

Consenso e pactuação regional entre gestores do SUS no nordeste do Brasil

The regional consensus and agreement among managers of the SUS (Unified Health System) in the northeast of Brazil

Daniela Gomes dos Santos Biscarde (<https://orcid.org/0000-0001-8758-2645>)¹

Ana Luiza Queiroz Vilasbôas (<https://orcid.org/0000-0002-5566-8337>)²

Leny Alves Bonfim Trad (<https://orcid.org/0000-0002-8762-4320>)²

Abstract *The creation of consensus and agreement among managers of the Unified Health System (SUS) was analyzed in Regional Interagency Commissions of two metropolitan scenarios, by means of a multiple case study for comparative analysis between the Metropolitan Region of Fortaleza-Ceará and the Metropolitan Region of Salvador-Bahia. The theoretical reference used was based on Mario Testa's work and on Habermas' Theory of Communicative Action. The data production merged documental analysis, interviews with managers of state, municipal and federal levels with direct observation of meetings of the Regional Interagency Commission, the State Health Council, the Bipartite Interagency Commission, meetings between central and regional levels, in addition to extended meetings of the Health Municipal Offices Council, in both states. The problems related to Agreed and Integrated Programming and to the underfunding of SUS were common points in the scenarios studied. Such problems are interlinked and interfere in an important way in the interinstitutional relations between the municipalities, highlighting the dispute for resources as an obstacle for the creation of consensus and agreement, based on the dialogue and understanding between actors.*

Key words *Regionalization, Covenants, Health policy, Intergovernmental relations, Metropolitan regions*

Resumo *Analisou-se a construção do consenso e da pactuação entre gestores do Sistema Único de Saúde em Comissões Intergestores Regionais de dois cenários metropolitanos, mediante estudo de casos múltiplos para análise comparativa entre a Região Metropolitana de Fortaleza-Ceará e a Região Metropolitana de Salvador-Bahia. O referencial teórico utilizado fundamentou-se na obra de Mário Testa e na Teoria da Ação Comunicativa de Habermas. A produção de dados combinou análise documental, entrevistas com gestores das instâncias estaduais, municipais e federal, com a observação direta de reuniões de Comissão Intergestores Regional, Conselho Estadual de Saúde, Comissão Intergestores Bipartite, reuniões entre nível central e regional, além de reuniões ampliadas do Conselho de Secretarias Municipais de Saúde, nos dois estados. Os problemas relativos à Programação Pactuada e Integrada e ao subfinanciamento do SUS foram os pontos comuns nos cenários estudados. Tais problemas estão imbricados e interferem de modo importante nas relações interinstitucionais entre os municípios, apontando a disputa por recursos como um entrave para a construção do consenso e da pactuação, pautados no diálogo e no entendimento entre atores.*

Palavras-chave *Regionalização, Pactuação, Política de saúde, Relações intergovernamentais, Regiões metropolitanas*

¹ Escola de Enfermagem, Universidade Federal da Bahia (UFBA). R. Basílio Gama s/n, Canela. 40110-040 Salvador BA Brasil. dbiscarde@ufba.br

² Instituto de Saúde Coletiva, UFBA. Salvador BA Brasil.

Introdução

A regionalização do SUS foi assumida no plano discursivo, desde o Pacto pela Saúde, como eixo estruturante e orientador da descentralização e dos processos de pactuação entre gestores. Diante dos preceitos de solidariedade e cooperação, há dilemas que extrapolam a dimensão técnica, implicando transformações na esfera política, pois depende de relações federativas pautadas por complexos processos decisórios envolvendo diversos atores e entes federados. Configura-se um paradoxo face à autonomia dos entes federados, ao mesmo tempo, interdependentes no que tange à implementação regional de políticas de saúde que necessitam de pactos intergovernamentais.

Ao analisar a regionalização e o federalismo brasileiro, Dourado e Elias¹ problematizam a dificuldade de conciliar mecanismos de gestão regional, concentração política e financeira na esfera federal e participação mais efetiva dos governos estaduais com a preservação da autonomia municipal na execução de ações e serviços de saúde.

A gestão regional do SUS é desafiadora posto que o federalismo brasileiro não contempla a região, unidade a ser construída, gerida e financiada mediante acordos e negociações, caracterizando um processo político que requer concessões de alguns entes, no sentido de suplantar interesses particulares em função do coletivo, interferindo nas relações de poder². Contudo, a vida política brasileira é tradicionalmente dominada por negociações particularistas³. Peculiaridades no setor saúde revelam a complexidade da negociação e da execução dos pactos, convivendo com tensões, latentes e manifestas⁴.

O período de grave perturbação política, social e moral, com fortalecimento do falso dilema do capitalismo que enaltece a austeridade fiscal e reduz a garantia de direitos sociais incide no subfinanciamento do SUS, deliberado para asfixiar, pela rota financeira, direitos constitucionais⁵. A EC 95/2016, a determinação econômica e o cenário atual apontam o compromisso com o desmonte do SUS⁶, agravando o crônico subfinanciamento público da saúde.

Os desafios da regionalização demandam políticas públicas mais efetivas e ambientes institucionais mais voltados para cooperação⁷, contudo identifica-se tendências da agudização de disputas por recursos financeiros entre gestores, impondo dificuldades para uma lógica regional cooperativa e solidária. Destaca-se o peso político⁸ e a complexidade de regionalizar um sistema de saúde pelos desafios relacionados à geração de consensos, construção de mecanismos decisórios

coletivos, distribuição de recursos e interação entre os atores⁹. Constata-se, sobretudo, que o cenário de crise do subfinanciamento do SUS emerge como catalizador de conflitos e intensas disputas. Portanto, focalizou-se a construção do consenso num espaço decisório onde há predominância de assimetrias de poder.

Os Colegiados de Gestão Regional representaram uma inovação da política de saúde, mas sua constituição foi gradual e lenta em algumas regiões do país, sendo que os modos de coordenação e condução política da rede regional não são tratados a contento e apresentam enorme complexidade¹⁰. Tais colegiados foram substituídos pelas Comissões Intergestores Regionais (CIR), criadas pelo decreto 7508/2011, como instância para a gestão regional do SUS, específica para o processo de tomada de decisão e condução política consensual no sentido de fortalecer a regionalização. Diante da interdependência e da pluralidade de atores envolvidos, na qual os participantes preservam sua autonomia, os objetivos e as estratégias devem ser estabelecidos fruto dos consensos obtidos mediante processos de negociação, os quais podem ser demasiadamente lentos⁹.

Isso é potencializado ao destacar as características de regiões metropolitanas, pela importância demográfica, pela concentração e polarização de recursos em saúde e pela desigualdade e complexidade existentes no território. É impossível um único modelo de regionalização para o país, sendo necessário análises dos processos particulares de implementação da regionalização nos estados, considerando que há diferenças muito significativas entre os entes e dinâmicas territoriais próprias, que devem ser levadas em consideração, tais como as áreas metropolitanas¹¹. Experiências internacionais apontam desenvolvimento articulado entre descentralização e regionalização, diferente do processo identificado na América Latina e no Brasil¹². Estudos sobre o tema na Espanha^{13,14} e Angola⁸ abordam diferentes elementos da regionalização, mas não especificam o processo decisório entre gestores em regiões de saúde de realidades metropolitanas.

Há escassez de estudos analisando a influência do subfinanciamento do SUS em processos de negociação e pactuação entre gestores nos territórios metropolitanos. Identificou-se publicações sobre setor saúde e áreas metropolitanas abordando financiamento, planejamento e consórcios intermunicipais¹⁵⁻¹⁷, contudo não voltados para a construção do consenso e da pactuação do SUS em regiões metropolitanas. Nestes territórios, seguindo os mesmos padrões de relações assimétricas que se dão entre os entes federados no Brasil,

os consensos podem se transformar numa forma velada de concentração da autoridade nos maiores municípios, posto que os demais não terão recursos nem força política para divergir¹.

A consolidação da gestão colegiada relaciona-se com o processo decisório, pressupondo que não deva existir hierarquia preestabelecida e que a negociação, visando a cooperação entre os atores, para a construção de consensos é a principal regra¹⁸. Entretanto, os conflitos estruturais e a correlação de forças assimétricas não podem ser ignorados, posto que existe uma inequívoca separação entre o mero acordo e o consenso racional, bem como entre uma acomodação ilusória de conflitos e a mobilização¹⁹. Constitui-se um processo político que envolve mudanças na distribuição de poder e o estabelecimento de inter-relações entre diferentes atores sociais⁷.

A *decisão consensuada* é expressão presente em documentos normativos e utilizada pelos gestores e técnicos ao referirem a forma de decisão nas instâncias intergestores regionais. Todavia, é necessário analisar a construção do consenso, evidenciando o que alicerça a decisão e a pactuação entre os atores que estão na arena decisória. Tal análise requer a distinção entre uma ação de entendimento, pautada no agir comunicativo, e uma atividade orientada para um fim, pautada no agir estratégico. Desse modo, aciona-se conceitos da Teoria da Ação Comunicativa^{20,21} e do Pensamento Estratégico em Saúde^{22,23}.

A ação teleológica é guiada para realização de um propósito, podendo se tornar ação estratégica quando o ator volta-se para seu êxito e a ação volta-se para obtenção de determinado fim, orientando-se e influenciando sobre as decisões de outros atores. A ação comunicativa se refere à interação entre pelo menos dois atores que estabelecem uma relação interpessoal e buscam o entendimento sobre uma situação para coordenar, de comum acordo, seus planos e suas ações, chegando ao consenso por meio de negociação das definições da situação²⁰.

Conforme Habermas²¹, os tipos de interação distinguem-se de acordo com o mecanismo coordenador da ação, sendo necessário saber se a linguagem é utilizada como meio de transmissão de informações, caracterizando o agir estratégico; ou como fonte de integração social, tratando-se do agir comunicativo. No agir estratégico, o efeito de coordenação depende da influência dos atores uns sobre os outros e sobre a situação²¹.

Um acordo, conforme Testa²³, é o resultado de uma negociação, em que cada um dos atores interessados no tema em debate expressa sua opinião, reclamações ou propostas. Existem diferen-

tes níveis de acordo, com maior ou menor grau de concordância entre os distintos atores sociais e a decisão se tomará por maioria ou por imposição dos grupos aliados que reúnam maior poder mobilizador²³.

Este artigo analisa o processo de construção do consenso e de pactuação entre gestores do SUS em Comissões Intergestores Regionais (CIR) de dois cenários metropolitanos na Região Nordeste do Brasil.

Metodologia

Estudo de casos múltiplos para análise comparativa de duas regiões distintas no Nordeste do Brasil, o qual oportuniza a análise de situações contrastantes e a produção de conclusões mais potentes do que as provenientes de um único caso isolado²⁴. A Bahia e o Ceará foram selecionados como casos, por se tratarem de estados onde foram identificados contrastes importantes no que diz respeito ao processo de regionalização do SUS^{10,12,25,26}.

Após seleção dos estados, verificou-se que as Regiões Metropolitanas de Salvador e de Fortaleza apresentavam os municípios subdivididos em mais de uma região de saúde. Procedeu-se à escolha das regiões de saúde das capitais pois eram formadas majoritariamente por municípios metropolitanos e por concentrarem serviços de saúde da atenção secundária e terciária com influência sobre todo o território estadual.

Para a produção de dados, houve a combinação de entrevistas em profundidade com observação direta e análise documental. O trabalho de campo ocorreu entre julho a novembro de 2014 (Ceará) e julho de 2014 a setembro de 2015 (Bahia).

Foram realizadas 42 entrevistas semi-estruturadas com dois representantes dos Conselhos Estaduais de Saúde, uma apoiadora do Ministério da Saúde, 12 gestores municipais, seis gestores regionais e 14 gestores estaduais de saúde, totalizando 35 participantes (14 no Ceará e 21 na Bahia). Na região de saúde de Salvador, não foi possível entrevistar três secretários municipais de saúde.

Foram acompanhadas *in loco* reuniões da CIR, da Comissão Intergestores Bipartite (CIB) e do Conselho dos Secretários Municipais de Saúde (COSEMS), totalizando dez na Bahia e nove no Ceará. No primeiro caso, houve reuniões em separado envolvendo, respectivamente, os municípios da 1ª (Salvador) e 2ª (Camaçari) regiões de saúde. No Ceará, foram reuniões conjuntas com 11 municípios da 1ª (Fortaleza) e 22ª (Cascavel) regiões de saúde.

A análise documental contemplou resoluções, regimentos internos e atas de reuniões das CIR e focalizou a organização e o funcionamento da CIR, bem como informações que subsidiassem a análise do processo de regionalização e gestão regional nos casos estudados.

O plano de análise dos dados, orientado para a compreensão do processo de tomada de decisão dos gestores e dos tensionamentos no bojo de suas ações e interações, ancorou-se no pensamento estratégico de Testa^{22,23}. A abordagem e problematização dos dados relativos ao diálogo e produção de consenso nas relações intergestores tomou como referência a teoria da ação comunicativa de Habermas^{20,21}.

O conteúdo das entrevistas foi codificado segundo categorias e descritores do plano de análise e processado seguindo uma lógica comparativa dos casos estudados, a partir dos atores estaduais, municipais, regionais e federal. Em seguida, realizou-se o processo de triangulação, mediante análise transversal e comparada dos dados extraídos das diferentes fontes (entrevistas, observações e documentos). Procurou-se identificar convergências e divergências entre gestores e contextos metropolitanos analisados.

O projeto de pesquisa foi aprovado por Comitê de Ética em Pesquisa.

Resultados e discussão

A indução normativa e a luta por recursos financeiros

Nos casos metropolitanos de Salvador e de Fortaleza, tal como identificado nos estudos de Miranda^{27,28}, o consenso é produto de uma premissa normativa, condicionante de comportamentos, ou de uma convenção simbólica em que os atores decidem e fazem acordos, muitas vezes, constrangidos pelos imperativos do sistema, do tempo e das relações estabelecidas de poder.

Outrossim, os relatos sinalizam um esforço para construção do consenso como um processo positivo, avançado e inovador das comissões intergestores do SUS, do ponto de vista de fóruns que reúnem entes federados. Por outro lado, referem limites para alguns avanços, dadas as posições divergentes e muito conflitantes, sendo necessário o realinhamento de propostas e opiniões para se chegar ao consenso. De acordo com um dos entrevistados *tem que reduzir, recortar, re-dimensionar; isso é da natureza da construção de consenso. Alguém tem que ceder*. Assim, a busca de consenso requer a mediação política, a constitui-

ção de um acerto entre as partes envolvidas nos arranjos decisórios, de modo que todos cedam em suas posições iniciais para consensuar uma proposta intermediária²⁷.

Na construção de consenso, os conflitos estruturais e a correlação de forças assimétricas não podem ser ignorados¹⁹. A negociação e os pactos são perpassados por conflitos decorrentes de assimetrias entre os entes, contribuindo para o acirramento das tensões nas relações intergestores, sobretudo no que se refere à disputa pelo aporte de recursos financeiros.

O processo de negociação e construção do consenso na CIR é constrangido pela conflituosa *luta por recursos* entre os gestores municipais, cujos interesses são pautados pelo subfinanciamento do SUS. Tais conflitos podem ser concebidos como a expressão mais direta e evidente de interesses contrários e os indicadores indiretos das contradições existentes²⁷.

Conflitos de poder e por recursos financeiros são próprios do sistema federativo e das relações intergovernamentais²⁹. A construção e a manutenção de um sistema político voltado para a divisão de poder territorial, tanto político como tributário, sem desequilíbrio entre os entes é uma tarefa intrinsecamente contraditória, gerando conflitos e tensões²⁹.

Vale notar que a PPI (Programação Pactuada e Integrada) e o financiamento foram reconhecidos pelos entrevistados como temas especialmente polêmicos ou entraves para a construção de determinados consensos. De fato, nos dois cenários investigados, eles se revelaram como fontes destacadas de geração de tensões e conflitos no âmbito da gestão regional do SUS.

Nos cenários metropolitanos de Salvador e de Fortaleza, o subfinanciamento revelou-se como um constrangedor para a gestão regional, posto que emergiu como a base da relação conflituosa entre os gestores, refletindo nas possibilidades de regionalizar serviços. Entrevistados sinalizaram a necessidade de maior descentralização de recursos e de revisão da lógica do financiamento como condição para efetivar a regionalização, tendo em vista dificuldades de disponibilizar serviços para uma região de saúde, com custos mais concentrados em um município.

Tais aspectos reforçam, dentre outros, a necessidade do financiamento também ser pensado e definido regionalmente e não apenas focado em municípios específicos. A atual lógica de financiamento e os constrangimentos impostos ao SUS concorrem para que os interesses e critérios decisórios sejam alicerçados predominantemente numa dimensão financeira competitiva, reper-

cutindo no processo de negociação e pactuação operado nas instâncias intergestoras regionais, concebido como sinônimo de *mercantilismo*, *troca de dinheiro* ou *feira livre*, em detrimento de processos pautados na reponsabilidade solidária. Destaca-se que argumentos dessa natureza foram mais frequentes e enfatizados nas entrevistas da Bahia.

Há um jogo de perdas e ganhos que se torna mais evidente no momento da tomada de decisão sobre as transferências de recursos, uma vez que a descentralização de políticas públicas, ao prever as transferências de recursos financeiros e os encargos governamentais, acirra ainda mais conflitos e disputas³⁰.

Há predomínio de uma lógica focada no recurso financeiro como definidora da conversa e do diálogo, elementos da comunicação e da relação entre os gestores, revelada em diversos relatos: “*não dá pra sentar pra conversar sem dizer quanto vem de dinheiro, por que o pessoal, o raciocínio é esse!*”; “*a relação tá baseada no financeiro, no financiamento. Se a gente não tiver, não tem como regionalizar!*”; “*SEMPRE (fala com ênfase), toda conversa termina em financiamento!*”

Os achados convergem com resultados do estudo de Machado⁴, quanto à percepção de que a alocação prévia de recursos para atendimento à população referenciada, nos municípios de referência, não seria condição suficiente para que motivações solidárias superassem condutas autointeressadas dos pactuantes. De outro modo, também cabe considerar que a estrutura fiscal federativa brasileira e o subfinanciamento do SUS podem ser considerados demarcadores fundamentais para esta situação.

Em Estados federais, há conflitos e disputas na implementação de políticas, gerados mesmo após a decisão de descentralizar, sobretudo no processo de transferências de recursos da esfera federal para os estados e municípios³⁰. No Brasil, há municípios com pouca possibilidade de tributação e que dependem, em maior grau, dos recursos de outros níveis para prover serviços públicos básicos³¹.

Esse cenário demarca condições e relações assimétricas, as quais são reproduzidas na luta por recursos financeiros nas negociações e nos acordos entre os gestores nas instâncias decisórias regionais, condicionando decisões que pendem para aqueles com maior poder técnico, administrativo e político. Isso expressa o relato de um dos entrevistados, ao afirmar que *determinados atores mais fortes, seja pela característica técnica ou política, se impõe mais e acaba influenciando todos os outros*. Na Bahia, houve relatos afirmando a

reprodução desta tendência não só nas instâncias intergestoras regionais, mas também estaduais.

Entre o estratégico e o comunicativo: de qual consenso ou (des)acordo estamos tratando?

O consenso requer a distinção entre uma ação de entendimento, pautada no agir comunicativo, e uma atividade orientada para um fim, pautada no agir estratégico²¹. Denota-se que o consenso exigiria que os atores, envolvidos na interação, conversem, dialoguem, se entendam e decidam com base no entendimento compartilhado da situação. Todavia tal caracterização não emergiu dos entrevistados.

Os relatos dos gestores sobre decisões por consenso evidenciaram que não derivavam de processos exaustivos de diálogo, que fossem guiados por critérios técnicos ou princípios basilares do SUS. Em geral, o consenso apareceu vinculado a recursos financeiros, questões políticas, acordos tácitos ou para acomodar animosidades, mas que no cotidiano, após aquele espaço formal de decisão, não seriam cumpridos.

Estabelece-se um jogo teleológico no qual identifica-se uma atividade orientada para um fim e não uma ação de entendimento²¹. Não existe reconhecimento do que foi dito como verdadeiro e há incoerências entre *ter consenso e todo mundo concordar* com o fazer, conforme o que foi consensuado. Também há dificuldades de compreensão e ou ausência de diálogo entre os gestores, com prejuízos ao efeito ilocucionário com base no qual eles poderiam compreender e aceitar as ações de fala, incidindo sobre o uso da informação nos espaços de pactuação e na construção da PPI, configurando os diferenciais de poder técnico entre os gestores.

A pactuação expressou-se como um ritual de formalidade a ser cumprido, mas sem um processo maior de discussão e entendimento da situação, no sentido de construir a resolução de problemas e necessidades regionais. O uso da informação nesse formato de pactuação denota algo muito mais informativo e unidirecional, concorrendo para que os pactos formais não funcionem, apenas cumpram papel cartorial.

Nos dois estados, os entrevistados convergiram em afirmações quanto ao descumprimento da PPI e de acordos formalizados em instrumentos de gestão, inclusive sugerindo a necessidade de medidas coercitivas para forçar o cumprimento dos acordos e pactos firmados: “*Ele não cumpre, ninguém obriga. Por que eu vou pactuar aqui eu vou cumprir?*”; “*O que ele contratava era muito*

diferente do que o que estava previsto na PPI"; "A gente não consegue um mecanismo que acompanhe e faça o município gestor cumprir." Revela-se um jogo entre distintos atores e esferas de governo, com graus de poder diferenciados, mostrando que o consenso está longe de se repetir no momento de implementação da política³⁰.

Denota-se artifícios para aumentar o teto financeiro do município e para descumprir os acordos pactuados, prevalecendo a ação estratégica em detrimento da ação comunicativa. Recorda-se que a racionalidade orientada para um fim e a racionalidade orientada para o entendimento não são intercambiáveis²¹. As evidências indicam que, no momento formal das pactuações, há afirmações muito mais no sentido de obtenção do êxito próprio na negociação, que é a alocação do recurso no seu teto financeiro e do serviço no seu território, mas sem garantias de cumprimento do pacto consensuado. Ou seja, não se identifica a veracidade da fala, nem o uso da linguagem para o entendimento compartilhado da situação, aspectos próprios do agir comunicativo.

Ao emergir falas alusivas a uma *racionalidade financeira, mercado livre, troca de dinheiro*, evidencia-se considerações de Habermas²¹ sobre o modelo de mercado dirigido pelo dinheiro no qual o agir estratégico pode ser mantido como conceito de ação que convém ao meio de direção. As informações que correm através do código dinheiro condicionam as decisões da ação, devido a uma estrutura de preferências, sem que haja necessidade de apelar para realizações de entendimento mais arriscadas, orientadas pela validade²¹.

Os tipos de interação distinguem-se conforme o mecanismo coordenador da ação. Se no agir comunicativo a força consensual do entendimento linguístico torna-se efetiva para coordenar as ações, no agir estratégico o efeito da coordenação depende da influência dos atores uns sobre os outros e sobre a situação²¹. Ao focar as evidências sob o olhar dos tipos de interação descritos por Habermas, pode-se afirmar que os pactos definidos entre os gestores não resultam do *entendimento motivador da convicção*, próprio do agir comunicativo. São produto da *influenciação que induz o comportamento*, próprio do agir estratégico, em que há *influência recíproca de atores, que se posicionam uns em relação aos outros, orientados pelo sucesso*²¹.

Identifica-se que, nos cenários metropolitanos de Fortaleza e de Salvador, assim como no estudo de Miranda²⁷, o consenso resultou de negociações engendradas a partir de ações estratégicas. Ao problematizar tais consensos, também chamados de acordos ou pactos, decididos entre os ges-

tores, revela-se interpretações peculiares a partir de olhares sob as lentes de Testa ou sob as lentes de Habermas. Ambos apresentam considerações que orientam a análise do empírico, encontrando possíveis elementos para o descumprimento dos pactos e (des)acordos.

Conforme Testa²³, um acordo é o resultado de uma negociação, em que cada um dos atores interessados no tema em debate expressa sua opinião, suas reclamações ou suas propostas. Evidencia-se que tais acordos são fragilizados em dinâmicas decisórias marcadas por assimetrias políticas, técnicas e administrativas que repercutem na capacidade de negociação, de manifestação e escuta de opiniões e propostas dos gestores, de diferentes municípios, sobretudo daqueles de pequeno porte.

Existem diferentes níveis de acordo, em um dos quais pode haver acordo ou desacordo entre os distintos atores sociais e a decisão se tomará por maioria ou por imposição dos grupos aliados que reúnam maior poder mobilizador²³. Esse tipo de acordo, diferente do consenso pautado no verdadeiro diálogo e entendimento, está presente na realidade das CIR dos cenários metropolitanos investigados, sobretudo na CIR Salvador, tendo em vista os relatos de diferentes gestores afirmando decisão por maioria. Contudo, essa forma de tomada de decisões não tem convergido com o cumprimento das mesmas no cotidiano. Conforme relatos de dois entrevistados baianos, *o que se diz é diferente do que se faz sendo que não é por maioria que você vai prosperar, na medida em que você quer aprovar decisões que você espera que todos coloquem em prática*.

Segundo Habermas²¹, *um acordo não pode ser imposto a partir de fora e nem ser forçado por uma das partes, seja através de intervenção direta na situação, seja indiretamente, por meio de influência*. Para esse autor, aquilo que se obtém através de gratificação, ameaça, sugestão ou engano, não pode valer intersubjetivamente como acordo, sendo que tal intervenção fere as condições sob as quais as forças ilocucionárias despertam convicções. Assim, os pactos ou acordos estabelecidos tendem a ser fragilizados e descumpridos posto que não foram motivados por convicções, mas sim influências, enganos, gratificações ou ameaças.

Existe uma inequívoca separação entre o mero acordo e o consenso racional, bem como entre uma acomodação ilusória de conflitos e a mobilização, denotando a centralidade do poder e a necessidade de explicitar sua constituição, com uma preocupação fundamentada na especificidade do político¹⁹. Neste sentido, cabe explicitar singularidades que emergiram nas entrevistas nos

dois estados. No Ceará, alguns entrevistados referiram aspectos político-partidários, mas sem relacioná-los à pactuação. Na Bahia, muitos relatos apontaram, com ênfase, relações entre elementos político-partidários eleitorais e o processo de pactuação intergestores.

Tais evidências expressam que o acordo não é necessariamente explícito, de modo que os atores continuam mantendo seus pontos de vista, declarando-se vencidos, mas não convencidos²³. Percebe-se situações na qual a linguagem preenche apenas funções de informação, quando se retira do entendimento a construção do consenso, fazendo com que a validade do proferimento não possa ser apreendida diretamente e a *ação de fala só é exortação na aparência*²¹. Desse modo, a discussão e os pactos consensuados nos espaços coletivos de gestão regional podem não equivaler à ação cotidiana dos gestores.

Não são explícitas as verdadeiras intenções ou interesses, verificando-se o agir estratégico latente, as omissões. Essas intenções ou interesses que estão na base das decisões entre os referidos gestores, mas que não são verbalizadas, convergem com aspectos financeiros e intenções político-partidárias eleitorais que estão nas tramas do invisível, ocultas *nos acordos tácitos* e nas sombras da opacidade, característica que permeia as relações de poder²³.

Os depoimentos de gestores municipais, estaduais e regionais na Bahia indicam que, nos espaços informais e nas instâncias intergestores de gestão regional, o *telos* da fala e da ação-relação entre eles conecta-se a finalidades eleitorais e, em alguns casos, às disputas por recursos financeiros.

As evidências apontam que a base da negociação e do consenso delineados no processo de pactuação de serviços e procedimentos é capitaneada pela intencionalidade político-partidária eleitoral e financeira, em detrimento de princípios basilares como o acesso universal dos cidadãos aos diferentes níveis de densidade tecnológica do SUS. Em Minas Gerais identificou-se, simultaneamente, um jogo de barganha conflituosa nas relações intergovernamentais e um jogo do sucesso eleitoral em cada município, ambos no sentido de privilegiar ganhos eleitorais⁴. Também verificou-se o atravessamento de políticas partidárias na gestão de uma região de saúde no interior da Bahia³².

Considerações finais

Certamente há avanços ao longo da implementação do SUS, porém ainda urge superar desafios, em diferentes âmbitos, inclusive no processo de

construção nas CIR. É necessário confrontar a percepção ingênua do consenso, sob pena de incorporação acrítica de elementos ditos transformadores que não passam de um reformismo pois conservam o passado ao superá-lo, ofuscando o real.

Há esforço para construção do consenso, considerado um processo positivo e inovador das comissões intergestores do SUS, do ponto de vista de fóruns que reúnem entes federados no Brasil. Contudo, o consenso emergiu vinculado a uma obrigatoriedade induzida normativamente e condicionada a prazos ministeriais, e não necessariamente vinculado a um processo de diálogo ou entendimento, nem produto de critérios técnicos privilegiando a equidade regional e outros princípios basilares do SUS.

Os problemas relativos à PPI e ao subfinanciamento do SUS foram os pontos convergentes entre os cenários estaduais e metropolitanos estudados. Tais problemas estão imbricados e condicionam a relação entre os entes federados, apontando a disputa por recursos como um entrave para a pactuação e construção do consenso pautadas no diálogo e no entendimento.

Denota-se que os pactos ou acordos construídos entre os gestores são pautados em influências, enganos, gratificações e/ou ameaças, capitaneadas pelo viés da obtenção ou corte de recursos e incentivos financeiros, bem como dos possíveis ganhos eleitorais e político-partidários, não sendo motivados prioritariamente por convicções ou entendimento compartilhado da situação, conforme pressupostos do agir comunicativo. Configura-se o agir estratégico dos gestores, no qual se perde a força ilocucionária de compreender e aceitar, sendo que a aceitação do pretenso (des)acordo é motivada por influências externas à linguagem e por pretensões de poder, não por pretensões de validade.

Colaboradores

DGS Biscarde realizou a pesquisa, a concepção, a redação e a revisão do artigo. LAB Trad e ALQ Vilasbóas participaram da redação e revisão do artigo.

Referências

- Dourado DA, Elias PEM. Regionalização e dinâmica política do federalismo sanitário brasileiro. *Rev Saude Publica* 2011; 45(1):204-211.
- Levi ML, Scatena JHG. Evolução recente do financiamento do SUS e considerações sobre o processo de regionalização. In: D'Ávila Viana AL, Lima LD. *Regionalização e relações federativas na política de saúde do Brasil*. Rio de Janeiro: Contra Capa; 2011. p. 81-113.
- Arretche MTS. *Democracia, federalismo e centralização no Brasil*. Rio de Janeiro: FGV, Fiocruz; 2012.
- Machado JA. Pacto de Gestão na saúde: Até onde esperar uma regionalização solidária e cooperativa? In: Hochman G. *Federalismo e Políticas Públicas no Brasil*. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2013. p. 279-300.
- Santos L. SUS-30 anos: um balanço incômodo? *Cien Saude Colet* 2018; 23(6):2043-2050.
- Paim JS. Sistema Único de Saúde (SUS) aos 30 anos. *Cien Saude Colet* 2018; 23(6):1723-1728.
- Viana ALDA, Bousquat A, Melo GA, Negri Filho A, Medina MG. Regionalização e Redes de Saúde. *Cien Saude Colet* 2018; 23(6):1791-1798.
- Oliveira MS, Artmann E. Regionalização dos serviços de saúde: desafios para o caso de Angola. *Cad Saude Publica* 2009; 25(4):751-760.
- Fleury S, Ouverney A. *Gestão de redes: a estratégia de regionalização da política de saúde*. Rio de Janeiro: FGV; 2007.
- Viana ALDA, Lima LD, Ferreira MP. Condicionantes estruturais da regionalização na saúde: tipologia dos Colegiados de Gestão Regional. *Cien Saude Colet* 2010; 15(5):2317-2326.
- Viana ALDA, Lima, LD. O processo de regionalização na saúde: contextos, condicionantes e papel das Comissões Intergestores Bipartites. In: Viana ALDA, Lima, LD. *Regionalização e relações federativas na política de saúde do Brasil*. Rio de Janeiro: Contra Capa; 2011. p. 11-24.
- Lima LD, Viana ALA, Machado CV, Albuquerque MV, Oliveira RG, Iozzi FL, Scatena JHG, Mello GA, Pereira AMM, Coelho APS. Regionalização e acesso à saúde nos estados brasileiros: condicionantes históricos e político-institucionais. *Cien Saude Colet* 2012; 17(11):2881-2892.
- Pereira AMM, Lima DL, Machado CV, Freire JM. Descentralização e regionalização em saúde na Espanha: trajetórias, características e condicionantes. *Saúde Debate* 2015; 39(esp.):11-27.
- Pereira AMM, Lima DL, Machado CV. Descentralização e regionalização da política de saúde: abordagem histórico-comparada entre o Brasil e a Espanha. *Cien Saude Colet* 2018; 23(7):2239-2251.
- Mendes A. *Saúde Pública subfinanciada: até quando suportaremos? Em defesa do SUS universal e igualitário*. Le Monde Diplomatique, Ministério da Saúde (MS), Conselho Nacional de Saúde (CNS), Organização Pan-americana de Saúde (OPAS). 2015. [acessado 2016 Maio 30]. Disponível em: <http://www.abrasco.org.br/site/wp-content/uploads/2015/12/encarte-SUS-lemonde.pdf>
- Lara NC, Mendes A. A regionalização e o financiamento do SUS na Região Metropolitana da Baixada Santista do Estado de São Paulo. *Rev Fac Ciên Med Sorocaba* 2015; 17(1):37-42.
- Geremia DS. *Federalismo e gestão metropolitana para o planejamento territorial dos serviços de saúde* [tese]. Rio de Janeiro: Universidade do Estado do Rio de Janeiro; 2015.
- Silva SF. Redes de atenção à saúde no SUS: proposta de operacionalização. In: Silva SF, organizador. *Redes de atenção à saúde: desafios da regionalização no SUS*. Campinas: Saberes; 2013. p. 201-249.
- Bahia L. Afinidades comunicativas e as políticas de saúde no Brasil. *Cien Saude Colet* 2010; 15(5):2281-2282.
- Habermas J. Relaciones con el mundo y aspectos de la racionalidad de la acción en cuatro conceptos sociológicos de acción. In: Habermas J. *Teoría de la acción comunicativa I*. Madrid: Taurus; 1987. p. 110-146.
- Habermas J. *Pensamento pós-metafísico: estudos filosóficos*. Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro; 1990.
- Testa M. *Pensar em Saúde*. Porto Alegre: Artes Médicas; 1992.
- Testa M. *Pensamento estratégico e lógica de programação: o caso da saúde*. São Paulo, Rio de Janeiro: Hucitec, Abrasco; 1995.
- Yin RK. *Estudo de caso: planejamento e métodos*. Porto Alegre: Bookman; 2010.
- Lima LD, Queiroz LFN. Processo de descentralização e regionalização do SUS no contexto do Pacto pela Saúde. In: Machado CV, Baptista TWF, Lima LD, organizadores. *Políticas de Saúde no Brasil: continuidades e mudanças*. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2012. p. 229-252.
- Viana ALDA, Lima LD, organizadores. *Regionalização e relações federativas na política de saúde do Brasil*. Rio de Janeiro: Contra Capa; 2011.
- Miranda AS. *Análise estratégica dos arranjos decisórios na Comissão Intergestores Tripartite do Sistema Único de Saúde* [tese]. Salvador: Universidade Federal da Bahia; 2003.
- Miranda AS. Processo decisório em Comissões intergestores do Sistema Único de Saúde: governabilidade resiliente, integração sistêmica (auto)regulada. *Rev Política Planejamento e Gestão Saúde* 2010; 1(1):117-139.
- Souza C. Regiões Metropolitanas: trajetória e influência das escolhas institucionais. In: Ribeiro LCQ, organizador. *Metrópoles: entre a coesão e a fragmentação, a cooperação e o conflito*. São Paulo, Rio de Janeiro: Fundação Perseu Abramo, FASE; 2004. p. 61-96.
- Guimarães ML. Processo decisório e conflitos de interesse na implementação da descentralização da saúde: um estudo das instâncias colegiadas na Bahia. *Caderno CRH* 2003; 39:105-132.
- Rodrigues R, Elias PEM, Dourado DA, Vianna PVC, Bousquat AEM. Federalismo, relação público-privado e gasto público em saúde no Brasil. *Rev Política Planejamento e Gestão Saúde* 2010; 1(1):141-156.
- Santos AM. *Gestão do cuidado na microrregião de saúde de Vitória da Conquista (Bahia): desafios para constituição de rede regionalizada com cuidados coordenados pela Atenção Primária à Saúde* [tese]. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca; 2013.

Artigo apresentado em 30/01/2019

Aprovado em 12/07/2019

Versão final apresentada em 03/09/2019

