

**UNIVERSIDADE DE SANTA CRUZ DO SUL
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM DESENVOLVIMENTO
REGIONAL – MESTRADO E DOUTORADO
ÁREA DE CONCENTRAÇÃO EM
DESENVOLVIMENTO REGIONAL**

Emerson Luis de Vargas

**A FORMAÇÃO DA AGENDA PÚBLICA REGIONAL DA SAÚDE:
A GESTÃO PLENA MUNICIPAL E A GESTÃO TERRITORIAL DA POLÍTICA EM
CAXIAS DO SUL/RS**

Santa Cruz do Sul, novembro de 2010

Emerson Luis de Vargas

**A FORMAÇÃO DA AGENDA PÚBLICA REGIONAL
DA SAÚDE: A GESTÃO PLENA MUNICIPAL E A GESTÃO TERRITORIAL DA
POLÍTICA EM CAXIAS DO SUL/RS**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Desenvolvimento Regional – Mestrado e Doutorado, Área de Concentração em Desenvolvimento Regional, Universidade de Santa Cruz do Sul – UNISC, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Desenvolvimento Regional

Orientador: Prof. Dr. Marcos Artêmio Fischborn Ferreira.

Santa Cruz do Sul, novembro de 2010

Aos meus pais, pelo amor e dedicação incondicionais.

AGRADECIMENTOS

À minha família, pelo amor e incentivo incondicionais.

À minha mãe, especialmente, dedico este sonho, a qual é a razão da minha vida.

Ao meu orientador e amigo, Professor Dr. Marcos Artêmio Fischborn Ferreira, por ter tido paciência e perseverança em me conduzir neste estudo.

Aos professores do programa de Mestrado e Doutorado em Desenvolvimento Regional, por terem partilhado conosco o seu saber e serem facilitadores desta aprendizagem significativa.

Aos colegas da turma, em especial à Susana Speroni e Simone Manfredini Bender, por terem me acolhido em suas vidas me inspirado nos momentos mais difíceis.

Aos amigos Josi e Sergio Boff, Olga Meneghel, Giancarlo Dal Bó e Karina Lucena, e a todos os que me ajudaram e entenderam minha ausência e demora em responder aos chamados.

Aos profissionais que se dispuseram a contribuir nesse estudo e a fazerem parte dessa humilde caminhada, descortinando uma simples e pequena seara das políticas públicas.

Enfim, a todos que de uma forma ou outra contribuíram para que esta pesquisa se desenvolvesse.

Há momentos na vida em que a questão de saber se alguém pode pensar de um modo diferente de como pensa e sentir de um modo diferente de como sente é indispensável para continuar observando e refletindo.

Michel Foucault

RESUMO

A presente pesquisa tem por objetivo estudar a formação da agenda pública e a implantação da Gestão Plena Municipal de Saúde no Município de Caxias do Sul, no período compreendido entre os anos de 1997 e 2002; a sua configuração regional e particularidades específicas da Região Nordeste do Estado do Rio Grande do Sul. Neste estudo, é analisado o processo de regionalização da saúde através das designações que tomam os termos saúde e saúde pública, bem como os efeitos de sentido produzidos e as formações discursivas que sustentam os discursos dos sujeitos envolvidos no processo. O método selecionado para o estudo foi a análise de formação da agenda pública, que respondeu por importantes inferências acerca do material coletado pelo pesquisador, proveniente das entrevistas individuais em profundidade e dos documentos cedidos pelos sujeitos. Os resultados encontrados nesse estudo contemplam uma estratégia de governo bastante peculiar, que transborda do município para toda a região de abrangência. É pertinente destacar a plataforma política do governo municipal utilizada, que a literatura política chama de Coalizão Programática de Governo, e como ela transforma-se em agenda pública regional de saúde. As evidências empíricas levantadas, apesar de não serem conclusivas e de retratarem uma realidade local que não é passível de generalização, tem por mérito abrir a perspectiva futura de uma agenda de pesquisas bastante promissora, a partir da qual podem ser efetivadas novas investigações, de cunho metodológico semelhante, destinadas a corroborar ou refutar as conclusões ora apresentadas.

Palavras-chave: agenda pública; regionalização da saúde; SUS.

ABSTRACT

This research aims to study the formation of the public agenda and implementation of the Full Management Municipal Health Policy in the city of Caxias do Sul between 1997 and 2002, its configuration and regional particularities, considering the Northeast region of the State of Rio Grande do Sul. This study analyzes the process of health policy regionalization as the effects of meaning produced and discursive formations that sustain the discourse of the subjects involved in the process. The qualitative analysis for the study was the agenda setting, accounted for important inferences about the field material collected by the researcher, came from individual interviews and documents supplied by the subjects. The results of this study reveal a very peculiar strategy of government, which overflows the county territory for the entire region of coverage. It is pertinent to highlight the political platform used by the municipal government, which the political literature names as Programmatic Coalition Government, and how it becomes a public agenda of regional health policy. Empirical evidences of the qualitative analysis show, through documents and speeches of the various social actors involved, the need for a research agenda to enlarge the meanings of the study in similar experiments.

Keywords: public agenda; regionalization of health; SUS.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 – Mapa das Macrorregiões de Saúde no Rio Grande do Sul	15
Figura 2 – Comparativo dos Governos em Estudo	34
Figura 3 - Caráter de Interação entre o Executivo e o Legislativo Municipal	59
Quadro 1 – Municípios Integrantes da 5a. Coord. Regional da Saúde	14
Quadro 2 – Distribuição dos Municípios Gaúchos em Números e População..	73
Quadro 3 – Relação e Cargos dos Entrevistados	77
Quadro 4 – Identificação dos Entrevistados	78
Anexo A – Dados Gerais do Município-Pólo – Caxias do Sul.....	117

LISTA DE ABREVIATURAS

AIS	Ações Integradas de Saúde
BID	Banco Interamericano de Desenvolvimento
CEED	Conselho Estadual de Educação
CF	Constituição Federal
CIB	Comissão Intergestora Bipartite
CIT	Comissão intergestora Tripartite
CNS	Conferência Nacional de Saúde
CFG	Coalizão Fisiológica de Governo
CONASS	Conselho Nacional de Secretários Estaduais de Saúde
CONASEMS	Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde
COREDE	Conselho Regional de Desenvolvimento
CPG	Coalizão Programática de Governo
CRS	Coordenadoria Regional de Saúde
FAS	Fundo de Apoio ao Desenvolvimento Social
GPAB	Gestão Plena de Atenção Básica
GPSM	Gestão Plena de Saúde Municipal
GPS	Gestão Plena de Saúde
HG	Hospital Geral de Caxias do Sul
INAMPS	Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social
LOS	Lei Orgânica da Saúde
MPAS	Ministério da Previdência e Assistência Social
MS	Ministério da Saúde
NOAS	Norma Operacional de Assistência a Saúde
NOB	Norma Operacional Básica
OMS	Organização Mundial de Saúde
OPAS	Organização Pan Americana da Saúde
PAB	Piso de Atenção Básica
PIB	Produto Interno Bruto
PPI	Programação Pactuada Integrada
REFORSUS	Reforço à Reorganização do Sistema Único de Saúde

SAI	Sistema de Informação Ambulatorial
SES	Secretaria Estadual de Saúde
SIH	Sistema de Informação Hospitalar
SILOS	Sistema Local de Saúde
SMS	Secretaria Municipal de Saúde
SUDS	Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
UCS	Universidade de Caxias do Sul
UNICEF	Fundo das Nações Unidas para a Infância

SUMÁRIO

LISTA DE ILUSTRAÇÕES	08
LISTA DE ABREVIATURAS	09
1. INTRODUÇÃO	13
2. POLÍTICAS PÚBLICAS E TERRITORIALIDADE	23
2.1 Evolução Histórica Recente da Área da Saúde no Brasil.....	24
2.2 Transformações das Políticas de Saúde no Brasil Contemporâneo.	25
2.3 Caracterização da Região de Estudo	36
3. SUS: UMA POLÍTICA TERRITORIALIZADA POR EXCELÊNCIA	41
3.1 Os Desafios de Implementação de Políticas Públicas de Saúde	46
4. DEFINIÇÃO DA AGENDA PÚBLICA: UMA OPERAÇÃO DELICADA	49
4.1 Agenda Pública e Governabilidade	55
4.2 Coalizão Programática de Governo (CPG): Estratégia com Visão de Futuro	59
5. MÉTODO EM ANÁLISE DE POLÍTICAS PÚBLICAS	71
6. DESCRIÇÃO E ANÁLISE DAS ENTREVISTAS	77
6.1 A Questão Político-Partidária Subjacente ao Processo de Regionalização	78
6.2 Percepções em Relação à Municipalização da Saúde	81
6.3 As Prioridades Governamentais na Ordem do Discurso	83
6.4 A Visão dos Diferentes Atores Sobre a Regionalização da Saúde	86
7. A AGENDA DE SAÚDE EM CAXIAS DO SUL – UM EVENTO SINGULAR E ORIGINAL	89
7.1 A Regionalização da Saúde no Rio Grande do Sul – Destaque para Caxias do Sul	89

7.2 Participação e Compromisso na Modelagem da Regionalização	90
7.3 Processo de Intermediação dos Interesses: Sintonias e Divergências ..	96
7.4 Fatores Facilitadores e Obstaculizadores da Regionalização da Saúde.	100
CONSIDERAÇÕES FINAIS	105
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	108
ANEXO A	117
ANEXO B	118

1. INTRODUÇÃO

A concepção de desenvolvimento e bem-estar da população de um País vem se alterando, ultrapassando a dimensão tradicional de renda pessoal e crescimento econômico, para incorporar uma visão mais abrangente, onde a razão de ser do desenvolvimento é o homem. Em vista disso, têm-se a necessidade de organizar a administração pública não só para o presente, mas vislumbrando e projetando o futuro em suas agendas com as prováveis possibilidades de manutenção e prevenção na área econômica e social e, conseqüentemente, na saúde pública.

Este estudo tem por objetivo estudar a formação da agenda pública e a implantação da Gestão Plena Municipal de Saúde¹ no município de Caxias do Sul, no período compreendido entre os anos de 1997 e 2002; a sua configuração regional e particularidades específicas da Região Nordeste do Estado. Esta investigação está focada no processo desencadeado pela Constituição Federal de 1988, quando teve início o debate em torno da Reforma Sanitária no País.

O processo de implantação da Gestão Plena de Saúde (GPS), em Caxias do Sul, colocou o Município e a Região em lugar de destaque, pois mobilizou e aglutinou os municípios circunscritos, integrantes da 5ª Coordenadoria Regional de Saúde, de acordo com o Quadro 1, a seguir. Ela ampliou a oferta de atendimento a diversas especialidades na área da saúde, motivo pelo qual o estudo desse tema se torna particularmente relevante. Esta relevância também pode ser identificada pelas indagações feitas no projeto e o conjunto da análise de um caso singular: um processo de municipalização saúde em que transborda a maioria dos casos, pelo caráter estratégico com que a municipalização foi trabalhada pelos gestores, numa região de grande diversidade de clivagens político-partidárias. Nesse sentido, esta dissertação enfrenta um tema a partir de compreensão do que se pode chamar de núcleo político da ação pública com relação ao tema. Nesse sentido, abordagem confere ao estudo um caráter de originalidade no âmbito da produção brasileira.

1 É a gestão de todo o sistema municipal de saúde, garantindo o atendimento em seu território para sua população e outras referenciadas pelos municípios vizinhos. Assume também, todas as ações e serviços públicos da área, sendo responsável pelo planejamento, programação, execução, controle, avaliação e, se necessário, fazer auditoria desses serviços (BRASIL, MS, O SUS de A a Z, 2009).

Alto Feliz	Monte Alegre dos Campos
Antônio Prado	Monte Belo do Sul
Bento Gonçalves	Muitos Capões
Boa Vista do Sul	Nova Araçá
Bom Princípio	Nova Bassano
Bom Jesus	Nova Pádua
Campestre da Serra	Nova Petrópolis
Canela	Nova Prata
Carlos Barbosa	Nova Roma do Sul
Caxias do Sul	Parai
Cotiporã	Picada Café
Dois Lajeados	Pinhal da Serra
Esmeralda	Protásio Alves
Fagundes Varela	Santa Tereza
Farroupilha	São Jorge
Feliz	São José dos Ausentes
Flores da Cunha	São Marcos
Garibaldi	São Vendelino
Gramado	União da Serra
Guabijú	Vacaria
Guaporé	Vale Real
Ipê	Veranópolis
Jaquirana	Vila Flores
Linha Nova	Vista Alegre do Prata

Quadro 1 – Municípios Integrantes da 5a. Coordenadoria Regional da Saúde

Fonte: Direção do Hospital Geral de Caxias do Sul.

A 5a. Coordenadoria Regional é uma das sete Macrorregiões em que foi dividido o Estado do Rio Grande do Sul (representada pelo número 5), conforme Figura 1, abaixo.

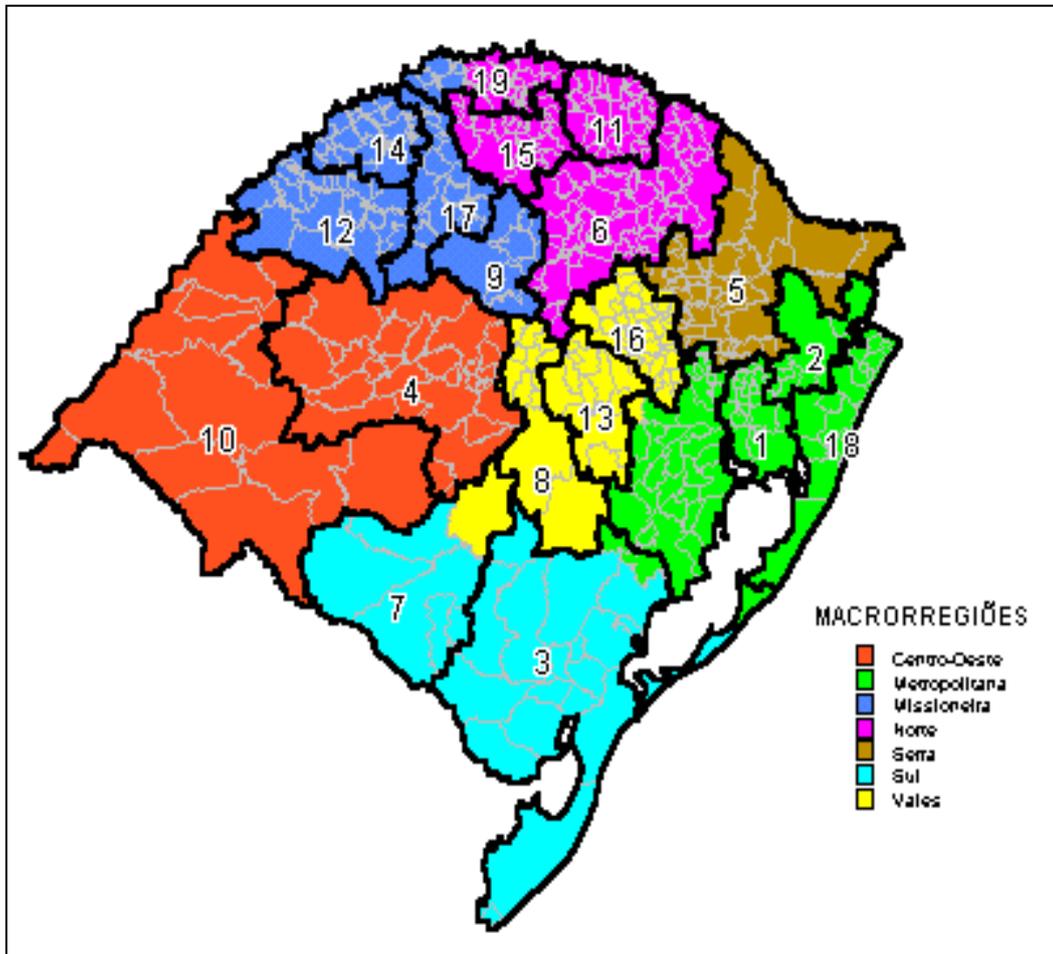


Figura 1 – Mapa das Macrorregiões de Saúde no Rio Grande do Sul

Fonte: 5a. Coordenadoria Regional da Saúde.

Para entender como aconteceu esse processo, primeiramente, é necessário fazer uma retrospectiva de como a saúde, em nível nacional, estava desenhada, remontando aos anos de 1889-1930, durante a Primeira República. Nessa época, as ações em saúde eram setorizadas e expandiu-se a autoridade estatal por intermédio das políticas de saúde (LIMA et al., 2005). Depois, é importante remontar às primeiras décadas do século XX, quando a saúde é alvo de uma reestruturação por parte dos governos, que visam a mudanças no atendimento e na melhoria do setor.

Além de políticos, destacaram-se, na referida campanha sanitária, representantes influentes da área das ciências sociais, entre eles: Gilberto Freire, Florestan Fernandes e Antonio Cândido, os quais estabeleceram um intenso diálogo

com a sociedade, como esclarece Lima (1999). Destacam-se também como fatores importantes dessa reestruturação as Conferências Nacionais de Saúde (CNS), as quais foram imprescindíveis no sentido de conscientizar as autoridades da importância da saúde nacional, servindo de elo de ligação entre o governo e a sociedade, para que aquele atendesse aos anseios e necessidades nessa área.

Este estudo dará maior destaque à VIII CNS, bem como à Constituição Brasileira de 1988, que trouxe, em seu bojo, significativas mudanças, destacando-se, de forma expressiva, a intervenção dos movimentos sociais na área da saúde.

Foi a VIII CNS, realizada dois anos antes da promulgação da Constituição Federal brasileira de 1988, em 1986, que debateu e esclareceu a realidade dos princípios=norteadores da reforma sanitária, fazendo estabelecer no art. 196, da Carta Magna, que “saúde é um dos direitos sociais da cidadania”.

O Artigo 198, da Constituição Federal, caracteriza e orienta o Sistema Único de Saúde (SUS) ao afirmar 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:

- 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.

Verifica-se que as raízes históricas dos processos de descentralização da saúde no Brasil, as quais se caracterizam pela produção de desigualdades regionais, conformando modelos diferenciados de implementação, reformas e reordenamentos dos sistemas de saúde, acabam gerando formas diversas de operacionalização daqueles princípios que regem o SUS: universalidade, integralidade e descentralização.

O processo de construção da política descentralizadora da saúde no País teve como base legal a Lei Orgânica da Saúde (LOS) 8.080/90. Esta é o conjunto de duas leis editadas (Lei n.º 8.080/90 e Lei n.º 8.142/90) que visa a dar cumprimento ao mandamento constitucional de disciplinar legalmente a proteção e a defesa da saúde. Na primeira, observa-se que a descentralização político-administrativa é enfatizada na forma da municipalização dos serviços e ações de saúde, que significa redistribuição de poder, competências e recursos em direção aos municípios. A segunda dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do SUS e condiciona

o recebimento de recursos financeiros à existência de Conselho Municipal de Saúde, funcionando de acordo com a legislação.

A Norma Operacional Básica do SUS (NOB-SUS) 01/93 procurou sistematizar o processo de descentralização da gestão do sistema e serviços, num esquema de transição, com diferentes níveis de responsabilidades para os Estados e Municípios e, por relação, do próprio Governo Federal.

Nesse sentido, houve alteração no quadro existente de 1992 até dezembro de 1994, tendo como eixo central o processo de formulação e implantação da NOB-SUS 01/93, expressão prática de decisão política de fazer cumprir o que foi previsto na Constituição e nas leis do SUS (SECRETARIA DA SAÚDE, 2009)

Para os Municípios, foram estabelecidas três condições de gestão: Incipiente, Parcial e Semi-Plena; e para os Estados, duas: Parcial e Semi-Plena. Para a coordenação, gerenciamento e controle desse processo, foram criadas as Comissões Intergestoras Bipartite – CIB; e Tripartite - CIT, como foros permanentes de negociação e deliberações. Esse processo foi implantado a partir de novembro/dezembro de 1994, sendo que no Brasil, em fins de 1994, foram habilitados e assumiram a condição de Gestão Semi-Plena de 24 (vinte e quatro) municípios. Em fins de julho de 1995, estavam habilitados 43 (quarenta e três) municípios, perfazendo um total de 0,86% dos municípios, compreendendo 7,4% da população, e 10,07% dos recursos, alocados ao sistema financeiro para o custeio das despesas (SIA/SIH/SUS) com assistência médica. Ao final do ano de 1997, já havia mais de uma centena de municípios habilitados na Gestão Semi-Plena, compreendendo cerca de 12% da população e 20% dos recursos do teto financeiro (SECRETARIA DA SAÚDE, 2009).

Dada a complexidade do Sistema Único de Saúde (SUS) e a necessidade de seu aprimoramento, além das responsabilidades e competências alteradas no que se refere à saúde nos âmbitos federal e estadual, foi necessário iniciar as reformulações que culminaram com a edição da Norma Operacional Básica do SUS, a NOB-SUS 01/96, que define a Gestão Plena do Sistema Municipal. Ela:

[...] condiciona requisitos, responsabilidades e competências de cada uma das instâncias do SUS e estabelece os mecanismos de repasse de recursos do Fundo Nacional de Saúde. Estando habilitado nesta Gestão, o município tem maior autonomia e, além de se responsabilizar pelas ações básicas de

saúde, responde também pela assistência de Média e Alta Complexidade e pelas internações hospitalares (Ministério da Saúde).²

Por último, foi aprovada a Norma Operacional da Assistência à Saúde - NOAS-SUS 01/2001, através da Portaria Ministerial n. 95, de 26 de janeiro de 2001, ampliando as responsabilidades dos municípios na atenção básica à saúde, definindo e recomendando o processo de regionalização da assistência, criando mecanismos para o fortalecimento da capacidade de gestão do Sistema Único de Saúde e atualizando os critérios de habilitação de estados e municípios.

Como sugere o próprio texto do Ministério da Saúde, pode-se dizer sucintamente que, no desdobramento do processo de implantação do SUS, em formas concretas e práticas, na aplicação dos seus princípios e diretrizes, a descentralização das ações e serviços de saúde foi a que teve maior presença e avanço.

Nesse contexto, segundo Ferreira et al. (2004, p. 4), verificou-se a existência de condições favoráveis para:

[...] o poder público Municipal assumir a construção do SUS de forma coerente com os princípios da reforma sanitária – tal como defendida na VIII CNS -, deve ser considerada a partir da existência de políticas prévias federais e municipais que criaram capacidades administrativas, definiram modos de distribuição de recursos e favoreceram o desenvolvimento de alianças e procedimentos, inclusive os burocráticos.

Contudo, cada caso demonstrou diferenças com relação a esse tipo de articulação entre os poderes e entre as esferas de governo, uma vez que cada municipalização da saúde tem uma especificidade diferente da outra, assim como a região onde está sendo implementada a política.

Mesmo com base legal regendo o curso dos fatos, a realidade tornou-se peculiar e, por conseguinte, atraente de analisar, especialmente a modalidade operada em Caxias do Sul. Conforme a base legal impetrada pelo Ministério da Saúde, a partir da implementação da NOB-SUS 01/96, os municípios, que reuniam as condições para a implantação da Gestão Plena de Saúde, receberam a recomendação de prestar atendimentos à população das cidades circunvizinhas.

No caso específico de Caxias do Sul, pode-se verificar, conforme o Quadro 1 supracitado, a relação dos municípios que passaram, a partir do ano de 1997, a

² Norma Operacional Básica do SUS, a NOB-SUS 01/96, que define a Gestão Plena do Sistema Municipal.

contar com a Gestão Plena do Sistema Municipal de Saúde. Esse fato é relevante para a região, como denota Piovesan (2003, p. 01):

O Município de Caxias do Sul conseguiu, nos últimos seis anos, construir um sistema de saúde digno de orgulho de sua população. Como pólo de uma região de aproximadamente 1 milhão de habitantes, tem também contribuído de forma importante para constituição do sistema regional.

Destaca-se que Caxias do Sul iniciou a construção do sistema de saúde regional muito antes de a Lei NOAS-SUS 01/2001 definir o modelo regionalizado de assistência à saúde.

Esta anterioridade de ações do poder público com relação a atenções para com a região pode ser considerada um embrião de uma trajetória complexa e singular com relação às estratégias que Caxias do Sul implementou após o surgimento da norma. Esta suposição é importante para a abordagem do tema neste estudo. Nesse sentido, o processo de municipalização da saúde em Caxias do Sul conduziu à Gestão Plena, por uma lógica que implicou aspectos relacionados à Gestão Regional da Saúde, processo mais amplo de descentralização de políticas com características peculiares pelos seus resultados. Segundo afirmou Onzi (2003, p.11), Secretária de Saúde, de Caxias do Sul, na época em estudo:

[...] a decisão política de priorizar a Saúde e habilitação da Gestão Plena do Sistema, a definição de modelo técnico assistencial e de gestão, foi determinante para alavancar o processo de fortalecimento do SUS – Sistema Único de Saúde em Caxias do Sul a partir de 1997, alçando, dessa forma, o sistema a um novo patamar em termos de quantidade e qualidade.

Assim, levando-se em consideração esse contexto, foram analisadas, no campo institucional e das relações políticas, as singularidades que viabilizaram a transformação da Gestão Plena do Sistema Municipal de Saúde de Caxias do Sul em modelo de Gestão Regional da Saúde.

O caso de Caxias do Sul apresenta-se como singular pelos resultados amplamente reconhecidos e destacados nas inovações e também pelos prêmios recebidos, um deles do Hospital Geral de Caxias do Sul (HG), administrado pela Fundação Universidade de Caxias do Sul, que recebeu o Prêmio Qualidade Hospitalar 2001 – Categoria Estadual – concedido pelo Ministério da Saúde. O HG está entre os três hospitais gaúchos premiados nessa categoria. Os outros são o Hospital Independência, de Porto Alegre, e o Hospital Universitário, de Santa Maria.

Isso tudo justifica o presente estudo voltado à compreensão dos enredos que produziram a implementação de uma agenda regional de saúde única no Rio Grande do Sul. Entre os objetivos, o quadro teórico conceitual deverá permitir entender as especificidades do padrão de governabilidade instaurado durante o processo de formação dessa agenda. A análise do campo institucional e das relações políticas forma o campo de reflexão sobre o conjunto de questões que constituíram o cenário político favorável à construção de uma agenda consensual, que beneficia, entre outros traços, uma linha de coerência programática entre os poderes Executivo e Legislativo Municipal.

Além disso, os processos de tomada de decisão que determinaram a condução do processo de gestão plena desdobrada na direção da Gestão Regional da Saúde, contaram com um conjunto significativo de atores sociais, (agentes políticos dos diversos níveis de governo, prestadores de serviço, profissionais de saúde, hospitais, etc.), caracterizando uma ampla coalizão de adeptos, no sentido que Paul Sabatier (1999, p. 117-166) emprega – *advocacy coalition* – como possibilidade de sucesso para a condução de propostas de políticas públicas.

Uma vez identificados os objetivos do processo de implementação da política brasileira de descentralização da saúde, tornou-se especialmente relevante conhecer as particularidades regionais que a descentralização assume nesse contexto. Cada município adota um modelo de descentralização de acordo com sua própria característica, haja vista que nos diferentes locais onde ela foi desencadeada e implementada houve seguimentos diferenciados, aceitações tácitas, resistências e dificuldades, exatamente por estar em sintonia com as particularidades de cada município.

Foi devido à sua peculiaridade e também a antecipação da implantação do Sistema Único Municipal em Caxias do Sul que o processo de descentralização da saúde ocorreu, neste município, de forma diferenciada do ocorrido nos demais municípios brasileiros, pois superou a inércia sistemática que acompanha toda ação governamental, surpreendendo a lógica que Arretche (2003) salientou como sendo persistente no funcionamento dos governos nos níveis sub-nacionais: “o desempenho dos governos locais é em grande parte resultado do desenho institucional dos sistemas nacionais”, ou seja, reproduzem as dificuldades potencializadas pelos mecanismos inerciais de gestão, onde domina uma profunda desconfiança com a qualidade e seriedade das relações entre níveis de governo.

A formação da agenda foi resultado de uma série de ações coordenadas pela Secretária Municipal de Saúde, Sra. Justina Ignez Onzi, durante a gestão municipal de Gilberto Spier Vargas, a partir dos anos de 1997, promovendo oportunidade de inclusão dos municípios relativos à 5ª Coordenadoria de Saúde, nominados no Quadro 1, facilitando a implementação de uma política com dimensão regionalizada, abrangendo cerca de 1 milhão de habitantes, segundo dados da Secretaria Municipal de Saúde, de Caxias do Sul.

A relevância deste estudo encontra respaldo nas pesquisas aplicadas nas ciências sociais e na possibilidade de detalhamento da formação da agenda pública regional de saúde, através da Gestão Plena Municipal e territorial da política em Caxias do Sul, podendo servir de modelo aos demais gestores municipais por ser uma experiência inclusiva e eficaz.

O referencial teórico deste estudo é estruturado em duas linhas complementares e interconexas. A primeira linha consiste na análise histórica do setor de saúde no Brasil e da descentralização das políticas e ações em saúde; a segunda linha, na formação da Agenda Pública e na Gestão Plena Municipal de Saúde em Caxias do Sul.

Para análise do processo de municipalização da saúde em Caxias do Sul, a escolha teórica recai sobre o quadro analítico desenvolvido pelo grupo de pesquisa do projeto “Estruturas e Práticas do Processo Decisório no Legislativo com Ênfase no Município e no Estado de São Paulo”, coordenado pelo cientista político Regis de Castro Andrade. Da pesquisa resultaram artigos, que constituem o livro *Processo de Governo no Município e no Estado: uma análise a partir de São Paulo*, editado pela FAPESP EM 1998, os quais sistematizam de forma esclarecedora os padrões de relação entre os Poderes Executivo e Legislativo, na busca de acordos com vista à governabilidade. Os autores apontam para as modalidades mais comuns desses acordos, levando em conta a movimentação dos atores locais, seus interesses, demandas e inserções político-partidárias. O foco na dinâmica local – no caso desta pesquisa também regional – implica um tratamento analítico sempre com possibilidades de esquadrihar os múltiplos movimentos que não podem ser captados por referenciais com foco nas estruturas.

A forma regionalizada de descentralização da política brasileira de saúde exige uma compreensão profunda dos mecanismos que definiram os meios e os modos de articulação política que se tornaram exemplares no cenário nacional. E é

exatamente a ampliar esta compreensão que este trabalho se propõe a partir de agora.

E para melhor visualização desse estudo, o texto está assim desenvolvido: no capítulo dois, será descrito as políticas públicas e o território; uma breve contextualização da evolução histórica da área de saúde no Brasil e as principais formas de políticas adotadas e a caracterização da região em estudo.

No capítulo três, destaca-se o SUS como uma política regionalizada por excelência, os desafios de implementação de políticas públicas de saúde.

No capítulo seguinte, descreve-se sobre a definição da agenda pública de saúde - uma operação delicada, que compete descrever as particularidades do processo de governabilidade em estudo, bem como a estratégia estabelecida pela administração municipal, que chama-se de Coalizão Programática de Governo.

Após, serão analisados os discursos dos entrevistados elencando ao referencial teórico as descrições. Por fim, estabelece-se a interpretação, a luz desses teóricos sobre a conformação regionalizada dessa política pública de saúde em Caxias do Sul. Culminando nas considerações finais do referido estudo, deixando presente que esse trabalho é parcial e localizado, não querendo de forma alguma generalizar ou encerrar a discussão a respeito do tema.

No entanto, tem-se por mérito um ineditismo acerca dessa forma estratégica de montagem de uma plataforma política de governo, que a literatura chama de CPG (Coalizão Programática de Governo), numa região tomada pelos partidos de direita (no caso aqui refere-se a oposição), em uma agenda política de gestão regionalizada de saúde.

E também cabe destacar que o assunto saúde, para Caxias do Sul, é preponderante, pois pelo 8º ano consecutivo alcançou o maior IDESE (Índice de Desenvolvimento Sócio Econômico) do Estado do Rio Grande do Sul, dentre todos os 496 municípios, segundo dados da Fundação de Economia e Estatística (FEE), por isso o presente estudo inscreve-se no rol de esforços intelectuais empreendidos com vistas a desvendar as peculiaridades assumidas neste processo.

2. POLÍTICAS PÚBLICAS E TERRITORIALIDADE

Com relação às políticas públicas relativas ao Sistema Único de Saúde (SUS) e sua abrangência num território maior que o município, cabe destacar que, com a promulgação da Carta Magna de 1988, algumas leis específicas foram preponderantes para o encaminhamento desse processo.

Tomando-se como base os resultados de um projeto governamental (Projeto Saúde 2004), que teve por objetivo incentivar uma nova forma de interlocução entre governo e sociedade na produção de políticas públicas, é possível identificar três questões essenciais para a ação governamental na efetivação deste fundamental direito. A saber: a integridade e a dignidade como fundamentos para a organização e regulação das intervenções públicas; o reconhecimento e o respeito à diferença como condição para a realização do direito à saúde; e a territorialização dos problemas e das políticas na produção de respostas às novas realidades (RIBEIRO, 2007).

No entendimento de Ribeiro (2007, p. 153) seria “lícito afirmar que a diversidade que emerge de diferentes olhares sobre o território regional contribui para uma melhor aproximação à realidade e para a identificação de alternativas”. Isto porque uma série de especificidades emerge quando da vinculação dos problemas ao território. Segundo a autora, neste sentido, quando interlocutores de diferentes segmentos sociais, agrupados por região de origem, são instados a eleger os problemas prioritários relacionados à saúde em suas respectivas regiões, percebe-se:

- i) a existência de diferenças quanto aos problemas priorizados;
- ii) particularidades nas expressões regionais de problemas comuns que se generalizam no território nacional;
- iii) diferentes determinantes para problemas que se manifestam de forma semelhante; e
- iv) distintos perfil e amplitude das ações propostas para enfrentá-los.

Desse modo, os diferentes diagnósticos, obtidos de forma regionalizada, conduzem igualmente a diferentes perfis no que diz respeito às ações propostas para a resolução dos problemas particulares a cada região analisada.

Torres e Marques (2004) defendem o argumento de que, tanto o desenho quanto as estratégias de implementação de políticas sociais, devem levar em consideração os territórios concretos nos quais residem as populações às quais as referidas políticas se destinam.

Para os autores, a incorporação da dimensão territorial tende a aumentar a eficiência das políticas públicas, principalmente no que diz respeito ao direcionamento mais adequado de recursos, bem como por auxiliar o combate dos efeitos sociais negativos que podem estar associados a localidades com altas concentrações de famílias pobres. Também defendem que quanto maior o grau de “desagregação territorial das unidades, maior a probabilidade de direcionar recursos de forma adequada para os grupos efetivamente necessitados” (TORRES; MARQUES, 2004)

2.1 Evolução Histórica Recente da Área da Saúde no Brasil

A Constituição Federal e, posteriormente, as leis 8.080 e 8.142/90 afirmam que a saúde é um direito de todos e um dever do Estado. Essa tese aponta para três diretrizes básicas: a descentralização, o atendimento integral e a participação da comunidade. Este modelo, conforme Yunes (1999, p. 67), “se estatuiu de forma a não ser visto separadamente, mas associado às políticas públicas (...)”. É devido a isso que, a descentralização da saúde, enquanto política pública nacional, através do SUS, foi suscetível a críticas pontuais em virtude de sua complexidade e amplitude. Para Yunes (1999, p. 67):

[...] a descentralização é um regime democrático e suprapartidário de redistribuição de poder e de recursos; de redefinição do papel dos gestores públicos (e de suas responsabilidades financeiras); de estabelecimento de relações consensuais entre os diferentes níveis de governo; e de reorganização institucional.

Assim, a rede de saúde, caracterizada pela gestão descentralizada e pelo atendimento integral, é formada por todos os hospitais públicos e universitários, além dos privados que mantêm convênio com o governo através do SUS.

O movimento de descentralização, ora em estudo, iniciou nas primeiras décadas de 1900, quando a saúde pública foi foco de atenção dos governos e as

políticas sociais mostravam grande preocupação com a melhoria do padrão sanitário das cidades.

Segundo Lima et al. (2005), a Lei n. 378, de 13 de janeiro de 1937, instituiu as Conferências Nacionais de Saúde – CNS – e de Educação, destinadas a facilitar ao Governo Federal o conhecimento das atividades concernentes à saúde, realizadas em todo o país, e orientá-lo na execução dos serviços locais de educação e de saúde, bem como na concessão do auxílio e da subvenção federais.

Com a urbanização, a ampliação da divisão do trabalho e a criação de todo o arcabouço jurídico-trabalhista, a saúde pública passou a atender principalmente as categorias profissionais reconhecidas por lei. Essa característica corporativa da atenção à saúde no Brasil ficou restrita somente aos trabalhadores do mercado formal até os anos 60, quando começaram a surgir críticas ao modelo da saúde pública nacional, até então fortemente centralizado na ação do governo central e, em alguns casos, nos serviços estaduais, fazendo com que houvesse a necessidade de uma nova redistribuição das responsabilidades entre a União, os Estados e os Municípios.

2.2 Transformações das Políticas de saúde no Brasil contemporâneo

A partir da década de 1960, as mudanças políticas e sociais no país - da democracia para a ditadura e para a democracia novamente em 1985 - foram produzindo mudanças sensíveis nas políticas públicas na área da saúde, destacando-se uma crescente incorporação de categorias profissionais, principalmente urbanas, estendendo-se posteriormente também para o setor rural, significando maior inclusão da população em geral.

A primeira proposta de Política Nacional de Saúde foi debatida na III Conferência Nacional de Saúde (CNS) em 1963. Segundo Lima et al. (2005, p. 27), nessa Conferência, essa questão estava na ordem do dia, sendo que suas resoluções apontavam para uma diretriz de municipalização dos serviços. Os mesmos autores afirmam (LIMA et al., p. 27) que o movimento a favor da desconcentração, da horizontalidade e da integração entre as ações de saúde, do aumento de serviços e a articulação com as reformas sociais ocorreu 90 dias após o golpe militar de 31 de março de 1964.

Quase ao mesmo tempo, a Organização Mundial da Saúde - OMS - recomendava para os países, em especial aos da América Latina, a respeito da organização das intervenções no campo da saúde. Entre elas se destaca a Conferência Internacional sobre Cuidados Primários em Saúde, realizada em Alma-Ata, em 1978, desenvolvida em parceria com o Fundo das Nações Unidas para a Infância – UNICEF -, orientando para reformulações dos sistemas nacionais de saúde, com a meta: “Saúde para todos no ano 2000” (OMS-UNICEF, 1979). Para atingir essa meta, foi aprovada pelo Conselho Deliberativo da Organização Pan-Americana da Saúde – OPAS - a hierarquização da atenção à saúde (primária, secundária e terciária), especialmente a primária, como estratégia principal para a organização dos serviços no sistema de saúde.

No Brasil, ao longo dos anos 80, ocorreram fenômenos bastante significativos, como as reformas das instituições políticas, entre as quais se destacam as eleições diretas em todos os níveis de governo a partir de 1982 e as deliberações da Constituição Federal de 1988, em que se recuperam as bases federativas do Estado brasileiro, as quais ficaram adormecidas durante a ditadura militar. Destaca-se, nesse período, uma das medidas da OPAS, para favorecer o desenvolvimento de atenção à saúde, observar a hierarquização primária e agilizar os processos de transformação dos sistemas nacionais de saúde, a recomendação de organização de Sistemas Locais de Saúde – SILOS -, considerados, no que se refere à estruturação e administração dos recursos disponíveis, como “a descentralização e a desconcentração do Estado em geral e da saúde em particular”, de acordo com OPAS (1989, p. 18). Nesse sentido:

[...] a descentralização é um processo que deve ser levado a cabo por etapas, de acordo com estratégias especialmente formuladas e reajustadas permanentemente, e com elementos específicos e bem definidos, segundo uma programação devidamente detalhada. Assim, por exemplo, não basta definir bem o elemento que se transfere, é preciso adequá-lo à realidade e às possibilidades próprias do âmbito descentralizado, à convivência do uso de novas tecnologias e à necessidade de sustentação política para tornar visíveis os benefícios da descentralização (OPAS, 1989, p. 19).

Torna-se pertinente esclarecer que, até o final da década de oitenta, existiam dois ministérios responsáveis pela saúde no Brasil: o Ministério da Previdência e Assistência Social (MPAS), através do Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social (INAMPS), e o Ministério da Saúde (MS), através de vários órgãos e fundações. As Secretarias Estaduais de Saúde (SES) realizavam, até então, atividades preventivas nas unidades ou nos postos de saúde. Para Pinheiro

(1995), no início dos anos 80, evidenciou-se o esgotamento do modelo de desenvolvimento econômico brasileiro dominante, tendo por resultado a recessão, o desemprego e a população vivendo em condições de desigualdade, injustiça e exclusão.

No campo social, a situação denotava sinais de crise, que mobilizou vários segmentos da sociedade, os quais reivindicavam novas políticas sociais. Em 1980, ocorreu em Brasília-DF, a VII Conferência Nacional de Saúde; e, em 1982, a partir das eleições, as políticas públicas ganharam maior expressão, tornando-se um catalisador de propostas modernizantes e democratizantes, principalmente as relacionadas à saúde. No entanto, foi a VIII Conferência Nacional de Saúde (CNS), realizada dois anos antes da promulgação da Constituição Federal de 1988, que definiu os princípios e linhas de atuação do projeto de Reforma Sanitária, para orientar a proposta do movimento sanitário no processo constituinte de 1988, porém com uma acentuada centralidade da análise nas categorias do materialismo histórico. Segundo os anais da VIII CNS, nessa época, na saúde imperava uma política privatizante e ineficaz devido ao processo de massificação de atenção médica, através da compra, pelo Estado, dos serviços médicos.

Conforme Bordin (1999; 2002), a realização da VIII Conferência Nacional de Saúde (CNS), ocorrida em Brasília-DF, em 1986, e as propostas dela emanadas foi o divisor de águas, na história das políticas nacionais de saúde, pois a redação dos dispositivos referentes à saúde, na Constituição de 1988, incorporou todas as diretrizes emanadas da VIII CNS.

Mas é mister se destacar duas propostas importantes executadas pelo governo daquela época. Uma delas foi a implementação das Ações Integradas de Saúde (AIS), após 1985, iniciando o processo de descentralização e a unificação do sistema de saúde. Essa proposta é considerada por Silva (2000) como a primeira experiência brasileira com a participação da comunidade de forma institucionalizada. A outra foi o Programa de Desenvolvimento do Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS) a partir de 1987.

Nesse momento é que o SUDS criou o suporte legal para que ocorresse a transferência de recursos financeiros, humanos e patrimoniais aos estados e municípios, estabelecendo a base material para o comando único e descentralizado na área assistencial.

Cabe lembrar que o financiamento público federal da política de saúde sofre constrangimentos face às políticas econômicas adotadas no país, e que “o comportamento responsável dos governos, sejam eles locais ou nacionais, depende, não exclusivamente, mas em grande medida dos incentivos a que estão sujeitos” (ARRETCHE, 2003, p. 334).

O conteúdo do artigo 6º, reforçado pelo art. 196 e 198 da Constituição Federal Brasileira, reproduz as orientações estabelecidas pela VIII CNS:

“Artigo 6º - São direitos sociais a educação, a saúde, o trabalho, o lazer, a segurança, [...]” e

Artigo 196 da Carta Magna:

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

Artigo 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: descentralização, com direção única em cada esfera de governo; atendimento integral, com prioridade para atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais; participação da comunidade.

Pode-se inferir que, após a promulgação da Constituição de 1988, a política brasileira de saúde sofreu uma mudança profunda, importante e necessária, direcionando positivamente para que os gestores municipais buscassem, segundo Yunes (1999, p.66):

Se habilitar para uma das duas condições de gestão preconizadas – a Plena da Atenção Básica de Saúde e a Plena do Sistema Municipal de Saúde. A grande novidade, introduzida pela portaria 1882, foi a de possibilitar a descentralização, com incentivos a atividades como a de vigilância sanitária e a de carências nutricionais, assim como o estímulo ao Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) e ao Programa de Saúde da Família (PSF).

A partir dessa época, principalmente após os anos 90, segundo afirma Ribeiro e Costa (2000, p. 3), a organização da atenção à saúde no Brasil experimentou, ao longo da década de 90, um processo acelerado de inovações que acompanharam a descentralização promovida pelo SUS nesse período.

Nesse contexto desafiador, encontrava-se o processo de implementação municipal de saúde no âmbito nacional, após aproximadamente duas décadas. O adequado entendimento dessa gestão descentralizada possui pontos a esclarecer, pois, embora prevista em lei, existem apenas experiências localizadas e parciais

desse tipo de gestão e, ainda que ela represente o centro do processo de reforma e o texto legal afirme que “os níveis de saúde da população expressam a organização social e econômica do País” (Lei Federal nº. 8.080/90, art. 3º), muito há a fazer.

No Brasil, o financiamento público federal da saúde tem se caracterizado por acompanhar a situação econômica do País e as conseqüentes alterações nas políticas sociais por ela geradas.

Por outro lado, cabe destacar que de acordo com Arretche (2001, p. 7):

Federalismo é uma designação genérica que mascara uma variedade de arranjos institucionais que criam riscos e oportunidades distintas para as capacidades de governo. Governos provinciais e federais podem ter autoridade para intervir em uma área de política sem permissão do outro nível de governo.

A partir da década de 90, começou a implementação de um extensivo programa de descentralização, principalmente de políticas sociais na área da saúde. Porém, não se pode considerar federalismo e descentralização como sinônimos. Federalismo, para Souto Maior (1998), é um regime de Estado que reúne ou desmembra Estados, dessa forma tentando manter uma unidade diante das diversidades regionais existentes no território sobre o qual esse Estado busca manter sua soberania. Alguns aspectos podem ser identificadores do regime federal como, por exemplo, na federação existe um único estado soberano, denominado União.

Os demais possuem autonomia sobre determinados assuntos que muitas vezes se desdobram em tensões e enfrentamentos com a União, gerando, por sua vez, conseqüências importantes sobre a dinâmica do jogo político e das condições de governabilidade, mas jamais numa total independência. A existência de diversidades regionais constitui fator de busca de autonomia e, ao mesmo tempo, é a própria razão de ser do federalismo, que busca a unidade dentro das diversidades, os modos pelos quais se podem formar as federações, por concentração de estados ou descentralização do poder de um estado soberano. Assim, o que distingue estados federativos de unitários são as formas de distribuição da autoridade política dos estados nacionais.

O sistema político brasileiro deriva de diversas disputas “intra-elites políticas estaduais”, descritas por Abrucio (2002) como “ultrapresidencialismo estadual”, que se pauta na ausência de equilíbrio entre os poderes Executivo, Legislativo e Judiciário.

O mesmo autor ressalta ainda que, no plano estadual, após a eleição de 1982, os governadores exerceram poder com frágeis controles democráticos sobre suas ações, existindo um contraste no que se refere à esfera nacional e em nível estadual, pois o Congresso e o Judiciário, de certa maneira, limitam os poderes presidenciais, enquanto no estadual esses poderes são controlados pelos governadores.

Nos estados unitários, somente o governo central tem autoridade política própria, originada do voto popular direto, garantida pela concentração de autoridade política, fiscal e militar, e a autoridade dos governos locais é delegada pelo nível central. Estados federativos, como o brasileiro, têm uma forma de governo dividida verticalmente, fazendo com que diferentes níveis de governo tenham autoridade sobre a mesma população e território. Porém, o governo central e os governos locais têm, ao mesmo tempo, independência entre si e soberania. São atores políticos autônomos, com liberdade de formular e implementar políticas, conforme legislação específica.

Dessa forma, perceberam-se fortes incentivos para inovação em políticas públicas, ampliando os limites de controle e construção dos processos decisórios que conformam, neste caso específico, a agenda pública de Caxias do Sul.

No que se refere aos modelos de atenção à saúde, levando-se em conta a institucionalidade do país ao longo do século XX, a atenção à saúde no Brasil foi marcada por diferentes formatos e modos de administração. Na tendência atual, segundo Dalla Valle (2002), há um claro e bem sucedido esforço das instâncias regionais e municipais da saúde na apropriação dos instrumentos e fluxos de gestão descentralizada, os quais são previstos legalmente: Planos de Aplicação de Recursos, Planos de Saúde, Relatórios de Gestão, Sistemas de Informação e Pactos de Gestão. As estruturas de controle social têm recebido cada vez mais atenção e são progressivamente objetos de demanda para atividades de capacitação na referida área. As novidades gerenciais da política têm se multiplicado numa sucessão rápida de transformações, em muitas oportunidades, impondo dificuldades para sua implementação, devido ao alcance limitado do processo de difusão da novidade, aos prazos e níveis de exigência técnica.

Ainda conforme Dalla Valle (2002), esse fortalecimento da gestão gerou impactos passíveis de identificação no modo de funcionamento do sistema estadual de saúde e nas decorrências sobre a saúde e a qualidade de vida da população.

Também produziu efeitos visíveis sobre a organização e funcionamento da Secretaria Estadual de Saúde (SES) do Rio Grande do Sul, pois as informações de todo tipo e as estatísticas podem ser conseguidas e mapeadas com rapidez. Esses dados tratam dos controles necessários às Secretarias Municipais de Saúde (SMS), às Secretarias Estaduais de Saúde (SES) e ao Ministério da Saúde (MS), uma vez que relatam os efeitos que vêm sofrendo a população em determinados períodos.

Com frequência, ouve-se sobre as crises do SUS, porém o assunto merece cuidado na avaliação. Se de um lado alguns efeitos se evidenciam quanto aos indesejados mecanismos burocratizados da implementação e descentralização do SUS; de outro, é coerente que se veja e chame a atenção para as potencialidades do processo de municipalização, que origina efeitos não previstos, mas não necessariamente negativos, segundo Bodstein et al. (1999). Conforme Mills et al. (1990, p. 3):

Descentralização geralmente se refere a uma reforma política, concebida para reduzir a extensão da influência central e promover a autonomia local. Enquanto esta reforma raramente é focada em promover melhorias nos serviços de saúde, provoca mudanças na autoridade e, frequentemente, na responsabilidade financeira pelos serviços de saúde. Assim, a descentralização pode ter um forte impacto no desempenho dos serviços de saúde.

Assim, descentralização pode significar transferência de autoridade sobre empreendimentos públicos e de políticas oficiais para organizações relativamente autônomas; desenvolvimento de economias regionais dentro do esforço do planejamento nacional; transferência de funções administrativas; estabelecimento de unidade administrativa de tamanho menor, ou transferência de responsabilidade para grupos legislativos regionais.

As formas de descentralização propostas por Mills et al. (1990), segundo critérios predominantes, são de dois tipos: funcionais e geográficas. E, também, segundo esse autor, no campo sanitário, a descentralização pode adotar quatro formas distintas:

1. desconcentração ou descentralização;
2. devolução;
3. delegação; e
4. privatização.

Para efeitos deste estudo, somente será aprofundado o conhecimento sobre o primeiro tipo – desconcentração ou descentralização, devido à grande complexidade do tema “campo sanitário”.

Segundo Osborne e Gaebler (1992), quanto mais próximo estiver o governo de seus cidadãos maior credibilidade terá e maiores responsabilidades terão seus representantes, que, por conseguinte, elaborarão soluções mais adaptáveis à realidade. Segundo esses autores, o governo pertence à comunidade, e o sistema democrático tem por pressuposto tornar a população proprietária do governo. Nesse contexto, a descentralização modifica profundamente a estrutura de poder, pois passa a distribuí-lo; enquanto que a desconcentração não interfere no poder centralizado, pois distribui somente competências, segundo Lobo (apud MILLS et al., 1999). Por outro lado, Ferreira et al. (2005, p. 3), defende que:

[...] a descentralização dá ao gestor municipal maior autonomia e flexibilidade nas ações, podendo o mesmo utilizar os recursos públicos conforme as necessidades ou demandas da população. Esse processo possibilita inúmeros desenhos de organização, conforme os interesses e os arranjos políticos negociados em cada contexto local.

E afirma ainda que “os municípios assumem compromissos com os sistemas de saúde, de acordo com a modalidade de gestão a que se propõem.” Cada município, ou melhor, cada gestão, determina de que forma e quais ações serão utilizadas no desenvolvimento de políticas públicas e com a gestão da saúde não é diferente.

A transferência da gestão da saúde ao município passou por uma transposição cultural na forma de administrar e na lógica de funcionamento do aparelho do Estado. É um processo social de modificação do modelo assistencial, o qual envolve determinações ideológicas e técnicas na transformação das práticas sanitárias, conforme argumenta Assis (1998).

Portanto, o município não deve ser apenas repassador ou signatário de convênios, não deve ser uma unidade administrativa terminal esvaziada; mas uma unidade político-administrativa que assume um projeto global político, econômico e social com influência decisória nos determinantes das políticas a serem implantadas localmente.

No caso de Caxias do Sul, o Plano de Municipalização da Saúde começou por volta de 1987 e foi até 1992, quatro anos após a promulgação da última Carta Magna, que ocorreu em 1988. E conforme Escorel, Nascimento e Edler (2005),

vários fatores foram preponderantes no sucesso vagaroso desse processo: a lentidão relativa do governo federal e a nova filosofia de como administrar a saúde da população.

É relevante salientar que a participação nas decisões, como forma de redirecionamento das políticas para o atendimento das necessidades da população, ou como instrumento de lutas pela ampliação do acesso aos meios de saúde, tornou-se cada vez mais valorizada em detrimento da inclusão social nas escolhas das ações.

Conforme Arretche (2003, p. 331), a democratização do processo de decisão, a eficiência na gestão das políticas públicas, o controle social e a qualidade da informação entre os *policy makers*³, os que provêm e os que se beneficiam desse procedimento, estão no topo da lista dos resultados virtuosos da descentralização; em oposição aos vícios e problemas gerados pelas estruturas centralizadas, instituídas ao longo do século XX.

Segundo Rietra (1999), o período de descentralização foi de aprendizado, de arranjo de forças sociais, às vezes opostas à política e à ideologia; de luta pela superação do modelo médico assistencial-privatista até então hegemônico, bem como de mobilização e de envolvimento da população nas decisões, buscando incluí-la, aproximá-la e vinculá-la ao seu Estado.

Essa relação se traduz em uma relação de cidadania, isto é, no reconhecimento de uma igualdade humana básica e no estabelecimento de um conjunto de direitos e deveres que vincula o cidadão ao seu Estado conforme Marshall (1987). Enfocando classe social, Marshall (1987) a considera um sistema de desigualdades, que oferece o incentivo ao esforço e determina a distribuição de poder.

A descentralização implica também a redistribuição dos espaços de poder e dos meios de executá-la. Por vezes, a realidade municipal não retrata a possibilidade de democratização do exercício político, segundo Figueiredo et al. (1998), o que não aconteceu em Caxias do sul, reforçando a sua singularidade nesse processo.

Observe-se, na figura abaixo, como estava o panorama político-partidário em níveis federal, estadual e municipal no período em estudo, no qual se pode constatar

³ *Policy makers* – responsáveis pela definição das políticas públicas.

a diversidade político-partidária, em que se encontravam os agentes políticos envolvidos no processo.

Período Estudado					
1997	1998	1999	2000	2001	2002
Presidência da República					
Fernando Henrique Cardoso (PSDB)					
Governo do Estado do Rio Grande do Sul					
Britto (PMDB)		Olívio Dutra (PT)			
Prefeitura Municipal de Caxias do Sul					
Gilberto Spier Vargas – Pepe Vargas (PT)					

Figura 2 – Comparativo dos governos em estudo

Fonte: Elaboração do autor.

Uma das características do SUS é a estrutura descentralizada, que atende, com alguma coerência, os princípios gerados pelo movimento da reforma sanitária e as teses apresentadas na VIII Conferência Nacional de Saúde; esta preconiza que a política de saúde deva ser universal, equânime e integral em suas ações. Ferreira et al. (2004) ressalta o caráter inercial com que as políticas renovadas se defrontam, apresentando dificuldades em sua implementação.

Quanto à inércia, essa é uma característica das políticas públicas, cuja trajetória constrói culturas, hábitos, procedimentos, criando um ambiente pouco favorável a mudanças substantivas. A bibliografia internacional atribui a essa característica o nome de *path-dependency*, ou seja, uma trajetória de dependência que sedimenta e consolida muitas propriedades ao longo de sua história, conformando uma cultura própria difícil de ser removida pela ação reformista.

Conforme argumentos defendidos pelos diversos autores que embasam o estudo teórico deste trabalho, percebeu-se que o processo de descentralização da saúde em Caxias do Sul foi desenhado a partir de particularidades culturais, político-ideológicas e sociais inerentes ao seu contexto, os quais, de uma forma ou de outra, sintetizaram os princípios de universalidade, equanimidade e integralidade, previstos na legislação, a partir de novos arranjos sociais e redistribuição de espaços de

poder, que por meio da flexibilidade das ações construiu uma maior credibilidade de gestão.

O processo de municipalização da saúde gerou um modelo de gestão que implicou uma comunicação direta entre as instâncias federal e municipal, com o objetivo de buscar uma maior eficiência na aplicação dos recursos financeiros, através do conhecimento e do diagnóstico mais apurado das necessidades locais⁴.

Destaca-se que a descentralização na área da saúde vinha sendo discutida há um longo período, no entanto com tentativas mais intensificadas de implementação desde a década de 80 com as Ações Integradas de Saúde – AIS em 1983; tendo grande impulso em 1985, envolvendo, além do Ministério da Previdência e Assistência Social – MPAS-, Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde e os Ministérios da Educação e da Saúde. Teve grande avanço com as articulações e conquistas na VIII Conferência Nacional de Saúde em 1986; com o Decreto Presidencial que criou o Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS) em junho de 1987 e a inclusão de conteúdos desta Conferência na Constituição Federal de 1988.

Na Constituição de 1988, afirma-se a importância de promover a saúde como direito de cidadania, cabendo ao Estado a obrigação de provê-la a todos os cidadãos: “saúde direito de todos e dever do Estado”, efetivando-se através de assistência médico-sanitária integral e de caráter universal, com acesso igualitário dos usuários aos serviços, sendo estes hierarquizados e a sua gestão descentralizada com participação da população. Firmam-se os princípios norteadores do SUS: universalidade, integralidade, descentralização e participação.

Quanto à manutenção financeira, o sistema de saúde deveria ser financiado com recursos transferidos da União para estados e municípios, e os serviços de assistência privada deveriam ser prestados de forma complementar e subordinados às estratégias globais da política setorial.

⁴ Tal curto-circuito, com deslocamento importante do antigo papel de formulador, gestor e executor – das secretarias estaduais, - revela o esvaziamento de conteúdo percebido por esta instância no novo momento histórico. A nova identidade – necessária – de intermediação, coordenação e de definição das pautas estaduais não foram suficientes para preencher o vazio da retirada do nível estadual, de algumas funções executivas consideradas mais nobres.

2.3 Caracterização da Região em Estudo

O Estado do Rio Grande do Sul, situado na região Sul do Brasil, possui uma área territorial de 282.674 km². É constituído por 497 municípios; destes, 30 foram criados em 2001. Em sua maioria podem ser considerados como municípios pequenos. Em 2001, 45,7% destes tinham uma população abaixo de cinco mil habitantes e 68% abaixo de dez mil, conforme dados fornecidos pela Secretaria da Saúde – RS (2005).

Tendo em vista que o foco desta pesquisa é a formação da agenda pública e a implantação da Gestão Plena da Saúde no Município de Caxias do Sul, é necessário destacar alguns itens sobre esta cidade, que está localizada na extremidade leste da encosta superior do nordeste do Estado do Rio Grande do Sul, no Sul do Brasil.

Se, em 1999, o Rio Grande do Sul estava iniciando seus trabalhos acerca da implementação das diretrizes impostas pelo SUS, Caxias do Sul dois anos antes já demonstrava condições e vontade política de instalar a Gestão Plena dos serviços de saúde e também de estender aos demais municípios envolvidos no processo regional de saúde.

A cidade de Caxias do Sul dista 125km da capital do Estado, Porto Alegre, e fica entre vales e montanhas da Serra Gaúcha, guardando em suas raízes as tradições e costumes legados pelos imigrantes, em sua maioria, italianos. Com uma paisagem tipicamente européia, é hoje um dos maiores centros econômicos e industriais do sul do país.

Segundo dados da FEE (2006), – Fundação de Economia e Estatística – Órgão ligado ao Governo do Estado do RS, através da Secretaria do Planejamento e Gestão, a cidade em estudo

[...] permanece, pelo sétimo ano consecutivo, o de mais alto Idese, além de ser o único que, nesses sete anos, apresenta os índices dos quatro blocos do Idese acima de 0,800, ou seja, é o único que possui alto desenvolvimento nas quatro dimensões do Idese. Em 2006, o Idese desse município decresceu 0,22%, caindo de 0,842 para 0,840. Essa queda não foi suficiente, contudo, para que Porto Alegre o substituísse no topo da lista dos 10 municípios de mais alto Idese do Estado.

Cabe destacar essa informação, pois esse índice relaciona-se diretamente ao motivo desse estudo, que é a saúde.

Possui umas das mais diversificadas economias do Estado. Cabe destacar as principais: metal-mecânica, de transporte, materiais elétricos, plásticos (polímeros), móveis e madeira, têxtil e vestuário, entre outros tantos.

O Município contempla a inovação como característica para seu empreendedorismo nato, ocupando e solidificando por vezes nomes e marcas reconhecidas regional, nacional e internacionalmente, além de destacar-se também nos setores metalúrgico, plástico e alimentício. A cidade conta com total infraestrutura e um moderno complexo de recepções e informações turísticas, principalmente o turismo de negócios.

No que se refere à exportação de produtos, Caxias do Sul, pela sua diversificada matriz produtiva, tem na exportação um importante fator de desenvolvimento. A cidade possui uma boa cultura exportadora fortalecida pelo dinamismo do *Trade Point*, por uma ampla rede de empresas prestadoras de serviço voltados à exportação, pelos eventos de capacitação e feiras técnicas setoriais realizadas na cidade, pela existência da Estação Aduaneira, pelos cursos universitários de Comércio Exterior, entre outros fatores. A cidade exporta aproximadamente 21% de tudo o que produz. O Porto Seco (Estação Aduaneira Interior – EADI) está operando em Caxias do Sul desde janeiro de 2000, oportunizando para as empresas as vantagens e as facilidades de ter uma alfândega tão próxima de suas instalações. A EADI é um terminal privativo e de uso público, com uma proposta de maior agilidade de desembaraço aduaneiro de mercadorias oriundas e destinadas ao exterior.

O *Trade Point* Caxias do Sul é uma rede internacional de negócios criada pela União das Nações Unidas para o Comércio e Desenvolvimento (UNCTAD). O objetivo principal do *Trade Point* é inserir as pequenas e médias empresas no mercado internacional, através da difusão de uma cultura exportadora, propiciando o incremento das exportações, disponibilizando serviços de orientação, pesquisas, eventos, divulgação de ofertas e demandas do Banco de Dados Internacionais operado pela Federação Mundial de *Trades Points*. Atualmente estão cadastradas no *Trade Point* de Caxias do Sul 126 empresas da cidade e região, onde 55 destas já receberam pesquisas comerciais e ou potenciais oportunidades de negócio.

Com uma forte vocação empreendedora e predominantemente industrial a cidade de Caxias do Sul concentra aproximadamente 8% do total das indústrias do Estado do Rio Grande do Sul. Neste contexto destaca-se o segmento metal

mecânico com uma importante participação nas diferentes variáveis macroeconômicas (PIB, emprego e número de estabelecimentos). Classificada como o 2º Pólo Metal Mecânico do Brasil, com destaque para o subsetor automotivo, observa-se o elevado grau de competitividade do segmento baseado, fundamentalmente, no potencial inovador, tecnológico e pela interação das empresas que compõem a cadeia produtiva.

Com relação ao setor de moda, em 1º de julho de 2003, os sindicatos da área, entidades de classe e de apoio a micro e pequenas empresas, instituições de ensino, juntamente com o Poder Público Municipal e Estadual firmaram um Protocolo de Intenções em que demonstraram seu interesse em estabelecer ações articuladas para constituição do Pólo de Moda da Serra Gaúcha. Tem como objetivo principal a promoção do desenvolvimento do setor da moda, criando e consolidando um diferencial competitivo, que através da inovação e da produção, seja referência em conceito amplo de moda.

O Pólo de Modernização (Inovação) Tecnológica da Região da Serra foi criado em 1993 pelo Governo do Estado do Rio Grande do Sul e aprovado pelo Conselho Regional de Desenvolvimento da Serra (COREDE-Serra) com o objetivo de reconversão dos processos produtivos, ou seja, a modernização tecnológica da Serra.

A Missão do Pólo é “desenvolver pesquisas, transferir tecnologia e qualificar recursos humanos para diferentes programas, além de prestação de serviços técnicos”. Institucionalizado pela Secretaria da Ciência e Tecnologia, o Pólo é uma grande parceria regional entre o poder público Estadual e Municipal e o setor produtivo, sendo a UCS a gestora.

O Pólo de Informática de Caxias do Sul, criado em 17 de outubro de 2002, é a reunião de empresas dos diversos segmentos do setor de informática localizadas no Município, órgãos do governo, entidades de ensino superior e entidades de classe, para a discussão, elaboração e implementação de ações conjuntas para o desenvolvimento do setor. O Pólo consiste num processo aberto de troca de informações e de estímulo a realização de alianças estratégicas entre as empresas do setor e entre estas e as organizações de fomento, para a realização de projetos específicos, onde cada parceiro agrega suas competências para o alcance de objetivos comuns. Atualmente, participam 11 instituições e 62 empresas de informática.

A incubadora empresarial para micro e pequenas empresas de Caxias do Sul foi constituída através de uma parceria entre o Governo do Estado e o Município de Caxias do Sul. A incubadora tem como objetivo a inclusão e apoio ao desenvolvimento empresarial que disponibiliza diversas ferramentas para a gestão dos empreendimentos incubados, propiciando capacitação às empresas nascentes e/ou emergentes. Busca reduzir os índices de mortalidade durante os primeiros anos de vida das empresas.

A sociedade Incubadora Tecnológica (ITEC) foi fundada em 1998. É mantida por uma parceria entre a Prefeitura Municipal, a Fundação Universidade Caxias do Sul (UCS), a Câmara de Indústria, Comércio e Serviços (CICS) e o Sindicato das Indústrias Metalúrgicas, Mecânicas e de Material Elétrico (SIMECS). Atualmente, existem nove empresas em processo de incubação. O objetivo da ITEC de Caxias do Sul é o de apoiar a formação e consolidação de micro e pequenas empresas tecnologicamente inovadoras, promovendo o desenvolvimento local, aumentando a renda e criando novas perspectivas de postos de trabalho.

Em 1998 foi criado o ETT (Escritório de Transferência de Tecnologia), que possui como objetivo geral a promoção e intermediação de negociações entre UCS e comunidade nas ações de transferência do conhecimento. O ETT possui as seguintes áreas de atuação: Gestão de projetos tecnológicos; Gestão de projetos Universidade-Empresa; Serviços de Consultoria Tecnológica; Gestão da Propriedade Intelectual.

A cidade dispõe de sólida infra-estrutura educacional, composta de uma ampla rede em todos os níveis de educação, desde a pré-escola até a pós-graduação. Considerada pelo IBGE (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística), no censo de 2000, com taxa de alfabetização de 96,6% entre pessoas residentes com 10 anos ou mais de idade.

O Município conta com a única escola especial para portadores de necessidades especiais, no caso específico para deficiência auditiva, do Estado do Rio Grande do Sul, reconhecida pelo MEC, que possui ensino fundamental (rede municipal) e médio (rede estadual). Caxias do Sul conta atualmente com 18 escolas técnicas que possuem cursos técnicos de formação profissional, reconhecidos pelo CEED (Conselho Estadual de Educação).

Destacam-se as seguintes instituições de ensino superior: Universidade de Caxias do Sul, Universidade Estadual do Rio Grande do Sul, Faculdade da Serra

Gaúcha, Faculdade dos Imigrantes, Faculdade Nossa Senhora de Fátima, e Faculdade de Tecnologia TECBrasil.

O atendimento aos usuários do Sistema único de Saúde (SUS) de Caxias do Sul é feita nos Hospitais Pompéia, Hospital Geral, Hospital Saúde, Clínica Paulo Guedes.

O Hospital Geral é um hospital público mantido pela União e Governo do Estado. Atende demanda exclusiva do SUS de Caxias do Sul e região. Disponibiliza 241 leitos nas áreas de clínica, pediatria, cirurgia, ginecologia e obstetrícia e psiquiatria. Atende a região nas áreas de oncologia, gestante de alto risco e DST/Aids.

Para ter acesso a este atendimento o usuário é encaminhado ao hospital pelas Unidades Básicas de Saúde do Município, pelo Pronto Atendimento 24 horas e, nos casos de emergência, direto no Pronto Socorro. As cirurgias eletivas podem ser feitas através de encaminhamento das Unidades Básicas de Saúde.

O Hospital Pompéia é um hospital filantrópico mantido pelo Pio Sodalício das Damas de Caridade para prestar serviços ao SUS através de internação hospitalar nas áreas de clínica, pediatria, cirurgias, ginecologia-obstetrícia e psiquiatria. Disponibiliza para isso 181 leitos.

O usuário é encaminhado ao hospital pelas Unidades Básicas de Saúde do Município, pelo Pronto Atendimento 24 horas e, nos casos de emergência, direto no Pronto Socorro.

O Hospital Saúde é uma instituição privada contratada para prestar serviços aos usuários do SUS nas áreas de internação clínica, cirurgia geral e reparadora de mão. Disponibiliza 12 leitos os quais são acessados pelos usuários através de encaminhamento pelas Unidades Básicas de Saúde do Município, pelo Pronto atendimento 24 horas e, nos casos de emergência, direto no Pronto Socorro. As cirurgias eletivas podem ser feitas através de encaminhamento das Unidades Básicas de Saúde (UBSs).

3. SUS: UMA POLÍTICA TERRITORIALIZADA POR EXCELÊNCIA

Em anos recentes, cada vez mais a categoria espaço vem sendo utilizada com ênfase na área da saúde, como uma abordagem preponderante para dar suporte ao conceito de risco, em virtude das inúmeras alternativas disponíveis em localizar e visualizar populações, objetos e fluxos, e de se espacializar a situação de saúde por meio da distribuição de indicadores sócio-econômicos, sanitários e ambientais que revelam as condições de vida das pessoas em seu interior (GONDIM et al., 2008).

Segundo os autores, o território é também um espaço, porém singularizado. Sempre tem limites...

[...] que podem ser político-administrativos ou de ação de um determinado grupo de atores sociais; internamente é relativamente homogêneo, com uma identidade que vai depender da história de sua construção, e o mais importante, é portador de poder – nele se exercitam e se constroem os poderes de atuação tanto do Estado, das agências e de seus cidadãos. Daí sua importância estratégica para as políticas sociais públicas na consolidação de ações para o enfrentamento de problemas e necessidade da população que o habita e o produz socialmente (GONDIM et al., 2008).

O espaço-território, além de um mero recorte político-operacional do sistema de saúde, é o *locus* onde se verifica a interação entre a população e os serviços em nível local. É caracterizado por uma população específica, vivendo em tempo e espaço singulares, com problemas e necessidades de saúde determinados, os quais para sua resolução devem ser compreendidos e visualizados espacialmente por profissionais e gestores das distintas unidades prestadoras de serviços de saúde. Esse território apresenta, portanto, muito mais que uma extensão geométrica, também um perfil demográfico, epidemiológico, administrativo, tecnológico, político, social e cultural que o caracteriza e se expressa num território em permanente construção (MENDES, 1993; BARCELLOS; ROJAS, 2004).

Já há algum tempo a Organização Mundial da Saúde (OMS) vem recomendando uma nova forma de organização relacionada às intervenções na área da saúde, orientando reformulações que tinham como meta a “saúde para todos no ano 2000” (OMS/UNICEF, 1979). Dentre as estratégias formuladas para a organização dos serviços no sistema de saúde é possível mencionar a hierarquização da atenção à saúde (primária, secundária e terciária) aprovada pelo Conselho Deliberativo da Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS).

Como uma das medidas propostas pela OPAS no sentido de favorecer o desenvolvimento da atenção primária, bem como de agilizar o processo de conversão dos sistemas nacionais de saúde, pode-se destacar a formação de Sistemas Locais de Saúde (SILOS), destinados a promover a descentralização da atenção à saúde, principalmente no que se refere à estruturação e administração dos recursos disponíveis (WEIGELT, 2006).

Estas medidas orientaram o redirecionamento da gestão do SUS em anos recentes, caracterizado como um processo de movimento pendular de descentralização/centralização, uma vez que, enquanto as Normas Operacionais Básicas (NOBs) 01/93 e 01/96 preconizam uma descentralização com foco nos municípios, as Normas Operacionais de Assistência à Saúde (NOAS) 01/2001 e 01/2002 estimulam o papel das Secretarias Estaduais da Saúde como coordenadoras da regionalização da assistência à saúde, em um movimento de re-centralização do processo (WEIGELT, 2006).

Para Arretche (2000) o processo de descentralização das políticas sociais no Brasil só pode ser efetivo na medida em que as administrações locais avaliem como positivos os ganhos a serem obtidos a partir da assunção de atribuições de gestão; ou considerem que os custos com os quais deveriam arcar poderiam ser minimizados pelas ações dos demais níveis de governo. Esse entendimento pode ser resultante de algumas condições que a própria normatização focalizou. A NOB 01/96, de certa forma, estimulou a competição entre os municípios, uma vez que estabeleceu incentivos financeiros ao aumento da produtividade e ampliação de responsabilidade sobre a produção de serviços. Já as NOAS enfatizam a participação e cooperação entre os entes federados e buscam recuperar a noção de racionalização e reconcentração de recursos, especialmente aqueles destinados aos investimentos em serviços de média e alta complexidade que devem ser realizados nos municípios considerados pólos de microrregião de saúde (TEIXEIRA, 2002).

Juntamente com a regionalização e a municipalização surge a proposta de estruturação dos Distritos Sanitários como uma estratégia para a implementação do SUS, funcionando como uma unidade operacional básica mínima do Sistema Nacional de Saúde. Essa proposição, de certa forma, recuperava as propostas teórico-metodológicas dos Sistemas Locais de Saúde — SILOS —, entendidos como um processo social e político de transformação de práticas e uma estratégia, apoiada pela OMS/OPAS, para melhoria das condições de saúde das populações

dos países em desenvolvimento, especificamente na América Latina, as quais perderam, progressivamente, sua força e visibilidade (GONDIM et al, 2008).

Outro aspecto muito importante da organização do distrito sanitário foi sua relativa flexibilidade. Poderia conformar uma região com um município pólo, onde se estabeleceriam fluxos organizados de demanda de serviços de maior complexidade desde municípios pequenos até mesmo a população de assentamentos rurais dispersos, do próprio município ou de outros vizinhos. Essa certa flexibilidade do atendimento especializado ou emergencial contemplava até a possibilidade de atenção no local de trabalho, que poderia não coincidir com o da residência. Um distrito poderia também agrupar vários bairros relativamente homogêneos internamente ao interior de uma cidade de grande porte (GONDIM et al, 2008).

Dependendo da complexidade ou da estratégia de definição das regiões, pode-se identificar nos dois instrumentos normativos (NOB/96; NOAS/2002; Pacto de Gestão, 2006) sub-regiões dentro das regiões, tais como:

- a) região de saúde - base territorial de planejamento, correspondendo a um agregado de municípios;
- b) microrregiões - sub-regiões de saúde com maior homogeneidade interna, populacional e epidemiológica que demanda ações específicas;
- c) módulo assistencial – módulo territorial com resolutividade correspondente ao 1º nível de referência da atenção à saúde, podendo ser composto por um ou mais municípios;
- d) município-sede – município do módulo assistencial habilitado na Gestão Plena do Sistema Municipal de Saúde. Oferece a totalidade dos serviços à população do município e a outras a ele adscritas;
- e) município-pólo - referência para outros municípios em qualquer nível da atenção; e,
- f) unidade territorial de qualificação na Assistência à Saúde – unidade mínima de planejamento regionalizada em cada unidade federada acima do módulo assistencial – região ou microrregião de saúde.

A questão da territorialidade reside no fato de que, segundo Médici e Silva (1993) para que a estruturação de um sistema único de saúde desse certo, teria que ampliar os níveis de responsabilidade da gestão local e regional sendo necessário, para buscar soluções, simultaneamente, rever as questões referentes à melhora da eficácia do gasto público e à ampliação do acesso aos serviços. Como exemplo, os

discursos sobre a defesa dos serviços públicos de saúde, como um direito de cidadania, materializado na Constituição Federal de 1988 e instituído no Sistema Único de Saúde (SUS), ou a defesa de disponibilização financeira de recursos públicos à iniciativa privada e competitividade do mercado, que retomam discursos que os antecedem, os orientam e os conformam.

Conforme os ditos de Orlandi (1993) os discursos vão se constituindo uns em relação aos outros, não de forma espontânea, e nos filiamos a eles como sendo produzidos por nós, forjando a sua origem. Há momentos, nos processos discursivos em que ocorre ruptura, deslocamento de sentidos, em que se instaura uma relação conflituosa com outros sentidos, surgindo diferenças e alteridade em relação aos anteriores, constituindo, assim, a sua memória.

Neste estudo, é analisado o processo de regionalização da saúde através das designações que tomam os termos saúde, saúde pública, bem como os efeitos de sentido produzidos e as formações discursivas que sustentam os discursos dos sujeitos envolvidos. A designação saúde pública pode inscrever-se na Faculdade de Direito (FD) da saúde como política, abordando-a como direito de cidadania ou em outras como as de cunho econômico-financeiro ligadas aos interesses de mercado.

Como evidenciado anteriormente, a organização e o funcionamento do SUS foi regulamentada pela Lei n. 8.080, de 19 de setembro de 1990, pela Lei Orgânica da Saúde e pela Lei Complementar n. 8.142, de 28 de dezembro de 1990, que dispõem, entre outras questões, sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde (CORDEIRO, 1991; OLIVA-AUGUSTO; COSTA, 2000, p. 201-202), chanceladas pela Constituição Federal de 1988; as Confederações Nacionais de Saúde e às ações executadas pelo governo federal chamadas de AIS (1985) e SUDS (1987), além da NOAS 2001.

O conteúdo legal da descentralização impôs medidas mais amplas de abrangência no que tange aos atendimentos e como eles devem acontecer. A partir daí amplia-se a responsabilidade dos governos na área da saúde por meio de políticas que demandam ações intersetoriais e de parcerias em escala regional. Uma forma de parceria regional desenvolveu-se no SUS, ao longo da década de 90, através dos acordos intermunicipais, conforme defendem Ribeiro e Costa (2000).

No que se refere ao tema regionalização, a III Conferência Nacional de Saúde (CNS), realizada em 1975, é apontada como início do processo no Brasil. Fadul (apud Vasconcelos, 1998, p. 69) afirma que a V Conferência Nacional de Saúde

(Ministério da Saúde, 1975) recomendava a regionalização da saúde de forma embrionária da seguinte maneira:

A regionalização de serviços hierarquizados em complexidade crescente é um processo eficaz na descentralização da prestação de serviços básicos de saúde e de racionalização do uso da capacidade instalada e recursos humanos. A regionalização é sempre válida quando não há separação das ações preventivas e curativas, sendo importante considerar os aspectos de saneamento básico e da melhoria da habitação. A adoção de um modelo de Regionalização de Serviços é fundamental na implementação do Sistema Nacional de Saúde, com a integração indispensável de todas as unidades a nível operativo, tanto públicas quanto privadas, dando ênfase ao aproveitamento da capacidade instalada do setor público.

Se por um lado a regionalização dos serviços estava sendo implantada, via normatizações, pela União, os Estados precisavam de adequações para fazer cumprir a lei.

As propostas de descentralização foram discutidas desde então, tanto do ponto de vista conceitual como das formas de operacionalização, pelo que representavam de mudanças de monta no arcabouço da política de atenção a saúde.

Para o caso do Estado gaúcho, já no âmbito do SUS, conforme afirma Ferla et al, (2001, 52-71):

[...] efetivar o SUS no Rio Grande do Sul, cumprindo a legislação, organiza e orienta a direção da SES/RS na gestão iniciada em 1999. Os setores que integram a estrutura da Secretaria mobilizaram-se em torno de cinco eixos estratégicos para a construção do SUS no Estado: descentralização da gestão, regionalização da atenção, integralidade da atenção, fortalecimento das instâncias de controle social e de pactuação intergestores e formação em saúde pública para o SUS.

Portanto percebe-se que a saúde fez parte de um programa organizado de governo para que ocorresse essa desconcentração de poder e maior abrangência no atendimento da população. No capítulo seguinte, será abordado como esses interesses fizeram parte da agenda pública e também da política dos governos para que esses objetivos fossem ou pudessem ser alcançados.

3.1 Os desafios de implementação de políticas públicas de saúde

A Norma Operacional de Assistência à Saúde (NOAS/2001) estabelece o processo de regionalização como uma importante estratégia de hierarquização dos serviços de saúde e de busca de equidade na atenção à saúde da população, assim como a garantia de acesso a todas as ações e serviços requeridos para a resolução de seus problemas de saúde, ainda otimizando os recursos disponíveis. Também busca priorizar o fortalecimento do papel das Secretarias Estaduais de Saúde, no sentido de que as mesmas assumam a coordenação da regionalização da assistência, organizando sistemas microrregionais de saúde que agreguem pequenos municípios em torno de municípios considerados pólos, em condições de assumir a Gestão Plena do Sistema Municipal e tentando, assim superar a descentralização prevista nas normas anteriores, (re)centralizando de certa forma o processo (WEIGELT, 2006).

No caso específico da 5ª. Coordenadoria Regional da Saúde, a conformação de uma rede de serviços de atenção à saúde da população local extrapola o território de um município devido às necessidades dos usuários encontrarem-se aquém das condições de seus recursos humanos, materiais, tecnológicos e orçamentários deste município. Face a esta situação é que se coloca a importância da regionalização da atenção à saúde, que deverá contar com uma articulação intermunicipal independente das formas de gestão de cada município. Tanto municípios em Gestão Plena da Atenção Básica quanto os municípios em Gestão Plena do Sistema Municipal deverão trabalhar de forma articulada, participar da Programação Pactuada e Integrada (PPI), visando garantir à população em geral acesso gratuito ao sistema. A proposta de estabelecimento de regiões e microrregiões na assistência à saúde apresentada na NOAS se fundamenta na busca de garantia de acesso a ações resolutivas para além dos limites municipais, observados sempre, obviamente, os critérios de qualidade e economia (WEIGELT, 2006).

Neste sentido, coube a Caxias do Sul a iniciativa de implementação de um consórcio regional de saúde, principalmente para que se pudesse trabalhar a média e alta complexidade. Para tanto se fazia necessária a formação de um consórcio

regional no qual cada município entrasse de acordo com seu tamanho, seu peso, e cada um com maiores responsabilidades. Os outros municípios da região, em grande medida, não defendiam esta pactuação, pois justamente mandavam para Caxias do Sul seus munícipes que necessitavam de atendimentos nestes serviços (média e alta complexidade), transferindo a responsabilidade (e os custos).

Em um primeiro momento, sobretudo de janeiro de 1997 a junho de 1998, Caxias do Sul começou a trabalhar para instituir a gestão plena da saúde, implantando as estruturas necessárias. Um dos itens da gestão plena é justamente que o município pólo precisa assumir certas responsabilidades, e dentro destas responsabilidades Caxias assumiu a liderança do processo, efetivando o pacto regional. Foi realizado um levantamento minucioso de cada um dos 48 municípios componentes da região, identificando as necessidades e as estruturas de que dispunha cada um deles, para que se pudesse estabelecer as responsabilidades de cada município no atendimento à saúde da população, de acordo com o repasse de recursos.

Caxias do Sul, juntamente com a 5ª. Coordenadoria Regional da Saúde, realizou o mapeamento, município por município, com critérios populacionais, dos serviços de que dispunham. Assim, um município desprovido de hospital, necessitava de um tipo de oferta; outro que dispusesse de hospital poderia oferecer uma determinada gama de serviços especializados, tudo muito particularizado. Como Caxias seria o município pólo, incentivou os demais municípios da região a criarem as microrregiões de saúde, cada uma atendendo de acordo com suas necessidades e disponibilidade de recursos, cabendo à Caxias justamente a gestão do sistema.

Dentro desta pactuação regional foram estabelecidos critérios e quantidades de exames e consultas dentro das diferentes especialidades para cada um deles. Assim, todos os municípios tinham clareza sobre os tipos e quantidades de atendimentos de todos os outros. Também as prestações de contas eram realizadas às claras, e os municípios sabiam quais estava de acordo com suas quantidades de utilização e quais estavam acima ou abaixo das metas estabelecidas. Inclusive os municípios podiam negociar entre si, um abrindo mão de uma quantidade ou tipo de consulta de que não necessitava em favor de outro município que dele poderia se beneficiar.

Foi principalmente a partir da gestão de Olívio Dutra no governo do Estado (em 1999), que se estabeleceu a Programação Pactuada e Integrada entre os municípios no que diz respeito a serviços de saúde. O gestor estadual também passou a adotar uma estratégia de fortalecimento do SUS e da tentativa de constituir serviços regionais de referência. Essa iniciativa do gestor estadual foi um importante impulso para o processo de regionalização e para a pactuação entre os municípios, uma vez que muitos deles, via de regra, preferem se desincumbir da prestação de alguns tipos de serviços, pois acreditam ser mais simples comprar uma ambulância para transferir pacientes do que constituir os próprios serviços (prática que alguns dos entrevistados nomeiam como “ambulâncioterapia”).

Com a pactuação e o estabelecimento das microrregiões, com Caxias do Sul como o município pólo, a assistência à saúde na região da 5ª. Coordenadoria ganhou uma nova configuração em consonância com as diretrizes das NOBs e NOAs. Neste processo desempenhou um importante papel o Poder Legislativo, representado pela Câmara de Vereadores de Caxias do Sul, no sentido de aprovar os projetos necessários para criar a estrutura indispensável para a implementação da gestão plena da saúde em Caxias do Sul, base para o estabelecimento do município como pólo e gestor do sistema regional. Neste caso, conforme evidenciado por grande parte dos entrevistados, foram deixados de lado os diferentes matizes ideológicos e partidários em prol de um melhor atendimento à saúde da população.

4. DEFINIÇÃO DA AGENDA PÚBLICA: UMA OPERAÇÃO DELICADA

A efetividade do Sistema Único de Saúde no RS, segundo a legislação, tem por premissa a organização das Secretarias Estaduais de Saúde, conforme defende Ferla et al. 2001.

A estruturação das SES/RS se deu por opção, pelo funcionamento através de eixos estratégicos e teve como principal motivação contrapor a postura tradicional, autoritária e tecnocrática dos órgãos centrais de gestão da saúde de induzir a formulação de políticas centralizadoras impostas às estruturas locais de gestão, transformadas, assim, em simples instâncias de gerenciamento de projetos centralizados. O desafio criado foi o de produzir tecnologias flexíveis, heterogêneas e capazes de apoiar e fortalecer as instâncias municipais, fortalecendo a própria função de gestão.

Os eixos estratégicos da descentralização da gestão e da regionalização da atenção têm como objetivo garantir a atenção necessária à saúde, com a qualidade demandada pelo usuário, em todo o Estado. Vêm significando a opção pela criação e pelo fortalecimento das instâncias de gestão regional e pactuação entre os gestores, ampliando a transparência e a sua permeabilidade ao controle social. Vêm significando também a inversão da cultura vertical de planejamento, de acompanhamento e de organização da atenção à saúde no Estado, mobilizando esforços para a mudança da estrutura técnica e operacional existente, sua qualificação e a emergência de um novo modo de funcionamento para o sistema de saúde, que é o próprio SUS.

O eixo estratégico da integralidade da atenção, conforme a determinação constitucional, foi criado com o objetivo de superar o modelo hegemônico médico-centrado. A mudança seria operada com a integração entre as diversas áreas de conhecimento e a proposição de ações intersetoriais visando a redução do risco de doenças e outros agravos, à promoção da qualidade de vida e ao atendimento às reais necessidades de saúde das pessoas, reduzindo a morbi-mortalidade, prolongando a expectativa de vida e construindo novos patamares de saúde coletiva.

Também significa o diálogo da racionalidade médico-hegemônica com outras racionalidades que contribuem com a qualidade da atenção à saúde dispensada aos

gaúchos e gaúchas. Ao contrário do que tradicionalmente é apresentado como “inversão de modelo”, entendida como uma simples mudança de um desenho pré-definido de atenção por outro, trata-se aqui de engendrar rupturas efetivas com o modelo hegemônico constituído, com as intensidades possíveis em cada contexto, substituindo-o pelas melhores alternativas que a gestão pode constituir em cada local.

A agenda pública pode se entendida como as bases prioritárias de um governo, assuntos relevantes a serem trabalhados durante o mandato. Com base em Soroka (2002), uma agenda pode ser medida fazendo uma lista de questões em ordem de relevância. Como as questões variam quanto à relevância entre si, uma agenda pode também ser medida vendo a importância relativa de uma questão em particular.

Empreendedores experientes em políticas públicas sabem muito bem que as manchetes do jornal de hoje podem servir para embrulhar peixe amanhã. Antecipando a teoria de definição de agenda, críticos veteranos vêem a cobertura da mídia não como um fim, mas como um meio para colocar suas reivindicações na agenda. Cobb e Ross (1997 apud DERY, 1999) caracterizam a definição da agenda como a política de selecionar assuntos para serem considerados de forma ativa. Mas depois que os assuntos atingem o status de agenda, ou seja, tornam-se parte do conjunto de itens a serem considerados de forma ativa e séria por parte das autoridades que tomam decisões, segundo Cobb e Elder (1983 apud DERY, 1999), o que acontece? Seria útil fazer uma distinção entre processos nos quais se está trabalhando antes que ganhem status de agenda e aqueles que entram em cena depois.

Uma visão ampla da definição de agenda tende a apagar o limite entre definição da agenda e delimitação de problemas: Os conflitos de agenda não dizem respeito somente às questões nas quais o governo decide agir; envolvem também interpretações diferentes sobre problemas políticos e visões de mundo alternativas que estão por trás dessas interpretações, afirmam Cobb e Ross, (1997 apud DERY, 1999). A definição de agenda, conforme Birkland (1997 apud DERY, 1999, p. 167) “é o resultado da ação de uma sociedade através de instituições políticas e sociais com o objetivo de definir os significados dos problemas e o leque de soluções aceitáveis”. Outra visão igualmente aberta sobre a definição do problema tem um efeito similar: “a definição do problema tem a ver com as questões que escolhemos identificar

como assuntos públicos e como pensamos e falamos sobre essas questões”, dizem Rochefort e Cobb (1994 apud DERY, 1999, p. 168).

Em contraposição a esses limites quase inexistentes, Weiss (1989 apud DERY, 1999, p. 170) faz uma distinção clara entre ambos:

A delimitação do problema está relacionada com a definição da agenda, mas é diferente. A delimitação do problema está relacionada com a organização de uma série de fatos, crenças e percepções - como as pessoas pensam sobre as circunstâncias. A definição da agenda se refere ao processo pelo qual alguns problemas chamam a atenção publicamente em momentos e lugares dados.

Baumgartner e Jones (1993 apud DERY, 1999, p. 170), similarmente, reconhecem que...

[...] levar um problema à agenda pública não implica em nenhuma solução especial [...] A política do empreendedor será assegurar-se que a solução que ele defende seja adotada uma vez que um problema dado surge na agenda nacional.

Apesar de que a forma em que um assunto atinge o status de agenda pode influenciar em como ela é definida subsequente como problema de políticas públicas, ela é só uma influência concebível cuja força não é questão de definição e sim de investigação empírica.

Para pesquisar a relação entre definição de agenda e delimitação de problemas, este estudo examina o movimento de protesto das barracas, que teve lugar em Israel, de junho de 1990 a janeiro de 1991. A magnitude desse movimento, sua duração e caráter reivindicatório não tinham precedentes na história dos protestos sociais em Israel. O movimento das barracas, ou melhor, a procura simultânea por soluções para a moradia em acampamentos de centenas de famílias, eclodiu em meados de junho de 1990 e atingiu seu pico aproximadamente seis semanas mais tarde, com mais de 2000 famílias acampadas em barracas em todo o país.

No início do ano letivo, em setembro de 1990 e a chegada dos feriados, quando iniciava o inverno e Saddam Hussein ameaçou com fazer ir para os ares meia Israel, o movimento mostrou sinais de evaporação gradativa. Mas, foi somente depois do primeiro ataque com o míssil *Scud* a Israel (18 de janeiro de 1991) que centenas de famílias foram persuadidas a saírem temporariamente das barracas, passando a morar em abrigos e quartos de hotel.

Mas essa história não tinha a ver com um “jogo contra a natureza”. Embora as forças externas tenham tido uma influência significativa, o governo propiciou a

evaporação e eventual fim do movimento das barracas. Essa liderança israelense negou inicialmente o acesso do problema da moradia à agenda (COBB; ROSS, 1997 apud DERY, 1999), mas teve uma vitória impressionante na fase de delimitação do problema. Conseguiu transformar, com sucesso, um grande problema social em um problema de políticas não bem definidas, tirando a questão do movimento de protesto e contribuindo para a desintegração do próprio movimento. A vantagem que o protesto teve no estágio inicial de definição de agenda, em certa medida, através da expansão da questão, esvaneceu-se assim que o objetivo de ganhar consideração séria e ativa por parte das autoridades foi atingido.

É possível explorar, com a ajuda deste estudo, a hipótese de que legitimar uma questão não é a mesma coisa que legitimar reivindicações. Na medida em que isso é verdadeiro para qualquer protesto massivo, o papel da participação democrática no desenvolvimento de políticas públicas pareceria mais restrito que o normal, devido à sua influência hipotetizada na definição da agenda. Aliás, o acesso à agenda não é a meta, senão um meio em potencial para avançar em uma causa.

Nesse caso, carece de ficar atentos à possibilidade que as variáveis que favorecem o sucesso da agenda (exemplo: expansão da questão) podem se tornar um impedimento no estágio crucial da delimitação do problema (por exemplo, uma coalizão ampla, mas difícil de mobilizar). A distinção explícita entre definição de agenda e delimitação de problemas parece fundamental para guiar melhor a observação e melhorar também a sensibilidade às forças que estão em jogo depois que as preocupações e reivindicações são reconhecidas como merecedoras de consideração por parte do governo.

O estudo da definição de agenda diz respeito à relevância ou importância relativa de um assunto na agenda de uma entidade. Mais que isso, trata-se do estudo da alta e da queda da relevância de um assunto ao longo do tempo e as relações entre as agendas das instituições ou atores. Em nível básico, a análise de definição de agenda procura desenhar ligações empíricas entre as agendas das instituições, segundo Soroka (2002, p. 15). No caso aqui estudado, refere-se à agenda do município de Caxias do Sul e sua integração com a Região Nordeste do Rio Grande do Sul no que tange à saúde. Para tanto, precisa-se saber de onde vêm as novas políticas. Existem dois conjuntos de explicações apresentadas na literatura; segundo Majone (1989, p. 148), são os modelos “tecnocrático” e “político”.

O modelo tecnocrático explica a mudança de política como resultado da mudança de preferências das pessoas que fazem as políticas, adaptando suas metas a condições novas. Aprender é parte e parcela do processo da política (ou ciclo), no qual a avaliação da política segue a implementação e precede a correção e o fim (ANDERSON, 1976; MAY; WILDAVSKY, 1978; BREWER; DE LEON, 1983). As inovações nas políticas são, de forma similar, produto de políticas evolucionistas, onde as políticas são vistas como hipóteses ou teorias e a implementação é como o teste real das teorias (BENNIS, 1966; LANDAU, 1973; MAJONE, 1989; PRESSMAN; WILDAVSKY, 1984). O modelo tecnocrático reconhece que as políticas que não agregam nada e não são contínuas, por vezes, são adotadas, mas que são exceção e não regra e são melhor tratadas pelo modelo político.

O modelo político, basicamente procurando explicar o desenvolvimento da política como resultado de mudanças na configuração de interesses dominantes, segue duas linhas principais de investigação. Uma, emprega a noção de inovação política (POLSBY, 1984 apud DERY, 1999), a outra, procura fornecer respostas focando a definição da agenda (DERY, 1999). Ambas as linhas de investigação entendem como implícito que as inovações políticas são produto do casamento entre poder e ideias (que poderiam ser estéreis).

Polsby (1984 apud DERY, 1999) mostrou como as rotinas das políticas, por exemplo, o processo orçamentário anual ou as eleições para escritório público, ou seja, especialmente esta última, pode se fazer surgir idéias de políticas. Presume-se que as pessoas procuram os órgãos públicos para introduzirem novas idéias e apresentarem soluções inovadoras e, se forem eleitos, podem usar o poder de seu órgão (escritório) para influenciar a política pública. Em segundo lugar, a hipótese do autor sobre a função da crise nas inovações políticas parece convergir com o princípio central da teoria de definição de agenda, isto é, amplo apoio público como pré-requisito para ganhar status na agenda.

Todavia, o fato de uma questão dada ganhar o status de agenda nos diz que poderia existir uma “janela para políticas”, “uma oportunidade de ação” (KINGDON, 1984 apud DERY, 1999); não revela como a questão será abordada, de novo, ou através de programas e procedimentos existentes. Parece ser então que o processo político se dá de uma maneira, quando determina se uma questão pública merece atenção do governo e, de outra, por exemplo, aumento do preço dos aluguéis quando determina como a mesma questão será conceituada e como a ação

subseqüente será legitimada. É aqui que entra a noção de delimitação do problema, já que imediatamente capta o poder de definições existentes, geralmente institucionalizadas (DERY, 1999; REICH, 1988).

Inicialmente é importante frisar que a descentralização adotada no sistema de saúde brasileiro foi a da municipalização da saúde, que requer um fortalecimento do poder local, tanto financeiro como institucional, para que os governos locais possam ter autonomia na gestão de suas políticas de saúde. Essa municipalização pode conquistar avanços na democratização da saúde, se contar com amplos espaços de participação tanto dos usuários como dos profissionais da saúde e também da população em geral nos processos decisórios das políticas e no controle social.

Para que a descentralização ocorra, é necessária a participação. A participação depende de fatores sociais, históricos e de amadurecimento político, ideológico e organizacional, os quais levam um longo período para se pronunciar. Embora prevista em vários dispositivos, a participação nem sempre se efetiva na gestão dos serviços de saúde. Verifica-se então que a implementação de um modelo de gestão descentralizada na saúde pode sofrer diversas influências e resultar numa operação intrincada, que não depende apenas de regulamentações, tecnologias gerenciais, recursos metodológicos ou vontade política. Nesse processo, estão envolvidos diversos atores sociais, representantes do poder estatal, das prefeituras e câmaras municipais, além de entidades e conselhos regionais e municipais de saúde.

Assim, em arenas decisórias, a gestão é exposta aos diferentes interesses organizados da sociedade e torna-se ainda mais difícil sua organização descentralizada, na medida em que é vista como uma espécie de “perda”, abdicação, ou “roubo” de poder do centro para entidades periféricas, do Estado federal para instâncias subnacionais, parafraseando Nogueira (1997, p. 9).

E conforme afirma Soroka (2002, p. 3), o trabalho de definição de agenda é tão variado e desigual que resulta em certas dificuldades para o leitor assimilar, ainda que parcialmente, o que existe, pois engloba um número expressivo de relações políticas.

Tomando por base que o autor acima afirma, pode-se entender que existem dificuldades entre a definição da agenda política na implementação da Gestão Plena de Saúde, sua confirmação e realidade. Isso denota a importância do seu estudo,

ampliando o conhecimento acerca da agenda pública, sua formação e governabilidade, objetos de estudo do próximo item.

4.1. Agenda Pública e Governabilidade

É importante ressaltar que a governabilidade surge mais efetiva a partir dos anos 70, enquanto instrumento analítico de diagnóstico conservador que continha três idéias-força: a de explosão de demandas, a de saturação da agenda pública (agenda *overload*), e a de proliferação de coalizões distributivas, que eram, segundo analistas, mecanismos que estavam na base da erosão crescente da capacidade governativa dos sistemas políticos dos países capitalistas avançados. A solução para isso era o fortalecimento da autoridade política e a contenção de demandas, segundo Valladares e Coelho (1995, p. 24-25).

Pensando assim, começaram a se disseminar tentativas de inclusão social junto as mais diversas esferas de comando, para sustentar as decisões políticas e dar-lhes o reforço esperado. Um desses mecanismos foi cancelado pela Constituição Federal de 1988 e chama-se descentralização, foco central desse estudo.

Descentralizar de modo participativo, de acordo com Nogueira (1997), significa mais do que simplesmente “municipalizar” ou remeter a responsabilidade pela gestão para outras instâncias de governo. Portanto, a regionalização não significa apenas distribuir espacialmente as ações e os serviços de saúde; mas também, e principalmente, organizá-los através de suportes técnico, humanos e materiais, além da suficiência de recursos; e também dar a garantia de poder decisório e ação coordenada.

Constitucionalmente reconhecida, a saúde é um direito fundamental do ser humano, cabe ao Estado garanti-la através de políticas públicas e ações efetivas em suas diferentes esferas de governo (federal, estadual, municipal), contando com a participação da sociedade. Essa atuação conjunta pode contribuir na consolidação de vínculos, confiança e reciprocidade entre as pessoas, elementos essenciais do capital social, potencializando as ações da comunidade e sendo expressa na construção de redes sociais.

No Brasil, a descentralização das políticas sociais é garantida legalmente, embora a implementação de políticas públicas de forma descentralizada e participativa venha se dando lentamente, fazendo com que a igualdade de oportunidades e a inclusão econômico-social sejam extremamente limitadas. Há um espaço amplo de manobra para que demandas e decisões públicas possam estar sintonizadas e promover uma sequência: demanda promove decisão que implica atuação consoante. As arenas políticas não funcionam com esta simplicidade e linearidade.

No mencionado caso dos protestos em Israel, o sucesso do grupo de protesto na fase de definição da agenda não influenciou o resultado do processo de realização de políticas. Enquanto o problema da moradia foi legitimado, a solicitação de uma política de habitação radicalmente diferente foi frustrada. Fazendo uma distinção entre definição de agenda e delimitação de problemas, foram obtidos resultados cruzados. Enquanto o governo parece vulnerável às reivindicações populares na fase de definição de agenda, particularmente, se elas atraem uma grande coalizão de cidadãos insatisfeitos, a próxima fase, de delimitação de problemas, simboliza a vulnerabilidade dos grupos de protesto à manipulação do governo.

Dada a complexidade do problema e as conseqüentes dificuldades para organizar e manter o protesto em massa, Olson (1965) diz que não é provável que o que mantinha inicialmente os grupos unidos fosse durar e perdurar para causar impacto depois que o governo considerou seus problemas dignos de atenção.

A participação democrática deve ser vista como uma corrida. Os manifestantes nessa corrida podem empurrar seus problemas para as mãos de um governo relutante (definição de agenda), mas, para que suas solicitações sejam atendidas, devem vencer outro tipo de batalha (delimitação de problema), para o qual geralmente os manifestantes estão mal preparados. Nesse caso, o governo israelense conseguiu desagregar a solicitação de uma nova política para moradia, delimitando o problema em termos de condições de moradia para os mais necessitados. O problema então tornou-se “propriedade” segundo Gusfield (1981) daqueles que lidam com o bem-estar das pessoas (agências municipais de bem-estar) e que não diz respeito as políticas de moradia locais ou nacionais.

Como já dito anteriormente, a Constituição Federal Brasileira de 1988 criou um sistema de seguridade social, ou seja, um conjunto de ações de iniciativa dos

Poderes Públicos e da sociedade destinado a assegurar os direitos à saúde, à previdência e à assistência social, cujos objetivos são: a) universalidade da cobertura e do atendimento; b) uniformidade e equivalência dos benefícios e serviços às populações urbanas e rurais; c) seletividade e distributividade na prestação dos benefícios e serviços; d) irredutibilidade do valor dos benefícios; e) equidade na forma de participação no custeio e diversidade da base de financiamento, conforme Rosa e Bordin (2003).

No início da década de 90, diversos dispositivos constitucionais foram regulamentados; e a previdência social pública tornou-se obrigatória para todos empregados, trabalhadores domésticos, empresários autônomos e trabalhadores rurais. Estes, a partir de 1991.

O Ministério da Saúde, através de suas Portarias, instituiu as Normas Operacionais Básicas (NOBs) e de Assistência à Saúde da população (NOAS), instrumentos que orientam a operacionalização das ações e as relações intergestores (federal, estadual e municipal), assim como as questões de financiamento (transferências diretas fundo a fundo) na saúde. Critérios considerados fundamentais para a consolidação das diretrizes do SUS (Universalidade, Integralidade e Equidade).

Ainda, no Sistema Único de Saúde, a reforma administrativa teve como enfoque a assistência médico-hospitalar, a qual se utilizou de instrumentos indutores na forma de alocação de recursos financeiros, através das seguintes estratégias: 1) intensificação da descentralização, flexibilizando os critérios de habilitação dos estados e municípios, fixando, através da NOB-1996, a definição das atribuições e clareando a quem compete o poder decisório em cada nível; 2) montagem de um sistema de Atendimento de Saúde, constituído de dois sub-sistemas: de Entrada e Controle (atenção básica) e de Referência Ambulatorial e Hospitalar (atenção especializada e hospitalar); 3) montagem de um sistema de informação que permita gerar indicadores para avaliar resultados e qualidade da atenção, desempenho dos serviços, custos e gastos, assim como para vigilância epidemiológica, segundo Almeida (1999).

Como forma de regulamentar as relações entre as três esferas de governo e orientar o estabelecimento dos convênios de municipalização, no início da década de 90, com a edição da Resolução nº 273, do Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social (INAMPS), foi instituída a Norma Operacional Básica do

SUS – NOB 01/91. Esta, porém, na sua forma de redação, vinculava diretamente os municípios à esfera federal, fator que deixava os municípios de certa maneira isolados e com uma lacuna na articulação entre as três esferas de governo, dificultando a integração, indispensável para a organização de redes regionalizadas e hierarquizadas de serviços, preconizada pelo SUS.

A NOB 01/91 instituiu um sistema de pagamento por produção, em que municípios e estados passaram a receber pela quantidade dos serviços prestados, baseado em tabelas de valores nacionais, utilizadas para pagamento de prestadores privados, resultando num modelo quantitativo, no qual é dada ênfase na quantidade e não na qualidade dos serviços realizados e resultados alcançados, transformando os sistemas estaduais e municipais de saúde em meros prestadores de serviços, cerceando suas prerrogativas de gestão nos distintos níveis de governo, de acordo com Bueno e Merhy (2003).

Assim, desrespeitando o que foi definido no artigo 35 da Lei 8.080/90 o qual apregoa que “transferência de recursos financeiros fundo a fundo (fundo nacional aos fundos estaduais e municipais) de forma regular e automática, segundo alguns critérios: 50% dos recursos por critério populacional e os outros 50% segundo perfil epidemiológico e demográfico, capacidade instalada e complexidade da rede de prestação de serviços de saúde, contrapartida financeira.”

Portanto não é muito fácil o seu funcionamento, mas fica mais bem estruturado quando se faz uma boa costura política acerca do processo a ser instalado. E essa costura pode ser também chamada de coalizão fisiológica de governo (CFG); ou de coalizão programática de governo (CPG), o próximo item a ser abordado pelo estudo.

O Quadro 2, a seguir, ilustra a dinâmica e a estratégia que o Governo Municipal de Caxias do Sul utilizou para implantar a Gestão Plena Municipal de Saúde na região compreendida pela 5ª. CRS.

Padrão Interativo	Caráter de interação	
	Programática/ de Conteúdo	Barganha Alocativa (<i>log-rolling</i>) e Fisiológica
Coalizões	Coalizão Programática de Governo (CPG)	Coalizão Fisiológica de Governo (CFG)
Negociação Pontual (NP)	Negociação Pontual s/ Conteúdos	Negociação Pontual Alocativa/Fisiológica
Oposição Rígida (OR)	Diferenças Programáticas Irredutíveis	Ausência Reiterada de Barganha Alocativa/Fisiológica

Figura 3 - Caráter de Interação entre o Executivo e o Legislativo Municipal

Fonte: Couto (1998, p. 46).

No quadro acima estão ilustradas as possibilidades de interações do Executivo e do Legislativo segundo as variáveis estratégicas e modalidades de encaminhamento das mesmas segundo seus conteúdos, frente ao sistema de regras vigente.

4.2 Coalizão Programática de Governo (CPG): Estratégia com Visão de Futuro

A escolha do tema saúde como política pública recebeu uma influência forte oriunda de movimentos sociais principalmente daqueles que, nos anos setenta e oitenta, formaram as bases da Reforma Sanitária e das Conferências Nacionais de Saúde (CNS), principalmente da 8ª CNS que entendia a saúde, como um bem de mercado. Cada agente econômico refere-se à saúde por um tipo de racionalidade, que é descrita por Merhy (1999, p. 311):

[...] para o consumidor final, a saúde é uma necessidade básica colocada em risco e cujo parâmetro de análise da qualidade do que consome é a sua satisfação como consumidor; para o prestador, a saúde é algo que lhe permite atuar como possuidor de uma 'tecnologia' que pode vender através de uma relação mercantil com os administradores; para o administrador, a saúde é a possibilidade de atuar em um mercado de compras e vendas de bens, no qual pode operar com controle de custos de produção para obter vantagens com o preço de venda; para o financiador, a saúde é a possibilidade de viabilizar o acesso ao bem desejado por sua ação como comprador inteligente e como controlador da captação financeira.

Isso influenciou a Constituição Federal Brasileira de 1988, que traduziu o sentido de saúde pública como um direito de cidadania. Pautada nessa legislação, entre os princípios do Sistema Único de Saúde, a regionalização da saúde tem como referência as idéias de descentralização do poder político, administrativo e financeiro, do Estado para os demais entes federados.

O processo de regionalização da saúde requer o envolvimento de diversos atores sociais, tanto de representantes dos usuários, como de gestores e prestadores de serviços de saúde na região. Como política de saúde que busca a equidade na assistência à saúde da população, ela exige negociações, parcerias, cooperação e pactuação entre os atores sociais envolvidos, uma vez que os interesses dos mesmos são diversos. Em seus discursos, a designação da saúde no processo de regionalização pode estar atrelada aos direitos de cidadania, como também às questões de ordem econômica, produzindo como efeito o sentido de mercadoria, seja na forma de um bem ou de instrumento de uso político. Portanto, saúde pública é uma política pública que vem se sustentando pela via dos *já-ditos* sobre saúde e que se apresenta nas práticas discursivas produzindo sentidos nem sempre provenientes de uma mesma formação discursiva.

As práticas sociais, discursivas e não discursivas, interagem e interferem-se mutuamente, incluem-se no discurso e, a partir dele, recebem suas representações. Diante disso, entende-se que ambas as dimensões da prática social (discursiva e não discursiva), propiciam tanto constrangimento quanto proteção das regras e normas sociais, assim como podem apresentar formas inusitadas e criativas, dando margem à produção de novos enunciados, num sentido que por sua vez influencia as condutas sociais e institucionais. Pode-se dizer que as práticas dos atores sociais colocam em cena, em suas diferentes formas de ação, algo que transcende as orientações e determinações da legislação na área da saúde, a saber, as formações discursivas, constituindo falas e discursos afetados por determinadas condições de produção (contexto político, econômico, cultural com seus acordos e contradições).

Embora existindo diversas concepções sobre representação, neste estudo, diferentemente do enfoque apenas linguístico, é atribuído à representação um processo simbólico de relação do sujeito com os objetos, que não se estabelece de forma exclusivamente racional nem direta, mas permeada por formações imaginárias, elementos do senso comum que, ao cristalizar-se como material

mentalmente estruturado e disponível para uso e, por isso, definidor de condutas, de algum modo imprime sua marca junto às demais condições de produção do discurso, materializando-se nele. De forma que, essa relação com os objetos não obedece a uma lógica formal, como no caso da lingüística, porém é fortemente influenciada pelo ideológico.

A representação do processo de regionalização da saúde para os sujeitos pesquisados é bastante diversa, podendo ser identificada no conteúdo dos discursos: o que se vê hoje não é regionalização, não é um interesse comum da região; existem interesses, conflitos, e isso acaba realmente tornando a implementação um processo com grande grau de incerteza.

O significado da regionalização da saúde é a melhor organização de prestação de serviço pelo SUS para os municípios, principalmente para aqueles que têm demanda de serviços e não conseguem ter resolutividade no seu município. E a regionalização é uma forma de prover esses serviços e, além do mais, racionalizar até o custo para ter acesso a esses serviços.

Segundo Santos (1997), a configuração territorial tem uma existência material própria, mas sua existência social, sua existência real, somente lhe é dada pelo fato concreto das relações sociais. Além disso, esse autor chama a atenção para a localização do poder, quando se refere às regiões do fazer e regiões do mandar:

[...]naquelas regiões onde o sistema de objetos e o sistema de ações são mais densos, aí está o centro do poder. Naquelas outras áreas onde o sistema de objetos e o sistema de ações é menos complexo e menos inteligente, aí está a sede da dependência, da incapacidade de dirigir a si mesmo (SANTOS, 1997, p. 114).

Visto por esse prisma, em que o poder é centralizado em quem tem condições e recursos, questiona-se quando a maioria dos municípios menores poderá contar com o SUS? Esse tipo de regionalização que referencia serviços e repassa recursos financeiros para os municípios que estão em melhores condições de prestar assistência aos usuários não acentua ainda mais a discriminação e também a dependência?

Esse sentido de dependência pode ser percebido nos próprios termos utilizados pelos entrevistados. A exemplo disso, a expressão “complicada”, que aparece com frequência nos textos, está presente tanto nos depoimentos com significado e justificativa obscuros, como em outras de forma evidente.

A atenção à saúde, de forma mais ampla, raras vezes aparece nas falas. A ênfase está na assistência aos doentes, que recebe um grande investimento de tempo em discussões e de recursos financeiros em torno da doença. Inclusive o consórcio, quando mencionado, na maioria das vezes apresenta uma intencionalidade de solucionar as demandas de consulta médica com especialistas, procedimentos e exames especializados (média e alta complexidade). A atenção à saúde é muito mencionada, as pessoas usam com frequência o SUS em Caxias do Sul e região por terem a oportunidade de usufruir destas ações.

Na concepção de alguns gestores, as atribuições do Estado, neste processo de implementação da política, são de coordenar, fiscalizar e avaliar, assim como o poder é a ele atribuído para tal. E, para os demais atores sociais terem sucesso neste jogo de cobranças e exigências, faz-se necessário alguém com visão sobre a política e amparado pelos representantes do controle social.

A maioria dos gestores considera a regionalização como algo importante para a maioria das regiões, porém vêem, além da lentidão no processo, o acarretamento de prejuízos em decorrência de dificuldades na interação entre os diferentes entes federados, principalmente estado e municípios.

Apesar das mudanças no cenário institucional e das oscilações na correlação de forças favoráveis ou desfavoráveis à implementação de políticas coerentes com a construção do Sistema Único de Saúde (SUS), ocorreu uma “ampla descentralização dos recursos e das responsabilidades de gestão sobre os serviços, configurando-se, hoje, o gestor municipal como o principal responsável pela implementação das propostas de mudança do modelo de atenção à saúde” (TEIXEIRA; SOLLA, 2005), uma vez que, a totalidade da rede de atenção básica encontra-se sob gestão municipal.

Esse maior aporte de recursos financeiros e responsabilidades com a saúde de seus municípios parece que ainda não se apresenta, para alguns gestores, principalmente aqueles que continuam com a atenção centrada na assistência curativa, nos encaminhamentos para diagnóstico e tratamento das doenças. Investimentos na rede básica não são colocados como prioridade pelos gestores.

A ideia de regionalização aparece como referência para o fluxo, encaminhamentos e resolutividade das necessidades de atendimento à média complexidade (consultas, exames e procedimentos com profissionais especialistas,

principalmente médicos), encontrando na alta complexidade maior visibilidade dessa efetivação da regionalização da saúde.

No caso do município pólo, em estudo, que não tinha maioria legislativa governista, cabe destacar a coalizão fisiológica de governo (CFG) em voga até então, em que:

Os parlamentares abstêm-se de utilizar sistematicamente seus poderes de veto, obstrução e controle; o governo, por seu lado, distribui cargos na administração e nas estatais a pessoas indicadas pelos partidos coligados (ANDRADE, 1998, p.19).

Em contrapartida, como se procurará demonstrar, a partir de 1997, se passa a buscar outra alternativa de interação entre o Executivo e o Legislativo que, segundo Couto (1998), é a coalizão programática de governo (CPG). Nessa forma de relação o importante é a negociação a partir de um programa de governo entre o Executivo e os partidos que compõem a aliança governista. De acordo com Couto (1998, p. 47), “no caso da CPG, a formação de uma bancada de sustentação do Executivo no Parlamento se dá com base na costura de um programa comumente aceito, de cuja conformação os parlamentares participaram”.

As bases deste processo, contudo, foram criadas alguns anos antes. Com foco na municipalização dos serviços, em 1993 foi publicada pelo Ministério da Saúde a NOB 01/93, norteada pelo relatório final da XIX Conferência Nacional de Saúde, cujo tema era “Saúde: Municipalização é o Caminho” e o documento denominado “Descentralização das Ações e Serviços de Saúde – a ousadia de cumprir e fazer cumprir a lei”, elaborado por um grupo especial de atores para a descentralização, que contava com a participação do Conselho Nacional de Secretários Estaduais de Saúde (CONASS) e dos Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (CONASEMS). A NOB 01/93 atribuiu aos municípios a responsabilidade de gestores e prestadores de todos os serviços de saúde em sua área de abrangência (públicos, privados contratados e conveniados) e definiu três formas de gestão: incipiente, parcial e semiplena.

Na condição de gestão incipiente, o município passava a ter autoridade para definir e avaliar quem seriam os prestadores de serviços médicos, ambulatoriais e hospitalares públicos e privados em seu território, porém não respondia pela qualidade dos serviços oferecidos, uma vez que não era responsável pelo pagamento dos mesmos. O município deveria demonstrar condições para gerenciar as unidades ambulatoriais públicas de saúde existentes, prestando ações básicas de

saúde e vigilância sanitária. Recebia do Ministério da Saúde apenas o pagamento pelos atos médicos realizados em suas próprias unidades de saúde, ações básicas de saúde e vigilância sanitária; e os serviços ambulatoriais e hospitalares eram atribuições financeiras e de responsabilidade do governo federal. Na situação de gestão incipiente, o município assumia apenas aquelas atividades para as quais se considerava habilitado.

Na condição de gestão parcial, o município, além de desenvolver as atribuições previstas na condição de incipiente, deveria assumir a responsabilidade de gerenciar todas as unidades ambulatoriais públicas existentes, todos os serviços de atendimento básico em seu território, implicando inclusive o gerenciamento dos serviços ambulatoriais estaduais. O Ministério da Saúde mensalmente repassaria recursos relativos à diferença entre o teto estabelecido para suas atividades ambulatorial e hospitalar (teto ambulatorial, calculado através da multiplicação de um valor *per capita*, denominado Unidade de Cobertura Ambulatorial-UCA), pelo total da população; e o de internação hospitalar, calculado com base em uma cota física anual de internações (convencionado em 8% da população total, multiplicada pelo custo médio das internações em cada Estado), e o gasto efetivamente realizado por suas próprias unidades e aquelas contratadas.

Assim, ao município cabia o papel de gestor do sistema local de saúde. E esse sistema que se efetivava como tal, em níveis federal, estadual e municipal, através das relações intergestoras das Comissões Tripartite - CIT -, Bipartite – CIB - e sob o controle social do Conselho Municipal de Saúde, respectivamente. Cabia às Prefeituras Municipais aos poucos irem assumindo as responsabilidades e funções exercidas pelas esferas estaduais e federais de assistência à saúde da população.

Nesse documento, incorporado como oficial pelo Ministério da Saúde, sobre a Municipalização das Ações e Serviços de Saúde – a ousadia de cumprir e fazer cumprir a lei, através do discurso, fica evidente os significados de descentralização; porém ao se relacionar esse texto com os mecanismos operacionais encontram-se idéias “restritas e conservadoras, além disso, ele transmite a imagem de um país pouco afeito ao cumprimento de leis, e a necessidade de governos centrais fortes e impositivos” (MISOCZKY, 2002, p. 92).

As Comissões Intergestores Bipartite (CIB) e Tripartite (CIT) foram instituídas pela NOB 01/93. Na CIT, a constituição é paritária, com representantes do Ministério da Saúde, do Conselho Nacional de Secretários Estaduais de Saúde (CONASS) e

do Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (CONASEMS). Estes Conselhos foram criados pelos secretários estaduais e municipais de saúde na década de 80, com atribuições de formulação da política nacional de saúde.

A CIB é constituída também paritariamente por representantes da Secretaria Estadual de Saúde e da entidade de representação dos secretários municipais de saúde de cada Estado. É a instância estadual de negociação em cada estado para todas as questões referente à operacionalização da descentralização. Tem como função adequar a normatização nacional à realidade estadual e propor medidas reguladoras das relações entre o estado e os municípios e dos municípios entre si, conforme Arretche (2000), são regras de operação do programa que conferem autoridade às instâncias estaduais. Atualmente, além da CIB Estadual pode-se contar com a CIB Regional constituída por representação dos Secretários Municipais de Saúde, Delegado Regional de Saúde, técnicos da Coordenadoria Regional de Saúde e do Conselho Regional de Saúde.

O Ministério da Saúde, dando seqüência às experiências de descentralização, em 1997, emitiu a NOB 01/96, permitindo que os municípios se habilitassem em duas modalidades de gestão: a Gestão Plena de Atenção Básica (GPAB) e a Gestão Plena do Sistema Municipal (GPSM), conforme sua autonomia gerencial e financeira.

A NOB 01/96 representa um instrumento de fundamental importância na operacionalização e consolidação das diretrizes do SUS, pois através desta, obteve-se avanços nas relações intergestores (federal, estadual e municipal) e nas questões de financiamento (transferências diretas fundo a fundo). Apesar de alguns pontos negativos apresentados, trouxe alguns propósitos de inovação, como em seu item 9, no qual é proposto um novo modelo de atenção à saúde, as “Bases para um Novo Modelo Assistencial em Saúde”. Este novo modelo apresenta como diretrizes: qualidade de vida das pessoas e do seu meio ambiente; ênfase na relação da equipe de saúde com a comunidade, em especial com as famílias.

Conforme Almeida (1999, p. 279), as Normas Operacionais Básicas (NOBs) têm sido profundamente indutoras de uma institucionalização específica da arena decisória setorial e das articulações entre níveis de governo, assim como “de uma mudança substantiva da agenda reformadora *vis a vis* a perspectiva inicial da reforma”. A NOB/96 foi um ponto de inflexão importante na reforma setorial, pois tenta reverter o direcionamento municipalista anterior com a retomada e

fortalecimento do papel dos estados na coordenação e condução dos sistemas estaduais de saúde, que incluem os sistemas municipais. Ela também privilegia uma determinada reorganização do sistema, centrada na atenção básica e em programas seletivos que, na forma como os mesmos vêm implementados, tende a fortalecer a focalização preconizada por organismos financeiros internacionais.

Por sua vez, as Normas Operacionais de Assistência à Saúde, NOAS 2001 e 2002, estabelecem o processo de regionalização como estratégia de hierarquização dos serviços de saúde e de busca de maior equidade na atenção à saúde da população, assim como a garantia de acesso a todas as ações e serviços necessários para a resolução de seus problemas de saúde, otimizando os recursos disponíveis. Elas procuram estimular o fortalecimento do papel das Secretarias Estaduais de Saúde para que as mesmas assumam a coordenação da regionalização da assistência, organizando sistemas microrregionais de saúde (agregando pequenos municípios em torno de municípios considerados pólos, em condições de assumir a Gestão Plena do Sistema Municipal), tentando superar a descentralização prevista nas normas anteriores e, dessa forma, (re)centralizando o processo.

A NOAS-SUS/2001 representa uma reorientação para a implantação do Sistema Único de Saúde, caracterizando-se como uma “macroestratégia de regionalização, pactuada de forma tripartite e prevista na Lei Orgânica da Saúde”, conforme informe da Atenção Básica da Secretaria de Políticas de Saúde do Ministério da Saúde, de agosto de 2001. São inúmeros os desafios, uma vez que oferece instrumentos para os gestores promoverem a reorganização do sistema, procurando garantir a equidade no acesso às ações e serviços de saúde em diferentes níveis de complexidade.

A NOAS acima descrita aponta três grupos de estratégias como prioritárias: elaboração do Plano Diretor de Regionalização, coordenado pelas Secretarias Estaduais de Saúde – SES -, envolvendo o conjunto dos municípios para organização do sistema de forma funcional e resolutiva nos diferentes níveis; fortalecimento da capacidade gestora do SUS, visando à consolidação do caráter público da gestão do sistema; atualização dos critérios e do processo de habilitação de estados e municípios passando do caráter meramente cartorial para um processo de responsabilização real, com pactuação de compromissos e metas pelos gestores.

O Plano Diretor de Regionalização da Saúde, previsto na NOAS 2001, é coordenado pelo gestor estadual, com a participação dos municípios. O Plano deve conter:

- divisão do território estadual em regiões/microrregiões de saúde, definidas segundo critérios sanitários, epidemiológicos, geográficos, sociais, de oferta de serviços e de acessibilidade;
- diagnóstico dos principais problemas de saúde e as prioridades de intervenção;
- constituição de módulos assistenciais resolutivos, formados por um ou mais municípios que garantam o primeiro nível da média complexidade, visando garantir o suporte às ações de Atenção Básica;
- fluxos de referência para todos os níveis de complexidade e os mecanismos de relacionamento intermunicipal;
- organização de redes assistenciais específicas;
- Plano Diretor de Investimentos que procura suprir as lacunas assistenciais identificadas de acordo com as prioridades de intervenção.

Essa regionalização, incentivada pela NOAS-SUS 01/01, exige articulação dos gestores municipais em negociação e pactuação de referências intermunicipais, sob a coordenação e regulação estadual, que deve ocorrer através da elaboração de Programação Pactuada Integrada (PPI). Quanto ao financiamento, aponta um aumento na composição dos recursos federais, calculados com base per capita, com a ampliação do Piso de Atenção Básica (PAB). Além disso, propõe que o financiamento das ações de primeiro nível da média complexidade ambulatorial passe a se dar também com base em um valor per capita nacional.

A NOAS-SUS 01/02 define como responsabilidades e ações estratégicas mínimas de atenção básica: a eliminação da hanseníase; o controle da tuberculose, da hipertensão e da diabetes *melittus*; ações de saúde bucal, saúde da criança e saúde da mulher. Ela avança em algumas questões, se comparada às demais, porém, permanece com programas verticais na constituição do modelo de atenção, dificultando a evolução no sentido da integralidade.

Muitas vezes, a conformação de uma rede de serviços de atenção à saúde da população local extrapola o território de um município, pois às necessidades dos usuários estão além das condições de recursos humanos, materiais, tecnológicos e orçamentário do município. Diante de tais situações, coloca-se a importância da

regionalização da Atenção à Saúde, com uma articulação intermunicipal, independente das formas de gestão em que os municípios se encontram. Tanto municípios em Gestão Plena da Atenção Básica quanto os municípios em Gestão Plena do Sistema Municipal deverão trabalhar de forma articulada, participar da Programação Pactuada e Integrada (PPI), visando garantir à população em geral acesso gratuito, desde as ações mais básicas até os níveis mais complexos, ao sistema. A proposta de qualificação de regiões e microrregiões na assistência à saúde, apresentada na NOAS, fundamenta-se na busca de garantia de acesso a ações resolutivas para além dos limites municipais, observados os critérios de qualidade e economia.

Segundo Arretche (2005), se a instância federal tem maior poder, em contrapartida o poder de veto de estados e municípios na implementação da reforma opera como um mecanismo de contrapeso à supremacia do Ministério da Saúde, na medida em que eles podem simplesmente não aderir aos programas federais. Além disso, a materialização do vínculo entre quem presta e quem recebe o serviço, através da instituição do Cartão SUS-MUNICIPAL, como forma de favorecer o processo de gestão, poderá ser utilizada para barrar o acesso do cidadão aos serviços de sua escolha e onde ele tem um vínculo verdadeiro pela qualidade dos serviços prestados. Serviria, assim, como “porteiras”, para que os municípios prestem assistência apenas a seus munícipes, como se o direito de cidadania fosse restrito a esse território. Bueno e Merhy (2003, p. 8-9) chamam a atenção quando comentam que no momento em que o mundo inteiro se volta para a cidadania global, com a criação dos mercados comuns e das múltiplas cidadanias, o SUS pode estar retrocedendo ao criar restrição territorial municipal à cidadania. Por essas questões, reafirmam os autores, a NOB 01/96 contém importantes equívocos; logo, apostar nela é apostar na otimização do Plano Gerencial de Reforma do Estado em detrimento da universalização.

No entanto, Almeida (1999, p. 264) afirma que o setor de saúde brasileiro talvez ostente um dos mais bem sucedidos processos de descentralização, com elementos extremamente positivos ao institucionalizar uma arena decisória mais participativa e possibilitar maior protagonismo dos níveis subnacionais na prestação dos serviços de saúde à população. Porém, a distribuição de poder ainda deixa a desejar e as dificuldades financeiras (conflitos político-partidários, legislação restritiva do gasto público com maior controle e mecanismos punitivos) e

institucionais dos governos têm prejudicado de forma significativa a continuidade desse processo.

Assim sendo, no atual contexto brasileiro de implementação do Sistema Único de Saúde (SUS), a alocação de recursos continua sendo um tema bastante presente nas diversas arenas decisórias e tem se dado prioritariamente por meio de fontes específicas de financiamentos e projetos de investimentos para expansão e readequação da rede física e tecnológica de serviços de saúde, como exemplo, o Projeto de Reforço à Reorganização do SUS – REFORSUS –, financiado com recursos do Banco Mundial e do Banco Interamericano de Desenvolvimento - BIRD e BID -, respectivamente.

De acordo com Almeida (1999, p. 280):

[...] a sistemática distributiva, apesar de igualar valores per capita para o financiamento de atividades ambulatoriais consideradas básicas, não leva em conta as desigualdades inter-regionais, tanto nas que se referem às necessidades existentes, quanto aos modelos assistenciais das diferentes regiões.

Bodstein (2002) enfatiza que a eficiência na gestão pública e a capacidade de regulação crescente do estado e do controle social são cruciais, mas não suficientes. Para ela, o bom desempenho do setor depende de capacidade técnica adequada, pois a escassez de recursos financeiros e técnicos e a falta de investimentos constituem a realidade do setor, agravada pelas distorções e desequilíbrios na alocação de recursos. Entretanto, essa realidade freqüentemente serve para esconder a falta de eficiência e de compromisso dos governos com as demandas sociais.

Esta autora também questiona em que medida a política de reorganização da Atenção Básica e a pequena mudança na alocação de recursos, advindas da implementação da descentralização no setor, têm sido suficientes para modificar o padrão de desigualdade no acesso aos bens e serviços de saúde, dada pela própria heterogeneidade e desigualdade social existente no país. Bodstein (2002) faz um alerta para o caso do Brasil, cuja realidade apresenta enormes desigualdades sociais; intenso processo de urbanização, a partir das últimas décadas; limitação de recursos; além de as necessidades e as demandas crescerem rapidamente, tornando-se bastantes complexas, chegando muitas vezes a ultrapassar a capacidade de resposta das políticas públicas e dos sistemas de saúde.

Percebe-se que são muitos os desafios a serem enfrentados no processo de implementação da política de regionalização da saúde; parte deles é referente à normatização da política; a outra, às condições presentes nos contextos.

Estas informações são importantes para entender o método em análise de políticas públicas abordado a seguir.

5. MÉTODO EM ANÁLISE DE POLÍTICAS PÚBLICAS

A decisão sobre o tipo de método de análise a ser utilizado ocorreu a partir da definição do foco e do objeto (problema) a ser pesquisado.

Há, em grande parte das áreas das Ciências Sociais, uma aceitação de consciência da relevância de compreender a complexidade das relações sociais que criam, reproduzem e modificam as estruturas, a partir do ponto de vista dos atores envolvidos. De acordo com Stablein (1999), isso é tarefa para a abordagem qualitativa.

A construção do objeto ocorreu a partir da teoria proposta por Bourdieu (2001, p. 20) quando defende que:

O cume da arte, em Ciências Sociais, está sem dúvida em ser capaz de pôr em jogo coisas teóricas muito importantes a respeito de objetos, ditos empíricos, muito precisos e, freqüentemente, muito menores na aparência e, até mesmo, irrisórios. O que conta na realidade, é a construção do objeto, e a eficácia de um método de pensar sem nunca se manifestar tão bem como na sua capacidade de construir objetos socialmente insignificantes em objetos científicos ou, o que é o mesmo, na sua capacidade de reconstruir cientificamente os grandes objetos socialmente importantes, apreendendo-os de um ângulo imprevisto.

Também foi observado o estudo de Demo (1995, p.88) ao referir que:

[...] a metodologia dialética é mais conveniente para a realidade social, a ponto de a tomarmos como postura metodológica específica para esta realidade no sentido em que não se aplica à realidade natural, porque esta é destituída do fenômeno histórico subjetivo. Assim, a dialética constitui-se num método de investigação e numa *práxis*, construídos a partir da crítica, interpretação e avaliação dos fatos.

O método utilizado neste estudo é a análise do discurso, que respondeu por importantes inferências acerca do material coletado pelo pesquisador, proveniente das entrevistas e documentos considerados. Pois, segundo Marshall (1994), enfoca a linguagem, nas diferentes formas apresentadas, sejam elas escritas ou faladas. É um método de interpretação dinâmico e totalizante da realidade – que afiança que os fatos não podem ser considerados fora de um contexto social, político, econômico, etc.

O método dialético, usado em pesquisa qualitativa, conforme sugere Lakatos et al. (1999, p. 23), foi utilizado para a coleta de informações a partir de diversas fontes, assim detalhadas:

- a) coleta, leitura e organização de documentos oficiais junto às Secretarias de Saúde, relacionadas à política municipal de saúde; leitura de atas dos

conselhos, documentos de Secretarias Municipais, do Legislativo e de instituições prestadoras de serviços; e também a leitura de matérias de periódicos;

- b) realização de entrevistas semi-estruturadas, através de um roteiro sugestivo com Gestores Públicos Municipais (Prefeituras e Secretarias Municipais de Saúde, técnicos das mesmas áreas governo, agentes políticos, prestadores privados e representantes dos conselhos municipais e regional de saúde).

As entrevistas individuais em profundidade têm se caracterizado como um dos principais métodos de coleta de dados em pesquisas qualitativas, sobretudo devido ao fato de o pesquisador ter a oportunidade de aprofundar a compreensão a respeito do objeto de pesquisa. Embora o número de entrevistados seja reduzido, o envolvimento do pesquisador com os indivíduos que detêm as informações é significativo (RIBEIRO; MILAN, 2004).

Para atingir o detalhamento e a profundidade requeridos no processo de coleta de dados, bem como assegurar a fidedignidade das informações, as entrevistas foram realizadas em uma única sessão com duração aproximada de 1 hora (MILAN; RIBEIRO, 2003), e gravadas em áudio para possibilitar análises posteriores e proporcionar registros formais das entrevistas. Para Agar (1980, p. 9):

Em etnografia... você aprende alguma coisa (coleta alguns dados), então você tenta dar sentido a isto (análise), então você volta e vê se a interpretação faz sentido à luz da nova experiência (coleta mais dados), então você refina sua interpretação (mais análise), e assim por diante. O processo é dialético, não linear.

As entrevistas individuais em profundidade foram conduzidas por meio de uma abordagem semi-estruturada, utilizando-se um roteiro básicos de questões que foram complementadas durante a condução das entrevistas, uma vez que novas perguntas eram estimuladas, ou algumas suprimidas, em função das respostas articuladas pelos respondentes.

De acordo com De Toni e Milan (2008), a substituição de perguntas diretas simples por um conjunto de estímulos (como é o caso do roteiro básico de questões), permite revelar um pouco mais do conteúdo das imagens mentais dos respondentes. Este entendimento concorda com Dichter (1985), que afirma que as

perguntas diretas captam fatos específicos e não representações, impressões e redes de significados, elementos considerados relevantes para este estudo.

Para interpretação do critério de escolha dos municípios, na realização deste estudo, foram utilizados os dados do Censo Demográfico do IBGE (2000) e a classificação dos municípios brasileiros, caracterizando-se desta forma:

1. Municípios de Pequeno Porte 1 (população até 20.000 hab e média de até 5 mil famílias);
2. Municípios de Pequeno Porte 2 (população de 20.001 a 50.000 hab e média de 5 mil a 10 mil famílias);
3. Municípios de Médio Porte (população de 50.001 a 100.000 hab e média de 10 mil a 25 mil famílias);
4. Municípios de Grande Porte (população de 100.001 mil a 900.000 hab e média de 25 a 250 mil famílias);
5. Metrôpoles (população de mais de 900.000 hab e média superior a 250 mil famílias).

No Estado do Rio Grande do Sul, esta divisão se distribui conforme o Quadro 2:

MUNICÍPIOS	Nº	%	POPULAÇÃO	%
MPP1(até 20.000 hab)	404	82,0	2.413.301	24,0
MPP2 (20.001 a 50.000)	52	10,0	1.517.770	15,0
MMP (50.001 a 100.000)	24	4,8	1.656.928	16,0
MGP (100.001 a 900.00)	16	3,0	3.239.209	32,0
METR (Mais de 900.000)	1	0,2	1.360.590	13,0
TOTAL	497	100	10.187.798	100

Quadro 2 – Distribuição dos municípios gaúchos em número e sua população, segundo caracterização do IBGE para o Censo de 2000

Fonte: Censo Demográfico IBGE, 2000.

Sendo assim, dos quarenta e oito municípios que conformam a região Nordeste do Rio Grande do Sul, pertencentes a 5ª Coordenadoria de Saúde, foi escolhido um município de cada grupo, ou seja, um de Pequeno Porte 1, São Vendelino, com população de até 20.000 habitantes; um de Pequeno Porte 2, Flores da Cunha, com população de 20.001 a 50.000 habitantes; um de Médio Porte, Bento Gonçalves, com população entre 50.001 e 100.000 habitantes; e um de Grande Porte, Caxias do Sul, com população de 100.001 a 900.000 habitantes.

Para a análise das entrevistas, como acima já descrito, utilizou-se a análise do discurso, de Michel Foucault, que considera “discurso como uma série de enunciados que constroem um objeto” (IÑIGUEZ, 2004, p. 123).

Segundo Foucault (2004, pp. 11-112), proveniente da Escola Francesa, a unidade mínima com que a análise de discurso trabalha é o enunciado, o qual:

Delineia um campo enunciativo onde tem lugar e *status*, que lhe apresenta relações possíveis com o passado e que lhe abre um futuro eventual (...) não há enunciado em geral, enunciado livre, neutro e independente: mas sempre um enunciado fazendo parte de uma série ou de um conjunto, desempenhando um papel no meio dos outros, neles se apoiando e deles de distinguindo.

Buscando esclarecer, Foucault (2004, p. 116) exemplifica:

A afirmação de que a terra é redonda ou de que as espécies evoluem não constitui o mesmo enunciado antes e depois de Copérnico, antes e depois de Darwin; não é que, para formulação tão simples, o sentido das palavras tenha mudado; o que se modificou foi a relação dessas afirmações com outras proposições, suas condições de utilização e de reinvestimento, o campo da experiência, de verificações possíveis, de problemas a ser resolvidos, ao qual podemos remetê-las.

Os enunciados podem ser agrupados em formações discursivas.

Uma formação discursiva é um conjunto de regras anônimas, históricas, sempre determinadas no tempo e no espaço, que definiram, em uma época dada e para uma determinada área social, econômica, geográfica ou lingüística, as condições de exercício de função enunciativa (FOUCAULT, 2004, p. 133).

Recuperando os marcos da Escola Francesa de Análise do Discurso, o que importa não é unicamente quem diz, mas a partir de que lugar fala, ou seja,

[...] não se trata de examinar um *corpus* como se tivesse sido produzido por um determinado sujeito, mas de considerar sua enunciação como o correlato de uma certa posição sócio-histórica na qual os enunciadorese se revelam substituíveis (MAINGUENEAU, 1997, p. 14).

Os sujeitos representam “lugares determinados na estrutura de uma formação social, lugares cujo feixe de traços objetivos característicos pode ser descrito pela sociologia” (PÊCHEUX apud BRANDÃO, 2004 p. 44). Numa cidade, por exemplo, há o “lugar” do Prefeito, do Vereador e do Povo. A relação entre os indivíduos que ocupam estes lugares se dá através da posição que o destinador e o destinatário atribuem a si mesmo e ao outro, e da imagem que eles fazem de seu próprio lugar e do lugar do outros (BRANDÃO, 2004).

As regras de formação das formações discursivas, então, não são coações que têm origem no pensamento ou na consciência dos indivíduos, mas também não são determinações formadas no nível das instituições ou das relações sociais e

econômicas, elas têm seu lugar no próprio discurso e se impõem a todos os indivíduos que tentem falar neste campo discursivo (FOUCAULT, 2004).

A relação do discurso com as instituições e as relações socioeconômicas, ou seja, com as práticas não-discursivas é, portanto, uma relação necessária, mas não causal. Não pode existir, por exemplo, o discurso da censura às atividades culturais se não houver um órgão governamental que lhe dê suporte; não pode existir o discurso do internamento psiquiátrico se não houver hospícios. Entretanto, se “o discurso precisa de um aparato não-discursivo para ser enunciado”, por outro lado “ele renova este aparato no seu próprio interior; o discurso político-militar necessita do Exército como local de enunciação, mas este Exército como local de enunciado é transformado no interior do próprio discurso” (PINTO, 1989, p. 24). Ainda, a prática discursiva é capaz de significar múltiplas formas numa única prática não discursiva. A cena de um policial batendo em um homem, por exemplo, pode receber uma série de significações através do discurso da lei, da marginalidade, da violência policial, do direito do cidadão, cada um significando a mesma cena de maneira diferente.

O material empírico coletado, a partir das diferentes fontes, formou um *corpus*⁵ discursivo que foi submetido à análise de discurso. A estratégia analítica correspondeu à busca da construção de um enunciado que permitiu individualizar alguns núcleos de sentido que propiciaram a identificação de características que marcaram o processo de formação da agenda pública e da Gestão Plena Municipal de saúde em Caxias do Sul e região..

Portanto, a identificação das unidades de sentido emergentes da análise de discurso proposta, permitiu recompor alguns parâmetros da lógica com que opera a implementação e execução da política de Gestão Plena de Saúde em Caxias do Sul.

Sendo assim, dos 48 municípios que conformam a região Nordeste do Rio Grande do Sul, pertencentes a 5^a Coordenadoria de Saúde, os quais fazem referência nas altas complexidades em Caxias do Sul, como Traumatologia Ortopedia, Cirurgia Cardíaco Infantil, Gestante de Alto Risco, entre outras, será sorteado um município de Pequeno Porte 1 (população até 20.000 habitantes); um de Médio

⁵ O corpus é, de acordo com a escola francesa, qualquer tipo de produção discursiva de fontes variadas, delimitado intencionalmente pelo pesquisador, segundo algum critério que defina o interesse da pesquisa. No nosso caso, ele será resultado das diversas fontes de busca de informação: documentos analisados e entrevistas, todos delimitando o campo de fala sobre o tema investigado: o campo da saúde pública e sua descentralização no território delimitado para o estudo.

Porte (entre 50.001 e 100.000) e um de Grande Porte (acima de 100.001), os quais, através da técnica de entrevista semi-estruturada, farão parte da pesquisa.

No cenário da municipalização da saúde em Caxias do Sul, conforma-se um quadro do qual emergem quatro recortes decorrentes de aspectos temáticos, empíricos e teóricos que se relacionam com as categorias de descrição do próprio cenário da municipalização, os interesses envolvidos no processo e as tensões implícitas no mesmo, e que de uma forma ou de outra influenciam a formação da agenda local e sua configuração regional. São eles: a questão político-partidária subjacente ao processo de regionalização, percepções em relação à municipalização da saúde e as prioridades governamentais na ordem do discurso, a visão dos diferentes atores sobre a regionalização da saúde.

Esses aspectos foram nomeados a partir das entrevistas feitas com os selecionados, observando, em suas falas, características singulares e presentes nesses trechos escolhidos, os quais serão localizados em categorias.

Para todos os selecionados foi disposto o mesmo roteiro de perguntas, ficando o entrevistado, à vontade para responder sem qualquer interferência do pesquisador.

Abaixo se destaca um quadro que especificará o número do entrevistado, o cargo que ocupava na época da implantação da Gestão Plena de Saúde e o município ao qual pertence, propõe-se dessa maneira, identificar o panorama político estabelecido na região em estudo.

Após essa identificação, serão dispostas as categorias enunciativas, bem como as falas dos entrevistados, ancoradas na análise do discurso.

6. DESCRIÇÃO E ANÁLISE DAS ENTREVISTAS

Neste estudo os sujeitos entrevistados desempenharam importantes papéis no processo de regionalização da saúde na área de abrangência da 5ª. Coordenadoria Regional da Saúde, seja considerando-se a atuação política no estabelecimento da agenda pública, seja no papel de gestores e promotores das ações que conduziram à implementação desta mesma agenda, conforme demonstrado no Quadro 3 abaixo. Os entrevistados representam os Municípios de Caxias do Sul, Bento Gonçalves, Flores da Cunha e São Vendelino, sorteados para compor a amostra.

Cargo do Entrevistado	Quantidade de Sujeitos
Prefeitos (Poder Executivo)	04
Secretários (as) Municipais de Saúde	03
Médicos	05
Enfermeiros	04
Vereadores (as)	02
Representantes Hemocentro Municipal	02
Representante Sindicato Médico	02
Representante 5ª. Coordenadoria da Saúde e Secretaria Municipal da Saúde	02
Total	24

Quadro 3 – Relação e Cargos dos Entrevistados

Fonte: Elaboração do autor.

Para propiciar uma melhor caracterização dos entrevistados no processo de análise e interpretação das entrevistas segue abaixo o Quadro 4, no qual constam o código de identificação e o cargo ocupado pelos respectivos respondentes.

Código	Cargo
Entrevistado 01	Prefeito de Bento Gonçalves (1997/2002)
Entrevistado 02	Médico em São Vendelino
Entrevistado 03	Diretor de Ensino do Hospital Geral de Caxias do Sul
Entrevistado 04	Médico em Flores da Cunha
Entrevistado 05	Médico em Bento Gonçalves
Entrevistado 06	Representante do Sindicato Médico de Caxias do Sul
Entrevistado 07	Médico em Caxias do Sul
Entrevistado 08	Diretora Hemocentro Caxias do Sul
Entrevistado 09	Enfermeiro em Bento Gonçalves
Entrevistado 10	Enfermeira em São Vendelino
Entrevistado 11	Enfermeira em Caxias do Sul
Entrevistado 12	Vereadora PMDB Caxias do Sul
Entrevistado 13	Assistente Social Hemocentro de Caxias do Sul
Entrevistado 14	Secretário da Saúde Flores da Cunha (1997/2002)
Entrevistado 15	Prefeito de Caxias do Sul (1997/2002)
Entrevistado 16	Secretária da Saúde de Caxias do Sul (1997/2002)
Entrevistado 17	Enfermeira em Flores da Cunha
Entrevistado 18	Prefeito Flores da Cunha (1997/2002)
Entrevistado 19	Vereador PSDB Caxias do Sul
Entrevistado 20	Representante do Conselho Municipal de Saúde
Entrevistado 21	Representante da 5ª. Coordenadoria Regional de Saúde
Entrevistado 22	Secretária de Saúde de São Vendelino (1997/2002)
Entrevistado 23	Prefeito São Vendelino (1997/2000)
Entrevistado 24	Secretário da Saúde de Bento Gonçalves (1997/2002)

Quadro 4 – Identificação dos Entrevistados

Fonte: Elaborado pelo autor do estudo.

6.1 A Questão Político-Partidária Subjacente ao Processo de Regionalização

A questão da saúde considerada como uma política pública teve origem nos movimentos sociais das décadas de setenta e oitenta, e culminaram na VIII Conferência Nacional da Saúde (CNS), que influenciou fortemente a Constituição

Federal de 1988. Assim, a chegada ao poder em Caxias do Sul de uma aliança de Partidos identificados com os movimentos sociais (Frente Popular, composta pelos Partidos PT, PCB, PSB e PC do B) é considerada por alguns dos entrevistados como um fator importante para o avanço do processo de regionalização da saúde pública na região, como é possível identificar em algumas das falas:

Então, os nossos partidos devido à sua inserção social e por contar nas suas fileiras com militantes que participaram desse processo, obviamente que no nosso programa de governo, que a gente apresentou na eleição de 1996, a questão da universalização do acesso à saúde era uma questão programática muito importante (Entrevistado 15).

A questão programática da universalização do acesso à saúde, historicamente vinculada aos partidos de esquerda, é um ponto relevante do discurso de alguns dos atores envolvidos no processo.

Então, nós pensamos que nós podíamos, também, colaborar, pra implantar esse sistema, que é um sistema que nós sabemos que se originou lá no movimento de democratização do nosso país, nos anos 70 e 80, na época da ditadura. Foi nessa época que o movimento social se organizou e propôs... vários segmentos sociais, tanto da sociedade organizada como da própria saúde, propôs o SUS. Então, nós tivemos também isto como... luz, né? (Entrevistada 16).

Outros atores também colocam a questão partidária como um elemento central do processo de decisão em relação à municipalização da saúde na região de Caxias do Sul.

Acho que um grande mérito que teve a administração do Gilberto Pepe Vargas (PT), isso tu pode colocar, né? Um grande mérito que teve a administração do prefeito municipal Gilberto Vargas, foi a de fazer a municipalização em Caxias do Sul. Assumir a responsabilidade de colocar o município de Caxias do Sul como o organizador pleno das atividades de saúde, mesmo sabendo do quanto isso ele teria de trabalho e quanto isso ele teria de despende de recursos do Município para cumprir essa municipalização que ele fez (Entrevistado 17).

Agora, eu te diria, a implantação plena foi quando entrou a Justina e o Pepe. Até porque também o governo federal começou aí a cobrar e exigir, senão não vinham recursos (Entrevistado 21).

Sabiam (os gestores do pólo) que o município era de um outro partido, como outros também que tinha... Não tinha do PT aqui, da micro não tinha PT, a não ser o pólo. E eles faziam questão de mostrar, por serem PT, que eles faziam isso aí. Que o PT tava mostrando como se fazia saúde (Entrevistado 10).

Desse modo, parece haver um certo consenso, mesmo no discurso dos atores pertencentes aos partidos de oposição, que a chegada à Prefeitura Municipal, no ano de 1997, de uma coligação dos partidos PT, PC do B, PSB e PPS (todos de

esquerda e vinculados aos movimentos sociais) contribuiu para dar impulso ao processo de municipalização da saúde em Caxias do Sul, com reflexos na Região.

Em contrapartida, diferentes percepções em relação ao andamento do processo de municipalização na região de abrangência da 5ª Coordenadoria, também podem ser creditadas, pela análise do discurso, aos diferentes posicionamentos políticos dos atores envolvidos, refletindo uma aparente divergência ideológica.

É, na verdade o Prefeito de Caxias, ele não teve envolvimento direto na venda da idéia. Até ele era um dos principais ... observando e tentando ganhar conhecimentos pra ver se era conveniente ou não pro município. O prefeito Pepe era muito questionado, até com quanto o Estado contribui? Quanto nós gastamos e quanto o estado contribui? Não que o município de Caxias não estivesse projetos desenvolvido pelo prefeito Pepe, melhorando em grau maior a qualidade da saúde do município de Caxias do Sul, mas ele também era um dos questionadores de quanto vinha do estado, de quanto vinha da União... (Entrevistado 18 – filiado ao PDT).

Eu acho que no governo, no PT, eu penso que nenhum deles tenha municipalizado a saúde. Aí vem o governo Britto: o governo Britto lançou um projeto novo, que foi muito simpático aos municípios, que foi a instalação de farmácias de manipulação, criando consórcios intermunicipais aonde se passava a produzir remédios, até porque se justifica a produção de remédios pelos municípios porque, conforme estudos apresentados e comprovados, a maioria dos remédios são vendidos pela marca e não pelo seu princípio ativo (Entrevistado 14 – filiado ao PDT).

Já no discurso dos atores vinculados ao Partido dos Trabalhadores e ao movimento sindical a interpretação é oposta à dos demais atores.

Mas na realidade, a implantação do sistema se deu pelo Pepe, que é do ramo, entendia e sabia das coisas. E teve a... do Otacílio conta na época, e inclusive escrevi isso, mas depois o Pepe, olha, fez um bom trabalho... Que foi a Secretária da Saúde, a Justina, e ela fez um bom trabalho. E a implantação se deu. Se deu a implantação plena (Entrevistado 06 – representante do Sindicato Médico).

[...] esta decisão foi uma decisão política de governo e que foi a que desencadeou este conjunto de mudanças em 1997, na gestão do Prefeito Pepe, né? Eu acho que o próprio governo municipal, a época, e as forças e o apoio ao governo municipal é a base do governo é base social a militância não entenderam o alcance das mudanças promovidas do município e a gente via o pessoal se confundir entre situação e oposição (Entrevistado 20 – filiado ao PC do B).

A questão partidária e os papéis atribuídos aos partidos no processo de municipalização da saúde desempenham um papel importante na compreensão do estabelecimento da agenda da saúde em Caxias do Sul no período de 1997 a 2002, uma vez que a própria proposição desta agenda aparece vinculada aos movimentos de esquerda. As posições favoráveis e contrárias ao estabelecimento da referida

agenda refletem, em grande parte dos casos, divergências de fundo político-partidário.

Neste sentido, Orlandi (2003, p. 17) ressalta que o discurso é o...

[...] lugar em que se pode observar a relação entre a língua e a ideologia, compreendendo-se como a língua produz sentidos por/ para os sujeitos. A materialidade específica da ideologia é o discurso e a materialidade específica do discurso é a língua.

É importante salientar que no processo de implementação de políticas públicas as ideologias se fazem sempre presentes, uma vez que representam os significados gerados nas inter-relações, no exercício e na luta pelo poder.

6.2 Os Significados Atribuídos ao Processo de Municipalização da Saúde

De um modo geral, percebe-se nos depoimentos dos entrevistados uma predisposição a compreender o processo de municipalização da saúde de forma positiva, no que diz respeito a um melhor atendimento oferecido à população, ainda que haja grandes divergências em relação ao repasse de verbas e às responsabilidades atribuídas a cada Município, sobretudo aos atendimentos básicos e de média e alta complexidade.

Com relação à municipalização da saúde: acho que foi uma iniciativa muito boa. Boa por quê? Porque ela transfere ao Município a administração da saúde. A quem conhece o local onde ela está se realizando. É boa, também, porque transfere os recursos, mesmo que escassos, para o Município, e eles podem ser melhor geridos, melhor administrados, tudo isso em favor da população (Entrevistado 18).

Em contrapartida, outro entrevistado apresenta um entendimento completamente diferente em relação ao processo, ao fazer a seguinte afirmação:

Como, então, eu percebi esse processo? Um mal necessário, né? Quer dizer, não tinha outra alternativa. Não sei se um bem ou um mal necessário, mas o que a gente percebe na municipalização é muita promessa, no início, e depois pouco cumprimento. Por exemplo: ah, vamos instalar um... Sei lá, um programa X. Ah, pra esse programa X o governo vai destinar tantas verbas. Isso acontece no primeiro, segundo, terceiro ano e o quarto ano já começa atrasar verba ou às vezes não vem e o programa não pode sair, porque é uma questão legal, tu tem que manter esse programa (Entrevistado 09).

Grande parte dos discursos reflete esta tensão entre a questão da autonomia dos municípios na gestão da saúde e o repasse de recursos por parte do governo federal. Ao mesmo tempo em que os entrevistados acreditam que os recursos podem ser mais bem geridos pelos atores do município, que tem maior conhecimento, em função da proximidade, com os problemas locais, também reconhecem que o repasse de verbas é muitas vezes desigual entre os municípios, de acordo com as necessidades específicas das realidades enfrentadas em cada região.

Como os discursos refletem as práticas sociais, é possível analisar o posicionamento dos diferentes atores frente ao processo sob análise a partir desta perspectiva. Para Fairclough (1995, p. 07), discurso é o “uso da linguagem visto como uma forma de prática social, e a análise de discurso é a análise de como os textos funcionam como parte da prática sócio-cultural”. Nos discursos dos atores públicos é possível compreender como os mesmos produzem seus mundos, e de que forma, nesta produção de sentido, suas práticas são moldadas por relações de poder e pela natureza da prática social em que estão envolvidos, de modo que seus procedimentos e práticas estão investidos política e ideologicamente, causando efeitos sobre as estruturas sociais que ajudam a concretizar.

Como exemplo, pode-se citar a preocupação de um dos entrevistados quando assinala que:

Na prática, o que se observa ali, que, provavelmente, fez com que a maioria dos municípios não quisesse a adesão foi a dúvida, foi a incerteza do não-financiamento desses serviços todos, e o grande compromisso que a própria lei do SUS coloca pro Estado. Isso sendo uma ação compartilhada dos três entes federados, acaba deixando a desejar o cumprimento do financiamento por parte do Estado (Entrevistado 13).

Esta mesma questão aparece ainda em outros depoimentos, reforçando a idéia de que houve uma resistência inicial ao processo de municipalização da saúde em função de um descrédito quanto ao cumprimento dos compromissos por parte dos outros entes responsáveis pela área da saúde.

Aqui nós percebemos uma coisa importante: é que se nas três esferas, na tripartite, nas três esferas, se houvesse o comprometimento, tanto quanto o município tem, de repassar e aplicar a verba do orçamento pra saúde, não teria problema nenhum, eu até acho que sobraria investimento. Mas o grande problema é que o município aplica o mínimo exigido por lei, do orçamento, só que o estado e a união não faz a mesma coisa. Então, se houvesse o repasse tanto do estado quanto da união mais o município,

então nós teríamos, digamos assim, uma auto-suficiência nos atendimentos (Entrevistado 14).

Caxias do Sul sempre se ressentiu do teto de financiamento das ações de saúde no município. E, lógico, não podendo modificar esse teto, as ações sempre foram custeadas dentro das possibilidades pelo próprio município. Eu acho que isso é uma interferência externa bastante importante: a limitação financeira que, até hoje, o município de Caxias tem (Entrevistado 18).

Mas a tendência era, para todos nós, de não aderirmos à municipalização porque é uma praxe do governo federal passar o ônus pros municípios e ficar com o bônus, ficar com a arrecadação, e passar a despesa pros municípios; sob a alegação de que o município investe melhor, e é verdade, investe melhor mesmo. Só que, o repasse de recursos financeiros que tanto o governo federal como o estadual faz, propunha na época e creio eu que hoje se usa a mesma fórmula, não são suficientes para cobrir as despesas da municipalização da saúde (Entrevistado 07).

Desse modo, percebe-se nas falas dos respondentes uma ênfase na questão relacionada às responsabilidades dos diferentes entes em relação às iniciativas de promoção e garantia do acesso universal à saúde. O tema relativo à verba para a saúde muitas vezes ganha um destaque maior do que a própria elaboração e implementação de uma agenda governamental que priorize a qualidade da gestão da saúde nos municípios.

6.3 As Prioridades Governamentais na Ordem do Discurso

Considerando, como Michel Foucault, o “discurso como uma série de enunciados que constroem um objeto” (IÑIGUEZ, 2004, p. 123), se procurará demonstrar a relação entre a ordem do discurso e o estabelecimento efetivo das prioridades governamentais, tanto na formulação de uma agenda quanto em sua implementação, visto que a relação do discurso com as instituições e as relações socioeconômicas, ou seja, com as práticas não-discursivas é uma relação necessária, mas não causal.

Por exemplo, quando o Entrevistado 16 elabora o seguinte raciocínio:

Partindo da análise de que há várias propostas de como se desenvolver a política de saúde. Então, se tem vários modelos: o modelo, por exemplo, liberal-privatista, tem o modelo reformista-racionalizador. Que, na verdade, eles têm como princípio as leis do mercado, né? E nós não tínhamos essa posição. Nós íamos pelos SUS, que leva em conta as necessidades da

população, a saúde como um direito do cidadão, eu to colocando bem a posição política da nossa administração, né?

Depreende-se que, deste fragmento emana, mais do que uma simples descrição da realidade da saúde no País, uma visão ou representação da realidade que orienta a formulação de uma agenda pública a partir de uma determinada posição que, não necessariamente, é a posição defendida por outros atores com relação a este mesmo tema. Assim, esta constatação coincide com a afirmação de Maingueneau (1997, p. 14) de que...

[...] não se trata de examinar um *corpus* como se tivesse sido produzido por um determinado sujeito, mas de considerar sua enunciação como o correlato de uma certa posição sócio-histórica na qual os enunciadores se revelam substituíveis.

Neste sentido, é interessante contrapor o enunciado acima com o discurso do Entrevistado 04, quando este pontua que:

[...] então sempre se colocava assim: tá, então vamos supor que ninguém tenha plano de saúde, todo mundo dependa do SUS, e aí como é que fica? Ah, vai à falência e tal, aquelas coisas que a gente sabe que... Eu sempre falava nas reuniões, eu digo: olha, a saúde é um poço sem fundo, tu abre um hospital hoje, esse hospital daqui dez anos tu vai ter que abrir outro depois outro. Se tu abre um programa, hoje, de ligadura tu vai dar uma, amanhã tu vai dar duas, o mês que vem tu ta dando cem... Eu digo que é um poço que não termina, não termina nunca.

Assim, fica claro que o discurso dos atores se dá a partir de uma determinada posição sócio-histórica que influencia fortemente suas percepções em relação a uma determinada realidade e, conseqüentemente, o próprio processo de tomada de decisão com referência à implementação das políticas públicas. Relembrando Pêcheux (apud BRANDÃO, 2004 p. 44), os sujeitos representam “lugares determinados na estrutura de uma formação social, lugares cujo feixe de traços objetivos característicos pode ser descrito pela sociologia”.

Exemplificando esta questão, tem-se a seguinte observação acerca dos papéis desempenhados pelos atores e de seus respectivos discursos:

Foram poucos os Municípios que o gestor realmente disse: não, não quero. Porque, até não era uma posição do Secretário, mas do Prefeito. Porque como a gente conversa mais com os Secretários, e isso é uma dificuldade também, às vezes, o Secretário tem que seguir as ordens do Prefeito, mas é inviável os Prefeitos comparecerem às nossas reuniões, por isso que existem os Secretários. Mas tem Prefeitos que não entendem o processo, então, há Prefeitos mais resistentes, como aconteceu realmente com esse Município que eu citei (Entrevistado 02).

Nesta mesma direção, é possível perceber em outros discursos que o “lugar” a partir do qual os atores falam determina sua posição em relação ao estímulo e estabelecimento do processo de municipalização, conforme segue:

Então eu diria assim, sob o ponto de vista político, era uma decisão política, das forças políticas que integravam o governo, dos partidos que integravam o nosso governo, de que saúde deveria ser uma prioridade. Nós estabelecemos ainda, em início de 97, no primeiro seminário de planejamento estratégico do governo, que saúde deveria ser uma prioridade, porque a prestação de saúde era muito caótica na cidade. (Entrevistado 03).

Ou, ainda, o depoimento seguinte, que evidencia diferentes posições sócio-históricas determinando a percepção de prioridades governamentais, bem como, na ordem do discurso, diferentes posições atribuídas a diferentes papéis desempenhados pelos atores:

Eu sei que houve uma certa resistência política, inclusive porque o Estado era de um partido e o Município de outro, mas quem coordenou a questão política foi o Delegado. Então, até ele me colocou, tu faz a parte técnica e deixa que a política eu seguro (Entrevistado 05).

Em outros casos, a veemência do discurso deixa ainda mais clara a questão do estabelecimento de prioridades e a posição a partir da qual o ator as estabelece, através da posição que o destinador e o destinatário dos discursos atribuem a si mesmo e ao outro.

Nós tivemos, em determinados momentos, em que nós deixamos de investir em obras, inclusive nas obras definidas pelo Orçamento Participativo, com a população cobrando aquelas obras, porque o Governo Federal não tava mandando os recursos adequados pra média e alta complexidade do SUS. Mas nós chamamos as pessoas, as lideranças comunitárias, os Delegados e M Delegadas do Orçamento Participativo, e dissemos: olha, nós temos duas opções: ou nós deixamos as pessoas morrerem e fazemos as obras, ou nós deixamos de fazer as obras e vamos tentar fazer com que as pessoas não morram, né? E enfrentamos esse debate (Entrevistado 03).

Desse modo, o discurso dos atores é um ponto de referência fundamental para a percepção e análise do aspecto das prioridades atribuídas a diferentes programas governamentais e, no caso específico do presente estudo, ao processo de municipalização da saúde ocorrido durante o governo de uma coalizão de partidos de esquerda.

6.4 A Visão dos Diferentes Atores Sobre a Regionalização da Saúde

Entendendo a regionalização (ou municipalização) da saúde como o objeto das políticas públicas analisadas, vê-se a relação dos discursos com este objeto como a forma de representação dos sujeitos (atores) da realidade que conduziu o processo de negociação e, posteriormente, de implementação da regionalização na área de atuação da 5ª. Coordenadoria Regional da Saúde.

Neste sentido, a representação (relação dos sujeitos com o objeto) do processo de regionalização é evidentemente divergente, tomando por base os conteúdos dos discursos.

As Administrações que nos antecederam, a partir do processo da Constituinte da Lei Orgânica da Saúde, sempre tiveram muito receio em assumir a municipalização, né? Porque achavam que o Governo Federal não repassaria os recursos. A grosso modo, para não fazer injustiça, a Administração imediatamente anterior à nossa, ela conseguiu estabelecer um processo de gestão incipiente, como funcionava na época, não encaminhou a gestão plena do sistema (Entrevistado 03).

Nós entendemos que o SUS é um dos mecanismos mais eficientes, democraticamente construídos, para que se faça mais justiça social no país. Em Caxias do Sul, no Rio Grande do Sul também. Então, o que nós discutimos, foi a diretriz, né? Fortalecer o SUS em Caxias do Sul. Partindo da análise de que há várias propostas de como se desenvolver a política de saúde (Entrevistado 16).

Nós municipalizamos porque passou a ser uma prática, que nós não podíamos nos transformar numa ilha, e... mas com a consciência de que nós teríamos que fazer saúde com os recursos do Município (Entrevistado 04).

Na verdade, assim ó, é difícil dizer se foi imposto ou não. Porque, na verdade, assim, evidente, houve diálogo, houve a conversação. Claro, né? Porque hoje, se a gente analisar, são coisas assim que as pessoas dizem: ah, vai ser muito bom. E a gente vai na boa fé e no fim não é aquilo (Entrevistado 19).

A necessidade de regionalização da saúde, assim, é percebida de diferentes formas por diferentes atores, com base na representação que cada um destes atores faz deste objeto de análise, no momento em que alguns o consideram como um modelo mais eficiente e justo, enquanto outros o vêem somente como uma forma de onerar o município e desobrigar-se das responsabilidades com relação à saúde da população.

Também os benefícios da regionalização são percebidos sob óticas diversas, analisando-se as diferenças de sentido nos discursos dos envolvidos, seja na ênfase

na questão da regionalização como gestão total do sistema regional de saúde, seja na evidenciação da resolução pontual de elementos isolados do sistema. Estas representações transparecem claramente nas seguintes manifestações:

Agora, é claro, se discutiu muita coisa, inclusive Hemocentro, que acabou depois sendo centralizado em Caxias e a partir daí atendia a região. Havia também a idéia de um centro oftalmológico, que seria inclusive aqui em Bento, atendendo a região. E essas políticas, elas estavam sendo implantadas e eu não sei hoje se elas estão consolidadas (Entrevistado 09).

E aos poucos, e é lógico, por necessidade do próprio crescimento do município é que foram sendo instalados, mas no momento da municipalização, eu acho que foi o momento em que mais se instalou unidades básicas de saúde nos bairros de Caxias do Sul. Eu acho que esta, provavelmente, tenha sido... Que mais me chamou a atenção na instalação desse projeto. A descentralização dos atendimentos à saúde (Entrevistado 11).

Então, o quê que ocorreu? Aí o município assumia, ficava com compromisso dos médicos, ficava com os compromissos hospitalares, ficava com os gastos, ficava com a enfermagem, ficava com os postos de saúde, ficava com o atendimento de urgência e emergência, e não tinha certeza nenhuma de retorno (Entrevistado 17).

E aí, com a municipalização plena, então sim, o Município assumiu toda a assistência, toda... Na verdade, além da atenção básica, todos os... Média, alta complexidade. Então, recebendo recurso, e aí gerenciando toda a assistência no Município (Entrevistado 20).

Então chamar a municipalização, a gestão plena, significa chamar, também, a responsabilidade pra si, e não ficar delegando a responsabilidade ou se escudando atrás e dizer: não, só o Governo Federal que tem que resolver; não, isso é o Governo Estadual... No momento em que tu faz a gestão plena tu és o responsável, não é? E se o Governo Federal ou o Estadual não mandam os recursos necessários tu tens que investir recursos próprios (Entrevistado 15).

É importante salientar que os diversos discursos apresentam também, em muitos casos, complementaridades e concordâncias que, na essência, contribuíram significativamente para que o processo fosse efetivamente levado a efeito e surtido os resultados que se fizeram notar como a efetivação de fato da municipalização da saúde, nos seguintes termos:

É bom pra população, é bom pra Caxias, é bom pra nós. Não importa se o prefeito é do PT, é do PMDB, é do PPS, é do PDT. O que é bom pra comunidade nós vamos apoiar. E a Câmara, num todo, abraçou a causa, daí criamos a Secretaria da Saúde, que não existia na época. E aí começou com a gestão plena no SUS, e foram, com o tempo, foi se atrelando outras atividades que também começaram a surgir de acordo com as necessidades da população (Entrevistado 12).

E o hoje é o seguinte: e se criou uma mentalidade, aqui em Caxias, que é excepcional pra colocar, é o seguinte: aqui, saúde e educação sempre tem apoio, sempre que sejam projetos lógicos. Quer dizer, não se discute a questão sob o termo ideológico [...] Se ele mandar um projeto, com esse debate prévio, com esse entendimento, é saúde é prioridade, é vida. Vote

aqui. Não tem discussão ideológica. Não tem. Isso caracterizou... É da cidade, é da cidade. Não tem discussão, não tem (Entrevistado 24).

É lícito afirmar que, a partir da análise dos discursos dos atores, é possível formular um quadro que represente fielmente as bases de discussão e de implementação de uma política de regionalização da saúde na região de Caxias do Sul, identificando os antecedentes e consequentes deste processo, bem como as posições mais emblemáticas destes atores face ao processo em questão.

Partindo desta análise será apresentada, no Capítulo seguinte, a compreensão da singularidade da agenda de saúde no Município de Caxias do Sul, propiciando um aprofundamento da percepção das diferentes significações das representações dos gestores em relação ao estabelecimento das políticas públicas de saúde regional.

7. A AGENDA DE SAÚDE EM CAXIAS DO SUL – UM EVENTO SINGULAR E ORIGINAL

Cada região, devido a suas particularidades e necessidades, desenvolve suas políticas de acordo com as demandas e os gestores que administram cada pasta. Estas circunstâncias trazem à tona a originalidade de cada região e o destaque oferecido por cada Município na efetivação desses eventos, como é o caso de regionalização da saúde no Estado do Rio Grande do Sul, destacando-se no tópico a seguir o Município de Caxias do Sul.

7.1 A Regionalização da Saúde no Rio Grande do Sul – Destaque para Caxias do Sul

Segundo Ferla et al. (2002), o entendimento e a implementação de gestão descentralizada, diante dos diversos desafios, aparece ainda hoje como uma ousadia que, mesmo prevista em lei, tem apenas experiências localizadas e parciais.

Todos os sujeitos pesquisados (com exceção dos usuários que não percebem o processo), apontam a regionalização como importante, uma vez que os usuários poderão ser atendidos em locais mais próximos de suas residências, podendo haver maior garantia de acesso. Alguns deles alegam a necessidade de maior união na região para que esse processo se efetive.

O processo de municipalização da saúde no Rio Grande do Sul contou com forte participação dos dirigentes municipais, os quais, reunidos em associações de âmbito estadual, conseguiram articular debates e proposições para elaborar e regulamentar reformas. Na década de 90, apenas a partir de 1994, mais especificamente entre 1995-1998, a Secretaria Estadual da Saúde passou a desenvolver encontros, seminários entre secretários municipais de saúde, prefeitos e técnicos do setor com a intenção de esclarecer dúvidas e divulgar informações. Portanto, pode-se considerar que nessa gestão o Executivo estadual perseguiu uma estratégia de municipalização com ênfase na regionalização (ARRETCHE, 2000, p.212-214), mais especificamente no município de Caxias do Sul. Além disso, a NOB-1996, impetrada pelo Ministério da Saúde, determina que os municípios que

reúnem as condições para implantação da Gestão Plena de Saúde ficam condicionados a prestar atendimento à população das cidades circunvizinhas.

Caxias do Sul passou a contar com a Gestão Plena do Sistema Municipal de Saúde a partir do ano de 1997, fato importante para toda a região, conforme Piovesan (2003, p. 1), pois o Município construiu um sistema de saúde digno de orgulho para seus municípios, o qual tem contribuído de forma relevante para a constituição do Sistema Regional de Saúde:

O município de Caxias do Sul conseguiu, nos últimos seis anos, construir um sistema de saúde digno de orgulho de sua população. Como pólo de uma região de aproximadamente 1 milhão de habitantes, tem também contribuído de forma importante para constituição do sistema regional.

O processo de municipalização da saúde em Caxias do Sul conduziu à Gestão Plena, envolvendo aspectos relacionados à Gestão Regional da Saúde, processo mais amplo de descentralização de políticas, com características peculiares pelos seus resultados.

Segundo afirmou Onzi (2003, p.11), Secretária de Saúde de Caxias do Sul na época, foi determinante para o fortalecimento do SUS municipal e para que ele alcançasse maior qualidade e quantidade, a partir de 1997, a decisão política de priorizar a saúde e habilitar a Gestão Plena do Sistema, além de definir o modelo técnico assistencial e de gestão:

A decisão política de priorizar a Saúde e habilitação da Gestão Plena do Sistema, a definição de modelo técnico assistencial e de gestão, foi determinante para alavancar o processo de fortalecimento do SUS – Sistema Único de Saúde em Caxias do Sul a partir de 1997, alcançando dessa forma, o sistema a um novo patamar em termos de quantidade e qualidade.

A partir de então o Município começou a investir na saúde da população fazendo um modelo de descentralização bastante peculiar, pois conseguiu atingir os níveis desejados em tempo razoavelmente curto, estabelecendo um marco no atendimento da região.

7.2 Participação e Compromisso na Modelagem da Regionalização

A consolidação do Sistema Único de Saúde (SUS) no tocante à organização da atenção, assistência à saúde e ampliação do acesso dos cidadãos aos serviços, e a melhoria da qualidade dos serviços prestados, continua sendo um dos principais

desafios para os gestores, nas três esferas de governo. A adoção de medidas de caráter normativo, de negociações para investimentos e custeio, destinadas a criar condições necessárias à estruturação de redes assistenciais e à hierarquização de serviços tem sido considerada como estratégia fundamental para que se efetive essa organização e amplie o acesso.

A regionalização visa um planejamento integrado permitindo a conformação de sistemas de saúde articulados e cooperativos, dotados de mecanismos de comunicação e de fluxos de relacionamento que garantam o acesso dos usuários aos serviços de diferentes níveis de complexidade exigidos para a resolução de seus problemas de saúde e, ainda, a otimização dos recursos disponíveis (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2002). No processo de regionalização da saúde estudado, além dos entes federados, município, Estado e União, fazem parte outros municípios da região com seus representantes (comissão gestora, conselheiros municipais e regionais de saúde, profissionais da saúde, prestadores de serviços e usuários).

As regras, as novidades em termos de portarias e diretrizes ministeriais, por si só, não garantem a implementação das políticas públicas. Neste sentido, Peters e Pierre (2003) problematizam o enfoque dado por March y Olsen sobre as normas e rotinas. As normas fazem parte do controle de comportamentos, são meios para estruturar o comportamento de nível macro dos sistemas políticos, são a formalização da lógica “do adequado”, que conduzem os atores sociais, podendo ser interpretadas de maneiras diferentes e sua influência sobre o comportamento é diversa. A definição de rotinas como orientações de condutas, não inclui a idéia de que sejam imutáveis, disfuncionais ou de cumprimento obrigatório. A elite política da sociedade vai filtrando aspectos que pressupõe como “adequados” aos seus valores, levando as pessoas a pensar como é permitido que elas pensem; poucas questionam, discutem, ou apontam alternativas.

Essas condições não são apresentadas como realidade de todos os municípios, em alguns a participação é destacada como é o caso de Caxias do Sul. Em outros, a não atuação é justificada pela falta de informação: onde as pessoas (usuários e até mesmo gestores) destacam que falta conhecimento das atribuições e responsabilidades dos setores e atores envolvidos.

Além da falta de informação, é apontada a falta de recursos financeiros do Estado, assim como a concentração destes recursos nos grandes centros, na

capital. Essa questão de repasse dos recursos aparece como um fator que vem interferindo inclusive nas relações entre os entes federados.

Quanto à interação entre as instâncias de governo, o problema todo que envolve a saúde são recursos. São repassadas responsabilidades aos municípios e todas as atribuições através de acordos, convênios, compromissos. A população fica sabendo disso e quer, e precisa e necessita do atendimento, e é esse atendimento caríssimo, precisa-se de recursos, então estoura tudo no município, e, se não tiver recursos repassado do Estado, a situação fica preocupante, pois, o não cumprimento dos compromissos financeiros por parte do Estado e da União acarreta transtornos e causa insegurança aos municípios.

A maioria dos sujeitos pesquisados atribui ao Estado a função de articulação, divulgação e regulação da implementação desta política de saúde. Entendendo esta instituição como estruturante das ações e para isso esperam uma atuação mais efetiva e disciplinadora.

Na regulamentação da regionalização da saúde, NOAS, a instância estadual tem um papel de destaque, tanto nos aspectos relativos ao planejamento, programação e controle, como nos investimentos. No entanto, seu fortalecimento no sentido de ampliação das suas atribuições não lhe garante recursos e incentivos financeiros adequados a essas funções. Continuam vinculados à oferta de serviços os recursos previstos para o financiamento do SUS. Portanto, fica difícil avaliar até que ponto essa instância poderá recuperar suas dificuldades financeiras e administrativas, para exercer seu papel.

Além disso, é apontada como uma fragilidade a falta de planejamento no nível regional.

Referente a essas questões, a legislação do SUS, Lei 8080/90, Art. 15, dispõe sobre as condições para promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes. Determina, como atribuições comuns da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos municípios, em seu âmbito administrativo, dentre outras: definição das instâncias e mecanismos de controle, avaliação e de fiscalização das ações e serviços de saúde; administração dos recursos orçamentários e financeiros destinados, em cada ano, à saúde; acompanhamento, avaliação e divulgação do nível de saúde da população e das condições ambientais; elaboração de normas para regular as atividades de serviços

privados de saúde, tendo em vista a sua relevância pública; fomentar, coordenar e executar programas e projetos estratégicos e de atendimento emergencial.

Segundo o art. 17 dessa Lei, à direção estadual do SUS compete: promover a descentralização para os municípios dos serviços e das ações de saúde; acompanhar, controlar e avaliar as redes hierarquizadas do SUS; prestar apoio técnico e financeiro aos municípios e executar supletivamente ações e serviços de saúde; coordenar e, em caráter complementar, executar ações e serviços de vigilância epidemiológica, sanitária, de alimentação e nutrição e de saúde do trabalhador; identificar estabelecimentos hospitalares de referência e gerir sistemas públicos de alta complexidade, de referência regional e estadual. E, no art. 18, à direção municipal do SUS compete: planejar, organizar, controlar e avaliar as ações e os serviços de saúde, gerir e executar os serviços públicos de saúde; participar do planejamento, programação e organização da rede regionalizada e hierarquizada do SUS, em articulação com sua direção estadual; executar serviços de vigilância epidemiológica, sanitária, de alimentação e nutrição, de saneamento básico e de saúde do trabalhador; formar consórcios administrativos intermunicipais; controlar e fiscalizar os procedimentos dos serviços privados de saúde.

Observado o disposto no artigo. 26 desta Lei, celebrar contratos e convênios com entidades prestadoras de serviços privados de saúde, bem como controlar e avaliar sua execução.

O Sistema Único de Saúde tinha como meta, inicialmente, até a NOB/96 que os municípios regulassem no âmbito local todos os provedores, prestadores de serviços públicos e privados de saúde em qualquer nível de complexidade. Na NOAS 2001 e 2002, essa orientação foi alterada, reservando à União e aos estados a gestão da média e alta complexidade. O processo de Programação Pactuada e Integrada (PPI), coordenado pelo gestor estadual, representa o principal instrumento para garantia de acesso da população aos serviços de média complexidade, não disponíveis em seu município de residência, devendo orientar a alocação de recursos e de definição de limites financeiros para todos os municípios do estado, independente de sua condição de gestão. A garantia de acesso aos procedimentos de alta complexidade é de responsabilidade solidária entre o Ministério da Saúde e as Secretarias de Saúde dos Estados e do Distrito Federal. Quanto à gestão hospitalar nos últimos anos, se até esse período apenas 10% dos municípios haviam

se credenciado na Gestão Plena do Sistema Municipal, a NOAS reconhece que, de fato, essa gestão não ocorreu (ARRETCHE, 2003).

Atualmente o Ministério da Saúde mantém a gerência direta de cinco unidades hospitalares no Rio de Janeiro e do Grupo Hospitalar Conceição em Porto Alegre-RS, sendo que os demais, foram transferidos para a gestão estadual ou para a gestão municipal nos municípios em Gestão Plena do Sistema (TEIXEIRA; SOLLA, 2005). Na gestão dos serviços ocorreu uma ampla descentralização dos recursos e das responsabilidades, configurando-se hoje o gestor municipal como principal responsável pela implementação das propostas de mudanças do modelo de atenção à saúde, uma vez que a rede de atenção básica encontra-se sob gestão municipal e a rede de média e alta complexidade tende a seguir nesse mesmo rumo, assim que se consolide o processo de regionalização no âmbito estadual.

Por outro lado, enquanto isso não ocorre, o governo federal é encarregado das funções de financiamento e coordenação intergovernamental; os municípios se responsabilizam pela gestão dos programas locais e os governos estaduais deverão dar suporte aos sistemas municipais. A concentração de autoridade, quanto ao financiamento e à coordenação do sistema, no Ministério da Saúde torna os governos locais dependentes das regras e transferências da União para implementação de suas políticas (ARRETCHE, 2003).

Diante disso, percebe-se uma tênue articulação dos atores nas arenas decisórias, prevalecendo a cultura de que cada município resolve por si, ou o Estado resolve por todos.

Os gestores, na maioria das vezes, não vêem suas articulações como fortes e capazes de alterar o que está posto com o discurso hegemônico, como a centralização do poder. O SUS não está conseguindo quebrar esse posicionamento da sociedade de um modo geral, uma vez que há pouco envolvimento da mesma nas discussões e no entendimento dos conteúdos da política pública.

Cada município tenta resolver suas necessidades, valendo-se dos recursos que possui. Neste sentido, ganham os municípios com maior capacidade de focalizar suas demandas e de mobilizar recursos políticos para resolvê-las, intensificando desta forma as desigualdades entre os mesmos e concentrando o poder de decisão nas mãos de poucos (NOGUEIRA, 1997).

Essa focalização pode ser também observada nos discursos dos atores envolvidos no processo de implementação, em que ainda se encontram marcas do

legado de centralização, pois os mesmos atribuem o maior poder aos representantes do Estado, ou seja, à Coordenadoria Regional de Saúde.

A dinâmica do processo de regionalização da saúde depende dos interesses, da interação, posição e conduta dos atores envolvidos, pois alguns desses procuram compreender e avaliar o conteúdo das regras de programas federais e estaduais. Essa avaliação por sua vez é influenciada pela capacidade do Ministério e do Estado em tornar críveis os compromissos assumidos com os governos locais. Além disso, outros fatores também são relevantes, como a relação custo-benefício:

[...] quanto mais custo uma política impõe aos governos locais, menor tende a ser o sucesso da política de descentralização. Quanto mais benefícios essa última impõe, maiores chances de obter a adesão de governadores e prefeitos, e por conseqüência, maior tende a ser o escopo da descentralização (ARRETCHE, 2003, p. 288).

Na gestão anterior do governo do estado do Rio Grande do Sul, foram desenvolvidas ações no sentido de sensibilizar os atores e fortalecer o movimento de descentralização da saúde, na tentativa de demonstrar que a instância regional é o espaço de pactuação, de planejamento e da regulação da atenção e do sistema de saúde (FERLA et al., 2002).

A descentralização e a regionalização eram estratégias do governo anterior, portanto tinham um olhar diferenciado, uma vez que a relação com os municípios era de diálogo e discussões na busca de soluções para suas demandas e priorizando resoluções em nível local e regional. No andamento desse processo foram sistematizados encontros entre Coordenadoria Regional de Saúde e gestores, onde a maioria desses, de alguma forma, contribuía nas decisões.

Com a mudança de governo, houve uma alteração nessa dinâmica; e, talvez, o tempo não tenha sido suficiente para institucionalizar essa cultura de regionalização e esse processo de fortalecimento da gestão local. Apesar da existência de mecanismo de regulação, como as Normas Ministeriais (NOAS 01/02), se as mesmas não forem implementadas e respeitadas, por si só não auxiliam nesse processo, precisando ser aceitas e executadas pelos governos em suas diferentes instâncias.

Esse discurso aponta uma mudança na dinâmica de atuação e nos interesses dos segmentos responsáveis pela implementação da política, ou então uma falta de clareza em função de uma suposta indefinição na posição do Estado em relação a

essa política. Nota-se também, uma disparidade entre a importância conferida e a participação e o compromisso efetivos.

O primeiro movimento de regionalização ocorreu em 1998, no final da gestão do governo estadual, Antonio Brito (PMDB). Com a troca de governo, em 1999 iniciou um novo processo na gestão de Olívio Dutra (PT). No ano de 2001 a região contava com uma proposta, um desenho de regionalização. Esse fato é bastante enfatizado nos discursos dos sujeitos pesquisados desses atores no processo de modelagem da regionalização. Isso remete à análise de como se dá o processo de organização e intermediação dos interesses, buscando descrever sintonias e divergências entre os envolvidos.

7.3 Processo de Intermediação dos Interesses: Sintonias e Divergências

Para a implementação de uma política, no caso, da política pública de saúde, é de extrema importância poder contar com a disposição e o interesse de atores, assim como de organizações (estrutura de implementação) nas discussões sobre os significados da política, buscando adaptar a mesma às necessidades da região. Guy Peters (2003) aborda as relações institucionalizadas entre Estado e sociedade através de um grupo de organizações com vínculo permanente, atuando em forma de rede.

No presente estudo, localizou-se essas relações que podem se desenvolver através das arenas decisórias (Conselhos de Saúde, municipal e regional, e Comissões Intergestoras Bipartite, estadual e regional) onde são representados os interesses públicos (gestores, usuários e trabalhadores da saúde), e privados (prestadores de serviços de saúde). Esses últimos, fizeram garantir a sua inserção, que representa o interesse de mercado, através das modificações na proposta original do Movimento pela Reforma Sanitária, presentes na Legislação do SUS.

Em se tratando de regionalização, há uma gama de interesses em jogo, pois são vários os municípios com características diversas e diferentes atores envolvidos. Destacam-se entre eles, os territoriais, os corporativos e setoriais. Os interesses territoriais aparecem nos discursos de cada gestor, quando os mesmos apontam os problemas locais, de seu município.

Os corporativos podem ser percebidos nas queixas da maioria dos sujeitos pesquisados quando se referem às condutas médicas e dificuldades de negociação em relação aos valores de atendimento e consultas (em especial, traumatologia e urgência-emergência). E os setoriais podem ser observados principalmente nos debates sobre a importância das indústrias de fumo como fonte de tributos e renda financeira para a região e o risco do fumo para a saúde da população (este último muito pouco trabalhado).

Nota-se que a referência das pessoas é o município, como o seu lugar, o seu território, levando-as ao descomprometimento em relação aos problemas e ao desenvolvimento da região, ao não planejarem conjuntamente e a longo prazo. Pode-se supor a carência de identificação, de sentido de territorialidade, de pertencimento a essa região.

Diante da pluralidade de interesses encontrados nas entrevistas dos sujeitos pesquisados, volta-se o olhar para o processo de organização desses interesses na busca de visibilidade tanto da sintonia, quanto das divergências presentes nesse contexto de implementação da regionalização da saúde, a partir do referencial neo-intitucionalista.

A burocracia ao mesmo tempo em que orienta as tomadas de decisões políticas, assumindo um caráter organizador, pode funcionar como um entrave às ações, à medida que ela impõe certos arranjos, fluxos e procedimentos de difícil entendimento e aplicabilidade. Troca de informações, discussões e debates são momentos fundamentais tanto na elaboração, quanto na implementação dessas. A exemplo disso, podem ser citadas as Normas Operacionais do SUS as quais os gestores têm dificuldades nos aspectos normativos da legislação nova e demoram muito para colocá-las em prática.

Esse discurso aponta resultados de processos burocráticos na formulação de política que não contaram com a participação social, foram elaborados de forma insulada e no momento de sua implementação apresentam dificuldades de interpretação e adequação às condições locais e regionais.

Os gestores buscam alguém que tenha conhecimento e que possa transmitir, de forma coerente com as suas necessidades, orientações que lhe dêem garantias de segurança. De um lado, pode-se identificar o desconforto de um gestor pela falta de informação e conhecimento para gerenciar suas demandas. Enquanto de outro, constituindo esse mesmo cenário, se reconhecem posições marcadas pela

concentração de saber e poder em nível central, perpetuando práticas que sustentam a fragmentação entre a formulação e implementação da política.

O ente estadual, como instituição, é apontado como um dos principais atores nesse processo de implementação. No que se refere à Coordenadoria Regional de Saúde, a mesma aparece em alguns discursos como indiferente às questões pontuais de discussão, à coordenação dos interesses e organização dos recursos, condição entendida como necessária para que a regionalização da saúde ocorra de fato.

Nesse processo, é visto que a Coordenadoria Regional de Saúde não apresenta poder de decisão para organizar os recursos no nível regional, uma vez que não consegue sinalizar qual seria sua contrapartida nessa negociação e a maioria das decisões estão atreladas a Porto Alegre, essa falta de autonomia interfere na regionalização da saúde.

Na realidade o que vem acontecendo é uma desconcentração das atividades do estado, sem a correspondente descentralização de poder e recursos. Nas questões de financiamento o ente estadual é o que tem contribuído menos, pois nos últimos anos não chegou a investir em recursos a metade do que é preconizado pela Emenda Constitucional 29 (EC 29: 12% da arrecadação de recursos próprios do ente estadual deverão ser aplicados na saúde).

Além desta situação, das diferentes condições e modos de proceder, a cultura de um modelo de atenção à saúde centrado no médico aparece de forma expressiva nos discursos dos sujeitos pesquisados, pois são raras vezes pronunciadas ou escritas as palavras: prevenção, investimentos na atenção à saúde. Isso pode estar representando a dependência de trajetória da política de saúde pública brasileira, que encontra no neo-institucionalismo histórico argumentos para explicar esse caráter *path-dependent* dos processos de descentralização.

Esse aporte de recursos depende da capacidade fiscal de cada município, conforme estipulado na emenda constitucional nº 29/2000 que define um limite mínimo progressivo a partir do ano 2000, devendo atingir 15% das receitas próprias de cada município no ano de 2004. No caso dos estados é de 12% e a União, o valor empenhado em 1999 acrescido de 5% e nos anos subsequentes de variação nominal do Produto Interno Bruto. Termo utilizado por estudiosos do neo-institucionalismo histórico para descrever a dependência de trajeto que interfere na

institucionalização, impõe restrições às mudanças, fazendo com que algumas políticas carreguem fortes traços de políticas anteriores.

O poder do profissional médico é também pontuado nesse processo de implementação da política, principalmente se visto pelo viés histórico-sociológico. Um modelo de saúde em que, há longos anos vem se desenvolvendo com ações predominantemente curativas e que a população através de simbologias entende que o alívio do sofrimento está na figura do médico, institucionaliza uma cultura e torna o poder médico uma hegemonia na área da saúde. Essa questão é detectada nos discursos dos pesquisados, quando os mesmos apontam de forma repetitiva a não resolução de problemas que exigem ações de médicos especialistas e a dificuldade de negociação com estes profissionais. É muito raro, assuntos como contratação de serviços médicos, principalmente especialistas, entrar na agenda pública, como um bem público, geralmente eles caminham num sentido dos bens de mercado.

Pode-se perceber que a cultura da região e o legado histórico da saúde pública de certa forma privilegiam os profissionais médicos em relação aos demais, pois somente estes recebem valores de complementação à tabela SUS. Muitos destes não aceitam trabalhar pelo SUS, mesmo tendo complementação, ao preferir serem remunerados conforme suas tabelas particulares. Esse posicionamento pode ser lido pelo viés da análise neo-institucionalista da escolha racional, pois não apresentando propostas, geram uma “não-decisão”, que de alguma forma lhes trazem maiores benefícios do que o processo de regionalização – o que se caracteriza como um dos entraves nesse processo.

Além dessas situações, outros fatores também são significativos no momento que tratam da expressão dos interesses, da correlação de forças nos processos de negociação e conflitos, bem como dos efeitos dos mesmos na condução dessa política. Considerando a complexidade que envolve a implementação, dedica-se um espaço onde se busca captar os avanços e os recuos, dando visibilidade aos possíveis nós críticos desse processo.

7.4 Fatores Facilitadores e Obstaculizadores da Regionalização da Saúde

Nesse processo de implementação da política de regionalização da saúde é possível detectar tanto fatores que contribuem e facilitam, quanto os que se tornam obstáculos e dificultam as decisões e o andamento das ações. Sendo um processo novo na região e que exigiu participação, informação, cooperação e negociação, ele demanda tempo e confiança em seus resultados. Supondo que se todos os atores envolvidos entendessem como necessário e tivessem interesse no mesmo, muitas dificuldades se tornariam insignificantes ou nem existiriam. Nesse estudo buscou-se entender qual a importância do processo de regionalização da saúde para todos os envolvidos, amparando-se numa visão de instituição, que entende as mesmas, tanto as informais, quanto as formais, como estruturas institucionais que podem emitir constrangimentos e delinear comportamentos e decisões (SKOCPOL, 1985).

Estudos de autores como Pierson (1994), Menicucci (2007), e outros que utilizam o neo-institucionalismo, em particular o histórico, referem que entre os fatores considerados importantes para explicar os processos e resultados de políticas públicas estão as políticas preexistentes, que de certa forma, influenciam nas decisões e encaminhamentos atuais.

Fica claro, que a implementação é um processo político e trabalhar com processos desse caráter é lidar com incertezas, o que significa serem permeados por insegurança e riscos.

A própria relação entre os entes federados que depende de interesses, de coalizões de grupos de interesse, fica sujeita aos arranjos políticos que sustentam as coalizões no poder e o que os mesmos atribuem como prioridades. Nesse relacionamento poderá haver parceiros ou adversários, com presença de relações clientelistas, ou não, e ocorrências de cooperação ou conflito. O que para uma equipe de governo é importante, estratégia ou meta de governo, para outra pode não ser.

Diante dessas possíveis alternâncias, se faz necessário que a população esteja atenta e busque alternativas de pressão para que suas necessidades entrem na agenda pública. Se isso não ocorrer poderá ficar pendente por mais um mandato de governo. Além disso, o próprio processo de troca de governo pode se apresentar como gerador de dificuldades: Neste caso, entendido como troca de favores políticos, visando votos, reeleição ou ascensão na carreira política.

No Rio Grande do Sul, em 1998, ocorreram eleições estaduais, resultando na saída de Antonio Brito do PMDB e assumindo em 1999 Olivio Dutra do PT. Tanto com as eleições como com as trocas da equipe do governo estadual, como também dos resultados das eleições dos diversos municípios, a região sofre influências e isso ocorre em períodos diferenciados, interferindo no fluxo das decisões e tornando, de certa forma, o processo mais lento. No desenvolver desse estudo ocorreram duas eleições municipais, e uma estadual (2000 e 2004 para Prefeitos Municipais; em 2002 eleições para Governo do Estado), o que de alguma maneira marcou o desenho da implementação da política estudada, ao serem evidenciadas em diferentes discursos as influências desses períodos de trocas.

Além desses fatores considerados geradores de instabilidade no processo decisório, outras questões também são apontadas como dificuldades. Alguns gestores mencionaram entraves no sentido da utilização e de respeito aos dispositivos, aos mecanismos institucionais apontados pela legislação para a regulação do sistema de saúde.

Isso pode estar representando a ineficiência ou a inexistência de ações de fiscalização e controle, sobre o que é produzido na saúde. Aponta ainda para as desigualdades entre os entes federados, quanto ao envolvimento desses com o processo, e também referente à fiscalização exercida por e sobre cada um deles. Alguns dos pesquisados apontaram o desrespeito do governo estadual em relação à contribuição no montante de recursos financeiros da saúde, alegando que o mesmo “não repassa aos municípios a sua parcela e nada acontece e se o município fizer igual é punido pelo Tribunal de Contas do Estado (TCE)”.

Quanto a essa questão, Abrucio (1998) desenvolveu uma análise sobre as relações entre os poderes em catorze estados e o distrito federal no período de 1991-1994 e constatou que na esfera estadual funcionava um sistema ultrapresidencialista de governo, marcado por duas características básicas: primeiro, o Poder Executivo, e mais especificamente o governador, era o principal agente em todas as etapas do processo de governo, relegando a Assembléia Legislativa a um plano secundário; segundo, os mecanismos de controle do Poder Público eram pouco efetivos, tornando o sistema político estadual um presidencialismo sem *checks and balances*.

Em muitos municípios não se percebe interferência do Legislativo Municipal nas questões de saúde, pelo menos que seja visível ou comentada nos

depoimentos. Mesmo que na dinâmica institucional esteja prevista a possibilidade de veto no Legislativo, os projetos do Executivo são homologados sem restrições, ocorrem alguns questionamentos por falta de informações, mas na grande maioria são aprovados. O Legislativo ainda carece de informações e conhecimento nessa área e a maioria dos municípios não conta com câmaras técnicas como suporte na avaliação e tomada de decisão. Muitas vezes, utilizam-se da posição dos Conselhos de Saúde na hora de votar e aprovar.

A população, em sua maioria, não tem informação e algumas pessoas, mesmo tendo acesso, não se apropriam dessa para fazer valer seus direitos, deixando de exercer o controle social e se contentando com um atendimento que, do ponto de vista técnico revela características imediatistas por parte dos profissionais de saúde (queixa-conduta), ou, no âmbito das relações políticas reproduz a tradicional marca clientelista (troca de favores), sem uma previsibilidade de continuação e melhorias. Essa cultura de atendimento aos individualismos é muito presente na região; o coletivo é muitas vezes desconsiderado, sendo abordado em geral pelo viés assistencialista levando à acomodação da população. Com esse tipo de conduta, perde-se a perspectiva de planejar de forma estratégica as ações de saúde, sustentando o continuísmo de medidas ineficazes e de baixa efetividade, com a atenção centrada na doença. Sem contrapesos, o que lhe permite o controle e a centralidade das decisões.

Decorrente disso, outro fator é considerado obstaculizador: os recursos financeiros disponibilizados para a saúde. Está presente nos discursos, principalmente de gestores municipais, que reclamam da escassez destes, assim como as interferências que causam esta redução nas condições de resolutividade de demandas no município. Parece que esses gestores têm dificuldade de identificar as potencialidades de sua realidade, as dificuldades são mais apontadas, direcionando suas críticas, a contextos externos a sua gestão. “Dentro, no âmago da gestão, o olhar se turva e a crítica se abranda. Talvez, isso queira mostrar uma certa característica de processos de descentralização dependente” (CARVALHO; CESSE; MACHADO, 2004, p.255).

Dependência num sentido de concentração da autoridade sobre o financiamento – fonte da maior fatia dos recursos – e a coordenação do sistema de saúde nas mãos do governo federal, isso, de alguma forma, faz com que os governos locais sejam dependentes das regras e transferências da União para o

desenvolvimento de ações e implementação de suas políticas de saúde. Estudos têm demonstrado que o volume de recursos que vêm sendo destinados à Atenção Básica, acessado pela maioria dos municípios, tem crescido significativamente, apesar de ainda estar bastante distanciado dos gastos com média e alta complexidade, os mesmos podem ser comparados ao longo do tempo. Ações estratégicas, especialmente o Programa de Saúde da Família, têm recebido maiores recursos, visando à ampliação de ações intersetoriais para promoção da saúde e a melhoria da qualidade de vida da população, numa tentativa de mudança no modelo de atenção à saúde no SUS.

Esse acréscimo, por si só, não consegue garantir suficiência e eficiência ao sistema de saúde, no que se refere à cobertura, acessibilidade e qualidade de atenção. De uma maneira geral, nessa realidade e nas demais regiões do país, o perfil de oferta de serviços tem revelado a reprodução, em escala ampliada, do modelo médico, assistencial, hospitalocêntrico (TEIXEIRA; SOLLA, 2005), que investe grande parte de seus recursos financeiros em práticas de saúde que visam à assistência curativa.

Quanto aos repasses financeiros do Estado, na gestão atual, têm sido em sua maioria através de programas específicos. Esses programas estão voltados para a vigilância epidemiológica, expansão das Equipes de Saúde da Família, assistência farmacêutica, saúde bucal, saúde mental (Programa Cuca Legal), incentivo financeiro adicional aos agentes comunitários de saúde, campanhas de vacinação, Programa Primeira Infância, implantação da regionalização em Saúde do Trabalhador e a organização da regionalização da saúde.

Conforme consta no Relatório do Fundo Estadual de Saúde, a maioria das verbas repassadas aos hospitais tem como objetivo a melhoria dos índices de saúde da população, visando prestar assistência médica de qualidade e gratuita – Programa Parceria Resolve.

Um ponto positivo é a intenção referida pelos gestores quanto à regionalização da saúde. Entretanto, os mesmos percebem o processo centrado em decisões que envolvem consórcios, com dificuldades de encontrar caminhos para que o mesmo se efetive. Essas dificuldades podem ser compreendidas se considerarmos as fragilidades no planejamento, na organização e na articulação entre os atores envolvidos e as intencionalidades presentes nas arenas decisórias.

Em outras palavras, os consórcios deveriam ser vistos como uma possibilidade decorrente de um processo de negociação e pactuação (PPI), e não como estratégia imposta a partir de um modelo único. Sobre essa questão enfatizam os serviços especializados, como necessidades comuns que aguardam algum tipo de solução regional. Não fica clara, porém, a existência do levantamento de demandas que poderia sugerir outras saídas.

Levando-se em conta esse contexto, em que se evidencia um maior número de fatores considerados obstaculizadores em relação aos que contribuem, ou facilitam o processo de regionalização da saúde nessa região, busca-se também analisar a configuração de espaços públicos, arenas decisórias, onde se desenvolvem as interações entre grupos organizados da sociedade, representantes de diversas entidades, associações, organizações e demais usuários dos serviços de saúde para discutir, negociar e tomar decisões referentes à saúde da população.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O processo de descentralização da gestão da saúde no Brasil ganhou ímpeto nos últimos 20 anos, sobretudo após a redemocratização política, e tem suas bases identificadas na Constituição Federal de 1988, de acordo com a qual os municípios passariam a desempenhar um papel preponderante na gestão da saúde, por intermédio de repasses de recursos das instâncias Federal e Estadual para a implementação de políticas públicas de saúde consideradas prioritárias, respeitando as especificidades regionais.

Verifica-se que as raízes históricas dos processos de descentralização da saúde no Brasil, as quais se caracterizam por desigualdades regionais, conformando modelos diferenciados de implementação, reformas e reordenamentos dos sistemas de saúde, acabam gerando formas diversas de operacionalização daqueles princípios que regem o SUS: universalidade, integralidade e descentralização.

No caso específico de Caxias do Sul, como mencionado, percebe-se uma série de singularidades na gênese e na implementação da municipalização da gestão, identificada principalmente com a vontade política de uma coalizão de partidos de esquerda, fortemente identificados com as causas sociais e que, a partir do ano de 1997, assume o compromisso de realizar as reformas necessárias para que a municipalização de fato se efetivasse.

Os eventos que desencadearam as significativas mudanças no processo de gestão da saúde na região da 5ª. Coordenadoria Regional da Saúde somente podem ser inteiramente compreendidos por meio da análise sócio-histórica das condições que possibilitaram sua ocorrência e da compreensão do sentido destas mudanças para os diferentes atores envolvidos neste processo.

Neste sentido, as entrevistas realizadas com diferentes atores, gestores e executores de políticas públicas de diferentes municípios da região, e a análise detalhada de seus respectivos discursos foram de fundamental importância para esclarecer aspectos relevantes das especificidades políticas e sociais sob as quais se deu a descentralização da gestão na região em estudo.

As formações discursivas revelam distintos processos de construção de sentido e delimitam práticas que, no âmbito político, condicionam as escolhas e determinam o quadro geral de referência a partir do qual o processo decisório tem

lugar. Os diferentes sentidos verificados na análise dos enunciados dos sujeitos pesquisados possibilitam compreender que estes sujeitos se manifestam sempre a partir de uma determinada posição sócio-histórica que influencia fortemente suas percepções em relação a uma determinada realidade e, conseqüentemente, o próprio processo de tomada de decisão com referência à implementação das políticas públicas.

Para o cumprimento das finalidades deste estudo, os enunciados foram agrupados em formações discursivas, entendendo uma formação discursiva como o conjunto de regras anônimas, históricas, sempre determinadas no tempo e no espaço, que definem, em uma época determinada e para uma específica área social, econômica, geográfica ou linguística, as condições de exercício da função enunciativa.

As divergências de interesses e as questões relacionadas à divisão de poderes explicam, em parte, alguns dos obstáculos encontrados durante a fase inicial de discussão do processo, bem como na gênese de sua implementação. As diferentes realidades políticas, econômicas e demográficas dos municípios envolvidos também aparecem claramente nos enunciados componentes dos discursos como possíveis entraves à regionalização da gestão, em função da diversidade de interesses e especificidades em confronto.

Dos conteúdos dos discursos destacados, elementos que fazem alguma referência a questões de cunho ideológico caracterizam-se como evidentes, coincidindo com a visão de Orlandi (2003), segundo a qual o discurso é exatamente o lugar privilegiado a partir do qual se pode observar a relação entre a língua e a ideologia, compreendendo-se como a língua produz sentidos por/ para os sujeitos. A materialidade específica da ideologia é o discurso e a materialidade específica do discurso é a língua.

Depreende-se destas constatações que foi, em grande medida, condicionado por suas formações discursivas que o processo de descentralização da saúde no Município de Caxias do Sul ocorreu de forma diferenciada, em sua singularidade e antecipação histórica, do ocorrido nos demais municípios brasileiros, pois superou a inércia sistemática que acompanha toda ação governamental, surpreendendo a lógica que Arretche (2003) salientou como sendo persistente no funcionamento dos governos nos níveis sub-nacionais, qual seja, a de que o desempenho dos governos locais é em grande parte resultado do desenho institucional dos sistemas nacionais.

Apesar do processo de descentralização da atenção à saúde ter tido sua origem na instância federal a partir da Constituição de 1988, as formas de implementação da regionalização e municipalização do sistema tem sido objeto de interesse de inúmeros estudos em anos recentes, sob os mais diversos enfoques metodológicos, com vistas a um aumento da compreensão deste processo e dos modelos preponderantes de instrumentalização das condições básicas de assistência à saúde nos diferentes entes federados.

Nesta direção, o presente estudo inscreve-se no rol dos esforços intelectuais empreendidos com vistas a conhecer as particularidades regionais que a descentralização assume nesse contexto. Cada município adota um modelo de descentralização de acordo com sua própria característica, haja vista que nos diferentes locais onde ela foi desencadeada e implementada houve diferentes seguimentos, aceitações e dificuldades, exatamente por estar em sintonia com as particularidades de cada município.

A análise desta problemática sob a ótica das diferentes formações discursivas dos atores é um enfoque metodológico que se destina a descortinar as motivações e inclinações que estão na origem das movimentações políticas e sociais que conduziram à instauração de políticas públicas de forma singular e original na região da 5ª. Coordenadoria Regional da Saúde de forma geral e, mais especificamente, no Município de Caxias do Sul.

As evidências empíricas levantadas, apesar de não serem conclusivas e de retratarem uma realidade local que não é passível de generalização, tem por mérito abrir a perspectiva futura de uma agenda de pesquisas bastante promissora, a partir da qual podem ser efetivadas novas investigações, de cunho metodológico semelhante, destinadas a corroborar ou refutar as conclusões ora apresentadas, auxiliando os gestores públicos e a comunidade acadêmica em geral a formularem um modelo de gestão que torne a descentralização da atenção à saúde um processo menos aleatório, minimizando a sujeição do processo a acontecimentos casuais e fortuitos ou a interesses desta ou daquela gestão, submetendo-se ao interesse maior de promoção da saúde da população..

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ABRUCIO, Fernando L. O Ultrapresidencialismo Estadual. In: ANDRADE, Regis de C. (Org.) *Processo de governo no Município e no Estado: uma análise a partir de São Paulo*. São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo, 1998.

AGAR, M. M. *The Professional Stranger: an informal introduction to ethnography*. New York: Academic Press, 1980.

ALMEIDA, Célia Maria de. Reforma do Estado e reforma de sistemas de saúde: experiências internacionais e tendências de mudança. *Ciência & Saúde Coletiva* V.4, n.2, 1999, p. 263 – 286.

ANDERSON, Richard C. Frameworks for comprehending discourse. *American Educational Research Journal*, September 21, v. 14, p. 367-381, 1976.

ANDRADE, Regis de Castro. (Org.). *Processo de Governo no Município e no Estado: uma análise a partir de São Paulo*. São Paulo: Edusp/Fapesp, 1998.

ARRETCHE, Marta. *Estado Federativo e Políticas Sociais: determinantes da descentralização*. Rio de Janeiro: Revan; São Paulo: Fapesp, 2000.

_____. Financiamento Federal e Gestão Local de Políticas Sociais: O difícil equilíbrio entre regulação, responsabilidade e autonomia. *Revista Antropologia Política e Filosofia da UNESP*. São Paulo, 2003.

ARRETCHE, M. A política da política de saúde no Brasil. In: LIMA, Nísia, T.; GERSCHMAN, Silvia.; EDLER, Flavio, C.; SUÁREZ, Julio, M. *Saúde e Democracia: história e perspectivas do SUS*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2005, p. 285-306.

ASSIS, Marluce Maria Araújo. *A Municipalização da Saúde: intenção ou realidade? Análise de uma experiência concreta*. Feira de Santana: Universidade Estadual de Feira de Santana, Bahia: 1998.

BARCELLOS, C.; ROJAS, L. I. *O território e a vigilância da saúde*. EPSJV:Programa de Formação de Agentes Locais de Vigilância em Saúde - Proformar – Unidade de Aprendizagem I, Módulo III. Rio de Janeiro, 2004.

BENNIS, W. G. *Changing organizations: essays on the development and evolution of human organization*. New York: McGraw-Hill Book Company, 1966.

BODSTEIN, Regina. Atenção básica na agenda da saúde. *Ciência & Saúde Coletiva* V.7, n.3, 2002, p.401 – 412.

BORDIN, Ronaldo. *Definições de Prioridades em Saúde: Os Conselhos Municipais de Saúde e os Critérios para Hierarquização de Prioridades*. Porto Alegre: Dacasa, Programa de Desenvolvimento da Gestão em Saúde – PDG Saúde, 2002.

_____. *Os Sistemas Locais de Saúde: Os conselhos Municipais de Saúde e os Critérios para Hierarquização de Prioridades*. Tese de Doutorado Programa de Pós-Graduação em Administração – PPGA – UFRGS, 1999.

BRANDÃO, Helena Hathsue Nagamine. *Introdução à análise de discurso*. 2. ed. Campinas: Unicamp, 2004.

BRASIL, MPAS. M.S.; MEC *Ações Integradas de Saúde*. Brasília. 03 de Maio de 1984.

_____. Ministério da Saúde. *Relatório VIII Conferência Nacional de Saúde*. Brasília: Ministério da Saúde, 1987.

_____. Constituição de 1988. *Constituição: República Federativa do Brasil*. Brasília, DF: Senado Federal, 1988.

_____. *Lei nº8080*, 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. *Diário Oficial da União*, Brasília, 20 de setembro 1990, p. 18055-18059.

_____. *Lei nº8142* de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde-SUS e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. *Diário Oficial da União*, Brasília, 31 de dezembro 1990, p. 25694.

_____. Ministério da Saúde. *Descentralização das Ações e Serviços de Saúde- a ousadia de cumprir e fazer cumprir a lei*. Brasília, 1993.

_____. Ministério da Saúde. *NOB-SUS 01/96. Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde/SUS*. Publicada no D.O.U em 06/11/1996, Brasília, 1997.

_____. Ministério da Saúde. *Informe da Atenção Básica da Secretaria de Políticas de Saúde do Ministério da Saúde*, Brasília, agosto de 2001.

_____. Ministério da Saúde. *Regionalização da assistência à saúde: aprofundando a descentralização com equidade no acesso*. Norma Operacional da Assistência à saúde: NOAS-SUS 01/01 e Portaria MS/MG nº 95 Brasília: Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde, 2001.

_____. Ministério da Saúde, Gabinete do Ministro, Portaria Nº 373, de 27 de fevereiro de 2002. *Norma Operacional da Assistência à Saúde/ SUS – NOAS-SUS 01/02*. Publicada no Diário Oficial da União em 28/02/2002.

_____. Portaria GM/MS 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, SUS 01/93. Diário Oficial da União 1993; 24 mai.

_____. I.B.G.E. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Disponível em: www.ibge.gov.br. Acessado em: 03 de abril de 2007.

BOURDIEU, Pierre. *As Regras da Arte: gênese e estrutura do campo literário*. 2. ed. São Paulo: Companhia das Letras, 2005.

BREWER, Garry D.; DE LEON, Peter. *The foundations of policy analysis*. Homewood: Dorsey Press, 1983.

BUENO, W. S. MERHY, E. E. *Os equívocos da NOB 96: Uma proposta em sintonia com os projetos Neoliberalizantes?* Disponível em: <http://www.datasus.gov.br/cns/temas/NOB96/NOB96crit.htm> Acesso em: 11.ago. 2003.

CORDEIRO, H. *Sistema Único de Saúde*. Rio de Janeiro : Ayuri/Abrasco, 1991.

COSTA, Rogério H da. *O Mito da Desterritorialização: do fim dos "territórios" à multiterritorialidade*. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2004.

COUTO, Cláudio Gonçalves. *Negociação, decisão e governo: padrões interativos na relação executivo-legislativo e o caso paulistano*. In: ANDRADE, Régis de Castro (Org.). *Processos decisórios na Câmara dos Vereadores e na Assembléia Legislativa de São Paulo*. São Paulo: Edusp/Fapesp, 1998.

DALLA VALLE, Ana Maria Mejolaro. *A Gestão da Saúde no RS e a Ação dos Conselhos Municipais de Saúde*. 2002. 198 p. Dissertação (Programa de Pós-Graduação em Economia) UNISINOS – Universidade do Vale do Rio dos Sinos, São Leopoldo, 2002.

DEMO, Pedro. *Metodologia científica em ciências sociais*. São Paulo: Atlas S.A, 3ª ed., 1995.

DERY, David. *Policy by the way: when policy is incidental to making other policies*. *Journal of Public Policy*, v. 18, n. 2, may-aug., 1999, p. 163-176.

DE TONI, D.; MILAN, G. S. *A Configuração da Imagem dos Gestores sobre o Conceito de Estratégia*. *Revista de Administração Mackenzie*, v.9, n.6, 2008.

DICHTER, E. *What's in an Image*. *Journal of Consumer Marketing*, v.2, n.1, p.71-81, 1985.

DIEESE. *O trabalhador e a saúde complementar*. Nota Técnica, n. 82, 2009.

ESCOREL, Sarah, NASCIMENTO, D. R.; EDLER, Flavio C. *As Origens da Reforma Sanitária e do SUS*. Saúde e Democracia: História e perspectivas do SUS. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2005.

FAIRCLOUGH, Norman. *Critical Discourse Analysis: the critical study of language*. London: Longman, 1995.

FERREIRA, Marcos Artêmio F. et al. O Mix Público-Privado da Agenda de Saúde: o perfil do gasto público em Santa Cruz do Sul, RS. II Seminário Internacional sobre Desenvolvimento Regional – Universidade de Santa Cruz do Sul – RS. Gravado em CD Rom EDUNISC. ISBN: 85-7578-072-7. 28/09 á 01/10/2004.

FERLA, Alcindo A.; FAGUNDES, Sandra M. S. (Org.) *O fazer em saúde coletiva: inovações da atenção à saúde no Rio grande do Sul*. Porto Alegre: DaCasa; Escola de Saúde Pública/RS, 2002.

_____ *Tempo de Inovações: a experiência da gestão na saúde do Rio Grande do Sul*. Porto Alegre: DaCasa; Escola de Saúde Pública/RS, 2002.

FIGUEREDO, Adriana Maria et al. Descentralização e Poder Local em Minas Gerais. *Revista de Administração Pública*, Rio de Janeiro, n. 32, v.4, p. 27-4, agosto, 1998.

FOUCAULT, Michel. *A arqueologia do saber*. 7. ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2004.

GIOVANELLA, Ligia.; FLEURY, Sonia. Universalidade da Atenção à saúde: acesso como categoria de análise. In: EIBENSCHUTZ, Catalina (Org.) *Política de saúde: o público e o privado*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1996.

GONDIM, M. M.; MONKEN, M.; ROJAS, L. I.; BARCELLOS, C.; PEITER, P.; NAVARRO, M.; GRACIE, R. O território da saúde: a organização do sistema de saúde e a territorialização. *Saúde Coletiva*, v. 10, p. 1-22, 2008.

IBANHES, Lauro Cesar, HEIMANN, Luiza Sterman, JUNQUEIRA, Virginia. Governança e regulação na saúde: desafios para a gestão na Região Metropolitana de São Paulo, Brasil. *Cad. Saúde Pública* [online]. 2007, vol. 23, no. 3 [citado 2007-11-19], pp. 575-584.

IÑIGUEZ, Lupicinio. (Coord.). *Manual de Análise do Discurso em Ciências Sociais*. Petrópolis, RJ: Editora Vozes, 2004.

LAKATOS, Eva Maria; MARCONI, Marina de Andrade. *Fundamentos de Metodologia Científica*. São Paulo: Atlas, 1999.

LANDAU, Martin. On the concept of a self-correcting organization. *Public Administration Review*, Nov./Dec., 1973.

LIMA, Nísia Trindade et al. (orgs.). *Saúde e Democracia: História e perspectivas do SUS*. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2005.

LIMA, Nísia Trindade. *Um Sertão Chamado Brasil: intelectuais e representação geográfica da identidade nacional*. Rio de Janeiro: luperj/Revan, 1999.

MAINGUENEAU, D. *Novas tendências em análise do discurso*. 3. ed. Campinas: Editora da UNICAMP, 1997.

MAJONE, G. *Evidence, Argument & Persuasion in the Policy Process*. New Heaven: Yale University Press, 1989.

MARQUES, E.; TORRES, H. G. Políticas sociais e território: uma abordagem metropolitana. *São Paulo em Perspectiva*, v. 18, n. 4. p. 28-38, 2004.

MARSHALL, B. L. *Engendering Modernity. Feminism, social theory and social change*. Cambridge: Polity Press, 1994.

MARSHALL, H., *Cidadania, Classe Social e Status*. Rio de Janeiro: Editora: Zahar, 1987.

MAY, Judith V.; WILDAVSKY, Aaron B. *The policy cycle*. New York: Sage Publications, 1978.

MÉDICI, André Cezar; Silva, Pedro Luiz Barros da. A administração flexível: uma introdução às novas filosofias de gestão. *Revista Adm. Pública*: 26-36, jul.-set. 1993.

MENDES E. V. A construção social da vigilância à saúde do distrito sanitário. *Série Desenvolvimento de Serviços de Saúde*, n. 10, p. 7-19, Brasília, OPS, 1993.

MENICUCCI, T. M. G. *Público e privado na política de assistência à saúde no Brasil: atores, processos e trajetórias*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2007.

MILAN, G. S.; RIBEIRO, J. L. D. A Influência do Departamento de Pós-venda na Retenção de Clientes: um estudo qualitativo em uma empresa de medicina de grupo. *Gestão e Produção*. V.10, n.2, p.197-216, 2003.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Lei nº. 9.656, de 3 de junho de 1998. Dispõe sobre os planos e seguros privados de assistência à saúde. Diário Oficial da União, 4 de jun., 1998.

MILLS, Anne et al. *Health System Decentralization: concepts, issues and country experience*. Geneva: World Health Organization, 1990.

MISOCZKY, Maria Ceci A. *O campo da atenção à saúde após a constituição de 1988: uma narrativa de sua produção social*. Porto Alegre: Dacasa/PDGSaúde, 2002.

NOGUEIRA, M. A. A dimensão política da descentralização participativa. São Paulo em Perspectiva: *Revista da Fundação SEADE*, v. 11, n. 3, jul-set, p. 8-19, 1997.

OMS/UNICEF. Relatório da Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde, Alma-Ata, Rússia. Brasília: UNICEF, 1979.

OLIVA-AUGUSTO, M. H. & COSTA, O. V. Entre o público e o privado: a saúde hoje no Brasil. *Tempo Social*, São Paulo, v. 11, n. 2, p. 199-217, fev, 2000.

OLSON, Mancur. *The logic of collective action*. Cambridge, Massachusetts.: Harvard University Press, 1965.

OPAS. Desarrollo y fortalecimiento de los sistemas locales de salud en la transformación de los sistemas nacionales de la salud. In: OPAS. *Desarrollo y fortalecimiento de los Sistemas Locales de Salud*. Washington: OPAS, 1989.

ORLANDI, Eni P. *Análise de Discurso: princípios e procedimentos*. 5. ed. Campinas, SP: Pontes, 2003.

OSBORNE, David; GAEBLER, Ted. *Reinventando o Governo*. São Paulo: Editora M.H. Comunicação, 1992.

PETERS, Guy B.; PIERRE, Jon. *Handbook of Public Administration*. London: Sage Publications, 2003.

PINHEIRO, Roseni. *Os Conselhos Municipais de Saúde: o direito e o avesso*. Dissertação de Mestrado em Saúde Coletiva. Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, 1995.

PINTO, C. R. J. *Com a palavra o senhor Presidente Sarney: ou como entender os meandros da linguagem do poder*. São Paulo: Hucitec, 1989.

PIOVESAN, Deysi Leana Bottin. *Projeto Municipal de Expansão do Programa de Saúde da Família*. Caxias do Sul, 2003.

ONZI, Justina Inez. *Secretaria Municipal da Saúde, Caxias do Sul*. 09/2003.

ORLANDI, E. P. *Discurso e Leitura*. São Paulo: Cortez; Campinas: Editora da Universidade Estadual de Campinas, 1993.

PRESSMAN, Jeffrey L.; WILDAVSKY, Aaron. *Implementation: How Great Expectations in Washington Are Dashed in Oakland*. California: UC Press, 1984.

REICH, Robert B. *The Power of Public Ideas*. Cambridge: Ballinger Publishing Company, 1988

RIBEIRO, J. M.; COSTA, N. R.. Regionalização da Assistência à Saúde no Brasil: os consórcios municipais no Sistema Único de Saúde (SUS). *Planejamento e Políticas Públicas*. n. 22, dez. 2000.

RIBEIRO, J.L.D.; MILAN, G. S. Planejando e Conduzindo Entrevistas Individuais. In: Ribeiro e Milan (eds). *Entrevistas Individuais: teoria e aplicações*. Porto Alegre: FEEng/UFRGS, 2004, cap. 1, p. 9-22.

RIBEIRO, P. T. Direito à saúde: integridade, diversidade e territorialidade. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 12, n. 6, p. 1525-1532, 2007.

RIETRA, Rita de Cássia Paiva. *Inovações na gestão em saúde mental: um estudo de caso sobre o CAPS na cidade do Rio de Janeiro*. [Mestrado] Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública; 1999. 125 p.

ROSA, R. dos S.; BORDIN, R. *Reforma do Estado e Saúde Supletiva*. Curso de Especialização de Equipes Gestoras de Sistemas e Serviços de Saúde – Lajeado. Universidade Federal do Rio Grande do Sul – RS. Escola de Administração, 2003.

SABATIER, P.; JENKINS, S. The Advocacy Coalition Framework: An Assessment. In: SABATIER, P. (Ed.) *Theories of the Policy Process*, Boulder, Co.: Westview Press, 1999, p. 117 – 166.

SANTOS, Lenir. Sistema Único de Saúde e o Sistema de Controle Interno e Externo. Disponível em: www.conasems.com.br/lenir1.doc.1998. Acessado em: 23 de maio de 2007.

SANTOS, Milton. *Espaço e método*. 4. ed. São Paulo: Nobel, 1997.

SECRETARIA DA SAÚDE. *Saúde e Cidadania*. Disponível em: <http://www.saude.sc.gov.br/gestores/sala_de_leitura/saude_e_cidadania/ed_01/02.html>. Acesso em: 03.ago.2009.

SILVA, P. L. B. ; MELO, M. A B. *O Processo de implementação de políticas públicas no Brasil*: características e determinantes da avaliação de programas e projetos. Núcleo de Estudos e Políticas Públicas, Unicamp, Cad. 48. 2000.

SOROKA, Stuart N. *Agenda-Setting Dynamics in Canada*. Vancouver: UBC Press, 2002.

SOUTO MAIOR, J. L. *As funções do poder judiciário trabalhista em um Estado Federal*. São Paulo: Júris Síntese, p. 1-8, 1998.

SOUZA, Celina. Governos e sociedades locais em contextos de desigualdades e de descentralização. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 7, n. 3, p. 431-442, 2002.

STABLEIN, R. O que são dados nos estudos organizacionais. In: CLEGG, S. R. HARDY, C. NORD. W. R. *Handbook de estudos organizacionais*: reflexões e novas direções, São Paulo: Atlas, 1999.

TEIXEIRA, Carmen F. Promoção e vigilância da saúde no contexto da regionalização da assistência à saúde. *Cadernos de Saúde Pública*, v.18 supl. Rio de Janeiro, 2002.

TEIXEIRA, Carmen Fontes; SOLLA, Jorge Pereira. Modelo de atenção à saúde no SUS: trajetórias do debate conceitual, situação atual, desafios e prespectivas. In: LIMA, Nísia Trindade (Org.). *Saúde e democracia*: história e perspectivas do SUS. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2005.

TORRES, Haroldo da Gama; MARQUES, Eduardo Cesar. Pobreza e distribuição espacial de grupos sociais na metrópole de São Paulo. *Cadernos Adenauer*, São Paulo, 2004.

VALLADARES, Licia; COELHO, Magda Prates (orgs.). *Governabilidade e pobreza no Brasil*. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 1995.

VASCONCELLOS, Miguel M. Serviços de Saúde: uma revisão de processos de regionalização, análises de padrões espaciais e modelos de localização In: NAJAR, Alberto L. (Org.) *Saúde e espaço: estudos metodológicos e técnicas de análise*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1998.

WEIGELT, Leni Dias. *Política pública de saúde: um estudo sobre o processo de implementação da descentralização/regionalização da saúde na região do Vale do Rio Pardo – RS*. Tese de Doutorado. UNISC, 2006.

YUNES, João. *O SUS na Lógica da Descentralização*. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php>. Acessado em 10 de junho de 2005.

ANEXOS

ANEXO A

DADOS GERAIS SOBRE O MUNICÍPIO DE CAXIAS DO SUL

População (2006):	412.053
Renda per capita (2003):	R\$ 17.028,00
Área (2005):	1.643,9 km ²
Distâncias:	Porto Alegre: 127 Km; Brasília (DF): 2.132 Km; São Paulo: 992 Km
Densidade Demográfica (2005):	243,5 hab/km ²
Taxa de analfabetismo (2000):	3,65 %
Expectativa de Vida ao Nascer (2000):	74,11 anos
Coeficiente de Mortalidade Infantil (2006):	13,08 por mil nascidos vivos
PIBpm (2003):	R\$ 6.613.409.000
PIB per capita (2003):	R\$ 17.028
Exportações Totais (2006):	US\$ FOB 785.744.084
ICMS (2004):	R\$ 355.544.654
Data de criação:	20/06/1890 (Lei n ^o . 257)

Fonte:FEE. – Fundação de Economia e Estatística, 2007.

ANEXO B

ROTEIRO DAS ENTREVISTAS

Pesquisa de campo desenvolvida pelo acadêmico Emerson Luis de Vargas, para a obtenção do título de Mestre em Desenvolvimento Regional da UNISC – Universidade de Santa Cruz do Sul.

A presente pesquisa visa abordar o tema da municipalização da saúde em Caxias do Sul e a repercussão nos Municípios da 5ª. Coordenadoria Regional de Saúde.

As perguntas abaixo apenas servem de roteiro para seguir um raciocínio sobre o fato em questão.

1. Nome e cargo que ocupava na época em estudo
2. Como se deu o processo de municipalização da saúde nessa época
3. Quais os fatores facilitadores e obstaculizadores desse processo de implantação da gestão municipalizada de saúde
4. Como foi tramitado esse processo junto aos municípios da 5ª. Coordenadoria de Saúde – a questão da regionalização como decorrência do processo de municipalização plena de Caxias do Sul;
5. Houve estratégias específicas para que o processo de municipalização da saúde fosse implantado?
6. Alguma coisa que mais tenha lhe chamado a atenção nesse processo?

Desde já agradeço, em meu nome e da Instituição a que represento, bem como ao meu Orientador Prof. Dr. Marcos Artêmio Fischborn Ferreira.

Caxias do Sul, abril de 2008.

Emerson Luis de Vargas
Mestrando em Desenvolvimento Regional - UNISC