

**PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM DESENVOLVIMENTO REGIONAL –
MESTRADO E DOUTORADO
ÁREA DE CONCENTRAÇÃO SOCIEDADE, POLÍTICAS PÚBLICAS E
DESENVOLVIMENTO REGIONAL**

Leni Dias Weigelt

**POLÍTICA PÚBLICA DE SAÚDE: UM ESTUDO SOBRE O PROCESSO DE
IMPLEMENTAÇÃO DA DESCENTRALIZAÇÃO/REGIONALIZAÇÃO DA SAÚDE
NA REGIÃO DO VALE DO RIO PARDO-RS.**

Santa Cruz do Sul, maio de 2006.

Leni Dias Weigelt

**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 apresentada ao Programa de Pós-Graduação
em Desenvolvimento Regional – Mestrado e
Doutorado da Universidade de Santa Cruz do Sul,
para a obtenção do título de doutora em
Desenvolvimento Regional.

Orientador: Prof. Dr. Prof. Dr. Marcos Artêmio
Fischborn Ferreira

Santa Cruz do Sul, maio de 2006.

Leni Dias Weigelt

**POLÍTICA PÚBLICA DE SAÚDE: UM ESTUDO SOBRE O PROCESSO DE
IMPLEMENTAÇÃO DA DESCENTRALIZAÇÃO/REGIONALIZAÇÃO DA SAÚDE
NA REGIÃO DO VALE DO RIO PARDO-RS.**

Esta tese foi submetida ao Programa de Pós-Graduação em Desenvolvimento Regional – Mestrado e Doutorado, Área de Concentração Sociedade, Políticas Públicas e Desenvolvimento Regional, da Universidade de Santa Cruz do Sul - UNISC, como requisito para a obtenção do título de doutora em Desenvolvimento Regional.

Prof. Dr. Marcos Artêmio Fischborn Ferreira
Professor Orientador – Presidente da Banca

Membro da Banca: *Prof. Dr. Mario Riedl*
Universidade de Santa Cruz do Sul – UNISC

Membro da Banca: *Prof^a. Dra. Ana Zoé Schilling da Cunha*
Universidade de Santa Cruz do Sul – UNISC
Secretaria Municipal de Saúde de Santa Cruz do Sul

Membro da Banca: *Prof^a. Dra. Carmen Fontes de Souza Teixeira*
Universidade Federal da Bahia – UFBA

Membro da Banca: *Prof^a. Dra. Iara de Moraes Xavier*
Universidade do Rio de Janeiro – UNIRIO

AGRADECIMENTOS

Aos meus filhos Diego e Aline, grandes razões de minhas lutas e esperanças;

Ao meu esposo, companheiro Sergio, que não raras vezes foi parceiro nos fins de semana trabalhados;

Aos meus pais Jovelino e Edy por estarem sempre próximos e me acolherem nas horas de cansaço e fragilidade;

Ao meu orientador e amigo Dr. Prof. Marcos Artêmio F. Ferreira, pelo exemplo de competência, entusiasmo e paciência;

Aos professores e colegas do Programa de Pós-Graduação em Desenvolvimento Regional, mestrado e doutorado, pelas trocas realizadas no trabalho interdisciplinar;

Às incansáveis amigas e competentes bolsistas, que muito contribuíram no desenvolvimento desse trabalho, Fernanda Müller e Francielle Lenz;

Aos meus colegas do Departamento de Enfermagem e Odontologia da UNISC, pela compreensão, apoio e colaboração, em especial aos amigos que contribuíram com pertinentes pontuações nesse trabalho;

Aos colegas profissionais de saúde da 13ª Coordenadoria Regional de Saúde, delegado Gilberto Gonçalves, e demais técnicos pelo acolhimento e apoio na realização desse estudo, em especial ao José Altamir V. Ferreira e Maria Luiza Macedo, pela atenção e carinho;

Aos prefeitos, secretários de saúde e demais profissionais das equipes gestoras da 13ª Coordenadoria Regional dos municípios de abrangência dessa coordenadoria, pela permissão e colaboração;

Aos colegas do Conselho Regional de Saúde, pela contribuição;

Aos usuários dos serviços de saúde, desígnio desse estudo, pela participação.

RESUMO

A implementação dos princípios do SUS enfrenta múltiplos desafios, pelas características próprias da configuração do país e das diversas instituições envolvidas. A regionalização da saúde tem sido um modelo de estratégia adotado pelo Ministério da Saúde com vistas a orientar a organização desse sistema. O objetivo é o de conformar uma rede hierarquizada, atuando articulada em um território regional uma vez que a maioria dos municípios apresenta recursos humanos, materiais, tecnológicos e orçamentários aquém das necessidades dos usuários. A abordagem do processo de implementação da regionalização da saúde foi efetuada através de análise política de um estudo de caso que inclui as diversas realidades dos municípios no âmbito da 13ª Coordenadoria Regional de Saúde, no Vale do Rio Pardo – RS, suas principais arenas decisórias, depoimentos dos atores envolvidos, bem como documentos (atas de reuniões do Conselho Regional de Saúde e da Comissão Intergestora Bipartite, Normas Operacionais e demais registros referentes à regionalização). Na dinâmica de implementação da política de Regionalização da Saúde pode-se detectar uma diversidade de interesses e jogos de poder, envolvendo diferentes atores e instâncias de governo, arranjos institucionais e organizacionais que influenciam e norteiam a implementação e formulação da política, assim como a dinâmica decisória – quais os atores são mais presentes nas disputas, quais se colocam de forma periférica, atuando decisivamente apenas em momentos estratégicos. Como fatores obstaculizadores ao processo estudado aparecem as condições dos municípios da região por suas diversidades econômicas e populacionais, relevantes por deixarem explícitas as diferenças de postura e de capacidade política para se integrarem num processo de concertação. Ao potencializarem as contradições a partir dos interesses distintos comprometem os processos de mediação das relações regionais. Além disso, a situação financeira do setor saúde é um dos fatores mais declarados e apontados como entrave. O término do mandato e a alternância de governos também, de alguma forma, interferem nas políticas de saúde e os recursos que já são poucos, acabam sendo diluídos em diversos e novos programas. As iniciativas pontuais que respondem a demandas emergenciais de cada município, desarticuladas do contexto coletivo, enfraquecem a articulação dos gestores enquanto grupo. Nesse cenário de diferenças e múltiplos interesses, o estudo revelou a necessidade de acompanhamento constante e efetivo da Coordenadoria Regional de Saúde na coordenação desse processo. Tal interferência pode ser decisiva para transformar a cultura competitiva em cooperação e solidariedade entre os municípios.

ABSTRACT

The implementation of the principles of the Unified Health System (SUS) faces multiple challenges due to the characteristics of the country diversity and the several institutions involved in the problem. The strategy of regionalization of the health system has been adopted by the Health Ministry aiming at guiding the organization of that system. The goal is to conform a hierarquized network with the possibility of extrapolating the territory of a county with human resources, medical equipments, information technology and professional training. The understanding of the implementation process of health regionalization was oriented through the political analysis by a case study, which analyzed the municipal realities of the 13th Regional Health Coordination, located in the Rio Pardo Valley – RS: the decision making process, the involved actors' discourses, as well as official documents (Operational Norms, meetings' records of the Regional Health Council and of the Intermanager Bipartite Commission, and other registrations regarding regionalization). The policy implementation dynamics of Health Regionalization sets a diversity of interests and power groups, involving different actors and government instances, mechanisms, institutional and organizational arrangements that influence and orientate the implementation and formulation of health policies, as well as the decision taking dynamics. As hindering factors to the studied process, we analyzed the conditions of the counties of the region due to their economic and demographic diversities, thus compromising the process of mediation of the regional relationships. Furthermore, the financial difficulties of the health sector is one of the most mentioned problems and pointed as impediment. The end of the mandate and the government changes by frequent and not coincident electoral processes at state and county levels also interfere in the political dynamics of health and the distribution of the scarce resources. The punctual initiatives that react to emergency demands of each county, apart of the collective context, weakens the managers' articulation as a group. In that scenery of differences and

multiple interests, the study revealed the need for constant and effective follow-up of the health regional coordination of the process. Such interference might be decisive to transform the competitive culture in cooperation and solidarity among the counties.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

QUADRO 1 – COMPARATIVO DE VALORES ALOCADOS PELA SES/RS DIRETAMENTE NAS MACRORREGIÕES DO ESTADO DO RS NOS ANOS DE 1995 A 2000, EM VALORES NOMINAIS E PER CAPITA*	53
MAPA 1: MACRORREGIÕES DO ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL, SECRETARIA DA SAÚDE DO ESTADO-SES	55
FIGURA 1: ESTRUTURA INSTITUCIONAL E DECISÓRIA DO SUS	64
QUADRO 2– A RELAÇÃO CONCEITUAL DO PODER AMPARADA EM FOUCAULT, WEBER E BOURDIEU	69
QUADRO 3 - CARACTERÍSTICAS DAS VISÕES DE PODER	71
QUADRO 4 – CARACTERÍSTICAS DO PLURALISMO E CORPORATIVISMO	75
QUADRO 5 – SÍNTESE DAS TRÊS VERTENTES DA ABORDAGEM NEO-INSTITUCIONALISTA ...	85
MAPA 2 – PROPOSTA DE REGIONALIZAÇÃO, 13ª CRS-RS, MICRORREGIÕES 2001	93
QUADRO 6 – LOCALIZAÇÃO DA SEDE DO MÓDULO ASSISTENCIAL	94
QUADRO 7 – DISTRIBUIÇÃO DOS MUNICÍPIOS GAÚCHOS E NO ÂMBITO DA 13ª CRS, SEGUNDO A POPULAÇÃO E O PORTE DOS MESMOS	108
QUADRO 8 – SUJEITOS PESQUISADOS	123
FIGURA 2 – DIFERENTES ABORDAGENS DE ANÁLISE DE DISCURSO	127
FIGURA 3 – QUADRO TRIDIMENSIONAL DA TEORIA SOCIAL DO DISCURSO	129
QUADRO 9 – CATEGORIAS PARA ANÁLISE CRÍTICA DO DISCURSO	133
QUADRO 10 – REPASSE FINANCEIRO DO FUNDO ESTADUAL AOS MUNICÍPIOS 2004	171
QUADRO 11 – SÍNTESE DAS ATAS DA COMISSÃO INTERGESTORA BIPARTITE REGIONAL (CIB REG.), DE JULHO DE 2003 A DEZEMBRO DE 2004	176
QUADRO 12 – SÍNTESE DAS ATAS DO CONSELHO REGIONAL DE SAÚDE (CRS), NO PERÍODO DE 2003 A 2004	189

LISTA DE TABELAS

TABELA 1 - HABILITAÇÃO DOS MUNICÍPIOS BRASILEIROS, POR ESTADO, NA NOB SUS 01/96. SITUAÇÃO EM DEZEMBRO DE 2001.....	42
TABELA 2 – RECURSOS FEDERAIS PARA CUSTEIO DA ATENÇÃO À SAÚDE NO SUS, DESPENDIDOS MENSALMENTE. BRASIL – 2000-2004*.....	169

LISTA DE ABREVIATURAS

13ª CRS	13ª Coordenadoria Regional de Saúde
CES	Conselho Estadual de Saúde
CIB	Comissão Intergestora Bipartite
CIB Reg.	Comissão Intergestora Bipartite Regional
CIT	Comissão Intergestora Tripartite
CMS	Conselho Municipal de Saúde
CONASS	Conselho Nacional de Secretários de Saúde
CONASEMS	Conselho Nacional de Secretários de Saúde Municipais
CRS	Conselho Regional de Saúde
GPAB	Gestão Plena da Atenção Básica
GPSM	Gestão Plena do Sistema Municipal
OMS	Organização Mundial de Saúde
NOAS	Norma Operacional de Assistência à Saúde
NOBs SUS	Normas Operacionais Básicas do Sistema Único de Saúde
OPAS	Organização Pan-Americana de Saúde
PAB	Piso de Atenção Básica
PACS	Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PPI	Programação Pactuada Integrada
PSF	Programa de Saúde da Família

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO.....	14
PRIMEIRA PARTE.....	20
ANCORAGEM TEÓRICO-PRÁTICA	20
1.O MOVIMENTO SANITÁRIO,.....	21
DESCENTRALIZAÇÃO E REGIONALIZAÇÃO:.....	21
OS RUMOS DA POLÍTICA PÚBLICA BRASILEIRA DE SAÚDE	21
1.1. FEDERALISMO, DESCENTRALIZAÇÃO/REGIONALIZAÇÃO: A BUSCA DE MAIS EFICIÊNCIA E MAIS DEMOCRACIA.....	26
1.2 A POLÍTICA DE SAÚDE E OS DESAFIOS DE SUA IMPLEMENTAÇÃO.....	33
1.3 O PROCESSO DE REGIONALIZAÇÃO DA SAÚDE NO RIO GRANDE DO SUL.....	50
2. O PROCESSO DECISÓRIO EM POLÍTICAS PÚBLICAS: FORMULAÇÃO E IMPLEMENTAÇÃO DA POLÍTICA.....	59
2.1 O PODER NO CAMPO POLÍTICO-SOCIAL DO PROCESSO DE REGIONALIZAÇÃO DA SAÚDE	65
2.2 VISÕES SOBRE AS RELAÇÕES ESTADO-SOCIEDADE EM ANÁLISE POLÍTICA.....	72
2.3 A EMERGÊNCIA DA INSTITUIÇÃO NO CAMPO DAS RELAÇÕES POLÍTICAS E SOCIAIS E DA ANÁLISE POLÍTICA.....	78
2.4 O NEO-INSTITUCIONALISMO: ABORDAGEM TEÓRICA PARA O ENTENDIMENTO E A ANÁLISE DO PROCESSO DE REGIONALIZAÇÃO DA SAÚDE.....	82
3. A REGIONALIZAÇÃO DA SAÚDE NO ÂMBITO DA 13ª COORDENADORIA REGIONAL DE SAÚDE - RS.....	92
3.1 Os MUNICÍPIOS ENVOLVIDOS NO PROCESSO DE IMPLEMENTAÇÃO DA REGIONALIZAÇÃO DA SAÚDE.....	93
3.1.1 <i>Microrregião I</i>	95
3.1.2 <i>Microrregião II</i>	99
3.2 As ARENAS DECISÓRIAS.....	108
3.2.1 <i>Os Conselhos de Saúde</i>	109
3.2.2 <i>A Comissão Intergestores Bipartite Regional</i>	111
SEGUNDA PARTE.....	112
PONTOS DE REFLEXÃO E ANÁLISE.....	112
4. O DESENVOLVIMENTO DA PESQUISA.....	113
5. A PRODUÇÃO DE SENTIDOS, AS REDES DE FORMULAÇÃO	121
E OS CAMPOS DE SIGNIFICAÇÃO.....	121
5.1 O DISCURSO COMO UMA FORMA DE AÇÃO SOCIAL.....	121
5.2 O DISCURSO DOS SUJEITOS ENVOLVIDOS NO PROCESSO DE REGIONALIZAÇÃO DA SAÚDE.....	123

6. A ANÁLISE CRÍTICA DO DISCURSO NO PROCESSO DE IMPLEMENTAÇÃO DA REGIONALIZAÇÃO DA SAÚDE: OS EFEITOS DE SENTIDO REPERCUTINDO NAS PRÁTICAS – CAMPOS DE SIGNIFICAÇÃO.....	126
6.1 A VISÃO DOS DIVERSOS ATORES SOBRE A REGIONALIZAÇÃO DA SAÚDE.....	135
6.2 A IMPORTÂNCIA DA REGIONALIZAÇÃO PARA OS ATORES ENVOLVIDOS E PESQUISADOS.....	146
6.3 PARTICIPAÇÃO E COMPROMISSO NA MODELAGEM DA REGIONALIZAÇÃO.....	151
6.4 PROCESSO DE INTERMEDIÇÃO DOS INTERESSES: SINTONIAS E DIVERGÊNCIAS.....	160
6.5 FATORES FACILITADORES E OBSTACULIZADORES DA REGIONALIZAÇÃO DA SAÚDE.....	166
6.6 A DINÂMICA DAS ARENAS DECISÓRIAS.....	172
6.6.1 <i>Estudo de Atas da Comissão Intergestora Bipartite Regional</i>	173
6.6.2 <i>Estudo de Atas do Conselho Regional de Saúde</i>	183
TERCEIRA PARTE.....	193
TEORIA E PRÁTICA: UM DIÁLOGO NECESSÁRIO.....	193
7. REGIONALIZAÇÃO DA SAÚDE: UM PROCESSO EM CONSTRUÇÃO.....	194
REFERÊNCIAS.....	202
ANEXOS.....	214
ANEXO A – OFÍCIO SOLICITANDO AUTORIZAÇÃO PARA REALIZAÇÃO DA PESQUISA.....	215
ANEXO B – CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO.....	217
ANEXO C – ROTEIRO PARA LEVANTAMENTO DE DADOS.....	219
ANEXO D – ENTREVISTA (ROTEIRO NORTEADOR).....	220
ANEXO E – ROTEIRO NORTEADOR PARA ENTREVISTA COM OS USUÁRIOS DOS SERVIÇOS DE SAÚDE:	221
ANEXO F – CARACTERÍSTICAS DOS MUNICÍPIOS.....	222
ANEXO G – OFÍCIO DO COMITÊ DE ÉTICA AUTORIZANDO A PESQUISA.....	223
ANEXO H – OFÍCIO DE AUTORIZAÇÃO DA PESQUISA PELA 13ª COORDENADORIA REGIONAL DE SAÚDE.....	225
ANEXO I – OFÍCIO DE AUTORIZAÇÃO DA PESQUISA PELA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE – SANTA CRUZ DO SUL....	226
ANEXO J – OFÍCIO DE AUTORIZAÇÃO DA PESQUISA COM USUÁRIOS DO HOSPITAL, PELA DIREÇÃO DO HOSPITAL SANTA CRUZ – SANTA CRUZ DO SUL.....	227
.....	227
ANEXO L – OFÍCIO DE AUTORIZAÇÃO DA PESQUISA COM USUÁRIOS DO HOSPITAL, PELA DIREÇÃO DO HOSPITAL SÃO SEBASTIÃO MÁRTIR – VENÂNCIO AIRES.....	228

INTRODUÇÃO

O movimento da Reforma Sanitária se fortaleceu com a 8ª Conferência Nacional de Saúde em que foi discutida e deliberada a reestruturação do Sistema Nacional de Saúde, direcionando à criação do Sistema Único de Saúde (SUS), consolidado na Constituição Federal de 1988. Essa Carta Magna coloca o Brasil, no que tange ao seu aparato legal, em uma condição de destaque no que diz respeito à cidadania, ao assegurar, no campo da saúde, o acesso universal e igualitário às ações e serviços para a promoção e recuperação da saúde, a mudança na concepção de saúde, a mudança da lógica curativa sobre a preventiva, propondo atendimento integral com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo às assistenciais; participação, em caráter complementar, da iniciativa privada; a mudança na forma de organização do sistema – destacando a descentralização – com direção única em cada esfera de governo e a participação da comunidade. Das diversas contradições existentes entre o que foi estabelecido por essa legislação (Artigo 198) e o que é colocado em prática, parece que a descentralização e a participação popular são os preceitos que ainda se mantêm com certo vigor na configuração do sistema de saúde.

A definição de descentralização pode ser construída a partir de determinadas concepções do contexto em que está sendo utilizada e também das posições de quem está definindo e utilizando-a. Desta forma, considera-se interessante apresentar e explorar de maneira sucinta, algumas das diversas dimensões desse termo na busca de sua construção situando que, nesse estudo, descentralização refere-se ao processo de implementação da regionalização da saúde, deixando de ser apenas administrativa, ou técnica e fiscal, e adquirindo uma natureza política, com a participação dos entes federados (União, Estado e Municípios) e da sociedade. Portanto, envolve por definição, relações intergovernamentais em

um estado federativo, com regime democrático, constituído por instâncias subnacionais com autonomia e independência no plano político-institucional, aberto a interesses diversos. Aponta-se a importância do poder local para a implementação dessa política, uma vez que, envolve um elevado volume de transferências de responsabilidades e atribuições. Entendendo como local, a(s) unidade(s) de governo a qual são transferidas as atribuições. Nesse caso, estão envolvidos os municípios, as macro e microrregiões e região do Vale do Rio Pardo.

A implementação dos princípios do SUS enfrenta múltiplos desafios, entre eles o da equidade, pelas características próprias da configuração do país, marcado por diversidade e desigualdades, tornando mais complexas as questões sociais e suscitando a intensificação de cuidados éticos na formulação/ implementação de políticas públicas miméticas. No intento de efetivar ou garantir tal disposição, a regionalização da saúde é entendida como uma das estratégias fundamentais para orientar a organização desse sistema, onde humanização e qualidade devem transversalizar a lógica de acesso universal e equânime.

Regionalização é a organização dos serviços de saúde, integrando as capacidades de diversos municípios da região, conformando uma rede hierarquizada de serviços de atenção à saúde da população local, podendo extrapolar o território de um município devido às necessidades dos usuários estarem aquém das suas condições de recursos humanos, materiais, tecnológicos e orçamentário. Diante de tais situações, se coloca a importância da regionalização da atenção à saúde, como uma articulação intermunicipal independente das formas de gestão em que os municípios se encontram. Na Norma Operacional de Assistência à Saúde do SUS, NOAS-SUS 01/01 ficou definida a Regionalização como estratégia de hierarquização dos serviços de saúde e de busca de maior equidade. Para isso, “o processo de regionalização deverá contemplar uma lógica de planejamento integrado, compreendendo as noções de territorialidade, na identificação de prioridades de intervenção e de conformação de sistemas funcionais de saúde, não necessariamente restritos à abrangência municipal, mas respeitando seus limites como unidade indivisível, de forma a garantir o acesso dos cidadãos a todas as ações e serviços necessários para a resolução de seus problemas de saúde, otimizando os recursos disponíveis” (MINISTÉRIO DA SAÚDE, NOAS 01/01, cap.I).

Cabe destacar que não existe um modelo único de regionalização. As especificidades regionais exigem normatividade flexível, que possibilite liberdade de construção de desenhos que dêem conta das necessidades locais e regionais e, portanto, adequação de estratégias às diferentes realidades. Sendo assim, a regionalização, dentro de um contexto de descentralização, pressupõe a diversidade de arranjos de gestão.

O entendimento do processo de implementação da regionalização da saúde, diante das considerações tecidas, passa pela análise dessa política, através de estudos de caso, com o objetivo de analisar as diversas realidades das regiões e dos estados, descrevendo peculiaridades e apontando alguns resultados. Assim, o estudo de uma especificidade, apesar de suas claras limitações, principalmente quanto à abrangência, ajuda na composição do quadro macro quanto aos processos de constituição dos fluxos da regionalização no país. O estado do Rio Grande do Sul conta com experiências significativas, que de certa forma têm contribuído na organização da atenção à saúde, em um movimento constante de avanços e recuos. O processo de implementação da regionalização da saúde em uma das regiões do estado do Rio Grande do Sul – âmbito da 13ª Coordenadoria Regional de Saúde/RS é o foco de atenção nesse estudo.

Na dinâmica de implementação da política de Regionalização da Saúde pode-se detectar uma diversidade de interesses e jogos de poder, envolvendo diferentes atores e instâncias de governo (federal, estadual e municipal), dos poderes públicos (executivo e legislativo), de instituições (públicas e privadas), de entidades profissionais dos territórios envolvidos (municípios), de prestadores e usuários dos serviços em negociações e conflitos. O Conselho Regional de Saúde e a Comissão Intergestora Bipartite Regional (CIB Reg.) foram as principais arenas decisórias envolvidas nesse estudo, por entender que são os espaços que oportunizam aos atores se mobilizarem em torno da política, disputando, estabelecendo coalizões e fazendo escolhas para colocar a mesma em ação, ou não. Essas instâncias colegiadas do Sistema Único de Saúde (SUS), enquanto locais de escolhas, embates e decisões políticas assumem responsabilidades na determinação dos rumos das políticas de saúde, uma vez que estão amparadas em diretrizes da Constituição Federal de 1988, das leis 8.080 e 8.142 de 1990.

O estabelecimento de determinadas políticas propiciou a constituição de identidades e clivagens sociais que se expressam em entendimentos (modalidades de negociação, arranjos) e condutas quanto às alternativas de políticas. Na análise desse processo de implementação utilizou-se de vertentes do neo-institucionalismo, de forma articulada, como referencial teórico, para entender de que forma as instituições interferem nessa dinâmica, nos comportamentos e resultados e além disso, a maneira como as mesmas são moldadas, considerando as investidas dos diferentes atores nas relações intra-institucionais e inter-institucionais. Assim, procurou-se atentar tanto para a engenharia operacional da política de regionalização, quanto para o legado das políticas prévias.

Em se tratando de política pública, se faz necessário considerar as instituições como referências importantes e, por que não, decisivas, no sentido de viabilizar a implementação da mesma, entendendo instituições tanto como organizações formais, como enquanto regras que estruturam os comportamentos¹. Inclusive, elas próprias podem ser vistas como estruturas institucionais, uma vez que colocam constrangimentos ao comportamento dos atores políticos e às decisões relativas aos bens públicos.

Nesse estudo procurou-se analisar o processo de implementação da descentralização/regionalização da saúde, no âmbito da 13ª Coordenadoria Regional de Saúde do Rio Grande do Sul, compreendendo o contexto que molda e condiciona a operacionalização dessa política pública. De maneira específica, identificar a configuração da regionalização da saúde que está sendo trabalhada por esses municípios e analisar as relações entre os atores sociais envolvidos, e como estão distribuídas as diversas formas de poder a interferirem nesse processo; assim como averiguar a dinâmica, os movimentos favorecedores e os obstaculizadores, como também investigar acerca do significado, importância e implicações deste processo para cada município e o conjunto dos mesmos.

Face ao exposto na análise da implementação da regionalização da saúde na região do Vale do Rio Pardo, no período de 2001 – 2004, foram utilizadas de forma conjugada

¹ Idéias de March y Olsen desenvolvidas por B. Guy Peters. *El nuevo institucionalismo*. Teoría institucional en ciência política. Barcelona: Gedisa, S.A., 2003.

observação participante, entrevistas, análise de documentos e reportagens jornalísticas. A relação e o cruzamento de múltiplos pontos de vista foram fundamentais para o entendimento dos discursos, das atitudes dos sujeitos pesquisados e dos rumos da política, permitindo assim maior clareza sobre a situação estudada, levando este trabalho a organizar-se em três partes.

A primeira corresponde à “Ancoragem Teórico-Prática”, abordando, no primeiro capítulo, aspectos da trajetória e características marcantes do movimento sanitário brasileiro, um exame dos conceitos de federalismo, descentralização e regionalização, possibilitando um entendimento da política de saúde e dos desafios de sua implementação, apontando os rumos da política pública de saúde brasileira – especificamente no Rio Grande do Sul. O segundo capítulo aborda aspectos teóricos do processo decisório em políticas públicas, sua formulação e implementação, ao falar das relações e do poder no processo de regionalização da saúde. Aborda também visões sobre as relações Estado – Sociedade e da emergência das instituições no campo das relações políticas e sociais e da análise política. Segue-se com uma revisão bibliográfica sobre o neo-institucionalismo como abordagem teórica para o entendimento e a análise do processo de regionalização da saúde. O terceiro capítulo é tecido de forma a explorar o objeto de estudo desta pesquisa, portanto, contextualizando a Regionalização da Saúde no âmbito da 13ª Coordenadoria Regional de Saúde.

A segunda parte apresenta alguns “Pontos de Reflexão e Análise”, aponta os caminhos metodológicos do estudo, com ênfase na análise do discurso. No capítulo quatro descreve-se o desenvolvimento da pesquisa; no capítulo cinco discorre-se sobre o discurso como uma forma de ação social e sobre o discurso dos sujeitos envolvidos no processo de regionalização da saúde. Enquanto que no capítulo seis desenvolve-se a análise crítica do discurso no processo de implementação da regionalização da saúde, a partir de campos de significação – categorias que operacionalizaram a análise.

Na terceira parte, numa tentativa de organizar as reflexões tecidas durante a realização desse trabalho, reconhecendo a relevância de diálogos entre teoria e prática, de forma a imprimir maior consistência às considerações desenvolvidas, apresenta-se o capítulo sete –

“Regionalização da Saúde: um processo em construção”, em que as principais idéias que sustentam essa tese estão sintetizadas.

PRIMEIRA PARTE
ANCORAGEM TEÓRICO-PRÁTICA

**1. O MOVIMENTO SANITÁRIO,
DESCENTRALIZAÇÃO E REGIONALIZAÇÃO:
OS RUMOS DA POLÍTICA PÚBLICA BRASILEIRA DE SAÚDE**

“A batalha sanitária é uma questão supra-partidária; nenhuma pessoa, instituição, partido, agrupamento, categoria ou entidade enfrenta sozinha essa luta”.

Sérgio Arouca

A implementação da política de saúde, Sistema Único de Saúde – SUS vem possibilitando em todo o país a construção de diferentes experiências de organização da atenção à saúde da população, compatíveis com um conceito ampliado de saúde, resultante de uma série de movimentos que marcam a história da saúde pública no Brasil. A Constituição Federal de 1988 tem incorporado em seu conteúdo um conjunto de conceitos e princípios, conquistados pela sociedade e considerados norteadores da reforma sanitária.

No Artigo 198 da Constituição Federal, que trata do SUS, ficou estabelecido 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: descentralização, com direção única em cada esfera de governo; atendimento integral, com prioridade para atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais; participação da comunidade”*. Essa premissa orienta a organização do sistema de forma regionalizada, hierarquizada e descentralizada, visando à organização de uma rede pública de atenção à saúde que envolve desde a promoção até a recuperação da saúde de todas as pessoas. Dá ênfase também à participação popular e ao controle social sobre as decisões das políticas de saúde, na execução e a fiscalização dos serviços e recursos aplicados na saúde.

As Conferências, de alguma forma, também têm contribuído no direcionamento das ações em saúde, podendo ser consideradas marcos significativos dessa trajetória de lutas e conquistas. No plano internacional, Mendes (1993) aponta a Conferência de Punta Del Este, em 1961 patrocinada pela Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS), como um dos primeiros movimentos de sistematização das ações em saúde impulsionando o planejamento em saúde na América Latina e o método de programação em saúde CENDES/OPAS². Com esse, surgiram as idéias de regiões programáticas e planos regionais. Já no Brasil, existem registros onde se pode constatar essas preocupações com a saúde pública bem anterior a esse período. Alguns autores inclusive situam o período do império como marco inicial das discussões sobre centralização/descentralização no desenvolvimento de ações sanitárias:

com a proclamação da República a descentralização foi estabelecida, cabendo aos estados a responsabilidade da administração sanitária e aos municípios a administração de serviços locais de seu interesse. [...] Pode-se considerar que até hoje, ora privilegia-se uma autoridade central, ora privilegia-se as atribuições dos governos locais, especificamente em relação à sistematização das questões relacionadas à regionalização (VASCONCELOS, 1998, p. 68).

Cabe destacar a pioneira proposta de Política Nacional de Saúde debatida na 3ª Conferência Nacional de Saúde em 1963. Na década de 60 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. Surge assim uma demanda por uma nova redistribuição das responsabilidades entre a União, os Estados e os Municípios. Na 3ª Conferência Nacional de Saúde (1963) esta questão estava na ordem do dia, sendo que suas resoluções apontavam para uma diretriz de municipalização dos serviços (Lima, Fonseca e Hochman, 2005). No entanto, como afirmam os autores citados "este movimento na direção da descentralização, da horizontalidade, da integração das ações de saúde, da ampliação dos serviços e da articulação com as reformas sociais foi abortado três meses depois pelo golpe militar de 31 de março de 1964" (idem, p.27).

Além disso, no que se refere ao tema regionalização, a 3ª Conferência Nacional de Saúde (CNS), em 1963 é apontada como início desse processo no Brasil (FADUL *apud* VASCONCELOS). Esse mesmo autor refere que a 5ª Conferência Nacional de Saúde

² O Centro Nacional de Desenvolvimento da Universidade Central da Venezuela e Organização Pan-Americana de Saúde elaboraram o documento "Problemas Conceptuales y Metodológicos de la Programacion de la Salud (OPS-OMS, 1965).

(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 (VASCONCELOS, 1998, p. 69).

Para Lima et al. (2005), durante a Primeira República foram organizados movimentos intelectuais que preconizavam o saneamento como caminho para a nacionalidade e para a civilização. Mais tarde, nas décadas de 50 e 60, a relação entre saúde e desenvolvimento foi discutida no que se refere ao pré-requisito entre os dois termos, condições de saúde ou desenvolvimento econômico. E a partir da década de 70, mesmo que muitos temas tenham continuidade, a grande novidade trazida com o movimento sanitarista consistiu na afirmação do binômio saúde e democracia, através do fortalecimento do movimento democrático em oposição ao regime militar, colocando no centro do debate político esses temas, apresentados nos debates e discutidos nas Conferências, em especial, na 8ª Conferência Nacional de Saúde, em 1986, em que foram definidos os princípios e linhas de atuação do projeto de Reforma Sanitária para orientar a proposta do movimento sanitarista no processo constituinte de 1988, porém com uma acentuada centralidade da análise nas categorias do materialismo histórico³.

³ Os estudos franceses e italianos de Pollack, Berlinguer e a influência da Reforma Sanitária Italiana foram marcantes na orientação da produção intelectual da medicina social latino-americana e na criação da saúde coletiva brasileira. Entre os diversos autores destacam-se: Reinaldo Guimarães, Sonia Fleury Teixeira, Jairnilson Paim, Sérgio Arouca, Cristina Possas, Maria Cecília Donnangelo, Ricardo Bruno Mendes Gonçalves.

A descentralização na área da saúde vem sendo pauta de discussões 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 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. Assim, afirmam-se os princípios norteadores do SUS: universalidade, integralidade, descentralização e participação.

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. A descentralização da política de saúde foi um princípio incorporado à Constituição de 1988, pensando-se num sistema político democrático federativo, constituído por efetivas instâncias de descentralização, apontando a importância do poder local para a construção da democracia, com ênfase no município (LIMA et al., 2005). O artigo 199 concede liberdade à iniciativa privada na participação do SUS, de forma complementar, seguindo suas diretrizes, mediante contrato de direito público ou convênio. No entanto, iniciativas de ampliação da produção e expansão das empresas de serviços médicos e hospitalares, impulsionadas pelos mecanismos de financiamento de investimentos como o Fundo de Apoio ao Desenvolvimento Social (FAS) durante o período militar, ampliaram a participação do setor privado na oferta dos serviços de saúde (GIOVANELLA & FLEURY, 1996).

A Lei Orgânica da Saúde (LOS), Lei 8.080/1990 e Lei 8.142/1990 assegura a participação social na execução e controle das políticas de saúde, incluindo os aspectos econômicos e financeiros. No Artigo 16 da Lei 8.080 consta que à Direção Nacional do Sistema Único de Saúde – SUS - compete: “Promover a descentralização para as unidades federadas e para os municípios dos serviços de saúde respectivamente, de abrangência estadual e municipal”.

Vista de um outro ângulo, a descentralização está ligada ao processo de reforma do Estado na tentativa de aprofundar os mecanismos de governabilidade democrática através da recomposição e distribuição das competências de governo entre os entes federados e, como consequência, a competência para desenvolver, financiar, coordenar e gerenciar políticas. A emergência de uma economia pós-industrial, a crise de emprego, o aumento do desemprego e da demanda por serviços públicos, as mudanças no perfil epidemiológico, a globalização, entre outros fatores (elementos que dizem respeito à crise do “Welfare State”), fizeram com que fosse revisto o papel de um Estado Nacional forte, protetor e centralizado (ABRUCIO e COSTA, 1998; VIANA, 1997; MENDES, 1998). Frente a esse cenário, analisando as reformas realizadas em países desenvolvidos, Abrucio e Costa (1998) identificaram duas questões significativas: a modificação do modelo de intervenção econômica, através de privatizações, concessões e desregulamentação, fazendo com que o Estado, nesse processo, tenha um importante papel regulador, e a adoção de novas formas de gestão, sobressaindo-se, entre estas, a descentralização. A partir disso, a descentralização emerge como uma estratégia, de ordem gerencial, de reestruturação do Estado.

Contudo, nesta perspectiva de descentralização como possibilidade de conferir maior eficiência e eficácia ao aparato estatal (no sentido de Estado mínimo), ela também pode estar associada à desconcentração, à democratização, à autonomia, ao modelo de organização e até mesmo à privatização. As vantagens e limitações desse processo são raramente debatidas e relacionadas com contextos políticos e econômicos mais amplos, gerando uma despolitização do debate (SOUZA, 2002). Portanto, a definição de descentralização, não deve ser fechada, uma vez que ela pode ser construída a partir de determinadas concepções do contexto em que está sendo utilizada e também das posições político-ideológicas de quem está definindo e utilizando-as. Desta forma, considera-se interessante apresentar e explorar de maneira sucinta algumas das diversas dimensões desse termo na busca de sua construção.

1.1. Federalismo, Descentralização/Regionalização: a busca de mais eficiência e mais democracia

As experiências de centralização decisória no regime militar parecem ter conduzido a sociedade brasileira a creditar virtudes na descentralização, inclusive gerando uma relação de similaridade entre descentralização, democratização do processo decisório e eficiência na gestão pública. 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, adormecidas durante a ditadura militar. A partir daí, da década de 90, vem ocorrendo a implementação de um extensivo programa de descentralização, principalmente de políticas sociais na área da saúde. Contudo, essa dinâmica originada de um mesmo processo histórico de centralização não permite considerar federalismo e descentralização com significados idênticos.

Quanto ao federalismo, Souto Maior (1998) afirma que é um regime de Estado que reúne ou desmembra estados, 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 deste regime federal, como por exemplo: na federação existe um único estado soberano, denominado União. Os demais possuem autonomia sobre determinados assuntos que muitas vezes desdobram-se em tensões e enfrentamentos com a União, os quais, por sua vez, geram 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, a busca de 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 pauta-se na ausência de equilíbrio entre os poderes Executivo, Legislativo e Judiciário. O 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 ao 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 independência entre si e soberania, são atores políticos autônomos, com liberdade de formular e implementar políticas, conforme legislação específica.

No Brasil, o federalismo partiu da existência de uma unidade com poder centralizado e, foi distribuído o poder político entre várias unidades (entes federados), sem eliminar o poder central. Esse poder delegado a Estados e Municípios é amparado constitucionalmente através das legislações federal, estaduais e municipais. Um sistema de federalismo cooperativo, tanto para assuntos econômicos, como sociais e culturais, através de programas e financiamentos conjuntos, considerado por Viana (2002) como “flexibilidade institucional”, busca de cooperação intergovernamental para alcançar fins comuns (p.495).

O termo descentralização foi utilizado inicialmente em países desenvolvidos, sendo um exemplo destes a Inglaterra, como uma das estratégias para amenizar a crise do Estado de Bem-estar Social (*Welfare State*). O *Welfare State* se desenvolvia através da organização e produção de bens e serviços para a sociedade, regulados pelo Estado. Além de garantir

direitos sociais aos cidadãos, o Estado intervinha nas relações sociais, regulando as atividades econômicas. Esse Estado intervencionista, no período pós-guerra com uma extensa e centralizada burocracia, começa nos anos 70 a apresentar sinais de esgotamento. Então, conjuntamente a uma série de reformas econômicas, a descentralização foi utilizada como uma alternativa de racionalização de um Estado estruturalmente amplo, centralizado e onipresente (Mendes, 2001, p.16).

Embora existam distintos enfoques e entendimentos sobre descentralização, para alguns as idéias racionalizadoras estavam associadas à privatização e ao Estado mínimo, abandonando a intervenção estatal na economia, com ações sociais restritas, onde predominam os programas sociais para os pobres e devolvendo ao mercado as funções produtivas e regulatórias da economia.

Em outro enfoque, estão os que não negam a crise do Estado de Bem-Estar Social, mas procuram, na introdução de reformas econômicas e sociais, superá-la sem, no entanto, desconstruir o Estado. Observa-se a idéia de busca não de um Estado mínimo, mas um Estado necessário, menor e mais forte, garantidor dos direitos sociais dos cidadãos. Um Estado flexível e aberto para o sistema mundial e para a sociedade, capaz de descentralizar-se e diversificar-se em direção ao local e ao regional. Utilizando-se dessa visão de Castells, Mendes (2001, p.17) refere que, nesse caso, a descentralização, além de servir como instrumento de racionalização, é também uma maneira de democratização do Estado e de construção da cidadania.

A Organização Mundial da Saúde (OMS) tem feito recomendações para os países, em especial aos da América Latina, a respeito da organização das intervenções no campo da saúde. Entre estas, destaca-se 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). Quanto às estratégias 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), tendo a atenção primária, como estratégia principal para a organização dos serviços no sistema de saúde. O nível de atenção, é freqüentemente questionado por profissionais e

pesquisadores, no que diz respeito à fragmentação e a resolutividade, sendo inclusive considerado como “uma forma de contornar certas tensões sociais, resultantes do processo de desenvolvimento econômico, através de uma medicina simplificada para o chamado quarto estrato, residente nas zonas rurais e nas periferias urbanas”(PAIM, 1987, p.49).

Uma das medidas da OPAS, na década de 80, para favorecer o desenvolvimento dessas estratégias de atenção primária e agilizar os processos de transformação dos sistemas nacionais de saúde, foi recomendar a 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”. (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).

Além de enfoques distintos, há interpretações diversas de descentralização. Tanto estados, como municípios são entes federados, com realidades específicas, assim como cada município, local ou região têm suas singularidades pelas quais os mesmos necessitam ser identificados e entendidos. Teixeira (2002) faz uma importante reflexão ao abordar as várias acepções que o termo local adquiriu ao longo dos anos: “distrito sanitário”, nos primórdios do processo de reforma do setor (1988-1993); “sistema municipal de saúde”, período subsequente, em que se enfatizou a municipalização (1993-2000) e, mais recentemente “microrregião de saúde”, proposta de “regionalização da assistência à saúde” (NOAS, 2001). Pode-se, ao analisar esse processo de reorientação da gestão do SUS, nos últimos anos, caracterizá-lo como um “movimento pendular” de descentralização/centralização, principalmente se focalizadas as Normas Operacionais que orientam as funções e competências das três esferas de governo (federal, estadual e municipal) no que se refere à gestão, organização e prestação dos serviços de saúde.

Nos últimos anos, percebe-se um movimento de recuperação das funções do Estado na gestão do sistema. O fortalecimento de ações políticas e técnico-administrativas no âmbito federal, estadual e municipal é entendido como necessário, à medida que oportunize um equilíbrio nas relações com a sociedade. Estas relações, enquanto pautadas na cooperação entre Estado e sociedade, podem favorecer a implementação de políticas públicas em nível regional, com características mais societárias.

As Normas Operacionais Básicas (NOBs) 01/93 e 01/96, apresentam em suas formulações para implementação, conteúdos e concepções em relação a distribuição dos recursos e do poder, características de uma descentralização com enfoque nos municípios, enquanto que as Normas Operacionais de Assistência à Saúde (NOAS 01/2001 e 01/2002), na intenção de estimular o papel das Secretarias Estaduais de Saúde na coordenação do processo de regionalização da assistência e organização de sistemas microrregionais de saúde, buscam modificar o processo de descentralização ocorrido com as NOBs, nesse sentido (re) centralizando o processo.

Do ponto de vista político-institucional, esse processo de formulação e implementação da política, onde avanços e recuos estão presentes, pode corresponder às diferentes formas de compreensão e valorização da descentralização e a resultados de correlação de forças entre grupos, dentro e fora do estado. Alguns desses, defendem a municipalização como forma de descentralização, enquanto outros, de maneira incisiva, pressionam para a redefinição de funções e competências entre as esferas de governo e a distribuição do poder, entendendo assim as relações do federalismo.

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).

Para alguns pesquisadores, desenvolveu-se uma certa confusão entre descentralização, democratização e participação, como se a descentralização por si só tivesse força necessária para frear o autoritarismo, democratizar a sociedade e ampliar a participação dos cidadãos. A descentralização como valor e como proposição operacional, acabou sendo historicamente determinada pela luta em favor da democratização, com tendência a ser vista como instrumento dela, uma vez que direcionada para reduzir uma intervenção estatal arbitrariamente centralizadora, fragmentada, iníqua e excludente (Estado autoritário), faz com que se torne para muitos sinônimo de democracia (NOGUEIRA, 1997).

A Constituição Federal de 1988 define um novo tipo de arranjo federativo, com transferência de decisões, funções e recursos financeiros federais para estados e municípios, bem como, em seus artigos 194 e 204 permite a descentralização participativa na gestão da saúde, previdência e assistência social. Assim, a descentralização que vinha sendo pensada desde o final da década de 70, adquire um novo enfoque, deixando de ser apenas administrativa, ou técnica e fiscal, e adquirindo uma natureza política, com a participação da sociedade.

A descentralização adotada no sistema de saúde brasileiro foi a da municipalização da saúde, em 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. Entende-se que a municipalização pode conquistar avanços na democratização da saúde se contar com amplos espaços de participação, tanto dos usuários, como dos profissionais e população em geral nos processos decisórios das políticas e no controle social.

Contudo, este novo enfoque de descentralização não autoriza eleger descentralização e participação como termos sinônimos ou necessariamente complementares, pois, nem toda descentralização, por si mesma, leva a participação. A descentralização pode ser imposta, a participação não. A participação depende de fatores sociais, históricos e de amadurecimento político, ideológico e organizacional, sendo que estes, muitas vezes levam um longo período para se pronunciar. Embora prevista em vários dispositivos descentralizadores, ela nem sempre se efetiva na gestão dos serviços de saúde, uma vez que oligarquias e grupos de interesses utilizam-se de manipulação para intervir nas decisões.

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

Destaca-se que o conceito de descentralização tem sido utilizado de forma ambígua, criando uma perspectiva de capacidade de resolução questionável, uma vez que esse termo aparece referindo-se a diversos fatores, como a reação ao poder excessivo de governos centrais, a desconcentração administrativa, transferência de autoridades para setores, parcelas da população ou espaços territoriais antes excluídos do processo decisório, maior autonomia, redemocratização, agilidade nas decisões e desenvolvimento. Entretanto, mesmo frente a multiplicidade de sentidos, faltam espaços de debate sobre descentralização e as conseqüências decorrentes de sua implementação. Isso impede a transparência, faz com que não se tenha visibilidade de quais benefícios e a quem serão garantidos; ou seja, obscurecendo a fim de que está posto o discurso. Assim, facilita a aceitação da descentralização uma vez que se expressa de forma a ser desejada pela maioria, devido à despolitização de seus significados.

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 suporte técnico, de recursos humanos e materiais, além da suficiência de recursos, a garantia de poder decisório e ação coordenada. Caso contrário, os objetivos da regionalização não serão alcançados, principalmente no que se refere à duplicidade de meios para fins idênticos⁴ e/ou deixar de prover serviços onde os mesmos se fazem necessários, criando-os onde não há necessidade. A atuação sinérgica entre estado e municípios pode garantir maior sintonia entre o planejamento e a organização dos serviços e ações, de acordo com as demandas. O conceito de sinergia entre Estado e sociedade civil pode ser assim entendido:

a energia que vem da confluência positiva de vários fatores, no caso governo, organizações formais e informais (sociedade civil) e mercado. Não se trata de qualquer um deles substituir as fraquezas ou as irresponsabilidades de outros. Não se trata de o mercado suprir as deficiências do Estado ou de a sociedade suprir as possíveis irresponsabilidades de ambos. Trata-se de cooperação que tem como principal alvo o bem-estar do indivíduo e o zelo pelo governo democrático e transparente (D'ARAUJO, 2003).

Constitucionalmente reconhecida, a saúde é um direito fundamental do ser humano, e cabe ao Estado garanti-lo, 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 social⁵, potencializando as ações da comunidade e sendo expressa na construção de redes sociais.

⁴ Artigo 7º inciso XIII da Lei Orgânica da Saúde (8.080 de 19 de setembro de 1990) dispõe sobre a *organização dos serviços públicos de modo a evitar duplicidade de meios para fins idênticos*, como forma de reduzir o desperdício, o gasto injustificado de recursos, a oneração do custo de atividades, programas e empreendimentos.

⁵ Entendendo nesse estudo capital social como cooperação, participação, bem-estar coletivo. Relações sociais que incorporam valores, normas e solidariedade, mobilizam a esfera pública, engajamento cívico, associativismo horizontal (Putnam, 1996). As instituições de governo, principalmente os municípios e os estados, podem fomentar a participação social e política dos cidadãos, criando condições para o desenvolvimento da cultura cívica. No entanto, não considerando o estado como fonte principal da dinâmica social, inclinação neo-institucional de Peter Evans referida por Jawdat Abu-El-Haj (1999).

1.2 A política de saúde e os desafios de sua implementação

Nos processos de descentralização na maioria das vezes, não costumam ser considerados os vários aspectos de ordem política e cultural que podem dificultar, ou até impedir que os mesmos ocorram, fazendo com que estes se transformem em situações de clientelismo e ineficiência. No Brasil, a descentralização das políticas sociais é garantida legalmente, porém, a implementação de políticas públicas de forma descentralizada e participativa vem se dando lentamente, fazendo com que a igualdade de oportunidades e a inclusão econômico-social sejam extremamente limitadas. Diante de contextos e situações bastante diversos, pode-se desta forma, questionar: Como vem se dando a descentralização participativa na região da 13ª Coordenadoria Regional de Saúde?

Com a Constituição Federal de 1988 criou-se no Brasil um sistema de Seguridade social, um conjunto de ações de iniciativa dos Poderes Públicos e da sociedade, destinados a assegurar os direitos à saúde, à previdência e à assistência social, com objetivos de: universalidade da cobertura e do atendimento, uniformidade e equivalência dos benefícios e serviços às populações urbanas e rurais, seletividade e distributividade na prestação dos benefícios e serviço, irredutibilidade do valor dos benefícios, equidade na forma de participação no custeio e diversidade da base de financiamento (Rosa & Bordin, 2003). Diversos dispositivos constitucionais foram regulamentados no início da década de 90, inclusive a previdência social pública tornou-se obrigatória para todos os empregados, trabalhadores domésticos, empresários autônomos e trabalhadores rurais (a partir de 1991).

A implementação destas diversas modificações impostas pela Constituição Federal, fez com que surgisse uma vasta discussão e uma nova agenda de debates sobre o papel do Estado e dos fundos públicos na provisão de proteção social para os mais necessitados. Uma busca incessante de equilíbrio das contas públicas através do enxugamento da máquina estatal, redução das responsabilidades e investimentos econômicos, considerados como ampliação e gigantismo do Estado. Neste ajuste fiscal os mais atingidos foram o funcionalismo público no que diz respeito aos gastos com pessoal⁶ e os sistemas de seguridade social aos quais eram

⁶ As Leis Complementares nº 82/95, Lei Camata, revogada pela Lei nº 96/99;

atribuídas características de ineficiência na prestação de serviços, fraudes, corrupção e falência de financiamento. Diante disso, era apontado como alternativa projetos de privatização⁷.

Em 1993, o Banco Mundial propõe em relação às políticas governamentais na área da saúde, aos países em desenvolvimento:

(i) criação de uma ambiência econômica propícia para que as famílias melhorem suas condições de saúde; (ii) o redirecionamento dos gastos governamentais com saúde para programas mais eficazes em função dos custos e que beneficiem particularmente aos pobres; e (iii) a diversificação e a competição no financiamento e na prestação dos serviços de saúde (BANCO MUNDIAL, Relatório sobre o Desenvolvimento Mundial, 1993).

Conforme esse documento, os governos deveriam financiar os serviços clínicos essenciais (um pacote) e de saúde pública. A cobertura dos demais serviços clínicos poderia ficar a cargo da iniciativa privada, geralmente mediante seguro, ou da previdência social. Além desta abordagem tríplice, a mesma instituição alega que: “Outro problema que os governos têm poucas condições de resolver é o crescimento acelerado e a falta quase total de regulamentação dos seguros privados, como ocorre no Brasil” (p.70). Assim, haveria “dois modos fundamentais de realocar os gastos do governo: aumentar a recuperação de custos, principalmente cobrando dos ricos os serviços prestados em hospitais públicos, e promover o seguro não subsidiado para os grupos de renda média e renda alta” (idem, p.115). Nesse período, houve uma expansão considerável nos planos de saúde privados.

Ainda, como reflexo no campo da saúde, no Sistema Único de Saúde, a reforma administrativa teve como enfoque a assistência médico-hospitalar, que 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 das Normas Operacionais (NOB, 1996) e clareando a definição das atribuições e do 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)

A Lei nº 96/99 revogada um ano depois pela Lei nº 101/2000, Lei de Responsabilidade Fiscal, são exemplos de controle de gastos com pessoal.

⁷ Além de Rosa & Bordin, 2003, outros autores como Rezende & Rezende (1997), analisam os gastos públicos e preferências alocativas dos governos locais no Brasil.

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 (Almeida, 1999, p.279).

Em alguns momentos é possível observar os diferentes interesses imbricados nas idéias de descentralização, como a forte pressão do mercado. Isso corrobora-se na leitura feita por Santos Jr (2001), da concepção neoliberal, em que o processo de descentralização aparece intrinsecamente conexo à defesa das reformas estruturais do Estado e à inserção competitiva das cidades como forma de aumentar a produtividade urbana, à subordinação da gestão urbana à lógica competitiva de mercado. Essas reformas estruturais e a lógica da competitividade na gestão da cidade, “mais do que uma necessidade, são uma exigência de governabilidade no contexto global de profundas transformações econômicas”. Isso exige que o poder público se transforme em agente econômico com a mesma racionalidade que os atores privados, pondo em risco a fundamental separação entre Estado e sociedade e, assim, entre o Estado e a economia. O mesmo conclui que, no final das contas, “essa competição tende aos interesses particulares do capital, principalmente de certos capitais que se beneficiam de vantagens e isenções fiscais oferecidas pelos níveis subnacionais de governo” (idem, p. 51-52). Ressalta que, para afiançar a democracia no plano local é fundamental a garantia da autonomia relativa do poder público em relação aos interesses dos grupos particulares. E, para isso, coloca como importante assegurar a recomposição do fundo público e a constituição de arenas democráticas, institucionalizadas e não-institucionalizadas, para a regulação dos conflitos, a redefinição dos gastos públicos e as tomadas de decisão de maneira geral.

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. Porém a mesma, na sua forma de redação vinculava diretamente os municípios à esfera federal. Fator que deixava os municípios de certa forma 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.

Essa norma, 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 (Bueno e Merhy, 2003). Assim, desrespeitando o que foi definido no artigo 35 da Lei 8080/90: 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.

Com foco na municipalização dos serviços, em 1993 foi publicada pelo Ministério da Saúde, a NOB 01/93, norteadas pelo relatório final da 9ª 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 CONASS e o CONASEMS. Norma essa que 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 semiplena⁸. Assim, ao município cabia o papel de gestor do sistema local

⁸ 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 dos 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* – a UCA (Unidade de Cobertura Ambulatorial), 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.

de saúde, o qual efetivava-se como tal em nível 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 ficam evidentes 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)⁹. 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.¹⁰ Atualmente, além da CIB Estadual podemos 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 município em *gestão simplena* assumia a gestão do sistema municipal de saúde, planejamento, contratação, cadastramento, controle e pagamento dos prestadores hospitalares e ambulatoriais da rede pública e privada. Recebia do MS um teto de recursos, caso este não fosse suficiente para pagar os serviços realizados, o município arcaria com as diferenças utilizando seus recursos próprios. Maiores informações, ver Arretche, M. T. S. Estado Federativo e políticas sociais: determinantes da descentralização. RJ: Revan; SP: FAPESP, 2000.

⁹ Conselhos criados pelos secretários estaduais e municipais de saúde na década de 80, com atribuições de formulação da política nacional de saúde.

¹⁰ Conforme Arretche (2000), são regras de operação do programa que conferem autoridade às instâncias estaduais.

Ao se tratar de seqüência às experiências das NOBs, em 1996 teve início a NOB 01/96, emitida pelo Ministério da Saúde. Através desta norma os municípios poderiam se habilitar 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 financeira¹¹.

A NOB 01/96 (Ministério da Saúde, 1997), 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.

Segundo esta norma, é uma prática que favorece e dá impulso às mudanças globais, intersetoriais.

- Enfoque epidemiológico;
- Adoção de novas tecnologias de educação e comunicação social que se constituem parte essencial em qualquer nível ou ação;
- Valorização da informação informatizada;
- Transformação da relação entre o usuário e os agentes do sistema de saúde através do estabelecimento de vínculos entre quem presta o serviço e quem recebe;
- Intervenção ambiental, para que sejam modificados fatores determinantes da situação de saúde;
- Estímulo para que cada pessoa passe a ser agente de sua própria saúde e da comunidade a qual faz parte;

¹¹ Na GPSM o município é o responsável por todas as ações de saúde em seu território, inclusive as de vigilância sanitária e epidemiológica. Já na GPAB ele assume as ações de atenção básica como: vacinas, atendimento à saúde na rede básica, especialidades básicas e odontologia.

- Favorecimento de condições gerenciais, no sentido de aumentar sua eficiência e eficácia.

Portanto, percebe-se nestas questões pretendidas pela NOB 01/96 uma maneira diferenciada de relação entre o Estado e cidadãos, no que diz respeito à proteção social, pois de alguma forma vai se retirando o papel do Estado como o principal provedor das condições que favoreçam a saúde, e responsabilizando os indivíduos por sua situação de saúde e/ou doença.

A implantação desta norma tem dado origem a muitas críticas, entre elas as de Bueno e Merhy (2003), os quais fazem observações quanto a sua identificação com o ideário neoliberal. A mesma fere o princípio de autonomia do município enquanto gestor único do sistema a nível local, no momento em que impede ou induz os programas prioritários, não definidos nos fóruns deliberativos locais de controle social. Em seu texto encontram-se propostas e projetos de incentivos de financiamento das ações de saúde de modo verticalizado, não respeitando muitas vezes as realidades sociais e sanitárias de cada região, privilegiando no financiamento os municípios que desenvolverem os programas de saúde da família (PSF) e de agentes comunitários de saúde (PACS). Conforme o entendimento dos autores, estes programas são extremamente funcionais e operativos em condições de pequenos bairros de periferia, pequenos municípios ou zona rural; mas não o são em regiões de extrema urbanização com incorporação tecnológica própria de grandes centros urbanos.

Quanto à contraposição do modelo clínico ao modelo epidemiológico Bueno e Merhy a consideram como uma falsa questão, pois para eles, “é necessário compreender que a clínica e a epidemiologia são, sempre foram, e sempre serão, instrumentos complementares da assistência. A clínica se utiliza da epidemiologia para construção de sua abordagem e a epidemiologia se utiliza da clínica no mesmo sentido”. Para eles, ignorar tais fatos é apostar no modelo da “cesta básica” para os cidadãos mínimos, reservando o instrumental da clínica para a lógica de mercado (idem p. 8).

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, e 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.

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). As NOBs 01/93 e 01/96 apresentam em sua redação um movimento no sentido da descentralização, pois através das mesmas o Ministério da Saúde induziu a redefinição de competências das três esferas de governo (federal, estadual e municipal) no que diz respeito à gestão, organização e prestação de serviços de saúde, com a transferência de recursos (financeiros, especialmente e outros como humanos e materiais) do nível federal e estadual para os municípios.

No desenvolver da NOB SUS 01/96, ocorreram várias discussões, inclusive sobre as modalidades de gestão dos municípios e estados. No final do período de vigência dessa norma, mais de 99% dos municípios brasileiros estavam habilitados a uma das condições de gestão, sendo 89% em Gestão Plena da Atenção Básica e 10,1% em Gestão Plena do Sistema Municipal (Tabela 1). O processo de habilitação dos estados foi mais lento e irregular: ao final do ano de 2001, cinco estados estavam habilitados na condição de Gestão Avançada do Sistema Estadual e sete na condição de Gestão Plena do Sistema Estadual. O estado do Rio Grande do Sul já tinha a aprovação da Comissão Intergestores Tripartite para habilitação em Gestão Plena do Sistema Estadual, mas a mesma ainda não havia sido publicada.

Tabela 1 - Habilitação dos municípios brasileiros, por estado, na NOB SUS 01/96. Situação em dezembro de 2001.

Estados	Total		Plena da Atenção Básica		Plena do Sistema Municipal		Total de Pleitos Aprovados	
	Municípios		Municípios	%	Municípios	%	Municípios	%
AC	22		17	77,27	1	4,55	18	81,82
AL	102		87	85,29	15	14,71	102	100
AM	62		52	83,87	7	11,29	59	95,16
AP	16		13	81,25	1	6,25	14	87,5
BA	417		394	94,48	19	4,56	413	99,04
CE	184		155	84,24	29	15,76	184	100
ES	78		43	55,13	35	44,87	78	100
GO	246		231	93,9	15	6,1	246	100
MA	217		171	78,8	44	20,28	215	99,08
MG	853		784	91,91	57	6,68	841	98,59
MS	77		67	87,01	9	11,69	76	99,7
MT	139		125	89,93	1	0,72	126	90,65
PA	143		98	68,53	44	30,77	142	99,3
PB	223		215	96,41	8	3,59	223	100
PE	185		166	89,73	19	10,27	185	100
PI	222		221	99,55	1	0,45	222	100
PR	399		386	96,74	13	3,26	399	100
RJ	92		71	77,17	21	22,83	92	100
RN	167		157	94,01	10	5,99	167	100
RO	52		41	78,85	11	22,15	52	100
RR	15		14	93,33	1	6,67	15	100
RS	497		486	97,79	11	2,21	497	100
SC	293		273	93,15	20	6,83	293	100
SE	75		73	97,33	2	2,67	75	100
SP	645		482	74,73	161	24,96	643	99,69
TO	139		130	93,53	9	6,47	139	100
Brasil	5560		4952	89,06	564	10,14	5516	99,21

Fonte: Departamento de Descentralização da Gestão da Assistência – SAS – MS (Não incluído o DF).

O Ministério da Saúde, por meio da Secretaria de Assistência à Saúde, em articulação com outras secretarias do Ministério, ao longo do ano 2000, coordenou um processo de debates e negociações com as representações nacionais dos secretários estaduais (CONASS) e municipais (CONASEMS) de saúde no âmbito da Comissão Tripartite (CIT) e do Conselho

Nacional de Saúde (CNS), no sentido de aperfeiçoar e consolidar o processo de descentralização do Sistema Único de Saúde. Fruto desse processo de negociação, em janeiro de 2001 foi publicada a Norma Operacional de Assistência à Saúde (NOAS SUS 01/01). Em 2002, a mesma passou por algumas reformulações, que deram origem a NOAS SUS 01/02.

As Normas Operacionais de Assistência à Saúde (NOAS/2001 e NOAS/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. Porém, 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, desta forma, (re)centralizando o processo.

Assim como as demais normas do SUS, a mesma 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.”¹² 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. 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 (NOAS-SUS 01/2001).

¹² Informe da Atenção Básica da Secretaria de Políticas de Saúde do Ministério da Saúde, agosto de 2001.

O Plano Diretor de Regionalização da Saúde é coordenado pelo gestor estadual, com a participação dos municípios; o mesmo 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;
- o diagnóstico dos principais problemas de saúde e as prioridades de intervenção;
- a 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;
- os fluxos de referência para todos os níveis de complexidade e os mecanismos de relacionamento intermunicipal;
- organização de redes assistenciais específicas;
- o 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 mellitus; 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 devido às necessidades dos usuários

estar aquém das condições de recursos humanos, materiais, tecnológicos e orçamentário do município. Diante de tais situações, se coloca 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 do sistema. A proposta de qualificação de regiões, 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 os critérios de qualidade e economia.

Para Rosa & Bordin (2003, p.23), essas normas “acentuam o processo de recentralização do SUS pelo Ministério da Saúde”, devido à concentração de capacidades estatais (política, técnica e financeira) que dão a ele, condições de ser o ator mais poderoso nas arenas decisórias de formulação e implementação de mudanças. Condição que pode ser observada nos fluxos e repasses de recursos financeiros para remuneração de serviços de média e alta complexidade realizados em clínicas, instituições privadas, filantrópicas e para programas específicos (focalizados).

Se por um lado, à instância federal é conferido o maior poder, por outro, o poder de veto de estados e municípios na implementação da reforma – característica de estados federativos – opera como um mecanismo de contrapeso à supremacia do Ministério da Saúde, na medida que estes podem simplesmente não aderir aos programas federais (ARRETCHE, 2005).

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 o mesmo tem um vínculo verdadeiro pela qualidade dos serviços prestados. Serviria, assim, como “porteiras”, para que os municípios prestem assistência apenas a seus munícipes, e como se o direito de cidadania fosse restrito a este território. Alertam Bueno e Merhy (2003,

p. 8-9), no momento em que no mundo inteiro se aponta para a cidadania global, com a criação dos mercados comuns e das múltiplas cidadanias, o SUS pode estar retrocedendo na restrição territorial municipal da cidadania. Por essas questões reafirmam que a NOB 96 contém importantes equívocos, assim, apostar nela, é apostar na otimização do plano gerencial, de Reforma do Estado em detrimento da universalização.

No Brasil, neste atual contexto de implementação do Sistema Único de Saúde (SUS), a alocação de recursos continua sendo um tema bastante presente nas diversas arenas decisórias, onde são discutidas questões do ponto de vista legal, a indução de padrões de equidade e a facilitação do acesso às ações e aos serviços de saúde, orientadas pelas diretrizes constitucionais de descentralização e integralidade da atenção à saúde. Os atores sociais comprometidos com a coletividade, através de sua mobilização – ainda frágil em relação aos grupos de interesse – têm contribuído nestes debates, participando e desenvolvendo ações de controle social.

A alocação de recursos financeiros federais 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).

O setor saúde no Brasil 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 à continuidade desse processo. Desta forma, a heterogeneidade, inerente a qualquer reforma descentralizadora torna-se fragmentação, com sérios riscos de aumento importante das desigualdades, pois “naquelas regiões onde os recursos são mais escassos, as demandas mais intensas e a capacidade técnica menos

desenvolvida, o deterioro é evidente e, nas situações opostas, ocorrem inovações e avanços significativos” (ALMEIDA, 1999 p. 280).

Na visão dessa autora, 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. À primeira vista, a implementação do Piso de Atenção Básica (PAB) corrigiria parte das desigualdades na alocação de recursos. Entretanto, coloca vários outros problemas, tais como, necessidade de redimensionamento da variável populacional, no caso das regiões com maior cobertura de seguros privados, redefinição do valor per capita segundo necessidades, e não fixação de um único valor nacional; consideração de uma clara definição do pacote de atenção básica a ser ofertado e da estrita regulação sobre o setor privado, com exigência de ressarcimento de gastos, exclusão das demandas de outros municípios, ou criação de um fundo compensatório dos fluxos de demanda observados, implementação de formas de acompanhamento que permitam avaliar e evitar conseqüências indesejadas, como por exemplo, a diminuição dos aportes locais, caso o total repassado através desta modalidade seja superior às transferências anteriores. Esta situação pode implicar numa diluição da ação do Estado, e uma perda ainda maior de sua capacidade redistributiva, conseqüentemente aumento das desigualdades no setor. Trata-se assim de examinar as condições sobre as quais essa descentralização induzida através da alocação de recursos e de incentivos financeiros tem se processado.

Bodstein (2002), enfatiza o papel indutor do governo central à descentralização do Sistema Único de Saúde no Brasil, que através de um conjunto de medidas e programas específicos (PAB, PACS/PSF principalmente), transfere para os municípios a responsabilidade com a atenção básica. O processo de implementação dessa política em nível municipal ocasiona efeitos de difícil avaliação, devido à diversidade dos contextos locais. Essa mesma autora argumenta a importância de se avaliarem processos e resultados intermediários voltados para o desempenho institucional, que podem ser traduzidos em vontade política e compromisso público, capacidade de gestão e maior controle e participação social, mais do que exatamente efeitos ou impactos mais diretos sobre a oferta de serviços. A mesma considera que, apesar de todas as dificuldades e obstáculos, o processo tem implicado

o fortalecimento da capacidade de gestão municipal no que diz respeito à organização da atenção básica em saúde, e, essa mudança do modelo assistencial é fundamental ainda para diminuir a dependência do setor público diante do setor privado, interessado diretamente na crescente medicalização e hospitalização dos procedimentos na área da saúde (p.411).

Enfatiza também que o processo de reorganização da atenção básica, fortemente induzido pelo governo central e com crescente interferência do nível estadual, é indissociável das inovações e mudanças no desempenho da gestão local e da relativa autonomia dos municípios em termos de implementação de atividades e programas de saúde pública. Deve-se considerar dentro do contexto de implantação da descentralização que “a grande maioria dos municípios, no limiar do novo milênio, não consegue sequer organizar uma rede de atenção básica ou pelo menos encontra grande dificuldade para isso”. Sendo assim, qualquer sucesso na implantação ou melhoria dessa rede de serviços pode ser um passo fundamental para o fortalecimento do SUS no país (*Ibidem*, p.405).

A eficiência na gestão pública, e a capacidade de regulação crescente do estado e do controle social são cruciais, mas não suficientes, segundo essa autora. 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 frequentemente serve para esconder a falta de eficiência e de compromisso dos governos com as demandas sociais.

A definição de variáveis que de fato traduzam avanços no sentido da garantia da universalidade e integralidade dos serviços (em relação ao desempenho institucional e ao processo da gestão da rede e dos serviços públicos) apresenta-se como um desafio aos pesquisadores, uma vez que indicadores clássicos raramente dão conta de mudanças contextuais mais amplas. Assim, inclusive os indicadores aparentemente mais usuais, como de investimentos na rede, de resposta dos gestores locais aos incentivos federais ou estaduais, de expansão ou melhoria dos serviços, de aumento dos profissionais contratados, de introdução e consolidação de programas básicos de saúde pública, de desenvolvimento de

projetos intersetoriais e de promoção à saúde, de maior envolvimento e participação da comunidade, e outros requerem atenção. Mudanças ocorridas no sentido da universalização e da reorganização da rede e das ações básicas em saúde sob responsabilidade municipal podem servir indiretamente para a avaliação do processo de descentralização da rede de serviços de saúde ocorrida no Brasil nos últimos anos da década de 1990 (Ibidem, p.405).

Também exigem criatividade dos gestores os desafios impostos pelo ritmo acelerado da descentralização municipal, na qual vêm demonstrando inúmeras modalidades de organização dos sistemas locais, oriundas da combinação entre as normas institucionais do SUS, as especificidades socioeconômicas e as determinações do jogo político local. A “reorganização da rede de serviços locais de saúde, tanto em termos quantitativos como qualitativos, representa um processo fundamental na reforma setorial e fortemente dependente da capacidade de gestão”. Assim, as variações no desempenho gerencial explicam, em grande parte, as variações em termos de resultados e impactos na saúde da população. (Ibidem, p.409).

Bodstein (2002), 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, dado pela sua própria heterogeneidade e desigualdade social existente no país. A mesma faz um alerta para o caso do Brasil, realidade na qual encontramos enormes desigualdades sociais, intenso processo de urbanização a partir das últimas décadas e a limitação de recursos, na qual necessidades e demandas crescem e se tornam bastante complexas rapidamente, chegando muitas vezes a ultrapassar a capacidade de resposta das políticas públicas e dos sistemas de saúde (p. 408).

Santos Junior (2001), ao analisar os limites da concepção neoliberal de gestão da cidade, ligados à descentralização municipal e à constituição de parcerias entre o setor público e o setor privado, faz a seguinte colocação: “é possível presumir que, em muitos municípios, a descentralização e as parcerias venham pôr em risco a autonomia do poder público local em face dos interesses particulares, ou que se estabeleçam relações paternalistas entre os setores

governamental e empresarial, ou, ainda, que se produzam mecanismos de apropriação privada dos fundos públicos, em um contexto agravado pela dependência estrutural dos governos locais em relação ao setor privado, no que se refere a recursos e à capacidade de gestão das políticas públicas” (p. 45). Refere também, que alguns autores como Abu-El-Haj (1999) e outros citados por este, como Charles Collins e Andrew Green, Campos-Outcalt, Kewa e Thomason, trabalham abordagens que questionam as virtudes da descentralização. Para eles, a proximidade do governo local com os cidadãos não seria elemento suficiente para garantir nem maior democracia e participação nem tampouco maior eficiência e eficácia administrativa. Pois os mesmos concluem em suas pesquisas que, na ausência de condições técnicas, humanas e gerenciais, a simples transferência de atribuições para o nível local pode levar ao colapso do sistema, além de produzir custos excessivos desnecessários (p. 46).

As abordagens dos diversos autores contribuem na identificação de alguns desafios a serem enfrentados no processo de implementação da política de regionalização da saúde. Nota-se que parte destes é referente à normatização da política, e outros desafios são decorrentes das condições presentes no(s) contexto(s).

1.3 O processo de regionalização da saúde no Rio Grande do Sul

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 (SECRETARIA DA SAÚDE – RS, 2005).

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 (FERLA, et. al, 2002). Tecidas tais considerações, essa pesquisa analisa o processo de implementação da regionalização da saúde em uma das regiões do estado – âmbito da 13^a Coordenadoria Regional de Saúde/RS. O estado do Rio Grande do

Sul conta com experiências significativas, que de certa forma têm contribuído na organização da atenção à saúde, em um movimento constante de avanços e recuos.

A ação dos governos estaduais, ao desenvolver políticas de capacitação pode minimizar os custos municipais de adesão ao SUS, criando incentivos para tal (ARRETCHE, 2000). Essa autora observa que, apenas os governos dos Estados do Paraná e do Ceará adotaram uma política continuada de apoio à descentralização, programas de capacitação municipal, medidas que incentivam os municípios a assumir as funções preconizadas pelo SUS. Nos Estados do Rio Grande do Sul, São Paulo e Bahia, ocorreu o contrário, os governos estaduais restringiram-se à implementação das exigências federais, não adotando políticas ativas de municipalização e até mesmo buscando consolidar-se como prestadores diretos de serviços. O processo de municipalização da saúde no Rio Grande do Sul contou com forte participação dos dirigentes municipais, que, 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 1995-1998¹³ 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 (p.212-214).

Nestes últimos anos, a regionalização¹⁴ da atenção à saúde no Rio Grande do Sul tornou-se um dos eixos prioritários da gestão estadual. No final da década de 90 ocorreram mudanças significativas na área da saúde (período de mudança de governo, saída de Antônio Brito do PMDB e entrada de Olívio Dutra do PT, 1999), principalmente nas condições de gestão e distribuição de recursos financeiros aos municípios com critérios técnicos válidos igualmente para todos, na tentativa de inversão da lógica de aplicação de recursos daquela época, em que havia um maior repasse para grandes cidades e região metropolitana.¹⁵ O

¹³ Governadores e filiação partidária no Rio Grande do Sul: 1987 a 1990 Pedro Simon, PMDB; 1991 a 1994 Alceu Collares, PDT; 1995 a 1998 Antonio Brito, PMDB; 1999 a 2002 Olívio Dutra, PT; 2003 a 2006 Germano Rigotto, PMDB.

¹⁴ A regionalização propõe ações em rede entre municípios próximos para tornar a resolutividade das necessidades de saúde mais acessível para cada usuário do sistema.

¹⁵ Ver demonstrativo de despesas da Secretaria Estadual de Saúde-RS em relação à receita tributária líquida do Estado do RS no *Relatório de Gestão do SUS/RS 1999*. Porto Alegre: SES-RS ou FERLA & MARTINS

quadro 1 apresenta essa distribuição de recursos, por macrorregiões expondo os valores alocados pela Secretaria Estadual de Saúde – RS (FERLA & FAGUNDES, 2002).

Quadro 1 – Comparativo de valores alocados pela SES/RS diretamente nas Macrorregiões do Estado do RS nos anos de 1995 a 2000, em valores nominais e *per capita**.

Macrorregião	1995		1996		1997		1998		1999		2000	
	R\$	Per	R\$	Per	R\$	Per	R\$	Per	R\$	Per	R\$	Per
		Capita		Capita		Capita		Capita		Capita		Capita
Centro – Oeste	434.478,24	0,39	4.150.567,95	3,68	6.851.281,35	6,01	3.660.242,25	3,18	9.008.614,76	7,74	19.317.515,79	16,43
Metropolitana	149.017.320,86	38,44	159.660.098,14	40,54	184.315.719,79	46,02	213.099.754,88	52,46	271.131.309,91	65,86	294.675.058,96	70,62
Missioneira	183.008,14	0,17	4.084.929,56	3,99	6.906.098,00	6,74	4.947.750,26	4,82	7.444.346,31	7,25	18.744.826,66	18,22
Norte0	162.443,99	0,16	3.234.861,09	3,16	7.243.895,69	7,04	4.178.687,28	4,04	9.264.726,99	8,95	27.175.002,51	26,15
Serra	1.208.292,99	1,45	5.285.857,83	6,06	8.613.896,39	9,64	12.708.562,98	13,97	14.356.827,41	15,48	23.394.808,33	24,78
Sul	153.454,47	0,16	2.047.069,51	2,14	5.405.265,02	5,58	3.435.314,95	3,52	9.010.245,22	9,15	17.066.647,20	17,20
Vales	152.758,10	0,22	1.928.016,83	2,79	4.938.716,97	7,05	1.969.300,94	2,78	4.832.246,33	6,74	13.173.621,11	18,19
Total	151.311.756,79	15,80	180.391.400,91	18,72	224.274.873,21	22,97	243.999.613,54	24,73	325.048.316,93	32,60	413.547.480,56	41,04

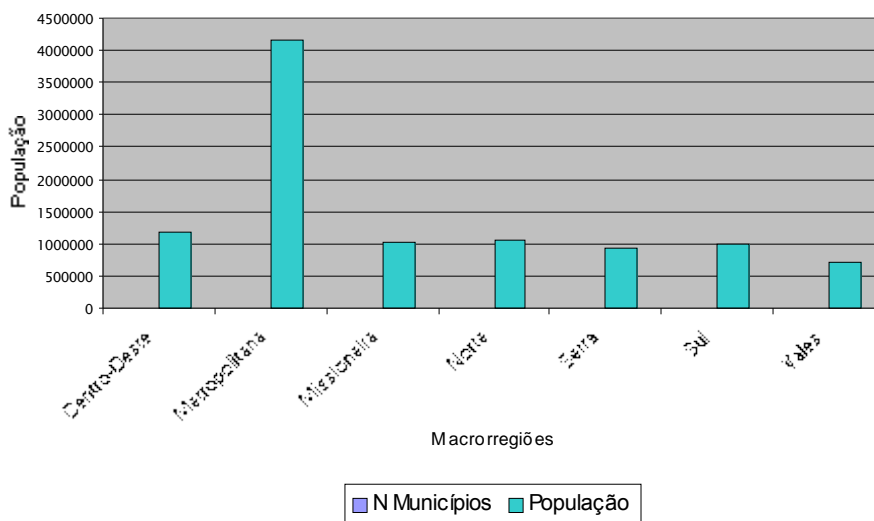
Fonte: Relatórios de gestão SES/RS e Fundo Estadual de Saúde.

* Exclui as U.º 2033 e 2047, Encargos Gerais e Funafir; Dados populacionais conforme Estimativas do IBGE; Recortes de Macrorregiões segundo a composição existente em dezembro de 2000.

A Secretaria Estadual de Saúde – RS, composta por 19 Coordenadorias Região56 Saúde - CES (denominadas Delegacias Regionais de Saúde até 1999), nesse período as microrregiões no território de cada coordenadoria, as sete macrorregiões com os respectivos municípios e a população estimada no ano de 2000: Centro-Oeste (com 48 municípios, população: 1.175.160 habitantes); Metropolitana (86 mun. Pop. 4.173.911 hab.); Missioneira (94 mun. Pop.1.028.326 hab.); Norte (128 mun. Pop. 1.040.203 hab.); Serra (50 mun. Pop. 943.630); Sul (28 mun. 993.985 hab.) e Vales (63 mun. Pop. 726.918 hab.).

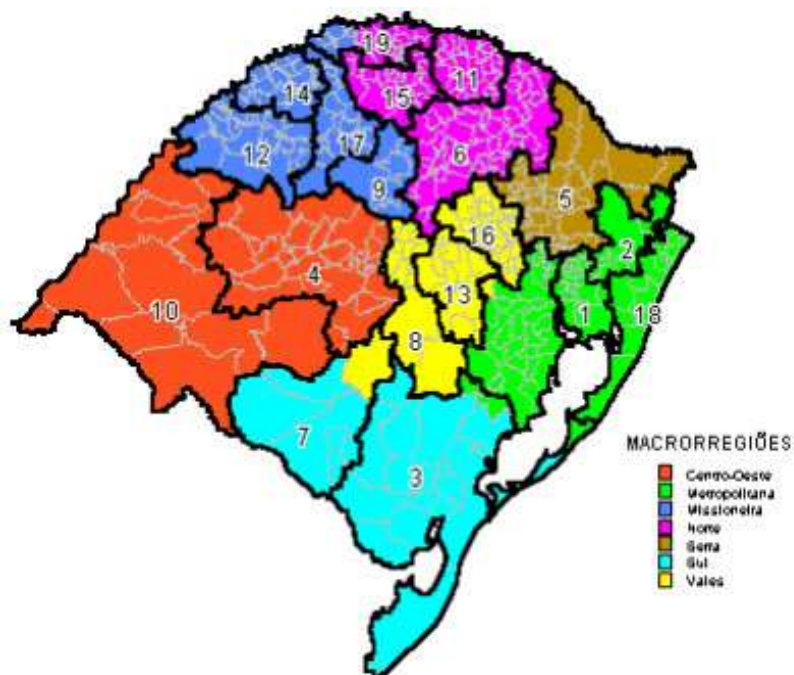
Macrorregião	N Municípios	População
Centro-Oeste	48	1.175.160
Metropolitana	86	4.173.911
Missioneira	94	1.028.326
Norte	128	1.040.203
Serra	50	943.630
Sul	28	993.985
Vales	63	726.918

Distribuição do número de municípios e população segundo Macrorregiões de Saúde no RS - ano



Unidades em que são planejados e operados os fluxos assistenciais, os investimentos, os tetos de custeio e as estratégias de regulação da média e alta complexidade. No desenho dessas macrorregiões foram consideradas as variáveis culturais, geográficas, de fluxos assistenciais, de capacidade instalada e de perfil dos municípios (FERLA et. all, 2001) .

A macrorregião dos Vales está constituída pelas 8ª, 13ª e 16ª Coordenadorias Regionais de Saúde. As cidades de Cachoeira do Sul, Santa Cruz do Sul e Lajeado são consideradas como principais pólos assistenciais. Essa macro, localiza-se próxima à capital, tendo seu perfil definido por uma economia desenvolvida (industrial e agrícola).



Mapa 1: Macrorregiões do Estado do Rio Grande do Sul, Secretaria da Saúde do Estado-SES.

Na gestão SUS/RS 1999 – 2002 (período correspondente ao início dessa pesquisa), as idéias de descentralização na organização da atenção à saúde orientaram as ações da SES em torno de cinco eixos estratégicos: 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, tendo como um dos objetivos produzir tecnologias flexíveis, heterogêneas que servissem de apoio e fortalecimento às instâncias municipais, através de eixos estratégicos, contrapondo a postura tradicional, em que se desenvolvem programas verticais. Ainda inscritos dentre os objetivos encontram-se o fortalecimento das instâncias de gestão regional e pactuação entre os gestores, transparência e permeabilidade das ações e condutas ao controle social.

Nesse período também houve a transformação das Delegacias Regionais de Saúde em Coordenadorias Regionais de Saúde, mudando as denominações, assim como as atribuições desta instância de governo. As mesmas passaram a ser responsáveis pelo “planejamento, acompanhamento e gerenciamento do sistema de saúde, incluindo as ações e serviços de saúde no âmbito regional, numa relação permanente de cooperação técnica, financeira, operacional e de diálogo com os municípios, com o objetivo político de organizar os sistemas locais e regionais de saúde, segundo os princípios do SUS” (FERLA et. al, 2002, p. 21).

Além da implementação de projetos, o acompanhamento, com monitoramento dos processos de descentralização da gestão e regionalização da atenção, ocupou um lugar representativo nesse período. Entre outras fontes de informação, os Relatórios de Gestão Municipal, que são previstos na legislação federal desde 1993, foram elementos considerados importantes para análise das coordenadorias, dos conselhos de saúde e de audiências públicas nas Câmaras Municipais. A apresentação trimestral desse documento era condição necessária para repasses de recursos financeiros do Fundo Estadual aos Fundos Municipais de Saúde (Municipalização Solidária da Saúde, e outros) e para organização da atenção da saúde no âmbito municipal e regional.

Na gestão atual (2003 – 2006), o governo do estado Germano Rigotto apresenta como metas a promoção da saúde e a prevenção de doenças, melhorar o acesso à saúde, reduzir o índice de mortalidade infantil, desenvolver a política de cuidados com a primeira infância, aumentar a expectativa de vida, mudar a lógica de pagamento dos hospitais, e tornar melhor e mais ágil a estrutura de oferta de medicamentos¹⁶. Tem como programas estruturantes: Saúde para Todos, acesso fácil e ampliação da cobertura assistencial; Município Resolve, busca a descentralização da saúde, dando ênfase à municipalização; Região Resolve, regionalização da saúde. Além desses, outros programas são apresentados como prioritários: Programa Salvar, Programa Saúde da Família, Programa Parceria Resolve, Programa Município Resolve, Programa Medicamento para Terceira Idade, Programa Cuca Legal, Programa Viva Criança.

¹⁶ Discurso do Secretário Estadual de Saúde– RS, Osmar Terra, em 11 de abril de 2003, Santa Cruz do Sul.

Dentre esses destacam-se os programas que possuem relação mais direta com o tema desse estudo. O programa Município Resolve busca a descentralização da saúde, dando ênfase à municipalização. A Secretaria Estadual da Saúde (SES) entende que o poder local, mais próximo das necessidades e do controle da população, qualifica o processo de gestão. As ações de atenção básica devem ser desenvolvidas pelos municípios, de acordo com o perfil epidemiológico, essencial para a garantia de acesso a serviços qualificados. Precisam ser trabalhadas como a porta de entrada do sistema público de saúde e priorizadas na organização local, sob a responsabilidade do gestor municipal (SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE, 2005). Assim, esse programa objetiva melhorar a qualidade e garantir o acesso da população às ações de atenção básica em saúde, descentralizar e aumentar a resolutividade do sistema, especialmente nas ações de média e alta complexidade, fortalecendo a gestão municipal.

Já o programa Região Resolve, busca reduzir os encaminhamentos a Porto Alegre, ampliando os serviços de saúde nas macrorregionais, através de ações voltadas para: média e alta complexidade; atendimento à gestante; urgência/ emergência; diagnóstico e tratamento do câncer; ambulatórios especializados; vigilância sanitária e epidemiológica. Tem como meta dar resolutividade a maioria dos problemas de saúde na própria região, a partir da organização dos serviços, com auxílio de fóruns de gestores e, quando esses não estão disponíveis, de forma consorcial. O Estado não se considera um ente consorcial, mas promete colocar recursos para viabilizá-los¹⁷. Esse programa foi lançado em Osório, em 26 de agosto de 2003, pela necessidade de oferecer solução na própria região em 95% dos casos, por meio de qualificação, ampliação e instalação de serviços nas sete macrorregiões gaúchas.

O Programa Parceria Resolve tenta mudar a forma de financiamento dos serviços hospitalares no Rio Grande do Sul, utilizando recursos do Estado. Trata-se de uma proposta que visa alterar a forma de pagamento aos hospitais, que ocorria apenas pelos serviços prestados, número de internações. Para isso estabelece metas e indicadores a serem atendidos como forma de fixar o valor dos repasses. Entre os indicadores estão ações para diminuição da mortalidade infantil na região, atendimentos ambulatoriais a dependentes químicos e portadores de sofrimento psíquico e abertura de leitos de saúde mental em hospitais gerais. Também a realização de cirurgias eletivas, campanhas e serviços especializados definidos

¹⁷ Secretário Estadual de Saúde, Osmar G. Terra, apontou como aporte de recursos o Tesouro Nacional (arrecadação tributária) - Santa Cruz do Sul, 11 de abril de 2003.

pelo gestor, serviços de atendimento extra-hospitalar, tais como hospital-dia e atendimentos domiciliares, apoio ao Programa Saúde da Família e programas de interesse social. Além disso, o desempenho do hospital poderá ser medido pelo usuário através de nota dada ao atendimento.

Ao esboçar a descrição da política de saúde, localizando a regionalização, constata-se que essa política aparece nas duas gestões correspondentes ao período desse estudo, embora ocupando lugares diferentes nos planos de governo. Na gestão de 1999 – 2002, a descentralização – regionalização, orienta as ações da Secretaria Estadual de Saúde, enquanto na gestão posterior (2003 – 2006) ela se mantém como meta, porém no lugar de uma das ações dessa secretaria. Quanto a essa situação, não é intenção avaliar qual a melhor forma de atingir a implementação dessa política. Antes, identificar os caminhos que são utilizados, analisando como se dá esse processo de formulação/implementação de políticas públicas e onde está localizado na agenda pública esse tema. Nesse contexto, destaca-se o momento de transição de governo como tensionamento, podendo instigar recuos, ou saltos importantes, conforme conflitos e interesses dos atores envolvidos.

2. O PROCESSO DECISÓRIO EM POLÍTICAS PÚBLICAS: FORMULAÇÃO E IMPLEMENTAÇÃO DA POLÍTICA

As políticas públicas de saúde contêm em seu ciclo da política (*policy cycle*) diferentes fases constitutivas, as quais são reconhecidas como: construção da agenda, formulação, implementação e avaliação. A implementação é um processo de interação estratégica entre diferentes atores e numerosos interesses na busca de certos objetivos (Viana, 1996). Essa autora, resenhando estudos metodológicos sobre *policy making* apresenta a visão de vários autores, dentre eles a de Eugene Bardach, que entende implementação como um processo semelhante a uma “assembléia”, no qual a maioria dos problemas se relacionam com atividades de controle. Com efeito, esse processo tem características “de um jogo, envolvendo um grande número de jogadores com estratégias e táticas próprias, com graus de incerteza, normas para a vitória, e tipos específicos de comunicação para produzir produtos” (p.27). Frente à diversidade de modos de formulação e implementação, várias são as possibilidades de desenhos institucionais, pois sua construção depende da maneira que se desenvolve a relação entre o setor público e o privado, entre agências no interior do aparelho de Estado, das relações entre os atores políticos e burocracia e entre os poderes. Além dessas, das formas de financiamento e das modalidades de prestação de serviços.

No Brasil, atualmente a maioria dos processos decisórios de políticas públicas de saúde desenvolvem-se no interior de espaços democráticos, caracterizados como arenas decisórias. Essas arenas são espaços onde os atores se mobilizam em torno de uma política, disputam, estabelecem coalizões e fazem escolhas para colocar em ação a mesma. As instâncias colegiadas do Sistema Único de Saúde (SUS), enquanto locais de escolhas, embates e decisões políticas assumem responsabilidades na determinação dos rumos das políticas de

saúde. Estas se amparam em diretrizes contidas na Constituição Federal de 1988, nas leis 8.080 e 8.142 de 1990 e nas Portarias Ministeriais, Normas Operacionais, que orientam a implementação do SUS.

A fase de implementação corresponde à execução da política formulada. Portanto, é nesse processo que se encontra a regionalização da saúde no Estado do Rio Grande do Sul, e mais especificamente, no Vale do Rio Pardo. Mesmo na existência de um plano previamente negociado e aprovado, nesta etapa são muitas as incertezas, inversão de posições e renegociações, que por vezes fazem da política previamente aprovada alvo de mudanças e adaptações. Wildavski (1998) caracteriza esse movimento de implementação como um processo de aprendizado (*Learning process*).

Estas adaptações são produzidas em meio a um jogo de interesses de diferentes atores, conflitos, resistências ou incentivos para viabilizar a ação proposta, podendo surgir resultados às vezes inesperados que podem mudar o curso já traçado da política. Conforme Meter e Horn apud Viana (1996), quanto maior o entrosamento entre os formuladores e implementadores de política, maior a capacidade de clareza política e de consenso.

A política de saúde nem sempre é interpretada pelos atores sociais e implementadores da mesma forma, tendo grande influência as percepções dos envolvidos, dos setores supostamente beneficiados ou prejudicados por seus efeitos, o contexto político (os partidos e as coalizões), a postura e o poder de veto do executivo. Situações de conflito são bem freqüentes, e, para evitar a descontinuidade das políticas, foram integrados nas instâncias colegiadas do SUS elementos representantes de diferentes segmentos da sociedade com poder de voz e voto nos processos decisórios. Estas instâncias colegiadas têm como função também atenuar ou eliminar relações de corporativismo e clientelismo, em que ocorrem interesses particularistas, partidários, troca de benefícios públicos por votos ou apoio político. Portanto, corresponde a um conjunto de operações que têm como objetivo final colocar a política em funcionamento regular e permanente.

Em arenas colegiadas do SUS, o processo decisório é orientado por regras normatizadoras, regulamentos (NOBs e NOAS), que apesar de oficializados, nem sempre têm sido condicionantes nas condutas de seus participantes, isto é, de fazer interferência nas escolhas, facilitando ou impedindo as decisões. No entanto, as negociações entre os membros representantes de diferentes segmentos da sociedade são de fundamental importância, uma vez que no plano interno das suas instituições os mesmos fazem parte no jogo de poder, fazendo interferências e muitas vezes mudando o conteúdo e/ou o resultado final da política. Já no plano externo, alterações de cunho econômico-social e político, como uma nova eleição podem mudar as regras do jogo, interferir nas decisões dos atores e resultar em trajetórias de ação diferentes das vigentes (SILVA, 2000).

A implementação é um processo de interação estratégica entre diversos atores que operam em ambiente carregado de incertezas, no qual diferentes interesses estão em jogo, papéis são negociados, os recursos são objeto de barganha e a adesão à política ou programa é variável. Como esta fase implica numa tomada de decisão, ela se constitui em fonte de informação para a formulação e reformulação das políticas, assim como para o aprendizado coletivo, situação observada em uma política em que correlacionou-se com o desenvolvimento regional (WEIGELT, MACEDO, FERREIRA 2004). O sucesso na implementação da política depende da clareza de seus objetivos, da relação entre os atores envolvidos, assim como das estratégias de ação que os mesmos utilizam e do poder que possuem para impor suas decisões, e estabelecer acordos nas arenas decisórias. É um processo de construção social.

Na dinâmica de implementação da política de Regionalização da Saúde pode-se constatar o desenrolar de uma trama de interesses e jogo de poder, que envolve diferentes atores representantes de instâncias de governo (federal, estadual e municipal), do poder público (executivo e legislativo), de instituições (públicas e privadas), de entidades profissionais, de prestadores e usuários dos serviços na organização das ações de saúde e nas pactuações, que referenciam os locais (municípios) como responsáveis pela atenção básica (PAB). Os municípios considerados Sede de Módulo Microrregional são referência em ações e serviços de média complexidade para alguns municípios, enquanto o Pólo Regional é referência de atenção à saúde, em qualquer nível, para toda a região.

Neste processo, a tomada de decisão nem sempre cumpre uma seqüência com início, meio e fim definidos e aceitos sem problemas, de forma consensual. O percurso é bastante complexo, e muitas vezes o que pode representar soluções para um grupo, para outros significa problemas. Conforme Lindblom (1985), esse seguimento envolve interação, influência, controle e poder, e sua cabal compreensão coloca como necessidade o conhecimento das características dos participantes, os papéis que desempenham, a autoridade a que estão submetidos e sua relação entre os membros das instâncias decisórias. Além disso, ele resulta de um complexo de decisões tomadas com base em análises técnicas e combinadas/articuladas a escolhas racionais individuais e considerações subjetivas.

Na visão de Immergut (1996):

As decisões políticas não são atos singulares tomados em determinado momento do tempo; ao contrário, são o resultado final de uma seqüência de decisões tomadas por diferentes atores situados em distintas posições institucionais [...]. As decisões políticas requerem um acordo em vários pontos ao longo de uma cadeia de decisões tomadas por representantes em diferentes arenas políticas (p.144).

Em processos políticos democráticos, onde fazem parte uma variedade de posições, o conflito se torna algo inerente. Como forma de contornar essas situações, no jogo de poder são fixadas regras a serem seguidas, seja pela persuasão, coerção, autoridade ou carisma. Essas regras especificam os diferentes papéis a serem desempenhados, assim como as competências dos atores envolvidos (SILVA, 2000).

Nas negociações, as argumentações são formas de respaldar e justificar a política, com o objetivo de convencer os indivíduos. Os mesmos podem sentir-se coagidos a escolhas e tomadas de decisão que por vezes divergem de suas concepções prévias, daquilo que consideravam de maior relevância e eficiência. Nesse contexto, o Estado pode ser considerado como o principal detentor de poder coercitivo. Os resultados dessas argumentações têm relação com alguns fatores que por vezes se apresentam de forma sutil, cuja intencionalidade é de difícil visibilidade, tornando-se efetiva através da retórica, da posição de quem emite, da autoridade e também do carisma que pode estar permeando essas relações. Segundo Majone (1997), os juízos de fatos e de valor se mesclam; através da dialética, pontos de vista razoáveis conhecidos e difundidos na comunidade constituem um entendimento

compartilhado que deve guiar o sistema de governo. O desenvolvimento da política tem menos a ver com a técnica formal e mais com a argumentação. No entanto, nos governos democráticos, as liberdades econômicas e políticas dos indivíduos e grupos organizados podem condicionar e limitar o ato decisório do governo.

Com a Reforma Sanitária foi possível ampliar as formas representativas. Para além das já existentes formalmente (parlamento), foram definidas modalidades representativas ampliadas da sociedade civil, tendo como exemplo os Conselhos Estaduais, Regionais e Municipais de Saúde (CES, CRS e CMS). Na legislação do SUS foram acrescentadas as Comissões Intergestoras, nas quais predominam representantes da burocracia estatal, que podem ser considerados como oligarquias¹⁸.

Na visão de Lindblom (1985), mesmo em um sistema democrático, a democracia direta se torna inviável em sociedades modernas. No caso específico da realidade em estudo, os processos de formulação e implementação de políticas se restringem a grupos, como no caso dos Conselhos Municipais e Regionais de Saúde e das Comissões Intergestoras Bipartite e Tripartite. Com a criação dos Conselhos de Saúde buscou-se abrir os restritos círculos burocráticos de decisão e incorporar a sociedade nas decisões de forma indireta, através de seus representantes, uma vez que, conforme o autor, decisões tomadas de forma plenamente democrática e participativa constituem-se em ideais de impossível alcance.

¹⁸ Na concepção de Labra (1999), essas Comissões (Tripartite e Bipartite), que integram Secretários de Saúde, acumulam via de regra os seguintes recursos: poder político (cargo de confiança do Chefe do Executivo; nomeação com critério político partidário), poder técnico (na sua esfera é a autoridade máxima em decisões técnicas e financeiras), poder profissional (a maioria são médicos), poder corporativo (balizado pelo CONASS e CONASEMS em cada estado) e ainda poder de gênero, devido a maioria dos mesmos pertencer ao sexo masculino.

Nesta concepção, as comissões intergestoras congregam uma seletiva de representantes que podem ser considerados elites. Com a instalação desta instância de representatividade, pode haver um esvaziamento dos conteúdos políticos e a redução do debate e das forças decisórias dos conselhos, levando os mesmos apenas à homologação de decisões. Para Silva (2000), as trocas periódicas de seus membros, assim como as Conferências de Saúde podem contribuir como estratégias de vigilância e combate às tendências de oligarquização¹⁹.

Nos Conselhos de Saúde conta-se com uma maior representatividade da sociedade, enquanto que, na maioria das comissões intergestoras bipartite, participam gestores e técnicos dos municípios e do Estado, o que caracteriza um grande diferencial na composição das arenas decisórias e também nas relações de poder, configurando-se numa arena de governo.

Estrutura Institucional e Decisória do SUS

Figura 1: Estrutura Institucional e Decisória do SUS

	Gestor	Comissão Intergestores	Colegiado Participativo
Nacional	Ministério da Saúde	Comissão Tripartite	Conselho Nacional
Estadual	Secretarias Estaduais	Comissão Bipartite Estadual	Conselho Estadual
		Comissão Bipartite Regional	Conselho Regional
Municipal	Secretarias Municipais		Conselho Municipal

Fonte: elaborada a partir das orientações do Ministério da Saúde.

No processo de implementação da política, o modelo federativo da saúde, se faz necessário, no sentido de definir o papel de cada esfera no sistema, que tal implementação

¹⁹ Oligarquização: termo utilizado como preponderância de um grupo minoritário na direção de negócios públicos. Governo de poucos. “Aristóteles distinguiu duas formas de governo de poucos: os que governam segundo o interesse geral (aristocracia) e os que governam segundo seus próprios interesses (oligarquia)”. *Oxford Concise Dictionary of Politics*, Oxford University Press, 2003, p. 381-2.

ocorra através da criação de estruturas e mecanismos institucionais específicos de relacionamento entre os gestores do SUS e destes com a sociedade.

2.1 O Poder no Campo Político-Social do Processo de Regionalização da Saúde

Ao se tratar, neste estudo, de um referencial teórico de análise política de política pública é importante que se reserve um espaço para falar do conceito de “poder” e suas expressões na literatura em Ciência Política e Social. Abordagens teóricas sobre este tema fornecem subsídios para a estratégia analítica e propiciam o entendimento mais detalhado de processos políticos, que envolvem diferentes atores, territórios e instituições numa trama de relações no espaço social.

Abordagens positivistas de estudos organizacionais têm apresentado dificuldades na compreensão de processos socialmente construídos, assim como, das relações de poder, da cultura, e das estratégias de ação nas instituições. O tema poder, na perspectiva do espaço de relações entre atores sociais possuidores de recursos de poder, é tratado neste estudo a partir de leitura de autores da filosofia e sociologia como Foucault, Weber, Bourdieu, Lukes, dentre outros.

Uma das maneiras de conceituar poder é através da correlação com a noção de soberania e o entendimento de que todo o poder para uns implica em despoder para outros, contendo assim a própria contradição e complementaridade. Neste ponto de vista, a relação de poder é sempre de dominação-submissão, cujo elemento principal é o medo, a certeza de que todos temem, a segurança do medo dos outros (LEBRUN, 1984). Em contraposição a essa concepção de poder como soberania Foucault (1996, p.179) adota o conceito de “disciplina” e se refere ao poder como “um conjunto de relações” dentro do corpo social, onde ganham importância “noções como “normalização social” fortemente ligadas a processos de coerção disciplinar e de subjugação permanente que sujeita nossos corpos, gestos e dita condutas” (Lukes, 1986, p. 11) com uma diferença sensível aos demais quadros teóricos: a dispersão do

exercício de poderes muitas vezes imperceptíveis mas que nem por isso deixam de nos submeter.

Para Foucault, não são relações de soberania e sim de dominação: “por dominação eu não entendo o fato de uma dominação global de um sobre os outros, ou de um grupo sobre outro, mas as múltiplas formas de dominação que podem se exercer na sociedade”. Assim, não apenas a dominação pelo rei, mas nas diversas sujeições que ocorrem no interior do corpo social (p.181).

As relações de poder não se dão “sobre os indivíduos, mas agem sobre suas ações, passam por eles, circulam e só funcionam e agem em cadeia, o poder funciona e se exerce em rede” (p.183). Machado, em “Por uma genealogia do poder”, ao introduzir Foucault (1996), refere que o poder penetra na vida cotidiana e por isso pode ser caracterizado como micro-poderes, que podem existir integrados ou não ao Estado. Considera que aparece como evidente na produção de Foucault “a existência de formas do exercício do poder diferentes do Estado, a ele articuladas de maneiras variadas e que são indispensáveis inclusive a sua sustentação e atuação eficaz”(p.XI), Foucault sugere que as instituições sejam estudadas pelas relações de força, de poder, seus objetivos, as modalidades instrumentais (leis, normas e outras), formas de institucionalização (tradição, hábitos, moda e outras).

Já Weber (1991), se centra em um outro campo de reflexão referente às organizações, defendendo que a ação social pode se orientar por uma “ordem legítima”, e o que garante o respeito a esta ordem é o fato da existência de legitimidade, algo internalizado, baseado na tradição, no afeto, na racionalidade, no estatuto legal, em princípios religiosos, ou de suas “conseqüências externas” em função de interesses e expectativas do grupo. Independente de qualquer uma destas situações, as mesmas se efetivarão em decorrência de um acordo compartilhado ou de uma relação de imposição-submissão (p.21). Portanto, a ordem parte de uma autoridade legítima e a distribuição do poder nas relações sociais depende da “probabilidade de impor a própria vontade” (p.33).

Nesse enfoque, a imposição corresponde a uma *obediência*, e haverá disciplina quando essa obediência for imediata, dispensando o uso sistemático de estratégias e instrumentos de dominação para a ação de ordem, entendendo a ordem como algo já internalizado. Na visão de Weber, a disciplina é fator essencial para o exercício do poder burocrático e está relacionado também com o respeito às regras e normas, pois isso representa a forma como as ordens são internalizadas. Assim, mesmo diante das diferenças sensíveis entre Foucault e Weber, tendo em vista o fato de ambos considerarem a disciplina uma estratégia fundamental para o exercício do poder é possível reconhecer-se uma aproximação entre a dominação disciplinar do primeiro e o que o segundo refere como dominação burocrática.

Bourdieu, como Foucault, vê o poder como difuso nas diversas formas de ver o mundo, muitas vezes oculto, aceito e não questionado, porém ele refere que o caráter simbólico que reveste este poder está bastante relacionado com a influência das dinâmicas das dimensões política e econômica. Assim, o entendimento de sociedade como espaço social pode ser apreendido a partir das colocações de Bourdieu sobre *campo* e *habitus*. São abordagens que facilitam a compreensão das situações concretas, governadas por um conjunto de relações, nas quais os agentes existem e atuam (Bourdieu, 1996).

Pierre Bourdieu (1996), considera *campo*, o espaço onde atores estão em suas diversas posições e onde se desenvolvem as concorrências, em que cada um, ou cada grupo defende interesses específicos, determinando, portanto, distintos pólos: dos dominantes e dos dominados. Essa concepção dual é bastante limitante e poucas vezes percebida desta forma nas arenas de decisão de implementação de políticas públicas. Porém, através de seu enfoque as relações dos atores sociais possuidores de recursos de poder, que pode ser entendido como o espaço interorganizacional, são relações de uma tensão constante. Assim, torna-se de fundamental importância o entendimento destas relações e como elas são influenciadas pelo *habitus* e pelo poder dos indivíduos que estão envolvidos nesta implementação da política de saúde.

Este autor define o campo como um espaço estruturado com suas próprias regras de funcionamento e suas próprias relações de força. A sua estrutura é dada, a cada momento,

conforme as relações e posições que os agentes ocupam. Sendo assim, mudança na posição dos agentes implica mudança na estrutura do campo; local onde os mesmos competem por interesses, tipo de capital, e especificidades barganhadas na área da saúde. É nesse “lôcus que se trava uma luta concorrencial entre os atores” (ORTIZ, 1994, p.19).

Os campos são mundos sociais relativamente autônomos, exigindo, portanto, daqueles que nele estão envolvidos um saber sobre suas leis de funcionamento, isto é, um *habitus* adquirido pela socialização prévia, e/ou até mesmo pelo que é praticado no próprio campo. Bourdieu define *habitus* como um sistema de disposições duráveis, estruturas estruturadas predispostas a funcionarem como estruturas estruturantes, isto é, como princípios geradores e organizadores das práticas e representações. Pode ser coletivamente orquestrado sem ser produto da ação organizadora de um “maestro”. Ele tende a orientar as ações dos agentes sociais, inclinando-os a atuar e reagir em situações específicas, uma vez que é o produto das relações sociais, porém de um modo que não é sempre calculado, nem uma mera questão de obediência consciente a regras (BOURDIEU, 1996).

Portanto, o *habitus* é algo socializado, um corpo estruturante, que incorporou as estruturas (originárias de ações históricas de várias gerações) e que estrutura tanto a percepção quanto a ação no espaço social. Cada campo possui seus valores particulares e seus próprios princípios regulativos, permitindo compreender o que lhe é interno e externo, através da cultura existente.

Conforme Bourdieu (1996), o campo é um espaço de relações de força entre os diferentes tipos de capital, ou ainda, “entre os agentes suficientemente providos de um dos diferentes tipos de capital e as lutas se intensificam sempre que o valor relativo dos diferentes tipos de capital é posto em questão” (p. 50). Assim, este campo pode também ser identificado como campo de lutas de poder, um espaço de jogo em que agentes e instituições que possuem capitais específicos são capazes de ocupar posições dominantes, utilizando-se de estratégias para preservar ou transformar as relações de poder.

Os diferentes tipos de poder na concepção dos autores:

FOUCAULT	WEBER	BOURDIEU
<p>Um conjunto de relações disperso no corpo social, sem a obrigatoriedade de existência de oposição dominação-submissão. Múltiplas formas de dominação que podem se exercer na sociedade. Não apenas a dominação pelo rei, mas nas diversas sujeições. Poder e resistência são intrínsecos. Repressão e dominação como mecanismo do poder.</p> <p>Relações de forças, poder como prática social, feixe de relações; pode ser estudado a partir de seus mecanismos.</p>	<p>Ação social orientada por uma ordem legítima, autoridade legítima baseado na tradição, no afeto, racionalidade, estatuto legal, princípios religiosos.</p> <p>Obediência, imposição-submissão.</p> <p>A distribuição do poder nas relações sociais depende da probabilidade de impor a própria vontade.</p>	<p>Campo: estrutura dada a cada momento pelas relações sociais, mudança na posição dos agentes, implica mudanças na estrutura desse campo. Configuração relacional.</p> <p>Posição dos agentes: dominantes e dominados.</p> <p>Habitus: esquemas mentais e corporais de percepção, compreensão e ação, adquiridos pela socialização. Estruturas estruturadas que operam como estruturas estruturantes.</p>
Poder Disciplinar	Poder Burocrático	Poder Simbólico

Quadro 2– A relação conceitual do poder amparada em Foucault, Weber e Bourdieu.

Fonte: elaborado a partir de leituras das obras referenciadas.

Numa visão mais radical, Steven Lukes (1980) aponta algumas características de poder utilizando-se de alguns estudiosos sobre o tema como: a Visão Unidimensional, “pluralista”, Dahl, Polsby, Wolfinger e outros: *A* tem poder sobre *B*, uma vez que ele pode levar *B* a fazer algo que *B* doutro modo não faria. Enfoca a capacidade de *A*, como uma bem sucedida tentativa, fazendo diferença entre o poder *potencial* e o *efetivo*, entre sua posse e seu exercício – *exercício de poder*. Cita obras de Dahl e Polsby onde analisam em qual decisão quais participantes iniciaram alternativas que foram finalmente adotadas, votaram iniciativas de outros, ou propuseram alternativas que foram recusadas (sucessos ou derrotas). Os participantes com maior número de sucessos são considerados os mais influentes. Pesquisas precisam estudar os resultados específicos, para determinar quem prevalece na tomada de decisão, o comportamento que sobressai, através da ação ou construídos a partir de documentos, informantes, jornais e outras fontes.

Na visão dos pluralistas o poder só pode ser analisado através de um exame cuidadoso das decisões concretas. Os interesses não passam despercebidos. O foco está no comportamento da tomada de decisão, envolvendo conflito real e observável. Conflito de preferências, de interesses (subjetivos), “expressas preferências de política, reveladas pela participação política” (LUKES, 1982, p.81).

A Visão Bidimensional desenvolve uma “crítica qualificada do foco de comportamento” da visão unidimensional, por não considerar as possíveis *não-tomada de decisões*. As não decisões permitem considerar os modos pelos quais se evitam as *decisões* referentes à discussão em *potencial*, a respeito das quais há um observável *conflito de interesses* (subjetivos), vistos como corporificados em expressas preferências de políticas e queixas subpolíticas”. Bachrach e Baratz (1962), utilizam o termo poder em dois sentidos diversos: para se referirem a todas as formas de controle, com êxito de *A* sobre *B* (*A* assegurar a concordância de *B*), assegurando a obediência através da ameaça de sanções (poder e coerção). Assim, incluindo em sua tipologia de poder: coerção, influência, autoridade, força, manipulação e a não decisão (Ibidem, p.83).

A visão Tridimensional do poder apresenta avanços em relação à visão unidimensional, pois incorpora à análise das relações de poder o controle sobre a agenda da política e dos modos com que as discussões são mantidas fora do processo político. Desenvolve crítica sobre o foco de comportamento das duas visões anteriores, como demasiadamente individualísticas e considera a existência de diversos modos de *decisões potenciais* serem mantidas fora da política, podendo ser através da operação de forças sociais e práticas institucionais ou mediante decisões individuais. Ou ainda, pode ocorrer na ausência de conflitos ou em conflitos não expressos, *latente* devido à contradição entre os interesses dos detentores do poder e daqueles por eles excluídos. Para Lukes, ela é inadequada à medida que se compromete com o behaviorismo, entendendo as decisões como escolhas feitas consciente e intencionalmente. O mesmo chama a atenção para as “não-tomadas de decisão”, decidir não decidir, ou, decidir não agir, uma vez que alguns assuntos nem sequer se tornam matéria de decisão, permanecem encobertos.

	Unidimensional	Bidimensional	Tridimensional
--	-----------------------	----------------------	-----------------------

Ênfase	No comportamento de tomada de decisões, em questões sobre as quais há um observável conflito de interesses (subjativos), vistos como expressas preferências de política, reveladas pela participação política (p.12)	Crítica à visão unidimensional (foco no comportamento), pressupõe a não-tomada de decisão como uma forma de tomar decisões; permite considerar os modos pelos quais se evitam as decisões referentes a discussões em potencial (conflito de interesses observável) – expressas em preferências políticas (p. 16).	Na análise das maneiras mais complexas e sutis, pelas quais a inatividade dos líderes e o mero peso das instituições serviram para controle sobre a agenda política e sobre conflitos observáveis (aberto ou encoberto) e latentes. Perspectiva de uma explicação sociológica, e não apenas pessoal, de como os sistemas políticos evitam as demandas se tornarem discussões políticas ou serem efetuadas (p. 34).
Crítica	Não pode revelar os modos menos visíveis em que um sistema pluralista pode ser distorcido, em favor de certos grupos e contra outros (p. 33).	Se limita a estudar as decisões individuais tomadas para evitar demandas ameaçadoras de tornarem-se politicamente perigosas (p. 34).	O problema colocado a essa visão é o que é o poder, como se exercita, quais os seus mecanismos?

Quadro 3 - Características das Visões de Poder

Fonte: LUKES, 1980.

Para o entendimento e análise do poder faz-se necessário utilizar conceitos e relações referentes ao sistema de dominação, valores dominantes que atuam na sociedade e, em especial, no interior das organizações, em favor de certos grupos, bem como os mecanismos ideológicos de difusão de crenças e valores (não devendo ser entendidos como manipulação simples, evidente), que fazem com que certos grupos (considerados elite) não precisem lutar para exercer o poder. Portanto, examinar quem ganha e quem perde, em uma determinada sociedade, revela aqueles cujos interesses foram ou não contemplados. Porém, para Bachrach e Baratz a questão central em estudos sobre o poder diz respeito a quem se beneficia.

Quanto às organizações, Testa (1992, p.93), atribui a esse espaço a localização do poder da sociedade. Para esse autor, no caso da saúde, os tipos principais de poder

manipulados são denominados de técnico, administrativo e político. O poder técnico é entendido pela capacidade de gerar, aprovar e manipular informações; o administrativo refere-se à capacidade de apropriar-se de algo e alocar recursos para tal. Poder político é a capacidade de mobilizar grupos sociais que clamam ou reclamam por suas necessidades e interesses. Estes recursos de poder podem ser observados no âmbito das arenas decisórias das políticas de saúde, no entanto, o autor faz um alerta sobre o poder político, enfatizando que ele está em nível e qualidade diferente dos demais, que o hierarquiza sobre os outros. E, em alguns momentos os poderes técnico e administrativo podem estar submersos no poder político, situação que pode ser detectada nas burocracias.

A tomada de decisão envolve diferentes momentos: o político, em que são apresentadas as idéias e propostas, as reações de apoio ou recusa dos grupos sociais interessados ou afetados pelo problema; o técnico, período em que a decisão política é colocada em ação, testada, implementada como tal ou alterada para alcançar a eficácia operativa. E, a partir deste segundo momento reinicia uma nova etapa política, que é a de avaliação das respostas aos fatos, ou do resultado das ações e eficiência do processo. Assim, o último momento, provavelmente não será contemplado nesta pesquisa, pois o processo de implementação da política tem sido bastante complexo e demorado.

Pelo fato de estarmos tratando dos rumos de uma política pública, as considerações sobre o conceito de poder são necessárias para alicerçar o conhecimento sobre um campo extenso de relações que compõe os lugares onde as decisões são tomadas. Assim sendo, o esforço analítico exige, nesse caso específico, que se possa abordar os eventos que circunscrevem as decisões políticas, no âmbito das relações entre Estado, mercado e sociedade civil, onde o exercício do poder e a visualização das diferenças do mesmo entre os atores envolvidos são decisivos para desvendamento do conteúdo, caráter da decisão e a situação dos diversos atores em cada conjuntura. Nesse sentido, o próximo sub-capítulo tratará das vertentes teóricas mais reconhecidas que tentam dar conta desse campo de relações e suas conseqüências para as políticas públicas.

2.2 Visões sobre as Relações Estado-Sociedade em Análise Política

O entendimento das relações e interesses entre Estado e sociedade depende das idéias de que o analista se apropria para o desenvolvimento da análise, e os resultados variam consideravelmente conforme a visão que se adote. Porém, mesmo com a escolha de uma visão, adotada como guia, nem sempre se consegue seguir orientado exclusivamente pela mesma, isenta de outras visões semelhantes, entendidas como extensões ou derivações desta.

As visões Pluralista, Marxista, Elitista e Neocorporativista têm sido frequentemente utilizadas como guia metodológico na análise de políticas públicas. Na pluralista, a relação entre Estado e Sociedade é vista como se fossem atores de um mesmo nível, em que se estabelecem acordos, acesso livre e competitivo de grupos de pressão, existência de poderes contrabalançados, de modo que todos os grupos, por meio de pressões teriam a mesma chance de influenciar a *policy-making*²⁰. Os grupos se autodeterminam e se organizam de forma não hierárquica, havendo competição entre os mesmos. Essa visão é bastante criticada por atribuir o mesmo peso a todos os grupos, incluindo o Estado.

A visão elitista pode ser considerada como uma derivação, extensão do pluralismo (neo-pluralismo) na tentativa de superar as limitações (irrealismo) deste, ressaltando o poder exercido por um pequeno grupo, uma “nata” de pessoas dirigentes, representativo de uma minoria destinada à liderança, em conseqüência de suas aptidões superiores e a apatia ou incompetência dos demais, (da grande massa da população). Na abordagem marxista o Estado é visto como um importante meio para a manutenção do predomínio de uma classe social particular, enfatizando a influência determinante dos interesses econômicos de classe, a influência dos interesses econômicos na ação política.

No pluralismo a tomada de decisão pressupõe alinhamentos cambiantes entre os grupos, acerca de questões igualmente cambiantes, fazendo com que a estruturação e a reestruturação do poder dote o processo político de fluidez e variabilidade. O poder estaria fragmentado, dividido entre grupos congêneres, públicos e privados, em competição, demandando contínua barganha (RODRIGUES, 1999). No que diz respeito às questões

²⁰ Policy-making: processos pelos quais as políticas são produzidas.

procedimentais, essa abordagem concentra atenção no exercício de poder, na participação do processo de tomada de decisão e não nas fontes deste, não levando em conta as restrições do processo de tomada de decisão.

Já no neocorporativismo, as unidades constitutivas que representam as associações de interesses estão organizadas em um número limitado de categorias, obrigatórias, singulares, não competitivas, hierarquicamente ordenadas e funcionalmente diferenciadas, reconhecidas, autorizadas ou até mesmo criadas pelo Estado. Rodrigues (1999), amparado em Schmitter refere que a estas unidades é concedido um deliberado monopólio representativo dentro de suas respectivas categorias em troca de observar certos controles sobre a seleção de seus dirigentes e a articulação de demandas e apoio. A tomada de decisão tem grande influência e chancela do Estado. É ele quem decide com quem dialogar, selecionando seus interlocutores.

Tanto o pluralismo, como o neocorporativismo nas décadas de 70 e 80 tentaram explicar a intermediação de interesses no processo de produção de políticas, enfocando principalmente as redes ou comunidades políticas e os interesses organizados, vinculados às arenas estatais de decisão. Corporativismo e pluralismo compartilham de alguns pressupostos básicos, como a crescente importância dada às unidades associativas formais de representação, a persistência e ampliação de interesses diferenciados e potencialmente conflitivos (SCHMITTER *in* RODRIGUES, 1999) operados pela interpenetração das arenas de decisão públicas e privadas. Pode-se observar as principais características de padrões de articulação entre os interesses organizados e a institucionalidade política no quadro abaixo:

Características	Pluralismo	Corporativismo
Unidades constitutivas do sistema	Número não especificado de categorias múltiplas	Número limitado de categorias singulares
Caráter da participação	Voluntária	Obrigatória
Relação inter-associativa	Competitiva	Não competitiva

Estrutura organizacional do sistema	Não ordenada hierarquicamente	Hierarquicamente ordenada
Natureza dos interesses representados	Autodeterminada	Funcionalmente diferenciada
Status das unidades frente ao Estado	Não especialmente autorizadas, reconhecidas, subsidiadas, criadas ou de algum modo controladas pelo Estado	Reconhecidas ou autorizadas (senão criadas) pelo Estado
Caráter da representação exercida pelas unidades	Não detém monopólio	Detém monopólio
Contrapartida das unidades pelo status representativo de que dispõem	Sem contrapartida. Não são controladas pelo Estado na seleção de seus dirigentes ou na articulação de seus interesses	Compelidas pelo Estado a observar certos controles sobre a seleção de seus dirigentes e a articulação de suas demandas e apoios em troca do monopólio de representação

Quadro 4 – Características do Pluralismo e Corporativismo

Fonte: Elaborado a partir de Schmitter *in* RODRIGUES (1999).

O neocorporativismo de Schmitter e de outros nasceu da observação empírica sobre soluções acionadas no segundo pós-guerra por alguns países capitalistas industrializados da Europa como forma de garantir níveis menores de incerteza no campo da reprodução do sistema. Isso foi operado através de uma forte centralização estatal coordenando uma arena plural minimalista (um “ar” de democracia que era uma bandeira no pós-guerra, sem abrir mão de forte controle estatal), com participação dos setores do capital e trabalho reduzindo, através de pactos, o nível dos conflitos inerentes e possíveis focos de obstaculização no plano das políticas de desenvolvimento e de pleno emprego. Entre os componentes fundamentais para o êxito dessa estratégia – incluindo a implementação dos Estados de Bem-Estar – encontra-se uma classe operária amplamente organizada, institucionalizada e burguesias nacionais com projetos de poder e de nação.

Uma vez tratadas as visões que formulam conceitos sobre o Estado e suas relações com a sociedade civil, considera-se importante destacar uma formulação teórica derivada do pluralismo que tenta compreender como podem ser designadas aquelas relações, através de um expediente teórico reservado para a compreensão sobre os modos de governar: trata-se do conceito de poliarquia criado por Robert Dahl.

Poliarquia, no sentido etimológico, significa muitos governantes. Dahl & Lindblom (1971) utilizam-se desse termo para designar um conjunto de processos sociais existentes nos sistemas políticos democráticos, e também, para relações e confrontação entre os grupos,

reservando o termo democracia para referir o sistema ideal, e poliarquia para referir-se a regimes relativamente democráticos. Dahl (1997), pressupõe que “uma característica-chave da democracia é a contínua responsividade do governo às preferências de seus cidadãos, considerados como politicamente iguais” (p. 25). Entretanto, as diversas desigualdades de condições institucionais²¹ para se tornar cidadão, levam a sugerir que a maioria dos países ditos democráticos, podem estar sendo regidos por poliarquias. Dessa forma, as poliarquias são regimes que foram substancialmente popularizados e liberalizados, isto é, fortemente inclusivos e amplamente abertos à contestação pública. A democratização, assim, se define por um processo de progressiva ampliação da competição e da participação política.

O Brasil é um país que apresenta diferenças significativas quanto a sua legislação, aparato legal, em relação aos demais. Na Constituição Federal de 1988 são garantidos direitos a todos os cidadãos, e a saúde é um desses. Porém, a conquista dos mesmos depende de uma série de fatores, desde as condições da população para participar na busca de seus direitos e o efetivo compromisso dos governos no desempenho de suas competências, até a influência dos diversos interesses que permeiam as relações na sociedade.

No sistema político brasileiro convivem atualmente diferentes formas de mediação de interesses: formas pluralistas, arranjos corporativos mais societários, o corporativismo estatal e as conhecidas práticas clientelistas. O predomínio de uma ou de outra destas, dependerá em grande parte, dos atores sociais envolvidos e da capacidade do sistema político de representar a dinâmica social no processo de democracia (CASTRO, 1989, p.43).

Nas relações entre Estado e sociedade, dependendo do contexto, os diferentes atores podem utilizar estratégias diversas, permitindo aos mesmos transitar de um padrão institucionalizado, que estrutura os laços entre sociedade e Estado, para outro: clientelismo,

²¹ Esse autor ressalta que na democracia devem ser garantidas a todo cidadão oportunidades plenas para formular e expressar suas preferências através de ações individuais e coletivas; sendo essas consideradas na conduta do governo. O mesmo estima que existam, pelo menos, oito condições para garantir tais oportunidades: “liberdade de formar e aderir a organizações; liberdade de expressão; direito de voto; elegibilidade para cargos públicos; direito de líderes políticos disputarem apoio e voto; fontes alternativas de informação; eleições livres e idôneas; instituições para tornar as políticas governamentais dependentes de eleições e de outras manifestações de preferências” (DAHL, 1997, p.27).

corporativismo, insulamento burocrático e universalismo de procedimentos, definidos por Nunes (1997, p.42), como “tipos de gramática”.

No contexto histórico da evolução do capitalismo moderno, Nunes (1997) destaca a existência de quatro gramáticas para as relações Estado-sociedade no Brasil, tomando como base o personalismo e impersonalismo. O clientelismo (personalista) é um tipo em oposição ao universalismo de procedimentos (impersonalista). O corporativismo e o insulamento burocrático são penetrados tanto pelo personalismo como pelo impersonalismo. Contudo, são também profundamente penetrados pela lógica personalista do clientelismo. O insulamento burocrático, por exemplo, permitiu a existência de "anéis burocráticos" tipicamente baseados em trocas personalistas (p. 42). Esses anéis burocráticos constituíam ligações de negociações entre o Estado e os interesses de certos grupos da sociedade civil que se entrelaçam a partir de coalizões, nomeadas por Fernando Henrique Cardoso como “anéis burocráticos” (1975, p. 184); constituídos por interesses públicos e privados (inclusive os interesses econômicos e da burguesia passam a existir dentro do Estado, extraindo dele vantagens nem sempre legítimas). Nesse contexto, onde o insulamento burocrático e relações interpessoais falam mais alto e, por outro lado, a organização sindical é frágil e suas elites dirigentes muito sensíveis ao descolamento das bases, fica difícil adequar o neocorporativismo como referencial explicativo para essa realidade.

Assim, quando se fala em análise de políticas públicas no Brasil, temos que considerar os fenômenos da dinâmica política e os *outputs* das *policies*²², bem como alguns aspectos que dizem respeito à comunidade científica, a suas origens intelectuais e suas escolhas. Nunes (1997) sugere que é necessário reconhecer as quatro gramáticas - laços para as relações entre Estado e sociedade – já que a abordagem tradicional não dá conta de todas as questões importantes.

A análise da política, do poder político não se esgota nas características inerentes a determinados grupos ou atores, pelo risco de não conseguir explicar como grupos igualmente poderosos e organizados obtiveram resultados tão diferentes em contextos políticos diversos (IMMERGUT, 1996). Portanto, a partir dos anos oitenta os cientistas políticos, ao

²² Resultados de processos políticos, leis específicas.

incorporarem os fatores institucionais como variáveis importantes para o reconhecimento da dinâmica política e seus desdobramentos, abrem um campo de investigação que, se não é novo²³ revigora a análise política. O acesso aos papéis institucionais, os fatores institucionais, inclusive os de nível intermediário como incentivos e constrangimentos aos atores políticos nas conjunturas de decisão recupera dimensões negligenciadas por muito tempo. Tais razões tornam o entendimento e interpretação do processo de implementação de uma política pública pela análise institucional uma contribuição significativa. A análise de política pública (*policy analysis*) adotada neste estudo se refere ao entendimento do processo político (*politics*) seu ambiente institucional (*polity*) no qual diversos atores sociais e instituições fazem parte, e constituem o desenho da implementação da política.

2.3 A Emergência da Instituição no Campo das Relações Políticas e Sociais e da Análise Política

No campo de análise das políticas públicas várias abordagens teóricas e métodos vêm sendo utilizados para o entendimento e a explicação dos processos pelos quais as políticas são formuladas (*policy making*) e implementadas. Os diferentes e complexos contextos da sociedade têm demandado constantemente o acréscimo de novas variáveis ao referencial teórico-conceitual na tentativa de facilitar a pesquisa e a análise destas realidades.

A rápida disseminação de informações, a transnacionalização da economia, a mundialização dos problemas sociais são fatores externos que se interpenetram com as questões internas loco-regionais, como a intensa setorialização e segmentação dos campos de política governamental, a tecnificação das decisões e a diversificação dos interesses envolvidos em cada questão, apresentando-se como objetos de resoluções políticas (LABRA, 1999). Com a crise do paradigma estrutural-funcionalista na década de 70, que considerava as organizações como expressão estrutural da ação racional e dirigida a lograr objetivos definidos, houve uma multiplicação de referências teóricas para abordagem de estudos organizacionais. Debates e críticas enfocavam o caráter fechado de preposições, ausência de uma visão histórica, e a abordagem dos aspectos políticos de forma marginal. E, a partir daí,

²³ O neoinstitucionalismo tem suas origens na escola institucionalista.

são acrescentadas aos estudos empíricos no campo das organizações de enfoque estrutural e comportamental as contribuições da perspectiva institucional.

O surgimento de novas correntes de investigação e estudos sobre as organizações possibilitou a ampliação das abordagens e a inclusão de elementos organizacionais, assim como seus contextos: a cultura, o poder, as estratégias, o contexto ecológico ou institucional. O entendimento sobre ambiente também sofreu profundas mudanças, destacando-se a inclusão de elementos simbólicos na formação dos ambientes organizacionais (SCOTT, 2001). Alguns dos tipos considerados ideais em estudo de organizações, como a corrente institucionalista, que teve sua origem na economia, enfocam as estruturas administrativas, legais e políticas de forma detalhada e normativa, bem como estas instituições podem modelar condutas, preferências e decisões dos atores envolvidos.

Através de contribuições teóricas e empíricas na perspectiva institucional das ciências sociais, ancoradas em conceitos como institucionalização, normas, símbolos, mitos e legitimidade se desenvolveram três orientações distintas: a econômica, a política e a sociológica. Na econômica o principal objetivo é colocar em evidência alguns aspectos no que se refere às empresas, aos mercados e às relações contratuais. Com o surgimento do neo-institucionalismo, na metade da década de 70, coloca-se em evidência o papel das instituições no debate da teoria econômica, principalmente no que se refere aos “custos de transação” (SCOTT, 2001).

A orientação política da teoria institucional teve em seu início uma relação muito próxima com o direito institucional e a filosofia moral, o que lhe possibilitou um enfoque especial aos aspectos legais, assim como à ordenação administrativa de estruturas de governo. Em trabalhos mais recentes apresenta maior interesse nas questões como a autonomia relativa das instituições políticas em relação à sociedade; a complexidade dos sistemas políticos existentes e o papel exercido pela representação e o simbolismo no campo político. O neoinstitucionalismo desenvolvido na ciência política tem como precursores March e Olsen²⁴,

²⁴ Ver March, J.G e J.P. Olsen. Em *El nuevo institucionalismo: factores organizativos de la vida política*, Zona Abierta, 1993.

com seus estudos sobre a autonomia das instituições políticas em relação aos fenômenos sociais.

Já na vertente sociológica, as idéias de Durkheim tiveram influência importante, principalmente no que se refere ao caráter variável das bases sociais (SCOTT, 2001), o fato social, o papel exercido pelos sistemas simbólicos, os sistemas de conhecimento, de crenças e a autoridade moral identificados como instituições sociais, produtos da interação humana. A isso se acresce a importância do símbolo na estruturação do comportamento humano dentro e fora das instituições formais (DURKHEIM, 1992). Weber, por sua vez, não utilizou o conceito de instituição em seus estudos sociológicos sobre o nascimento do capitalismo, se ateu na compreensão da influência das normas culturais, a construção e o caráter histórico das estruturas econômicas. As regras culturais constituem a base para a ação coletiva em diversos ambientes, incluindo também o mercado e o comportamento político (WEBER, 1996). Assim, a mudança de foco para o sistema cognitivo, foi base para o desenvolvimento desta orientação na perspectiva institucional. Houve uma reação contra as concepções racionalistas, destacando-se as relações entre a organização e seu ambiente, assim como o papel da cultura na formação destas organizações.

O termo instituição tem sido apresentado em diferentes enfoques e significações, podendo ser utilizado, conforme Boudon (1993) tanto para as condutas públicas e privadas em geral, como para as sancionadas de forma explícita e coercitiva por órgãos da sociedade designados especificamente para tal. Diante destes sentidos usualmente adotados, neste estudo concebe-se as instituições como normas que influenciam as condutas e práticas sociais, que estruturam e são estruturadas nas relações entre os indivíduos nas diversas arenas decisórias da política de saúde, incluindo organizações, regras formais e informais, assim como procedimentos que estruturam condutas. Incluem-se aqui tanto as organizações públicas e privadas, o Ministério da Saúde, os Conselhos de Saúde, as Secretarias de Saúde Estadual e Municipal, a Coordenadoria Regional de Saúde, Associações dos profissionais de saúde e de hospitais e Câmara de Vereadores, assim como todos os atravessamentos que as perpassam em sua constituição e transparecem na medida em que as ações são formuladas e implementadas. Valores, regulamentos, significados legitimados são alguns elementos institucionais presentes neste contexto e considerados relevantes neste estudo. Nessa linha de

pensamento, Giddens (2000), enfatiza que toda a sociedade constitui-se de um complexo de práticas recorrentes que criam instituições que somente têm forma, e essa somente afeta seus membros, enquanto estrutura que produz e reproduz naquilo que eles fazem.

Na visão de Guy Peters (2003, p.35-36) deve existir “uma relação de reciprocidade entre as coletividades políticas e seu entorno socioeconômico, em que a política tenha a opção de modelar a sociedade e a sociedade de modelar a política”, numa concepção de política institucional com facetas múltiplas. Uma instituição transcende aos indivíduos e implica a grupos de indivíduos através de certo conjunto de interações que predizem as relações (sociais e econômicas) existentes entre os atores.

Guy Peters (2003), amparado nas idéias de March e Olsen, relata que as instituições derivam em grande parte de sua estrutura de significação e de sua lógica do ‘adequado’ da sociedade dentro da qual se formam. Indivíduos são socializados, pertencem a uma sociedade com algumas normas comuns: reciprocidade, honestidade, cooperação e outras. Portanto, os comportamentos seriam intencionais, mas não voluntários, quando os indivíduos se encontram motivados pelos valores de suas instituições. Os mesmos acreditam que instituições são o conjunto de regras e valores normativos que influem sobre os membros institucionais, como também os conjuntos de rotinas que se desenvolvem para pôr em execução e impor valores. (p.51). No entanto, as rotinas não são imutáveis e as normas são interpretadas de diferentes maneiras e sua influência sobre os comportamentos é diversa.

Com base na visão de Guy Peters (2003), na ciência política, o novo institucionalismo se apresenta como diverso a partir das concepções de diversos autores, porém como ponto fundamental que unifica a todos os enfoques: as instituições são o elemento central da vida política e são consideradas como o elemento mais importante que se pode usar para explicar as decisões políticas. Estudiosos neo-institucionalistas analisam o caráter das relações institucionais, colocando em foco, principalmente, a forma como uma determinada configuração institucional modela as interações políticas e como as instituições alinham as estratégias políticas causando influências em seus resultados. A maneira como as regras institucionais permitem que as demandas se tornem visíveis e politicamente significantes é o

ponto central desta perspectiva (características também referidas como porosidade e/ou permeabilidade). Os indivíduos são atores importantes, principalmente porque interpretam o que e quais são as regras e os valores de sua instituição, sendo fundamental compreender os marcos institucionais dentro dos quais eles operam.

Além do mais, as instituições sofrem influências e são permeáveis às demandas e condutas sociais, e mesmo diante de uma mudança intencional e radical, sobreviverão rotinas previamente existentes; pois as regras informais mudam lentamente. Neste sentido, Romero (1999, p. 26) esclarece que tanto March & Olsen, quanto North coincidem com Theda Skocpol, “cuando ésta afirma que los resultados de los procesos revolucionarios generalmente dependen más de los legados”. Para Powell e DiMaggio (1999), o ponto de divergência mais importante entre as duas proposições, o velho e novo institucionalismo, parece ser o foco político e a luta de interesses dentro e entre as organizações que, cada vez mais, vêm ganhando espaço nas análises.

Neste estudo o entendimento das relações e do funcionamento das regras do jogo de poder que permeiam o processo político da Regionalização da Saúde busca no neo-institucionalismo contribuições significativas, uma vez que, em análises de processos de implementação das políticas se faz necessário analisar as instituições juntamente com os interesses e os atores envolvidos (Immergut 1996, p.140). Além disso, na dinâmica institucional torna-se relevante o conhecimento dos grupos que possuem poder de veto nas decisões e em que momentos eles exercem essas condutas.

2.4 O neo-institucionalismo: abordagem teórica para o entendimento e a análise do processo de regionalização da saúde

Para o entendimento desta complexa realidade de implementação da política de Regionalização da Saúde no âmbito da 13ª Coordenadoria Regional de Saúde, adotou-se como ferramenta teórico-analítica uma vertente da teoria institucional da ciência política, o neo-

institucionalismo (GUY PETERS, 2003), que se utiliza das contribuições dos estudos de March & Olsen e Powell & Dimaggio na sociologia das organizações e North na história econômica. A ciência política americana tenta explicar o porquê do acréscimo do prefixo “neo” ao institucionalismo, com referência ao “velho” institucionalismo formalista-legalista, dando uma idéia de negação às abordagens deste.

Diferentemente da visão pluralista, o neo-institucionalismo não considera o marco de organização e funcionamento das políticas como uma arena neutra, sobre a qual confluem distintos atores, seus comportamentos e recursos, mas sim como uma conjunção de fatores estruturais, econômicos, culturais e ideológicos. Além disso, para os neoinstitucionalistas o Estado em si mesmo é relevante, devendo ser considerado o papel que jogam os poderes públicos, a burocracia, suas inércias, ou suas particulares formas de relação com a sociedade – de explicação da elaboração e dos resultados de uma política (Molina et al, 2000).

No interior desta abordagem, a literatura distingue três tipos de neo-institucionalismos: o histórico, o sociológico e o da escolha racional. O histórico se desenvolveu mais especificamente em reação ao movimento behaviorista. O sociológico ampara-se na teoria das organizações, dando ênfase ao aspecto cognitivo das instituições, “tenta ligar a sociedade às instituições pelo sentido que estas últimas adquirem e difundem” (LECOURS, 2002). Já o da escolha racional, antes de rejeitar esse movimento, tenta combiná-lo com a análise institucionalista, produzindo estudos sobre legislaturas, executivos, burocracias e a formação de coalizões políticas.

Histórico	Sociológico	Escolha Racional
-----------	-------------	------------------

Alguns dos estudiosos envolvidos: Theda Skocpol, Sven Steinmo, Kathleen Thelen e Frank Longstreth.

Principal argumento: *path dependence*, (transformações das políticas e suas identificação com as anteriores) a idéia que os fenômenos sócio-políticos são fortemente condicionados pelos fatores contextuais, exógenos aos autores, e muitos são de natureza institucional. Uma vez criadas as instituições, as mesmas tomam vida e dão lugar às dinâmicas e situações que muitas vezes não eram desejadas ou pensadas pelos atores;

Os fenômenos sócio-políticos não podem ser explicados simplesmente pela vontade, nem pela natureza de suas relações, são freqüentemente, produto acidental de um processo macro-histórico de desenvolvimento institucional ou, cada nova configuração foi condicionada pela anterior;

Atenta para a dimensão, o peso institucional (exemplo: do Estado) sobre a ação;

As instituições são vistas como produtos de processos históricos concretos, especialmente os marcados pelos conflitos;

O nascimento de uma instituição é entendido em função das relações de poder em determinado momento da história, sugerindo que a instituição adquira vida quando a tensão política se torna aguda;

Mudança institucional pode ser rápida e importante, modificações em uma ordem institucional acarretam mudanças em outras;

Idéia de que as instituições refletem e cristalizam as relações de poder que asseguram sua sobrevivência, forçando os atores a se adaptarem a elas, conferindo legitimidade que se amplia com o passar do tempo;

Insiste sobre as seqüências e a dimensão temporal;

Conceitua o efeito estruturante das instituições num sentido mais amplo, afirma que as instituições

James March, Johan Olsen, Paul Dimaggio, Walter Powell.

Tem suas raízes na teoria das organizações;

Desenvolve a idéia de que as instituições encarnam e refletem os símbolos e as práticas culturais em vigência, instruindo a percepção dos atores e informando a reprodução institucional;

Novas instituições são criadas numa lógica de compatibilidade com as já existentes (isomorfismo), uma vez que os atores retiram sentido do seu ambiente institucional que verte em sua ação;

A mudança sócio-política ocorre de forma lenta e gradual, pelo fato de que se inscreve num processo de evolução cultural balizado pelas formas institucionais;

Tenta ligar a sociedade às instituições pelo sentido que estas últimas adquirem e difundem, coloca ênfase no aspecto cognitivo das instituições;

Tem maior tendência à definição normativa, ou as normas são compreendidas como parâmetros culturais e simbólicos;

A definição normativa propõe um mundo ontológico, no qual a distinção entre instituições e sociedade é mais frouxa, sugerindo fatores que com freqüência são ignorados pelos que se envolvem apenas com as definições materialistas das instituições, tornando essa análise mais abrangente;

Conceitua as instituições como a formalização de práticas culturais, construções sociais, são a imagem da sociedade em que estão situadas, reflexo das percepções coletivas e sua criação corresponde à rotinização das relações sociais. Elas se transformam de modo a ampliar sua legitimidade social, elas se adaptam às mudanças nas práticas sociais e na ordem cultural.

Consegue explicar melhor a utilidade do que a mudança

Mancur Olson, Kenneth Shepsle, Barry Weingast, Downs

Antes de rejeitar o movimento behaviorista, tenta combiná-lo com a análise institucional, como por exemplo, para entender o comportamento dos legisladores, regras, procedimentos do Congresso.

Concentra-se na importância estratégica das instituições, se utilizando do contexto institucional, no qual ocorrem os processos de decisão, para entendimento das escolhas individuais e das racionalidades em busca do ganho pessoal.

Considera as instituições em função dos constrangimentos e das oportunidades que elas oferecem aos atores.

Tende a definir as instituições com “regras do jogo” político, produtoras de mecanismos de coordenação. Explica a criação institucional, especificando sua função e investigando os atores beneficiados.

Concentra-se bem mais no impacto de um contexto institucional sobre o comportamento dos atores, do que nas mudanças institucionais.

Tenta entender os fenômenos sócio-políticos, pelas interações estratégicas entre atores, porém, reconhece que essas não se produzem num vácuo institucional, o contexto gerado oferece oportunidades de ação, assim como constrangimentos.

Abordagem fiel aos postulados de utilidade e de maximização.

Quadro 5 – Síntese das três vertentes da abordagem neo-institucionalista

Fonte: Elaborado a partir das contribuições de Lecours (2002).

Seguindo nessa linha de pensamento, autores neoinstitucionalistas com enfoque sociológico consideram as instituições como criação humana, porém não as tratam como resultado de ações intencionais de indivíduos instrumentalmente orientados, como vêem os racionalistas (Romero, 1999). São padrões sociais reproduzidos e sustentados por procedimentos rotineiros, rituais e símbolos, e que podem ter seu processo de reprodução alterado ou interrompido pelos impactos do meio ou da ação coletiva. Assim, as correntes histórica e sociológica do neo-institucionalismo entendem que as instituições não representam só o contexto, pois as mesmas têm um papel determinante na configuração política, uma vez que atores políticos seguem regras e normas institucionalmente aceitas, sem valores absolutos. O neo-institucionalismo da escolha racional atenta mais para as estratégias institucionais e os contextos nos quais ocorrem os processos de decisão, buscando o entendimento das escolhas individuais e das racionalidades em busca do ganho pessoa ou de grupos. Considera as instituições em função dos constrangimentos e das oportunidades que elas oferecem aos atores. Nesse sentido as regras do jogo político definem uma moldura para a movimentação dos atores.

Trazendo tais considerações teóricas para o contexto desse estudo é possível compreender alguns aspectos relevantes da política de regionalização da saúde. As normas institucionais (NOAS) preconizam que o processo de sua implementação seja desenvolvido de forma pactuada contando com a cooperação dos diversos entes federados (a União, os Estados e os Municípios) e a população que compõe a comunidade da região envolvida. Nesse entendimento, cada microrregião, município participante das arenas decisórias (reuniões de conselhos e comissões de saúde) de alguma maneira interfere nesse processo através da exposição de idéias, de valores e posição de seus representantes.

É importante ressaltar que para Baquero (2001, p.102), “a cultura política ocupa um lugar central no cotidiano dos indivíduos, podendo servir tanto para regular a transmissão de

* dependência de trajetória, processos históricos seqüências

valores políticos, quanto para legitimar o funcionamento das instituições políticas”. Vista sob este aspecto, a análise da cultura política de uma comunidade regional pressupõe a necessidade de caracterizar os contextos histórico-culturais que fazem parte de sua configuração. Portanto, seguindo a linha de pensamento desse autor, cada comunidade deve ser vista como resultado de um processo interativo e cumulativo de experiências vividas, no qual suas matrizes políticas podem ser identificadas pela determinação de seu processo de formação histórica.

Considera-se de fundamental importância a análise histórica em busca do entendimento de como indivíduos e grupos definem seus interesses, o que estão querendo maximizar e por que escolhem determinadas metas e não outras, o que buscam evitar. Nessa vertente do neo-institucionalismo as instituições são concebidas como estruturantes da política, pois as mesmas moldam as estratégias, definem os objetivos e orientam as situações de cooperação e conflito. Assim, entende-se que as mesmas são importantes para a análise da realidade das políticas públicas (*institutions matter* North, 2002), entendendo que cada local apresenta o seu modo de fazer e valorizar as ações, os procedimentos e lidar com os conflitos (Nassmacher *apud* Frey, 2000).

O neo-institucionalismo aparece no início dos anos 80, buscando respostas [alternativas] tanto para a tradição comportamentalista (behaviorista) e ao crescimento da teoria da escolha racional (HAY, 2002, p.10-11), como referências teóricas dominantes na análise política. Essa tradição analítica rejeita os princípios simplificadores da teoria da escolha racional na modelagem do comportamento político como desafia a pressuposta regularidade da conduta humana assentada no padrão concebido pelo comportamentalismo (HAY, p.11). Os neoinstitucionalistas enfatizam o papel mediador dos contextos institucionais onde ocorrem os eventos.

Além disso, tende a reconhecer o papel das instituições basicamente de duas formas: uma colocando ênfase na permanência das estruturas institucionais, outra, na possibilidade de as mesmas serem flexíveis a mudanças, sensíveis, portanto, à ação social. Desta forma, pode-se deduzir pelo menos dois desdobramentos possíveis na análise das políticas públicas.

Primeiro, que o caráter permanente com suas regras, normas e procedimentos produz padrões históricos de atuação política, define limites e contingências, desenhando, em grande medida a fisionomia das arenas decisórias. Segundo, que a flexibilidade e porosidade à ação externa tem a propriedade de tornar visíveis as investidas dos demais atores e as possibilidades dos mesmos assumirem níveis de autonomia interferindo na dinâmica das disputas e mesmo nas próprias regras do jogo político. Quer dizer, a forma de lidar com o binômio tradicionalmente complicado e de termos usualmente excludentes como o de “estrutura-agência” tem no neo-institucionalismo respostas teóricas que proporcionam uma riqueza maior de análise iniciando pelas condições acima descritas.

Na análise do processo de implementação de políticas públicas a vertente neoinstitucionalista permite problematizar os processos que envolvem essa implementação, dando conta de como cada sociedade - independentemente de que nível de governo esteja sendo estudado - lida com as tensões entre os aspectos normativos e o agenciamento dos interesses sociais em jogo.

Em se tratando das instituições como estruturas da esfera política, as mesmas são constituídas de tradição e produtos históricos, poder legal instituído, legitimado na esfera pública, os quais incidem nos comportamentos políticos, nas posições dos atores e nos movimentos sociais. Conforme Weber (1996), é na ação social que se encontra o fundamento de toda a estrutura social: a ação geradora de situações e estruturas que organizam a edificação social. Assim, entende-se que estas instituições podem ser as estruturas estruturadas e estruturantes de ações sociais, se relacionadas também com as idéias de Bourdieu (1996).

As arenas decisórias podem ser consideradas como infra-estrutura da esfera pública, pois elas se caracterizam por reuniões, assembléias, conselhos, fóruns e outros movimentos. A diversidade que assume a esfera pública e de processos democráticos de opinião molda os mecanismos de integração social. Para Habermas (1997), a base social dessas esferas públicas é a sociedade civil, que se distingue tanto do sistema econômico como da administração pública, tendo um núcleo institucional “formado por associações e organizações livres, não estatais e não econômicas que captam os ecos dos problemas sociais que ressoam nas esferas

privadas, condensam-nos e os transmitem, a seguir, para a esfera pública política” (p. 99). Esse autor alerta que é na esfera pública que se formam as influências, o poder social se transforma em poder político através de processos institucionalizados.

Embasando-se em formulações de neoinstitucionalistas e de outros autores, busca-se o detalhamento de situações e o entendimento das relações que ocorrem no espaço social e político, da regionalização da saúde. Neste espaço diferenciado, atores, grupos representativos da sociedade civil, através da interação e negociação com os demais, buscam uma posição que os habilita à manipulação legítima de determinados produtos simbólicos, permitindo compreender os princípios das instituições e as relações destes atores no interior das mesmas, suas relações com as questões externas, assim como o exercício e seus recursos de poder, as tomadas ou não-tomadas de decisão e os resultados deste processo de regionalização da saúde. Portanto, compreender as interações sociais e seus resultados.

Conceitos e concepções de autores como Bourdieu, sociólogo francês, e Mario Testa, sanitarista argentino representante do planejamento estratégico em saúde, serão utilizados para abordar a realidade deste espaço social e interinstitucional, bem como o campo de poderes local e regional. Ressalta-se que o espaço institucional é bastante complexo, assim como o interorganizacional, pois eles são originários de interações sociais cooperativas e conflitivas, com lógicas, regularidades (normas) e histórias próprias, que são construídas através de ações e relações no cotidiano das pessoas. Para captar e entender os processos de negociações e acordos em torno de determinados temas, se faz necessário uma imersão do pesquisador nestes espaços.

Levando-se em conta que o conceito central do neo-institucionalismo são as instituições, para fins analíticos é importante definir esse conceito em suas partes constituintes e principais características. Parte-se do princípio que o conceito de instituição tem sido tratado de múltiplas formas com conseqüências teóricas variadas. No entanto, recorreremos a dois autores importantes para essa tarefa, W. Richard Scott e Colin Hay. Em primeiro lugar deve-se ressaltar seu aspecto relacional, ou seja, a ação institucionalizada como uma ação social revestida de peculiaridades. Essas dizem respeito à marca que cada instituição imprime em suas condutas. Para HAY (2002), as relações entre a densidade institucional, seus valores, suas regras, seus constrangimentos e a subversão dos mesmos por grupos de atores,

conformando espaços onde são produzidos acordos e vetos, segundo as condições reais de compreensão e de afirmação de uma lógica própria desses grupos podem ser consideradas através do neo-institucionalismo.

Nesse sentido, Scott (2001), chama a atenção para o que denomina de os três pilares das instituições, reconhecidos por ele como estruturas que oferecem estabilidade e significado ao comportamento social e identificam cada perfil institucional, a saber: sistemas de regulação, sistemas normativos e sistemas cognitivos-culturais. Cada um deles pode ser verificado no plano empírico através do exame de sua lógica, dos mecanismos utilizados para operá-los e das suas bases de legitimação. O trabalho de campo procurou explorar o quanto esses pilares definem o caráter das instituições, seus modelos de atuação e a rigidez ou flexibilidade de suas normas. Dessa fisionomia pode-se fazer a inferência sobre o tipo de sistema de autoridade institucional, possibilitando assim compreender a natureza, o conteúdo e os rumos dessa política pública. Essa inferência é orientada pelo caráter das relações entre os diversos atores, onde as formas de intermediação dos interesses tomam lugar central e as instituições cumprem papel político decisivo.

No presente estudo, a dinâmica de intervenção dos atores e as ações institucionais desenvolvidas num processo específico de implementação – o da regionalização da política de saúde numa área administrativa regional – trouxeram à tona uma série de aspectos referentes ao conjunto das ações de governo e dos movimentos dos atores sociais nos vários setores de políticas. Por conseguinte, foi possível visualizar padrões de ação societários e de governo enfrentando os desafios da gestão pública em seus nexos intersetoriais. Certamente, a diferença da história institucional de cada um dos lugares pesquisados revela dinâmicas distintas de atuação no campo das políticas e do desenvolvimento, o que será abordado mais analiticamente no capítulo sete.

No processo de implementação de políticas públicas se desenvolvem práticas, pautadas em um elenco de ações propostas e formuladas. O ato de formular não é totalmente novo, pois o mesmo na maioria das vezes se ampara em resultados de situações semelhantes ocorridas – marcas de acertos e desacertos; do mesmo modo, nas formas que os sujeitos significam as coisas e o mundo, circunscritos pelo contexto histórico e vivenciados no momento selecionado para estudo. Fica clara a influência do legado histórico nesse processo,

e, portanto, não é possível desconsiderá-lo ao desenvolver uma análise dessa conjuntura. Porém, essa vertente do neo-institucionalismo que trabalha com o método do institucionalismo histórico (que centra-se nas transformações históricas das instituições) não consegue dar conta da complexidade deste processo, uma vez que não se ocupa com as trocas, com as relações intra e interinstitucionais e, além disso, não deixa claro de que forma os indivíduos podem intervir nas instituições e na dinâmica do processo político, nem em relação às porosidades destas, frente à investida dos mesmos.

A linha de pensamento do institucionalismo histórico constitui-se como parte fundamental para o entendimento de trajetória da vida política, da história das instituições e das políticas públicas colocando ênfase no plano das transformações institucionais (LECOURS, 2002). Devido ao fato de apresentar certas debilidades, alguns autores sinalizam para as vantagens de ser integrada com as demais vertentes do neo-institucionalismo possibilitando, talvez, dentro da ciência política, uma “teoria institucionalista integrada”²⁵ (GUY PETERS, 2003).

Diante das fragilidades encontradas neste método, buscou-se no institucionalismo sociológico articulação para responder as questões levantadas inicialmente, pois este enfoca os esforços interativos de interpretação e a legitimidade social. Hall & Taylor (2003), destacam que esse enfoque permite ir além na explicação de numerosos casos de ineficácia constatados em instituições sociais e políticas.

A vertente sociológica, apesar de enfatizar a influência das instituições na definição de preferências e identidades políticas, não se aprofunda na dimensão estratégica do impacto institucional sobre a ação, o que é facilitado quando utiliza-se como ferramenta de análise o viés da escolha racional. Dessa forma, pode-se entender a dinâmica das relações, levando-se em consideração a racionalidade dos atores nas opções políticas, em busca de ganhos pessoais. Embora as regras busquem nortear os rumos da implementação das políticas, nem todos os atores conseguem se apropriar igualmente do conteúdo das mesmas. Nesse sentido, a

²⁵ Uma das autoras que partilha de idéias semelhantes em que conceitos das várias vertentes poderiam ser compatibilizados num corpo teórico comum é Imergutt (1998), *The Theoretical Core of the New institutionalism*. *Politics & Society*, v.26, n. 1, march 1998, 5-34.

desigualdade na compreensão das regras do jogo interferem, porque essa desigualdade pode devastar as chances de grupos e favorecer amplamente outros, reduzindo, assim, as incertezas sobre os *outputs*. Embora cientes da vertente da escolha racional que compõe um dos instrumentos analíticos do neo-institucionalismo sociológico para explicar os processos de tomada de decisão, não assumimos que a racionalidade dos atores seja capaz de reduzir automática e substantivamente o nível de incerteza, na medida que os leva a decidir sempre pela mesma escolha (DOWNS, 1999), nem garante que a resolução seja eficaz. Downs coloca como pressuposto do processo da escolha racional que as preferências, por serem transitivas podem modificar-se caso as alternativas sejam outras. Daí novo ranqueamento de preferências deve ser operado para decidir sobre a escolha mais favorável. Mesmo considerando os princípios elencados por Downs²⁶ cabe reconhecer que as posições assumidas pelos atores denominados por Olson como *free riders*²⁷, mantêm os níveis de incerteza em patamares razoáveis pelo fato de sua racionalidade egoística visualizar apenas ganhos secundários, posição reconhecida pelos demais racionalistas. Assim, os custos das transações precisam ser considerados no desenvolvimento da análise das políticas, no sentido de clarear os porquês das escolhas e o significado das mesmas estarem tomando tais rumos e não outros (OLSON,1999).

A utilização da escolha racional na análise de algumas situações, articulada com as demais vertentes, histórica e sociológica, é a estratégia desenvolvida nesse estudo, no sentido de transcender as fragilidades de cada vertente tomada isoladamente, pautando-se na possibilidade de complementação, reconhecida por Immergut (1998).

²⁶ Downs (1999, p.28) ao se referir à racionalidade econômica aponta que um homem racional é aquele que se comporta da seguinte maneira: consegue sempre tomar uma decisão quando confrontado com uma gama de alternativas. Ele classifica todas as alternativas diante de si em ordem de preferência, assim sendo, preferida, indiferente e inferior. Seu *ranking* de preferência é transitivo. Ele sempre escolhe, dentre todas as alternativas possíveis, aquela que fica em primeiro lugar em seu *ranking* de preferência. Ele sempre toma a mesma decisão cada vez que é confrontado com as mesmas alternativas. Para Downs, essas qualidades estão presentes em tomadas de decisão e processos de ação de partidos políticos, grupos de interesse e governos.

²⁷ *Free riders* considerado nesse trabalho como a utilização de oportunidades por algumas pessoas para o atendimento dos interesses pessoais.

3. A REGIONALIZAÇÃO DA SAÚDE NO ÂMBITO DA 13ª COORDENADORIA REGIONAL DE SAÚDE - RS

A idéia de regionalização da saúde nesse âmbito ocorreu pela primeira vez em 1998, em que a Secretaria Estadual de Saúde do Rio Grande do Sul (SES/RS) apresentou às Delegacias Regionais de Saúde²⁸ algumas ações a serem desenvolvidas. Foi realizada uma programação, porém, não foi implementada devido ao resultado das eleições e troca do governo do Estado, saída de Antonio Brito (PMDB) e entrada de Olívio Dutra (PT). A implementação da política de regionalização teve uma dinâmica significativa na gestão 1999-2002. Nesse período ocorreram várias reuniões de aproximação, troca de informações, negociações e pactuações entre a Coordenadoria Regional de Saúde (coordenadora e técnicos) e os municípios (secretários de saúde e técnicos)²⁹. Nesses encontros eram abordados diversos temas com discussões e tomada de decisões, tendo-se como exemplo disso o desenho da regionalização (mapeamento das microrregiões), que hoje faz parte de registros nos arquivos da 13ª Coordenadoria Regional de Saúde-RS.

Conforme dados coletados inicialmente nessa pesquisa (documentos e entrevistas) a primeira Pactuação Programada Integrada (PPI) regional ocorreu em 1999, em 2001 foi revisada e reelaborada, sendo que em 2003 foi novamente discutida e programada na microrregião de Venâncio Aires. Na microrregião de Santa Cruz do Sul vem sendo desenvolvida esta programação em algumas áreas específicas de saúde, como a materno-infantil, porém com dificuldades nas referências; no momento de encaminhar os usuários aos

²⁸ Denominação dada às instâncias de representação do Estado na região. Atuais Coordenadorias, que até 1998 eram subordinadas à Direção Geral da Secretaria de Saúde e Meio Ambiente (SSMA).

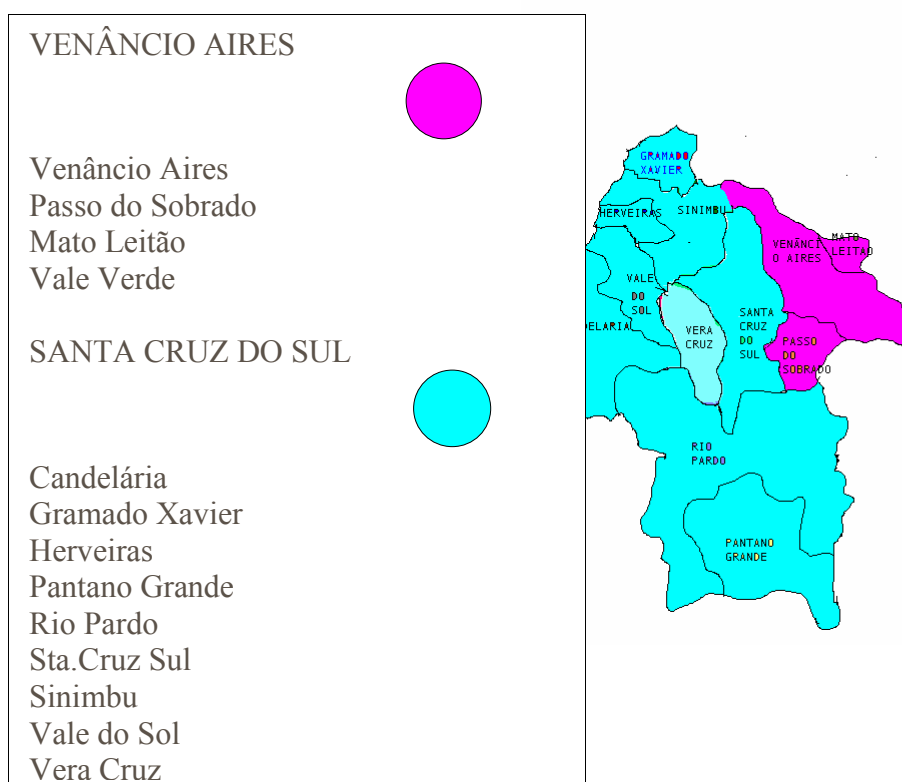
²⁹ Dinâmica de diálogo com troca de informações e negociações bastante citado pelos sujeitos pesquisados, aparecendo freqüentemente no conteúdo dos discursos.

serviços de saúde referenciados, muitas vezes não se consegue profissional para o atendimento ou leito para internação hospitalar.

3.1 Os Municípios envolvidos no Processo de Implementação da Regionalização da Saúde

“Cada lugar é, a sua maneira, o mundo. [...] Mas, também, cada lugar, irrecusavelmente imerso numa comunhão com o mundo, torna-se exponencialmente diferente dos demais”. (SANTOS, 1996 , p. 252).

No âmbito da 13ª CRS-RS, treze municípios da macrorregião dos Vales fazem parte desse processo de regionalização da saúde. Os mesmos foram organizados, em concordância da coordenadoria com os gestores municipais, nas duas microrregiões, a de Venâncio Aires e a de Santa Cruz do Sul, conforme o desenho abaixo:



Mapa 2 – Proposta de regionalização, 13ª CRS-RS, Microrregiões 2001.

O município de Vale Verde foi incluído em 2003.

Fonte: Documentos 13ª CRS – RS.

Além da definição das microrregiões, também foi negociada a localização da sede do módulo assistencial³⁰, conforme quadro abaixo:

MICRORREGIÃO	MÓDULO ASSISTENCIAL	MUNICÍPIO	POPULAÇÃO	
	SEDE		2001	
Santa Cruz	<i>Santa Cruz do Sul</i>	Santa Cruz do Sul	237.261	
		Gramado Xavier	126.358	
		Herveiras	109.606	
		Sinimbu	3.678	
			2.969	
			10.105	
		<i>Vera Cruz</i>	Vera Cruz	32.290
			Vale do Sol	21.719
			Candelária	10.571
		<i>Candelária</i>	Candelária	29.703
		<i>Rio Pardo</i>	Rio Pardo	48.910
	Pantano Grande	37.814		
		11.096		
Venâncio Aires	Venâncio Aires	Venâncio Aires	74.179	
		Passo do Sobrado	62.224	
		Vale Verde	5.592	
		Mato Leitão	3.092	
			3.271	

Quadro 6 – Localização da sede do módulo assistencial.

Fonte: Secretaria Saúde - RS, 2002.

Ao estudar o processo de implementação da descentralização/ regionalização na região dos Vales do Rio Pardo (13^a Coordenadoria Regional de Saúde), considerando que não se compreende um objeto de estudo descolado de seu contexto e história, dedica-se esse momento a uma revisão de dados³¹ sobre os municípios de abrangência da 13^a CRS, a saber: Candelária, Gramado Xavier, Herveiras, Mato Leitão, Pantano Grande, Passo do Sobrado, Rio

³⁰ **Módulo Assistencial:** módulo territorial com resolutividade correspondente ao primeiro nível de referência, definido como um conjunto mínimo de serviços de média complexidade, como atividades ambulatoriais de apoio diagnóstico e terapêutico (M1) e de internação hospitalar (clínica médica, pediátrica e obstétrica). Maiores detalhes no item 8 e ANEXO 3 da NOAS-SUS 01/02.

Município - Sede de Módulo Assistencial: localizado dentro de uma microrregião, em Gestão Plena do Sistema Municipal (GPSM) ou Gestão Plena da Atenção Básica Ampliada (GPAB-A), tendo capacidade de ofertar a totalidade dos serviços correspondente ao primeiro nível de referência intermunicipal (citados anteriormente), com suficiência para sua população e para a população de outros municípios a ele adstritos, atendendo os critérios da NOAS para assistência à saúde. Os serviços não existentes no município sede poderão ser alcançados fora de seu território, desde que negociada e formalizada a garantia de acesso entre os gestores.

Município – Pólo: em (GPSM ou GPAB-A), município que, de acordo com a definição da estratégia de regionalização de cada estado, apresente papel de referência para outros municípios, em qualquer nível de atenção.

³¹ Os dados utilizados para essa descrição foram coletados junto à 13^a CRS, prefeituras, site do IBGE, FEE e complementados com os dados apresentados no Guia Socioeconômico do Vale do Rio Pardo e Centro-Serra – publicado por um jornal de circulação regional, a saber, Gazeta do Sul (junho de 2005).

Pardo, Santa Cruz do Sul, Sinimbu, Vale do Sol, Vale Verde, Venâncio Aires e Vera Cruz. Apresenta-se, desta forma, uma contextualização de cada município da região estudada, a fim de possibilitar um olhar mais claro sobre as análises propostas, dando a conhecer dados e informações apreciados. Os municípios estão organizados em duas microrregiões, conforme mapa 2 apresentado como ilustração 8.

3.1.1 Microrregião I

No processo de regionalização da saúde, essa microrregião está constituída por quatro municípios, sendo estes Venâncio Aires, Passo do Sobrado, Mato Leitão e Vale Verde.

Venâncio Aires está localizado em região de fácil acesso, ligando os Vales do Rio Pardo e Taquari. Município com 61.234 habitantes (CENSO, 2000) sendo que em torno de 56% vivem na zona urbana e os demais 44% na zona rural. Possui uma área de 765,5 quilômetros quadrados, localizado na depressão central do estado do Rio Grande do Sul, distante 137 quilômetros de Porto Alegre. Possui várias localidades distribuídas em 9 distritos.

Quanto aos seus aspectos econômicos, o desenvolvimento do município está ligado à força e à potencialidade da agricultura de erva-mate e fumo em folha, milho, mandioca, e hortifrutigranjeiros, arroz, criação de suínos, gado leiteiro e comércio. O comércio e a indústria (metal-mecânica) funcionam como o principal mercado de trabalho para a população urbana. O fortalecimento do pólo metal-mecânico motivou a criação, em 2003, da Expometal (evento de negócios entre empresas desse ramo de diferentes regiões do estado). Conta com mais de trinta e cinco empresas no ramo, metal-mecânico, dez indústrias fumageiras, vinte e cinco estabelecimentos atuando no ramo de vestuário, além dos setores ervateiro, calçadista, de plásticos e moveleiro, entre outros. O município interliga três setores da economia, industrial, agropecuário e comercial, resultando num PIB per capita em torno de US\$ 4.676,25 (2003).

No que se refere aos aspectos sociais, conta com várias pequenas e médias associações, que mantêm atividades relacionadas à cultura e promoções sociais cultivando tradições trazidas da Europa pelos imigrantes. Possui uma emissora de rádio Am e uma FM, um jornal, sindicatos, clubes de serviços, e associações de moradores.

Na educação possui noventa escolas de ensino fundamental (municipais, estaduais e particulares). Dessas, oito contam com ensino médio, sendo cinco estaduais e três particulares. No ensino universitário dispõe de quatro cursos (Direito, Administração de Empresas, Sistemas de Informação e Pedagogia) instalados no campus Venâncio Aires, da Universidade de Santa Cruz do Sul – UNISC. Muitos alunos se deslocam desse município para estudar em Santa Cruz do Sul, principalmente pela opção de outros cursos de nível superior.

Em saúde, está habilitado em Gestão Plena da Atenção Básica. A rede pública do município conta atualmente com dezesseis unidades básicas de saúde, com atendimento médico e de enfermagem, posto odontológico, e uma unidade móvel, sendo que essas unidades de saúde estão distribuídas no interior e na área urbana. Na Unidade de Saúde Santa Tecla funciona o Centro de Atenção em Saúde Mental (CASM), e junto ao Posto de Saúde Central está instalado o Centro Materno Infantil, a farmácia de distribuição de medicamentos e o laboratório. A rede pública desenvolve a atenção básica e algumas especialidades; as demais especialidades são encaminhadas ao hospital e clínicas (conforme convênios).

Possui um hospital filantrópico classificado como microrregional, Hospital São Sebastião Mártir, com 150 leitos sendo que 118 cadastrados ao SUS, atendendo nas clínicas básicas. Esse hospital possui os serviços de hemoterapia, hemodiálise e urgência emergência ambulatorial 24 horas. Além disso, o município dispõe de dois laboratórios de análises clínicas e uma clínica de fisioterapia.

Quanto à capacidade resolutive do município, pode-se afirmar que o mesmo encontra algumas dificuldades na realização de consultas especializadas (principalmente traumatologia e neurologia) e exames especializados, necessitando freqüentemente encaminhar pacientes

para Porto Alegre, Santa Maria e Santa Cruz do Sul. Venâncio Aires serve de referência para os municípios de Passo do Sobrado, Mato Leitão e Vale Verde.

Passo do Sobrado é um município com 5.560 habitantes (CENSO, 2000), com aproximadamente 80% residentes na zona rural. Possui área de 280 km², distante 150 km de Porto Alegre, limitando-se ao norte com Venâncio Aires, ao Leste com Vale Verde, ao Sul com Rio Pardo e a Oeste com Santa Cruz do Sul.

A agropecuária é sua principal atividade produtiva, destacando-se o cultivo de fumo, milho, arroz irrigado, soja, feijão. Na pecuária, bovinos, suínos, ovinos, bubalinos e aves. São identificadas no município duas agroindústrias que beneficiam grãos e carnes. O PIB per capita é cerca de US\$ 3.004,59 (2003).

Dos aspectos sociais, a população de pequenos e médios produtores enfrenta problemas por falta de diversificação baseando-se a economia familiar na monocultura de fumo. Na área educacional, o município dispõe de nove escolas de ensino fundamental, municipais e uma estadual – essa oferece também o ensino médio.

Na saúde, está habilitado em Gestão Plena da Atenção Básica (21/12/98). A rede pública de saúde do município conta com uma Unidade Mista de Saúde (com atenção básica e hospitalização) localizada na área urbana. Referencia os pacientes que necessitam exames e consultas médicas especializadas para Venâncio Aires, Santa Cruz do Sul e Porto Alegre. O município realizou convênio com o Hospital São Sebastião Mártir em Venâncio Aires para a realização de procedimentos cirúrgicos e internações com recursos oriundos da Municipalização Solidária.

Mato Leitão possui 3.210 habitantes (CENSO, 2000), tendo uma área em torno de 50 km²; concentrando em torno de 70% da população na área rural. Localiza-se na depressão central do estado, entre os vales do Taquari e Rio Pardo, distante 140 km de Porto Alegre, 15

km do município de Venâncio Aires e 45 km de Santa Cruz do Sul. Limita-se com os municípios de Venâncio Aires (Sul e Oeste), Santa Clara do Sul (Norte) e Cruzeiro do Sul (Leste). Está dividido em quatro distritos: Sede, Vila Santo Antonio, Vila Arroio Bonito e Vila Sampaio.

O município é basicamente agrícola, de minifúndios, onde é cultivada a erva-mate, fumo, milho, aipim, soja e hortifrutigranjeiros. Na pecuária, gado de corte e leiteiro, suinocultura e avicultura. Na indústria, atua nos ramos ervateiro, calçadista e alimentícios. O PIB per capita gira em torno de US\$ 5.019,36 (2003).

Na rede pública, a educação conta com quatro escolas de ensino fundamental, sendo uma dessas estadual, a qual disponibiliza também o ensino médio. As demais são municipais. Na saúde, possui uma Unidade do Programa Saúde da Família (PSF), localizada na sede do município, contando com o atendimento de clínicas básicas (médica e pediátrica), referenciando clínica obstétrica (atendimento ambulatorial e hospitalar) para o Hospital São Sebastião Mártir. Encaminha também internações e atendimentos de urgência para o mesmo hospital mediante repasse financeiro firmado através de convênio.

Vale Verde localiza-se a 136 Km de Porto Alegre e 32 Km de Santa Cruz do Sul, com população de 3.057 habitantes (CENSO, 2000) basicamente de origem germânica, e extensão territorial de 329 Km². Limita-se ao norte com Passo do Sobrado e Venâncio Aires; ao sul, com Rio Jacuí, Butiá e Minas do Leão; ao leste, com General Câmara, e a oeste, com Rio Pardo.

As atividades nesse município são predominantemente agrícolas, com produção de arroz, fumo, milho, soja, melancia. Na pecuária, bovinos e piscicultura. A produção industrial é pouco expressiva, limitando-se a aguardente, móveis e artefatos de cimento. Com PIB per capita de US\$ 2.721,50 (2003).

Na educação a rede de ensino conta com nove escolas, sendo destas quatro estaduais e cinco municipais. Em uma das escolas estaduais há ensino médio.

Quanto à saúde, foi inserido no âmbito de abrangência da 13ª CRS em 2003. Atendimento à atenção básica em uma Unidade do Programa Saúde da Família (PSF). Tem como principais referências, para ações de média e alta complexidade, os municípios de Venâncio Aires, Porto Alegre e Santa Cruz do Sul. Conta com um posto de saúde, onde presta serviços aos seus municípios, com atendimentos médico, odontológico, psicológico e ambulatorial.

3.1.2 Microrregião II

Essa microrregião constitui-se de nove municípios, tendo Santa Cruz do Sul como sede de módulo assistencial na saúde, servindo de referência para outros municípios da região em diversas áreas, e é considerada como pólo regional. Fazem parte dessa microrregião os municípios: Candelária, Gramado Xavier, Herveiras, Pantano Grande, Rio Pardo, Santa Cruz do Sul, Sinimbu, Vale do Sol e Vera Cruz.

Candelária emancipou-se em 07/07/1925, está situado na encosta inferior do nordeste com área de 944 km², limitando-se ao Norte com Sobradinho e Santa Cruz do Sul, ao Sul com Cachoeira do Sul e Rio Pardo, ao Leste com Santa Cruz do Sul e Vera Cruz e a Oeste com Cachoeira do Sul e Cerro Branco, distante de Porto Alegre 190 km e de Santa Cruz do Sul 34 km.

O município possui uma população de 29.585 habitantes (CENSO 2000) A maioria de sua população se concentra na zona rural do município (mais de 56%), contando com 4.725 propriedades rurais (40ha), caracterizadas pela diversificação de culturas, das quais destacam-se: fumo, milho, arroz irrigado, soja, feijão e trigo. Na pecuária, destacam-se a criação de bovinos e suínos. Produzem também mel. Essa realidade coloca o município entre os que

apresentam maior produção primária no Rio Grande do Sul. O secretário de administração do município, em entrevista para o Guia Socioeconômico 2005 da Gazeta do Sul, refere a falta de incremento por parte da indústria e do comércio, fator que tem limitado o desenvolvimento local. As reformas administrativa e tributária são consideradas essenciais pela atual administração para alcançar um melhor desenvolvimento. Seu PIB per capita foi de US\$ 2.412,36 (2003).

A rede de ensino se constitui de cinquenta e cinco escolas de ensino fundamental, sendo doze estaduais e quarenta e três municipais, além de duas particulares. O ensino médio conta com os serviços de quatro escolas, sendo duas estaduais e duas particulares.

Em relação à saúde, o município é habilitado em Gestão Plena da Atenção Básica (01/09/1998), contando na rede assistencial com um Posto de Saúde Central e um Posto Anexo ao Centro Comunitário que dispõe de atendimento médico e odontológico e onde também funciona a sede do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), o setor de fiscalização e Vigilância Sanitária. O município dispõe de dois laboratórios de análises clínicas, um serviço de radiologia clínica e um hospital filantrópico com 96 leitos sendo 65 leitos destinados ao SUS. O hospital recebe pacientes referenciados de Vale do Sol e Herveiras e referencia pacientes para Santa Cruz do Sul, Porto Alegre e alguns municípios da 8ª CRS. A Prefeitura de Candelária é responsável pela manutenção do plantão médico no hospital das 19 às 7 horas, e aos sábados, domingos e feriados.

Gramado Xavier foi emancipado em 20 de março de 1992; tem população estimada de 3.666 habitantes (CENSO 2000). Com área de 218 Km², distante 235 Km de Porto Alegre e a 75 Km de Santa Cruz do Sul. As condições de acesso ao município são precárias com estradas mistas (asfaltadas e chão batido) e acidentadas. A grande esperança de desenvolvimento de Gramado Xavier está colocada na conclusão das obras da RST – 471. Esse município limita-se ao Norte com Barros Cassal, ao Sul com Sinimbu, ao Leste com Boqueirão do Leão, a Oeste com Lagoão. A população concentra-se na área rural, onde estão cerca de 90% dos habitantes.

Entre as principais atividades econômicas pode-se destacar a agricultura (fumo, feijão e milho), a indústria (móveis, serraria, panificadora e artefatos de cimento), a pecuária (bovino e suíno) e o comércio (fornecedores de insumos agropecuários, pequenos comércios, supermercados, e outros). O município já iniciou investimentos em fruticultura e reflorestamento, contando para isso com repasses financeiros do Estado. A população é ocupada principalmente no setor primário (85,30%), desenvolvendo atividades em 900 propriedades rurais. Para concretização de outras idéias e obras previstas pela atual gestão, o prefeito busca recursos junto aos governos estadual e federal (Guia Socioeconômico 2005, Gazeta do Sul).

No que se refere à educação, a rede de ensino desse município é composta por uma escola estadual, ensino fundamental e médio, e dezessete municipais, que atendem demandas do ensino fundamental. Já no que tange a saúde, Gramado Xavier é habilitado em Gestão Plena da Atenção Básica. A rede de saúde do município é composta de um posto de saúde, localizado na zona urbana. Não dispõe de serviços de média complexidade, nem de hospital. Os pacientes que necessitam de exames complementares são encaminhados para os municípios de Boqueirão do Leão, Lajeado, Santa Cruz do Sul e Progresso, enquanto que as internações hospitalares são referenciadas para Progresso, Barros Cassal e Santa Cruz do Sul.

Herveiras, com 2.957 habitantes, criado em 28 de dezembro de 1995, com uma área de 119 Km², distante 220 Km de Porto Alegre. Para acesso utilizam-se de alguns trechos de estradas não pavimentadas. Limita-se ao Norte com Sinimbu, ao Sul com Sinimbu e Vale do Sol, ao Leste com Sinimbu, a Oeste com Vale do Sol e Passa Sete. Mais de 90% da população concentra-se na área rural.

A economia é essencialmente agrícola, onde as principais culturas são o fumo, o milho, feijão e erva-mate. A pecuária caracteriza-se pela criação de bovinos, suínos e ovinos. Entre os principais produtos estão os metarlúrgicos e funilaria, artefatos de cimento e serraria.

Habilitado em Gestão Plena da Atenção Básica em 01/06/2000, a rede pública de saúde é composta de uma unidade básica. Não possui serviços de média complexidade, nem hospital. A resolutividade do município se dá com uma equipe de saúde que conta com uma médica (40 horas/PSF) e outra com 10 horas e demais profissionais técnicos de enfermagem. Os pacientes são encaminhados para Santa Cruz do Sul, Porto Alegre, Sinimbu e Vale do Sol. As referências hospitalares do município são: Vale do Sol, Sinimbu e Santa Cruz do Sul. A rede de ensino é formada por uma escola estadual, ensino fundamental e médio e nove municipais de ensino fundamental.

Pantano Grande tem 10.979 habitantes, distante 120 Km de Porto Alegre e 55 Km de Santa Cruz do Sul, situa-se à margem da BR 290 e RS 471, limitando-se ao norte com Rio Pardo, a Sul com Encruzilhada e Dom Feliciano, a Oeste com Rio Pardo, e a Leste com Minas do Leão. Possui uma área de 847 Km², com predominância da população na área urbana. O ensino nesse município conta com quatro escolas estaduais, sendo que uma oferece ensino médio; e seis escolas municipais ensino fundamental.

A agricultura é bastante desenvolvida. A maioria dos agricultores tem assistência especializada e lavoura mecanizada. A maior produção de grãos está no cultivo de soja, arroz, trigo e milho. Existe também área madeireira, com diversos hectares de florestas no município. Na pecuária, bovinos de corte, ovinos e bubalinos. São encontradas regiões com jazidas de calcário e caulim, e argila.

Habilitado em Gestão Plena da Atenção Básica em 06 de janeiro de 1998, a rede pública de saúde conta com sete postos de atendimento e um laboratório de análises clínicas, equipe de saúde com médico, enfermeira, farmacêutico e uma química, que atua no tratamento da água dos poços do município. Pantano Grande encaminha para Rio Pardo exames complementares, como radiodiagnóstico e análises clínicas e internações hospitalares para Rio Pardo, Porto Alegre e Santa Cruz do Sul. Consultas especializadas são encaminhadas para Porto Alegre através da Central de Marcação de Consultas.

Rio Pardo é um município com 37.783 habitantes, distante 144 Km de Porto Alegre e a 32 Km de Santa Cruz do Sul. Limita-se com os municípios de Santa Cruz do Sul, Pantano Grande, Cachoeira do Sul, Encruzilhada do Sul, Passo do Sobrado, Minas do Leão, Candelária e Vale Verde. Com uma área de 2.185 Km², possui boas condições de acesso com ligação asfáltica, sendo também servido por transporte férreo e fluvial para o carregamento de produção. Sua população concentra-se na área urbana. Na educação, dispõe de dezessete escolas estaduais, sendo que cinco têm ensino médio (uma dessas localizada na zona rural), três particulares, das quais uma tem ensino médio, e trinta e quatro municipais. Conta com importantes patrimônios históricos, dentre os quais destaca-se o Centro Cultural Regional (prédio da antiga Escola Militar).

Quanto ao aspecto econômico, baseia-se na agropecuária com produção de arroz, fumo, milho, soja e mandioca. Na pecuária, bovinos de corte, gado leiteiro, ovinos e peixes. Na indústria, carne, massas, cereais, biscoitos e salgadinhos.

Habilitado em Gestão Plena da Atenção Básica, possui na rede oito Postos de Saúde, sendo que a unidade central conta com algumas especialidades, como psiquiatria. No município existe um hospital filantrópico com 115 leitos, sendo que 85 são destinados ao SUS, dois laboratórios cadastrados, serviço de radiologia clínica ambulatorial e atendimento de urgência/ emergência 24 horas no ambulatório do Hospital. Na área hospitalar a resolutividade restringe-se ao atendimento das clínicas básicas, tendo muitas vezes dificuldades em realização de partos cirúrgicos e cirurgia geral devido à falta de profissionais médicos. A resolutividade no município em atenção básica é satisfatória, mas com dificuldade na média complexidade: consultas especializadas, internações hospitalares e radiologia clínica. Os atendimentos especializados são referenciados para Porto Alegre e Santa Cruz do Sul.

Santa Cruz do Sul é o município sede da 13^a CRS, com 109.606 habitantes, localizado na encosta inferior do nordeste, a 155 km de Porto Alegre. Possui uma área total de 733,47 km², sendo que a maioria é área rural. Limita-se com os municípios de Venâncio Aires, Passo do Sobrado, Rio Pardo, Vera Cruz, Vale do Sol, Sinimbu e Boqueirão do Leão.

A área rural é constituída basicamente de minifúndios, cuja atividade principal é centrada na cultura de fumo, mas vem sendo diversificada com a produção de hortifrutigranjeiros, piscicultura, suinocultura, micro-usinas de leite e outros.

A estrutura econômica do município é composta de indústria, comércio, prestadores de serviço e trabalhadores autônomos. Entre as maiores empresas encontramos fumageiras (sendo que dessas a maioria é multinacional), metalúrgicas, confecções, plásticos, borracha e frigoríficos. Está colocado no oitavo lugar no que se refere ao Produto Interno Bruto (PIB), dentre os municípios do estado do Rio Grande do Sul, tendo como PIB *per capita* R\$23.139,00 (Núcleo de Contabilidade Social – FEE; IBGE/ Coordenação de Contas Nacionais, 2003).

Na área das comunicações conta com duas emissoras de rádio AM e duas FM's, uma estação de TV, três jornais. Possui também várias entidades como clubes sociais e desportivos, sindicatos, clubes de serviço, associações de moradores, conselhos.

O município de Santa Cruz do Sul também é sede da 6ª Coordenadoria Regional de Educação. A rede escolar é formada por trinta e uma escolas municipais; vinte estaduais, sendo dez com ensino médio e quatro particulares (ensino fundamental e médio). O ensino superior vem sendo desenvolvido pela Universidade de Santa Cruz do Sul (UNISC), com cursos de graduação, pós-graduação, mestrado e doutorado; e pela Escola Dom Alberto, com cursos em implantação. O ensino profissionalizante é realizado pelo Serviço Nacional de Aprendizagem Industrial (SENAI) e Serviço Nacional de Aprendizagem Comercial (SENAC).

Foi habilitado na condição de Gestão Plena do Sistema em 1998, é um centro polarizador da região do Vale do Rio Pardo, servindo de referência econômica e inclusive de serviços de saúde para os demais municípios integrantes da região. Na área da saúde, além de ser o centro de referência para todos os municípios da 13ª CRS, Santa Cruz do Sul também serve de referência para municípios de outras regiões, tanto na área ambulatorial como hospitalar.

Na rede básica a resolutividade do município é satisfatória, porém na média complexidade a oferta de serviços não é suficiente. Apesar de existirem no município vários serviços como por exemplo: tomografias computadorizadas, ecografias, mamografias, ainda são encaminhados pacientes para Porto Alegre com a finalidade de realizarem estes exames especializados. O município complementa a tabela SIA/SUS para consultas especializadas e SIH/SUS para procedimentos hospitalares, inclusive anestesia, mas como estas complementações são restritas aos seus municípios, acaba dificultando o acesso aos demais municípios que refereciam pacientes para Santa Cruz do Sul, resultando disso várias reclamações como: demora no agendamento de exames complementares (análises clínicas e radiodiagnóstico), cobrança de procedimentos por parte dos médicos aos pacientes internados.

No município existem três hospitais filantrópicos (Santa Cruz, Ana Nery e Monte Alverne) perfazendo um total de 343 leitos, sendo que 220 leitos são destinados ao SUS. No Hospital Santa Cruz, existem leitos de UTI (adulta e pediátrica). O hospital Ana Nery, além da realização de transplantes, tem também cadastrados ao SUS cinco leitos de UTI e serviços de oncologia.

Em relação à alta complexidade o município dispõe de um Centro de Alta Complexidade em Oncologia (CACON), que atende a macrorregião dos Vales na realização de quimioterapia e cirurgias oncológicas, terapia renal substitutiva (TRS) que trata-se de um serviço de abrangência regional, Banco de Sangue (localizado no Hospital Santa Cruz) que abastece aos hospitais da região, além do município de Santa Cruz do Sul.

Sinimbu possui 10.210 habitantes. Localiza-se a 220 Km de Porto Alegre e 22 Km de Santa Cruz do Sul com acesso pela RST 471. Com uma área de 507 Km², tem a população concentrada na área rural. Limita-se com os municípios de Santa Cruz do Sul, Vale do Sol, Herveiras, Gramado Xavier, Boqueirão do Leão, Lagoão, Venâncio Aires e Passa Sete. Na área educacional, dispõe de vinte e sete escolas municipais, ensino fundamental; uma estadual e uma particular, com ensino fundamental e médio.

Dentre os pilares de sua economia estão atividades agrícolas, como fumo, milho, feijão, batata, mandioca e cana-de-açúcar; a pecuária, gado de corte, leiteiro e suínos; a indústria, onde o destaque é para produção de móveis, plásticos e artefatos de cimento e funilaria. Conta ainda com comércio e prestação de serviços.

Está habilitado em Gestão Plena da Atenção Básica e a rede pública de saúde conta com dois postos de saúde no interior do município e um posto na zona urbana. No Hospital Sinimbu, dos 45 leitos existentes, 27 são destinados aos SUS. Consultas, exames e procedimentos especializados são encaminhados aos municípios de Santa Cruz do Sul e Porto Alegre. Pacientes que necessitam de exames complementares de média complexidade como análises clínicas e Radiologia Clínica são encaminhados para Santa Cruz do Sul. Referenciam internações para Santa Cruz do Sul, Porto Alegre, Vale do Sol e Vera Cruz. Recebem referências de internação do município de Herveiras.

Vale do Sol possui uma população de 10.558 habitantes, área de 330 Km², distante 190 Km de Porto Alegre e 40 Km de Santa Cruz do Sul, com boas condições de acesso pela RS 287. Limita-se com Candelária, Vera Cruz, Sinimbu, Passa Sete e Herveiras. Predominando a população rural (94%). Na área da educação, possui vinte escolas municipais, ensino fundamental; sete estaduais, ensino fundamental e uma delas com ensino médio e uma escola particular de ensino fundamental.

A agricultura é a principal atividade econômica que contribui com 84% da arrecadação do município. Estão registradas em torno de 1771 propriedades rurais e a média das mesmas é em torno de 18 hectares. Os principais produtos agrícolas são milho, fumo, arroz irrigado, mandioca e soja. Na pecuária, bovinos e suínos. Beneficiamento de fumo, funilaria e ferramentas agrícolas caracterizam a produção industrial.

Foi habilitado em Gestão Plena da Atenção Básica em abril de 2000. A rede pública dispõe de quatro postos de saúde oferecendo atendimento nas especialidades básicas. O

município conta com alguns atendimentos em clínica especializada através de contratos. Os exames complementares (análises clínicas e radiologia) e consultas especializadas são referenciados para Santa Cruz do Sul, Santa Maria, Porto Alegre e Lajeado. No município está localizado o Hospital Trombudo com 35 leitos, sendo que 30 são cadastrados ao SUS, atendendo nas quatro especialidades básicas.

Vera Cruz, município com 21.300 habitantes, localizado na região central do Estado, com área de 304 Km², distante 160 Km de Porto Alegre e 8 Km de Santa Cruz do Sul; limitando-se com os municípios de Santa Cruz do Sul, Vale do Sol, Rio Pardo e Candelária. Na educação, dispõe de vinte e quatro escolas de ensino fundamental; sete estaduais, sendo que uma delas tem, além do ensino fundamental, o ensino médio e duas particulares, sendo que uma dessas conta com ensino médio.

A agroindústria predomina nesse município, destacando-se a indústria do fumo e metalúrgica. Além disso, vestuário, plástico, eletrônicos e bebidas. Na pecuária, bovinos, suínos, ovinos, aves, caprinos, coelho, abelhas e peixes.

Habilitado em Gestão Plena da Atenção Básica em fevereiro de 1998, o mesmo conta com uma rede de postos distribuídos da seguinte maneira: quatro no interior, uma Unidade Central, um Centro de Atendimento à Saúde Mental e Odontológica, localizado também na área central. Atende as clínicas básicas, encaminhando as consultas especializadas para Santa Cruz do Sul e Porto Alegre. Conta com um hospital que dispõe de 42 leitos, sendo que 38 são destinados ao SUS. Atende clínica geral, ginecologia e obstetrícia, pediatria e realiza cirurgias de pequeno e médio porte. Existem dois laboratórios de análises clínicas, uma clínica de radiologia e uma clínica de fisioterapia.

Essas são algumas das características gerais dos municípios, descritas de forma sucinta, e também sistematizadas em um quadro anexo (ANEXO F), que permitem destacar alguns diferenciais importantes. Em relação à dimensão dos municípios, no que diz respeito à população dos mesmos, destaca-se:

Porte dos Municípios	Nº de municípios no RS	%	Nº de municípios da 13ª CRS	%
Até 5.000	227	45,68	04	30,76
De 5.001 a 10.000	111	22,33	01	7,7
De 10.001 a 20.000	65	13,08	03	23,07
De 20.001 a 50.000	52	10,46	03	23,07
De 50.001 a 100.000	25	5,03	01	7,7
Acima de 100.000	17	3,42	01	7,7
Total	497	100,00	13	100,00

Quadro 7 – Distribuição dos municípios gaúchos e no âmbito da 13ª CRS, segundo a população e o porte dos mesmos.

Fonte: elaborado a partir de dados do IBGE, 2001; Secretaria Estadual de Saúde-RS e 13ª CRS.

Nota-se que a maioria dos municípios, no Estado do Rio Grande do Sul, possuem população inferior a cinco mil habitantes e essa situação não é diferente no âmbito da 13ª CRS, onde as emancipações concentram-se em dois períodos-chave, nas décadas de 40 e 90. Esses indicativos, somados aos diferenciais sócio-econômicos e à distribuição populacional, tornam-se significativos no momento em que se busca analisar as relações de interesses, que se desenvolvem entre os mesmos. Cada um desses municípios pertencentes à 13ª CRS conta com um Conselho Municipal de Saúde para deliberar sobre a política de saúde, diferindo entre si no que diz respeito à dinâmica dessa arena e à mobilidade dos atores sociais.

3.2 As Arenas Decisórias

O neo-institucionalismo de vertente histórica entende que as instituições podem ser estruturantes de políticas, pois as mesmas no decorrer de suas existências moldam as estratégias, definem os objetivos e orientam as situações de cooperação e conflito entre os atores sociais. Nesse sentido, considera-se de fundamental importância a história e a dinâmica de atuação das arenas decisórias, locus de relações institucionais, em busca do entendimento de como indivíduos e grupos definem seus interesses, suas ações, por que escolhem determinadas metas e não outras, o que buscam realizar ou evitar. Cada arena tem sua organização, composição específica e peculiaridades.

3.2.1 Os Conselhos de Saúde

A Constituição Federal de 1988, a Lei Orgânica da Saúde 8.080, de 19 de setembro de 1990 e a Lei 8.142, de 28 de novembro de 1990 asseguram a participação popular e o controle social na saúde por meio dos Conselhos de Saúde em todas as esferas de governo (nacional, estadual e municipal). Além destes (Conselho Nacional de Saúde – CNS; Conselho Estadual de Saúde – CES; Conselho Municipal de Saúde – CMS), temos ainda o Conselho Regional de Saúde – CRS (segmento do CES na região), espaços onde representantes de vários segmentos da população exercitam o direito de incorporar nas políticas públicas reivindicações e os interesses daqueles que representam.

Os Conselhos de Saúde configuram-se como instâncias políticas legalmente estabelecidas, responsáveis pela participação no planejamento e gestão da saúde, assim como no controle das ações e serviços de saúde. Foram criados no âmbito do SUS, também para servir de canal de vocalização de denúncias e demandas da população por saúde (PINHEIRO, 2001, p.86). Os mesmos, ao se conformarem em instâncias políticas, em cujo interior os princípios democráticos podem ser desenvolvidos, são potenciais na viabilização da democracia, um dos pilares da descentralização da saúde. Embora tendo poder de definição e deliberação de ações na saúde pública, muitas vezes enfrentam problemas de funcionamento que podem incidir na legitimação e eficácia dessas arenas.

Estas instâncias colegiadas são compostas por representantes dos usuários, do governo, dos prestadores de serviço e profissionais de saúde. Enquanto locais de escolhas, embates e decisões políticas assumem responsabilidades na determinação dos rumos das políticas de saúde. Os Conselhos Regionais de Saúde (CRS), foram regulamentados pela Resolução nº 02/2000 do Conselho Estadual de Saúde-RS (CES). “Constituindo-se na descentralização do CES/RS em âmbito regional em todo o Estado do Rio Grande do Sul, com caráter permanente, deliberativo e fiscalizador no âmbito regional, têm como objetivo contribuir com o CES/RS, na efetivação do controle social no SUS/RS na sua área geográfica de atuação e cujas resoluções serão homologadas pelo CES/RS, conforme prevê a lei 10.097/94” (SECRETARIA DA SAÚDE, 2000).

Em abril de 2002, foi publicada no Diário Oficial da União a designação dos conselheiros para a composição do Conselho Regional da 13ª Região. Os mesmos representavam os segmentos e governo (titular e suplente): Associação dos Municípios do Vale do Rio Pardo (AMVARP), 13ª Coordenadoria Regional de Saúde, Divisão da Criança e do Adolescente (DCA/STA-RS), Secretaria Municipal de Saúde de Santa Cruz do Sul/Venâncio Aires, Secretaria Municipal de Saúde de Candelária/Vera Cruz, Secretaria Municipal de Saúde Passo Sobrado/Vale do Sol, totalizando doze conselheiros. Os prestadores de serviços: Universidade de Santa Cruz do Sul, Associação de Pais e Amigos dos Excepcionais (APAE), Uni-Rim Clínica de Doenças Renais, Associação dos Hospitais do Vale do Rio Pardo, Sindicato dos Laboratórios de Análises Clínicas do RS (SINDILAC), num total de dez conselheiros. Trabalhadores em Saúde: Agentes Comunitários de Saúde Microrregião Venâncio Aires, Agentes Comunitários de Saúde Microrregião Santa Cruz do Sul, Associação dos Enfermeiros dos Vales Taquari e Rio Pardo, Sindicato dos Técnicos Científicos do Estado do RS (SINTERGS), Sindicato dos Psicólogos no Estado do Rio Grande do Sul (SIPERGS), Sindicato dos Empregados em Estabelecimentos de Serviços de Saúde de Santa Cruz do Sul, Conselho Regional de Serviço Social, totalizando catorze conselheiros. E os usuários: Associação dos Aposentados e Pensionistas de Santa Cruz do Sul, Associação Vida Positiva, Sindicato dos Trabalhadores nas Indústrias do Vestuário do Vale do Rio Pardo (SINTRA-VESTUÁRIO), Sindicato dos Trabalhadores nas Indústrias da Construção e do Mobiliário de Rio Pardo/Santa Cruz do Sul, Sindicato dos Trabalhadores nas Indústrias do Fumo e Alimentação de Santa Cruz do Sul (STIFA), Conselho Municipal de Candelária/Venâncio Aires, Grupo Anônimos de Mútua Ajuda (GAMA), Sindicato dos Trabalhadores em Administração Escolar no Rio Grande do Sul (SINTAE), Sindicato dos Funcionários Municipais de Sinimbu, Federação Riograndense de Associações Comunitárias e de Moradores de Bairros (FRACAB), Sindicato de Trabalhadores Rurais de Vera Cruz/Passo do Sobrado, Sindicato dos Metalúrgicos de Santa Cruz do Sul, Associação dos Usuários, Familiares e Amigos do CAPS-AUFA, Sindicato dos Bancários de Santa Cruz do Sul, CUT Regional Vale do Rio Pardo e Jacuí, Sindicato dos Empregados no Comércio de Santa Cruz do Sul, Diretório Central dos Estudantes (DCE) da UNISC, Pastoral da Saúde, totalizando trinta e seis conselheiros. As assembléias tiveram início em setembro de 2001.

3.2.2 A Comissão Intergestores Bipartite Regional

A Resolução nº 106/2003 da Comissão Bipartite Estadual (CIB/RS), considerando a Portaria da Secretaria Estadual de Saúde (SES/RS) que constituiu a (CIB/RS), homologou a criação da Comissão Intergestores Bipartite Regional, que entrou em vigor em julho de 2003. Tem em sua composição cinco representantes da 13ª CRS e cinco representantes dos municípios que compõem a área de abrangência dessa coordenadoria, com seus respectivos suplentes. Essa composição foi negociada em assembléia regional e aprovada pelo Secretário Estadual de Saúde e Presidente da CIB/RS, Osmar Gasparini Terra.

Os municípios representados foram: Santa Cruz do Sul (com titular e suplente); Venâncio Aires e ASSEDISA³² (titular), Mato Leitão (suplente); Rio Pardo (titular), Herveiras (suplente); Candelária (titular), Vera Cruz (suplente); Passo do Sobrado (titular), Vale do Sol (suplente). Além desses, a CIB Reg. conta com uma Secretaria Técnica composta por seis titulares e seus respectivos suplentes. Representantes dos municípios: Santa Cruz do Sul, Vera Cruz, Venâncio Aires (titulares); Sinimbu, Candelária e Mato Leitão (suplentes). E, representando a Coordenadoria, o delegado de saúde e dois técnicos como titulares e mais três técnicos como suplentes (representação paritária do estado e municípios). Além desses, conta com a participação de um representante do Conselho Regional de Saúde. Portanto, dos treze municípios dessa coordenadoria regional, Gramado Xavier e Pantano Grande não estão representados nessa Comissão, nem no Conselho Regional de Saúde. Isso levantou, nessa pesquisa, alguns questionamentos em relação à participação e ao fluxo de informação entre os atores envolvidos.

Representando o segmento da CIB Estadual na região, está envolvida com questões e negociação referente à operacionalização da descentralização na saúde. Tem como função adequar a normatização nacional e estadual à realidade regional e propor medidas que orientem as relações entre o Estado e os municípios, e dos municípios entre si.

³² ASSEDISA: Associação dos Secretários e Dirigentes Municipais de Saúde.

SEGUNDA PARTE
PONTOS DE REFLEXÃO E ANÁLISE

4. O DESENVOLVIMENTO DA PESQUISA

No processo de análise desta realidade, a implementação da regionalização da saúde no Vale do Rio Pardo 2001-2004, ocorreram vários momentos de aproximação e acompanhamento desta política nas diversas instâncias decisórias na busca incessante de respostas para alguns questionamentos como: qual a configuração da regionalização da saúde que está sendo trabalhada pelos municípios no âmbito da 13ª CRS-RS? Como vem se dando a relação entre os atores sociais envolvidos? Quais as implicações desta implementação para os municípios envolvidos? Tendo-se no pensamento, sempre presente, o caráter inacabado e permanente desse processo que é, ao mesmo tempo, político e social. Nas linhas de pensamento sobre o social, das Ciências Sociais, o saber e o conhecimento absoluto inexistem, pois é impossível se ter uma compreensão total sobre a realidade, o que determina esse relativismo é o seu objeto, uma vez que ele é histórico e mutável (MINAYO, 1993, p.20). Seguindo nessa mesma linha de pensamento, as sociedades humanas existem em determinados períodos de tempo e espaço, sendo constituídas por grupos sociais em constantes transformações. Portanto, é de fundamental importância que se leve em consideração o caráter dinâmico e provisório das leis, das visões de mundo e das instituições existentes na sociedade. No entendimento dessa realidade regional se fez necessário um olhar sobre o contexto que envolve a política de saúde, e as condições atuais de cada município, suas capacidades e dificuldades, especialmente no que diz respeito às condições de saúde e as contradições com que convivem.

Ao se tratar de uma análise processual, a produção de dados se deu ao longo da pesquisa, num primeiro momento houve a seleção intencional de fontes de dados e informantes e no decorrer dos trabalhos foram incorporadas novas categorias e informantes,

conforme as necessidades sentidas, para clarear algumas dúvidas e situações e/ou acrescentar informações. A exemplo disso pode-se citar os questionamentos realizados via eletrônica (mail) ao Coordenador e Assessor Técnico de Planejamento da Secretaria de Estado da Saúde do Rio Grande do Sul, gestão do governador Olívio Dutra (1999-2002). Desta forma, a estratégia utilizada foi a busca dos dados, análise desde o momento da coleta, individualmente, reflexão sobre o conteúdo das respostas e posteriormente no coletivo, no agrupamento de todos os dados coletados, não desprezando informações ímpares, cujo potencial explicativo foi levado em conta. A exemplo disso, as colocações presentes nos discursos, com especificidades que se caracterizavam a partir do lugar de quem as emitia.

A técnica de produção e análise dos dados utilizada foi a triangulação (MINAYO, 1993), que consiste na combinação e cruzamento de múltiplos pontos de vista, fontes de informações e técnicas de coleta de dados: observação participante, documentos escritos, eventos e depoimentos. Do ponto de vista técnico é uma forma de fazer a vigilância interna da produção do conhecimento, um processo que contribui para a garantia de confiabilidade dos dados coletados, através da combinação de procedimentos no estudo do mesmo fenômeno, fazendo com que a variância reflita sobre o que está se tratando e os elementos do contexto sejam “iluminados” (LEOPARDI, 2001).

Segundo Leopardi (2001), além de investigar o mesmo fenômeno de múltiplas perspectivas, enriquecendo a compreensão da situação investigada, as lacunas ou falhas que poderiam ocorrer com a utilização de apenas uma técnica são minimizadas ou até mesmo eliminadas com a triangulação. A mesma faz um alerta quanto às limitações da triangulação, no sentido de teste de confiabilidade, pois apenas a variação de métodos ou técnicas, não é suficiente para convalidação dos resultados.

A pesquisa científica de cunho qualitativo coloca o pesquisador diante de um vasto material de trabalho, composto de atitudes, opiniões, hábitos, valores, simbolismos, representações e crenças (MINAYO, 1993), levando o mesmo a trilhar caminhos às vezes tortuosos em busca da complexidade dos fenômenos e de seu entendimento. Estes elementos veiculados pela linguagem e manifestos no cotidiano das decisões políticas se apresentam

como instrumento de acesso através das palavras, nas falas dos sujeitos pesquisados, nas suas atitudes e tomadas de decisão.

Na busca dos dados deparou-se com algumas dificuldades, principalmente no acesso aos sujeitos da pesquisa. Como exemplo, as diversas tentativas para o desenvolvimento da entrevista com um gestor que acabou não se realizando devido às dificuldades no agendamento da mesma. As condições de acesso a este município, devido às estradas, foi também um dos fatores dificultadores.

O estudo de caso foi o tipo de pesquisa adotada para compreender este contexto de implementação da política de saúde, cujo objeto de análise é a Regionalização da saúde em sua abrangência e complexidade na região da 13ª CRS-RS. Conforme Triviños (1997), são estudos que têm como objeto uma unidade que se analisa aprofundadamente.

Um estudo de caso clama por uma quantidade intensiva de dados (isto é, um número grande de variáveis) sobre um pequeno número ou uma unidade única de análise (o caso). Os investigadores usam este método porque certos tópicos da pesquisa são tão complexos que o fenômeno de interesse não é facilmente distinguível de seu contexto, e conseqüentemente são necessários dados sobre ambos (YIN *apud* STENZEL, 1996, p.85).

Para Contandriopoulos e colaboradores (1999), a pesquisa sintética de caso ou estudo de caso é uma estratégia em que o pesquisador decide trabalhar sobre uma unidade de análise, ou sobre pequeno número de unidades. “O potencial explicativo dessa estratégia provém da coerência da estrutura das relações entre os componentes do caso, e da coerência das variações dessas relações no tempo. Decorre, então, da profundidade da análise do caso e não do número de unidades de análise” (p.40).

Estes autores classificam duas abordagens de pesquisa sintética: os estudos de casos (caso único e casos múltiplos, ambos com um ou mais níveis de análise) e os estudos comparativos em que o pesquisador decide trabalhar sobre um grande número de unidades de análise e se utiliza da mobilização das relações estruturais e da meta-análise. O “estudo de caso único com vários níveis de análise [...] permite conceber um caso que responda melhor à

questão da pesquisa, oferecendo também um alto potencial de validade interna” (CONTANDRIOPOULOS e col. 1999, p.40-41)

Stenzel (1996), apoiada em Yin, ressalta que em estudos de caso único e de múltiplos casos, a generalização dos resultados é feita para a *teoria* e não para *populações*. Pois o desenho correto de um estudo de caso identifica uma teoria que o estudo está tentando testar (p.86). Assim, nessa mesma linha de pensamento, Yin (2001) enfatiza que o estudo de caso único é um projeto apropriado em várias circunstâncias, podendo significar uma “importante contribuição à base de conhecimento e à construção da teoria. Tal estudo pode até mesmo nos ajudar a redirecionar investigações futuras” (p.61-62). Segundo esse autor, tanto os projetos de caso único como os de casos múltiplos poderão se ater a uma única unidade de análise (holístico) ou unidades múltiplas de análise (incorporados).

Esse estudo apresenta um caso único, a regionalização da saúde, com várias unidades de análise (incorporadas), desde as questões institucionais mais amplas (estrutural: sistemas normativo, de regulação, padrões históricos), até os diferentes atores sociais (as relações, os interesses, a intermediação destes interesses, a ação social, sistemas cognitivo-culturais) abordados pelos sujeitos representantes das instituições, de municípios envolvidos e do Estado. Em cada nível de análise foram utilizadas técnicas diversas de coleta de dados.

Na coleta de dados, como forma de estabelecer validade do construto e a confiabilidade deste estudo de caso, foram observados alguns princípios defendidos por Yin (2001, p. 119-121):

- utilização de várias fontes de evidência, como por exemplo: registro em documentos, arquivos da 13ª CRS-RS, observação participativa e entrevistas;
- criação de um banco de dados para o estudo de caso (sobre habilitação da gestão e qualificação dos municípios, serviços de saúde de referência regional e indicadores socioeconômicos dos municípios e região): uma maneira de documentar, organizar e armazenar formalmente os dados coletados;
- desenvolvimento do estudo mantendo um encadeamento das evidências, citando documentos, entrevistas ou outras fontes de dados, bem como indicando as cir-

cunståncias sob as quais as evidências foram coletadas, como: período, local em que ocorreu, apresentadas em descrições e notas de rodapé.

Além destes, outros critérios de cientificidade foram observados no desenvolvimento desse estudo, como: *objetivação*, tentativa de reproduzir a realidade assim como ela é, ou de forma mais aproximada possível, *coerência*, argumentação de forma estruturada, desdobramento do tema de forma progressiva facilitando o entendimento; *consistência*. Com respeito à qualidade argumentativa do discurso, *originalidade*, que significa uma real contribuição ao conhecimento e não apenas uma mera repetição do que já existe (DEMO, 1995, p.20).

Os instrumentos de coleta de dados (questões das entrevistas) foram testados previamente, através de três aplicações (cada um) como teste piloto em que foi analisada a forma de elaboração dos questionamentos, o entendimento e as respostas dos pesquisados. Esse material foi apresentado para julgamento científico de outros pesquisadores, oportunizando a emissão de crítica intersubjetiva e contribuição na validade e confiabilidade do mesmo. Conforme Minayo (1993), esse julgamento intersubjetivo é um dos principais critérios de validação na metodologia qualitativa. Para ela, a submissão do produto do conhecimento à interface das discussões não significa que a verdade seja o resultado do ponto de vista dos vários estudiosos, mas “a pluralidade de perspectiva permite lançar diferentes focos de luz dos conhecimentos a respeito do objeto em questão” (p.241).

Quanto às questões éticas, num primeiro momento foi encaminhado este projeto de pesquisa ao Comitê de Ética da Universidade de Santa Cruz do Sul - UNISC para análise e aprovação. Foi solicitada, formalmente, autorização para a realização da pesquisa ao Delegado de Saúde Regional, através de um ofício (ANEXO A). Esse projeto foi apresentado também, ao Conselho Regional de Saúde e formulado convite para os conselheiros (sujeitos da pesquisa) participarem do mesmo. Após estes procedimentos, e a aprovação para o desenvolvimento, o mesmo foi registrado no Sistema Nacional de Informações sobre Ética em Pesquisa (SISNEP).

As entrevistas ocorreram durante o ano de 2004, tendo sido agendadas com antecedência respeitando o local e horário sugeridos pelos entrevistados. No caso dos usuários, a entrevista ocorreu no local onde os mesmos estavam sendo atendidos, nos postos de saúde, nos bairros e nos hospitais, em locais com ambiente tranquilo e descontraído, como na sala de espera, ao ar livre próximo ao posto de saúde, na sala de recreação da unidade pediátrica hospitalar em que também houve conversação com os acompanhantes (pais) das crianças internadas. Aos participantes da pesquisa foi informado sobre seus direitos e liberdade de aceitar ou não sua participação na pesquisa, e a possibilidade de desistência a qualquer momento. Após a aceitação dos mesmos foi apresentado o Termo de Consentimento Livre Esclarecido (ANEXO B), para leitura e assinatura, se assim concordassem. Foi também solicitado aos mesmos, permissão para gravação das falas, facilitando o entendimento e interpretação das informações. Com os usuários dos serviços de saúde houve diálogo e as respostas foram registradas com caneta e papel, no momento das falas. As entrevistas foram transcritas e organizadas conforme o tema e as categorias de análise, constituindo assim, juntamente com os demais dados coletados, o *corpus* da pesquisa, que facilitou o trabalho de análise e a interpretação deste processo de implementação da política de saúde. O conteúdo dos discursos, apresentados no desenvolver deste trabalho são identificados de maneira abreviada, procurando evitar a exposição dos participantes (Exemplo: E1: Entrevistado 1; E5: Entrevistado 5).

Para Yin (2001) normalmente, não há uma maneira precisa de se estabelecer critérios para interpretação dos dados e descobertas em estudos de caso, portanto, o mesmo orienta que se estabeleça proposições, de preferência concorrentes (com padrões, idéias contrastantes) e que se analise se os dados se enquadram, se ligam melhor em uma, ou em outra. Teorias (sociais, organizacionais, institucionais) também podem ser analisadas dessa forma. No caso do processo de implementação da política de regionalização da saúde que preconiza a assistência à saúde da população de forma integral, através de parceria entre os entes federados (federal, estadual e municipal), e na região de forma negociada entre os municípios, foram elencadas as seguintes proposições para orientar a análise e o desenvolvimento desta tese:

- a) Processo de implementação da regionalização da saúde: informação, cooperação, consenso e tomada de decisão coletiva, contemplando interesses regionais;
- b) Desigualdades, diferenças de concepção sobre o processo, ações competitivas formam um cenário de desarticulação e não decisão (adiamentos nas tomadas de decisão, onde a não decisão também é um posicionamento – emperramento do processo, não efetivação de mudanças).

A análise desenvolvida durante este trabalho teve maior aproximação com o enfoque *bottom up* (ênfase no grupo alvo) devido à natureza da política, pois na sua implementação são projetados compromissos, conflitos, problemas na contemplação de recursos. Envolve relações pouco definidas entre as instituições que devem implementar essa política e a criação de novas organizações (pactuações, consórcios e outros). São denominadas “simbólicas” (GAPI – UNICAMP, 2002). Segundo esse enfoque a implementação deveria ser a continuação da formulação, num *continuum* política/ação, num processo interativo de negociação entre os que buscam colocar a política em prática, os que desenvolverão as ações e aqueles cujos interesses serão afetados pela mudança provocada pela política. Diante disso, na análise, a atenção é mais voltada para as redes de decisão (*networks*)³³ que se dão nesse meio, com ênfase no grupo-alvo de implementação, atores e instituições envolvidos em arenas decisórias. As questões processuais (*politics*) que concebem a implementação, como resultado de uma sucessão de processos, a política (*policy*), no que diz respeito ao seu conteúdo, os interesses, as relações de poder e suas influências entre e intra-organizacional estiveram sempre presentes e nortearam este estudo, bem como o ambiente institucional, suas estruturas e regras (*polity*), que configuram o sistema político.

Na caminhada de busca do significado nos discursos foi necessário, diversas vezes, ir além das explicações causais, dos registros que apresentavam dados referentes às relações de estímulo-efeito (como por exemplo, a pauta e ata de uma reunião, que não clareiam o todo dessa reunião, com seus atravessamentos de idéias, interesses e posição dos que se pronunciam – o lugar de onde falam), de resultados de situações e de reuniões que ocorreram neste período. Dessa forma, foram várias as investidas para atingir a compreensão de

³³ A *policy networks* refere-se às interações das diferentes instituições e grupos, tanto do executivo, do legislativo como da sociedade na gênese e na implementação de uma determinada política, nas quais está prevista uma distribuição de papéis organizacionais (FREY, 2000).

fenômenos, em sua forma estrutural, que deram origem às ações dos sujeitos. Uma leitura não definitiva, dinâmica, aberta a novos contextos, entendendo o processo de implementação da regionalização da saúde como um evento político e social, com a atenção voltada para vestígios que permitissem a contextualização e interpretação em três níveis: o contexto *situacional imediato*, nos depoimentos durante as entrevistas, nas atitudes e tomadas de decisão em reuniões dos conselhos de saúde em que se apresentava a situação vivida; o contexto *institucional*, nas discussões e questionamentos sobre a legislação do Sistema Único de Saúde e as diferentes formas de execução de sua regulamentação pelas Secretarias Municipais e Coordenadoria Regional de Saúde; o contexto *sócio-cultural mais amplo*³⁴ no interior do qual se deu o evento comunicacional, a simbologia, os conceitos, os valores, os status que se apresentavam nas falas e que faziam pressão nas decisões.

Além das entrevistas e das leituras de documentos, a observação participante foi de fundamental importância, uma vez que a pesquisadora pode escutar, visualizar, entender os sentidos produzidos através das falas, nos discursos, ações e reações dos sujeitos no lócus das arenas decisórias³⁵. Num primeiro momento, se fez necessário uma certa imersão no referencial teórico, o que auxiliou no processo de estranhamento do olhar da pesquisadora, uma vez que esses locais de negociação e controle social são seguidamente freqüentados pela mesma, como conselheira (Conselho Regional de Saúde), profissional da saúde e docente (participação em reuniões de Conselho Municipal, como observadora, juntamente com alunos e assistindo as reuniões da Câmara de Vereadores pela televisão).

Na CIB Reg. a pesquisadora assistiu todas as reuniões desde o início das atividades, como pesquisadora, com autorização dessa comissão. No Conselho Regional de Saúde, foi comunicado o desenvolvimento da pesquisa em 2003, e assistidas todas as reuniões.

³⁴ Grifos da pesquisadora destacando as idéias do autor Milton José Pinto que atribui ao analista de discurso o papel de detetive sócio-cultural, atento e abordando vários contextos (1999, p. 22).

³⁵ As arenas decisórias comentadas neste estudo se referem às reuniões dos Conselhos Municipais e Regional de Saúde, da Comissão Intergestora Bipartite Regional (CIB Reg) e da Câmara de Vereadores.

5. A PRODUÇÃO DE SENTIDOS, AS REDES DE FORMULAÇÃO E OS CAMPOS DE SIGNIFICAÇÃO

A produção de sentidos a partir dos discursos ressalta a idéia do discurso constitutivo e constituído, onde a construção dos saberes se configura em redes, permeadas por relações de poder. As ideologias, ordens do discurso, definem as práticas discursivas e sofrem influência das mesmas.

5.1 O Discurso como uma forma de Ação Social

A sociedade se constitui por diversos tipos de discursos: político, econômico, sócio-cultural, ideológico e outros. Numa perspectiva sócio-cognitiva Van Dijk (2000) ressalta que o discurso não se reduz apenas a sons, imagens, formas abstratas de orações ou estruturas completas de sentido local ou global e formas esquemáticas. Através dele é possível descrever as ações sociais que levam em conta os usuários da linguagem quando se comunicam entre si em situações sociais e dentro da sociedade e da cultura em geral. Ele é “ação e interação na sociedade” (p.37).

Seguindo essa linha de pensamento Fairclough (2001), aponta algumas implicações: o discurso é um modo de ação, uma forma em que as pessoas podem agir sobre o mundo e especialmente sobre os outros, sendo também um modo de representação. Implica uma relação dialética entre o discurso e a estrutura social, existindo, na maioria das vezes, tal

relação entre a prática social e a estrutura social, sendo a última tanto uma condição como um efeito da primeira; o discurso é moldado e restringido pela estrutura social no sentido mais amplo e em todos os níveis, podendo ser pela classe e por outras relações da sociedade, pelas relações específicas em instituições particulares, como o direito e a educação, por sistemas de classificação, por normas, convenções e outros. Os eventos discursivos específicos variam em sua determinação estrutural, conforme o domínio social particular ou o quadro institucional em que são gerados. No entanto, “o discurso é socialmente constitutivo [...], ele contribui para a constituição de todas as dimensões da estrutura social que, direta ou indiretamente, o moldam e o restringem”: suas próprias normas e convenções, relações, identidades e instituições que lhes são subjacentes. “Ele é uma prática, não apenas de representação do mundo, constituindo e construindo o mundo em significados” (p. 91).

Sendo assim, esse autor ressalta que “a constituição discursiva da sociedade não emana de um livre jogo de idéias na cabeça das pessoas, mas de uma prática social que está firmemente enraizada em estruturas sociais materiais, concretas, orientando-se para elas” (p. 93). E a prática social pode ter várias orientações, econômica, política, cultural e ideológica, sendo que o discurso pode estar implicado em todas elas. Como prática política o discurso estabelece, mantém e transforma as relações de poder e as entidades coletivas como comunidades, grupos e outros, entre as quais existem relações de poder. Essa prática, além de ser um local de luta pelo poder, é também um marco delimitador na luta de poder, uma vez que se utiliza de convenções que naturalizam relações de poder e ideologias. Como prática ideológica constitui, naturaliza, mantém e transforma os significados do mundo de posições diversas nas relações de poder. Portanto, as práticas política e ideológica não são independentes uma da outra, uma vez que a ideologia são os significados gerados em relações de poder, no exercício do poder e da luta pelo poder. Citando Frow, Fairclough (2001, p.95) diz que diferentes tipos de discurso em diferentes domínios ou ambientes institucionais podem vir a ser “investidos” política e ideologicamente, envolvidos de diferentes maneiras. As ordens de discurso estruturam a prática discursiva e são por ela estruturadas.

5.2 O Discurso dos Sujeitos envolvidos no Processo de Regionalização da Saúde

Nesse estudo, os sujeitos são as pessoas que fizeram parte da pesquisa e que de alguma forma estão envolvidos no processo de regionalização, seja pelo cargo que ocupam nas instituições, por representação destas nas arenas decisórias ou porque são usuários dos serviços. Entre eles estão gestores (prefeitos e secretários de saúde), pessoas da equipe gestora (técnico-administrativo), delegados de saúde, conselheiros (regionais e municipais) e usuários.

Cargo/Representatividade/Delegação	Número de sujeitos
Coordenadora/ Delegado Regional de Saúde*	02
Técnico da Coordenadoria Regional de Saúde	01
Prefeitos (poder executivo)	03
Secretário(a)s Municipais de Saúde**	12
Técnicos das Secretarias Municipais de Saúde	03
Conselheiros Regionais de Saúde	04
Conselheiros Municipais de Saúde	04
Usuários dos Serviços de Saúde Referência Regional	10
Usuários dos Serviços de Saúde da Rede Básica	05
Total:	43

Quadro 8 – Sujeitos pesquisados.

Fonte: Dados da pesquisa, 2004.

Algumas considerações sobre os sujeitos da pesquisa são relevantes para entendimento da intencionalidade na composição dessa amostra: representantes do Estado nas gestões (1999-2002; 2003-2006), representantes das prefeituras municipais, o prefeito do município sede da 13ª CRS – considerado pólo regional e sede da microrregião II, o prefeito do município sede da microrregião I, e o prefeito de um dos menores municípios da região de abrangência dessa coordenadoria; todos os secretários de saúde, exceto um pelas dificuldades de acesso; técnicos de Secretarias Municipais, dois de municípios sede microrregional e um

* No período 1999-2002 quando da designação do representante do Estado na região, 13ª CRS, era coordenador (a), após delegado.

** Um desses Secretários de Saúde é membro da Associação dos Secretários e Dirigentes Municipais de Saúde, Asedisa/RS.

dos menores municípios; usuários de dois hospitais (em municípios diferentes), considerados referência regional e microrregional; usuários da rede básica de saúde, no município sede da coordenadoria e pólo regional.

Além dos discursos desses sujeitos entrevistados, apresentados acima, contou-se com informações oriundas de questionamentos via e-mail (coordenador e assessor técnico e planejamento da Secretaria do Estado da Saúde do Rio Grande do Sul 1999-2002), diálogo da pesquisadora com representantes do Legislativo Municipal e acompanhamento das reuniões da Câmara de Vereadores (no local e pela televisão).

Como discurso entende-se a palavra falada e escrita em forma de textos (registros, documentos e outros), que de alguma forma expressam as práticas sociais e criam as estruturas organizacionais. Conforme Fairclough y Wodak (2000, p.390) “o discurso constitui a sociedade e a cultura, assim como é constituído por elas”. Isto implica que toda a instância de uso da linguagem faz contribuições para a reprodução e/ou transformação da cultura e da sociedade incluídas as relações de poder. Portanto, a linguagem não se dá como evidência, oferece-se como lugar de descobertas (ORLANDI, 2003), nela encontra-se um emaranhado de significações.

Na medida que o discurso dos sujeitos é transmitido pelas palavras, emerge a necessidade de estarmos atentos aos significados atribuídos a estas, pois as mesmas representam a principal veia de acesso à expressão da fala cotidiana, a qual explicita sistemas de valores, condições estruturais, normas e símbolos (sendo ela própria um deles) e transmite representações de determinados grupos em condições sócio-econômicas, culturais e históricas específicas (MINAYO, 1993, p.109). No processo de implementação de uma política pública, no caso, a regionalização da saúde, vários sujeitos e uma diversidade de interesses estão envolvidos: a grosso modo pode-se considerar, de um lado, o interesse público que busca contemplar a coletividade, de outro, o conjunto dos interesses pessoais e privados (grupos econômicos, corporações) que atenta na busca de resultados individuais ou de um pequeno grupo. A clivagem dos diversos interesses envolvidos ainda pode ser considerada, para fins analíticos, por duas vertentes: os de origem e dinâmica territorial, onde os bairros,

comunidades rurais ou municípios vocalizam e defendem suas demandas locais e os de origem setorial. Estes últimos correspondem às tensões entre setores da gestão pública que disputam recursos, projetos e capitalização política dos ganhos sobre os êxitos eventuais de iniciativas do poder público. Além destes, ainda podemos identificar alguns mais focados como o *setorial e o territorial*³⁶. Como exemplo desta gama de interesses podemos citar respectivamente: os interesses dos usuários dos serviços de saúde pública, dos profissionais e prestadores de saúde, de associações e representantes de setores como do comércio, dos fumicultores e outros, dos hospitais privados, indústria de equipamentos e medicamentos, dos gestores e moradores dos diversos municípios envolvidos.

Assim, entende-se o discurso como a linguagem em interação, o contexto de produção da linguagem, a expressão das relações estabelecidas nos ambientes de convivência, de negociações e conflitos. Esses discursos foram apreendidos e trabalhados para fins de análise dos sentidos existentes neles e entre os mesmos, das experiências dos sujeitos e suas reações frente às abordagens nas arenas decisórias e durante a entrevista.

³⁶ Termos sugeridos pelo orientador deste estudo, professor Marcos Artêmio Fischborn Ferreira.

6. A ANÁLISE CRÍTICA DO DISCURSO NO PROCESSO DE IMPLEMENTAÇÃO DA REGIONALIZAÇÃO DA SAÚDE: OS EFEITOS DE SENTIDO REPERCUTINDO NAS PRÁTICAS – CAMPOS DE SIGNIFICAÇÃO

A análise de discurso é o termo usado com uma variedade de enfoques e estilos no estudo de textos³⁷. Conforme Phillips e Hardy (2002), estudos empíricos podem ser desenvolvidos através de diferentes dimensões teóricas e os mesmos referem-se ao trabalho desenvolvido por Phillips e Ravasi em que foi analisada uma série de estudos e considerados duas categorias padrão: a primeira que se refere à importância relativa ao *texto* versus *contexto* numa pesquisa, e a segunda dimensão trata da condição, da dinâmica de poder focada na pesquisa – estudos mais críticos – versus estudos com maior enfoque no processo social, construção que constitui a realidade social – estudos mais construtivistas. Assim, a relação entre essas dimensões facilita a identificação de quatro principais perspectivas da análise de discurso:

Context	
Interpretative Structuralism Constructivist	Critical Discourse Analysis Critical
Social Linguistic Analysis	Critical Linguistic Analysis
Text	

³⁷ Textos: como produtos culturais presentes na linguagem verbal, escrita, imagens e outros, utilizados nas práticas sociais. Para Orlandi, o texto como objeto teórico não é uma unidade completa, pois o sentido do texto se constrói no espaço discursivo dos interlocutores. Porém como objeto empírico de análise, o mesmo pode ser um objeto com início, meio e fim. Unidade complexa de significação, cuja análise implica as condições de sua produção (contexto histórico-social, situação, interlocutores).

Figura 2 – Diferentes abordagens de análise de discurso

Fonte: Phillips e Hardy (2002), p.20.

Atualmente duas correntes de diferentes epistemologias têm contribuído de maneira significativa na análise de discursos. A francesa, que teve como principais autores influentes Michel Foucault e Michel Pêcheux, filósofo francês, fundador da Escola Francesa de Análise de Discurso na década de 60. Essa corrente tem influências da teoria ideológica de Althusser e da teoria do discurso de Foucault. “A ideologia é vista como constitutiva da produção/reprodução dos sentidos sociais, define os discursos como práticas sociais determinadas pelo contexto sócio-histórico, mas também são partes constitutivas daquele contexto” (PINTO, 1999, p. 17). A corrente anglo-americana, originária da Inglaterra, implantada nos Estados Unidos, incorporou elementos da sociologia, da psicologia e da etnologia, utiliza-se do empirismo e conceitos da psicologia do consciente. O processo de comunicação é entendido como uma interação cooperativa entre indivíduos que detêm controle e consciência das regras a serem utilizadas para atingir objetivos. “Toda a fala é uma forma de ação [...], mas a ação é entendida como se originando inteiramente no indivíduo” (PINTO, 1999, p. 18).

Neste estudo procurou-se seguir algumas posições defendidas por analistas de discurso franceses, mais especificamente Michel Pêcheux, e pelo lingüista britânico Norman Fairclough envolvidos com a dimensão crítica do olhar sobre a linguagem como prática social. Embora não podendo tomar como compatíveis, em sua maioria, os empreendimentos desses intelectuais, algumas idéias possibilitam de certa maneira a aproximação dos mesmos, principalmente no que se refere a alguns conceitos, dentre eles, o da interdiscursividade³⁸. Fairclough apresenta no capítulo 3 de sua obra *Discurso e mudança social*, a Teoria Social do Discurso, em que ele analisa o mesmo num quadro tridimensional, como texto, prática discursiva e prática social. Além disso, faz uma abordagem para a investigação da mudança discursiva em sua relação com a mudança social e cultural. Assim, ao usar o termo discurso, propõe-se considerar o uso da linguagem como forma de prática social.

³⁸ Entendida como configuração interdependente de formações discursivas (Fairclough 2001, p. 95). No interdiscurso as formações discursivas são instáveis, mudam de acordo com o que está em jogo, um processo com reestruturação constante. Fairclough se utiliza do conceito de hegemonia de Gramsci, enquanto luta que abre a possibilidade de articulação e rearticulação das ordens do discurso para investigação das dimensões políticas e ideológicas da prática discursiva.

Numa concepção tridimensional este autor atenta para três tradições analíticas que o mesmo considera indispensáveis na análise de discurso: “a análise textual e lingüística; a macrosociológica de análise da prática social em relação às estruturas sociais e a interpretativa ou microsociológica que considera a prática social como alguma coisa que as pessoas produzem ativamente e entendem através de procedimentos partilhados, no senso comum” (FAIRCLOUGH, 2001, p.100). No seu entender a análise da prática discursiva deve envolver uma combinação da *microanálise*, o modo como os participantes produzem e interpretam textos amparados em seus recursos, com a *macroanálise*, a natureza dos recursos, bem como as ordens presentes nos discursos destes (normativa ou criativa). A micro e a macro análise são requisitos mútuos, a inter-relação destas pode mediar a relação entre as dimensões da prática social e do texto. Portanto, é “a natureza da prática social que determina os macroprocessos da prática discursiva e são os microprocessos que moldam o texto” (p.115).

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” (FAIRCLOUGH, 1995, p.07). Nos discursos de membros de uma comunidade podemos compreender como os mesmos produzem seus mundos, porém ao produzirem seu mundo, suas práticas são moldadas (de forma nem sempre consciente) por estruturas sociais, 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 através das relações e lutas sociais. Assim, descrever o discurso como uma prática social implica uma relação dialética entre um evento discursivo particular e o contexto, estrutura social ou instituição em que ocorre.

A descrição é o procedimento utilizado para a análise textual e a interpretação é utilizada para a análise das práticas discursivas e a prática social das quais o discurso faz parte. Na análise de textos são examinadas questões de forma e de significado: vocabulário (palavras individuais); gramática (palavras combinadas em frases e orações); coesão (ligação entre orações e frases); estrutura textual (propriedades organizacionais); a coerência e a intertextualidade dos textos (presença de fragmentos de outros textos). Na prática discursiva, os enunciados, tipos de atos de fala, (pedidos, ameaças, promessas e outros); o processo de

produção (contextos sociais específicos); a natureza (individual, de um pequeno grupo, coletiva) e a relação desta com a prática social que emerge desta conjuntura “dentro de uma conceituação gramsciana de poder e luta de poder em termos de hegemonia” (FAIRCLOUGH, 2001, p.131).

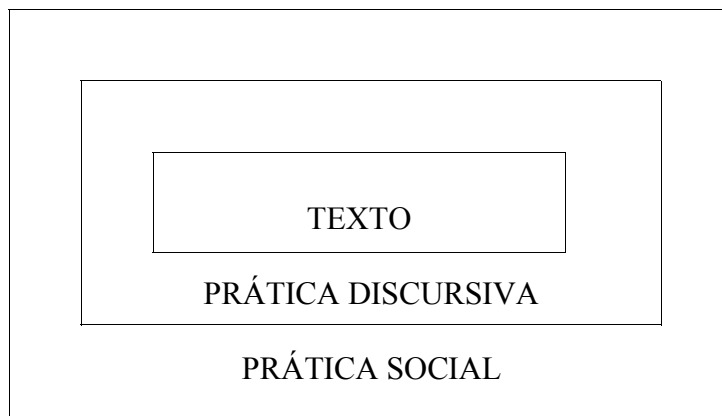


Figura 3 – Quadro Tridimensional da Teoria Social do Discurso

Fonte: N. Fairclough (2001).

Portanto, nessa perspectiva os discursos, bem como as ações do analista são considerados situados socialmente e desenvolvem um papel na (re)construção e (re)produção das estruturas e organização social. A utilização da análise crítica do discurso (ACD) como ferramenta contribui para a aquisição de conhecimentos que não se referem apenas aos aspectos formais do discurso, sua estrutura e textura, mas também às estratégias, os acontecimentos que constituem a ordem social e os valores atribuídos.

Na análise foram incluídos vários eventos como reuniões e atas do Conselho Regional de Saúde desde sua criação em 2002 até 2004, entrevistas, documentos encaminhados pelos municípios à 13ª Coordenadoria Regional de Saúde, desenhos representativos da Regionalização da Saúde no Estado do Rio Grande do Sul e macrorregião dos Vales – RS. Portarias Ministeriais, como as Normas Operacionais Básicas (NOBs) e Normas Operacionais de Assistência à Saúde (NOAS 01/2001 e 01/2002) do Ministério da Saúde, foram consultadas com a intenção de correlacionar a regulamentação imposta pelo Ministério da Saúde com o entendimento dos atores sociais e suas maneiras de implementar ações de saúde

no município e região. O acompanhamento desta sucessão de eventos foi de fundamental importância para a análise, uma vez que a trajetória das decisões políticas pode revelar a seqüência decisória, ou não, e as alterações na política.

Nos discursos dos sujeitos encontram-se conteúdos tanto de cunho subjetivo como objetivo, pois os mesmos apresentam descrições e valorações. Emitem, além de seus sentimentos, idéias, reflexões e representações sobre o contexto vivido³⁹, maneiras de significar as relações e ações de sujeitos institucionais com interesses diversos, envolvidos em negociações políticas, acordos e conflitos. Portanto, a análise destes discursos visa considerar essa produção de sentidos dimensionada no tempo e no espaço das práticas como parte de suas vidas, enquanto sujeitos e membros de uma comunidade regional específica. Os achados e inferências, frutos deste estudo complexo, devem ser acolhidos com restrições, pois os mesmos apontam situações presentes em eventos que contam com diferentes interesses em jogo, característicos de processos políticos e sociais, e que, muitas vezes, não se apresentam em lugares, regiões com condições semelhantes a que foi pesquisada. Alguns estudos, como os de Immergut (1996) sobre o processo de produção de políticas, alertam que, mesmo onde se verificam motivações e estágios de desenvolvimento similares para mudanças, estas se processam e são implementadas de maneira distinta.

Sendo estes relatos, construções e interpretações que evocam, na subjetividade algumas condições da realidade estudada, encontram respaldo nas idéias de Bourdieu (1983), colocando que cada agente social é tanto um produtor quanto um reproduzidor do sistema no qual se insere, entendendo que o sujeito não tem o domínio completo sobre o seu modo de agir. Fato que possibilita na análise das práticas sociais a coexistência de particularização e universalização, o acesso ao coletivo regional através do individual, através das falas dos entrevistados. Porém, com um certo relativismo na apreensão do real, uma vez que este estudo se utiliza de um conjunto de visões de atores sociais e do universo simbólico de cada grupo (gestores, técnicos, usuários, prestadores e profissionais de saúde), produção de sentidos, lidos e interpretados pela pesquisadora. Essa ressalva se ampara nas idéias de Minayo (1993, p. 35) quando a mesma elucida que no campo das ciências sociais a “objetividade não é realizável”, sendo possível uma aproximação do real através da objetivação, com a utilização de

³⁹ Representação social entendida aqui, como produto da apreensão da realidade vivida, processada mentalmente, reconstruída e rerepresentada em nova objetivação. Ver Schraiber, 1995, p.65.

adequados referenciais teóricos e técnicas de investigação. Ela esclarece esse pressuposto através da seguinte comparação: na objetividade se obteria um retrato do real, fixando a imagem num dado momento, de modo estático e imutável; na objetivação esta realidade seria expressa através de uma pintura, uma reinterpretação, em que o fruto da visão do pesquisador seria uma entre as diversas imagens possíveis. Portanto, nesta linha de pensamento sobre o social, inexistem um saber absoluto, uma compreensão total, completa sobre a realidade, o que se busca é uma aproximação da mesma.

Para Bourdieu, numa pesquisa as relações ‘interpessoais’ não são apenas relações de indivíduos e a verdade da interação não reside inteiramente na interação. É a sua posição presente e passada na estrutura social que os indivíduos trazem consigo em forma de *'habitus'* em todo o tempo e lugar, que marca a relação (1983, p.75). Cada sociedade, cada lugar, região tem um comportamento, com símbolos, estilos e regras, cultura que os caracterizam e devem ser levados em conta, pois através da linguagem está se lidando com campos simbólicos.

Nessa mesma linha de pensamento, Orlandi (2003) enfatiza que é no interior do discurso que podemos encontrar o processo, o produto e a significação a ser recuperada na análise do texto. Pois, o discurso é referidor, dialoga com outros discursos e é referido por se produzir no interior de instituições e grupos que determinam as falas, quem fala, em que momento e como fala. Amparado nas idéias de Pêcheux, ressalta ainda 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” (p.17). Há uma relação língua-discurso-ideologia. Para esses autores não há discurso sem sujeito e não há sujeito sem ideologia.

Em processos de implementação de políticas públicas de saúde ideologias estão presentes, pois as mesmas são os significados gerados nas relações, no exercício e na luta pelo poder. Assim, na análise crítica dos discursos os objetivos vão além de compreender como é realizada a construção discursiva dos acontecimentos, das relações sociais, procura-se revelar quais são as implicações sociais desse processo, o papel desses discursos na manutenção e

fortalecimento de algumas posições interessadas na sobrevivência do *status quo*, impedindo o pronunciamento e circulação de outros que diferem desta maioria ou desta minoria, com força e poder de barganha.

A análise de discurso é uma leitura cuidadosa, próxima, que caminha entre o texto e o contexto para examinar o conteúdo, organização e funções do discurso [...]. Uma interpretação fundamentada em uma argumentação detalhada e uma atenção cuidadosa ao material que está sendo estudado (GILL, 2003, p. 266). Portanto, como analista de discurso o pesquisador está envolvido concomitantemente em analisar o discurso e o contexto entendendo-os como construção social, o discurso pode refletir e ao mesmo tempo, modelar uma visão de mundo.

Os objetivos da análise destes discursos é refletir sobre as condições de produção e os significados presentes nos textos produzidos no campo sócio-político, compreender o modo de organização, os movimentos favorecedores e obstaculizadores, as relações e a produção social dos sentidos no processo de implementação de uma política, no caso específico da regionalização da saúde. Os resultados desta investigação, assim como as proposições desta tese serão apresentadas em eventos locais, regionais e nas arenas decisórias que deram origem a grande parte destes conteúdos, com a intencionalidade (da pesquisadora) de refletir sobre a condução deste processo de construção social, possibilitando ao grupo a reorientação⁴⁰, com auxílio de possíveis efeitos da reflexividade e do surgimento de visões alternativas sobre os acontecimentos, bem como o desenvolvimento e reformulação de conceitos e de políticas.

Para o alcance desses objetivos se fez necessário buscar nas falas dos sujeitos pesquisados e nos documentos produzidos neste processo, campos de significação que caracterizam a trajetória de implementação desta política. Na análise procurou-se atentar para a construção discursiva, a representação social dos sujeitos pesquisados sobre o tema investigado, o poder de quem produz os discursos, os conflitos de interesse que se projetam sobre a ordem discursiva e como as práticas discursivas contribuem para estruturar, exercer e reificar as relações de poder e subordinação. O método ACD inclui: descrição da linguagem do texto (utilizando categorias como as que se encontram no Quadro 9); a interpretação das

⁴⁰ Reorientação no sentido de examinar, refletir sobre modo como está sendo conduzida a regionalização da saúde nas arenas decisórias e selecionar estratégias que dêem rumo na busca do desejado pela maioria.

relações entre o processo discursivo⁴¹ e o texto; interpretação das relações entre o processo discursivo e o processo social.

A análise da Regionalização da Saúde no âmbito da 13ª Coordenadoria Regional da Saúde-RS, organiza-se nesse estudo pelas seguintes categorias, para análise crítica do discurso:

Nominalização e Representação sobre a Regionalização da saúde	Apresenta o processo com um nome, muitas vezes genérico e vago, re-apresenta-o conforme o entendimento.
Criação de palavras, palavras-significado	Formas alternativas de significar, de atribuir sentido, de expressar experiências.
Benefícios e Prejuízos	Utilização de predicativos, metáforas, tom (declarativo, interrogativo ou imperativo).
Sintonia e divergência dos interesses (voz passiva ou ativa)	Pronunciamentos, acordos e omissões (como forma de ofuscar a agência e a responsabilidade).
Fatores facilitadores e obstaculizadores	Estabelece coesão, contrastes, diferenças, oposição entre idéias.
Participação e compromisso na modelagem (pressuposições)	Participação ou não; Apenas expressões: toma as coisas como dadas, altamente questionável, coloca que a regulamentação exige e deve acontecer (NOAS-SUS).
Intermediação de interesses, utilização dos recursos (modalidade)	Expressa o nível de compromisso entre os entes federados e os arranjos presentes nas arenas decisórias (os modos de fazer, as articulações).

Quadro 9 – Categorias para análise crítica do discurso.

Fonte: elaborado a partir de Fairclough, 1995; 2001.

Diante das três dimensões do discurso (social, discursiva e textual) a opção por uma, por outra, ou por todas as posições implica em selecionar determinados recursos lingüísticos e estratégias discursivas contidos nas falas (construções semânticas, sintáticas, léxica principalmente nas formas de designação⁴²). Neste estudo optou-se por concentrar a atenção em alguns elementos como: estratégias de referência e nomeação (categorias); predicativos

⁴¹ Como processo discursivo entende-se tanto a produção do texto quanto a sua interpretação, uma vez que os mesmos representam a prática sócio-cultural na qual o discurso é um dos elementos.

⁴² Designação entendida pela escolha de uma nomeação para significar algo, relação das palavras com os objetos e o mundo. Conforme Pêcheux (1997, p.58-60), estamos sempre buscando, através da ciência, uma semântica universal, para regulamentar a produção e a interpretação dos enunciados.

(traços considerados positivos ou negativos); metáforas; de representação dos atores sociais através de suas ações; argumentação e tom (emissão de razões para certas ações); de legitimação (social e política) das ações e dos próprios discursos, onde se encontram as categorias elencadas. Conforme Fairclough (2001) a análise de texto pode ser formada e ganhar cor pela interpretação de seu relacionamento com os processos discursivos e com processos sociais mais amplos. E, “os analistas não estão acima da prática social que analisam; estão dentro dela” (p. 246).

Fairclough y Wodak (2000) alertam que as práticas discursivas podem ter efeitos ideológicos de peso, decidir e ajudar a reproduzir relações de poder desigual entre as classes sociais, as mulheres e os homens, as maiorias e minorias culturais e étnicas através da maneira como representam os objetos e situam as pessoas. Esta carga ideológica, assim como as relações de poder nem sempre estão evidentes na linguagem, nas falas, nos discursos. Numa análise crítica dos discursos procura-se buscar os aspectos opacos e de certa forma, torná-los mais transparentes.

Tanto as palavras utilizadas como seu significado variam conforme a situação, posição e os interesses em jogo, segundo a *formação discursiva (FD)*⁴³ em que estão situadas. Essas formações discursivas em que as pessoas se situam estão moldadas por um complexo que as domina, os outros ditos, outros saberes que dão ao sujeito falante uma sensação de evidência, como se esses ditos estivessem sempre lá, o *interdiscurso*⁴⁴.

Diante disso, pode-se dizer que os saberes, as tomadas de decisão ou não decisão não estão pautadas apenas no momento histórico atual; além das mesmas estarem conectadas ao seu tempo, estão também ao mesmo tempo ligadas ao seu passado. Nos saberes dos diferentes sujeitos, filiados a lugares discursivos, se materializa o encontro discursivo entre o passado e o presente. Muitas vezes as formulações são defendidas como se fossem as suas, entretanto, as

⁴³ A formação discursiva emerge não aleatoriamente, pois ela está amparada em valores, ideologias que posicionam as pessoas como sujeitos sociais, organiza os saberes e dá uma certa direção. Para Pêcheux (1978) é a manifestação no discurso de uma determinada formação ideológica (FI) em uma situação de enunciação específica.

⁴⁴ A interdiscursividade para Pêcheux é um todo complexo de formações discursivas com dominante que emerge do conjunto de formações ideológicas, para a aplicação da noção de ordem do discurso.

mesmas estão atreladas discursivamente a um passado recente ou distante, via paráfrases, pré-construídos já-ditos. 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 FD da saúde como política, abordando-a como direito de cidadania ou em outras como as de cunho econômico-financeiro ligadas aos interesses de mercado⁴⁵.

6.1 A Visão dos diversos atores sobre a Regionalização da Saúde

A designação saúde como política pública recebeu uma influência forte oriunda de movimentos sociais principalmente os que nos anos setenta e oitenta formaram as bases da Reforma Sanitária e as Conferências Nacionais de Saúde (CNS), principalmente a 8ª CNS que

⁴⁵ O entendimento de saúde como um bem de mercado refere-se em cada agente econômico por um tipo de racionalidade, que é descrita por Merhy (1999): 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 (p. 311).

influenciou na Constituição Federal Brasileira de 1988, incluindo na legislação da saúde, partes de seu relatório final, traduzindo 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, se incluem no discurso e, a partir dele, recebem suas representações. Diante disso, entende-se que ambas dimensões da prática social (discursiva e não discursiva), propiciam tanto constrangimentos, 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, nesse estudo, diferentemente do enfoque apenas lingüístico, 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**⁴⁶ em si, existem interesses, conflitos e isso acaba realmente atrapalhando a implementação, mas deve, eu acho, se fazer as forças necessárias para que se possa realmente implementar essa política, né (E 26).

A regionalização em si eu acho que **seria a grande solução para a grande parte dos problemas dos municípios. Eu não vi ainda a regionalização sair do papel**, eu não vi, isso para mim não aconteceu, o que aconteceu é que cada município acaba resolvendo seus problemas da maneira que consegue (E 05).

O significado da regionalização da saúde é **a melhor organização de prestação de serviço pelo SUS para os municípios, principalmente para aqueles que tem demanda de serviços que eles 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 que se tenha acesso a esses serviços (E 23).

Quanto à regionalização eu acho que, pouco nós podemos dizer que ela está acontecendo (E 07).

Infelizmente, a regionalização, que acredito ser **a oportunidade de se ter um SUS de qualidade, garantindo o acesso dos usuários aos serviços de saúde, não está acontecendo e nem atendendo os interesses dos municípios**. Muitos serviços e ações pactuadas não são oferecidos (E 11).

A regionalização da saúde serviria para **unificar preços** (E 05).

⁴⁶ Os grifos nos conteúdos dos discursos foram colocados intencionalmente pela pesquisadora, para ressaltar os diferentes significados desse processo para os sujeitos envolvidos; e a presença de diferentes formações discursivas.

O processo de implementação desta política é visto como algo importante, e que deveria ser de interesse comum, para toda a região dos Vales. A divergência de interesses, os conflitos são apontados como fatores que atrapalham o desenvolvimento da mesma, se fazendo necessário a utilização de força para que se efetive a regionalização da saúde.

O interesse comum é algo questionável, porque os indivíduos, dentre suas especificidades, têm algumas prioridades que se sobressaem, em função das condições circunstanciais do momento em que os mesmos se encontram. Diante disso, entende-se a permanente conflitualidade dessas relações, emergindo aí a necessidade de utilização de estratégias para lidar com essas diferenças, ou em outras palavras, coordená-las em busca de benefícios coletivos pautados na legislação da saúde, que prioriza a regionalização com enfoque de equidade, universalidade e integralidade da atenção.

Como grande solução para a maioria dos problemas dos municípios aparece, em alguns discursos, a regionalização da saúde, uma vez que quase a totalidade dos municípios desta região não consegue atender suas demandas de assistência à população, principalmente no que se refere aos atendimentos de média complexidade, alegando a falta de recursos financeiros, humanos, materiais e de equipamentos. No entanto, como é uma política que está em fase de implementação e de maneira bastante lenta, outros sujeitos entrevistados nem percebem seus movimentos, afirmando que a mesma não está acontecendo e desconsiderando-a no que se refere à resolutividade dos problemas de saúde local e regional. Argumentam que, “cada município resolve da maneira que consegue” (E.05), e, os que dispõem de recursos oferecem o atendimento no local ou arcam com os gastos financeiros de encaminhamento e realização dos procedimentos em outros serviços de saúde na região. Os que não dispõem destes recursos, resolvem de outras maneiras (que estão apresentadas no decorrer desta tese), ou não resolvem.

A regionalização da saúde é vista como um benefício, como algo que poderia organizar os serviços na região e resolver a situação gerencial dos municípios. Em alguns pronunciamentos aparece essa solução como algo mágico; enquanto outros se referem a decisões pontuais para resolutividade, como a construção de um hospital regional, de um pronto-socorro e consórcios intermunicipais. A manifestação de um gestor retrata esta questão: “Nós temos que pensar em um hospital regional, aí sim vai simplificar a vida de

todos os gestores e de todos os prefeitos e principalmente dessa área complicada que é a saúde. Área complicada...” (E.19). Nessa referência está subentendida apenas a atenção curativa, a regionalização da saúde para resolver “as coisas complicadas”, as questões “complicadoras” da maioria dos municípios. Com isso, estariam livres das dificuldades causadas pela doença, e, não pela saúde.

Ao mencionarem a necessidade de “solucionar os problemas”, pautam-se na maioria das vezes pelo foco nas necessidades dos municípios (os sofredores) enquanto os usuários aparecem em meio a uma diversidade de sentidos ou até mesmo subentendidos. Dessa forma o argumento desloca o valor da oferta de serviços para a população e solução dos temas de interesse da saúde, para outro centro, assumido pelo plano das necessidades administrativas. Assim posto, o deslocamento de sentido coloca a iniciativa de oferta de bens públicos na condição de algo que está sendo feito para a população como contingente a uma precedência: a de obter determinadas condições favoráveis de gestão. Pode-se observar na seguinte fala: “a regionalização é uma forma de prover esses serviços e além do mais racionalizar até o custo **para que se tenha acesso a esses serviços**” (E 23). Não fica claro na fala deste gestor se desta forma resolveria o problema de gestão ou do usuário, “para que se tenha” não determina a quem, onde o ocultamento do sujeito a ser favorecido promove a ambigüidade necessária frente a um compromisso escassamente assumido. O termo racionalizar custos enuncia uma questão de gerenciamento financeiro, redução de preços nos atendimentos, menos gastos, situação financeira saudável, conjunto que atenderia aos interesses da administração pública.

Aparecem nos trechos dois efeitos de sentido, num a regionalização como garantia de acesso dos usuários aos serviços de saúde e no outro, atendendo aos interesses das gestões municipais. Os interesses dos municípios aparecem com uma entonação mais forte, e a gestão financeira é uma questão bastante presente. “A regionalização da saúde serviria para **unificar preços**” (E 05). Outro gestor aponta estes dois aspectos da seguinte forma:

“De um lado, ela é boa porque tu consegue unir e fazer em um pólo, uma saúde um pouco mais qualificada e mais aparelhada para que as pessoas possam ter um pouco mais de conforto, mas de outro lado acomoda alguns prefeitos que, simplesmente chutam a responsabilidade para o prefeito vizinho, ou seja, precisa, mas o prefeito de lá que se vire para fazer porque eu vou botar uma camionete e vou mandar para lá os meus doentes. Então, de um lado é bom porque equipa, talvez, um município mais, mas tira a responsabilidade do ombro do prefeito da cidade vizinha” (E 20).

Vários sentidos estão presentes. Desde o descomprometimento de alguns gestores em atender as suas responsabilidades no seu município ou com um esforço de arranjo regional, e até mesmo a intensificação das diferenças entre estes entes federados, porque **equipa um município mais**, podendo acentuar as diferenças e causar maior competitividade entre os mesmos. Dependendo do modo como é pensada a implementação dessa política, pode estar sendo focado o município, a microrregião ou a sede de módulo apenas como espaço para a organização da assistência, reduzindo os mesmos à localização de equipamentos e resolução dos problemas curativos e não como espaço social constituído por instituições e sujeitos implicados com a gestão do SUS – numa regionalização que determina o que é “complexo” e que, para isso, utiliza-se de critérios de valores financeiros e disponibilidade de profissionais especialistas.

Segundo Milton Santos, a configuração territorial tem uma existência material própria, mas sua existência social, sua existência real somente lhe é dada pelo fato das relações sociais. Além disso, o 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” (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 mesmo? 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. A exemplo disso, a expressão “complicada” que aparece com frequência nos textos, algumas vezes com significado e justificativa obscuros, mas em outras bem aparente: “a regionalização da saúde é uma questão bastante complicada, no meu ponto de vista existem muitos

interesses” (E 22); “Eu vejo a coisa **muito complicada**, o que mais existe são encaminhamentos para municípios **mais desenvolvidos**, mas a nível regional falta incrementar a união dos municípios, das Secretarias de Saúde, terem os mesmos interesses, isso ainda falta muito, o comprometimento de todos para que a coisa aconteça de fato” (E 18); “Eu vejo **um problema muito grande** aqui, dos sujeitos, dos órgãos envolvidos, que olha! os prestadores de serviços estão de fora da regionalização” (E 21).

O não chamamento dos prestadores de serviços de saúde para as reuniões específicas sobre o processo de implementação da regionalização parece ter sido uma opção estratégica de gestão. A idéia que perpassava era que, se os mesmos participassem, corria-se o risco de estar ampliando ainda mais seus poderes, uma vez que já existe um certo diferencial na posição destes, em relação aos demais segmentos nas tomadas de decisão. As negociações quando ocorriam eram entre gestores, conselheiros, técnicos administrativos e outros membros do Conselho Regional de Saúde e da Comissão Bipartite. Porém, na maioria das ocasiões eram apresentados os temas, discutidos às vezes e as tomadas de decisão frequentemente ficavam com algumas pendências. Estas pendências ou não decisão aparecem nos depoimentos como:

“Esse tema, regionalização entrava em pauta nas reuniões, mas **não se tornava prático**, ele não tinha praticabilidade. O que não foi feito realmente é o aperfeiçoamento da referência regional” (E 12);

“Falta integração regional, eu vejo assim, temos dificuldade de encaminhar pacientes que necessitam de especialista, faltam profissionais que queiram trabalhar no sistema, profissionais referenciados, então eu acho que ainda falta essa relação entre as instituições, tem que ser aprimorada” (E 11);

“Eu acho muito bonito no papel, mas na prática **não é tão fácil**, é um tema **bem complicado**” (E 14).

Nota-se assim, que os sujeitos têm clareza de que os fluxos, as referências, a rede de assistência aos doentes ainda não foi construída:

“considerar Santa Cruz do Sul como pólo regional ia ser bom” (E 6);

“há muito tempo nós estamos discutindo, avaliando, mas na verdade **nunca saiu do papel**” (E 7).

Alguns sujeitos pesquisados fazem uma relação desse processo político inicial com o momento atual, podendo ser observado no depoimento dessas gestoras:

“O processo de regionalização da saúde iniciou com muitas discussões, mas **está estagnado no momento**, e, o que é pior, os serviços e ações em saúde não estão sendo oferecidos aos usuários. Para os municípios de pequeno e médio porte, seria a solução dos problemas de média complexidade, além de haver redução de gastos, favorecendo a aplicação desta economia em outras ações e projetos dentro de seu próprio município” (E 11).

“A gente fala,... na gestão passada a gente tinha reuniões mensalmente, esta questão era bem discutida. Agora, esse ano (2004), parece que continua, mas só no disque, disque, né? Só no discurso, no certo não tem mais nada. Nossos interesses não estão sendo contemplados, está só em discussão (E 06).

A não percepção de movimentos e avanços nesse processo pode estar associada à inexistência de uma sistematização efetiva de reuniões com discussões e tomadas de decisão sobre o tema. No ano de 2004 ocorreram algumas visitas do Delegado Regional de Saúde às Secretarias Municipais de Saúde e encontros com seus colegas médicos para tratar de consórcio⁴⁷ na área da saúde. Porém, nenhuma decisão se efetivou devido à falta de clareza sobre a garantia da contrapartida financeira por parte do Estado para implementar este projeto e sustentar as ações decorrentes do mesmo e quanto cada município precisaria investir financeiramente para inclusão no consórcio.

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 pouco mencionada, talvez pelo desconhecimento das pessoas, por não terem tido a oportunidade de usufruir destas ações, devido ao frágil investimento nas mesmas, ou por não valorizá-las. O enfoque em saúde curativa é muito forte na região, podendo estar atrelado à cultura da população e a uma tradição liberal da medicina, reforçada pela associação, pós-relatório Flexner, entre rigor científico e valorização do

⁴⁷ Termo utilizado para identificar uma formalização de cooperação municipal, visando à prestação de serviços. “Cooperação entre dois ou mais municípios que se comprometem a realizar atividades conjuntas referentes à promoção e recuperação da saúde de suas populações (...)” (Descrição utilizada em Minas Gerais, In: MISOCZKY, Maria Ceci e BASTOS, Francisco A. *Avançando na implantação do SUS: Consórcios Intermunicipais de Saúde*. Porto Alegre: Dacasa; Escola Superior de Direito Municipal, 1998.

cuidado médico como ato monetarizado, valorizado em sua expressão de “venda” de um conhecimento arduamente adquirido (em universidades pagas, bem pagas) a ser devidamente reconhecido em seu conteúdo profissional. A mercantilização da medicina acompanhou o nascimento dos grandes sistemas públicos na forma de *Welfare State* (Estado de Bem-estar Social). A transformação do cuidado médico em ação massiva, socializada, interferiu no ganho liberal tradicional, pelos custos imensos, daí os planos e associações, pecúlios de toda espécie. Além disso, existe a pressão do setor privado sobre o setor público de saúde, no sentido de aumentar a contratação de serviços privados para o atendimento do SUS e os interesses políticos partidários que utilizam-se do assistencialismo e do clientelismo para a garantia de votos.

Nos discursos aparece uma variedade de termos, dando nome ao processo de implementação da regionalização da saúde na região, em sua maioria com significados de lentidão e ineficiência:

“Eu acho que os municípios, a gente deveria conversar mais, eu acho que nisso a coordenadoria de saúde deixa a desejar, na avaliação, fiscalizar mais essas ações. A gente deveria rever isso, pelo menos a cada ano para poder melhorar e não deixar se perder muito” (E15);

“Na regionalização se avançou muito pouco, devido a **falta de efetivação**, de fazer valer o que se decide, o que se acorda. Espero que isso melhore muito para os próximos anos” (E 08).;

“Para a regionalização acontecer eu acho que teria que ter alguém bom de briga e, que tivesse ali! Olha, água mole em pedra dura tanto bate até que fura! **Alguém carudo mesmo**, com boa visão e que bancasse esse trabalho, amparado pelos outros do controle social, para poder exigir do Estado, da Coordenadoria” (E 09).

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 expressão “alguém carudo mesmo” pode estar dando uma conotação de necessidade de uma centralização decisória, para não dizer autoritária, sugerindo uma postura de subalternidade frente a um processo em que não se percebe como protagonista (necessitando de alguém que o conduza). O problema que se coloca é do tipo: sob que

autoridade, com que concepção, estratégia ou modelo hierárquico deseja-se estar submetido? Acontece que os vários “desejantes” de postura semelhante podem não sintonizar quanto às idéias centrais, os critérios de racionalização, alocação, fluxos administrativos, distribuição de recursos, etc.

A maioria dos gestores considera a regionalização como algo importante para a região, porém vêm, além da lentidão no processo, o acarretamento de prejuízos, em decorrência de dificuldades na interação entre os diferentes entes federados, principalmente Estado e Municípios:

“as coisas são muito demoradas e isso nos traz grandes problemas, esse processo deveria andar mais rápido, maior agilidade entre as instâncias de governo” (E 1);

“A gente vê uma falta também de comunicação entre Estado e municípios, eu acho que de regionalização, o que está realmente sendo implementado é a alta complexidade, a hemodiálise e a oncologia. **Nós estamos** conseguindo manter o fluxo praticamente cem por cento regionalizado” (E 04).

Fica evidente nos discursos a percepção de uma frágil integração entre o Estado e Municípios, e a falta de clareza sobre as atribuições de cada uma dessas esferas no processo, possibilitando, dessa forma, uma lacuna de indefinição e descompromissos, que podem estar sustentando a livre movimentação de interesses contraditórios quanto à política pública de saúde.

Esse “nós estamos mantendo fluxo regionalizado”, transmite um sentido de que é algo construído na região, porém, sabe-se que são serviços contemplados com verbas específicas do Ministério da Saúde, e cabe aos municípios apenas organizar as demandas e a produção das ações.

“Em 2001-2002 se falava muito em regionalização, agora também em relação a radioterapia, a alta complexidade, isso sim eu acho que está andando, as outras coisas estão muito devagar ainda... eu acho que deveria ter mais ação, a gente tá mandando muitos atendimentos para fora, nós estamos mandando para Porto Alegre praticamente quase tudo, **meu Deus do Céu!**” (E 09).

Esta expressão metafórica e os gestos desta gestora ao se pronunciar emitiram sinais de desespero em relação à baixa resolutividade de ações de saúde em seu município e a inexistência de serviços de referência em municípios mais próximos. Ao analisar o discurso essas questões de deslize, efeitos metafóricos dos enunciados, constitui os sentidos através do simbólico expresso pelos sujeitos; pois a qualidade discursiva do sujeito e do sentido faz parte do dispositivo do analista (ORLANDI, 1996).

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 e 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 idéia 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. A existência e a funcionalidade do Centro Regional de Referência em Saúde do Trabalhador em Santa Cruz do Sul é pouco lembrada e quando citado, não é dada a mesma ênfase ou o mesmo valor atribuído aos demais serviços de alta complexidade. Esse tema aparece nas pautas, discussões e condutas do Conselho Regional de Saúde com certa frequência, entretanto, nos discursos essa abordagem quase não aparece, e quando aparece é de forma muito vaga.

Os usuários dos serviços de saúde, na sua grande maioria, não percebem o processo de regionalização. Ao serem interrogados, se já ouviram falar sobre o mesmo, dos 15

entrevistados apenas um respondeu que já havia ouvido falar. Esse que respondeu positivamente participa da Associação dos Moradores de um bairro; em seu discurso é expressiva a idéia de que as “decisões sobre saúde são muito pouco divulgadas” e “alguma coisa” tem ouvido pelo rádio e televisão. Outros alegaram sentir necessidades de informação, como pode-se perceber nas falas de usuários das unidades básicas de saúde: “sobre o funcionamento da saúde sei muito pouco”; “a gente fica sabendo muito pouco sobre os serviços”; e dos usuários dos hospitais: “coisas sobre a saúde é muito pouco divulgada”, “Quem procurar nas urgências?”; “onde encontrar um serviço que resolva os problemas da gente”. Apenas dois usuários dos hospitais responderam não sentir necessidades de informação. Um desses argumentou: “quando preciso venho para o hospital e eles resolvem”.

Fica evidente a falta de informação dos usuários entrevistados, podendo ser atribuída essa situação à escassez de divulgação sobre a política de saúde, as discussões e decisões tomadas e o funcionamento do sistema de saúde pelos meios de comunicação, assim como o pouco interesse por parte da população sobre a saúde pública. Atitudes como essas podem representar diferentes sentidos, efeitos de ações clientelistas e assistencialistas, e/ou carências na auto-estima, por aceitar que os outros resolvam por mim, concordando passivamente com o que for ofertado, e também pelo entendimento do sistema como gratuito, um favor aos pobres e não como um direito de todos. Uma investigação mais apropriada sobre esse tema poderá revelar os motivos que levam a tais condutas, o que não é objetivo desta pesquisa.

6.2 A importância da regionalização para os atores envolvidos e pesquisados

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: “Eu acho que os prefeitos também deveriam se unir para isso, tentando trazer essas soluções de saúde para mais perto dos municípios” (E 6).

“A regionalização da saúde é importante e indispensável porque vai facilitar o trabalho da Secretaria de Saúde, vai dar qualidade de vida aos munícipes que precisam ser transportados, e também encurta os gastos. Essa é uma facilitação, eu acho que tem vantagens para todo mundo, é vantagem pro município, pro Estado, pra todo mundo”. (E 9)

Em manifestações como a deste técnico administrativo (da comissão gestora estadual) essa tentativa de regionalização aparece como importante porque possibilita a formalização do fluxo que já existia antes (pactuação realizada em 2001),

“fazendo com que os municípios tenham acesso e saibam o que eles têm direito de acessar no município que é de referência⁴⁸, como é o caso de Santa Cruz do Sul e o que prevê a NOAS, no repasse de recursos para o município que recebe as demandas dos demais, facilitando o acesso dos outros”. (E 13)

Para os gestores é uma organização que se faz necessária:

“para garantir um acesso maior à saúde, hoje já se tem avanço nesse sentido, mas ainda se vê em muitos municípios pequenos, a atenção básica sendo procurada na sede regional. [...] A partir daí cada um vai assumindo seu papel tanto de atenção básica como de referência [...], hoje nós encaminhamos mesmo sendo município sede regional cerca de trinta pessoas a grandes centros, como Porto Alegre basicamente” (E 4).

Questões sobre serviços regionais são bastante enfocadas, alguns gestores apontam principalmente serviços de urgência-emergência em traumatologia, considerando como resolutivo para essa deficiência a implantação de um hospital regional. O hospital Santa Cruz (Santa Cruz do Sul) é referenciado como hospital regional para internações, porém foram apontadas algumas necessidades de investimentos, tais como o aumento de leitos para atendimento às gestantes de alto-risco e terapia intensiva, principalmente neonatologia que tem apresentado dificuldades no atendimento às demandas da região para esta área.

⁴⁸ Conforme documentos da 13ª Coordenadoria Regional de Saúde, em 2001 foi desenvolvido um estudo sobre a situação de cada município pertencente a esta Coordenadoria: ações desenvolvidas, necessidades de investimentos e as demandas para referência regional. Essas questões foram discutidas em reunião da Coordenadoria com os gestores municipais e elaborada uma proposta de microrregionalização. Nessa época também foram negociadas e pactuadas algumas ações e serviços como: Santa Cruz do Sul referência regional para gestão de alto risco, hospitalização.

Nos discursos da comissão gestora (gestores e técnicos administrativos) da microrregião de Venâncio Aires a regionalização aparece como importante dado sua contribuição para estruturar melhor os serviços, pactuar com os municípios vizinhos e inclusive como um grande passo em direção à Gestão Plena.

“Venâncio Aires, com os demais municípios da microrregião, fez um convênio com o Hospital São Sebastião Mártir para o atendimento de urgência-emergência, e conseguimos com isso reduzir bastante a pedida do hospital em termos de valor, porque ali eles viram que tinha quatro municípios sentados para discutir. Hoje nós financiamos esse plantão com todas as especialidades, exceto a traumatologia que não quis participar. Num modelo de atendimento assim dá tranquilidade para todos, mas depois de termos sentados juntos e cada município dizer o quanto podia, e nós todos dizermos tanto nós podemos, e essa é a nossa oferta aos prestadores, com isso conseguimos diminuir o valor. Foi bom para o hospital e está sendo bom para os municípios. Então, eu acho que isso é uma microrregionalização que aconteceu aqui e que precisaria acontecer a nível muito maior, em toda a região” (E. 05).

“Essa pactuação eu vejo assim que foi bem importante para o crescimento do município, ele se tornar microrregional, foi muito importante para facilitar o acesso do paciente e um grande passo pra gente ir para a gestão plena” (E. 15)

Esse processo de pactuação é evidente nessa microrregião, inclusive destacado como algo que deu certo, e que deveria ser extensivo a toda a região, considerando as condições dos municípios que compõem a mesma:

“Eu entendo que é de fundamental importância a regionalização para os nossos municípios, na sua maioria são municípios pequenos com baixa população e carentes de recursos não só financeiros, mas sobretudo humanos que possam trazer respostas às necessidades de saúde da comunidade e de forma generalizada” (E. 03).

Na microrregião de Santa Cruz do Sul não está clara essa negociação para a resolução das questões de saúde dos municípios, aparecendo nos discursos uma realidade diferente da anterior. É bastante enfatizada a necessidade de cada município se organizar para atender seus municípios dentro de suas responsabilidades e Santa Cruz do Sul ser referência em média e alta complexidade para a região, uma vez que sua condição é diferenciada em relação aos demais municípios, estar em gestão plena e ser considerado pólo regional.

Nessas duas realidades microrregionais encontram-se diferenciais significativos, como por exemplo: o município de Santa Cruz do Sul aderiu à Gestão Plena do Sistema Municipal desde 1998 e a caminhada de busca por esse tipo de gestão se desenvolveu de forma rápida, e

um tanto solitária, uma vez que foi pouco percebida a participação de outros municípios nas negociações e tomadas de decisão. Esse município, na época, já oferecia alguns serviços como referência de atendimento à região, porém, parece que os mesmos contaram muito pouco na configuração da série histórica, que foi utilizada como parâmetro de cálculo para repasses de recursos financeiros dos demais entes federados (União e Estado) ao Fundo Municipal de Saúde. Já o município de Venâncio Aires desenvolveu um movimento de pactuação com os demais municípios da sua microrregião para organização dos fluxos e referência dos atendimentos à saúde e contou com essa dinâmica como estratégia de encaminhamento para habilitação à Gestão Plena, no ano de 2004.

Na primeira experiência, em que o município está em gestão plena há mais tempo e é considerado pelos demais como pólo regional, pode-se identificar uma falta de sintonia dos interesses. Ao mesmo tempo em que os municípios vizinhos reclamam a necessidade de atendimento em Santa Cruz do Sul pelas condições e recursos que poderiam favorecer a resolutividade nos atendimentos, representantes desse município apontam as dificuldades pelo excesso de demanda, à medida que alguns munícipes vizinhos vêm buscar serviços de atenção básica – que devem ser oferecidos em seus municípios de origem.

“Cada município sabe das suas necessidades e os municípios também sabem o que é disponibilizado no município sede, pólo. O que deveria ter havido seria um compromisso maior do município pólo de referência, no sentido de fazer valer o que está sendo pactuado, na verdade não se tem ainda uma pactuação, se tem um trabalho de pactuação em si e não ocorre isso!” (E. 08).

“A gestão plena eu acho que é uma coisa boa, só que enquanto não houver uma organização de cada município para atender os seus compromissos não funciona a regionalização, pode dividir o mapa quantas vezes quiser que não vai funcionar. É cômodo, muito cômodo e fica assim, não fazem nada. As pessoas já vêm prontas com endereço de alguém de Santa Cruz, um familiar, um amigo e tu vai acabar atendendo porque tu não vai discutir a Constituição diz que o SUS é um direito de todos, então a gente acaba atendendo não manda embora e isso acarreta prejuízos para os nossos munícipes, porque eu acho que se fosse bem organizado tudo, as coisas teriam para todos e assim não, nessa confusão aí fica difícil” (E. 14).

“Já existe uma pactuação, a gente vem conversando há vários anos. Teve um momento em que a gente engrenou que foi em 2001, que iniciamos só que atualmente está meio parado, a gente não tem feito mais reuniões, a gente não está nem sabendo como está a situação com os outros municípios, a gente sabe só de nós que estamos referenciando nesse momento à Venâncio Aires, mas a gente não tem esse retorno dos outros, se está funcionando esses encaminhamentos ou não” (E. 17).

Pode-se perceber um certo distanciamento dos objetivos mais relevantes da regionalização, que são a integração e a cooperação entre os entes federados, bem como uma indefinição de papéis, fazendo com que uns esperem pelos outros, ou até mesmo transfiram as responsabilidades e não respondam pelas suas próprias deficiências, apontando-as nos demais. Um dos gestores entende a regionalização como

“um processo político e quando depende de determinações políticas, não só técnica, ou que envolve interesses financeiros é complicado, eu acho que ele anda devagar” (E.03).

Nessa colocação, há uma identificação dos diferentes interesses em jogo, transparecendo assim uma compreensão mais ampla desse processo.

“Na regionalização ações institucionais falta muito, os municípios se unirem para usar os mesmos serviços de uma forma mais regional. O que mais existe são encaminhamentos para municípios mais desenvolvidos, mas a nível regional falta incrementar a união dos municípios, das Secretarias de Saúde terem os mesmos interesses de até diminuir custos, isso ainda falta muito, o comprometimento de todos para que a coisa aconteça de fato” (E.22).

Este representante de usuários no Conselho Regional também identifica a falta de união e comprometimento entre os entes envolvidos em decorrência do conflito de interesses e da falta de comunicação e informação, sendo estes fatores apontados por diversos sujeitos pesquisados. A falta de informação é apontada tanto nos discursos de conselheiros como de gestores:

“A regionalização é uma das propostas que eu acho que é muito pouco desenvolvida, ou até estudada e abordada nos conselhos. Se ouve muito falar que os conselhos não funcionam, que os municipais são dominados pela própria... pelo município, pelo prefeito, prefeito e área da saúde, eles tentam meio que sempre estrangular aquele que quer realmente propor alguma coisa” (E.26).

“Ainda falta informações para os conselheiros, isso é muito difícil para uma pessoa que não tem experiência entender. Os conselheiros devem conhecer melhor quais são os benefícios e aprovar ou não, mas não emperrar o processo”(E.01).

Ao revisitar os discursos dos diferentes sujeitos pesquisados, verifica-se o reconhecimento quanto a importância da regionalização, ao entendê-la como uma estratégia em busca de resolutividade para as questões de saúde, administração dos recursos tecnológicos e financeiros. Porém, ao mesmo tempo, esses identificam as dificuldades

presentes no processo de sua implementação, das quais destaca-se, por terem aparecido reiteradas vezes nos discursos de atores de diferentes segmentos: falta de informação e comunicação, conflito de interesses, diferentes posicionamentos quanto à política de regionalização, dificuldade de integração e cooperação entre os municípios da região e os entes federados (Municípios, Estado e União).

Complementando as análises desenvolvidas nessa categoria, fez-se necessário, durante esse estudo, um olhar sobre a participação e o compromisso dos atores envolvidos no processo de modelagem da regionalização, à medida que entende-se ambos diretamente relacionados à importância conferida a esse processo.

6.3 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 os treze municípios pertencentes à 13ª CRS-RS com seus representantes (comissão gestora, conselheiros municipais e regionais de saúde, profissionais da saúde, prestadores de serviços e

usuários). Portanto a comunicação e divulgação intra e interinstitucional são fatores destacados:

“[...] a gente vê também uma falta de comunicação entre o estado e municípios; eu acho que é uma oportunidade, um momento importante para se discutir na CIB Regional a posição dos gestores e até ver o que está acontecendo a nível central, o que Porto Alegre está decidindo na CIB Estadual” (E. 04).

As regras, as novidades em termos de portarias, diretrizes ministeriais, por si só não garantem a implementação das políticas públicas. Neste sentido, Guy Peters (2003) problematiza 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 (p. 53). 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. Essa situação pode ser observada em algumas falas, como, por exemplo, desse gestor:

“a sociedade ela exige mas não participa, não vai atrás, ela não quer saber, quer ser atendida, como tem que proceder para esse serviço estar a disposição não interessa. O conselho, pelo menos o do meu município que eu tenho experiência, ele só vai lá, a gente apresenta o que tem para apresentar, eles aprovam, às vezes um ou dois questionam e os outros só dizem sim, eles não são atuantes, não tem consciência do seu papel” (E.02).

Essas condições não são apresentadas como realidade de todos os municípios, em alguns a participação é destacada:

“Quanto à mobilização da sociedade, Santa Cruz é privilegiada, o nosso conselho ele está amadurecendo bastante, ele participa, eu acho que ajudou bastante a formação das comissões [...], tem sido bem atuante, eu acho que tem uma presença boa e tem auxiliado” (E. 04).

Em outros, a não atuação é justificada pela falta de informação:

“Em relação à regionalização da saúde eu acho que os conselhos não estão atentos, talvez o de Santa Cruz seja o único que está mais informado, os demais eu acho que nem têm conhecimentos. No Regional têm alguns questionamentos sobre esse tema,

até porque as pessoas que compõe ele têm uma outra visão, um conhecimento” (E.13).

“O nosso conselho aqui, ele não exige um pouco pela falta de informação e por isso joga a responsabilidade para o regional. O regional tem tentado, se teve avanços, mas está muito devagar. Eu acho que o regional, talvez tivesse que bancar mais, brigar mais, já que o Delegado está muito atrelado ao Secretário do Estado, aí não tem dinheiro, daí ele vai justificando, é porque não tem dinheiro, é porque o dinheiro fica em Porto Alegre, é muita desculpa [...], que é normal, quem está no governo está por dentro dos problemas e limitações, então fica contornando” (E.09).

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 nosso problema todo que envolve saúde são recursos, o que é, que é? Fazem convênio com o município, aonde é que acontece as coisas? Na União?, no Estado? Não, acontecem no município, repassam todas as atribuições através de acordos, convênios, compromissos só que se esquecem de uma coisa, a população fica sabendo disso e quer, e precisa e necessita do atendimento, e é esse atendimento caríssimo, nós precisamos de recursos, então estoura tudo no município, se eu não tiver recursos repassado do Estado, como não estou tendo [...] Então, onde é a parte que está sofrendo mais com essa regionalização? É o município, esse é o grande problema. No papel, no documento é muito bonito, o compromisso é muito bonito, só que depois não cumprido o compromisso por causa de outras entidades, do governo federal e do estado, fica aqui no município, e aqui eles querem que a gente atenda tudo, eles sabem onde mora a secretária, o prefeito, os coordenadores da saúde e exigem, querem atendimento” (E.19).

O não cumprimento dos compromissos financeiros por parte do Estado e da União acarreta transtornos e causa insegurança aos municípios.

“Os municípios, na minha opinião, eles tem muitas vezes tem dificuldade de acreditar nesses tipos de projetos que são regionalizados, onde cada gestor tem que entrar com a sua parte na contribuição para montar a política” (E.25).

Em relação à atuação do Estado, aparece nos discursos abordada de diversas maneiras, muitas destas pautadas na coordenação da implementação da regionalização da saúde, na falta de regulação e no não cumprimento dos compromissos financeiros, de repasses de recursos aos municípios:

“Eu acho que tem que ter mais ação por parte do Estado” (E.08).

“Tem que ter uma certa organização para poder continuar, ter resultados, uma normatização, uma regulação [...]. Há uma falta de coordenação disso, em trazer essa regionalização para mais perto” (E.06).

“A esfera federal, eu vejo a participação, praticamente, na questão de repasse de valores, não vejo outra participação efetiva. Na esfera estadual eu notei que no governo anterior havia uma participação mais efetiva, em termos de participação das pessoas, como em repasse de recursos financeiros [...]. E a sociedade, ela tem uma participação nos Conselhos de Saúde, mas ainda está aquém do que poderia ser; tem a representação dos sindicatos, associação dos bairros, mas a grande parte da população não sabe o que está acontecendo” (E.24).

“ Por que nunca sai do papel? Uma porque tem que ser uma coisa mais decisiva do governo Estadual que tem que bater um pouco mais em cima dessa obrigatoriedade” (E.04).

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.

“Acredito que um dos pontos que deveria ser reforçado seria o andamento na própria Coordenadoria, os representantes do governo estadual [...], acredito que poderia haver um interesse maior para esclarecer aos municípios e até mesmo questionar, por quê? Ver como está sendo essa regionalização, como estão vendo. E também resolver outros assuntos que estão pendentes. Estão em pauta em várias reuniões, até próprio de gestores, enfim como a traumatologia que é algo problemático para vários, quase que a totalidade dos municípios da regional, e não esta se vendo caminhos, não está tendo alternativas” (E.17).

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:

“Falta planejamento, principalmente hoje, a nível regional na Coordenadoria, não é pensada a região de forma planejada a médio e longo prazo. O atendimento é sempre a demanda [...] a medida que a gente não der um basta nisso, e planejar os próximos passos, o que a região precisa para se desenvolver, para poder atender com qualidade, com acesso, cumprir o que o SUS preconiza, isso não vai acontecer. Há um certo receio de planejar e não ter o poder de colocar em prática, porque não tem o poder na mão, garantias de recursos, como tu vai negociar isso, eu acho que isso é um fator muito importante, mas a medida que tu planejar, tu também vai pensar como eu vou me garantir de recursos. [...] e claro, unindo forças, porque não adianta planejar internamente, achando que eu sou o único que planejo e não pensar nos demais atores que se envolvem nisso. Serviços, comunidade, devem estar envolvidas todas as esferas” (E.16).

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.

No 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 (Ibdem, p.470). 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 (ARRTECHE, 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. Essa questão pode ser observada nos discursos, principalmente dos gestores de pequenos municípios:

“Cada um procura resolver à sua maneira [...]” (E 15).

“Quanto à interação entre as diferentes esferas de governo, um empurra pro outro né, então eles falam que a gente é pra resolver muita coisa no município, mas a gente também não tem tudo né [...] Fica muito difícil para o município pequeno resolver tudo no local, por isso a gente precisa da regionalização” (E. 06).

“O que deve ser feito, é realmente buscar um esforço através de interação entre... por exemplo, no nosso caso, a 13ª CRS, né, de fazer acontecer... É público, é notório, onde não há fiscalização, onde não há acompanhamento as coisas não acontecem (E. 26).

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

“A sociedade ainda não viu, não enxergou a importância da sua participação no processo. Me parece ainda omissa, ela quer o serviço, agora discutir como é que tem que se conseguir aquele serviço, a gente não tem visto, só se vê essa questão quando há necessidade, a sua demanda pessoal não é atendida, aí é reclamação”(E.23).

“O desenho de regionalização, pelo que eu ouço já começou desde 1998, não sei se tu viu o livrinho tem uns mapinhas, com as divisões, depois dividiram de novo, eu até sou bem franca, eu olhava meio por cima assim, eu não tava muito ligada nessa parte aí ... (E.14).

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 consequência, maior tende a ser o escopo da descentralização” (ARRETCHE, 2003, p. 288).

“No papel tá ali as responsabilidades de cada esfera de governo, né, as tuas responsabilidades. Eu acho que se isso for atendido na íntegra, pode ser muito bem estruturado, mas seria aquela coisa, né, se cada um atender suas responsabilidades em todos os sentidos como tá determinado, funcionaria muito bem” (E.15).

“Eu acho que as pessoas não estão ainda suficientemente comprometidas ou convictas de que esse processo seja uma realidade positiva para nossa região [...] é um pouco de acomodação porque enquanto dá para mandar para Porto Alegre né, por que vamos criar consórcios? Muitas pessoas ainda não se acordaram pra isso, bem ou mal, por interesse, ou até por inocência, não sei, eu acho que existe uma falta de conscientização, comprometimento e determinação para que isso realmente ocorra” (E. 3).

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). Essa dinâmica aparece nos discursos:

“Lamento apenas que o processo da real instalação da regionalização está muito lento. O processo de regionalização iniciou no governo anterior, onde havia muitas discussões e a relação entre os sujeitos envolvidos (estado, município, secretarias, conselhos...) onde os municípios de pequeno porte tenham suas realidades avaliadas e consideradas. Entendo que a descentralização das ações em serviços de saúde jamais pode estar desvinculada da realidade local” (E.11).

“As relações entre gestores, coordenadoria eu acho que elas são boas, com alguns problemas...Quando a gente fez a programação, se reuniu todos os municípios, e eles

compareceram, foi negociado com eles. A pactuação aconteceu em 98, foi bem no período de mudança de governo do Estado, aí aquilo não foi aplicado nada, foi engavetado⁴⁹. Em 2001 recomeçou de novo, a gente novamente fez toda a busca e em 2003 houve uma repactuação por microrregião (Venâncio e Santa Cruz do Sul) em separado e depois ocorreu uma única reunião na Coordenadoria com todos, porque Santa Cruz acaba sendo referência para as duas microrregiões” (E.13).

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.

“Na minha experiência o nível estadual nos últimos anos, vem decrescendo sua participação, vamos dizer assim, a interação deste com os municípios, do governo anterior para esse governo. Eu senti isso, não sei se porque antes a coordenadoria tinha uma ingerência maior, não uma ingerência, se interessava mais! em participar, hoje eu vejo a Coordenadoria apática, eu vejo ela distante dos municípios, quem tinha poder decisório não tem mais, quem tinha conhecimento ficou quieto, sabe? Então a coordenadoria tá assim, me parece, como um ente muito político, só! Só para aparar questões [...] Antes nós tínhamos uma coordenadoria muito mais atuante que era representante do nível estadual na região. [...] Eu não vejo o Estado e as coordenadorias apoiando, estruturando e criando, agregando os municípios para que surja alguma coisa em termos de regionalização, eu não vejo isso acontecer. Não se percebe regulação, coordenação, antes era maior, agora diminuiu” (E. 05).

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

⁴⁹ 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 focado 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.

6.4 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 localizamos 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). Técnico-administrativo e gestores apontam essa problemática:

“As questões de interesse micro e até pessoais são priorizadas, a gente vê muitas vezes aquela velha discussão: eu me preocupo com o meu usuário, com o meu município e olha lá! [...] eu acho que isso é muito essa cultura de que eu tenho obrigação só com o que é meu, que está dentro do meu limite, **dentro do meu território**, o que esta fora não faz parte da minha responsabilidade. [...] Isso acaba dificultando a confiança entre os pares de sentar junto, negociar, de trocar coisas que poderiam ser potencialidades de uns e deficiências de outros. Então isso tudo é ainda, **olhar para o seu próprio umbigo, pensar localmente nos seus quatro anos de governo e não pensar a longo prazo...**”(E.16).

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.

“Muitas vezes é difícil resolver essas negociações com os profissionais médicos, mesmo pagando ainda às vezes a gente não consegue. Outras vezes, quando falando que a gente quer pagar aí se resolve, tem um diferencial, se é SUS, não. A gente esperava que pelo menos em algumas especialidades ia se resolver, em traumatologia por exemplo que se tem tanta necessidade [...] é difícil, a gente enfrenta, não tem profissionais disponíveis, com interesse em resolver esses casos, é um grande problema” (E.06).

“Talvez também haja uns contra-interesses, talvez tenha gente que está faturando com isso, né, particular, não teria interesse que isso aconteça. Esses interesses econômicos de alguns profissionais que fazem um cartel fechado, principalmente traumatologia, eu acho que dificultam” (E.09).

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:

“A gente sabe o quanto é difícil aos nossos gestores dar conta principalmente dos aspectos normativos e de legislação nova, eles levam muito tempo para poder deglutir e colocar em prática isso [...] é uma coisa que precisava ser melhor trabalhada com todos os municípios [...] eu acho que isso é uma falha que deveria ser melhorada, pensada nesse aspecto de informação. Essa falha é de todos os níveis, eu acho que é principalmente de quem propôs, de quem desenhou, de quem montou a norma, acho que pensou, mas muito dentro do gabinete, acho que a coisa tem que ser bem e amplamente discutida. [...] eu acho que quando se pensou essa NOAS faltou muita discussão, faltou a universalização da discussão, isso ficou muito dentro de gabinetes, dentro de níveis centrais, acho que isso faltou ser melhor distribuído, acho que foi uma falha e está gerando entraves” (E. 16).

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. Essa centralização das informações é focalizada pelo gestor:

“Uma coisa que eu estranhei muito, como eu trabalhava em outras áreas, é como é difícil de se conseguir uma boa orientação técnica na área da saúde. São muitas portarias, muitas leis, todas esparsas, poucas pessoas aptas a fornecer informação, tanto a nível federal, quanto estadual, não se encontra a pessoa certa, fica muitas vezes bastante prejudicado o andamento, muitas vezes por insegurança do gestor se está fazendo a coisa certa ou não” (E. 04).

Nessa situação é relevante destacar que se trata de um gestor à procura da pessoa certa, alguém que tenha este conhecimento, e que possa transmitir, de forma coerente com as suas necessidades, orientações que lhe dêem garantia 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. Essa situação também pode ser identificada em abordagens relacionadas ao poder:

“Quanto às ações, na verdade isso para mim é ainda muito pouco desenvolvido, principalmente em termos da Secretaria de Saúde, eu acho que ainda se faz poucas ações em nível regional, muitas ações são feitas em Porto Alegre, negociações que poderiam, deveriam ser feitas na região, muitas vezes não são feitas, até porque o nível regional não tem autonomia, nem segurança para negociar determinadas coisas, determinados valores, referências e aí acaba sendo puxado para Porto Alegre, nível central [...] fica muito a nível de Secretaria Estadual, coisas que poderiam ser discutidas e resolvidas aqui. [...] Fica claro que quem guarda o recurso é que tem maior poder, quem consegue decidir com maior facilidade...” (E.16).

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).

“Nosso município faz alguma coisa com recursos próprios, mas deixamos de fazer também por causa do não cumprimento dos compromissos do estado” (E.09).

Na região as marcas do poder de mercado são bastante expressivas, daí que a posse de recursos econômicos torna-se um elemento importante nas negociações, barganha e tomada de decisão na organização dos serviços para atendimento à região. Nessas condições, onde o mercado diz muito, dita as regras, e as organizações envolvidas possuem condições financeiras muito diversas, perpetuam-se as desigualdades que o SUS em sua proposta original pretendia combater no momento em que preconizou um sistema redistributivo, visando a redução das desigualdades intra e inter-regionais. Na região estudada, o município de Santa Cruz do Sul, quanto à situação econômica-financeira, de arrecadação e aplicação de recursos na área da saúde, encontra-se numa posição privilegiada em relação aos demais municípios dessa região, pois desde o ano de 2001 vem aplicando recursos próprios (receita

líquida proveniente de impostos) em percentuais superiores aos estipulados pela EC 29 e Resolução 322/CNS que são de 15% para os municípios⁵⁰.

Essa posição diferenciada possibilita a esse município buscar no mercado o atendimento de várias demandas de assistência à saúde, principalmente consultas médicas e exames especializados, de caráter curativo. Um exemplo disso são os valores de complementação da tabela do SUS para as consultas médicas e procedimentos especializados, que esse município vem efetuando, e que outros municípios alegam não conseguir fazer:

“Os recursos financeiros ainda são escassos, ajudam, mas estão longe de atender as demandas. É pouco, se tu tem mais recursos, tu ainda pode comprar serviços. Os municípios tem que investir 15% da arrecadação na saúde, mas o que é isso num município de três mil habitantes e que a maioria vive da agricultura?” (E.01).

“Hoje a média complexidade é ainda uma dificuldade bastante grande, e se deve, principalmente eu acredito aos valores da tabela SUS e não termos uma demanda representativa nessas sedes de interior, os profissionais não buscam seu credenciamento no SUS, então só com complementação realmente. [...] Como o município vem complementando para os seus municípios, isso afugenta os demais da regional, que preferem não dar o acesso, ou garantir só em Porto Alegre buscando fugir da complementação financeira com recursos próprios que muitos não tem condições de arcar com essas despesas. Santa Cruz complementa com recursos próprios todas as médias complexidades, apenas os exames laboratoriais não estão sendo complementados no momento” (E. 04).

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*⁵¹ dos processos de descentralização.

⁵⁰ 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.

⁵¹ 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 hegemonia⁵² 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.

“Já existe uma certa cultura de pagamento por procedimento médico. Os profissionais médicos, eles não estão abertos para negociar, eles querem o preço particular, e quando é oferecido um preço menor eles não se interessam. Por isso eles não apresentam proposta” (E.02).

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.

⁵² Termo utilizado para apontar a posição diferencial, de supremacia, em que a categoria médica é colocada quando a atenção à saúde da população é vista pelo viés curativo.

6.5 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 exige 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 (2004), 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 clientelistas⁵³, 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:

⁵³ Neste caso, entendido como troca de favores políticos, visando votos, reeleição ou ascensão na carreira política.

“A primeira negociação feita entre a Coordenadoria e gestores foi em 98, bem no período de mudança de governo do estado, aí, aquilo não foi aplicado nada, foi engavetado, e em 2001 foi começado tudo de novo” (E.13).

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:

“O município é fiscalizado em cima e as demais esferas de governo não tem **fiscalização**, eles fazem a sua parte, mas não tem quem cobre. E a sociedade, o povo ele aceita muita coisa, sabe, **qualquer coisa assim que melhore ele já se sente satisfeito**. Até os movimentos sociais deveriam trabalhar mais isso aí” (E.15).

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*.⁵⁴

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 aprovar⁵⁵.

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.

⁵⁴ Sem contrapesos, o que lhe permite o controle e a centralidade das decisões.

⁵⁵ Considerações pautadas em resultados da pesquisa “Estudo da configuração do mix público-privado no desenho da política de saúde regional (2004 - 2005)” do Programa de Pós-Graduação em Desenvolvimento Regional da Universidade de Santa Cruz do Sul - UNISC/CNPq coordenada pelo Prof. Dr. Marcos Artemio F. Ferreira e participação das pesquisadoras Leni D. Weigelt, Hildegard H.Pohl e Maria Luiza W. dos Santos Macedo.

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.

Tabela 2 – Recursos federais para custeio da atenção à saúde no SUS, despendidos mensalmente. Brasil – 2000-2004*

	2000	2001	2002	2003	2004
Média e alta complexidade	780.042.160,10	889.718.751,63	927.646.560,39	980.223.521,40	995.554.134,19
Atenção Básica	254.518.065,41	302.008.638,64	332.550.336,92	376.687.592,54	416.762.308,44
Ações estratégicas	197,67	11.259.464,51	50.670.760,55	103.227.523,83	129.935.805,77
Total despendido	1.034.560.423,17	1.202.986.854,78	1.310.867.657,86	1.460.188.637,78	1.542.252.248,39

*Estimativa anual com base nos valores registrados no 1º semestre de 2004.

Fonte: TABNET/SAS/MS. In: TEIXEIRA & SOLLA, 2005, p. 471.

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 – conforme já descrito no capítulo 1, quando descreveu-se o processo de regionalização da saúde no Rio Grande do Sul. 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, sendo o maior valor destinado ao Hospital dos Passos de Rio Pardo (ver Quadro 10).

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. Busca inserir os hospitais nas ações de promoção, prevenção e recuperação da saúde dentro dos sistemas municipais, microrregionais, regionais e macrorregionais, transferindo verbas conforme o cumprimento de metas. No ano de 2004, o valor previsto foi de R\$25.792.564,46, contratado R\$18.028.413,25 e pago R\$17.155.359,78. Já o Programa Região Resolve que tem como proposta oferecer solução aos problemas de saúde na própria região, repassou recursos aos municípios de maneira diversificada, concentrando montantes significativos em alguns municípios, não deixando claro quais os critérios utilizados para essa distribuição às prefeituras e hospitais. O total repassado às prefeituras neste mesmo ano foi de R\$2.251.266,21; e aos hospitais, R\$2.927.976,29. O destino desses pode ser visualizado no quadro abaixo:

Municípios	Prefeituras	Hospitais
Candelária	189.552,70	746.465,49
Gramado Xavier	30.555,86	
Herveiras	43.167,66	
Mato Leitão	70.567,34	
Pantano Grande	36.262,72	
Passo do Sobrado	159.070,80	
Rio Pardo	963.592,35	1.070.495,96
Santa Cruz do Sul	459.613,31	309.387,83*
Sinimbu	28.654,13	157.125,03
Vale do Sol	65.442,68	182.549,16
Vale Verde	38.817,58	
Venâncio Aires	130.417,18	89.847,38
Vera Cruz	35.551,90	372.105,44
TOTAL	2.251.266,21	2.927.976,29

Quadro 10 – Repasse Financeiro do Fundo Estadual aos municípios 2004

Fonte: Fundo Estadual de Saúde, emitido em 03/01/2005, com dados atualizados até 31/12/2004 (13ª CRS).

Quanto ao que se refere ao Hospital dos Passos – Rio Pardo, consta que tal valor se destina à ampliação do atendimento SUS, visando à organização da regionalização da saúde. No entanto, foi comentado no Conselho Regional que esse hospital encontrava-se em dificuldades financeiras. Além desse valor, um outro repasse de R\$90.386,40 foi realizado, sendo o mesmo relativo à consulta popular para atendimento de especialidades, através de compra de serviços. É diante disso que os critérios são questionados, uma vez que, se era para regionalização, deveria ter sido discutido no Conselho Regional de Saúde. Em busca de respostas a esse questionamento, sugere-se como relevante atentar para o período de tal transação – correspondente ao período pré-eleitoral, bem como as relações partidárias entre governos estadual e municipais.

Do ponto de vista institucional, cabe destacar que parte da dependência pode ser atribuída às condições gerenciais, técnicas e operativas, desafios presentes tanto nos municípios quanto nas secretarias estaduais de saúde, bem como o legado de posturas centralizadoras que por muito tempo ditaram as condutas e os procedimentos a serem desenvolvidos na área da saúde. Para alguns destes entes, se faz necessário rever sua missão, suas funções e competências em relação à gestão e a organização do sistema, buscar qualificação para cooperação técnica (TEIXEIRA & SOLLA, 2005, p. 471) entre os demais da micro e regiões do estado.

* Esse valor foi distribuído entre os três hospitais de Santa Cruz do Sul: Santa Cruz, Ana Nery e Monte Alverne.

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.

“Eu acredito que a regionalização da saúde deva partir de um consórcio, em função que os recursos que cada município dispõe individualmente não comportam projeto maior, então deve haver uma solidariedade intermunicipal a nível regional que possa responder às principais necessidades que são comuns em todos os municípios pequenos da região” (E. 03).

“Sobre os tais consórcios que só se falam nas reuniões, mas não chegam a lugar nenhum, acho que até o delegado de saúde não está conseguindo negociar, o problema com a traumatologia é sério e vem de longas datas” (E. 01).

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.

6.6 A dinâmica das arenas decisórias

Na análise desse processo político-social, a partir das arenas decisórias, pode-se destacar algumas categorias consideradas significativas ao olhar os assuntos discutidos, as

decisões e encaminhamentos produzidos no processo de implementação da Regionalização da Saúde no âmbito da 13ª Coordenadoria Regional de Saúde (13ªCRS), e com essa apreciação compreender, lançar suposições e instigar reflexões sobre a dinâmica dessas arenas decisórias. A análise fundamenta-se no neo-institucionalismo, contando como recursos tanto os documentos produzidos, como a observação participante, que fornece subsídios importantes para a descrição contextualizada das discussões levantadas. Para uma visualização mais ampla sobre a dinâmica destas arenas, apresenta-se quadros com os temas e abordagens, sem especificar a Ata e o dia da reunião em que os mesmos ocorreram, por entender que o enfoque principal está na agenda dessas arenas, discussões e encaminhamentos. Estas reuniões, tanto da Comissão Intergestora Bipartite Regional (CIB Reg.), quanto do Conselho Regional de Saúde (CRS) são realizadas no auditório da 13ªCRS/RS, mensalmente, podendo ocorrer extraordinariamente em casos de necessidade.

Inicialmente, as reuniões da CIB Regional haviam sido planejadas para ocorrer posteriormente às reuniões do CRS, possibilitando que os assuntos fossem abordados e discutidos no Conselho e após entrassem em pauta para negociação nessa arena. Atualmente, essa ordem é pouco lembrada, muitos temas surgem nas reuniões da CIB Regional, são discutidos e aprovados, e, após, encaminhados ao Conselho para homologação, invertendo a ordem e desconsiderando as atribuições deste. Essa forma de condução pode estar representando a inoperância do controle social.

6.6.1 Estudo de Atas da Comissão Intergestora Bipartite Regional.

Categorias de análise	Aspectos Abordados	Significados atribuídos	Benefícios e Prejuízos	Interesses: sintonia e divergência	Fatores facilitadores e obstaculizadores	Participação e compromisso na modelagem	Intermediação de interesses
Arenas Decisórias	<p>Definição da Comissão (CIB Reg.).</p> <p>Regimento Interno; Conselheiros Definição de datas e horário das reuniões.</p> <p>•Aprovação do Projeto Cuca Legal para os municípios de Rio Pardo e Candelária.</p> <p>•Dificuldade de agendamento na Central de Marcação de Consultas (Porto Alegre)</p> <p>•Inclusão de Vale Verde na referência microrregional para álcool e drogas (P. Cuca Legal) de Rio Pardo.</p>	Centralização de recursos da saúde		Discussão e aprovação do Regimento Interno	<p>• Lógica de financiamento de projetos direcionado pelas esferas estadual e federal, de acordo com as prioridades definidas no nível central, para serem implementadas regionalmente.</p> <p>•Centralização de recursos da saúde em Porto Alegre e as dificuldades nos agendamentos na Central de Marcação de Consultas.</p>	<p>Nominata dos conselheiros e composição da Secretaria Técnica – SETEX-CIB Reg</p> <p>• Solicitando a descentralização dos serviços de saúde e redistribuição das ofertas destes procedimentos.</p>	<p>Modificação na nominata dos conselheiros.</p> <p>•Conselheiro sugere a representação desta CIB Regional nas reuniões da CIB Estadual</p>
	<p>•AIHs</p> <p>•Dificuldades de obter vagas em UTI na região, necessitando de apelo ao Ministério Público.</p>	Escassez de recursos	<p>•Secretária de Saúde de Santa Cruz solicita reunião com municípios da região: excesso de AIHs encaminhadas ao Hospital Santa Cruz</p> <p>• Com a habilitação do Estado na Gestão Plena do Sistema em outubro de 2003, serão destinados mais 30 mil reais para</p>		<p>•Muitos municípios da Região não enviam autorização de internação para Santa Cruz do Sul.</p> <p>•Queixas de uma Secretaria Municipal de Saúde quanto ao hospital de seu município pelo mesmo não oferecer condições adequadas para o atendimento aos usuários.</p>	<p>•Discussão sobre AIHs, fluxos, quantidades é feita nas reuniões da CIB Regional e são elaboradas pela SETEX as resoluções, para aprovação posterior na CIB Reg.</p> <p>• 13ª CRS faz promessas de</p>	<p>•Levantados os problemas do hospital e solicitada a interferência da 13ªCRS para intermediar decisões e/ou regular e fiscalizar os serviços realizados no mesmo.</p> <p>•A CIB Regional deverá encaminhar solicitações à CIB Estadual, para agilização no credenciamento de mais unidades de terapia intensiva,</p>

Categorias de análise Arenas Decisórias	Aspectos Abordados	Significados atribuídos	Benefícios e Prejuízos	Interesses: sintonia e divergência	Fatores facilitadores e obstaculizadores	Participação e compromisso na modelagem	Intermediação de interesses
	<p>Reunião extraordinária.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Representantes dos hospitais Santa Cruz e Ana Nery fazem exposição sobre internações. • Hospital Santa Cruz apresentou a situação das AIHs não pagas • Credenciamento de alta complexidade para o hospital Santa Cruz • Médicas da 13ª CRS falaram sobre a referência regional para esterilização voluntária, com o objetivo de propor aos municípios desta coordenadoria uma referência na região. • Termo de Cooperação Técnica do CERRST <p>Levantamento de demanda reprimida de cirurgias eletivas</p> <ul style="list-style-type: none"> • AIH's 	<ul style="list-style-type: none"> • Problema sério para quem enfrenta a falta de leitos. Quem não enfrenta isso, ou não se envolve, nem se pronuncia. 	<ul style="list-style-type: none"> • Vera Cruz e Vale Verde destacam que muitas vezes os pacientes consultam em SCS e o médico encaminha para internação nos hospitais deste município, sem que a Secretaria de origem do mesmo tenha conhecimento <p>281 laudos do H.Santa Cruz ficaram sem cobertura de AIHs ainda estão dentro dos seis meses de validade, outras o prazo de validade já está vencido.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Secretária de Saúde de Venâncio Aires reclama que continua tendo dificuldades em conseguir vagas para internação hospitalar de gestantes consideradas de alto risco em Santa Cruz. 	<ul style="list-style-type: none"> • A secretária da saúde de Santa Cruz comenta que, um dos motivos pelos quais não vem conseguindo realizar o pagamento dentro dos seis meses de validade das AIHs é a demora no envio pelos municípios de origem dos pacientes, e muitas vezes enviam todos ao mesmo tempo, inviabilizando o pagamento das mesmas 	<ul style="list-style-type: none"> • Dificuldade de leitos não é exclusividade dos municípios que referenciam para Santa Cruz, uma vez que, o próprio município enfrenta esta mesma dificuldade. • Representante de Vale do Sol alega que os hospitais demoram para enviar os laudos para que as Secretarias liberem as AIHs e muitas vezes os laudos estão incompletos ou ilegíveis. • O município para ser referência regional em esterilização voluntária deverá estar habilitado na Gestão Plena do Sistema Municipal, como Santa Cruz do Sul e Venâncio Aires. 	<ul style="list-style-type: none"> • Casos de menor complexidade não devem ser encaminhados para Santa Cruz, buscar resolução nos hospitais dos próprios municípios. • A delegada regional salienta que já existe a Resolução com todas as orientações sobre o fluxo das internações, sendo necessário apenas que a mesma seja cumprida. • Gestores comentam que para aprovação da alta complexidade em traumatologia-ortopedia, a média complexidade deve estar junto. • Leitura e discussão do termo de cooperação técnica a ser celebrado entre o município sede do Centro Regional de Referência em Saúde do Trabalhador – Santa Cruz do Sul- e cada município desta coordenadoria. 	<ul style="list-style-type: none"> • A partir de junho 2004, com a coordenação da delegada adjunta, as situações e problemas levantados pelos membros da comissão não são apreendidos pela mesma para dar a solução, eles são recolocados por ela ao grupo, para que este pense a melhor solução. • A técnica da Coordenadoria Regional de Saúde (médica) orientou que quando não conseguir leitos na região, deverá ser buscado na macro-região. • Delegada de Saúde é enfática quanto a Resolução nº 03 de 2003, deverá ser cumprida na íntegra pelos hospitais e pelas secretarias municipais de saúde.

Categorias de análise	Aspectos Abordados	Significados atribuídos	Benefícios e Prejuízos	Interesses: sintonia e divergência	Fatores facilitadores e obstaculizadores	Participação e compromisso na modelagem	Intermediação de interesses
Arenas Decisórias							
Reuniões Comissão Bipartite (CIB) Regional - 13ºCRS/R S	<ul style="list-style-type: none"> • Declarações de Incentivo do PACS e PSF dos municípios. • Projeto Brasil Sorridente: possibilidade do município de Santa Cruz do Sul possuir um Centro Especializado de Odontologia com referência regional. • Esterilização voluntária • CADIN • CAPS de Rio Pardo • Pólos de Ensino: Oficina de Imersão Conceitual • Esterilização voluntária • Centro Especializado em Odontologia, Santa Cruz 	<ul style="list-style-type: none"> • Falta de informação gera insegurança • Diferença de condições gera dificuldades na regionalização 	<ul style="list-style-type: none"> • Referência regional para a esterilização voluntária, os municípios têm muitas dúvidas em relação a operacionalização desta referência, principalmente no que se refere a valores. • O que para alguns municípios seria benefício, a outros representa riscos. 	<ul style="list-style-type: none"> • Vários gestores demonstraram interesse no atendimento do centro de odontologia, mas para o município de Santa Cruz traria riscos, portanto não há interesse de implementação no momento. Como os demais municípios não estão em gestão plena não podem assumir. 	<ul style="list-style-type: none"> • O município de Santa Cruz do Sul ficou de fazer uma análise sobre a possibilidade de sediar esse centro, avaliando recursos humanos e custos. • Centro de Atenção Psicossocial Infantil-CAPS de Rio Pardo não será cadastrado enquanto não estiver como prevê a portaria específica. • Esterilização voluntária: o hospital Santa Cruz não tem interesse na prestação deste serviço pela tabela SUS. • Venâncio Aires solicita aumento do teto para hematologia. • Rio Pardo busca resgatar os exames de RX que foram transferido para Santa Cruz do Sul. 	<ul style="list-style-type: none"> • Declarações de Incentivo do PACS e PSF dos municípios de Candelária, Gramado Xavier, Rio Pardo, Santa Cruz do Sul, Vale do Sol, Venâncio Aires e Vera Cruz foram encaminhadas à Bipartite Estadual • Definir as carências e as prioridades em formação em saúde para a região dos Vales. 	<ul style="list-style-type: none"> • Inscrição dos municípios no Cadastro de Inadimplentes (CADIN) causa transtornos aos mesmos. Gestores solicitam auxílio à coordenadoria.

Quadro 11 – Síntese das Atas da Comissão Intergestora Bipartite Regional (CIB Reg.), de julho de 2003 a dezembro de 2004.

Fonte: Elaborado a partir do arquivo de atas das reuniões da CIB Reg., da 13ª CRS.

Nas reuniões da CIB Regional, a Coordenadoria Regional de Saúde busca fazer a mediação nas negociações entre os municípios, levando à aprovação de algumas decisões e

outras são proteladas. Alguns temas são aprovados nessa arena e apresentados ao Conselho Regional de Saúde com certos direcionamentos, perdendo-se espaços de discussão e participação nas tomadas de decisão; dessa forma, leva a um esvaziamento nas funções do Conselho, uma vez que, quando isso ocorre, limita ao mesmo apenas à homologação. Observa-se nessa forma de proceder, de certa maneira, uma inversão na condução da abordagem, que deveria partir do Conselho, com discussão ampla, norteadas pelos interesses da população, e, após, é apresentada à CIB Regional para encaminhamentos (situação percebida e exposta verbalmente em reunião, por um conselheiro da mesa coordenadora deste conselho). Essa lógica acelera o processo decisório, com algumas vantagens. Vantagens essas entendidas a partir do viés de uma cultura assistencialista, que conduz as ações, submetendo à passividade, ao oferecer algumas coisas prontas e com poucas possibilidades de escolha. Quanto às questões éticas e de desenvolvimento do exercício de cidadania que o sistema de saúde preconiza, ela esbarra em algumas limitações ao delinear a aprovação de temas significativos em grupos restritos, possibilitando uma discordância do que é aprovado com as demandas da sociedade.

Seguindo essa mesma abordagem, de centralização das decisões, o financiamento ainda é direcionado pelas esferas estadual e federal, de acordo com as prioridades definidas no nível central, para serem implementadas regionalmente, dificultando inclusive o aproveitamento de verbas, por serem específicas a projetos, nas demandas locais. Além disso, é notório o descontentamento por parte dos municípios da região com a Central de Marcação de Consultas e Procedimentos (Porto Alegre), devido às dificuldades nos agendamentos, e com a centralização de recursos na capital. Frequentemente, essa questão aparece nos foros representativos, na forma de questionamentos direcionados e com a intencionalidade de induzir essa descentralização. O estado, apesar de estimular a descentralização, lida com estruturas bastante antigas e fluxos inadequados que geram lentidão no processo de regionalização.

Outra questão bastante significativa para o processo de regionalização é que não há retorno do assunto com regularidade nas reuniões seguintes, os temas em pauta entram em discussão, mas não têm permanência e seqüência até alcançar uma resolução. A exemplo disso, pode-se citar a questão da assistência nas especialidades que é um tema abordado com

frequência, mas não chega a uma decisão final. Existem demandas dos gestores municipais para descentralizar e dar resolutividade às ações, principalmente traumato-ortopedia, mas não conseguem negociar com os prestadores médicos. Gestores estadual e municipais se unem, mas não ocorrem avanços nessas negociações. Apesar dos problemas gerados por posicionamentos de profissionais (na maioria das vezes médicos especialistas), a falta de uma solução institucional pode ser vista como um terreno fértil, na medida que a não decisão pode ser benéfica, no âmbito dos interesses particulares. Percebe-se que a regionalização não depende apenas das decisões dos gestores e técnicos da instância regional, mas de idéias e atitudes de todos os atores envolvidos, particularmente dos profissionais que p atendimento às demandas de saúde na região.

Procedimentos e consultas em especialidades é uma temática que reincide há vários anos como preocupação, no grupo de gestores, desde quando ele não se constituía enquanto CIB. Poderia-se pressupor que, tendo a oportunidade de poder para tomar decisões no nível regional, os mesmos estariam mais fortalecidos e com soluções mais rápidas, no entanto isso não vem acontecendo. No inter-jogo dos interesses, transparece a fragilidade dos gestores diante de dadas situações, assim como forças corporativas de determinados segmentos, principalmente profissionais com interesses privados. Esse assunto retorna à pauta cada vez que surge desconforto ou insatisfação por parte de algum município. O “problema” emerge no grupo, pressionando um posicionamento da coordenadoria. Esta se apropria da situação e aponta como solução os consórcios. Não fica claro se o interesse do delegado é o mesmo dos gestores municipais, pois na maioria das vezes que é pronunciado o hospital Santa Cruz como possibilidade de referência regional em média e alta complexidade, o delegado enfatiza os consórcios. A Comissão aprovou o encaminhamento do projeto de credenciamento do hospital Santa Cruz para alta complexidade em traumato-ortopedia. Enquanto que a média-complexidade dessa especialidade foi discutida, mas não decidida.

A partir de junho 2004, com a coordenação da delegada adjunta, (afastamento do delegado para concorrer na eleição para prefeito de um município em outra região) as situações e problemas levantados pelos membros da comissão não são apreendidos pela mesma para dar a solução, eles são recolocados por ela ao grupo, para que este pense a melhor solução. Atitude diferenciada em relação ao delegado, porém, essa forma de proceder também

não dá visibilidade do pressuposto de planejamento para a continuidade das ações e efetivação das propostas de solução.

Profissionais médicos (oftalmologistas) participam da reunião desta Comissão para apresentar proposta de atendimento nessa especialidade pela tabela SUS em uma clínica em Candelária. O gestor desse município se pronunciou de maneira interessada, não ocorrendo o mesmo por parte dos demais. Porém, devido ao processo burocrático de credenciamento desses profissionais no SUS, essa iniciativa aponta resolutividade a longo prazo. Quanto às demais especialidades (cardiologia, otorrinolaringologia, neurologia, traumatologia e outras, nos consultórios, clínicas médicas e hospitais, bem como os procedimentos e exames dessas especialidades) o município de Santa Cruz faz complementação dos valores da tabela SUS, os gestores alegam que as complementações se tornam pesadas nos orçamentos dos municípios e muitos não possuem recursos. Reconhecem que este precedente em um município considerado referência para a região causa transtornos aos demais, porém não conseguem indicar saídas para esse problema.

Outra situação considerada problema, se refere às Autorizações das Internações Hospitalares (AIH's): quantidade reduzida, pagamentos com atraso e não-pagamento; e dificuldades nos encaminhamentos das mesmas. O número reduzido de leitos, principalmente para internação de pacientes que necessitam de atendimento em unidades de terapia intensiva para adultos e pediátrica e gestantes de alto risco são problemas apontados constantemente pelos gestores.

Discussão sobre AIH's, fluxos e quantidade das mesmas, é feita nas reuniões da CIB Regional e são elaboradas pela sua secretaria executiva - SETEX as resoluções, para aprovação posterior em reunião. A Delegada de Saúde é enfática quanto à Resolução nº 03 de 2003 dessa comissão, discutida e aprovada nesta arena decisória e não respeitada nos devidos encaminhamentos de referência: a mesma deverá ser cumprida **na íntegra** pelos hospitais e pelas secretarias municipais de saúde. Os atores envolvidos levantam os problemas e solicitam a interferência da 13ªCRS para intermediar decisões e/ou regular e fiscalizar os serviços realizados.

Gestores solicitam também, auxílio à coordenação em casos de inscrição dos municípios no Cadastro de Inadimplentes (CADIN) que tem causado transtornos aos mesmos. Alegam que esse procedimento ocorre de forma muito rápida e sem aviso prévio e que depois de inscritos para sair, exige muita burocracia. E, enquanto tramita a regulamentação, o município não pode ser contemplado em projetos e recursos financeiros.

Outra questão bastante marcante diz respeito às diferenças de condições (populacional, econômico-social, de recursos na área da saúde e de gestão) dos municípios. Essas, com o processo de regionalização poderiam ser fatores indutores de movimentos com intencionalidade de agregar e pactuar, no entanto, muitas vezes causam transtornos e intensificam ainda mais as idéias de dependência e disputa, sendo indutoras inclusive de competitividade. No Projeto Brasil Sorridente, que o Ministério da Saúde está desenvolvendo, um técnico do Ministério visitou o município de Santa Cruz sondando a possibilidade do mesmo possuir um Centro Especializado de Odontologia com referência regional. Contemplaria as questões de endodontia, periodontia e próteses. Além dessas especialidades seriam realizados também procedimentos odonto-cirúrgicos, como exemplo extrações múltiplas, remoção de dentes inclusos, diagnóstico de câncer bucal e atendimento aos pacientes portadores de necessidades especiais. Esses centros receberiam incentivos financeiros mensais, além de um valor para sua implantação conforme sua classificação. O município de Santa Cruz do Sul fez uma análise sobre a possibilidade de sediar esse centro, avaliando recursos humanos e custos e concluiu que para o local não era atrativo, pois o mesmo poderia inclusive trazer riscos para a qualidade dos serviços já existentes. Alguns gestores de outros municípios demonstraram interesse no atendimento desse centro, mas como o município de Santa Cruz do Sul não vai implementar esse projeto no momento, os demais não poderão contar com o mesmo. E, além disso, como não estão em gestão plena não podem assumir. Esse é um dos impasses que geram desconforto entre os municípios e acentuam as desigualdades intermunicipais.

O repasse de recursos financeiros por projetos, além de direcionar as ações, contempla apenas os locais que já possuem melhores condições de infra-estrutura (recursos materiais, humanos e políticos), mediante as exigências de regulamentação direcionada para municípios em Gestão Plena do Sistema Municipal, causando dependências entre os municípios. Apesar

de ser apenas dois municípios nesta condição diferenciada, isso tem dificultado a coesão destes na busca de melhorias para a região. A exemplo disso, a não efetivação até o momento da implantação de consórcios, que é um tema apontado pela maioria como resolução dos problemas de saúde. Decisão transferida para a Federação das Associações de Municípios do Rio Grande do Sul (FAMURS), a partir do ano de 2005 com a intenção de agilizar o processo, uma vez que os gestores da região não conseguiram fazer com que esse se efetivasse.

Além do conteúdo das Atas, é relevante conhecer as resoluções dessa arena, para clarear as interpretações, os sentidos, os interesses e as condutas presentes. Diante disso, opta-se pela descrição destas:

- N° 01/03 CIB/13 Reg/RS amparada na Portaria n° 37/03 SES que define a forma de apresentação e análise do Relatório de Gestão Municipal de Saúde. Foram organizadas quatro equipes técnicas para monitoramento da gestão municipal através do Relatório de Gestão.
- N° 02/03 Considerando o Decreto Estadual 42.306/03 e a Resolução n° 56/03 CIB/RS, aprova a habilitação do município de Rio Pardo, referência microrregional para o Programa Cuca Legal, saúde mental, para atender os municípios de Passo do Sobrado, Pantano Grande e Vale Verde.
- N° 03/03 Estabelece parâmetros e cotas para internações eletivas para cada município da região, determina que os mesmos tenham encaminhamento prévio da Secretaria Municipal de Saúde de origem do paciente e sejam autorizadas pela Secretaria Municipal de Saúde de Santa Cruz do Sul. Diante do excessivo número de internações encaminhadas pelos municípios da região para o Hospital Santa Cruz, excedendo o teto financeiro do município, ocasionando a falta de leitos hospitalares para atendimento das urgências e emergências e aumentando a demanda reprimida de atendimento no próprio

município. Os hospitais locais devem atender no mínimo as quatro especialidades básicas: clínica médica, cirurgia geral, obstetrícia e pediatria.

- N° 04/03 Considerando o Decreto Estadual 42.306/03 e a Resolução n° 197/03 – CIB/RS, essa resolução aprova a habilitação do município de Candelária para o desenvolvimento do Programa Cuca Legal, em saúde mental.
- N° 05/04 Considerando a Portaria do MS n° 601/03, aprova o projeto apresentado pelo município de Venâncio Aires junto a FUNASA, para a construção de cento e trinta e oito módulos sanitários que serão instalados em duas vilas da periferia desse município.
- N° 06/04 Considerando a Portaria 447/GM e de acordo com o Manual da Cooperação Técnica e Financeira de Programas e Projetos do MS, aprova o projeto para aquisição de equipamentos para estruturação funcional e administrativa da Secretaria Municipal de Saúde de Vera Cruz, com recursos oriundos da Emenda Parlamentar n° 19810016, da deputada federal Kelly Moraes.
- N° 07/04 Considerando a Programação Pactuada e Integrada – PPI, estabelecida pela NOAS/01 – aprova a solicitação do município de Venâncio Aires, habilitado na Gestão Plena do Sistema, aumento do teto financeiro em R\$5.464,02, para fornecimento de cinquenta módulos sorológicos para contemplar os municípios de Estrela e Agudo.

A primeira resolução se refere à organização de equipes técnicas no interior da 13ª CRS para o monitoramento da gestão municipal através dos Relatórios de Gestão. As resoluções n° 2 e 4 são específicas do programa de saúde mental Cuca Legal. A n° 3 refere-se às internações hospitalares em Santa Cruz do Sul, a utilização das AIHS. As de n° 5 e 6 ,

autorizam a utilização de recursos pré-destinados e a 7 aprova a solicitação de aumento de teto financeiro para o município de Venâncio Aires. Dessa forma, pode-se perceber que as resoluções, no que tange à regionalização da saúde, foram pouco expressivas.

6.6.2 Estudo de Atas do Conselho Regional de Saúde.

Este conselho teve início em setembro de 2001. Algumas atas não foram encontradas prejudicando, de alguma forma, o desenvolvimento do estudo.

Categorias de análise	Aspectos Abordados	Significados atribuídos	Benefícios e Prejuízos	Interesses: sintonia e divergência	Fatores facilitadores e obstaculizadores	Participação e compromisso na modelagem	Intermediação de interesses
Arenas Decisórias	Posse da nova mesa coordenadora	Regionalização da saúde entendida apenas como resolução no atendimento às demandas de especialidades		Discussão sobre a proposta de regionalização da Unidade Municipal de Referência em Saúde do Trabalhador Santa Cruz do Sul.		Mesa coordenadora propõe-se trabalhar para “trazer mais próximo o atendimento de que precisamos; quem sabe ao final de 2003”, referindo-se às especialidades (ambulatório e internação).	
Reuniões do Conselho Regional de Saúde – CRS	Notícias sobre o funcionamento do Conselho Gestor do Centro de Referência Regional em Saúde do Trabalhador da Região do Vales.						
	Apresentação do Delegado Regional de Saúde.			Conselheiros salientam a importância de uma negociação regional, pois município com mais recursos, como Santa Cruz, paga complemento e valor fixo mensal para atendimento médico.	Negociações que iniciaram em 2002 estão em compasso de espera.	Proposta de trabalho conjunto CRS e 13ª CRS.	
	Urgência e emergência em traumatologia-ortopedia,				Problemas de secretaria no CRS, pela ausência de funcionário específico para as atividades	Tentativas de organizar comissões .	
	Secretária para esse Conselho						

Categorias de análise	Aspectos Abordados	Significados atribuídos	Benefícios e Prejuízos	Interesses: sintonia e divergência	Fatores facilitadores e obstaculizadores	Participação e compromisso na modelagem	Intermediação de interesses
Arenas Decisórias	<p>Necessidade de regulação nas ações de saúde</p> <p>Proposta de discussão sobre o atendimento em traumatologia ortopedia com o Delegado</p> <p>Regionalização da saúde sendo estudada em pesquisa</p> <p>Ofício 02/2003 do CRS, solicitando ao Delegado o andamento da proposta de regionalização da saúde para o estado e região.</p>	<p>Descaso do delegado com o CRS ao não destinar uma secretária.</p> <p>Lentidão no processo.</p>	<p>Dificuldades de registro nas reuniões desse conselho.</p>		<p>Novamente solicitado ao delegado secretaria executiva para esse conselho.</p>	<p>Solicitado a continuidade da reunião de gestores, com vistas à regionalização, como ocorreu até final de 2002.</p> <p>Constituída a Comissão Regional de Saúde Mental.</p> <p>Comissões solicitam participação da 13ª CRS.</p>	<p>Conselheiro representante de gestor municipal refere a necessidade de regulação e que o estado e a União devem se responsabilizar por isto.</p>
	<p>Reunião para tratar da questão dos hospitais; conta com a presença de representantes dos mesmos e de gestores e conselheiros municipais.</p>	<p>Defasagem na tabela SUS.</p>	<p>Há mais de quinze dias, os encaminhamentos estão sendo feitos para outro município, levados pela SMS.</p> <p>Hospital cobrando do paciente um valor que é maior que o do SUS, em relação ao que o hospital receberia e que é menor que o particular, possibilitando o pagamento por parte do paciente e fazendo com que ele opte por um serviço diferenciado, não usando AIH nestes casos.</p>	<p>Atendimento obstétrico suspenso em hospital devido a impasse entre os prestadores, hospital e a SMS.</p> <p>Divergências entre hospitais e SMS.</p>	<p>Representante do Hospital Santa Cruz, relata difícil situação do hospital, atribuída à falta do reajuste das tabelas do SUS.</p> <p>HSSM: com laudos excedentes, sendo as cesáreas a maior preocupação, pois excedem o previsto pela portaria que limita a proporção de cesáreas de modo que o hospital está com quase novecentos laudos "parados"</p>	<p>Apontado duas alternativas: aumento do número de AIHs, ou redução da capacidade do hospital.</p> <p>Conselho Municipal de Saúde de Santa Cruz do Sul busca controlar e fiscalizar o uso das Autorizações de Internações Hospitalares – AIHs, inclusive visitando hospital com a SMS.</p> <p>Para o CMS, no caso deste hospital, um dos entraves é a política da administração municipal atual, que não acena com mais investimentos.</p> <p>Ausência de vários representantes de hospitais e municípios, inclusive do Delegado Regional de Saúde.</p>	<p>Delegado propõe tentar aumentar o número de AIHs.</p> <p>CMS está buscando posição do Ministério Público e do Delegado Regional de Saúde e convida um membro deste Conselho Regional para participar de reunião no hospital.</p> <p>Fórum para discutir problemas dos hospitais.</p>
Reuniões do Conselho Regional de Saúde – CRS	<p>Divulgação da compra do HSC, pela APESC.</p>						

Categorias de análise Arenas Decisórias	Aspectos Abordados	Significados atribuídos	Benefícios e Prejuízos	Interesses: sintonia e divergência	Fatores facilitadores e obstaculizadores	Participação e compromisso na modelagem	Intermediação de interesses
	<p>Atendimento especializado</p> <p>Regionalização da saúde</p> <p>Centro de Referência Regional em Saúde do Trabalhador-CRRST</p> <p>Representante da UNISC expôs sobre o Fórum de Educação Permanente em Saúde.</p> <p>Hemodinâmica Hospital Ana Nery</p> <p>Relatos sobre a 4ª Conferência Estadual de Saúde e a participação de oito delegados regionais na Conferência Nacional.</p>	<p>O termo consórcio é utilizado com diversos sentidos.</p> <p>O atendimento às demandas faz com que o planejamento fique de lado.</p>	<p>Secretário de saúde de SCS comenta “que há quase três anos estamos falando na NOAS (Norma Operacional de Assistência à Saúde), regionalização e que as coisas poderiam andar mais rápido, mas parece haver um envolvimento muito grande nas demandas diárias que chegam à saúde, às quais praticamente não conseguimos fazer frente”.</p>	<p>Gestora de município de pequeno porte não concorda plenamente com consórcios, refere não ter recursos para manter média e alta complexidade.</p> <p>O conselheiro, administrador do hospital Ana Nery expôs o Projeto de Hemodinâmica deste estabelecimento para disponibilizar 40 cateterismos cardíacos, 15 angioplastias e 10 cirurgias cardíacas mensais, com custos estimados em duzentos mil reais, para a macrorregião dos Vales</p>	<p>Representante do Hospital Ana Nery confirma atendimento regional em oncologia, inclusive as cirurgias, mas comenta que a dívida referente a 2003 ainda está em torno de quinhentos e cinquenta mil reais, apesar de pagamentos já feitos pela SMS de Santa Cruz . Sugere formação de consórcio para garantia de atendimento.</p>	<p>Conferências Municipais de Saúde: a penas o município de Gramado Xavier não realizou, os demais 12 realizaram</p> <p>Um conselheiro frisa a importância do controle social e aponta a conquista da Unidade de Referência em Saúde do Trabalhador(UMREST)</p> <p>Médica da UMREST foi convidada e esclarece caso polêmico de um atendimento em que foi recomendado cuidados de saúde, devido a reações alérgicas de uma trabalhadora. Explicitado sobre as condutas e atividades desenvolvidas por esta unidade.</p>	<p>Conselheiros acham que o tema financiamento deve ser debatido nas conferências de saúde e que não se deve confundir hospital com médico e que muitas vezes são os médicos que pedem o dinheiro.</p> <p>Sobre a regionalização apenas este comentário sobre a morosidade.</p> <p>Poucos questionamentos diante dos comentários feitos pelo administrador sobre os serviços prestados por este hospital.</p>

Categorias de análise Arenas Decisórias	Aspectos Abordados	Significados atribuídos	Benefícios e Prejuízos	Interesses: sintonia e divergência	Fatores facilitadores e obstaculizadores	Participação e compromisso na modelagem	Intermediação de interesses
	<p>Moção de repúdio apresentada na Conferência Regional de Saúde e levada a Estadual.</p> <p>Plano Operativo do Hospital Santa Cruz para o ano 2004.</p> <p>Apresentação do projeto do Centro de Radioterapia do Hospital Ana Nery pelo administrador do mesmo.</p> <p>Comentado sobre os valores da tabela do SUS</p> <p>Conselho organiza regimento eleitoral para renovar a plenária.</p> <p>Política de Humanização da Assistência à Saúde: indicação de um representante do CRS para fazer parte do comitê regional.</p>	<p>Necessidade de maior apoio da 13ª CRS ao CRS.</p> <p>Oportunidade de ampliação dos recursos financeiros e ações no hospital.</p>	<p>Dificuldades no desenvolvimento das ações do CRS.</p>	<p>Questionado o interesse do delegado de saúde em relação à funcionalidade deste conselho regional de saúde.</p> <p>Aprovado por unanimidade</p> <p>Aprovado por unanimidade</p> <p>Moção de apoio à criação do curso de medicina na UNISC.</p>	<p>Administrador do hospital Santa Cruz expôs o Plano Operativo para o ano 2004: Atenção à saúde pós-hospitalar, Incentivo ao aleitamento materno, Apoio ao programa de prevenção e atendimento às vítimas de abuso sexual (metas específicas para que o hospital possa receber do projeto Parceria Resolve do Governo do Estado, RS).</p> <p>Gestor solicita que seja discutido efetivamente, a questão de referência em traumatologia, apontando como problema crônico na sua gestão.</p> <p>Proposta de formação voltada à saúde coletiva.</p>	<p>Delegado Regional manifesta descontentamento com moção de repúdio contra suas ausências nas reuniões do CRS levada à Conferência Estadual.</p> <p>Questionado sobre o atendimento por especialistas para a região e a insuficiência de leitos de UTI.</p>	<p>A delegada adjunta comenta que esta sendo trabalhado junto aos prefeitos a possibilidade de consórcios.</p>

Categorias de análise Arenas Decisórias	Aspectos Abordados	Significados atribuídos	Benefícios e Prejuízos	Interesses: sintonia e divergência	Fatores facilitadores e obstaculizadores	Participação e compromisso na modelagem	Intermediação de interesses
	<p>Hospital Ana Nery expõe sobre as dificuldades para o credenciamento da radiologia.</p> <p>1ª Conferência Regional de Ciência, Tecnologia e Inovação em Saúde.</p> <p>Eleições Regimento Eleitoral.</p> <p>Reuniões do CRS.</p> <p>Pagamento de despesas aos conselheiros quando os mesmos saem para representar o Conselho</p> <p>Atas dos Conselhos Municipais de Saúde.</p> <p>Comissões do CRS</p>	<p>Insatisfações quanto ao envio de convocações às reuniões e atrasos no início das reuniões.</p>		<p>A partir de exposição do Hospital Ana Nery sobre as dificuldades no credenciamento da radiologia, o tema foi discutido e decidido uma manifestação com abaixo-assinado tendo a participação: do CRS, 13ºCRS e SMSs, dos postos de saúde e movimento sindical.</p>	<p>Muitos conselheiros não vêm recebendo convocação e pauta das reuniões.</p> <p>Técnico da coordenadoria responsável pelo processo de análise da gestão municipal em saúde solicitou ao Conselho para editar uma resolução padronizando as atas dos Conselhos Municipais de Saúde, facilitando a compreensão.</p>	<p>O abaixo-assinado será encaminhado ao Secretário de Estado da Saúde.</p> <p>Indicado representante do CRS, para Conferência Estadual</p> <p>Não houve inscrição de chapas, candidatos à mesa coordenadora do Conselho, conforme previsto no Regimento Eleitoral a responsabilidade foi passada à mesa coordenadora atual. Conforme consenso, foram escolhidos dois representantes de usuários e dois de outros segmentos.</p> <p>13ºCRS não disponibilizou secretaria para o CRS. Oferece passagens, mas não tem havido recursos para estadias. Conselheiros representantes se utilizam de recursos próprios para alimentação.</p>	<p>Acordado a criação de quatro comissões: de acompanhamento e desenvolvimento da gestão em saúde na região; acompanhamento dos Conselhos Municipais de Saúde; apoio a eventos e vigilância em saúde.</p>

Categorias de análise	Aspectos Abordados	Significados atribuídos	Benefícios e Prejuízos	Interesses: sintonia e divergência	Fatores facilitadores e obstaculizadores	Participação e compromisso na modelagem	Intermediação de interesses
Arenas Decisórias	<p>Secretaria Executiva para esse Conselho</p> <p>Resolução N° 1 do CRS/ 13ª CRS, sobre padronização das atas dos Conselhos.</p> <p>Convenção Quadro</p> <p>Apresentação da avaliação do Relatório de Gestão dos Municípios, pela coordenadora</p> <p>O Conselho Estadual de Saúde (CES) não aprovou o orçamento da saúde para o Estado.</p> <p>Oncologia no Hospital Ana Nery.</p> <p>Terceirização na saúde, em Vera Cruz</p>	<p>Leitura e aprovação</p> <p>Burocracia de difícil entendimento e elaboração.</p>	<p>Reivindicação dos agricultores que vivem da cultura do fumo para a manifestação desse conselho em relação à Convenção Quadro, para que não aconteça a suspensão do plantio de fumo, sem a garantia de substituição por outras culturas.</p>	<p>Vários conselheiros se manifestaram, concluindo ser adequado que as entidades façam essa discussão de forma aprofundada, mas que o Conselho Regional não faça manifestações.</p> <p>Médicos do Centro de Oncologia, juntamente com o diretor do Hospital Ana Nery, solicitam que seja encaminhado processo ao Estado, referente aos recursos para quimioterapia, alegam defasagem e atraso nos mesmos. Sugerem ampliar o teto financeiro.</p>	<p>Frisado a importância da Secretaria Executiva para esse Conselho Regional, que deverá ser uma exigência à CRS, cobrando o provimento de apoio técnico-administrativo</p>	<p>A plenária condicionou o início das atividades das comissões a existência da Secretaria Executiva, que de longa data vem sendo solicitada ao Delegado de Saúde.</p> <p>Conselheiros manifestaram que vários municípios têm dificuldade de elaborar esses documentos. Sugerem capacitações.</p> <p>Pontuado que o Estado não vem aplicando ao longo dos anos o percentual de recursos previsto pela legislação.</p> <p>Previsto discussão do Conselho Estadual de Saúde e dos Regionais, junto à Escola de Saúde Pública e ao Ministério da Saúde, sobre a saúde pública no RS, para o próximo ano.</p> <p>UNIMED participou da licitação e foi vencedora.</p>	

Quadro 12 – Síntese das Atas do Conselho Regional de Saúde (CRS), no período de 2003 a 2004.

Fonte: Elaborado a partir do arquivo de atas das reuniões da CRS, da 13ª CRS.

O Conselho Regional de Saúde foi escolhido intencionalmente, como fonte de dados dessa pesquisa, por entender-se que o mesmo contém em sua composição representantes de toda a região de abrangência da 13ªCRS/RS e por ser a arena responsável pela formulação de estratégias e controle na execução da política de saúde, com poder deliberativo na instância regional.

Esse conselho, inicialmente, estava composto por trinta e quatro membros (34), sendo 50% de representação de usuários e os demais são gestores – estadual e municipais, trabalhadores da saúde e prestadores de serviços, respeitando uma distribuição paritária entre os mesmos. A partir de abril de 2004, esta composição foi alterada formando uma plenária de vinte e quatro (24) conselheiros. O mesmo realiza uma reunião plenária mensal, no auditório da 13ªCRS/RS, sob a coordenação colegiada de uma mesa composta por quatro membros de forma paritária entre usuários e demais segmentos com a responsabilidade de organizar as demandas que chegam ao conselho e fazer os encaminhamentos propostos pela plenária. O primeiro mandato teve a duração de um ano, após, os demais são de dois anos.

O ano de 2003 inicia com a posse da mesa coordenadora eleita em reunião anterior (2002), sendo composta por representantes sindicais, um gestor municipal e uma trabalhadora da saúde. Durante o ano, a coordenação foi revezada entre os dois sindicalistas. No início das atividades a mesa coordenadora propôs o objetivo de facilitar o acesso na região aos serviços especializados de saúde e verbalizou também o desejo de que isso viesse a acontecer até o final do ano. No decorrer das atividades de 2003, e, até o momento, o CRS vem enfrentando dificuldades pela ausência de uma secretaria executiva própria, tendo solicitado providências por diversas vezes à 13ª CRS, uma vez que é de responsabilidade da mesma o oferecimento de condições para o desempenho das atividades deste conselho; alguns funcionários desta coordenação têm se revezado nesta atividade, sem uma definição mais precisa. Também foi manifesto a ausência do delegado regional de saúde (membro titular, representante do governo) nas reuniões, dando origem, na III Conferência Regional de Saúde, a uma moção de repúdio.

Este conselho possui comissões: uma Comissão Interinstitucional de Saúde do Trabalhador, instituída, uma de Acompanhamento dos Conselhos Municipais de Saúde em processo de organização, assim como, uma Câmara Técnica para acompanhamento da gestão do hospital regional e uma Comissão de Saúde Mental. Em 2003, todas funcionaram precariamente. Atualmente, apenas uma (a de Saúde do Trabalhador) vem desenvolvendo suas atividades.

Nas reuniões dessa arena decisória, o tema regionalização esteve presente desde a sua criação em setembro de 2001. Durante os últimos anos dessa pesquisa (2003-2004) ele aparece nas diferentes formas e é recorrente sem, no entanto, obter um encaminhamento mais efetivo. O sentido mais evidente nas abordagens foi a preocupação com a resolutividade das demandas de saúde curativa de média e alta complexidade, em que a prestação de serviços se fez sempre presente, delineando as relações e os interesses, muitas vezes centralizando as discussões em questões hospitalares e atendimento médico especializado. Circunscrita nessa temática está a situação financeira, que denuncia potencialidades, mas também limites e concepções diversas e, inclusive, contraditórias à proposta da política pública de saúde que afloram no momento de enfrentamento de dificuldades. A exemplo disso, retoma-se de uma das atas o seguinte discurso: “No hospital, tentam propiciar ao paciente um atendimento diferenciado, cobrando dele um valor que é maior que o do SUS, em relação ao que o hospital receberia e que é menor que o particular, possibilitando o pagamento por parte do paciente e fazendo com que ele opte por um serviço diferenciado, não usando AIHs nestes casos”.

O desempenho dessa arena tem sido pouco expressivo e limitado, principalmente no que se refere à regionalização da saúde, uma vez que seu papel seria de suporte ao processo de implementação e controle das ações desenvolvidas. No entanto, se comparado ao Conselho Municipal de Saúde de Santa Cruz do Sul, esse parece ser mais atuante, tanto em relação ao regional, quanto aos dos demais municípios. A existência de coesão entre os conselheiros, que buscam um efetivo controle social, tem resultado em discussões ampliadas, aprovações e rejeições de propostas apresentadas nessa arena municipal. Essa coesão não aparece no CRS; os próprios gestores têm fragilidades enquanto grupo e o controle social, que na maioria das

vezes tem se pronunciado na voz de sindicalistas, de pessoas que possuem informação e desenvoltura em discussões e negociações.

Além das dificuldades operacionais, de infra-estrutura, esse conselho enfrenta ainda alguns obstáculos, dentre os quais: o tênue exercício do seu caráter deliberativo, a pouca efetividade das suas comissões técnicas, ausência freqüente de alguns conselheiros, falta de informação, grande parte do tempo gasto em denúncias e reivindicações pontuais, raros debates sobre temas do interesse coletivo, limitado apoio financeiro, pouca divulgação das atividades e decisões através dos meios de comunicação (rádio, jornal, Internet e outros).

Com a observação participante nas reuniões, foi possível detectar significados nas condutas e posições de quem emitia os discursos. Nem tudo que foi exposto nesses discursos consta nas Atas. Essa incompletude é plausível, se olhada pela extensão das abordagens e pelas condições próprias dessa forma de registro. Entretanto, negligenciar a existência de uma lacuna simplifica a análise, pois essa pode estar permeada de conteúdos significativos, sendo, por sugestão, esclarecedora da dinâmica da arena a que corresponde. A relevância da associação de vários desdobramentos metodológicos, como observação participante, análise de discurso e análise de documentos, reafirma-se aqui, como possibilidade de transcender os limites de uma análise pautada apenas em um desses recursos, como, por exemplo, a interpretação apenas dos registros das atas, tomando-os por integrais.

As arenas decisórias não são neutras, pois a própria configuração das mesmas privilegia alguns atores em detrimento de outros (IMMERGUTT, 1996). O Ministério da Saúde se coloca como o ator mais poderoso nas arenas decisórias. Apesar do mesmo estar numa situação mais distanciada do nível local, seus mecanismos e recursos institucionais são indutores de decisões. A posição de controlador de recursos dos quais dependem os demais, pode representar um claro limite à possibilidade efetiva de interferência no conteúdo das decisões (ARRETCHE, 2003). Além disso, mesmo havendo consenso em torno de uma normatização, o Ministério da Saúde tem recursos para alterar seu conteúdo na implementação das decisões através de portarias administrativas editadas unilateralmente (CARVALHO, 2001; LEVCOVITZ, 2001). Tal condição pode se tornar indutora de ações somente quando percebida pelos conselheiros de forma a instigá-los a apropriarem-se de suas funções, organizarem-se para tensionar no sentido a favorecer a população, amenizando essa

hegemonia de poder através de tentativas de sobrepor as determinações dessa instância com propostas e contribuições adequadas às demandas sociais. Esse é o pensamento que esteve sempre presente durante o desenvolvimento desse estudo, e, norteia a tese, pois entende-se que somente a partir de uma relação sinérgica entre os diversos atores: gestores, profissionais, prestadores de serviços de saúde e usuários, as políticas serão compreendidas e implementadas de forma condizente com as necessidades da região.

TERCEIRA PARTE
TEORIA E PRÁTICA: UM DIÁLOGO NECESSÁRIO

7. REGIONALIZAÇÃO DA SAÚDE: UM PROCESSO EM CONSTRUÇÃO

“O desenvolvimento regional é fundamentalmente o resultado do que a própria comunidade regional faz por si mesma, mais que o Estado ou qualquer outro agente externo pode fazer ou não fazer” (Boisier, 1996, p. 95).

Nesse capítulo procura-se apresentar algumas reflexões alimentadas no desenvolvimento desse estudo, destacando os pontos de ancoragem, produções encontradas no campo das políticas públicas, relações estabelecidas com os pressupostos que inicialmente motivaram a pesquisa e que somados aos dados empíricos delinham possibilidades de construção de uma tese que entende o processo de regionalização da saúde, pautado em relações de cooperação, como uma das estratégias viabilizadoras do desenvolvimento regional.

O entendimento do local, região estudada, se faz necessário na visão do global. Assim, o contexto local apresenta características peculiares, às quais diversos autores chamam a atenção para as potencialidades destas, numa dinâmica de desenvolvimento pautada não apenas no projeto econômico, mas também nos fatores sociais, políticos e culturais. (SANTOS, 1996,1997; BOISIER, 1996; BECKER, 1998, 2001, GOHN, 2004).

No ciclo da política as diversas fases e movimentos não seguem uma linearidade nem são estanques, pois há momentos em que a formulação e a implementação se interpenetram, especialmente quando, as ações de implementação, são desenvolvidas de forma a adequar as políticas às necessidades locais-regionais, dando origem a novas políticas. Segundo Wildawski e Pressman (1998), a “implementação ‘cria’ políticas”.

A regionalização da saúde, no presente estudo, por ser desenhada em meio a um embate de interesses e forças de poder em múltiplas arenas decisórias, padece de restrições em seu encaminhamento. Foi possível observar que, no processo de implementação, a política tem sido abordada de formas diversas e em algumas ocasiões discutida conjuntamente com os atores sociais envolvidos, levando a mesma a adquirir características locais, através da interação e das trocas entre os mesmos. As características da articulação possível das identidades e interesses loco-regionais, compõem o desenho das mudanças na fisionomia da política.

Nesse sentido, as proposições que nortearam a reflexão deste estudo, do início ao fim, podem ser sistematizadas em duas vertentes: a primeira, normativa, que entende o processo de implementação da regionalização da saúde como fluxo de informação, cooperação, consenso e tomadas de decisão, seguindo orientações da política, os marcos da institucionalidade, respeitando suas diretrizes e normatização das ações; enquanto a segunda, ao buscar no mundo real as tensões e contradições constitutivas dos processos envolvendo as *policies* entende que desigualdades, diferenças de concepção sobre o processo, níveis de incerteza, instabilidades conjunturais, ações competitivas entre os territórios interessados, disputas de poder, entre outros aspectos, formam, principalmente, um cenário de desarticulação e não decisão, sinalizando que as condições de implementação da política, em muitos casos, revelam o distanciamento freqüente e de amplitudes variáveis entre a formulação e a implementação.

Nas arenas decisórias, Conselhos de Saúde e reuniões da Comissão Intergestora Bipartite, pode-se observar os mecanismos, arranjos institucionais e organizacionais que influenciam e norteiam a implementação e formulação das políticas, assim como a dinâmica decisória, quais os atores são mais presentes nas disputas, quais se colocam de forma periférica, atuando decisivamente apenas em momentos estratégicos. Dando-se a conhecer esses lugares, questões importantes ganham visibilidade, permitindo a análise de como está se dando o processo de implementação da regionalização e a quais interesses estão respondendo – em outras palavras, permite delinear o desenho da regionalização da saúde.

No desdobramento dessa questão é de fundamental importância salientar a dupla-inserção de alguns profissionais de saúde que, ora atuam no Sistema Único de Saúde, ora são prestadores de serviços, gerando ambigüidade no que se refere às suas posições no processo decisório: muitas vezes se ausentando em discussões significativas para a garantia do acesso universal à saúde, como direito de cidadania e princípio do SUS e, em momentos pontuais, que lhes asseguram interesses privados, intervindo estratégica e incisivamente. Essa postura é reconhecida através do enfoque da escolha racional, uma vez que esses atores contabilizam os ganhos secundários, delineando alguns rumos para as negociações e tomada de decisão. Esses ganhos secundários podem ser identificados não apenas em pequenos grupos, como também no momento em que a arena decisória responde a certos tensionamentos de interesses pessoais e privados, com condutas de descaso, ao não se pronunciar verbalmente e/ou agindo com tentativas de prorrogação das decisões. Além disso, o sistema, no momento em que se utiliza dos serviços privados para possibilitar o acesso universal à saúde de forma complementar, ou até mesmo como via principal na busca desse, abre espaço para interesses de mercado, que se fortalecem nas fragilidades da participação e do controle social.

Outros desdobramentos são as questões levantadas como objetivamente facilitadoras e/ou obstaculizadoras que, nesse estudo, estiveram bastante presentes na manifestação de vários atores, onde apareceram como circunstâncias a respaldar e justificar suas condutas frente ao processo em que estão envolvidos. As obstaculizadoras se referem aos impedimentos estruturais ao processo de implementação da regionalização da saúde, tais como as diferentes condições dos municípios da região por suas diversidades econômicas e populacionais, além de perceberem a situação financeira do setor saúde como um dos fatores negativos mais declarado e apontado como limitador do processo.

Quanto ao contexto diversificado de situações em que se encontram os municípios, – percebido subjetivamente por seus representantes, mas objetivo na sua realidade – considera-se como fator relevante por potencializar as contradições e os interesses distintos e comprometer os processos de mediação das relações regionais. No que se refere às transferências de recursos, apesar dos avanços operados pelo Estado e a União, os mesmos ainda têm sido insuficientes, o que se agrava com os atrasos, principalmente estaduais. Além disso, o estado, que deveria repassar 12% da arrecadação de impostos, tem repassado em

média pouco mais da metade desse percentual. Somando-se a isso, constata-se a baixa arrecadação de alguns municípios.

O término do mandato e a alternância de governos também de alguma forma interferem nas políticas de saúde e os recursos, que já são poucos, acabam sendo diluídos em diversos e novos programas. O que vinha sendo feito, muitas vezes deixa de ser prioridade para o próximo governo, recaindo sobre o município o encargo de responder às demandas criadas. O planejamento a curto prazo, ou, a inexistência do mesmo nesse contexto, leva alguns gestores a envolverem-se apenas no atendimento das demandas mais imediatas.

Nessa mesma linha, e como incremento do fator financeiro, as negociações com prestadores, especialmente com os médicos tem sido de difícil solução e um desafio constante na realidade interna de cada um dos municípios, principalmente dos pequenos, que dispõem de uma arrecadação menor, um montante reduzido desses recursos, acentuando dificuldades nas negociações, tendo em vista a visão de mercado desses profissionais da saúde, alicerçada, na maioria das vezes, pelo enfoque curativo que orienta sua formação.

A relação de dependência que os municípios menores têm com os maiores ou com os considerados referência microrregional e regional é outra questão bastante significativa, uma vez que são estes que definem os serviços a serem disponibilizados à população na região. Pois, a política de saúde nacional acena apenas aos municípios em condição de Gestão Plena do Sistema Municipal, a possibilidade de inclusão em programas e serviços com maior complexidade e que oferecem maior aporte de recursos. Se estes municípios não têm interesse nesses serviços, não assumem; e, ao não assumir, aos demais resta apenas a possibilidade de reclamação. No âmbito da 13ª CRS, dois municípios, Santa Cruz do Sul e Venâncio Aires, estão nessa situação diferenciada em relação aos demais, uma vez que contam com um parque industrial, promotor de grande diferencial na arrecadação, e podem contar com repasses maiores de recursos por serem considerados referência em serviços de média e alta complexidade. Essas condições têm gerado alguns desconfortos, questionamentos e queixas em relação aos recursos que os mesmos possuem e o que disponibilizam, na área da saúde, para os demais. Fatores como esses, acabam gerando uma relação pautada em particularismos

e competitividade, onde cada gestor municipal tenta resolver seus problemas de saúde da forma que considera mais apropriada e que lhe convém. Alguns desses, levantam seus problemas para elaboração da programação pactuada integrada (PPI), mas não aprofundam as discussões com os demais, para a organização dos serviços de forma coletiva. Desse modo, a regionalização aumenta ainda mais o poder de quem já o tem, e torna cada vez mais dependentes os que já são dependentes.

As iniciativas pontuais e desarticuladas do contexto coletivo, conforme prega a política de regionalização, têm a ver com demandas emergenciais que sensibilizam e mobilizam os gestores municipais, tornando-se uma conduta reiterada que lhes dá legitimidade frente aos usuários e suporte eleitoral. A observação desses sujeitos em ação define uma posição imediatista, onde, as soluções com a marca pessoal de cada gestor comprometem o processo de implementação da política com o imperativo da solução individual a contemplar os interesses de alguns; assim, desconsideram e reduzem o valor do coletivo, e da intervenção pública como base para assegurar soluções permanentes para o sistema de saúde de qualquer lugar. Os prejuízos são evidentes na medida em que repercutem na organização de um processo que se deseje regionalmente estruturado e organizado. Uma das conseqüências mais diretas é a potencialização de relações de competitividade entre os municípios. Nesse contexto, a articulação entre os gestores se torna enfraquecida, não se compondo como um grupo, reduzindo ainda mais suas condições de ação, seu poder de proposição e efetivação dessas propostas políticas.

Dentre os obstaculizadores, observou-se que a difusão das regras para que a implementação se dê, assim como as novidades em termos de portarias, diretrizes ministeriais, entre outras, têm causado alguns transtornos; são modificadas de forma muito rápida e não há um fluxo de informações que possibilite a apropriação das idéias para discussão de seu conteúdo. As próprias Normas Operacionais (especialmente a NOB 01/96 e NOAS 2001), além das alterações ocorridas e do difícil entendimento das mesmas, pouco têm sido trabalhadas, no sentido de facilitar sua compreensão. Isso foi referido, inclusive por um dos gestores, que possui formação em direito. Também não há uma determinação do Ministério da Saúde com destinação de recursos para capacitação permanente dos gestores na utilização desses mecanismos de implementação da política de saúde. Os municípios têm liberdade,

autonomia para planejar e desenvolver ações de saúde, porém a falta de informações de como fazer e sobre a legislação pertinente às políticas públicas torna-os dependentes e inseguros. Ainda persiste a escassez de informações sobre a legislação do SUS, levando os gestores e o controle social a permitir que grupos⁵⁶ com maior conhecimento e segurança assumam e tomem frente nesse processo de implementação da regionalização.

Além da dependência dos municípios em relação ao Ministério da Saúde e Estado, com referência a recursos, o discurso institucional como parâmetro, acima explorado, também reafirma esse legado de centralização de poder, à medida que concede autonomia sem capacitar os municípios a operar com esses mecanismos institucionais, que norteiam as ações do processo da regionalização. O poder visto desta forma tem em sua dinâmica a informação como um fator determinante. Em outras palavras, o poder não é estático, podendo circular de acordo com o fluxo de informação e efetivando-se mediante disposição de recursos, não bastando apenas a formulação/ implementação de políticas sem o envolvimento das pessoas e a circulação das informações.

A participação na forma de deliberação tão sugerida e prescrita pelo marco legal no (*policy cycle*), por vias de conflito ou cooperação, na busca de objetivos coletivos tem sofrido reveses sucessivos. Nesse cenário de diferenças o acompanhamento constante e efetivo de segmentos do governo estadual na coordenação do processo tem sido insuficiente, para o suporte de um olhar mais detalhado das coordenadorias para cada um dos municípios, tentando assegurar mais cooperação e compromisso dos municípios maiores com os menores, e vice-versa.

Essa cooperação tem um sentido de auxílio entre os entes federados e em especial entre os municípios da região, através das relações entre os diferentes segmentos e a população, na defesa de seus interesses no que se refere à atenção à saúde, que de alguma forma interfere no desenvolvimento dessa região. A idéia subjacente é de que ao potencializar suas capacidades de auto-organização e mobilização, a região contaria com mecanismos de resistência à autonomia do econômico em seu

⁵⁶ Pessoas e grupos com mais informação, se utilizam disso para acessar projetos do Ministério da Saúde, que dão garantia de acesso a recursos financeiros, a exemplo disso, profissionais que prestam serviços ao SUS.

desenvolvimento. Leia-se aqui, a respeito desta última, a adesão acrítica aos desígnios do mercado, reconhecendo-os como a lógica mais eficaz.

Nisso está posta a idéia de territorialidade, como sentimento de pertencer a uma região, um processo de identificação com representações locais. A divisão do território em regiões (macro e microrregiões de saúde) prevista na NOAS utiliza-se de critérios sanitários, epidemiológicos, geográficos, sociais, de oferta de serviços e de acessibilidade. Entretanto, o planejamento e a organização desse território, sem contar com o interesse e a participação efetiva da coletividade local, para assegurar em certa medida maior solidariedade e sinergia entre os municípios corre o risco de fazer perdurar sua subalternidade por meio da exposição a projetos verticais, atendendo apenas aos interesses externos, distanciados das necessidades loco-regionais. Assim, pode-se identificar nessas posturas a tessitura de uma trama de relações de interesses, articuladas pelo exercício de poder que delinea possibilidades diversas de acordo com os princípios que norteiam esse processo (critérios da NOAS e/ou noção de territorialidade) de construção social da região, ao intentar a organização dos municípios em redes. É diante do exposto, que se pode entender a regionalização da saúde como uma estratégia de desenvolvimento regional, sustentada em informação, poder político e participação social.

O Sistema Único de Saúde é desde sua concepção um sistema que se constituiu orientado pela idéia de esforço cooperativo na busca da universalidade, equidade e participação cidadã. O afastamento desses princípios tem em sua base a falta de informações e incompreensão da sociedade sobre as possíveis formas alternativas de organização e de busca de seus interesses, bem como das lacunas e contradições presentes na própria normatização do sistema. Além disso, as potencialidades e fragilidades não estão circunscritas aos limites territoriais dos municípios, sendo de fundamental importância, segundo a NOAS, fortalecer a ação conjunta no que se refere à saúde, através de instâncias de negociação e pactuação do sistema, e do cumprimento das atribuições de cada um dos envolvidos, com direitos e responsabilidades compartilhadas.

Os avanços e retrocessos característicos da realidade estudada levam a perceber que a relação dinâmica (sinérgica) entre os diversos atores, tende a potencializar os ganhos coletivos a cada oportunidade de interlocução onde as demandas particularistas abram espaço para discussão mais ampla sobre o significado da regionalização da saúde.

No processo de implementação da regionalização da saúde o potencial e as fragilidades de cada um dos municípios não têm sido levados em conta devidamente de forma a contemplar o que e quanto cada um deles possa contribuir da melhor forma, ainda que seus limites não permitam ultrapassar sua responsabilidade mínima, a atenção básica. As propostas não lidam com os problemas regionais de modo a centrar-se numa linha de condução onde as competências distintas possam ser partilhadas descentralizando ações e, com isso, reduzindo a sobrecarga dos demais. As disputas com ênfase em estratégias locais deslocam do centro do processo as pactuações integradas para equilibrar a oferta de serviços, recursos e, em consequência, a cobertura do atendimento na região.

Esta é a preocupação que dá origem e sustenta esta tese: a urgência de transformar a cultura competitiva predatória, de forma a garantir maior cooperação e solidariedade entre os municípios envolvidos, fazendo com que a regionalização seja um processo de crescimento para todos os municípios. A publicização desse processo de implementação da política de regionalização torna-se uma das principais estratégias em direção a essa mudança, através da revisão de práticas e propostas dos municípios numa construção coletiva da política de saúde.

REFERÊNCIAS

ABU-EL-HAJ, Jawdat. O debate em torno do Capital Social: uma revisão crítica. *BIB*, Rio de Janeiro, n.47, 1999, p.65-79.

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.

ABRUCIO, Fernando L.; COSTA, Valeriano M.F. *Reformando o estado e o contexto federativo brasileiro*. São Paulo: Fundação Konrad – Adenauer – Stiftung, 1998.

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.

_____. O SUS que queremos: sistema nacional de saúde ou subsector público para pobres? *Ciência & Saúde Coletiva* V.8, n.2, 2003, p.346 – 352.

ALMEIDA, Ana Clementina. V. *Mudanças Globais, Repercussões Locais. Os impasses e limites na gestão dos serviços de saúde*. Tese (Doutorado), 2001, 337 p. Escola Anna Nery, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2001.

ARRETCHE, M. O mito da descentralização como indutor de maior democratização e eficiência das políticas públicas. In Gerschman, S. & Werneck, M.L.(Orgs). *A miragem da Pós-modernidade. Democracia e Políticas Sociais no Contexto da Globalização*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1997.

ARRETCHE, M. T. S. *Estado Federativo e Políticas Sociais: Determinantes da Descentralização*. Rio de Janeiro: Revan; São Paulo: FAPESP, 2000, 304p.

ARRETCHE, M. Financiamento federal e gestão local de políticas sociais: o difícil equilíbrio entre regulação, responsabilidade e autonomia. *Ciência & Saúde Coletiva*, 8 (2) p. 331-345, 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.

BACHRACH, P. ; BARATZ, M.S. Two faces of power. *American Political Science Review*, 56, 1962.

BANCO MUNDIAL. *Relatório sobre o desenvolvimento Mundial 1993 – Investindo em Saúde*. Rio de Janeiro: Fundação Getúlio Vargas, 1993.

BAQUERO, Marcelo. Cultura política participativa e desconsolidação democrática: reflexões sobre o Brasil contemporâneo. *Revista da Fundação SEADE. São Paulo em Perspectiva*, 15 (4) 2001.

BECKER, Dinizar F. Sustentabilidade: Um novo (velho) paradigma de desenvolvimento regional. In: BECKER, D. F. (Org.) *Desenvolvimento sustentável: Necessidade e/ou possibilidade?* Santa Cruz do Sul: EDUNISC, 2001.

_____. Necessidades e finalidades dos Projetos Regionais de Desenvolvimento Local. *REDES, Universidade de Santa Cruz do Sul*. Santa Cruz do Sul: EDUNISC, 2001, v.3, n. 2 , 1998, p. 71-85.

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

BOISIER, Sergio. Modernidad y territorio. *Cuadernos del ILPES* n. 42 Santiago de Chile: ILPES – Instituto Latinoamericano y del Caribe de Planificación Económica y Social, 1996.

BOUDON, Raymond; BOURRICAUD, François. *Dicionário crítico da sociologia*. São Paulo: Ática, 1993.

BOURDIEU, Pierre. *O poder simbólico*. Tradução de Fernando Tomaz. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 1989.

_____. *Pierre Bourdieu: sociologia*. Coletânea organizada por Renato Ortiz. São Paulo: Ática, 1983.

_____. *A economia das trocas simbólicas*. Ciências Sociais. Série Estudos, 3 ed. São Paulo: Perspectiva, 1992.

_____. *Razões práticas: sobre a teoria da ação*. Tradução: Mariza Corrêa. Campinas, São Paulo: Papyrus, 1996.

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

_____. Ministério da Saúde. *Relatório Final da 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.

_____Ministério da Saúde, DATASUS.<<http://www.datasus.gov.br>> Acessado em 2004.

BUENO, W. S. MERHY, E. E. *Os equívocos da NOB 96: Uma proposta em sintonia com os projetos Neoliberalizantes?*

<<http://www.datasus.gov.br/cns/temas/NOB96/NOB96crit.htm>> Acessado em 30 jan. 2003, 15:04hs.

CARVALHO, Gilson. A inconstitucional administração pós-constitucional do SUS através de normas operacionais. *Ciência & Saúde Coletiva*, 6 (2) p. 435-444, 2001.

CARVALHO, Eduardo F.de.; CESSE, Eduarda A.P.; MACHADO, Heleny de O. P. Fatores limitantes e facilitadores nas organizações de saúde do SUS: dialogando com novos e velhos problemas. In: FRESSE, Eduardo (Org.) *Municípios: a gestão da mudança em saúde*. Recife: Ed. Universitária da UFPE, 2004.

CASTRO, Maria Helena G. *Interesses, Organizações e Políticas Sociais*. Núcleo de Estudos de Políticas Públicas- NEPP, UNICAMP, Caderno N. 14, 1989.

CONTANDRIOPOULOS, André-Pierre et al. *Saber preparar uma pesquisa*. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Abrasco, 1999.

DAHL, Robert A.; LINDBLOM, Charles E. *Política, Economia e Bem-Estar Social: Planejamento e Sistemas Político-Econômicos reduzidos a Processos Sociais Básicos*. Rio de Janeiro: Lidador Ltda, 1971.

DAHL, Robert A. *A poliarquia: participação e oposição*. São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo, 1997.

D'ARAUJO, Maria Celina S. *Capital Social*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2003.

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

DOWNS, Anthony. *Uma Teoria Econômica da Democracia*. São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo, 1999.

EVANS, Peter et al., *Bringing the State Back In: Cambridge- Cambridge University Press*, 1985.

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

FAIRCLOUGH, Norman; WODAK, Ruth. Análisis crítico del discurso. In :DIJK, Teun A. Van. *El discurso como interaction social*. Estudios del discurso: introducción multidisciplinaria. V 2 Barcelona, Espana: Gedisa, 2000.

FAIRCLOUGH, Norman. *Discurso e mudança social*. Tradução (coordenação e revisão técnica) de Izabel Magalhães. Brasília: Editora da Universidade de Brasília, 2001.

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.

FREY, Klaus. Políticas Públicas: um debate conceitual e reflexões referentes à prática da análise de políticas públicas no Brasil. *Revista Planejamento e Políticas Públicas*, N. 21, p. 211 - 259, Jun. 2000.

FOUCAULT, Michel. *Microfísica do Poder*. São Paulo: Edições Graal, 1986.

GAPI-UNICAMP. *Metodologia de Análise de Políticas Públicas*. ORGANIZACIÓN DE ESTADOS IBEROAMERICANOS.
Disponível em: <<http://www.campus-oei.org/salactsi/rdagnino1.htm#a1>>, 2002.

GIDDENS, A.& PIERSON, C. *Conversas com Anthony Giddens – O sentido da modernidade*. Rio de Janeiro: Ed. FGV, 2000.

GILL, Rosalind. Análise de discurso. In: BAUER, M. W. e GASKELL. *Pesquisa qualitativa com texto, imagem e som: um manual prático*. Tradução de GUARESCHI, P. A. Petrópolis, Rio de Janeiro: Vozes, 2003.

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.
FLEURY

GOHN, Maria da Glória. *Teorias dos Movimentos Sociais: paradigmas clássicos e contemporâneos*. 4ª Ed. São Paulo: Edições Loyola, 2004.

GUY PETERS, B. *El nuevo institucionalismo: teoría institucional en ciência política*. Barcelona, Espanha: Gedisa, S.A., 2003.

HABERMAS, Jürgen. (1929) *Direito e Democracia: entre facticidade e validade*. Volume I; II. Tradução: Flávio Beno Siebeneichler. Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro, 1997.

HALL, Peter A. e TAYLOR, Rosemary C. R. As três versões do neo-institucionalismo. *Lua Nova*. [online]. 2003, no.58 [citado 21 setembro 2005], p.193-223.
Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-64452003000100010&lng=pt&nrm=iso>. ISSN 0102-6445.

HAY, Colin. *Political Analysis: a critical introduction*. Hampshire-England: Palgrave, 2002.

IMMERGUT, Ellen M. As regras do jogo: a lógica da política de saúde na França, na Suíça e na Suécia. *Revista Brasileira de Ciências Sociais*, Associação de Pós-Graduação e Pesquisa em Ciências Sociais, Nº 30, fevereiro de 1996, p. 139-165.

_____ The theoretical core of new institutionalism. *Politics & Society*, V.26, Nº 1, p.05 -30, março 1998.

LABRA, M. E. Análise de políticas, modos de policy-making e intermediação de interesses: uma revisão. *PHYSIS – Revista de Saúde Coletiva*, 1999, 9 (2), p.131-166.

LEBRUN, G. *O que é poder*. São Paulo: Abril Cultural-Brasiliense, 1984.

LECOURS, André. L'approche neo-institutionnaliste em science politique: unité ou diversité? *Politique et Sociétés*. L'approche neo-institutionnaliste em science politique. v.2, nº 3, 2002. Tradução de Marcos A. F. Ferreira.

LECOURS, André. L'approche neo-institutionnaliste em science pololitique: unité ou diversité? *Politique et Sociétés*, v.21, nº3, 2002.

LEOPARDI, Maria T. (Org.) *Metodologia da pesquisa na saúde*. Santa Maria: Pallotti, 2001.

LEVCOVITZ E.; LIMA, L.; MACHADO, C. Política de saúde nos anos 90: relações intergovernamentais e o papel das Normas Operacionais Básicas. *Ciência & Saúde Coletiva*, 6 (2) p. 269-291, 2001.

LIMA, Nísia Trindade (Org.) *Saúde e Democracia: história e perspectivas do SUS*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2005.

LIMA, Nísia T., FONSECA, Cristina M. O., HOCHMAN, Gilberto. A saúde na construção do estado nacional no Brasil: reforma sanitária em perspectiva histórica. In: LIMA, Nísia Trindade (Org.) *Saúde e Democracia: história e perspectivas do SUS*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2005.

LINDBLOM, Charles E. *O processo de decisão política*. Brasília: Ed. Universidade de Brasília, 1985.

LUKES, Steven. O poder (uma visão radical). In: LUKES, S. et all. *Curso de introdução à Ciência Política. Cadernos da UnB* Brasília: Editora Universidade de Brasília. c 1980.

LUKES, Steven (Ed.) *Power*. New York: New York University Press, 1986.

MAJONE, Giandomenico. *Evidencia, argumentación y persuasión en la formulación de políticas*. Estudio introductorio de Luis F. Aguilar Villanueva. Tradução de Eduardo L. Suárez. México: Colegio Nacional de Ciencias Políticas y Administración Pública, A.C.; Fondo de Cultura Económica, 1997.

MENDES, Eugênio V. *Distrito Sanitário: o processo social de mudança das práticas sanitárias do Sistema Único de Saúde*. São Paulo: Hucitec, 1993.

_____ A descentralização do sistema de serviços de saúde no Brasil: novos rumos e um outro olhar sobre o nível local. In: MENDES, E.V. (Org.) *A organização da saúde no nível local*. São Paulo: Hucitec, 1998, p.17-55.

_____ *Os grandes dilemas do SUS*. Tomo I. Salvador Ba: Casa da Qualidade Editora, 2001, 144 p. (Saúde Coletiva; 4).

MENICUCCI, Telma M.G. Público e Privado na política de assistência à saúde no Brasil. Trabalho apresentado no 4º Encontro Nacional da Associação Brasileira de Ciência Política, de 21-24 de julho de 2004, PUC - Rio de Janeiro.

MERHY, Emerson E. O ato de governar as tensões constitutivas do agir em saúde como desafio permanente de algumas estratégias gerenciais. *Ciência e Saúde Coletiva*. V. 4 N 2, 1999, p. 305 – 314.

MINAYO, Maria Cecília de S. *O desafio do Conhecimento: Pesquisa qualitativa em saúde*. São Paulo – Rio de Janeiro: Hucitec – Abrasco, 1993.

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.

MOLINA, Ignacio. et all. *Propuesta de marco teórico para la investigación. Análisis empírico de la política exterior española: formulación, ejecución y resultado. Dimensión institucional y normativa, actores y procesos (PROYECTO CICYT)*. Madrid, 2000.

NOGUEIRA, M. A. A dimensão política da descentralização participativa. São Paulo em Perspectiva: *Revista da Fundação SEADE*, Vol. 11/N. 3 Jul-set/ 1997, p. 8-19.

NORTH, Douglass C. *Institutions, Institutional change and economic performance*. Cambridge, UK: Cambridge University Press, 2002 (1990).

NUNES, Edson. *A gramática política do Brasil: clientelismo e insulamento burocrático*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar; Brasília, DF: ENAP, 1997.

OLSON, Mancur. *A lógica da ação coletiva: os benefícios públicos e uma teoria dos grupos sociais*. Tradução Fábio Fernandes. São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo, 1999.

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

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. *Discurso e leitura*. São Paulo: Cortez, 1993.

_____. *Interpretação; autoria, leitura e efeitos do trabalho simbólico*. Petrópolis, RJ: Vozes, 1996.

_____. *Análise de Discurso: princípios e procedimentos*. Campinas, SP: Pontes, 5ª edição, 2003.

ORTIZ, Renato (Org.) *Pierre Bourdieu – Sociologia*. São Paulo: Ática, 1994.

Oxford Concise Dictionary of Politics, Oxford University Press, 2003.

PAIM, Jairnilson Silva. Direito à Saúde, cidadania e Estado. *Anais da 8ª Conferência Nacional de Saúde*. Brasília, 1987, p. 45-60.

PÊCHEUX, Michel. *Hacia el Análisis Automático Del Discurso*. Madrid-Espanha: Editora GREDOS, S.A., 1978.

PHILLIPS, Nelson & HARDY, Cynthia Hardy. *Discourse Analysis: investigating processes of Social Construction*. (Sage University Papers Series on Qualitative Research Methods Series 50), Thousand Oaks, CA: Sage, 2002.

PUTNAM, Robert.D. *Comunidade e democracia: a experiência da Itália moderna*. Rio de Janeiro: Ed. Fundação Getúlio Vargas, 1996.

PIERSON, Paul. *Dismantling the welfare state? Reagan, Thatcher, and the Politics of Retrenchment*. Cambridge University Press, 1994.

PINHEIRO, Roseni. As práticas do cotidiano na relação oferta e demanda dos serviços de saúde: um campo de estudo e construção da integralidade. In: PINHEIRO, Roseni.; MATTOS, Ruben A. de.(Orgs). *Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde*. Rio de Janeiro: UERJ, IMS:ABRASCO, 2001, p. 65-112.

PINTO, Milton J. *Comunicação e discurso: introdução à análise de discursos*. São Paulo: Hacker Editores, 1999.

POWELL W.W. y DIMAGGIO P.J. *El nuevo institucionalismo en el análisis organizacional*. México: Colégio Nacional de Ciencias Políticas y Administración Pública, A.C. Universidad Autónoma Del Estado de México; Fondo de Cultura Econômica, 1999.

POWELL W.W. y DIMAGGIO P.J. *El nuevo institucionalismo en el análisis organizacional*. México: Colégio Nacional de Ciencias Políticas y Administración Pública, A.C. Universidad Autónoma Del Estado de México; Fondo de Cultura Econômica, 1999.
Disponível em: <<http://dtr2001.saude.gov.br/dad>> Acesso em 18 de outubro de 2005.

RAFFESTIN, Claude. *Por uma geografia do poder*. São Paulo: Ática, 1993.
RIO GRANDE DO SUL, Secretaria da Saúde. *Plano Diretor de Regionalização da Saúde*. Porto Alegre: SEGRAC, 2002.

REZENDE, Flávio da C. & REZENDE, Fernando. Descentralização, Gastos Públicos e Preferências Alocativas dos Governos Locais no Brasil: (1980-1994). *Dados*, 1997, vol.40, no.3.

RODRIGUES, Alberto Tosi. *Introdução aos modelos de Intermediação de interesses*. Pluralismo e Corporativismo em Perspectiva. Campinas, São Paulo: Unicamp, 1999.

ROMERO, J. J. Estudio Introductorio. Los nuevos institucionalismos: sus diferencias, sus cercanías. In: POWELL W.W. y DIMAGGIO P.J. *El nuevo institucionalismo en el análisis organizacional*. México: Colégio Nacional de Ciencias Políticas y Administración Pública, A.C. Universidad Autónoma Del Estado de México; Fondo de Cultura Económica, 1999.

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 (mimeo).

SANTOS, Milton. *A natureza do espaço: técnica e tempo; razão e emoção*. São Paulo: Hucitec, 1996.

_____. *Técnica, Espaço, Tempo: globalização e meio técnico-científico informacional*. São Paulo: Hucitec, 1997, 3 ed.

SANTOS JUNIOR, O.A. dos. *Democracia e governo local: dilemas e reforma municipal no Brasil*. Rio de Janeiro: Revan: FASE, 2001, 248 p.

SCHRAIBER, Lilia B. Planejamento e política nas práticas de saúde. *Saúde em Debate* n°47: 28-35., 1995.

SCOTT, W. Richard. *Institutions and Organizations*. 2nd edition. Thousand Oaks: Sage Publications, 2001.

SECRETARIA DA SAÚDE DO RIO GRANDE DO SUL. Disponível em: <www.saude.rs.gov.br> Acesso em 22 de novembro de 2005.

SKOCPOL, Theda. “Bringing the state back in: strategies of analysis in current research”. In: EVANS, Peter B., RUESCHEMEYER, Dietrich e SKOCPOL, Theda (editores). *Bringing the state back in*. Cambridge: Cambridge University Press, 1985.

SILVA, Ioná F. da. *O processo decisório nas instâncias colegiadas do SUS no Estado do Rio de Janeiro*. Dissertação de Mestrado, Rio de Janeiro: ENSP-FIOCRUZ, 2000.

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.

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*, 7 (3) p. 431-442, 2002.

STEINMO e THELEN. *Structuring Politics*. Historical Institutionalism in comparative Analysis. Cambridge : Cambridge University Press, 1994.

STENZEL, Ana.C.B. *A temática da avaliação no campo da saúde coletiva: uma bibliografia comentada*. Dissertação de Mestrado do Curso de Pós-Graduação em Saúde Coletiva do Departamento de Medicina Preventiva e Social da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas. Campinas, junho de 1996.

TEIXEIRA, Carmen, F.; SOLLA, Jorge, P. Modelo de atenção à saúde no SUS: trajetória do debate conceitual, situação atual, desafios e perspectivas. 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. 451-479.

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.

TESTA, Mario. O pensamento Estratégico em Saúde In: URIBE RIVERA, Francisco Javier (Org.). *Planejamento e Programação em Saúde: um enfoque estratégico*. São Paulo: Cortez, 1992.

TRIVIÑOS, Augusto A. *Introdução à pesquisa em ciências sociais*. São Paulo: ATLAS, 1997, 175p.

VAN DIJK, Teun A. *El Discurso como interaccion social. Estudios Del discurso: introducción multidisciplinaria*. V.2. Barcelona, Espana: Gedisa, 2000.

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.

VIANA, Ana. L. Abordagens metodológicas em políticas públicas. *Revista de Administração Pública*. Fundação Getúlio Vargas. V. 30, nº 2, março/abril 1996, p. 05-43.

_____ As políticas sociais e as políticas de saúde no contexto do processo de globalização. In: Gerschan, Silvia (Org.). *A Miragem da Pós-modernidade: democracia e políticas sociais no contexto da globalização*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1997, p.201-210.

VIANA, Ana L.D'Ávila; LIMA, Luciana D. de; OLIVEIRA, Roberta G. de. Descentralização e federalismo: a política de saúde em novo contexto – lições do caso brasileiro. *Ciência e Saúde Coletiva*, v. 7, n 3, 2002, p. 493 – 507.

WEBER, M. *Economia e Sociedade: fundamentos de sociologia compreensiva*. Brasília: UNB, 1991.

WEBER, M. *A ética protestante e o espírito do capitalismo*. São Paulo: Pioneira, 1996.

WEIGELT, Leni D.; MACEDO, Maria Luisa; FERREIRA, Marcos A. F. O processo de implementação de políticas públicas: a regionalização da saúde como oportunidade de aprendizado coletivo. *II Seminário Internacional sobre o Desenvolvimento Regional, Rio Grande do Sul, Brasil*. Universidade de Santa Cruz do Sul, 2004. Disponível em CD-ROM.

WILDAVSKY, A ; PRESSMAN, J. L. *Implementación: Cómo grandes expectativas concebidas en Washington se frustran en Oakland*. Colegio Nacional de Ciencias políticas y administración Pública, A.C. Fondo de Cultura Económica, México, 1998.

WORLD BANK. *World development report: investing in health*. Oxford: Oxford University Press, 1993.

YIN, Robert, K. *Estudos de Caso: planejamento e métodos*. Tradução de Daniel Grassi, 2.ed. Porto Alegre: Bookmann, 2001.

ANEXOS

ANEXO A – Ofício solicitando autorização para realização da pesquisa

Santa Cruz do Sul, dezembro de 2002

Prezado Senhor

Cumprimentando-o cordialmente, vimos através deste solicitar autorização para o desenvolvimento da Pesquisa: A Política de Saúde: um estudo sobre o processo de implementação da descentralização/regionalização da saúde na região do Vale do Rio Pardo – RS, que será desenvolvido como Tese de Doutorado do Programa de Pós-Graduação em Desenvolvimento Regional da UNISC.

A regionalização como estratégia de promoção da equidade com relação ao acesso da população às ações e serviços de saúde em diferentes níveis de complexidade, através da cooperação e pactuação entre os entes federados, politiza o processo de decisão e oportuniza a participação de diversos atores sociais nas tomadas de decisão sobre o desenvolvimento da região. Embasado em princípios e normas desta legislação e no contexto da realidade regional, pretende-se desenvolver este estudo cujo objetivo principal é:

- Analisar o processo de implementação da descentralização/regionalização da saúde, para os municípios pertencentes à 13ª Coordenadoria Regional de Saúde do Rio Grande do Sul;

Este trabalho visa a busca de dados e informações em reuniões sobre a regionalização da saúde, documentos e arquivos, questionários com usuários e entrevistas com Delegado Regional de Saúde, Prefeitos, Secretários de Saúde, Conselheiros e usuários dos serviços de saúde, agendadas com antecedência. Portanto, uma gama de informações relevante para os diversos entes federados e instituições.

Certos de podermos contar com a sua colaboração, desde já agradecemos a atenção

Atenciosamente

Leni Dias Weigelt

Profª. Pesquisadora, aluna do
PPGDR – Doutorado, UNISC.

Marcos A. F. Ferreira

Prof. Dr. Orientador da Pesquisa
PPGDR – Doutorado, UNISC.

Ilmo Sr. Dr. Gilberto Gonçalves
Delegado Regional de Saúde

ANEXO B – Consentimento Livre e Esclarecido

Título da pesquisa: "Política Pública de Saúde: um estudo sobre o processo de regionalização da saúde na região do Vale do Rio Pardo–RS"

O movimento de descentralização na saúde tem se intensificado a partir dos anos 80, transferindo o poder do nível central (da União, federal) para Estados e Municípios, gerando uma série de alterações na política de saúde. A Lei Orgânica da Saúde 8080/90 e a 8142/90, que dispõe sobre a organização e funcionamento do Sistema Único de Saúde e regulamenta a participação da comunidade na gestão do SUS consagra a municipalização da saúde como estratégia para efetivar a descentralização das ações e serviços de saúde. A Regionalização da Saúde é a organização dos serviços de forma negociada entre os municípios envolvidos.

Este estudo tem como objetivos:

- Analisar esse processo de regionalização da saúde, com os municípios pertencentes à 13ª Coordenadoria Regional de Saúde – RS;
- Analisar os movimentos favorecedores e os obstaculizadores do processo de regionalização da saúde,
- Detectar o conjunto de opções e decisões de desenhos da regionalização da saúde para a região, bem como indagar a cerca do significado deste processo para cada município e o conjunto dos mesmos.

Trata-se de um projeto de pesquisa social, sem introdução de qualquer tipo de método biomédico ou de técnicas que promovam risco ou danos à integridade dos pesquisados. As técnicas de pesquisa utilizadas serão: busca de informações em reuniões sobre a regionalização da saúde, documentos e arquivos na 13ª Coordenadoria Regional de Saúde-RS, entrevistas com Delegado Regional de Saúde, Prefeitos, Secretários de Saúde, Conselheiros e usuários dos serviços de saúde, agendadas com antecedência. Anteriormente à entrevista será solicitado ao entrevistado, permissão para o uso do gravador (gravação das falas em vídeo cassete), o que facilita a coleta de dados e a precisão das informações emitidas. Caso não seja aceito esse procedimento, os registros serão realizados por escrito (caneta e papel).

Pelo presente consentimento livre e esclarecido, declaro que fui informado(a) de forma clara e detalhada quanto aos objetivos, a justificativa e a forma de trabalho nesta pesquisa. Fui igualmente informado(a) sobre:

- A garantia de pedir esclarecimento a qualquer pergunta ou dúvida acerca dos procedimentos e benefícios ou outras questões relacionadas ao estudo;
- De liberdade de retirar meu consentimento a qualquer momento, e deixar de participar do trabalho, se assim desejar, sem que isso me traga qualquer prejuízo;
- Da garantia de que não serei identificado (a) e que será mantido o caráter confidencial das informações relacionadas a minha privacidade;
- De que serão mantidos todos os preceitos éticos legais, estabelecidos pela resolução 196/96, que regulamentem a pesquisa com seres humanos, durante e após o término do trabalho;
- Do compromisso de acesso às informações ou todas as informações do trabalho, se assim desejar.

Declaro que recebi cópia do presente Termo de Consentimento.

_____	_____	_____	
Assinatura do Respondente	Nome	Data	
_____	Leni Dias Weigelt	3717 7469	_____
Assinatura do pesquisador	Nome	Fone p/contato	Data

ANEXO C – Roteiro para Levantamento de Dados

- Em todos os municípios

I – Identificação do órgão municipal responsável pela saúde

Visita e descrição sucinta da Secretaria Municipal de Saúde

- 1.1 Recursos e infra-estrutura
- 1.2 Conselho e Fundo Municipal de Saúde
- 1.3 Tipo de Gestão
- 1.4 Relações políticas e inter-institucionais
- 1.5 Identificação de funcionários-chave (equipe gestora)
- 1.6 Rede física de saúde (pública e /ou conveniada: unidade básica, ambulatorial e hospitalar em número e capacidade instalada)
- 1.7 Recursos humanos para a saúde

II – Resolutividade

- 2.1 Serviços de atenção à saúde existente (atenção básica e especializada)
- 2.2 Encaminhamentos para outros municípios (exames, procedimentos e consultas médicas)

- Na 13ª Coordenadoria Regional de Saúde

Pesquisa em Documentos:

Plano Diretor de Regionalização da Saúde do Rio Grande do Sul

Desenhos da Proposta de Regionalização da Saúde da 13ª CRS

Programação Pactuada e Integrada (PPI)

Atas do Conselho Regional de Saúde

Atas da Comissão Intergestores Bipartite Regional (CIB Reg)

Participação nas reuniões dessas arenas decisórias (CRS e CIB Reg)

Diálogo com técnicos da Coordenadoria.

ANEXO D – Entrevista (Roteiro norteador)

Cargo, representação e tempo na função?

- Fale sobre o significado da Regionalização da Saúde para o seu município e os demais pertencentes a 13ª CRS/RS
- Como é a relação entre os diversos sujeitos institucionais envolvidos na Regionalização. E os interesses estão sendo contemplados?
- Quais as ações institucionais desenvolvidas no processo de implementação da Regionalização?
- Nesse processo de implementação da Regionalização como você vê a interação entre as esferas de governo (federal, estadual e municipal) e a sociedade?
- Qual a sua opinião sobre o incremento financeiro frente a novas responsabilidades assumidas e as especificidades locais?
- Fale sobre os aspectos normativos da Regionalização e o agenciamento dos interesses sociais em jogo.
- No seu entender, o que não foi feito? Ou, o que poderia ter sido feito de forma diferente?

ANEXO E – Roteiro norteador para entrevista com os usuários dos serviços de saúde:

Usuário da Instituição:

Sexo e Idade do pesquisado:

- Você já ouviu falar sobre Regionalização da Saúde?
- Você tem participado, ou já participou de algum movimento, conselho ou entidade de saúde? E de alguma discussão ou decisão sobre a assistência à saúde da população?
- Você recebe informação sobre decisões tomadas na área da saúde e o funcionamento dos serviços de saúde? Como?
- Qual a sua opinião sobre a saúde pública no seu município? Como é realizada a assistência à saúde das pessoas?
- Quando alguma situação de saúde não tem condições de ser resolvida no seu município, é encaminhada para outro local? Qual?
- Existem serviços considerados de referência regional para atendimento de pessoas de outros municípios? Como isso é feito?
- O que você acha disso?
- No seu município, em média, qual o tempo de espera para o agendamento de uma consulta com especialista?
- Quando você ou a família têm um problema de saúde, onde procuram atendimento?
- Sente necessidade de informações? Quais?

ANEXO F – Características dos Municípios

Indicadores	Instalação do Município	Área Km ²	População (Censo 2000)	Pop. Urbana	Pop. Rural	Homens	Mulheres	% Alfabetização (2000)
Municípios								
Candelária	1939	944	29.585	13.800	15.785	15.178	15.620	85,60%
Gramado Xavier	1993	218	3666 (2001)	382	3.284	1.885	1.781	82,70%
Herveiras	1997	119	2.957	405	2.552	1.558	1.399	82,80%
Mato Leitão	1993	50	3.210	1.271	1.939	1.609	1.601	91,40%
Pantano Grande	1989	847	10.979	9.276	1.703	5.585	5.394	85,10%
Passo do Sobrado	1993	280	5.566	974	4.592	2.786	2.780	90,10%
Vale Verde	1997	329	3.057	–	–	1.648	1.604	82,80%
Rio Pardo	1940	2.185	37.783	26.041	11.742	18.473	19.310	86,90%
Santa Cruz do Sul	1940	733,4	109.606 (2001)	93.786	15.820	52.105	55.527	92,40%
Sinimbu	1993	507	10.210	1.194	9.016	5.297	4.913	86,70%
Vale do Sol	1993	330	10.558	720	9.838	5.342	5.216	90,30%
Venâncio Aires	1940	728,4	61.234	36.193	25.041	30.537	30.697	91%
Vera Cruz	1959	304	21.300	9.901	11.399	10.566	10.734	90,70%

Dados sobre os Municípios

Fonte: Censo e Relatório Anual dos Municípios IBGE, DATASUS

Indicadores	Mortalidade Geral/ 1000 n.v	Mortalidade Infantil/ 1000 n.v (2001)	Nº hospitais	Nº leitos	Nº leitos SUS	Unidades ambulatoriais	Unidades Básicas	Partos vaginais	Partos cesáreos
Municípios									
Candelária	9	10,73	1	96	65	12	2	62,60%	37,40%
Gramado Xavier	5,2	15,63	0	0	0	1	1	71,90%	28,10%
Herveiras	6,8	0	0	0	0	1	1	92%	8,00%
Mato Leitão	4	0	0	0	0	2	1	31%	69,00%
Pantano Grande	7,1	19,74	0	0	0	8	6	56,60%	43,40%
Passo do Sobrado	6,6	0	1	16	16	2 (1999)	0	48,90%	51,10%
Vale Verde	7,9	–	0	0	0	0	1	55,00%	45%
Rio Pardo	8,1	13,18 (2001)	1	115	85	14	6	48,60%	51,40%
Santa Cruz do Sul	7,3	22,06 (2001)	3	340	224	65	23	57,20%	42,80%
Sinimbu	7,7	31,75	1	45	27	7	3	80,20%	19,80%
Vale do Sol	6,6	29,41	1	35	30	4	4	80,10%	19,90%
Venâncio Aires	7	10,73	1	150	118	25	16	45,30%	54,70%
Vera Cruz	5,8	30,89	1	42	38	16	6	65,60%	34,40%

Informações sobre Saúde

Fonte: Censo e Relatório Anual dos Municípios IBGE, DATASUS, 13ª CRS – RS

Indicadores	Representação Política	Tipo de Gestão	PIB Per Capita (R\$) IBGE 2001	Despesas Totais com Saúde	% Recursos Próprios aplicados em Saúde*	Cobertura PSF
Municípios						
Candelária	PPB	Plena da Atenção Básica	5.909	1.449.794,45	0	8,8% (2003)
Gramado Xavier	PTB	Plena da Atenção Básica	5.363	261.789,55	15,11	27,4% (2004)
Herveiras	PPB	Plena da Atenção Básica	5.240	308.595,84	0	0,7% (2003) 60,9 (2004)
Mato Leitão	PPB	Plena da Atenção Básica	13.422	319.087,28	0	22,2% (2002) 105% (2004)
Pantano Grande	PMDB	Plena da Atenção Básica	6.384	763.622,36	0	–
Passo do Sobrado	PTB	Plena da Atenção Básica	7.673	685.623,00	0	35,1% (2002) 93,6% (2004)
Vale Verde	PMDB	Plena da Atenção Básica	6.835	272.165,00	0	99,90%
Rio Pardo	PMDB	Plena da Atenção Básica	6.514	1.674.163,30	0	9,1% (2004)
Santa Cruz do Sul	PTB	Plena do Sistema Municipal	17.037	19.239.741,74	15,96	12,74% (2001)
Sinimbu	PMDB	Plena da Atenção Básica	6.320	505.220,38	15,38	–
Vale do Sol	PMDB	Plena da Atenção Básica	6.779	507.220,81	0	4,6% (2003) 51,3% (2004)
Venâncio Aires	PTB	Plena da Atenção Básica	11.341	3.197.176,50	16	0,2% (2001) 9,6% (2004)
Vera Cruz	PPB	Plena da Atenção Básica	8.902	1.362.350,63	19,14	–

Informações Econômicas

Fonte: Censo e Relatório Anual dos Municípios IBGE, DATASUS, SIOPS

* Cf. Despesa por Fonte. Cálculo da despesa própria em Ações e Serviços Públicos de Saúde. Valor Anual de 2004.

PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

Of. Nº 145/2004

Santa Cruz do Sul, 18 de novembro de 2004.

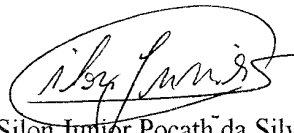
Senhora Professora:

De acordo com a análise dos projetos de pesquisa no que tange aos aspectos éticos implicados na pesquisa, estamos encaminhando para seu conhecimento o parecer do Comitê de Ética em Pesquisa referente ao projeto sob sua coordenação: ^{018/69} 614/04 – “Política Pública de Saúde: um estudo sobre o processo de implantação da descentralização/regionalização na região do Vale do Rio Pardo.” - APROVADO

A análise constituiu-se na observância quanto ao cumprimento, por parte dos pesquisadores, dos documentos exigidos para submissão, bem como dos aspectos éticos conforme direcionamento do Comitê Nacional de Ética na Pesquisa – CONEP, em acordo com a resolução nacional nº 196/96 que define as diretrizes para a condução de pesquisas com seres humanos.

Quaisquer esclarecimentos poderão ser obtidos junto à Coordenação de Pesquisa na PROPPG.

Atenciosamente,



Silon Junior Pocath da Silva,
Coordenador do CEP-UNISC

Ilma. Sra.
Profª. Leni Weiget
Departamento de Enfermagem e Odonto

ANEXO H – Ofício de Autorização da Pesquisa pela 13ª Coordenadoria Regional de Saúde.

Santa Cruz do Sul, 16 de março de 2004.

Ao Comitê de Ética em Pesquisa da UNISC

Prezados senhores:

Eu, Gilberto Gonçalves, responsável pela 13ª Coordenadoria Regional de Saúde, conheço o protocolo de pesquisa “*Política pública de saúde: um estudo sobre o processo de implementação da regionalização da saúde na região do vale do Rio Pardo*”, desenvolvido pela professora Leni Dias Weigelt, bem como os objetivos e a metodologia de pesquisa que será desenvolvida e autorizo o desenvolvimento da pesquisa na instituição.

Atenciosamente,



Gilberto Gonçalves
Responsável pela instituição

ANEXO I – Ofício de Autorização da Pesquisa pela Secretaria Municipal de Saúde – Santa Cruz do Sul.



SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

“DOE ÓRGÃOS, DOE SANGUE: SALVE VIDAS”

R Ernesto Alves, 858 - Fone: (0xx51)3715 2254 - CEP.96810-060 - Centro - Santa Cruz do Sul- RS

DECLARAÇÃO

Prezados Senhores:

Declaro para os devidos fins que eu, Gardênia Quadros Goettert, Secretária Municipal de Saúde do município de Santa Cruz do Sul, conheço o protocolo de pesquisa “Política Pública de Saúde: um estudo sobre o processo de implementação da regionalização da saúde na região do Vale do Rio Pardo-RS, desenvolvido pela professora Leni Dias Weigelt, bem como os objetivos e a metodologia de pesquisa que será utilizada e autorizo o desenvolvimento da pesquisa na rede pública de saúde deste Município.

Santa Cruz do Sul, 01 de abril de 2005.


GARDÊNIA QUADROS GOETTERT
Secretária Municipal de Saúde

ANEXO J – Ofício de Autorização da Pesquisa com usuários do hospital, pela Direção do Hospital Santa Cruz – Santa Cruz do Sul.




Santa Cruz do Sul, março de 2005.

Prezados Senhores:

Declaro para os devidos fins que eu, Oswaldo Balparda, Diretor Geral do Hospital Santa Cruz, conheço o protocolo de pesquisa “Política Pública de Saúde: um estudo sobre o processo de implementação da regionalização da saúde na região do Vale do Rio Pardo-RS”, desenvolvido pela professora Leni Dias Weigelt, bem como os objetivos e a metodologia de pesquisa que será utilizada e autorizo o desenvolvimento da pesquisa na instituição.

Atenciosamente.


Oswaldo Balparda
Diretor Geral do Hospital Santa Cruz

Associação Pró-Ensino em Santa Cruz do Sul - APESC
Rua Fernando Abott, 174 - 96810-150 - Santa Cruz do Sul - RS
Fone/fax: (51) 3713.7400 - hsc@unisc.br

ANEXO L – Ofício de Autorização da Pesquisa com usuários do hospital, pela Direção do Hospital São Sebastião Mártir – Venâncio Aires.


HOSPITAL SÃO SEBASTIÃO MÁRTIR – VENÂNCIO AIRES

Venâncio Aires, março de 2005.

Prezados senhores:

Declaro para os devidos fins que eu, Fernando Becker, administrador do Hospital São Sebastião Mártir, conheço o protocolo de pesquisa “Política Pública de Saúde: um estudo sobre o processo de implementação da regionalização da saúde na região do Vale do Rio Pardo-RS”, desenvolvido pela professora Leni Dias Weigelt, bem como os objetivos e a metodologia de pesquisa que será utilizada e autorizo o desenvolvimento da pesquisa nesta instituição.

Atenciosamente,



Fernando Becker
Administrador do Hospital São Sebastião Mártir