6ª Reunião Ordinária de 2011 realizada em 14/09/2011.** pp. 1-5.

COMISSÃO INTERGESTORES BIPARTITE DO PARANÁ. Auditório do Hotel Lizon. Curitiba/PR. **Ata/Resumo da 7ª Reunião Ordinária de 2011 realizada em 04/11/2011.** pp. 1-10.

COMISSÃO INTERGESTORES BIPARTITE DO PARANÁ. Auditório do Hotel Lizon. Curitiba/PR. **Ata/Resumo da 8ª Reunião Ordinária de 2011 realizada em 12/12/2011.** pp. 1-8.

COMISSÃO INTERGESTORES BIPARTITE DO PARANÁ. Auditório do Hotel Lizon. Curitiba/Paraná. **Ata/Resumo da 1ª Reunião Ordinária realizada em 10/02/2012.** pp. 1-12.

COMISSÃO INTERGESTORES BIPARTITE DO PARANÁ. Auditório do Hotel Lizon. Curitiba/PR. **Ata/Resumo da 2ª Reunião Ordinária de 2012 realizada em 27/03/2012.** pp. 1-14.

COMISSÃO INTERGESTORES BIPARTITE DO PARANÁ. Auditório do Hotel Elo Inn. Curitiba/PR. **Ata/Resumo da 3ª Reunião Ordinária de 2012 realizada em 22/05/2012.** pp. 1-19.

COMISSÃO INTERGESTORES BIPARTITE DO PARANÁ. Auditório Museu Oscar Nyemeier. Curitiba/PR. **Ata/Resumo da 1ª Reunião Ordinária de 2013 realizada em 25/02/2013.** pp. 1-23.

COMISSÃO INTERGESTORES BIPARTITE DO PARANÁ. EXPO UNIMED. Curitiba/PR. **Ata/Resumo da 2ª Reunião Ordinária de 2013 realizada em 02/04/2013.** pp. 1-12.

COMISSÃO INTERGESTORES BIPARTITE DO PARANÁ. EXPO UNIMED. Curitiba/PR. **Ata/Resumo da 3ª Reunião Ordinária de 2013 realizada em 07/05/2013.** pp. 1-13.

COMISSÃO INTERGESTORES BIPARTITE DO PARANÁ. Auditório do Hotel Nacional INN. Curitiba/PR. **Ata/Resumo da 4ª Reunião Ordinária de 2013 realizada em 25/06/2013.** pp. 1-15.

COMISSÃO INTERGESTORES BIPARTITE DO PARANÁ. Auditório do Hotel Lizon. Curitiba/PR. **Ata/Resumo da 5ª Reunião Ordinária de 2013 realizada em 20/08/2013.** pp. 1-17.

COMISSÃO INTERGESTORES BIPARTITE DO PARANÁ. Auditório do Hotel Lizon. Curitiba/PR. **Ata/Resumo da 6ª Reunião Ordinária de 2013 realizada em 17/09/2013**. pp. 1-13.

COMISSÃO INTERGESTORES BIPARTITE DO PARANÁ. Auditório do Hotel Lizon. Curitiba/PR. **Ata/Resumo da 7ª Reunião Ordinária de 2013 realizada em 22/10/2013**. pp. 1-12.

COMISSÃO INTERGESTORES BIPARTITE DO PARANÁ. Auditório do Hotel Lizon. Curitiba/PR. **Ata/Resumo da 1ª Reunião Ordinária de 2014 realizada em 25/02/2014**. pp. 1-20.

COMISSÃO INTERGESTORES BIPARTITE DO PARANÁ. Auditório do Hotel Lizon. Curitiba/PR. **Ata/Resumo da 2ª Reunião Ordinária de 2014 realizada em 08/04/2014**. pp. 1-19.

COMISSÃO INTERGESTORES BIPARTITE DO PARANÁ. Auditório do Hotel Lizon. Curitiba/PR. **Ata/Resumo da 3ª Reunião Ordinária de 2014 realizada em 22/07/2014**. pp. 1-33.

COMISSÃO INTERGESTORES BIPARTITE DO PARANÁ. Auditório do Centro de Convenções de Curitiba. Curitiba/PR. **Ata/Resumo da 4ª Reunião Ordinária de 2014 realizada em 15/08/2014**. pp. 1-11.

COMISSÃO INTERGESTORES BIPARTITE DO PARANÁ. Auditório do Hotel Lizon. Curitiba/PR. **Ata/Resumo da 5ª Reunião Ordinária de 2014 realizada em 21/10/2014**. pp. 1-17.

COMISSÃO INTERGESTORES BIPARTITE DO PARANÁ. Auditório do Hotel Bourbon Cataratas Convention. Foz do Iguaçu/PR. **Ata/Resumo da 6ª Reunião Ordinária de 2014 realizada em 01/12/2014**. pp. 1-13,

COMISSÃO INTERGESTORES BIPARTITE DO PARANÁ. Auditório Hotel Lizon. Curitiba/PR. **Ata/Resumo da 1ª Reunião Ordinária de 2015 realizada em 10/03/2015**. pp. 1-16.

COMISSÃO INTERGESTORES BIPARTITE DO PARANÁ. Auditório do Rafain Palace Hotel & Convention Center. Foz do Iguaçu/PR. **Ata/Resumo da 2ª Reunião Ordinária de 2015 realizada em 15/04/2015**. pp. 1-7.

COMISSÃO INTERGESTORES BIPARTITE DO PARANÁ. Auditório do Hotel Lizon. Curitiba/PR. **Ata/Resumo da 3ª Reunião Ordinária realizada em 02/06/2015**. pp. 1-7.

COMISSÃO INTERGESTORES BIPARTITE DO PARANÁ. Auditório do Hotel Lizon. Curitiba/PR. **Ata/Resumo da 4ª Reunião Ordinária realizada em 28/09/2015**. pp. 1-17.

COMISSÃO INTERGESTORES BIPARTITE DO PARANÁ. Auditório do Hotel Lizzon. Curitiba/PR. **Ata/Resumo da 5ª Reunião Ordinária realizada em 10/11/2015**. pp. 1-8.

COMISSÃO INTERGESTORES BIPARTITE DO PARANÁ. Auditório do Hotel Lizzon. Curitiba/PR. **Ata/Resumo da 6ª Reunião Ordinária realizada em 15.12.2015**. pp. 1-9.

COSTA, Lucia Cortes Da. **Os impasses do Estado capitalista: uma análise sobre a reforma do estado no Brasil**. São Paulo: Cortez, Ponta Grossa: UEPG, 2006.

DALLARI, Dalmo de Abreu. **O Estado Federal**. São Paulo: Ática, 1986. 88 p.

DIMOULIS, Dimitri; MARTINS, Leonardo. **Teoria geral dos direitos fundamentais**. 5. ed. rev., atual. e ampl. São Paulo: Atlas, 2014.

DOURADO, Daniel de Araújo; ELIAS, Paulo Eduardo Mangeon. Regionalização e dinâmica política do federalismo sanitário brasileiro. **Rev. Saúde Pública**, [?], n. 45 (1), p. 204-211, [?], 2011. Disponível em: www.scielo.br/rsp. Acesso em: 17 jan. 2016.

DUBOIS, Jean. et al. **Dicionário de linguística**. São Paulo: Cultrix, 2006. 653 p.

DUQUE, Marcelo Schenk. **Curso de Direitos Fundamentais: teoria e prática**. São Paulo: RT, 2014.

_____. **Direito privado e Constituição: *Drittwirkung* dos direitos fundamentais, construção de um modelo de convergência a luz dos contratos de consumo**. São Paulo: RT, 2013.

SCOREL, Sarah. Mário Magalhães: desenvolvimento é saúde. **Construtores da Saúde Coletiva**. Ciênc. saúde coletiva 20 (8) Ago. 2015

FERRAJOLI, Luigi. **La sovranità nel mondo moderno: nascita e crisi dello Stato nazionale**. Roma: Laterza, 1997.

_____. **Por uma teoria dos direitos e dos bens fundamentais**. Trad. Alexandre Salim et al., Porto Alegre: Livraria do Advogado, 2011.

_____. Derechos sociales y esfera pública mundial. In: ORDOÑEZ, Jorge; LOS MONTEROS, Javier Espinoza de. **Los derechos sociales en el Estado Constitucional**. Valencia: Tirant lo Blanch, 2013.

_____. **A democracia através dos direitos: constitucionalismo garantista como modelo teórico e como projeto político**. São Paulo: RT, 2015.

FERREIRA FILHO, Manoel Gonçalves. **Constituição e Governabilidade: ensaio sobre a (in) governabilidade brasileira**. São Paulo: Saraiva, 1995.

FIOCRUZ. **Avaliação Nacional das Comissões Intergestores Bipartites (CIBs): As CIBs e os modelos de indução da regionalização no SUS**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ; ENSP; USP, 2010.

FIORAVANTI, Maurizio. **Constitución: de la antigüedad a nuestros días**. Traducción de Manuel Martínez Neira. Madrid: Trotta, 2007.

FLEURY, Sonia. **Democracia e inovação na gestão local de saúde**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2014. 480 p.

FRANZESE, Cibele; ABRUCIO, Fernando Luiz. Efeitos recíprocos entre federalismo e políticas públicas no Brasil: os casos dos sistemas de saúde, de assistência social e de educação. In: HOCHMAN, Gilberto; FARIA, Carlos Aurélio Pimenta (org.). **Federalismo e políticas públicas no Brasil**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2013. p. 361-386.

GABRIEL, Amélia Regina Mussi. A Corte Interamericana de Direitos Humanos e os Direitos Fundamentais Sociais. LUNARDI, Soraya (Coordenadora), **Direitos fundamentais sociais**. Belo Horizonte: Fórum, 2012; pp.15-40.

GERSCHMAN, Silvia. **A democracia inconclusa: um estudo da reforma sanitária brasileira**. 2. ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2004. 272 p.

GRIMM, Dieter. **Constitucionalismo y derechos fundamentales**. Madrid: Trotta, 2006.

HÄBERLE, Peter. **El Estado Constitucional**. Trad. Héctor Fix-Fierro. Buenos Aires: Editorial Astrea, 2007. 491 p.

HESSE, Konrad. **Elementos de Direito Constitucional da República Federal da Alemanha**. Tradução de Luís Afonso Heck. Porto Alegre, 1998.

HOCHMAN, Gilberto. Saúde Pública e Federalismo: desafios da reforma sanitária na primeira república. In: HOCHMAN, Gilberto; FARIA, Carlos Aurélio Pimenta (org.). **Federalismo e políticas públicas no Brasil**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2013. pp. 303-327.

HOCHMAN, Gilberto. *et. al.*, A saúde na construção do Estado Nacional no Brasil: Reforma Sanitária em perspectiva histórica. In: LIMA, Nísia Trindade, *et. al.*, orgs. **Saúde e Democracia: história e perspectivas do SUS [on line]**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2005. 504 p.

HORTA, Raul Machado. Tendências do Federalismo Brasileiro. In: **Revista Forense Comemorativa – 100 anos**, v. 1, p. 493, 1973.

HOWLETT, Michael; RAMESH, M.; PERL, Anthony. **Política pública: seus ciclos e subsistemas: uma abordagem integradora**. Tradução Francisco G. Heidemann. Rio de Janeiro: Elsevier, 2013.

IMMERGUT, Ellen. O Núcleo Teórico do Novo Institucionalismo. In: SARAIVA, Enrique; FERRAREZI, Elisabete. **Políticas Públicas – Coletânea**. V. 1. 2007.

IPEA. **Federalismo à brasileira: questões para discussão**. Organizadores: Paulo de Tarso Frazão Linhares, Constantino Cronemberger Mendes, Antonio Lassance. – Brasília : Ipea, 2012.

KERSTENETZKY, Célia Lessa. **O Estado de bem-estar social na idade da razão. A reinvenção do Estado Social no mundo contemporâneo**. Rio de Janeiro: Elsevier, 2012.

LABRA, Maria Eliana. 1955-1964: o sanitarismo desenvolvimentista. In: TEIXEIRA, Sonia Fleury. **Antecedentes da reforma sanitária**. Rio de Janeiro: ENSP, 1988. pp. 9-36.

LIBERATI, Wilson Donizeti. **Políticas Públicas no Estado Constitucional**. São Paulo: Atlas, 2013.

LIMA, L.D.; MACHADO, C.V.; GERASSI, C.D.O neo-institucionalismo e a análise de políticas de saúde: contribuições para uma reflexão crítica. In MATTOS, R. A.; BAPTISTA, T. W. F. **Caminhos para análise das políticas de saúde**, 2011. p. 111-137. Online: disponível em www.ims.uerj.br

LUNARDI, Valéria Lerch. **R. Gaúcha Enferm.**, Porto Alegre, v. 20, n. 1, p. 26-40, jan. 1999.

MACHADO, Cristiani Vieira. **Direito universal, política nacional: o papel do Ministério da Saúde na política de saúde brasileira de 1990 a 2002**. Rio de Janeiro: Museu da República, 2007.

MACHADO, C. V. Regulação da política nacional de saúde: estratégias e tendências. in: NEGRI, B.; VIANA, A. I. d'A. (org.). **O Sistema Único de Saúde em dez anos de desafio: o passo a passo de uma reforma que alarga o desenvolvimento e estreita a desigualdade social**. São Paulo: Sobravime; Cealag, 2002. p. 505-526.

MACHADO, Felipe Rangel de Souza. O direito à saúde na interface entre sociedade civil e Estado. **Trabalho, Educação e Saúde**, Rio de Janeiro, v. 7, n. 2, p. 355-371, jul./out. 2009. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1981-77462009000200009. Acesso em: 31 dez. 2015.

MARMELSTEIN, George. **Curso de Direitos Fundamentais**. 4. ed. São Paulo: Atlas, 2013.

MARTINS, Leonardo. **Liberdade e Estado Constitucional**: leitura jurídico-dogmática de uma complexa relação a partir da teoria liberal dos direitos fundamentais. São Paulo: Atlas, 2012. 405 p.

MASCARENHAS, Neil Patrick. **Análise de um processo em construção: a regulação da saúde suplementar no Brasil**. Tese. Faculdade de Medicina de São Paulo. São Paulo, 2007.

MATEUS, Cibele Gralha. **Direitos fundamentais sociais e relações privadas**: o caso do direito à saúde na Constituição Brasileira de 1988. Porto Alegre: Livraria do Advogado, 2008. 162 p.

MATTEUCCI, Nicola. **Organización del poder y libertad**: historia del constitucionalismo moderno. Traducción de Francisco Javier Ansuátegui Roig y Manuel Martínez Neira. Madrid: Trotta, 1998.

MENDES, Eugênio Vilaça. **As redes de atenção à saúde**. Brasília: OPAS, 2011. 549 p.

MENDES, Isabel Amélia Costa. Desenvolvimento e saúde: a declaração de Alma-Ata e movimentos posteriores. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 12, n. 3, p. 447-448, jun. 2004. Disponível em: www.scielo.br Acesso em: 10 de junho de 2018.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Políticas de Saúde. **Projeto Promoção da Saúde**. Declaração de Alma-Ata; Carta de Ottawa; Declaração de Adelaide; Declaração de Sundsvall; Declaração de Santafé de Bogotá; Declaração de Jacarta; Rede de Megapaíses; Declaração do México. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2001.

NICOLETTO, Sônia Cristina Stefano; CORDONI Jr., Luiz; COSTA, Nilson do Rosário. Consórcios Intermunicipais de Saúde: o caso do Paraná, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 21 (1), pp. 29-38, jan.-fev., 2005.

NOGUEIRA, Roberto Passos. A progressão do caráter federativo das relações institucionais no SUS. In: LINHARES, Paulo de Tarso Frazão et al., **Federalismo à brasileira: questões para discussão**. Brasília: Ipea, 2012. pp. 55-58.

OLIVEIRA, Ricardo Victalino de. **Federalismo assimétrico brasileiro**. Belo Horizonte: Arraes, 2012. 276 p.

OLIVEIRA, Vanessa Elias de. Interações entre federalismo e políticas sociais. **Rev. Sociol. Polit.**, Curitiba, 27, p. 219-222, nov. 2006. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-44782006000200018>. Acesso em: 06 fev. 2016.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. **Renovação da Atenção Primária em Saúde nas Américas: documento de posicionamento da Organização Pan-Americana da Saúde/Organização Mundial da Saúde (OPAS/OMS)**. Washington, OPAS, 2007.

OUVERNEY, Assis Mafort. A Construção da Municipalização da Saúde: estratégias normativas. In: FLEURY, Sonia. **Democracia e inovação na gestão local da saúde**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2014.

PAIM, Jairnilson Silva. Conjuntura da transição democrática: da criação do cebs à constituição. In: **Reforma sanitária brasileira: contribuição para a compreensão e crítica [on line]**. Salvador: EDUFBA; Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2008, pp. 69-152. Disponível em: <http://books.scielo.org>

PANSIERI, Flávio. **Eficácia e vinculação dos direitos sociais**. São Paulo: Saraiva, 2012.

PARANÁ. **Decreto nº 3505 de 14 de Dezembro de 2011**. Institui na estrutura organizacional da SEAP, a UGCG que tem por finalidade coordenar a implantação da Gestão para Resultados dos Contratos de Gestão. Diário Oficial nº 8609 de 14 de dezembro de 2011. Curitiba. Disponível em: www.legislação.pr.gov.br Acesso em: 28/05/2018.

PARANÁ. Secretaria de Estado da Saúde do Paraná. **Plano Estadual de Saúde Paraná 2012-2015**. – Curitiba: SESA – Secretaria de Estado da Saúde do Paraná, 2013. 220 p.

PARANÁ. Secretaria de Estado da Saúde do Paraná. **Plano Diretor de Regionalização 2012-2015**. Curitiba: SESA, 2011.

PARANÁ. **Resolução nº 3961 de 09 de fevereiro de 2012**. Estabelece a organização por área de atuação dos contratos de gestão. Curitiba, 14 de dezembro de 2012. Disponível em: www.legislação.pr.gov.br Acesso em: 28/05/2018.

PEREIRA, Adelyne Maria Mendes. **Descentralização e regionalização em saúde no Brasil e na Espanha**: trajetórias, características e condicionantes. 229 f. Tese (Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca). Rio de Janeiro, 2014.

PÉREZ LUÑO, Antonio Enrique. **Perspectivas e tendências atuais do Estado Constitucional**. Tradução de Jose Luis Bolzan de Moraes, Valéria Ribas do Nascimento. Porto Alegre: Livraria do Advogado, 2012. 105 p.

PETERS, Guy. **El nuevo institucionalismo: teoría institucional en ciencia política**. Barcelona: Gedisa, 2003.

PIERSON, P. **Politics in time: history, institutions, and social analysis**. Princeton: Princeton University Press; 2004.

PISARELO, Gerardo. **Los derechos sociales y sus garantías: elementos para una reconstrucción**. Madrid: Trotta, 2007.

PIVETTA, Saulo Lindorfer. **Direito fundamental à saúde: regime jurídico, políticas públicas e controle judicial**. São Paulo: RT, 2014.

PULIDO, Carlos Bernal. **El principio de proporcionalidad y los derechos fundamentales**. 3. ed. Madrid: Centro de Estudios Políticos y Constitucionales, 2007. 883 p.

RABELLO, Lucíola Santos. **Promoção da Saúde: Desafio ou Adaptação? A construção social do conceito, de Alma-Ata aos dias atuais, no Brasil e no Canadá**. 192 f. Tese (Universidade de Brasília/UNB). Brasília, 2006.

RAMOS, Dircêo Torrecillas. A formação da doutrina dos direitos fundamentais: a forma do Estado e a proteção dos direitos: opção pelo federalismo. In: MARGRAF, Alencar Frederico, LAZARI, Rafael de. (Org.). **A consolidação substancial dos direitos humanos: perspectivas e tendências**. Rio de Janeiro: Lumen Juris, 2015. p. 333-348.

RAMOS, Dircêo Torrecillas (org.). **O federalista atual: teoria do federalismo**. Belo Horizonte: Arraes Editores, 2013.

REIS, José Roberto Franco. Viver é influenciar: Mário Magalhães, sanitismo desenvolvimentista e o campo intelectual da saúde pública (1940-1960). **Tempo soc.** [on line], São Paulo, v. 27, n. 2, p. 279-304, Dec. 2015.

ROCHA, Carlos Vasconcenlos. Significados e tendências do federalismo e das relações intergovernamentais no Brasil e na Espanha. In: HOCHMAN, Gilberto; FARIA, Carlos Aurélio Pimenta de. (Org.). **Federalismo e políticas públicas no Brasil**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2013. pp. 29-63

RODDEN, Jonathan. Federalismo e descentralização em perspectiva comparada: sobre significadores e medidas. **Rev. Sociol. Polit.**, Curitiba, 24, p. 9-27, jun. 2005.

RODRIGUEZ NETO, Eleutério. **Saúde: promessas e limites da Constituição**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2003.

SARLET, Ingo Wolfgang. **A eficácia dos direitos fundamentais: uma teoria geral dos direitos fundamentais na perspectiva constitucional**. 11. ed., rev. atual. Porto Alegre: Livraria do Advogado, 2012. 504 p.

_____. Algumas considerações em torno do conteúdo, eficácia e efetividade do direito à saúde na constituição de 1988. **Revista Eletrônica sobre a reforma do Estado (RERE)**, Salvador, Instituto Brasileiro de Direito Público, n. 11, set./nov., 2007. Disponível em: <http://direitodoestado.com.br/ere.asp>. Acesso em: 25 de mar. de 2016.

SARMENTO, Daniel. **Direito Fundamental e Relações Privadas**. 2. ed. Rio de Janeiro: Lumen Juris, 2010.

SALOMON, Dêlcio Vieira. **A maravilhosa incerteza: ensaio de metodologia dialética sobre a problematização no processo do pensar, pesquisar e criar.** São Paulo: Martins Fontes, 2000. 412 p.

SANTOS, Boaventura de Souza. **Direitos Humanos, democracia e desenvolvimento.** São Paulo: Cortez, 2013. 133 p.

SANTOS, Lenir dos. **SUS: desafios político-administrativos da gestão interfederativa da saúde. Regionalizando a descentralização.** 266 f. Tese (Universidade de Campinas – Departamento de Saúde Coletiva). Campinas, 2012.

SANTOS, Luiz Antonio de Castro. O pensamento sanitarista na Primeira República: Uma ideologia de construção da nacionalidade. **Dados. Revista de Ciências Sociais**, Rio de Janeiro, v.28, n.2, p.193-210, 1985.

SANTOS, Wanderley Guilherme. **Cidadania e Justiça. A política social na ordem brasileira.** 2. ed. Rio de Janeiro: Campus, 1987.

SAUTER, Angela Maria Weizenmann; GIRARDON-PERLINI, Nara Marilene Oliveira; KOPF, Ágida Wichrowski. Política de Regionalização da Saúde: das normas operacionais ao pacto pela saúde. **REME – Rev. Min. Enferm.**, 16(2): 265-274, abr./jun., 2012.

SCATENA, João Henrique Gurtier; TANAKA, Oswaldo Yoshimi. Os instrumentos normalizadores (NOB) no processo de descentralização da saúde. **Saúde e Sociedade**, 10 (2):47-74, 2001.

SCHWARTZMAN, Simon. **Bases do Autoritarismo Brasileiro.** 4. ed. Rio de Janeiro: Publit Soluções Editoriais, 2007. 290 p.

SEGRE, Marco et. al.. O conceito de saúde. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 31, n. 5, p. 538-542, Out. 1997. Disponível em: <<http://www.scielo.br>. Acesso em 12 jun. 2018.

SILVA, Edson Coutinho da; GOMES, Mara Helena de Andrea. Impasses no processo de regionalização do SUS: tramas locais. **Saúde Soc.**, São Paulo, v. 22, n. 4, p. 1106-1116, 2013. Disponível em www.bvsalud.org. Acesso em 16 jan. 2016.

SILVA, Elcio Domingues, MORBINI, Francieli Korquievicz. A complexidade funcional dos direitos fundamentais no ordenamento jurídico brasileiro pós-Constituição de 1988. In: CONEGLIAN, Fabíola Roberti, ULIANA JUNIOR, Laércio Cruz. **Direitos fundamentais à luz da Constituição Federal.** Curitiba: Juruá, 2018.

SOUZA, Renilson Rehem de. A regionalização no contexto atual das políticas de saúde. **Ciênc. saúde coletiva**, São Paulo, v. 6, n. 2, p. 451-455, 2001. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232001000200014&lng=en&nrm=iso Acesso em: 10 Fev. 2016.

STEINMO, Sven. Historical institutionalism. In: DELLA PORTA, Donatella; KEATING, Michael. **Approaches and Methodologies in the Social Sciences: [?]**. Cambridge: Cambridge University Press, 2008.

STEINMO, Sven. **Historical Institutionalism: Theory and Methods Revisited**. APSA 2014: Annual Meeting Paper. Available at SSRN: <http://ssrn.com/abstract=2455247>.

STEPAN, Alfred. Para uma nova análise comparativa do federalismo e da democracia: federações que restringem ou ampliam o poder do Demos. **Dados**, Rio de Janeiro, v. 42, n. 2, 1999.

TAVARES, André Ramos. O federalismo social. In: RAMOS, Dircêo Torrecillas (coord.). **O Federalista Atual: teoria do federalismo**. Belo Horizonte: Arraes Editores, 2013. 614 p.

TONELLA, Celene. **Poder local e políticas públicas: o papel dos conselhos gestores**. Maringá: Eduem, 2006.

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE PONTA GROSSA. **Manual de normalização bibliográfica para trabalhos científicos**. 3. ed. rev. atual. Ponta Grossa: UEPG, 2012. 141p.

VALLE, Vanice Regina Lírio do. **Políticas públicas, direitos fundamentais e controle judicial**. Belo Horizonte: Fórum, 2009. 186 p.

VIANA, Ana Luiza D'Ávila; IBÁÑEZ, Nelson; ELIAS, Paulo Eduardo Mangeon; LIMA, Luciana Dias de; ALBUQUERQUE, Mariana Vercesi de; IOZZI, Fabíola Lana. Novas perspectivas para a regionalização da Saúde. **São Paulo em Perspectiva**, v. 22, n. 1, p. 92-106, jan./jun. 2008.

VIANA, Ana Luiza d'Ávila; LIMA, Luciana Dias de. **Regionalização e relações interfederativas na política de saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Contra Capa, 2011. 216 p.

