

**PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM DESENVOLVIMENTO  
REGIONAL – MESTRADO E DOUTORADO  
ÁREA DE CONCENTRAÇÃO EM  
DESENVOLVIMENTO REGIONAL.**

Luana Köhler Louzado

**ANÁLISE DA AGENDA DE SAÚDE DO GOVERNO DO ESTADO DO RIO  
GRANDE DO SUL DE 2007-2012: PACTO PELA SAÚDE E O PROCESSO  
DE REGIONALIZAÇÃO**

Santa Cruz do Sul  
2014

L895a

Louzado, Luana Köhler

Análise da agenda de saúde do governo do Estado do Rio Grande do Sul de 2007-2012: pacto pela saúde e o processo de regionalização / Luana Köhler Louzado. – 2014.

152 f. : il. ; 30 cm.

Dissertação (Mestrado em Desenvolvimento Regional) – Universidade de Santa Cruz do Sul, 2014.

Orientador: Marco Artêmio Fischborn Ferreira.

Co-orientadora: Silvia Virginia Coutinho Areosa.

1. Sistema único de Saúde (Brasil). 2. Saúde pública. 3. Política de saúde. I. Ferreira, Marco Artêmio Fischborn. II. Areosa, Silvia Virginia Coutinho. III. Título.

CDD: 362.1

Bibliotecária responsável: Edi Focking - CRB 10/1197

Luana Köhler Louzado

**ANÁLISE DA AGENDA DE SAÚDE DO GOVERNO DO ESTADO DO RIO  
GRANDE DO SUL DE 2007-2012: PACTO PELA SAÚDE E O PROCESSO  
DE REGIONALIZAÇÃO**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Desenvolvimento Regional – Mestrado da Universidade de Santa Cruz do Sul – UNISC, área de Concentração em Desenvolvimento Regional, linha de pesquisa em Estado, Instituições e Democracia, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Desenvolvimento Regional.

Orientador: Marcos Artêmio Fischborn Ferreira  
Co-orientação: Silvia Virginia Coutinho Areosa

Santa Cruz do Sul  
2014

“Não se faz política sem sujeitos.  
Não se implementam políticas sem recursos de poder.  
Não podemos ser iluministas, impunemente, a vida toda  
Se quisermos formular e implementar políticas de  
Saúde efetivamente novas, ou acionamos recursos  
de poder que tenham origem nos seus destinatários,  
ou elas não serão alternativas, muito menos novas”.

(Jairnilson Paim)

## AGRADECIMENTOS

Início meus agradecimentos com uma passagem da música de Luiz Marengo (Pra o meu consumo):

**“Têm coisas que tem seu valor  
Avaliado em quilates, em cifras e fins  
E outras não têm o apreço  
Nem pagam o preço que valem pra mim”.**

Foram dois anos e meio de muito estudo, noites mal dormidas, angústias, *stress*, distanciamento da família e dos amigos, mas que valeram a pena, pois, também foi período de muito aprendizado, muitos questionamentos.

Obrigada à minha família pela vida e educação que me proporcionaram, lutando pelo justo e com o olhar crítico e questionador na realidade. Por terem possibilitado que me dedicasse ao mestrado, com todas as dificuldades que acarretaria. Por sempre estarem ao meu lado, nas escolhas certas e erradas, me incentivando a ser alguém melhor e aguentando os constantes períodos de alteração de humor.

Aos tios, primos por torcerem por mim e sempre estarem à disposição, mesmo quando eu “não quero” ou “não preciso”. À minha amada vó Sibila, que nos deixou ao decorrer do mestrado e que sempre foi um exemplo de força, família e educação. A Senhora sempre fará falta.

Ao professor Dr. Marcos Artêmio Fischborn Ferreira, querido orientador, por seguir comigo neste projeto, por seu vasto conhecimento e competência;

À professora Dr<sup>a</sup>. Silvia Virginia Coutinho Areosa, por ter aceitado a difícil tarefa de co-orientar a dissertação, nos últimos momentos. Por sua dedicação e paciência, auxiliando no melhor andamento da pesquisa.

Aos mestres, da Enfermagem e PPGDR, que cruzaram o meu caminho e possibilitaram que levasse comigo um pouco de cada um, de seus ensinamentos nesta trajetória, que está só começando.

Aos queridos colegas, amigos que levarei no coração, por serem, as vezes, psicólogos, confidentes, por dividirem suas aflições e escutarem as minhas. Por serem grandes incentivadores. Pela convivência, que deixa saudade.

Aos amigos, que entenderam a ausência, que vibraram com as primeiras conquistas e com a entrega da dissertação. Que contaram cada segundo para terminar a pesquisa. Que ajudaram escutando os problemas ou mesmo, divagando sobre a pesquisa. Que auxiliaram na busca de livros, a arrumar as paginações... que estiveram juntos, escrevendo artigos ou proporcionando participar de novas pesquisas. Por estarem sempre ali, mesmo quando eu não estava.

Às funcionárias do PPGDR, por auxiliarem, da melhor forma possível, em todos os problemas e solicitações, com um sorriso nos lábios e muita simpatia.

Aos profissionais, gestores, técnicos, que se dispuseram a participar desta pesquisa, pela colaboração e confiança.

À todos vocês, meus mais sinceros agradecimentos, carinho e respeito. Como diz a música, têm coisas que não “pagam o preço que valem para mim”.

Obrigada por fazerem parte da minha história!

## RESUMO

Este é um estudo sobre o processo de formulação da agenda do Pacto pela Saúde no Estado do Rio Grande do Sul, durante os governos Yeda Crusius e Tarso Genro, com o foco na regionalização, abordando como a esfera estadual desempenhou seu papel institucional no Sistema Único de Saúde. A finalidade da pesquisa é analisar a agenda em saúde do Estado do Rio Grande do Sul no período 2007-2012 com foco nos pressupostos do Pacto pela Saúde, que definem a estratégia de regionalização do SUS. Para tanto, empregou-se os modelos teóricos de formação da agenda (*agenda-setting*) que destacam a dinâmica dos atores e suas influências na formulação da agenda governamental, além dos dados provenientes tanto dos materiais e publicações do Governo Estadual e Federal, quanto de informativos relacionados ao tema. A investigação foi centrada em um estudo de caso, analisando a 13ª Coordenadoria Regional de Saúde - CRS, através dos Municípios de Santa Cruz do Sul e Venâncio Aires, frente as ações da Secretaria Estadual de Saúde sobre a política, por meio de uma pesquisa qualitativa. Os sujeitos da pesquisa foram gestores, técnicos, coordenadores, que atuaram no processo de implementação do Pacto pela Saúde. Realizou-se investigação documental, bibliográfica, observação sistemática e entrevista com os atores. Para a análise dos dados, optou-se por trabalhar com o método dialético através de Minayo (2007). Para contextualizar as especificidades do tema, foram pesquisados os conceitos de Políticas Públicas, a teoria de Múltiplos Fluxos de Kingdon (1995), além de uma retrospectiva sobre as Conferências Nacionais de Saúde e as Políticas Públicas do Brasil contemporâneo (NOB, NOAS, Pacto pela Saúde). A implementação do Pacto pela Saúde no Rio Grande do Sul foi um processo lento e conturbado, sofrendo pressões internas e externas. A adesão ao Pacto no RS ocorreu em 2007, entretanto, os Municípios só iniciaram o processo de pactuação no início de 2010 (aprovação pela CIT). Em praticamente todo o período de gestão da Governadora Yeda Crusius o Estado teve zero por cento (0%) de adesão Municipal. Com a mudança de gestão, houve continuidade no processo, mas sem alterações significativas. Em 2012 o Rio Grande do Sul estava em 3º lugar entre os Estados que menos pactuaram, com 69,15% de não adesão Municipal ao Pacto pela Saúde, resultado de problemas de diversas ordens (política, organizacional, técnica). Atores externos, com representatividade e força política organizada, influenciaram para a não-adesão, impedindo que questões importantes tivessem impacto sobre as mudanças na agenda. O aumento da responsabilidade dos Municípios sobre o planejamento e as ações da saúde repercutem de forma positiva e negativa para os atores. A regionalização da saúde, como estratégia para o desenvolvimento regional não foi discutida no momento de adesão e planejamento do Termo de Compromisso de Gestão. Por fim, as dificuldades do Estado em traçar um planejamento que produza impacto no enfrentamento de problemas com a articulação das esferas de gestão e com seus entes descentralizados (CRS) agravaram o cenário que dificultou a implementação da política. Por duas gestões, o Pacto pela Saúde não foi tratado como prioridade no Estado, fazendo com que a política não se tornasse uma Agenda Decisional para os governantes.

Palavras-chave: Políticas Públicas, Agenda-Setting, Pacto pela Saúde.

## ABSTRACT

This is a study of the process of formulation of the agenda of the Pact for Health in the state of Rio Grande do Sul, during the government of Yeda Crusius and Tarso Genro, with focus on regionalization, approaching how the state government played its institutional role on the Unified Health System. The purpose of the research is to analyze the health agenda of the state of Rio Grande do Sul between 2007-2012 with focus on the assumptions of the Pact for Health, which defines the strategy of SUS regionalization. In order to do so, we used the theoretical models of agenda formation (*agenda-setting*) that highlight the dynamics of agents and their influence in the formulation of government agenda, together with data from both materials and publications of the State and Federal Government, as well as reports related to the topic. The research focused on a case study analyzing the 13th Regional Health Coordination - CRS, through the cities of Santa Cruz do Sul and Venâncio Aires, considering the actions of the State Health Department on policy, through a qualitative research. The subjects of the research were managers, technicians and coordinators, who worked on the implementation of the Pact for Health process. We have carried out a documentary and bibliographical investigation, systematic observation and interviews with the agents. For the analysis of the data, we have chosen to work with the dialectic method through Minayo (2007). To contextualize the specificities of the theme, the concepts of public policy, the theory of Multiple Streams of Kingdon (1995) were researched, as well as a retrospective on the National Health Conferences and Public Policies in contemporary Brazil (NOB, NOAS, Pact for Health) . The implementation of the Pact for Health in Rio Grande do Sul was a slow and messy process, suffering internal and external pressures. The joining to the Pact in RS occurred in 2007, however, the cities only began the process of agreement in early 2010 (approval by CIT). In virtually all the management period of Governor Yeda Crusius, the State had zero percent (0 %) of City endorsement. With the change in management, there was continuity in the process, but without significant changes. In 2012, Rio Grande do Sul was in 3rd place among the states that agreed less, with 69.15% of no City Endorsement in the Pact for Health Pact, result of problems of several origins ( political, organizational, technical). External agents, with representation and organized political force, influenced the lack of endorsement, preventing important issues from having an impact on changes in the agenda. The increase of responsibility of the cities on the planning and on the actions of health influenced the agents positively and negatively. The regionalization of health care as a strategy for regional development was not discussed at the time of the endorsement and planning of the Management Agreement. Finally, the state's difficulties in tracing a planning that produces impact on the confrontation of problems with the articulation of levels of management and its decentralized entities (CRS) worsened the scenario that hindered the implementation of the policy. For two terms, the Pact for Health was not treated as a priority in the state, making the policy does not become a Decisional Agenda for the rulers.

Keywords: Public Policies, Agenda-Setting, Public Health, Pact for Health.

## LISTA DE FIGURAS

Figura 1- Modelo Explicativo do Ciclo da Política Pública de Kingdon.....	26
Figura 2 - Os três principais componentes do processo da <i>Agenda-Setting</i> .....	30
Figura 3 - Modelo de Múltiplos Fluxos de Kingdon.....	40
Figura 4 - Mapa da 13ª Coordenadoria Regional de Saúde – CRS.....	87



## LISTAS DE QUADROS

Quadro 1 - Tipos de Agenda.....	32
Quadro 2 - Retrospectiva das Conferências Nacionais de Saúde – CNS. Período Pré-Ditadura.....	47
Quadro 3 - Retrospectiva das Conferências Nacionais de Saúde – CNS. Período da Ditadura.....	49
Quadro 4 - Retrospectiva das Conferências Nacionais de Saúde – CNS. Desde 1986 até 2011 - Democracia.....	57
Quadro 5 - Normas Operacionais Básicas – NOBs.....	62
Quadro 6 - Normas Operacionais da Assistência à Saúde – NOAS.....	67
Quadro 7 - Eventos sobre o Pacto pela Saúde no Rio Grande do Sul.....	99
Quadro 8 - Eventos da Secretaria Estadual de Saúde sobre o Pacto pela Saúde.....	120

## LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Síntese dos dados sobre a implementação do Pacto pela Saúde por Estado – Brasil, 2006 a 2010.....	98
Tabela 2 - Percentual de Adesão Municipal ao Pacto (2011 - 2012).....	103
Tabela 3 - Não adesão por UF em ordem alfabética.....	104
Tabela 4 - Não adesão por UF em ordem e percentual.....	104
Tabela 5 - Não adesão Municipal por Estados e Regiões de Saúde.....	105

## LISTA DE SIGLAS

AGHOS	Gestão e Regulação Assistencial e Financeira de Saúde
ASSEDISA	Associação dos Secretários e Dirigentes Municipais de Saúde
CDES	Conselho de Desenvolvimento Econômico e Social
CES	Conselho Estadual de Saúde
CIT	Comissão Intergestores Tripartite
CLT	Consolidação das Leis Trabalhistas
CNS	Conferências Nacionais de Saúde
CNM	Confederação Nacional dos Municípios
COAP	Contrato Organizativo de Ação Pública
CONASS	Conselho Nacional de Secretários de Saúde
CONASEMS	Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde
CRS	Coordenadoria Regional de Saúde
COSEMS	Conselho das Secretarias Municipais de Saúde
DFS	Delegacias Federais de Saúde
DNS	Departamento Nacional de Saúde
ESF	Estratégia de Saúde da Família
FAMURS	Federação das Associações de Municípios do Rio Grande do Sul
INAMPS	Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social
MESP	Ministério da Educação e Saúde Pública
MS	Ministério da Saúde
NOB	Norma Operacional Básica
NOAS	Norma Operacional de Assistência à Saúde
OMS	Organização Mundial de Saúde
PDR	Plano Diretor de Regionalização
PPI	Programação Pactuada e Integrada
RS	Rio Grande do Sul
RSB	Reforma Sanitária Brasileira
SBS	Serviços Básicos de Saúde
SES	Secretaria Estadual de Saúde
SESP	Serviço Especial de Saúde Pública
SUDS	Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
TCG	Termo de Compromisso de Gestão
UPA	Unidades de Pronto Atendimento
<b>PARTIDOS</b>	
DEM	Democratas
PFL	Partido da Frente Liberal
PSDB	Partido da Social Democracia Brasileira
PT	Partido dos Trabalhadores
PSB	Partido Socialista Brasileiro

## SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	13
2 ELEMENTOS PARA COMPREENSÃO DA PROBLEMÁTICA DA PESQUISA.....	18
2.1 Formação da Agenda Governamental - um passo decisivo para a gestão.....	18
2.1.1 Agenda- <i>setting</i> : conceitos e definições .....	28
2.1.2 Modelo de <i>Multiple Streams</i> : os três fluxos.....	33
2.1.3 Atores na definição da agenda.....	41
3 SAÚDE PÚBLICA NO BRASIL – AS CONFERÊNCIAS NACIONAIS DE SAÚDE E SEU LEGADO PARA AS MUDANÇAS NA SAÚDE.....	44
3.1 SUS no Brasil contemporâneo.....	58
3.2 Pacto pela Saúde.....	71
3.2.1 Pacto pela Gestão.....	75
4 A TRAJETÓRIA METODOLÓGICA DA INVESTIGAÇÃO.....	84
4.1 Caracterização do estudo.....	84
4.2 A operacionalização da pesquisa: delimitação geográfica.....	86
4.3 Inserção no campo de estudo e coleta de dados.....	87
5 RESULTADOS E DISCUSSÕES – ELEMENTOS PARA DA AGENDA ESTADUAL DE SAÚDE.....	93
5.1 Atores da Agenda Estadual.....	107
5.2 A visão dos atores sociais sobre o Pacto pela Saúde.....	110
5.2.1 Eixo de Análise 1: Pacto pela Saúde – os entraves do processo de Adesão.....	110
5.2.2 Eixo de Análise 2: Pacto pela Gestão – construindo uma nova forma de gestão do SUS.....	123
5.2.3 Eixo de Análise 3: A visão dos atores sobre o Pacto pela Saúde.....	131
CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	134
REFERÊNCIAS.....	139
APÊNDICE.....	153
APÊNDICE A.....	154
APÊNDICE B.....	155

## 1 INTRODUÇÃO

Este é um estudo que versa sobre a agenda de governo na saúde, o que inspira pensar a atenção à saúde do ponto de vista do território, do “lugar em que desembocam todas as ações, todas as paixões, todos os poderes, todas as forças, todas as fraquezas, isto é, onde a história do homem plenamente se realiza a partir das manifestações da sua existência” (SANTOS, 2011a, p. 13). Território este, em que são executadas as Políticas Públicas, que pode ser compreendido como a área geográfica de atuação de uma Estratégia de Saúde da Família - ESF, os limites Municipais, ou mesmo, se espacializar de acordo com as relações econômicas e culturais existentes.

A territorialização da saúde pressupõe compreender a realidade sócio-espacial, econômica e cultural existente e com isso, as relações de poder e entre os poderes, além dos arranjos político-institucionais para desenvolver ações com o intuito de melhorar a saúde da população, contemplar os preceitos constitucionais do Sistema Único de Saúde - SUS de universalidade, integralidade, equidade, primar pela atenção básica e, com isso, minimizar os indicadores de mortalidade materno-infantil, internações hospitalares por cardiopatias entre outros agravos.

Esses conjuntos de vários territórios municipais formam as regiões de saúde. Para conhecermos uma região é preciso esmiuçar sua “composição enquanto organização social, política, econômica e cultural” (SANTOS, 1988a, p. 17) e compreender desde o homem até as instituições inseridas nestes contextos; desvendando as relações existentes, poderemos vislumbrar as transformações ocorridas em um determinado território, no tempo e no espaço, pois, segundo Santos (1988a, p. 20),

cada lugar é singular, e uma situação não é semelhante a qualquer outra. Cada lugar combina de maneira particular variáveis que podem, muitas vezes, ser comuns a vários lugares. (...) A generalização nos dá a listagem das possibilidades; a individualização nos indica como, em cada lugar, algumas dessas possibilidades se combinam.

O Sistema Único de Saúde - SUS é reconhecido internacionalmente como um dos melhores Sistemas de Saúde do mundo, sendo referência na área. Entretanto, possui grandes problemas na implementação, gestão dos serviços, acessibilidade, entre outros (SCHEIDER et al., 2009).

O desdobramento do processo de implementação de uma política pública envolve as relações político-institucionais, com o intuito de criar condições para desenvolver uma agenda estadual que contemple as diferenças regionais e crie condições para o desenvolvimento da

saúde. Entretanto, esta arena decisória que é responsável pela aprovação, ou mesmo, pelo rumo que a política terá, precisa ser conhecida e cuidadosamente estudada.

Este estudo pretende analisar a agenda Estadual do Rio Grande do Sul na área da saúde, com foco no Pacto pela Saúde e quais as implicações desta política no território, com vistas à regionalização da saúde que está inserida no Pacto pela Gestão. A regionalização é o eixo que irá orientar a descentralização das ações e serviços e os processos de pactuação e negociação entre os gestores<sup>1</sup>. Para compreender este cenário em que foi desenvolvido a Agenda Estadual e que se encontra a política do Pacto pela Saúde, utilizou-se a teoria de Múltiplos Fluxos de John Kingdon (1995).

O Pacto pela Saúde é um conjunto de reformas institucionais construídas com base em anos de debates entre Ministério da Saúde (MS), Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS) e o Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (CONASEMS), conferências, que pudessem contemplar a atenção à saúde da população com medidas que fossem adotadas e especificadas como forma de compromisso das três esferas de gestão do Sistema Único de Saúde (União, Estados e Municípios). Por mais que esteja previsto na Lei 8080/90, a atenção integral à saúde encontra dificuldades práticas de concretização em todos os Municípios brasileiros.

Conforme a Portaria/GM nº 399, de 22 de fevereiro de 2006, que contempla o Pacto firmado entre os gestores do SUS, o Pacto pela Saúde é dividido em três (3) dimensões: Pacto pela Saúde, em defesa do SUS e da Gestão (BRASIL, 2006a, p. 3).

Com o intuito de minimizar os danos e garantir saúde a toda a população, foi firmado um acordo entre os três gestores do SUS, tendo como objetivo “contribuir na qualificação de um conjunto de questões que ainda são entraves na implementação e funcionamento do SUS e que impedem a radicalização da reforma sanitária brasileira” (SCHNEIDER et al., 2009, p. 7).

Ao assinar o Pacto, o Município passa a ter maior responsabilidade com a gestão da saúde. Os gestores se comprometem a realizar o Plano Gestor, especificando metas e formas de soluções, a defender o SUS, a pensar em saúde pública com um olhar diferenciado, resgatando os princípios organizadores da Reforma Sanitária, a construir um planejamento de ações regionais e não apenas Municipal. A região, quando pensada com sólidas propostas e visando o coletivo, possui maiores condições de atender a demanda reprimida, a otimizar os recursos financeiros e contemplar as necessidades da população.

---

<sup>1</sup> A política nacional de atenção à saúde a partir dos debates e documentos nos anos noventa e dois mil tem afirmado em seus programas o imperativo da noção de territorialização da saúde em seus vários termos e significados, na condição de lógica de ação ordenadora das práticas preventivas e curativas.

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 (BRASIL, 2002, p. 9).

A saúde é uma área complexa e sua gestão exige tanto um olhar técnico, quanto político. Nesse sentido, as decisões que fazem avançar ou estagnar várias das propostas no plano dos governos subnacionais – aqui representados pelo Plano Decisório Estadual - dependem de um conjunto complexo de atores e instituições, mobilizando interesses raramente convergentes. Desta forma, o estudo de um capítulo importante da Política Nacional de Saúde – o Pacto pela Saúde – tem encontrado dificuldades de várias ordens para sua implementação no país, com diferentes perfis de articulação político-institucional.

Partindo do pressuposto de que a territorialização da atenção à saúde, via regionalização do sistema, seja um princípio ordenador desejável para a melhor resolutividade e racionalização dos recursos, cabe compreender alguns dos pontos críticos que dificultam sua implementação e, conseqüente operacionalização.

Embora alguns estudos (WEIGELT, 2006; BARRIOS, 2009; KLEIN, 2010; PREUSS, 2011) tenham revelado as zonas de “sombra” produzidas por processos de gestão na ponta do sistema – local/regional – cabe neste caso específico, investigar algumas das questões consideradas de fundo para a efetivação de uma agenda estadual, cuja origem pode estar nas dificuldades técnicas e políticas deste nível.

Um dos aspectos a serem investigados tem a ver com a multiplicidade de atores com divergências de várias origens, tornando o “teatro decisório” complexo de elevado nível de incerteza política-administrativa.

Em decorrência, as condições de incerteza impõem para os governos estaduais dificuldades para a definição e operacionalização do Pacto pela Saúde. Analisar a agenda de governo na área da saúde dos últimos dois governos do Rio Grande do Sul, nos permitirá compreender como os gestores abordaram e, estão abordando, o tema Pacto pela Saúde e seu processo de Regionalização.

O Pacto pela Saúde (mencionado como “Pacto”) foi assinado em 2006 pelo Ministério da Saúde (MS), entretanto, apenas o estado de Tocantins aderiu ao pacto neste mesmo ano. A adesão de mais de 50% dos Estados (incluindo o Rio Grande do Sul - RS), ocorreu em 2007, ano que iniciou a gestão da Governadora Yeda Crusius, no Rio Grande do Sul. A adesão dos

demais Estados ocorreu nos anos seguintes de 2008 (nove Estados), 2009 (um Estado) e o último foi o Amazonas, em 2010.

Além de promover os processos e instrumentos da gestão do SUS, o Pacto pretende fortalecer a saúde municipal, principalmente a atenção básica e fazer com que haja uma rede de serviços regionalizados. Entretanto, para que isso ocorra, a adesão dos Municípios - devido ao acordo ser realizado entre as três esferas de gestão - é imprescindível. No Rio Grande do Sul esta adesão só iniciou em 2010, três anos após a assinatura do Pacto e no final do governo Yeda. O RS conta, com 69,2% de não adesão dos Municípios. Esse dado tão alarmante coloca o RS em 3º lugar entre os Estados com maior número de Municípios que não aderiram ao Pacto, apenas ficando melhor colocado que os Estados do Amazonas e do Piauí.

O estudo deste processo complexo de pactuação a partir do governo Federal envolve todos os entes federados com vistas a cumprir a execução da Agenda Nacional de Saúde. Neste sentido, a pesquisa traz como tema central, uma aproximação com os movimentos institucionais gerados a partir da assinatura do Pacto do Estado do Rio Grande do Sul com a União.

Diante desses impasses, formulou-se a seguinte questão problema: como foram desenvolvidas as agendas Estaduais com foco no Pacto pela Saúde e seu processo de regionalização no Estado do Rio Grande do Sul no período de 2007 a 2012?

Para responder esta questão buscamos analisar a agenda em saúde do Estado do Rio Grande do Sul no período 2007-2012 com foco nos pressupostos do Pacto pela Saúde, que definem a estratégia de regionalização do SUS.

Como objetivos específicos, buscou-se: 1. Avaliar a definição oficial pelos governos estaduais dos períodos em estudo, quanto à formalização dos termos de adoção do Pacto pela Saúde como formulação estratégica para o SUS; 2. Inventariar, delimitar e descrever, um conjunto de documentos, que defina as intenções dos governos do RS com relação à adoção do Pacto como agenda decisional e as diretivas correspondentes ao processo de sua implementação no Rio Grande do Sul; 3. Verificar as ações administrativas gerados pela 13ª Coordenadoria Regional de Saúde e atos políticos gerados no executivo estadual durante o período, que sinalizem para o esforço de implementação do Pacto; 4. Identificar os principais pontos de divergência entre os atores estratégicos com relação ao SUS, a respeito da operação da agenda decisional de governo.

O presente trabalho está organizado em quatro **cinco** capítulos. O primeiro capítulo consiste na Introdução, o segundo e o terceiro se referem ao arcabouço teórico, com a discussão da leitura e elementos que permitem a compreensão da problemática da pesquisa. Esta divisão



tem como base a formação da agenda-*setting*<sup>2</sup>, a trajetória da Saúde Pública no Brasil até o Pacto pela Saúde, focando a Regionalização da saúde e seu impacto no território.

O quarto capítulo do trabalho consiste no mapeamento da trajetória metodológica da investigação. Por sua vez, a quinta e última divisão refere-se a análise dos resultados e discussões da pesquisa a qual emergiu do material empírico. A primeira parte dos resultados aborda os elementos da Agenda Estadual de Saúde, relacionando com a Teoria dos Múltiplos Fluxos de Kingdon, posteriormente, a visão dos atores sobre a política enriquece a pesquisa, ao mesmo tempo que elucida diversas indagações. Nesta descrição estão caracterizadas as relações intergovernamentais e os atores internos e externos que, de alguma forma, influenciaram na formação da agenda estadual de saúde. Na sequência do trabalho são apresentadas as considerações finais, as referências bibliográficas e os anexos.

Por ser uma política recente, existe um vasto campo de estudo necessitando ser desvendado e aprimorado. Compreender as particularidades do processo de pactuação nos permitirá construir bases teóricas que contribuirão no processo de desenvolvimento desses programas, a fim de melhorar as condições de saúde da população tanto em âmbito regional quanto Estadual.

---

<sup>2</sup> A teoria sobre Agenda-*setting* aqui abordada será com base nas definições de Kingdon (1995). Segundo Traquina (2000) a primeira hipótese da teoria do agendamento teria se iniciado com Walter Lippmann em 1922 (abordando o que hoje é chamado de agenda pública), posteriormente, autores como Cohen (1963), McCombs e Shaw (1972), Rogers e Dearing (1988) fortaleceram a teoria e ampliaram as linhas de investigação propondo o processo do agendamento: agenda midiática, agenda pública e agenda da política pública (*policy agenda-setting*).

## 2 ELEMENTOS PARA COMPREENSÃO DA PROBLEMÁTICA DA PESQUISA

Esta pesquisa busca compreender a formação e o desenvolvimento da Agenda Estadual de Saúde com foco nos pressupostos do Pacto pela Saúde, que definem a estratégia de regionalização do SUS. Para tanto, com o intuito de auxiliar na compreensão do problema de pesquisa, o arcabouço teórico do trabalho fundamentou, primeiramente, a análise da construção da agenda de políticas, desde os conceitos de Políticas Públicas até o ciclo da política, agenda-*setting*.

Por ser uma política que faz parte da agenda Nacional do Ministério da Saúde, os Estados, utilizando os instrumentos advindos da União, construíram suas Agendas Estaduais. Entretanto a formação desta Agenda Estadual possui suas peculiaridades frente à formação de uma Agenda Nacional. Para compreender como o Estado do Rio Grande do Sul desenvolveu a agenda da saúde, referente ao Pacto, utilizou-se o modelo do processo de formação da agenda de políticas governamentais proposto por Kingdon – modelo de Múltiplos fluxos.

Posteriormente, o referencial teórico propõe uma discussão sobre a saúde no Brasil, a fim de compreender o processo de formação do Sistema de Saúde brasileiro. Para isso, esta pesquisa abordou pontos importantes como uma retrospectiva histórica das Conferências Nacionais de Saúde e o legado para a saúde contemporânea, até o Pacto pela Saúde, mais especificamente o pacto pela gestão, do qual será dado mais ênfase.

### 2.1 Formação da Agenda Governamental - um passo decisivo para a gestão

O estudo das Políticas Públicas é fundamental para a vida em sociedade, pois busca compreender a capacidade do governo de intervir na solução dos problemas públicos. Em outras palavras, podemos dizer que é a análise do “público e seus problemas” (DEWEY, 1927 apud PARSONS, 2007, p. 31)<sup>3</sup>.

Esta pesquisa se baseia na análise da formação da Agenda Estadual de Saúde do Estado do Rio Grande do Sul, entretanto, por ser uma área complexa e pouco estudada, principalmente no campo da saúde, este trabalho inicia seu campo teórico-metodológico conceituando a área das Políticas Públicas e o marco de análise a qual se enfoca a formulação das mesmas.

A Política Pública como disciplina acadêmica e campo de conhecimento, possui uma longa trajetória<sup>4</sup>. Nasceu nos Estados Unidos, dentro da academia e direcionava seu campo de

<sup>3</sup> DEWEY, J. *The Public and its Problems*. New York: H Holt and Company, 1927.

<sup>4</sup> No final do século XIX, conforme Aguilar Villanueva (1992a), os grandes departamentos de filosofia abriram espaço para que áreas como direito, psicologia, economia, ciências políticas discutissem ciências políticas,

pesquisa mais para as análises de inter-relações entre as instituições políticas e as decisões públicas, dando ênfase à ação dos governos e não às produções dos governos. Diferente da Europa, que os campos de política só ganharam força nos anos 70 (AGUILAR VILLANUEVA, 1992a; FREY, 2000), “como um desdobramento dos trabalhos baseados em teorias explicativas sobre o papel do Estado e de uma das mais importantes instituições do Estado - o governo -, produtor, por excelência, de políticas públicas” (SOUZA, C., 2006, p. 22). No Brasil, as pesquisas sobre as análises das decisões políticas ganharam força recentemente e ainda são esporádicas. Em sua maioria, estes estudos focalizam dois pontos de análise: quanto aos processos de negociação das políticas setoriais específicas ou então, quanto as estruturas e instituições (FREY, 2000; SOUZA, C., 2006; TREVISAN; BELLEN, 2008).

Nos últimos anos, as pesquisas na área de Políticas Públicas no Brasil cresceram consideravelmente. Trevisan e Bellen (2008), abordam essa multiplicação de trabalhos relacionados às políticas governamentais, além da criação, em muitas academias, de disciplinas de Políticas Públicas em cursos de graduação e pós-graduação, com linhas de pesquisas que se referem ao tema. Uma importante área que ainda é pouco difundida no país, apesar do aumento [embora pequeno] de eventos e fóruns que proporcionem um debate sobre Políticas Públicas. Essa escassez de pesquisas sobre temas governamentais, resulta em baixa capacidade de conhecimento e principalmente, na falta de compreensão sobre o sucesso e o fracasso das Políticas Públicas, que são fatores fundamentais para o melhor desempenho da administração pública, entretanto, tais ações perpassam certas análises sobre o “Estado em ação” (TREVISAN; BELLEN, 2008).

Na área da saúde, os estudos, muitas vezes, direcionam o enfoque das análises à eficácia e efetividade das Políticas Públicas (VASCONCELLO; DIAS, 2001; PREUSS, 2011), buscando compreender o nexo causal entre um determinado tipo de problema e as formas para solucioná-los. Entretanto, poucas são as pesquisas (CAPELLA, 2004; SOUZA, C., 2006; PINTO, 2004) que abordam a instituição pública, as decisões públicas ou mesmo a formação da agenda-*setting*, seja ela nacional ou estadual, que proporciona a identificação das intenções

---

entretanto havia uma resistência quanto aos formatos de análises. Foi então, que em 1920 e 1930 surgiu, através da reação dos estudos sociais e jurídicas, uma forte iniciativa de mobilização das ciências políticas. Intitulado Movimento das Ciências Políticas, formado por Lasswell e outros grandes intelectuais, respeitados em suas áreas e das mais renomadas academias, como “Charles E. Merriam y Lasswell en ciencia política; Edward Sapir en lingüística; Robert Park en sociología; GeorgeHerbert Mead, Clyde Kluckhon y Margaret Mead en antropología; Myres McDougall en derecho; Harry Stack Sullivan en siquiatria; y Gilbert White en geografia” (Ascher, 1992, p. 184). Estes autores, comprometidos com os assuntos públicos buscaram analisar o comportamento humano, “hace suyo el principio "intencionalista" de que los esfuerzos individuales por maximizar resultados considerados valiosos suministran la base fundamental para comprender la conducta individual (ASCHER, 1992, p. 182).

e de condutas individuais e/ou coletivas de atores importantes na condução da elaboração das Políticas Públicas.

Política Pública é o campo da ciência que busca compreender a ação (ou inação) do governo sobre temas que necessitam de uma intervenção<sup>5</sup>. Podemos dizer que tem a ver com a trajetória de ação e inação<sup>6</sup> do governo em suas respostas aos problemas públicos. Estas ações estão associadas com meios e objetivos formalmente aprovados, bem como a regulação de práticas de agências que implementam programas (SOUZA, C., 2006; PARSON, 2007; KRAFT; FURLONG, 2013).

Por ser uma área multidisciplinar, estudada pela economia, ciências políticas, direito, sociologia, saúde, entre tantas outras, há um leque de conceitos para definir o campo das Políticas Públicas, de acordo com o enfoque específico de cada uma dessas áreas, não tendo, no entanto, um consenso sobre a melhor definição do tema.

Algumas dessas definições são abordadas por Souza C. (2006, p. 24) que traz a visão de alguns especialistas como Mead, Lynn, Peters, Dye sobre o tema. Esses autores definem os estudos em Políticas Públicas como sendo uma análise das ações do governo e como estas influenciam (direta ou indiretamente) na vida de seus cidadãos.

Mead (1995) a define como um campo dentro do estudo da política que analisa o governo à luz de grandes questões públicas e Lynn (1980), como um conjunto de ações do governo que irão produzir efeitos específicos. Peters (1986) segue o mesmo veio: política pública é a soma das atividades dos governos, que agem diretamente ou através de delegação, e que influenciam a vida dos cidadãos. Dye (1984) sintetiza a definição de política pública como ‘o que o governo escolhe fazer ou não fazer’. A definição mais conhecida continua sendo a de Laswell, ou seja, decisões e análises sobre política pública implicam responder às seguintes questões: quem ganha o quê, por quê e que diferença faz (SOUZA, C., 2006, p. 24).

A análise do processo de formação da Política Pública é um tema extremamente complexo, por envolver uma diversidade de elementos como: grande número de atores envolvidos, valores, interesses, recursos, em algumas áreas da Política exige-se diferentes níveis de governo, comprometimento dos atores envolvidos, ciclo da política muito longo, entre tantos outros. Entretanto, mesmo diante da importância da análise das relações da mobilidade

---

<sup>5</sup> Nas palavras dos autores Kraft e Furlong (2013, p. 3): “Public Policy is what public officials within government, and by extension the citizens they represent, choose to do or no to do about public problems. Public problems refer to conditions the public widely perceives to be unacceptable and the therefore require intervention”.

<sup>6</sup> Segundo o dicionário de língua portuguesa, inação significa falta de ação, de trabalho. Indecisão, inércia. Em um determinado momento o governo pode adotar a estratégia de inércia para determinados assuntos, de acordo com seus interesses. De acordo com Parsons (2007) o conceito moderno de *policy* se refere a uma lógica racional, uma manifestação de juízo (decisão) ponderada. O mesmo autor traz como exemplo a inércia de alguns políticos que aceitam a ausência de políticas sobre determinados temas. E aborda que uma política pública também significa a tentativa de definir e estruturar uma base racional para não atuar.

política de gestão e execução das ações, esta é uma área que, por vezes, é analisada de forma simplista em relação a sua efetividade (SABATIER, 2010).

Charles Lindblom (1991) ressalta que mesmo que todos queiram bem estar, saúde, alimentação, segurança, existem inúmeras formas de contemplar essas necessidades básicas, em virtude de cada uma dessas demandas exigirem políticas muito variadas. Por vezes, esses anseios não são uma preferência política, embora provenientes da sociedade, para todos os indivíduos. O que quer dizer que existem muitas necessidades assim como, inúmeras formas de contemplá-las, entretanto, nem sempre um problema vira uma Política Pública.

O autor traz como exemplo o desejo por alimentos; as demandas políticas para contemplar esta área podem estar relacionadas tanto com a redução dos preços dos alimentos quanto com programas rurais de extensão da produção, reformas na agricultura, importação de produtos. Deixando claro a conexão entre as duas vertentes: necessidade de alimentação e demandas políticas.

Esses desejos e demandas produzidas pelo sistema, dependem da visão dos próprios cidadãos, além dos atores centrais das Políticas Públicas e demais atores que fazem parte deste processo, sobre o que eles querem das Políticas Públicas. As posições deles neste jogo de poder, influenciará na elaboração desta política, pois

Un sistema de elaboración de políticas públicas tiene por sí mismo un gran efecto en las aspiraciones, opiniones, actitudes a las que las políticas responde. Esta no funciona como una máquina en la que la gente introduce sus deseos o necesidades y de la que salen los resultados para satisfacerles. La propia máquina produce deseos y necesidades. Moldeando las aspiraciones de los ciudadanos, incorpora algunos temas a la agenda política y rechaza otros, pone algunas políticas pero no todas ante los ciudadanos y decisores de políticas públicas para que puedan elegir y formar su opinión para que haga la elección (LINDBLUM, 1991, p. 145-146).

A literatura sobre ‘*Policy Analysis*’<sup>7</sup> classifica três dimensões consideradas fundamentais para a compreensão das Políticas Públicas. As denominações em inglês se referem: *Policy*, que é a Política Pública, o conteúdo da política, a decisão de governo, resultados, programas, não possui uma tradução literal do idioma inglês para o português. O termo *Politics* (política), é o processo político, o conflito de interesse, o sistema político ou o ‘fazer política’, a luta pelo poder e o *Polity* como o sistema institucional político, ‘a sociedade política’ (SOUZA, 2006b).

A dimensão institucional ‘polity’ se refere à ordem do sistema político, delineada pelo sistema jurídico, e à estrutura institucional do sistema político-administrativo;

---

<sup>7</sup> Para se ter maior compreensão sobre policy analysis, autores como Pinto (2004), Parson (2007), Souza (2006b), Frey (2000), Meny e Thoenig (1992) discorrem sobre o tema.

No quadro da dimensão processual 'politics' tem-se em vista o processo político, frequentemente de carácter conflituoso, no que diz respeito à imposição de objetivos, aos conteúdos e às decisões de distribuição;  
 A dimensão material 'policy' refere-se aos conteúdos concretos, isto é, à configuração dos programas políticos, aos problemas técnicos e ao conteúdo material das decisões políticas (FREY, 2000, p. 216-217).

Ao discutir a *policy*, é necessário compreender que esta é uma área que emana diversos interesses. Primeiramente, por ser desenvolvida com base em intenções de governo, sofre pressão tanto interna (judiciário, legislativo, executivo, câmara, assembleia) - incluindo os partidos opostos - quanto externa, que são os grupos sociais (Organizações Não Governamentais - ONGs, sindicatos, conselhos, comunidade académica, religiosos). Esse conjunto de atores<sup>8</sup> que influenciará, direta ou indiretamente, no resultado da Política Pública é denominado arena decisória. As relações entre os atores e as instituições se caracteriza em uma relação de poder diante da influência destes atores sociais na arena política e no desenvolvimento e formulação de políticas, pois, os interesses que rondam este terreno de incertezas e, ao mesmo tempo, as diferentes visões de mundo correspondentes às suas posições e contextos sociais, constroem as posições políticas e ideológicas dos envolvidos e, assim, suas decisões frente as decisões apontadas.

Contradizendo a teoria de Lewi, Frey (2000) afirma que a suposição do autor de que *politics* determina *policy* pode ser válida para analisar algumas teorias como a 'polity issue' e diante de condições específicas, mas jamais pode ser entendida como uma 'lei global'.

As três dimensões de políticas públicas – *policy*, *politics* e *polity* - conceituadas anteriormente, não realizam papel independente, mas sim, se inter-relacionam durante o processo. Segundo Frey (2000), mesmo que o arcabouço institucional que limita o processo político possa se manter estável durante um longo período, existem as relações de força e as disputas políticas que deixam marcas nos programas e projetos que são desenvolvidos e implementados.

---

<sup>8</sup> Atores são representantes com papel importante na organização do sistema, têm capacidade para influenciar direta ou indiretamente, na direção da Política Pública. São indivíduos, organizações, grupos que desempenham papel na área política. Podemos classificá-los como atores sociais (organizações civis) e atores políticos (exercem alguma função no Governo ou Estado. Podem ser representantes eleitos ou atuando de forma permanente, servidores públicos), (CALDAS, 2008; HOUTZAGER; GURZA LAVALLE; ACHARYA, 2004).

No universo de ação de atores sociais que agem para produzir certa conformação das necessidades como foco de políticas de saúde, a multiplicidade dos atores envolvidos tem mostrando a impossibilidade de se ter, nas políticas instituídas, o abarcamento do conjunto dos interesses construtivos do setor saúde, a não ser por pactuação social, expressa das formas mais distintas por mecanismos mais amplos de envolvimento e negociação, ou mesmo por práticas mais impositivas e excludentes (AARESTRUP; TAVARES, 2008) - [www.fen.ufg.br/revista/v10/n1/v10n1a21.htm](http://www.fen.ufg.br/revista/v10/n1/v10n1a21.htm).

A saúde é uma área em que estas inter-relações estão presentes e são visivelmente apresentadas. Os interesses econômicos eventualmente se sobressaem aos interesses da Saúde Pública, fazendo com que, diante da força empregada no sistema-administrativo, as novas condições de *'politics'* modifiquem a política original.

Embora haja várias classificações das Políticas Públicas, abordaremos dois enfoques importantes para análise: o primeiro diz respeito à análise em e para a formulação de políticas públicas, que compreende o uso de técnicas e conhecimentos analíticos, investigação e posicionamento na definição dos problemas, tomada de decisão, implementação e evolução. O segundo enfoque é o que se baseia esta pesquisa e refere-se à análise do processo das políticas públicas que definem os problemas e as agendas, como se formulam as políticas públicas, como se tomam as decisões, como se implementam e evoluem as Políticas Públicas (PARSONS, 2007).

A análise das Políticas Públicas inclui tanto a descrição de uma política em particular, a forma como esta se desenvolve em relação a outras, ou mesmo a elaboração de um marco teórico que proporcione uma crítica sobre uma determinada política, quanto a determinação das políticas, procurando indagar o 'como', 'quando', 'por quê' e 'para quem' são formuladas as Políticas Públicas (PARSONS, 2007).

Nas últimas décadas, muitas foram as teorias desenvolvidas para explicar o processo de como e porque o governo faz, ou deixa de fazer – ação e inação – ações importantes para a vida do cidadão. Entre estes modelos estão o incrementalismo, o ciclo da política, escolha racional, modelo *Garbage can*, escolha múltipla, coalizão de defesa, arenas sociais (PINTO 2004; SOUZA, 2006b).

Diferente da análise de Política Pública pelo método quantitativa, que obriga o pesquisador a trabalhar com dados reduzidos, o método qualitativa, proporciona um intenso mergulho nas particularidades, com o intuito de investigar a vida política dos processos políticos-administrativos (FREY, 2000). Para isso, esta pesquisa abordará duas categorias, as *'policy arena'* e o *'policy cycle'*, relevantes para a *'policy analysis'*.

#### a) Policy Arena

O primeiro autor que introduziu o conceito da *'policy arena'* nos debates de Política Pública, segundo Frey (2000), foi Theodor Lowi, em 1964. O conceito de arena política refere-se tanto as noções dos espaços políticos conflituosos, quanto ao papel que os atores desempenham e aos espaços decisórios que irão direcionar as posições e estruturas setoriais de

relação dos atores envolvidos (CORTÊS, 2009). Podemos dizer que as pessoas afetadas pelas medidas, terão ações e reações com efeitos antecipativos, que repercutirão nas tomadas de decisões e na implementação da política. Neste contexto estão inseridos os custos e os benefícios esperados pelas pessoas sob tais medidas, que configuram o processo político (FREY, 2000).

Segundo Souza (2006b), Lowy desenvolveu um modelo de teoria que é, hoje, uma das tipologias mais conhecidas sobre Políticas Públicas; propondo que “a política pública faz a política” e defende que “cada tipo de política pública vai encontrar diferentes formas de apoio e de rejeição e que disputas em torno de sua decisão passam por arenas diferenciadas” (SOUZA, 2006b, p. 28). A teoria de Lewi, aborda que a *policy* pode assumir quatro formatos: 1) políticas distributivas; 2) políticas regulatórias; 3) política redistributiva; 4) política constitutiva. “Cada uma dessas Políticas Públicas vai gerar pontos ou grupos de vetos e de apoios diferentes, processando-se, portanto, dentro do sistema político de forma também diferente” (SOUZA, 2006b, p. 28).

Outro tipo de Política Pública é o processo incremental, desenvolvido por autores como Lindblom, em 1979, Caiden e Wildavsky, em 1980 e Wildavsky, em 1992. Esta teoria baseia-se em pesquisas empíricas que referem que os recursos governamentais necessários para um programa ou política partem “de decisões marginais e incrementais que desconsideram mudanças políticas ou mudanças substantivas nos programas públicos. Assim, as decisões dos governos seriam apenas incrementais e pouco substantivas”. A teoria tem “a visão de que decisões tomadas no passado constroem decisões futuras e limitam a capacidade dos governos de adotar novas políticas públicas ou de reverter a rota das políticas atuais” (SOUZA, 2006b, p. 29).

#### b) Policy cycle

O ciclo da política pública [policy cycle], busca explicar a relação entre sociedade e governo, e ao mesmo tempo compreender a interação entre as intenções e ações que irão intervir na vida da sociedade (SOUZA, 2006b). E é caracterizada como uma teoria que

tenta explicar a interação entre intenções e ações, ao tempo em que busca desvendar a relação entre o ambiente social, político e econômico, de um lado, e o governo, de outro. As ações no campo da política pública e os saberes técnicos a ela associados definem - se a partir de inúmeras decisões que são tomadas e que estão permeadas por paradoxos. Essas ações partem de um conjunto de pressupostos que determinam: a atribuição de responsabilidades, a seleção dos assuntos relevantes, as alternativas a



serem adotadas, a avaliação de necessidades e a determinação do público-alvo (FISHER; FORESTER, 1993<sup>9</sup> apud PINTO, 2004, p. 54-55).

A literatura que discorre sobre o tema, aponta várias divergências sobre os ciclos e fases que compõem o processo de elaboração da política pública. Alguns autores defendem o ciclo da política, constituído através de sete estágios: identificação do problema, definição da agenda, formulação das alternativas, tomada de decisão, implementação, acompanhamento e avaliação.

A primeira definição sobre o processo de uma política pública, realizada por John Dewey (apud NELSON, 2006, p.3), dividiu as etapas de seu ciclo em: senso de perplexidade, definição do problema, formulação de alternativas para a sua solução, análise de suas implicações e experimentação da escolha realizada. Da mesma forma, na década de 1980, Garry Brewer e Peter deLeon (1983, pp. 9, 17-2; apud NELSON, 1998) nomearam seis estágios de uma política pública, a saber: iniciação, estimação, seleção, implementação, avaliação e terminação. Em outras oportunidades, os estágios de uma política foram denominados como: reconhecimento do problema, propostas para solucioná-los, escolha da solução, implementação da solução e monitoramento dos resultados (FRANÇA, 2007, p. 37-38).

Outros autores como Anderson, Schneider, Kingdon, Van Der Graaf e Van Dijk, Vianna analisam o processo através de 4 ciclos:

a) determinação da agenda, onde a dinâmica da definição do problema é questão essencial para a compreensão da política pública; b) formulação e legitimação da política (seleção de proposta, construção de apoio político, formalização em lei); c) implementação de políticas (operacionalização da política em planos, programas e projetos no âmbito da burocracia pública e sua execução); d) avaliação de políticas (relato dos resultados alcançados com a implementação das propostas e programas de governo, avaliação dos impactos dos programas e sugestão de mudanças), (PINTO, 2004, p. 55).

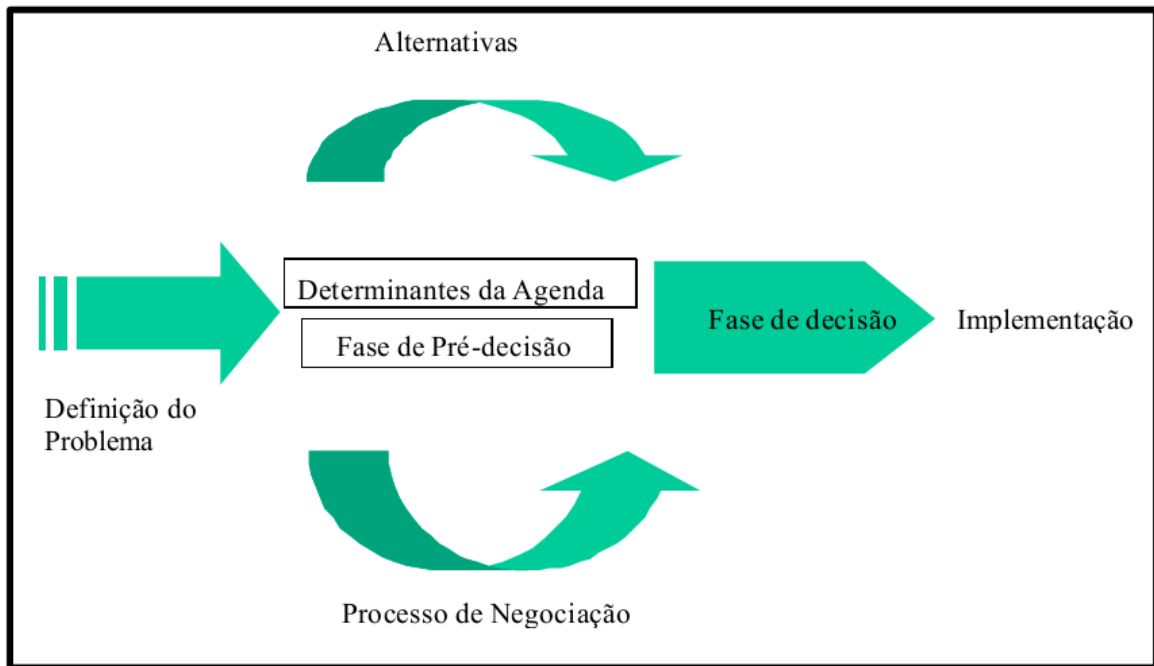
Segundo Pinto (2004), a teoria sobre o ciclo da política se inicia com a elaboração da agenda, em que os temas são trazidos à tona, discutidos e defendidos, os interesses e as posições (positivas e negativas) começam a se definir, delineando o processo de formação da agenda governamental. Em seguida são as etapas de formulação das propostas (legitimação da política, formalização da Lei), as escolhas das alternativas e a implementação das políticas.

A figura a seguir (PINTO, 2004, p. 60), ilustra, sucintamente, o ciclo da política para Kingdon, que envolve desde os estágios de pré-decisão até o decisional, enfocando a dita ‘anarquia organizada’, presente em todos os processos de desenvolvimento da política.

---

<sup>9</sup> FISHER, Frank e FORESTER, John. *The Argumentative Turn in Policy Analysis and Planning*. Durham: Duke University Press, 1993.

Figura 1 – Modelo explicativo do Ciclo da Política Pública de Kingdon



Fonte: Pinto (2004) a partir da obra de Kingdon (1995).

Entretanto, mesmo diante das diferenças semânticas apresentadas sobre as estruturas do ciclo da política, a maioria dos pesquisadores pautam suas análises na busca por explicar “os momentos de diagnóstico, formulação, implantação e avaliação” (FRANÇA, 2007, p. 38).

O modelo analítico desenvolvido por Kingdon, do ciclo da política - uma variante do modelo *Garbage can* de March e Olsen, trabalha com dois pontos centrais de investigação que são os momentos de ‘pré-decisão’ e ‘decisão’ com relação aos problemas que constituem o processo decisório (PINTO, 2004).

A *policy process* é um dispositivo analítico que para se desenvolver necessita de uma ordem lógica, por não fazer parte de uma sucessão de acontecimentos (AGUILAR VILLANUEVA, 1993). Ao analisar o campo das Políticas Públicas os pesquisadores identificaram determinados ciclos (agenda, elaboração, formulação, implementação, execução, acompanhamento e avaliação) que contemplam todo o processo de formação da política, entretanto, diante de uma situação problemática, estas etapas podem se sobrepor, ou, modificar o curso desejado, ou mesmo, se repetir tantas vezes quanto necessário na busca de atingir os objetivos pretendidos.

Fase (1) da Agenda: são definidas prioridades/demandas que necessitam de intervenção. Envolve um conjunto de situações e processos a definir o cenário de atuação de um período de governo;

Fase (2) *Elaboração*: desenvolvidas propostas, definidos problemas, prioridades, custos.

Fase (3) *Formulação*: declaração das decisões adotadas, contendo a elaboração das definições dos objetivos, diretrizes, marco jurídico, administrativo e financeiro;

Fase (4) *Implementação*: planejamento de ações (programas, projetos, planos) a serem realizadas; contendo o aparato administrativo, jurídico, recursos humanos, materiais, tecnológicos;

Fase (5) *Execução*: conjunto de medidas que visam colocar em ação programas e projetos a fim de atingir os objetivos estabelecidos.

Fase (6) *Acompanhamento*: análise, sistemática, do desempenho das ações realizadas. Esta fase deve acompanhar as etapas de formulação, implementação e execução da política, com o objetivo de intervir caso esta não esteja atingindo os objetivos propostos.

Fase (7) *Avaliação*: análise e mensuração do impacto da política na sociedade.

Esta abordagem do ciclo da política analisa sobretudo a definição da agenda-*setting*, propondo uma análise do porquê de alguns temas entrarem para a agenda e outros não – sendo ignorados por seus governantes. Algumas pesquisas sobre o ciclo da política podem variar o enfoque entre os atores que participam do processo de decisões ou, entre o processo de formação da agenda-*setting* (SOUZA, 2006b).

O modelo teórico do *Garbage can* [lata de lixo] por sua vez, defende que as escolhas sobre qual tema será uma política pública são feitas como se essas demandas estivessem em uma lata de lixo, pois existem “vários problemas e poucas soluções” (SOUZA, 2006b, p. 30). Segundo esta teoria, as soluções dependeriam das alternativas que os decisores (*policy makers*) tivessem no momento, não passando por um processo de análise, com ideias consistentes. Em outras palavras, à medida em que os vários problemas e soluções vão aparecendo, eles são apresentados pelos atores decisórios (SOUZA, 2006b).

Este modelo possui um marco conceitual que define que as decisões são vistas como o resultado da união de “cuatro corrientes relativamente independientes: las personas, los problemas, las soluciones y las oportunidades de elección” (AGUILAR VILLANUEVA, 1993, p. 82). Aguilar Villanueva (1993) ressalta que no *Garbage can* as decisões são vistas como resultados de cruzamentos aleatórios entre as quatro correntes, entretanto, na formação da agenda nem sempre as situações serão tão casuais como sugerido na teoria. As pessoas são influenciadas por valores, crenças, interesses, troca de atores, existem as pressões externas aos atores centrais das políticas que podem redefinir a direção das decisões. Mesmo com tais considerações, o autor aborda a importância do modelo proposto na compreensão da fluidez do processo.

Kingdon (1995) combinou os modelos analíticos do ciclo da política, em especial o enfoque da definição da agenda, e o *Garbage can*, dando origem a uma nova teoria denominada de *Multiple streams* [múltiplos fluxos].

O modelo analítico de Múltiplos fluxos, se traduz em uma teoria bastante complexa, que possui um corpo extenso de dados empíricos e que foi desenvolvido, primeiramente, para analisar as políticas públicas das áreas da saúde e dos transportes do Governo Federal dos Estados Unidos. Atualmente, é considerado um modelo de referência para análise da formulação de *Policy* em todas as áreas, pois busca compreender de que forma determinadas questões são incluídas na agenda (CAPELLA, 2004).

Diante da existência de diversas definições e modelos sobre políticas, Souza (2006b, p. 36-37) observou alguns elementos importantes de cada teoria:

- A política pública permite distinguir entre o que o governo pretende fazer e o que, de fato, faz.
- A política pública envolve vários atores e níveis de decisão, embora seja materializada através dos governos, e não necessariamente se restringe a participantes formais, já que os informais são também importantes.
- A política pública é abrangente e não se limita a leis e regras.
- A política pública é uma ação intencional, com objetivos a serem alcançados.
- A política pública, embora tenha impactos no curto prazo, é uma política de longo prazo.
- A política pública envolve processos subsequentes após sua decisão e proposição, ou seja, implica também implementação, execução e avaliação.

### **2.1.1 Agenda-setting: conceitos e definições**

O tema ‘agenda’ envolve um conjunto de situações e processos a definir o cenário de atuação de um período de governo. Podemos dizer também, que “a formação da agenda é a limitação de um amplo leque de temas que potencialmente poderiam ocupar um lugar de destaque” (FRANÇA, 2007, p. 43).

O conceito agenda é de extrema complexidade para as Políticas Públicas, pois abrange o reconhecimento de questões, por parte do governo, devidamente interpretadas e instrumentalizadas, que se transformam em “problemas” dotando-os de interesse e chancela oficial para ingressarem no processo decisório e se transformarem em Políticas Públicas.

Para Kingdon (1995), agenda governamental é uma lista de problemas que o governo, ou indivíduos de fora do governo, direcionam grandes atenções em um determinado momento.

Assim, o processo de definição da agenda diz respeito a um grupo de assuntos que poderiam receber maior atenção e ocupar um lugar na lista que receberá realmente enfoque. A formação, segundo França (2007), da agenda se refere a limitação destas questões, ou seja, em meio a uma infinidade de temas algumas poderiam ter maior importância e assim, “ocupar um lugar maior de destaque”.

Os estudos sobre ‘agenda-setting’ têm se pautado em três linhas de abordagem: “análise sobre a agenda midiática (*midea agenda-setting*); estudos sobre a agenda pública (*public agenda-setting*) e pesquisas sobre agenda de políticas governamentais (*policy agenda-setting*)”, (CAPELLA, 2004, p. 9).

Um dos primeiros eixos de análise sobre ‘agenda-setting’ pesquisado foi referente a agenda midiática, em que era abordado as eleições presidenciais norte-americanas e a influência da agenda dos meios de comunicação sobre a sociedade. A ‘*midea agenda-setting*’ estuda a influência dos meios de comunicação sobre a audiência por meio de temas de maior relevância. Esse conjunto de ações se denomina: agenda (RODRÍGUEZ DÍAZ, 2004).

Traquina (2000) e Rodríguez Díaz (2004) abordam a teoria de Cohen, de 1963, em que o autor descreve que a mídia não decide pelo indivíduo *o que deve pensar*, entretanto, ela tem uma capacidade espantosa de moldar as opiniões e decidir quais questões vão estar em evidência ou na opinião pública e assim, dizer ao indivíduo *sobre o que ele deve pensar*. A percepção de mundo é diferente para cada pessoa e vai depender de como as informações são apresentadas pelos redatores, editores, diretores do jornal, revista que estas pessoas leem.

A análise da agenda política, outro eixo de pesquisa metodológica que compõe a *agenda-setting*, constitui-se em estudos sobre “a importância atribuída pelo público em geral a determinadas questões” (CAPELLA, 2004, p. 9). O último enfoque é a agenda governamental (*policy agenda-setting*), à qual se baseia esta pesquisa, que busca fornecer mecanismos para compreender questões que são relevantes para os formuladores de políticas em um período específico.

Algumas pesquisas abordam as imbricações nos campos de análise de formação da *agenda-setting*, como por exemplo, as questões da agenda midiática que influenciam na agenda pública, podendo repercutir em determinados pontos da agenda governamental. A partir do momento que a mídia enfatiza determinados temas nos telejornais e revistas faz com que a agenda midiática influencie nas questões da agenda pública. Assim como, questões geradas na *policy agenda-setting* repercutem nas agendas midiáticas e públicas (CAPELLA, 2004).

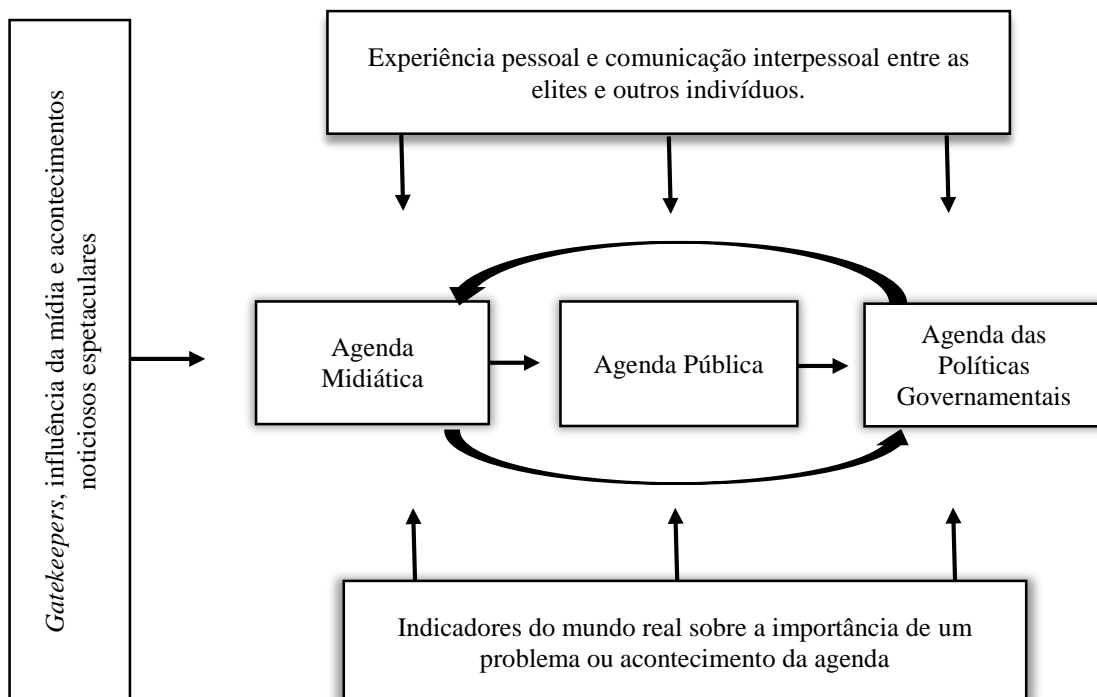
Azevedo (2004, p. 52)<sup>10</sup> aborda que a noção sobre agenda-*setting* pode ser resumida em quatro aspectos

a) a mídia, ao selecionar determinados assuntos e ignorar outros define quais são os temas, acontecimentos e atores (objetos) relevantes para a notícia; b) ao enfatizar determinados temas, acontecimentos e atores sobre outros, estabelece uma escala de proeminências entre esses objetos; c) ao adotar enquadramentos positivos e negativos sobre temas, acontecimentos e atores, constrói atributos (positivos ou negativos) sobre esses objetos; d) há uma relação direta e causal entre as proeminências dos tópicos da mídia e a percepção pública de quais são os temas (*issues*) importantes num determinado período de tempo.

Historicamente, os autores têm privilegiado as pesquisas referentes a agenda midiática e a agenda pública e/ou a relação entre elas, dando pouca ênfase aos estudos sobre a agenda governamental, que passou a ter maior relevância nos últimos 30-40 anos (TRAQUINA, 2000). No Brasil os estudos nesta área são recentes e exíguos.

A figura (DEARING; ROGERS, 1992) a seguir, esquematiza os três eixos temáticos que compõem a agenda-*setting*.

Figura 2 – Os três principais componentes do processo da Agenda-*Setting*.



Fonte: ROGERS e DEARING (1988, 1992)<sup>11</sup>.

<sup>10</sup> Encontrado também em Capella (2004) e Liedtke (2004).

<sup>11</sup> Conceitualização também encontrada nas obras de TRAQUINA (2000) e em CAPELLA (2004).

Os eixos que compõem a agenda-*setting* mesmo que enfatizados separadamente, se relacionam direta ou indiretamente, pois, um determinado componente da agenda midiática [por exemplo] poderá influenciar na tomada de decisão da agenda governamental, ou mesmo, temas da agenda pública poderá se “materializar na agenda governamental, sendo que esta produz efeito na agenda midiática” (CAPELLA, 2004, p. 9). Se levarmos em consideração que os seres humanos são influenciáveis, seja pela mídia, por questões de interesses, de valores, entre outros pontos importantes que estão inseridos no jogo de formação da agenda, se torna imprescindível compreender todos esses fatores e como eles podem influenciar (positiva ou negativamente) na formação da agenda-*setting*.

A forma pela qual os problemas são definidos ou discutidos, é de fundamental importância para a formulação de uma agenda governamental, pois, é este elo que unirá as três agendas. Embora a agenda midiática tenha um papel importante no processo, Kingdon não considera os meios de comunicação como fatores fundamentais para a formação da *policy agenda-setting* (CAPELLA, 2004).

O processo de formação da agenda também pode ser entendido como sendo a seleção e identificação de alguns problemas ou questões que chamam a atenção do governo como possíveis ações de políticas públicas (AGUILAR VILLANUEVA, 1993; PONENTE, 2011). A produção sobre agenda-*setting*<sup>12</sup> tem se ampliado em quantidade e qualidade, na medida do reconhecimento tácito de que um período de governo precisa fazer valer algumas das postulações difundidas, por exemplo – numa disputa eleitoral.

Aguilar Villanueva (1993) aborda que a importância do processo da agenda se estabelece em dois pontos: 1º) o governo não possui a capacidade de contemplar todos os problemas apontados, pois “siempre hay más asuntos por atender que tiempo para considerarlos” (AGUILAR VILLANUEVA, 1993, p. 77); 2º) os problemas das políticas públicas resultam de definições, por partirem de problemas sociais que, ao despertarem a preocupação do público, sofrem influência tanto de valores e crenças, fazendo com que os feitos por vezes não sejam claros, podendo ocasionar diferentes interpretações.

A agenda governamental compõe um conjunto de práticas, diálogos públicos, propostas, acordos, que são desenvolvidos em um determinado período de tempo. Envolvem aspectos de ordem institucional, pressão social, relações com grupos sociais em prol da identificação dos percalços a seres solucionados, situações de caráter excepcionais.

---

<sup>12</sup>A agenda-*setting* (formação da agenda) é caracterizada, como sendo “o processo pelo qual as ideias competem para ganhar a atenção da mídia, do público, dos altos escalões governamentais” (CAPELLA, 2004, p.9).

Esta pesquisa se concentra na análise da *policy agenda-setting* do Rio Grande do Sul na saúde, analisando algumas questões que se tornaram relevantes na formulação da política. Um tema complexo que se caracteriza em um conjunto de assuntos em que o governo e os atores ligados a ela, concentram suas ações em um determinado período. Um determinado assunto, conforme Capella (2004, 2006), entra para a agenda governamental quando este desperta a atenção dos formuladores de políticas.

Estas questões que são selecionadas, que ‘sobreviveram’ ao processo de seleção da agenda, dentre uma lista enorme de assuntos que merecem a atenção do governo, são chamadas de Agenda Decisional. A agenda decisional é um subconjunto da Agenda Governamental, pois integram questões que estão prontas para virarem política, em outras palavras, estão prontas para uma decisão ativa dos formuladores de políticas (CAPELLA, 2004).

A distinção sobre as duas agendas, elaborada por Kingdon e citada por França (2007, p. 43), refere-se às agendas como “frutos de processos diferentes”. Uma se caracteriza por estar mais ligada a temas que chamam a atenção da sociedade e a outra está vinculada às questões que estão prontas para serem decididas.

Quadro 1 – Tipos de Agenda

	Breve descrição	Como se influencia
<b>Agenda governamental</b>	Lista de temas que os políticos no governo têm prestado seriamente atenção.	Pode ser formada isoladamente por meio do reconhecimento público de um problema, da vontade política demonstrada pelo governo ou isoladamente pelos atores que detêm visibilidade frente à mídia e a opinião pública (atores visíveis).
<b>Agenda de decisão</b>	Lista de temas que está sendo encaminhada para uma decisão ser tomada.	Formada pela combinação simultânea de três correntes: reconhecimento público de uma situação-problema, produção de alternativas e momento político adequado, em um só conjunto de informação. Empreendedores de políticas públicas desempenham um papel-chave nesse momento.

Fonte: França (2007) a partir da obra de Kingdon (1995).

A ascensão à ‘*policy agenda-setting*’ para Kingdon (1995) é resultado de uma combinação de fatores que poderá influenciar as mudanças na formação da agenda, que inclui também os fatores citados anteriormente sobre como os problemas são percebidos e as soluções disponíveis. Capella (2004, 2006) aborda que o principal para compreender as mudanças na agenda está em entender que condições facilitadoras fizeram com que uma determinada ideia se inserisse na agenda. Ideia esta que pode ser originária dos mais diversos locais e atores sociais, o importante não é compreender de onde e como ela surge, mas sim o porquê de algumas dessas ideias entrarem para a agenda e outras não.



### 2.1.2 Modelo de *Multiple Streams*: os três fluxos

Esta pesquisa utilizou do modelo analítico de formação da agenda de políticas governamentais propostos por Kingdon (1995) dos múltiplos fluxos, para responder as questões referentes a formação da agenda-*setting* do Estado, propondo identificar como o tema foi e é abordado pelos atores decisores no processo de definição da agenda governamental.

A teoria dos ‘*Multiple streams*’ é uma derivação do modelo ‘*Garbage can*’, em que Kingdon (1995) manteve como base alguns conceitos gerais da ‘lata de lixo’, como o modelo de decisão irracional, integrando com os conceitos do ciclo da política.

Capella (2004) afirma que o modelo rompe com as lógicas ordenadas e sequenciais do processo de formação de política, incorpora as críticas quanto a racionalidade de análises do processo decisório, pois entende que a racionalidade não descreve precisamente a realidade. Propondo, então, uma nova abordagem para as pesquisas sobre a formulação da agenda.

Neste novo modelo analítico, Kingdon (1995) descreve o governo americano como uma ‘anarquia organizada’ que se caracteriza por participação fluida e instável, preferências problemáticas e tecnologia obscura. Ou seja, um determinado ator pode mudar sua opinião de acordo com seus interesses, sejam eles políticos, econômicos ou corporativos e manipular as regras do jogo. Sendo assim, os participantes podem mudar, oscilar, entrar ou sair do processo decisório, de acordo com a decisão tomada (PINTO, 2004).

A pouca transparência dos poderes Legislativo e Executivo quanto às suas ações constitui-se, segundo Pinto (2004, p. 61) em um “mecanismo estratégico para garantir o encaminhamento das alternativas definidas como prioritárias por aqueles que tomam a decisão final”. Um processo marcado por atores ideológicos, pelas relações com formas de poder organizadas, atos políticos, entre outras maneiras que tendem as mudanças nestas relações. Também interferem na tomada de decisão os atores não-governamentais.

O modelo de John Kingdon é utilizado para análise de momentos de pré-decisão e de decisão, ou seja, a seleção dos problemas e as escolhas das políticas (PINTO, 2008). A Teoria de Kingdon, conforme Capella (2006)<sup>13</sup> aponta que a política pública é formada por um conjunto de quatro processos: 1) quando se estabelece uma agenda de políticas públicas – formação da agenda (*agenda-setting*); 2) quando os atores envolvidos consideram como alternativas para a formulação de políticas públicas determinados temas, que, a partir destes as escolhas serão

---

<sup>13</sup> Farias (2003, p. 22), adota 5 grandes vertentes analíticas para as políticas públicas: (1) a institucional; (2) a interessada em perceber as formas de atuação e o impacto dos grupos e das redes; (3) as abordagens que dão ênfase aos condicionantes sociais e econômicos no processo de produção das políticas; (4) a teoria da escolha racional; e (5) as abordagens que destacam o papel das ideias e do conhecimento.

feitas – especificação de alternativas (*policy formulation*); 3) a escolha da temática entre um conjunto de alternativas e, 4) a implementação.

O momento pré-decisional, a que esta pesquisa se baseia, contempla os dois primeiros processos: de formação da agenda e a formulação da política. Períodos em que os atores voltam suas atenções para a arena político-institucional. Já o momento decisional contempla os dois últimos processos: escolha alternativas e a implementação. Neste momento as questões já estão definidas e as soluções projetadas, passando para a fase de sensibilização e capacitação dos profissionais e demais atores envolvidos no processo, com vistas a atingir os resultados propostos.

O momento pré-decisional, analisado através do modelo de Múltiplos Fluxos, sugere que as organizações possuem uma gama de alternativas que podem se tornar possíveis problemas a serem discutidos. Os grupos de interesse, compostos de atores importantes na arena decisória, podem pressionar para que os problemas sejam reconhecidos, na solução ou na proposta dos mesmos. Por envolver diversos fatores, algumas forças podem impulsionar ou mesmo retardar o processo de decisão, restringindo assim o ingresso de alguns itens na agenda (PINTO, 2004).

Alguns grupos de interesse ou pessoas com poder de decisão, como o presidente, o governador, possuem uma força capaz de impulsionar a inclusão de determinados problemas à agenda (PINTO, 2004). Podendo haver oposição ou apoio de atores ao redor do governo sobre os itens da agenda, muitas vezes restringindo o avanço e a devida formulação tanto da agenda quanto da política.

No modelo *Multiple streams*, as correntes são independentes, envolvem diversos atores e podem se convergir. Assim sendo, a mudança da agenda poderia ser resultado da confluência das três correntes: (I) surgimento ou reconhecimento de um determinado problemas pela sociedade (*problems*), (II) existência de soluções ou alternativas trabalhadas pela comunidade – originárias de especialistas, atores sociais, políticos, empresários etc. (*policy*) e (III) o contexto político-administrativo, legislativo adequado para desenvolver a ação (*politics*), (CAPELLA, 2004; PINTO, 2004; FRANÇA, 2007; GOTTEMS et al., 2013).

I) PROBLEMAS: Os problemas na política são construções sociais que refletem as percepções de uma determinada realidade (ELDER; COBB, 1993). Devido a multiplicidade de definições sobre um problema, assim como, a existência de uma quantidade superior de problemas frente as suas soluções, o processo de formação da agenda busca compreender a seleção e a definição desses problemas. Para tanto, procura-se indagar: Por que alguns problemas se tornam relevantes para o governo e outros não? Como uma ideia se insere na agenda para, posteriormente, virar política? (CAPELLA, 2004). Essas decisões, segundo Elder

e Cobb (1993, p. 78) servem para afirmar sobre a percepção de uma determinada realidade: “Las decisiones que se adopten durante el proceso de formación de la agenda tienen consecuencias muy profundas, en el sentido de que pueden afectar la vida de las personas e influir en su interpretación de la realidad social”.

Primeiramente, para entender o processo de seleção dos problemas, é preciso conceituar e diferenciar o que são condições de problemas. As condições são as situações sociais percebidas pela sociedade. Ela podem se tornar problemas, a partir do momento em que chamam a atenção dos formuladores e despertam neles a necessidade de fazer algo a respeito para intervir em determinada situação (CAPELLA, 2004; SOUZA, 2006b).

Para analisar de que forma as questões são reconhecidas e quais são as condições que levaram este assunto até a agenda, Kingdon (1995) elencou três mecanismos que seriam responsáveis por captar a atenção dos participantes: (1) os indicadores - muito usados na saúde como: as taxas de mortalidade materno-infantil, taxas de neoplasias, de causas externas, os custos dos programas, gastos com recursos humanos, entre outros – esses dados são reunidos e fornecem uma indicação da existência de uma condição que necessita de atenção, pois mensuram a magnitude da situação, podendo ser percebido pelos formuladores de políticas como uma problemática; (2) a ocorrência de eventos, catástrofes, crises, símbolos ou uma experiência pessoal; (3) o *feedback* das ações governamentais, sobre o monitoramento dos custos e orçamentos, avaliações de programas.

Faz parte do jogo político recorrer às questões sociopolíticas para impressionar os atores políticos frente a gravidade de uma situação, para tal, se utilizam dos indicadores a fim de corroborar e dar visibilidade ao problema (FRANÇA, 2007). Entretanto, os indicadores não determinam *per se* a existência de um problema, eles mensuram, através de interpretações, a magnitude de uma situação que poderá se transformar em problema (CAPELLA, 2004). França (2007) afirma que a utilização destes indicadores tem se mostrado eficaz para que o problema ganhe visibilidade pública.

O segundo grupo de mecanismo se refere aos eventos e crises. Muitas vezes, apenas os indicadores não conseguem chamar a atenção dos formuladores para um problema, mas quando há o intermédio de eventos, catástrofes, crises, desastres faz com que as atenções se voltem para um assunto. Esses eventos raramente fazem com que o assunto eleve para a agenda, entretanto, essas crises ressaltam a existência de uma situação que necessita de atenção (CAPELLA, 2004). As experiências pessoais, como deficiência de atendimento médico, sofridas pelos formuladores de política, assim como, o impacto dos símbolos (um determinado projeto de Lei

foi aprovado causando comoção social) são eventos que podem influenciar para que um tema, que esteja sendo discutido, tenha proeminência (PINTO, 2004).

O último grupo de mecanismos diz respeito ao *feedback* das ações governamentais. Envolve o monitoramento dos gastos, dos programas e políticas, avaliações das ações da administração pública, o cumprimento ou não de metas, ouvidoria contendo as reclamações dos cidadãos, são mecanismos importantes que podem trazer as questões para os formuladores de políticas (CAPELLA, 2004).

II) SOLUÇÕES E ALTERNATIVAS: o segundo fluxo se caracteriza por um conjunto de ideias e soluções que estão disponíveis para os problemas e na disputa para ganhar a atenção da rede de políticas.

Segundo Capella (2004) as alternativas e soluções que são apresentadas não estão, necessariamente, relacionadas com algum problema específico, pois estas questões, presentes na agenda governamental, não chegam com seus pares prontos. As soluções não são discutidas e planejadas, por vezes, as questões são lançadas com base nos problemas existentes e tenta-se solucionar os problemas com as alternativas propostas.

Kingdon compara as idéias com as moléculas, no processo de seleção natural e biológica. Segundo ele, as idéias “flutuam”, projetos de lei são introduzidos, discursos são feitos, propostas são traçadas, e depois são aperfeiçoados e voltam a flutuar. Idéias pairam ao redor de várias comunidades: entre especialistas e pesquisadores, membros do Legislativo, burocratas do planejamento e orçamento, acadêmicos, analistas de grupos de interesse e mídia (PINTO, 2004, p. 69).

Neste processo de seleção das ideias, algumas são consideradas viáveis, sendo que as que tiverem menor custo sobrevivem, outras contam com o apoio da comunidade e têm as alternativas que são construídas pelos sujeitos do processo decisório: as comunidades geradoras de alternativas (pesquisadores, analistas, acadêmicos, funcionários públicos, assessores parlamentares) que estão comprometidas com o tema. Estes atores realizam uma lista de propostas, reunindo as ideias que sobreviveram à seleção, o que não quer dizer que todos os participantes escolheram as mesmas propostas, mas sim que, dentre as soluções postas na mesa, algumas são relevantes para o processo. Para que essas propostas possam ser seriamente consideradas quando apresentadas aos formuladores de política é preciso que estes atores sejam sensibilizados com a causa (CAPELLA, 2004).

Considerado um grande desafio para as políticas tradicionais de formulação de políticas públicas, assim como para o modelo de múltiplos fluxos, a centralidade de ideias, as

interpretações e argumentações sobre o processo de formulação de política constituem um subsídio à compreensão sobre a dimensão simbólica deste processo (CAPELLA, 2004).

III) POLÍTICA: esta corrente diz respeito “ao processo político no qual as propostas foram geradas, debatidas, redesenhadas e aceitas, ou seja, a dinâmica e as regras dos eventos políticos, incluindo desde o debate da questão até as negociações e pressões envolvidas” (PINTO, 2004, p. 70). É o único fluxo que segue sua própria dinâmica e regras, pois independente dos problemas e alternativas. “Diferente do fluxo de alternativas (*policy streams*), em que o consenso é construído com base na persuasão e difusão de ideias, no fluxo político (*politics streams*) as coalizões são construídas com base em um processo de barganha e negociação política” (CAPELLA, 2004, p. 26). Ou seja, em um leque de problemas, alguns destes são inseridos na agenda através de um longo período de convencimento e para isso, as questões são alteradas e costuradas de acordo com a aprovação dos políticos (PINTO, 2004).

No fluxo político do modelo de múltiplos fluxos, são apontados três elementos que influenciam no processo. O primeiro elemento é o ‘clima’ ou ‘humor’ nacional (*national mood*) que se caracteriza pelo compartilhamento de diversas questões de cunho social, por um determinado período de tempo, proporcionando um ambiente favorável para a formação de uma agenda política (CAPELLA, 2004; 2006; GOTTEMS et al., 2013).

O segundo elemento diz respeito às forças políticas organizadas que se caracterizam pela pressão exercida por grupos, que podem ser favoráveis ou contrárias à determinadas questões. Os possíveis conflitos ou consensos dentro da arena política permitem que o ambiente seja avaliado pelos formuladores de políticas, para definirem se é propício ou não a uma proposta (CAPELLA, 2004, 2006; GOTTEMS et al., 2013). Capella (2004) aponta que quando há consenso dentro da arena política, em que os grupos de interesse e as forças organizadas defendem uma determinada proposta, o ambiente se torna favorável a mudanças nessa direção. Entretanto, quando há um ambiente de conflitos, desfavorável à proposta é preciso que os defensores analisem as “forças em jogo, procurando detectar setores favoráveis ou contrários à emergência de uma questão na agenda” (CAPELLA, 2004, p. 27, 2006, p. 29). Por mais que uma proposta se apresenta com grupos contrários a ela, não significa que esta deva ser abandonada por seus defensores, mas sim que haverá custos ao decorrer do processo (CAPELLA, 2004, 2006).

O terceiro e último elemento do fluxo político, que afeta a agenda diz respeito às mudanças dentro do próprio governo. Essas mudanças podem ser tanto de pessoas em posições estratégicas dentro do governo, mudança de gestão, de chefia em órgão e empresas públicos, como as mudanças no Legislativo. Esses eventos, principalmente a mudança na gestão,

influenciam nas decisões, na introdução de novas propostas e com isso, nas mudanças da agenda. O início de um novo governo, segundo Kingdon (1995)<sup>14</sup>, são considerados os momentos mais propícios para mudanças na agenda.

Pinto (2004) defende que o processo da agenda de decisão é influenciado por duas categorias de fatores: as três correntes citadas anteriormente e os participantes ativos (governamentais e não-governamentais). Para compreender a complexidade da agenda decisional é preciso “o entendimento das estratégias utilizadas para a identificação do problema, o debate em torno da construção de alternativas e os atores envolvidos no processo” (PINTO, 2004, p. 63). Contrariando o pensamento de Pinto (2004) entende-se que o processo da agenda é influenciado apenas por uma categoria, do fluxo das três correntes e que os participantes ativos estão inseridos no fluxo de políticas.

Sendo assim, quando há mudanças nos sujeitos do jogo que fazem parte do governo, também vai surtir efeitos na agenda, entre elas, uma mudança muito importante são nos limites da jurisdição. Dentro do governo, cada setor ou centro administrativo, possui seus campos de jurisdição e determinadas questões envolve vários setores, podendo gerar disputas entre os campos de jurisdição, podendo levar a uma imobilidade governamental ou a inclusão de alguns temas na agenda. Kingdon (2003) citado por Capella (2004) analisou o sistema de saúde norte-americano em que algumas questões faziam parte de agendas especializadas, mas não integravam as agendas de decisão mais ampla do setor. No sistema de saúde brasileiro não é diferente. Muitas questões envolvem diferentes áreas que não se convergem em prol de um mesmo resultado. Capella (2004, p. 28) explica que “isto acontece porque o conjunto de especialistas preocupados com essas questões fica reduzido a uma jurisdição específica dentro da estrutura do Poder Executivo, restringindo a difusão desses assuntos para outras comunidades”.

O clima político para a mudança na agenda governamental é determinado por diversas pressões, sejam elas da opinião pública, do processo eleitoral, pressão do legislativo, das agências administrativas, dos movimentos sociais, entre outros que podem favorecer ou restringir essa mudança. Entretanto, as mudanças propulsoras na agenda governamental são as mudanças no clima nacional e as de dentro do próprio governo (CAPELLA, 2004).

As mudanças na agenda são geradas a partir de uma oportunidade quando, em determinadas circunstâncias há uma interação entre os três fluxos – problemas, soluções e dinâmica política (CAPELLA, 2004; GOTTEMS et al., 2013). O resultado da união destes três

---

<sup>14</sup> As citações de Kingdon também podem ser encontradas em Capella (2004; 2006) e Gottens et al. (2013).

fluxos ou correntes constitui em uma “janela de oportunidades” para que um tema possa ser introduzido na agenda governamental (PINTO, 2004). Para Kingdon (2003) estas circunstâncias que possibilitam a convergência dos fluxos e com isso, que as propostas sejam apresentadas é denominada de *Policy Windows*, que são influenciadas tanto pelo fluxo político quanto pelo fluxo dos problemas. O mesmo autor ressalta que o fluxo de soluções não exerce influência direta na possibilidade de mudança da agenda, aparecendo sempre vinculada aos problemas nos modelos de *Garbage Can* e no Múltiplos Fluxos (CAPELLA, 2004).

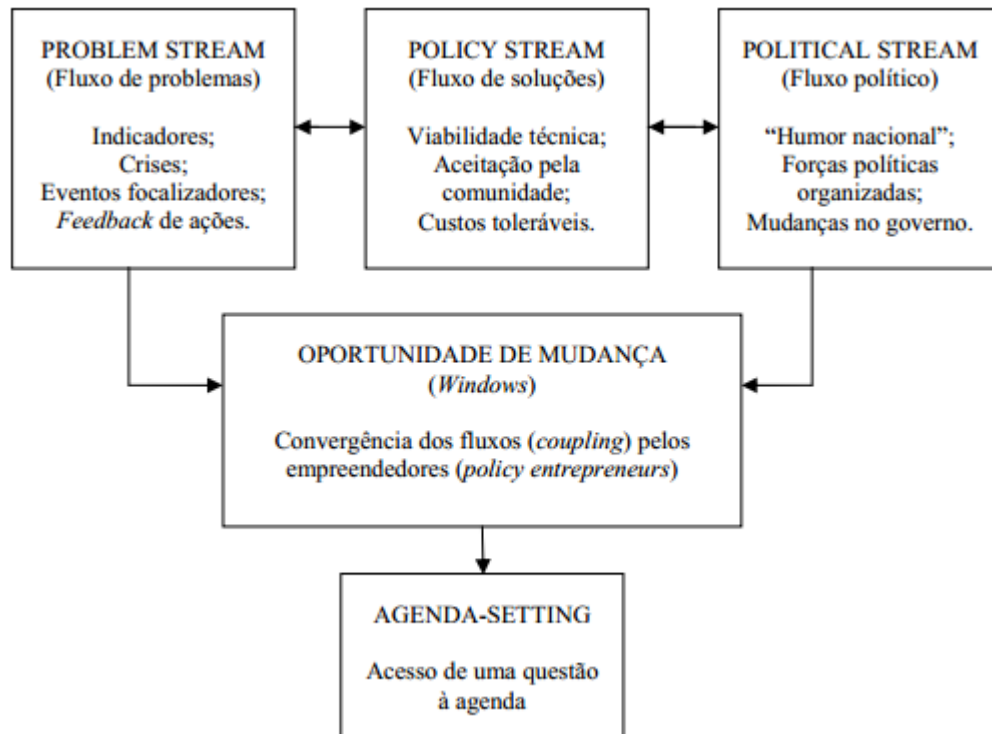
Ao mesmo tempo que essas ‘janelas’ se abrem, elas se fecham e isto ocorre quando há uma desarticulação entre os fluxos. Gottens et al. (2013, p. 514) aborda que o “fechamento das janelas pode ocorrer após a tomada de alguma decisão, pelo fracasso em buscar uma solução, pela perda de visibilidade da questão, por mudanças do pessoal envolvido no tema ou simplesmente por não haver uma alternativa de ação disponível”.

A junção dos fluxos ocorre quando as janelas estão abertas, em que o clima é propício para que uma questão se insira na agenda. Para que esses momentos de mudança aconteçam, é fundamental a presença dos empreendedores de políticas – *policy entrepreneurs*. Esses indivíduos, especialistas em um determinado assunto, geralmente possuem habilidades em representar as ideias de grupos ou indivíduos. Pode ocupar posição de autoridade dentro do processo decisório. São indivíduos que estão dispostos a investir em uma ideia, são ótimos negociadores, defendem suas ideias, percorrem diferentes setores levando suas ideias, mantém conexões políticas e podem estar inseridos tanto no governo (Poder Executivo, Congresso, podem ser parlamentares, assessores, ocupar altos cargos em funções burocráticas) quanto fora dele, através da comunidade acadêmica, mídia, grupos de interesse, classes representativas, entre outros (CAPELLA, 2004).

Capella (2004, p. 31) defende que sem os empreendedores políticos, “vasculhando a ‘lata de lixo’ e unindo soluções e problemas; propostas e momentos políticos; eventos políticos a problemas” a ligação entre os fluxos pode não ocorrer. Pois, quando não há atores que desempenham este papel, as ideias podem não ser defendidas, os problemas podem não encontrar as soluções e alguns momentos políticos propícios para mudanças são perdidos por falta de propostas.

Segue abaixo uma figura desenvolvida por Capella (2004, p.32, 2006, p.32) que “apresenta um esquema do modelo de *Multiple streams*, no qual os três fluxos são reunidos pelos empreendedores de políticas em momentos em que as oportunidades de mudança se apresentam”.

Figura 3 – Modelo de Múltiplos Fluxos de Kingdon



Fonte: Capella (2004)

Segundo o modelo de Ripley (1987), é importante observar as características que marcam as atitudes de um governo no que diz respeito à inclusão de itens em sua agenda oficial. O mesmo autor aponta uma variedade de situações que permite reconhecer e, mesmo, prever o que pode ocorrer com determinado tema ou um conjunto deles com relação à proposição de políticas.

Analisando as ações do governo frente ao seu papel na formação da agenda, é possível assumir quatro posições, entre elas: de passivo: não atuando na definição do problema e das prioridades de políticas, transferindo a responsabilidade para os grupos sociais; pode ajudar as pessoas e grupos a articular e definir os problemas, tendo um papel de pouca representatividade e responsabilidade; pode também, assumir um papel ativo na definição dos problemas e estabelecendo metas, em que os decisores políticos criam mecanismos de definição de problemas e definição de prioridades dentro do governo. E o quarto e último posicionamento de um governo se caracteriza quando este não só não ajuda com definição do problema e articulação, como também, procura restringir ou fechar os canais de acesso e de comunicação (RIPLEY, 1987).



### 2.1.3 Atores na definição da agenda

Um dos fatores para compreender o processo de determinação da agenda, é entender a atuação dos participantes do jogo, a importância de cada um deles (se afetou as alternativas, a agenda ou ambas) e os recursos que cada um disponibiliza (PINTO, 2004).

Os participantes do jogo ou atores envolvidos no processo, são considerados o terceiro fator que irá contribuir decisivamente para que uma questão chegue a agenda e também, para a construção de alternativas. Para se compreender porque algumas soluções recebem maior atenção que outras, é preciso, além de analisar a confluência dos fluxos de alternativas e soluções- por meio do processo de difusão das ideias junto ao público e a comunidade política - conhecer a atuação desses atores (CAPELLA, 2004).

As pesquisas de Kingdon priorizam as análises do jogo político que ocorre no alto escalão da administração pública (FRANÇA, 2007). Fazem parte deste contexto, os atores governamentais (que são os representantes do Legislativo, Executivo e o próprio governo, *staff* do governo) e os atores não-governamentais, que compreendem a comunidade científica, mídia, conselhos, Fundações, classes representativas, público em geral, entre outros (CAPELLA, 2004; PINTO, 2004; FRANÇA, 2007).

Um problema passa a ter maiores chances de ser inserido na agenda quando este for impulsionado por atores de maior representatividade tanto na mídia quanto pelo público em geral. Esses indivíduos são classificados como atores visíveis e exercem influência – em maior ou menor grau – sobre a agenda governamental. Esses atores podem ser tanto governamentais (Presidente, Governador, Legislativo, Executivo, Ministros) como não-governamentais (mídia, membros-chave de algumas associações, líderes partidários), mas que tenham poder de impulsionar as mudanças (FRANÇA, 2007).

Kingdon faz referência ao Presidente como o ator mais forte na definição da agenda, devido sua influência no jogo tanto dentro do governo, quanto fora dele. Entre os participantes governamentais que possuem grande influência, estão os atores nomeados pelo Presidente e ou Governador, o *Staff* do gabinete Executivo (possuem cargos em alto escalão da burocracia como Ministros, Secretários Estaduais, secretários-executivos de Ministérios). Este grupo pode inserir novos temas na agenda, focar em temas já existentes e que repercutem na sociedade, decidem quais questões são fundamentais na construção da agenda governamental (PINTO, 2004).

Outro ator de grande influência na definição da agenda e também inserido entre os atores governamentais, é o Poder Legislativo, com seus os Senadores e Deputados. Estes participantes

dispõem de recursos que são necessários para a formação de Leis e assim, para as mudanças nesta direção. Que podem ser tanto para agradar a população e com isso angariar votos como por posicionamento político (CAPELLA, 2004; PINTO, 2004).

Os sujeitos do processo eleitoral, entre eles os partidos políticos e os *campaigners*, são grupos influentes e que podem elevar um tema à agenda. Os partidos políticos podem influenciar para que questões tenham ascensão à agenda, por meio dos programas (CAPELLA, 2004), pelo “contexto de suas plataformas, pelo impacto de sua liderança no âmbito do Legislativo e pela pressão que podem exercer sobre seus partidários, bem como pela defesa das ideologias que representam” (PINTO, 2004, p. 66), no entanto, segundo Kingdon, nem sempre os partidos políticos quando assumem o poder, direcionam suas ações de acordo com a plataforma eleitoral (CAPELLA, 2004).

As lideranças no Congresso, os chamados *Campaigners*, também são importantes e podem influenciar na agenda governamental. As coalizões firmadas durante o período de campanha são importantes elementos que influenciam a agenda, podem elevar ou ascender uma determinada questão a agenda, mas não garantem as mudanças. Ou seja, no período de campanha, para atrair grupos ou determinados indivíduos, os candidatos prometem muitas ações, mas para que elas realmente sejam cumpridas, é preciso que o candidato, ao subir ao poder, lute para que, o que foi proposto, se insira na agenda (CAPELLA, 2004).

Alguns atores não-governamentais podem influenciar significativamente na formação da agenda, seja incentivando as mudanças das ações do governo e com isso, afetando de forma positiva a agenda, seja atuando de forma negativa e barrando as propostas e intenções das ações do governo. Esses grupos compreendem as categorias profissionais, grupos de interesse público, grupos de indústrias e negócios, lobistas (CAPELLA, 2004).

A opinião pública, segundo Pinto (2004), pode ser outro fator que contribua para que políticos considerem determinados temas a serem inseridos na agenda. Visando a repercussão do público, políticos podem agir mais como incentivadores do que é desejável pela população, do que “promotores de um item em particular”.

O último grupo de atores visíveis é a mídia. Por mais que muitos estudos a considerem um forte instrumento para elaboração da agenda, Kingdon, em suas análises, a considera uma coadjuvante, atuando como mediadora, uma intérprete das ações do governo, ao invés de ter um papel independente no processo (PINTO, 2004). O autor explica que a mídia transmite para a população as questões de uma agenda já estabelecida, não influenciando tanto na formulação da agenda governamental, entretanto, possui um papel importante na circulação das ideias dentro das comunidades (CAPELLA, 2004).

a mídia pode ser um canal para ampliar conflitos e ajudar a mudar o curso de uma questão, caso “vaze” para a imprensa informações que traduzam o bloqueio a um determinado projeto. Portanto, a cobertura jornalística dada pela mídia pode afetar positiva ou negativamente a opinião pública com relação aos itens da agenda e ao debate em torno das alternativas propostas (PINTO, 2004, p. 66).

Os indivíduos que possuem menos visibilidade na mídia e da população, são chamados de atores invisíveis e exercem maior influência sobre a geração de soluções e alternativas. Fazem parte deste grupo os especialistas, comunidade acadêmica, funcionários de carreira dos ministérios e governos Estaduais, Organizações Não Governamentais – ONGs, agências e autarquias (CAPELLA, 2004; PINTO, 2004; FRANÇA, 2007). Os servidores de carreira, não são considerados tão influentes para Kingdon na determinação da agenda, mas sim, na implementação da política (PINTO, 2004).

### 3 SAÚDE PÚBLICA NO BRASIL – AS CONFERÊNCIAS NACIONAIS DE SAÚDE E SEU LEGADO PARA AS MUDANÇAS NA SAÚDE

O conceito de saúde vem se modificando ao longo dos tempos, hoje se compreende que o “ter saúde” não é sinônimo de ausência de doença, e sim um estado de completo bem-estar físico, mental e social, como preconizado pela Organização Mundial de Saúde (WHO, 2006)<sup>15</sup>.

A American Public Health Association<sup>16</sup>, conceitua que Saúde Pública é a prática de prevenção de doenças e promoção da saúde seja dentro de grupos de pessoas, de comunidades, como para todo o país.

O primeiro conceito de Saúde Pública foi apresentado em 1920 por Winslow<sup>17</sup>, professor da Universidade de Yale. A definição e caracterização de Saúde Pública feita pelo pesquisador, incorporou áreas como a biologia, políticas públicas, educação, medicina, estatística, entre outras, e continua sendo a definição mais abrangente e articulada (ASSOCIATION OF ACCREDITED PUBLIC HEALTH PROGRAMS - AAPHP, 2012) ou “*exaustiva e objetiva*” (PAIM; ALMEIDA FILHO, 1998, p. 302) existente. Serve de base para novas definições de Saúde Pública - pois seus pilares continuam a articular estes conceitos – entretanto, ao decorrer do tempo, diversas outras áreas (ordem sanitária, medicina preventiva, medicina curativa, promoção da saúde, medidas do nível de vida) foram inseridas, proporcionando uma visão mais holística para com a saúde.

Assim como os conceitos de saúde, a Saúde Pública brasileira vem se modificando, ao longo dos anos. No Brasil, em 1920, as ações eram pautadas em expedições científicas e campanhas sanitárias para prevenção e controle de endemias (BENCHIMOL, 2001). “A história da Saúde Pública no Brasil é, em larga medida, uma história de combate aos grandes surtos epidêmicos em áreas urbanas e às denominadas endemias rurais, como a malária, a doença de Chagas e a ancilostomose” (LIMA, 2002, p. 40).

Em 1934, o Presidente Getúlio Vargas decreta estado de sítio, o cancelamento das eleições presidenciais, o fechamento do congresso e uma nova Constituição e passou a governar ditatorialmente (STEDILE; SAMPAIO, 2003). Através da nova Constituição, o Presidente cria

---

<sup>15</sup> Em 2006 a WHO desenvolveu um documento básico, em sua 45ª edição, referente a 41ª Assembleia Mundial de Saúde. Nela, consta a Constituição da WHO, adotada através da Conferência Internacional de Saúde em 1946 e colocada em vigor em 1948 e as demais incorporações adotadas (1977, 1984, 1994 e 2005). [www.afro.who.int/index.php?option=com\\_docman&task=doc\\_download&gid=19&Itemid=2111](http://www.afro.who.int/index.php?option=com_docman&task=doc_download&gid=19&Itemid=2111).

<sup>16</sup> Conceito disponível no site da American Public Health Association: <http://www.apha.org/about/>.

<sup>17</sup> O primeiro conceito de Saúde Pública foi desenvolvido por Winslow em 1920, conforme citado por Araújo (1995) e pela Association of Accredited Public Health Programs – AAPHP - <http://www.mphprograms.org/publichealthresources.html>. Tal conceito citado pela AAPHP foi retirado do livro: Winslow, CEA. The untilled field of public health. *Modern Medicine*, 1920, 2:183-191.

o Ministério do Trabalho e a Consolidação das Leis Trabalhistas (CLT). Com Capanema na gestão, a Saúde Pública, em meio a conflitos entre oligarquias regionais e a União, inicia a constituição de um sistema centralizado na área da saúde, com duas (2) importantes reformas. Uma voltada para a estrutura do Ministério da Educação e Saúde Pública – Mesp<sup>18</sup> e a outra, referente às ações de saúde, que definiram e consolidaram “a estrutura administrativa e institucional da saúde pública, que permaneceu quase inalterada até a criação do Ministério da Saúde em 1953, e de certo modo até o final dos anos 80” (HOCHMAN, 2005, p. 131).

A gestão de Gustavo Capanema no Ministério da Educação e Saúde Pública – Mesp (1934-1945) foi um marco “no processo de construção institucional da saúde pública enquanto política estatal” (HOCHMAN, 2005, p. 131), além de ter sido a mais longa permanência de um ministro na gestão da Educação e Saúde. Capanema desenvolveu um projeto que resguardava a área de atuação dos estados e evitava profundos atritos políticos e gerenciais, além de assegurar a ampliação da ação federal nos estados, política varguista de centralização política e administrativa e verticalização das ações estatais. Sendo o principal responsável pela implementação das reformas na área da saúde, o médico João de Barros Barreto, foi empossado como diretor do Departamento Nacional de Saúde (DNS) em fevereiro de 1937 (HOCHMAN, 2005).

Com o objetivo de verticalizar as ações em saúde, Capanema foi responsável pela política que criou oito (8) Delegacias Federais de Saúde, com o intuito de “supervisionar as atividades necessárias à colaboração da União com os serviços locais de saúde pública e assistência médico-social e com instituições privadas, além da inspeção dos serviços federais de saúde” (HOCHMAN, 2005, p. 132). Outras criações institucionais foram realizadas como os Serviços Nacionais e as Conferências Nacionais de Saúde (HOCHMAN, 2005).

A reforma de 1937 instituiu as Conferências Nacionais de Saúde (CNS), através da Lei nº 378, de 13/01/1937, um espaço para que o governo discutisse e conhecesse as ações que eram desenvolvidas na saúde e na educação. O Ministro Capanema, a respeito da importância das CNS, proferiu que estas seriam

...conferências de administradores que terão apenas o objetivo de estudar e assentar providências de ordem administrativa. Por meio delas, poderá ainda a União coordenar a execução dos planos nacionais que forem estabelecidos (HOCHMAN, 2005, p. 133).

---

<sup>18</sup>O MESP foi criado em novembro de 1930 e conforme Hochman (2005, p. 129) “parecia ser também a realização parcial dos anseios do vigoroso movimento sanitário da Primeira República”.

O novo formato do Ministério indicava que as CNS, assim como as Conferências Nacionais de Educação, criadas pela mesma legislação, tinham o propósito de “facilitar ao Governo Federal o conhecimento das atividades concernentes à educação e à saúde, orientando a execução dos serviços estaduais e locais e a concessão de auxílios e subvenções federais” (HOCHMAN, 2005, p. 133).

A 1ª Conferência Nacional de Saúde foi realizada em novembro de 1941, ainda sob administração do Ministro Capanema, e abordou questões referentes às realizações do Departamento Nacional de Saúde (BRASIL, 1987a)<sup>19</sup>.

A criação do Serviço Especial de Saúde Pública (SESP) em 1942, financiada pelos americanos – como forma de moeda de troca, visto que estes precisavam de borracha – era responsável pela organização de campanhas, atuavam no interior com educação sanitária, saneamento e assistência médica às populações carentes, para evitar a disseminação de endemias rurais como a malária, a febre amarela, o mal de chagas e a esquistossomose (HOCHMAN, 2005).

Do ponto de vista das principais ações de saúde pública, houve a formulação de um plano nacional de combate à lepra, a febre amarela continuou a merecer a atenção do governo federal e a parceria com a Fundação Rockefeller, em especial nos anos 40, que resultou na fabricação da vacina<sup>20</sup>.

Em fevereiro de 1940, através do Decreto Lei nº 2.024, passou a vigorar o Departamento Nacional da Criança, com amparo nas atividades relativas à proteção da maternidade, da infância e da adolescência – anteriormente englobadas no Departamento Nacional de Saúde Pública.

Em virtude de estarem subordinadas ao Ministério da Educação - e as ações de saúde neste período ser direcionadas apenas ao sanitarismo clássico - a 1ª e a 2ª CNS pautavam suas discussões na delimitação do espaço institucional da saúde, focando principalmente a importância do profissional da área. A 2ª CNS não possui registro como as demais, o pouco que

---

<sup>19</sup> Otávio Clementino de Albuquerque, então Secretário Executivo da 8ª Conferência Nacional de Saúde (1986), na página “apresentação” do ANAIS MINISTÉRIO DA SAÚDE – 8ª Conferência Nacional de Saúde, traz uma resumida retrospectiva histórica referente às CNS, com as temáticas abordadas e os Ministros responsáveis.

<sup>20</sup> O Programa de combate à febre amarela no Brasil da Rockefeller, começou a ser desenvolvido em “14 de julho de 1914, num encontro do diretor geral da fundação, Wickliffe Rose, com o general William C. Gorgas, *surgeon general* do Exército norte-americano, já consagrado como o conquistador da febre amarela em Havana e no Panamá” (BENCHIMOL, 2001, p. 113). No Brasil, neste mesmo período, havia sido estruturado o chamado ‘movimento sanitarista’ com expedições científicas e campanhas sanitárias promovido por Oswaldo Cruz de 1903-1913. O movimento, liderado pelos médicos Carlos Chagas e Belisário Pena, reivindicava a centralização e modernização dos serviços sanitários e uma política que voltassem suas ações não só para o meio urbano, mas que também promovessem programas de prevenção e controle das endemias no meio rural (BENCHIMOL, 2001).

se sabe referente a esta conferência estão em artigos, livros e nos Anais da 8ª CNS, que contém uma retrospectiva das Conferências realizadas até 1986.

Com o intuito de ampliar as discussões e a visão da saúde, que, como supracitado, era apenas voltado para o sanitarismo clássico, a 3ª Conferência (BRASIL, 1992) propôs abordar as necessidades sanitárias da população; tal iniciativa tinha o intuito de conhecer e compreender a realidade, a fim de desenvolver formas para minimizar os problemas, sem deixar de respeitar a legislação vigente.

Quadro 2 – Retrospectiva das Conferências Nacionais de Saúde – CNS – Período pré-Ditadura.

CNS	ANO	MINISTRO DA SAÚDE <sup>21</sup>	TEMA CENTRAL*	TEMÁRIOS**
1ª	1941	Gustavo Capanema	Situação sanitária e assistencial dos Estados	A 1ª CNS ocorreu durante o governo de Getúlio Vargas, com uma concepção era curativa. Suas finalidades foram: 1. Estudar as bases da organização de um programa nacional de saúde e de proteção da infância, síntese dos objetivos a serem atingidos e dos meios a serem mobilizados, nesses dois terrenos do serviço público nacional. 2. Estudar e definir o sistema de organização e de administração sanitárias e assistenciais, nas órbitas estadual e municipal. 3. Considerar, de modo especial, as campanhas nacionais contra a lepra e tuberculose, para o fim de serem assentadas medidas relativas à sua coordenação e intensificação, e bem assim a situação das cidades e vilas de todo o país quanto à montagem e funcionamento dos serviços de águas e esgotos (Brasil, 1941). Durante a 1ª CNS definiu-se que as conferências ocorreriam anualmente ou, pelo menos, de 2 em 2 anos.
2ª	1950	Pedro Calmon	Legislação referente à higiene e segurança do trabalho	Estabeleceu legislação referente à higiene e segurança do trabalho e à prestação de assistência médica e sanitária preventiva para trabalhadores e gestantes. Não há registros formais sobre a 2ª Conferência Nacional de Saúde, sendo as informações do Ministério da Saúde.
3ª	1963	Wilson Fadul	Descentralização na área de saúde	Situação sanitária da população brasileira; Distribuição e coordenação das atividades médico-sanitárias nos níveis federal, estadual e municipal; Municipalização dos serviços de saúde; Fixação de um Plano Nacional de Saúde.

FONTE: Elaborado pela pesquisadora a partir de informações dos Anais das Conferências Nacionais de Saúde dos decorridos anos citados e Ministério da Saúde (2012).

\* as informações dos temas centrais das CNS foram retiradas do site do Ministério da Saúde (2012).

\*\* os temários foram retirados dos registros de cada CNS.

As três primeiras conferências antecederam um período crítico no país. Embora não ocorrendo periodicamente, como mostra do QUADRO 2, os eventos proporcionavam uma

<sup>21</sup> A grande maioria dos Relatórios Finais e/ou Anais das Conferências Nacionais de Saúde, fazem referência aos Ministros de Saúde da época, além de contar, na maioria dos Relatórios, com o pronunciamento destes sobre o evento. A Biblioteca Virtual em Saúde do Ministério da Saúde possui uma galeria de Ministros, contendo registros desde 1953 até 2013. [http://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/galeria\\_ministros/1960\\_1953.php](http://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/galeria_ministros/1960_1953.php)

discussão - ainda que só participassem o alto escalão da gestão Nacional -, sobre a realidade da saúde brasileira, que era voltada para a assistência médica e sanitária.

As conferências eram eventos, para convidados do alto escalão governamental, em que eram debatidos temas como saneamento básico e sua influência no desenvolvimento socioeconômico<sup>22</sup>, recursos humanos, propondo conhecer e compreender a realidade para desenvolver formas de minimizar os problemas, embora se tratassem de ações pontuais. Por vezes, apresentou uma estrutura temática desnivelada, transparecendo mais uma prestação de contas do Ministério do que um documento contendo discussões sobre a realidade brasileira. Além de trazer dados do diagnóstico da situação da saúde brasileira e características demográficas não fidedignas, diante das limitações quali-quantitativas de várias ordens.

A primeira conferência pós Movimento Militar de 1964, ocorreu em 1967, como mostra o QUADRO 2, com a 4ª CNS. Devido ao momento conflituoso as temáticas foram mais restritas e o principal enfoque foi referente aos Recursos Humanos. As mesas redondas receberam discussões sobre o saneamento básico e como este influencia o desenvolvimento socioeconômico e planejamento da saúde e a estatística. O “desenvolvimento” econômico era prioridade no país, sendo assim, as ações das demais áreas deveriam estar voltadas para auxiliarem no crescimento e não no desenvolvimento do país. A exemplo do saneamento básico que era visto como fator de desenvolvimento econômico.

Nos autos da 4ª CNS (BRASIL, 1967) consta que estiveram presentes autoridades, professores universitários e profissionais de saúde, como as participações nas conferências eram restritas a convidados, entende-se que: os professores universitários eram basicamente reitores e palestrantes, assim como os profissionais de saúde, eram gestores de alto escalão do Ministério e Estados.

A visão crítica da saúde começou a surgir – mesmo que de forma tímida, por ser um período de ditadura militar -durante o período da 6ª CNS, quando as academias passaram a reivindicar liberdade na divulgação de estudos e pesquisa. Tais inquietações impulsionaram as discussões sobre a saúde no país.

Com influências internacionais de democratização dos serviços de saúde e com a necessidade do Governo se buscar legitimidade, em 1980 foi realizada a 7ª CNS pelo Ministro Waldyr Arcoverde. Tinha como objetivo negociar um pacto de transição política que não tivesse consequências catastróficas (BRASIL, 1987a). Neste período, no cerne das universidades se

---

<sup>22</sup> O desenvolvimento econômico era prioridade no país e as demais áreas deveriam ser voltadas para influenciar o crescimento da economia do país.



mobilizavam pesquisadores, estudantes, a fim de lutar por melhores condições de saúde, reivindicar uma Reforma Sanitária.

Segundo Jaeger (2009) a 7ª CNS teve importante contribuição nas discussões sobre a participação da população em todas as etapas de construção das ações de saúde. Desta maneira, a sociedade civil estaria inserida nas organizações públicas e privadas da saúde, propondo soluções, ideias e contribuindo para a melhor qualidade das ações de saúde. Em 1980, foi a primeira vez que apareceu o tema participação social nas Conferências.

Quadro 3 – Retrospectiva das Conferências Nacionais de Saúde – CNS. Período da Ditadura.

CNS	ANO	MINISTRO DA SAÚDE <sup>23</sup>	TEMA CENTRAL*	TEMÁRIOS**
4ª	1967	Leonel Miranda Tavares de Albuquerque	Recursos humanos para as atividades em saúde	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. O profissional de Saúde de que o Brasil necessita;</li> <li>2. Pessoal de nível médio e auxiliar;</li> <li>3. Responsabilidade do Ministério da Saúde na formação e aperfeiçoamento dos profissionais da saúde e do pessoal de nível médio e auxiliar;</li> <li>4. Responsabilidade das Universidades e escolas superiores no desenvolvimento de política de saúde.</li> </ol>
5ª	1975	Paulo de Almeida Machado	Constituição do Sistema Nacional de Saúde e a sua institucionalização	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Sistema Nacional de Saúde;</li> <li>2. Programa de Saúde Materno-infantil;</li> <li>3. Sistema Nacional de Vigilância Epidemiológica;</li> <li>4. Programa de grandes Endemias;</li> <li>5. Extensão das ações de saúde às populações rurais.</li> </ol>
6ª	1977	Paulo de Almeida Machado	Controle das grandes endemias e interiorização dos serviços de saúde	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Situação atual do controle das grandes endemias;</li> <li>2. Operacionalização dos novos Diplomas Legais Básicos, aprovados pelo Governo Federal em matéria de Saúde;</li> <li>3. Interiorização dos Serviços de Saúde;</li> <li>4. Política Nacional de Saúde.</li> </ol>
7ª	1980	Waldyr Mendes Arcoverde	Extensão das ações de saúde através dos serviços básicos.	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Regionalização e Organização dos serviços básicos;</li> <li>2. Saneamento e habitação nos Serviços Básicos de Saúde (SBS) – o PLANASE e o Saneamento Simplificado;</li> <li>3. Desenvolvimento de Recursos Humanos para os SBS;</li> <li>4. Supervisão e Educação continuada para SBS;</li> <li>5. Responsabilidade e articulação interinstitucional (Nível Federal, Estadual e Municipal). Desenvolvimento institucional e da Infra-estrutura de apoio dos Estados;</li> <li>6. Alimentação e Nutrição e os SBS;</li> <li>7. Odontologia e os SBS;</li> <li>8. Saúde mental e doenças crônico-degenerativas e os SBS;</li> <li>9. Informações e vigilância epidemiológica nos SBS;</li> <li>10. Participação comunitária. Os SBS e as comunidades;</li> <li>11. Articulação dos serviços básicos com os serviços especializados nos Sistema de Saúde.</li> </ol>

FONTE: Elaborado pela pesquisadora a partir de informações dos Anais das Conferências Nacionais de Saúde dos decorridos anos citados e Ministério da Saúde (2012).

\*as informações dos temas centrais das CNS foram retiradas do site do Ministério da Saúde (2012).

\*\* os temários foram retirados dos registros de cada CNS.

<sup>23</sup> A grande maioria dos Relatórios Finais e/ou Anais das Conferências Nacionais de Saúde, fazem referência aos Ministros de Saúde da época, além de contar, na maioria dos Relatórios, com o pronunciamento destes sobre o evento. A Biblioteca Virtual em Saúde do Ministério da Saúde possui uma galeria de Ministros, contendo registros desde 1953 até 2013. [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/galeria\\_ministros/1960\\_1953.php](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/galeria_ministros/1960_1953.php)

Embora o país estivesse vivendo em um período de Ditadura Militar (1964-1985), em seu cerne surgiram movimentos com visões críticas sobre a sociedade, a liberdade de divulgação de estudos e pesquisa, sobre a necessidade de uma reforma na saúde. Paim et al. (2011) aponta que durante o período da Ditadura Militar (1964-1985) uma série de transformações ocorreram no Sistema de Saúde no Brasil, entre elas:

Institutos de Aposentadoria e Pensões (IAP) unificados no Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), privatização da assistência médica e capitalização do setor da saúde (1966); Capitalização da medicina pela previdência social; Crise do sistema de saúde; Programas de Extensão de Cobertura (PEC) para populações rurais com menos de 20.000 habitantes; Crise na previdência social; Instituto Nacional da Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS; 1977); Centralização do sistema de saúde, fragmentação institucional, beneficiando o setor privado; INAMPS financia estados e municípios para expandir a cobertura (PAIM et al., 2011, p. 16).

O QUADRO 3, aponta a evolução nos conteúdos abordados nas Conferências e a mobilização, ao inserir a temática no evento, de debater a participação comunitária no Sistema de Saúde. Em meio a este ambiente clamando por mudanças que, em 1986, foi realizada a 8ª Conferência Nacional de Saúde pelo Ministro de Estado da Saúde Roberto Figueira Santos (BRASIL, 1987a). Primeira Conferência pós-ditadura.

Está em curso uma reforma democrática não anunciada ou alardeada na área da saúde. A Reforma Sanitária brasileira nasceu na luta contra a ditadura, com o tema Saúde e Democracia, e estruturou-se nas universidades, no movimento sindical, em experiências regionais de organização de serviços. Esse movimento social consolidou-se na 8ª Conferência Nacional de Saúde, em 1986, na qual, pela primeira vez, mais de cinco mil representantes de todos os seguimentos da sociedade civil discutiram um novo modelo de saúde para o Brasil. O resultado foi garantir na Constituição, por meio de emenda popular, que a saúde é um direito do cidadão e um dever do Estado (AROUCA, 1998, s.p)<sup>24</sup>.

Intitulada a mais importante das conferências, devido a sua repercussão e seu impacto social, a 8ª conferência propôs um temário central que visava:

I - a saúde como um direito inerente à personalidade e à cidadania; II - reformulação do Sistema Nacional de Saúde, em concordância com os princípios de: integração orgânico-institucional, descentralização, universalização e participação; redefinição dos papéis institucionais das unidades políticas (União, Estados, Municípios, Territórios) na prestação dos serviços de saúde; III - financiamento setorial (BRASIL, 1987a, p. 399).

---

<sup>24</sup> Citação retirada do site da Biblioteca Virtual Sérgio Arouca - <http://bvsarouca.icict.fiocruz.br/sanitarista05.html>.

Como percebido, a 8ª CNS possui alguns enfoques já debatidos em 1963, durante a 3ª Conferência, este fato, proporcionou um resgate histórico das preocupações daquele período, acrescido dos avanços decorrentes dos 20 anos posteriores. Uma forma de refletir sobre os aspectos eminentemente doutrinários, de questões extremamente relevantes para a saúde.

Foi durante a 8ª CNS em 1986, que foi aprovada a criação de um Sistema de Saúde, com a separação total da saúde em relação a previdência social, formando um novo arcabouço institucional (BRASIL, 2007b). E em 1987, foi implantado no Executivo Federal o Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde – SUDS, propondo incorporar em sua estrutura os preceitos da Reforma Sanitária como a Universalização, descentralização e a democratização (BRASIL, 2011a). Um passo decisivo e importante para a construção de um sistema de saúde público e universal.

Para contemplar este preceito e melhorar a qualidade da saúde no Brasil, em 1988, foi incorporada à Constituição Federativa do Brasil os preceitos da Reforma Sanitária, sendo através da Carta Magna instituído o Sistema Único de Saúde – SUS em 1990; culminando em uma “reengenharia institucional”, que transformaria o campo das Políticas Públicas em Saúde do país (ANDRADE; BARRETO, 2007). A saúde então, artigo 196 da Constituição, passou a ser direito de todos, devendo o Estado garantir políticas sociais e econômicas, de forma igualitária (BRASIL, 1988).

Com a CF/1988, foi institucionalizada a saúde como um direito fundamental do ser humano, sem distinção de raça, religião, opiniões políticas e condições econômicas e sociais e seus objetivos e metodologias devem ajustar-se às condições e circunstância de cada região. E a saúde pública está em constante evolução; a partir do momento que soluções aparecem, alguns problemas passam a ser do domínio das tarefas rotineiras ou vão declinando de urgência e cede lugar em importância imediata a “novos” problemas que aumentam o horizonte de atuação dos serviços de saúde (ARAÚJO, 1995).

Cohn et al. (2002) referindo-se ao artigo 196, aponta que constituir saúde “um direito de todos e dever do Estado”, implica enfrentar questões tais como de a população buscar a utilização dos serviços públicos de saúde tendo por referência a sua proximidade, enquanto que, para os serviços privados, a referência principal constitui em “ter direito”. Os autores apontam que essas questões são exatamente remetidas às tradições dos direitos sociais dos brasileiros (quando se têm condições financeiras, escolhe-se onde e como se tratar, sendo visto, por estas instituições, como um cliente em potencial). Estes são vinculados a um contrato compulsório de caráter contributivo. Contrapondo a esta realidade, as medidas assistencialistas aos carentes, sobre a equidade da universalização do direito à saúde, está estreitamente vinculada às

mudanças das políticas de saúde no interior de um processo de alteração da relação do Estado com a sociedade. Significa dizer que, ao final de uma gestão, mudam-se governos e estratégias frente às questões de saúde pública. Ou seja, a alteração do sistema de poder no país.

Segundo a Lei Federal 8.080/90, são consideradas inerentemente do SUS as instituições públicas federais, estaduais e municipais prestadoras ou contratadoras de ações e serviços de saúde e desenvolvedoras de controle de qualidade, pesquisa e produção de insumos, medicamentos, inclusive de sangue e hemoderivados, e de equipamentos para saúde.

A iniciativa privada poderá participar do SUS, em caráter complementar. Isto quer dizer que nenhuma ajuda deve ser dispensada no esforço conjunto de se alcançar as metas de saúde do povo brasileiro.

Para que os preceitos debatidos durante a 8ª CNS e que a Lei que regulamenta o SUS seja cumprida, os grupos e relatores presentes na 9ª CNS pautaram as discussões dos temas em três linhas centrais marcantes: defesa da garantia da Constituição, que a lei e a implementação do SUS fossem cumpridas e o terceiro se relacionou ao momento político conturbado vivenciado pelo país, referente à “Era Collor” (BRASIL, 1993a).

A 9ª CNS, também abordou o caminho da descentralização, municipalização e participação social. Tamanho a importância destas discussões que o Ministério da Saúde passou a adotar medidas que contemplassem estes preceitos, como: comissões intergestores (bipartite e tripartite, as respectivas CIB e CIT), os consórcios intermunicipais, ações com vistas à gestão municipal, entre outras providências que foram estabelecidas na Norma Operacional Básica nº93 (NOB-93) e consolidada posteriormente na NOB-96 (BRASIL, 1996).

Durante a conferência foi realizada uma carta de desabafo indignado, pedindo o “*impeachment*” do Presidente Collor, a “*CARTADA IX CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE À SOCIEDADE BRASILEIRA*” – “*EM DEFESA DA VIDA E DA ÉTICA: FORA COLLOR*” (BRASIL, 1993a, p. 15).

A 10ª Conferência, em 1996, reforçou a importância dos Municípios e os Estados terem maior responsabilidade para com os serviços, e a União ser a co-gestora das ações. Neste período, a municipalização ainda não era uma realidade no país, mesmo que as discussões sobre o tema ocorriam há um longo período. Por esse motivo, o Estado ainda exercia um forte papel como gestor em muitos Municípios (BRASIL, 1998).

A 11ª CNS defendeu o repasse Fundo a Fundo, como forma de contemplar a descentralização, integralidade e o Controle Social, e que esses volumes de recursos fossem feitos por intermédio da aplicação do Art. 35 da Lei 8.080/90 e não apenas de acordo com critérios *per capita* (BRASIL, 2001).

De acordo com os Anais da 11ª CNS (BRASIL, 2001, p. 87) o art. 35 da Lei 8.080/90 determina:

a adoção de critérios que contemplem perfil demográfico, perfil epidemiológico, características da rede de saúde, desempenho técnico e financeiro, níveis de participação do setor Saúde nos orçamentos, plano de investimentos da rede e ressarcimento de atendimentos para outras esferas de governo. (...)levando em conta as peculiaridades, problemas e necessidades da população de cada local e região.

A Carta da Conferência, redigida por delegados e delegadas participantes, criticou duramente o governo neoliberal de Fernando Henrique Cardoso, “que privilegia a lógica do ajuste econômico em detrimento das políticas sociais” (BRASIL, 2001, p. 12). Seguindo a mesma linha da 10ª CNS, que reprimia os gastos com a dívida brasileira, a carta de 2000 apontou as rigorosas medidas do Programa de Ajuste Fiscal a que o País era submetido e o impacto dele na saúde.

Com a posse do Presidente Luiz Inácio Lula da Silva, em janeiro de 2003 assume uma nova equipe na gestão da saúde e foi proposto pelo Ministério da Saúde antecipar a 12ª CNS para o mesmo ano, a fim de articular a Agenda de governo com as propostas apresentadas pelos participantes da Conferência. Atores sociais que estão diretamente envolvidos na “*linha de frente*” dos serviços de saúde.

A 12ª CNS foi encarada como um novo marco na saúde, pois pela primeira vez um governo incumbiu a uma Conferência definir estratégias e prioridades que iriam auxiliar nas tomadas de decisões do Ministério da Saúde. A partir de 2003, as discussões sobre a necessidade de unificar as diversas normas existentes e desburocratizar a saúde, auxiliando na gestão dos serviços inicia.

Diante do clima de otimismo com o novo governo, houve uma intensa mobilização no país. Conforme os Anais do evento (BRASIL, 2004), as conferências foram realizadas em todos os estados, em mais de 3.600 Municípios e se constatou que mais de 70% dos delegados participavam pela primeira vez de uma Conferência de Saúde.

Intitulada Conferência Sergio Arouca, como forma de homenagear o ilustre sanitário e ex-secretário de Gestão Participativa do Ministério da Saúde, que havia falecido pouco antes da 12ª CNS. Defensor da saúde como um direito lutou arduamente pela construção de uma Política Nacional de Saúde.

Discutir o SUS que queremos, envolve compreender todos os avanços conquistados, tendo a certeza de que ainda há muito para melhorar. O Brasil possui como já citado anteriormente, um sistema de saúde que é modelo internacionalmente e, conforme o ex-ministro

da Saúde Humberto Costa (BRASIL, 2004, p. 13) “é a maior política de inclusão social existente no País”. Entretanto, se apresenta com inúmeros paradoxos em seu processo.

de um lado, temos serviços de excelência disponíveis para todos os cidadãos, como transplantes, tratamentos oncológicos, acesso a medicamentos para Aids; por outro lado, há uma enorme dificuldade de acesso aos serviços básicos, de urgência, às consultas (BRASIL, 2004, p. 13).

O tema pactuação surge como uma necessidade de reavaliar as ações existentes, tais discussões auxiliaram na formulação do Pacto pela Saúde. Conforme os Anais (BRASIL, 2004, p. 67) “o aprimoramento do processo de pactuação entre os gestores nas comissões bipartites (CIB) e tripartite (CIT) e do relacionamento entre estas e os Conselhos de Saúde é fundamental para efetivar a descentralização e a regionalização”.

Percebe-se ao decorrer do texto, pontos importantes que sugerem indícios da construção de uma nova política de saúde, uma nova forma de se pensar saúde em que os três entes da gestão do SUS se comprometessem com a qualidade da saúde da população. A terceira diretriz geral do eixo temático IV, referente as três esferas de governo e a construção do SUS, sugere: “Criar mecanismos e processos eficientes de repactuação dos serviços de saúde, com envolvimento dos gestores das três esferas de governo e participação dos trabalhadores e usuários nos Conselhos de Saúde” (BRASIL, 2004, p. 68). O respaldo desta conferência se reflete ao analisar o Pacto pela Saúde e encontrar nele, as propostas discutidas na 12ª CNS.

O relatório final conseguiu condensar as inúmeras propostas discutidas nas Conferências Municipais e Estaduais em temáticas e diretrizes importantes para o futuro do SUS.

Ainda no governo do Presidente Lula foi realizada a 13ª Conferência Nacional de Saúde, que conseguiu reunir um número ainda mais expressivo de participantes, mais de 4.700 pessoas entre delegados, profissionais, pesquisadores, gestores, observadores, usuários e apreciadores internacionais - em busca de conhecer o SUS – se uniram para discutir questões relevantes para a saúde brasileira.

Diante do resultado positivo da conferência anterior, em 2007 também foi utilizada a estratégia das Conferências Municipais, Estaduais e Federação, totalizando mais de 4.300 eventos que possibilitaram discutir a realidade e as necessidades de cada território, tornando o debate mais rico e fidedigno com as diversidades socioeconômicas e culturais do Brasil.

Entre vários assuntos, o tema Pacto pela Saúde, que surgiu pela primeira vez em 2003, durante 12ª CNS, voltou a ser discutido nas conferências (Municipais, Estaduais e Nacional) de 2007, embora com um novo viés. Durante o período de 2003 até 2007, diversos debates foram realizados nos três níveis de gestão. Primeiramente, as discussões de baseavam na necessidade

de uma política que organizasse a gestão da saúde, culminando com a elaboração da política em 2006.

No período da 13ª Conferência Nacional, em novembro, o Pacto Pela Saúde já estava aprovado e assinado pelo Ministério da Saúde em 2006. Em 2007 os Estados começaram a se inserir no Pacto. Discutir e descentralizar este tema com a sociedade, gestores e profissionais nas Conferências Municipais, Estaduais e Federação é o primeiro passo para uma implementação.

A evolução dos debates sobre o Pacto se deu da necessidade de se discutir a implementação desta política por parte dos Estados e Municípios, a repercussão dos serviços, recursos financeiros. Os Anais do evento de 2007 trazem a necessidade e importância de garantir recursos financeiros, das três esferas de gestão, para a implementação das ações do Pacto nas suas três dimensões, ressaltando o Plano Diretor de Regionalização (PDR), Plano Diretor de Investimento (PDI) e Programação Pactuada e Integrada (PPI), a Política de Atenção Básica.

Implementar o Pacto pela Saúde nas três dimensões: Pacto pela Vida, Pacto em Defesa do SUS e Pacto de Gestão, visando estabelecer prioridades sanitárias, a partir do perfil epidemiológico, e fortalecer a saúde pública no país, com a regionalização solidária, criando os colegiados regionais de gestão, com responsabilidade sanitária e cooperação técnica entre os níveis de governo pactuadas por meio dos termos de compromisso com controle social, considerando o planejamento participativo, as tecnologias de informação e os indicadores para a promoção da saúde (BRASIL, 2008, p. 119-120).

O repasse financeiro das três esferas de gestão é tema frequente nos registros das Conferências. A 13ª CNS além de reivindicar o cumprimento da legislação também propôs a reavaliação das porcentagens repassadas pelos Estados que aumentaria de 12% para 15%.

O Rio Grande do Sul, até 2013, nunca cumpriu a legislação, mesmo sendo uma promessa do Governador Tarso Genro para a população e para o CDES-RS, não atingiu a meta proposta. Reavaliar os 12%, mesmo sendo de fundamental importância para a saúde, poderá caracterizar mais uma simples alteração na Resolução do que a concretização desta.

Outro fator abordado e que está presente nas políticas de saúde, inclusive no Pacto pela Saúde – através do Plano Diretor de Regionalização entre outros programas - é a regionalização. Muito se discute a regionalização da alta e média complexidade, mas outros serviços que são tão quão importantes, precisam ser inseridos nesse processo.

O Ministério da Saúde e as secretarias estaduais de saúde, em conjunto com os municípios, devem reverter o modelo hierárquico do SUS, expresso em sua organização por níveis de atenção (atenção básica, de média e alta complexidade),

substituindo-o pela organização em rede de atenção a saúde, além de organizar e regular uma rede de regionalização solidária, cooperativa e hierarquizada de atenção à saúde, contemplando municípios/microrregiões/regiões do Estado e implementar o tratamento fora do domicílio (TFD), implantando e mantendo um Sistema Integrado de Informações dos Usuários (Cartão SUS) em todos os municípios (BRASIL, 2008, p. 121).

A última Conferência realizada até o momento foi no ano de 2011 em Brasília. O relatório final da 14ª CNS, contou com a aprovação de mais de 2.900 delegados e delegadas. Seguindo a linha dos últimos eventos, foram realizadas Conferências Municipais, Estaduais e Federação, praticamente se igualando ao ano anterior, com mais de 4.300 conferências pelo Brasil.

Tal mobilização resultou em quinze (15) diretrizes que vão desde questões referentes a direito à saúde e seguridade social, controle social, gestão participativa, garantia de gestão unificada e coerente do SUS com base na construção de redes integrais e regionais de saúde, até financiamento da saúde – assunto recorrente nos Anais dos eventos ao longo dos anos - entre outros temas.

O pacto pela saúde e a regionalização, também foram debatidos no desmembramento das diretrizes. Ações que precisam ser pensadas e realizadas nas três esferas de gestão do SUS.

Instituir os Contratos Organizativos da Ação Pública, em cumprimento ao Decreto nº 7.508/2011 e a agenda do Pacto pela Saúde, visando à defesa do SUS como política de Estado, com a ampliação da autonomia e capacidade de gestão das instâncias regionais do SUS com fortalecimento dos Colegiados de Gestão Regional (CGR), assegurando gestão compartilhada e participativa dos recursos assistenciais e financeiros e enfrentando as prioridades assistenciais e a construção do processo de regionalização, com a revisão, ajustes contínuos e regulação da Programação Pactuada Integrada (PPI), tendo como base o critério das necessidades de saúde da população e a inclusão dos municípios fronteiriços no processo de pactuação mediante a elaboração da PPI interestadual e a ampliação e adequação da estrutura dos serviços de saúde mediante a necessidade de cada região (BRASIL, 2012a, p. 33).

Analisando o retrospecto dos 40 anos de Conferência é notória a maturação do evento, tanto nas posições defendidas pelos delegados, quanto na articulação com demais profissionais, na descentralização das conferências, proporcionando voz a todos os Municípios, compartilhando as peculiaridades de cada região do país.

São conquistas do controle social, advindas de muita luta. No início as conferências eram um espaço para falar sobre saúde, mas apenas para convidados, militares de alto escalão do Governo Federal, não existia Ministério da Saúde, com o tempo o evento passou a ser uma “prestação de contas” da gestão do MS. Quarenta e cinco anos depois, em 1986, a mobilização social – que teve início em meio a uma ditadura – resultou na construção, em 1990, de um sistema de saúde universal, com objetivo de integralidade e igualdade. Entretanto, foi em 2007,



que a Conferência Nacional de Saúde foi coordenada pelo presidente eleito do Conselho Nacional de Saúde. Uma longa trajetória de sucesso e de orgulho para o povo brasileiro. Conforme Sen (2000) a privação à saúde, é uma privação de liberdade.

O quadro a seguir, traz uma breve contextualização sobre as Conferências Nacionais de Saúde, elencando as temáticas por elas debatidas.

Quadro 4 – Retrospectiva das Conferências Nacionais de Saúde – CNS. Desde 1986 até 2011 - Democracia.

CNS	ANO	MINISTRO DA SAÚDE <sup>25</sup>	TEMA CENTRAL*	TEMÁRIOS**
8ª	1986	Roberto Figueira Santos	Saúde como direito, reformulação do Sistema Nacional de Saúde e financiamento setorial.	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Saúde e trabalho;</li> <li>2. Vigilância Epidemiológica (grandes endemias, doenças evitáveis por imunização, AIDS);</li> <li>3. Saúde e sistema ecológico;</li> <li>4. Saúde, produção e distribuição de alimentos;</li> <li>5. Medicamentos e Imunobiológicos;</li> <li>6. Saúde oral;</li> <li>7. Sangue e hemoderivados;</li> <li>8. Reprodução Humana;</li> <li>9. Práticas alternativas de saúde;</li> <li>10. Recursos Humanos;</li> <li>11. Saúde e Políticas Sociais: migrações, direito previdenciário, cultura e lazer;</li> <li>12. Saúde Mental;</li> <li>13. Saúde e proteção ao consumidor;</li> <li>14. Infecção Hospitalar;</li> <li>15. Ciência e Tecnologia;</li> <li>16. Administração em Saúde;</li> <li>17. Saúde e os direitos da mulher;</li> <li>18. Saúde e violência;</li> <li>19. A saúde e os direitos da criança;</li> <li>20. Proteção à saúde do Índio;</li> <li>21. Proteção à saúde dos deficientes físicos;</li> <li>22. Proteção à velhice e às Políticas Sociais.</li> </ol>
9ª	1992	Adib Domingos Jatene	Saúde: Municipalização é o caminho	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Sociedade, Governo e Saúde;</li> <li>2. Seguridade Social;</li> <li>3. Implementação do SUS;</li> <li>4. Controle Social.</li> </ol>
10ª	1996	Adib Domingos Jatene	Construção de modelo de atenção à saúde	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Gestão e organização dos serviços de saúde;</li> <li>2. Saúde, Cidadania e Políticas Públicas;</li> <li>3. Controle Social em saúde;</li> <li>4. Financiamento em saúde;</li> <li>5. Recursos Humanos em saúde;</li> <li>6. Atenção integral à saúde.</li> </ol>
11ª	2000	José Serra	Efetivando o SUS: acesso, qualidade e humanização na atenção à saúde	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Qualidade de vida;</li> <li>2. Políticas Sociais intersetoriais;</li> <li>3. Controle Social;</li> <li>4. Financiamento em Saúde;</li> <li>5. Política de Recursos Humanos;</li> <li>6. Acesso universal, atenção integral e igualitária;</li> </ol>

<sup>25</sup> A grande maioria dos Relatórios Finais e/ou Anais das Conferências Nacionais de Saúde, fazem referência aos Ministros de Saúde da época, além de contar, na maioria dos Relatórios, com o pronunciamento destes sobre o evento. A Biblioteca Virtual em Saúde do Ministério da Saúde possui uma galeria de Ministros, contendo registros desde 1953 até 2013. [http://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/galeria\\_ministros/1960\\_1953.php](http://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/galeria_ministros/1960_1953.php)

			com controle social.	7. Humanização; 8. Efetivação do SUS; 9. Estruturação da Atenção Básica.
12 <sup>a</sup>	2003	Humberto Sérgio Costa Lima	Saúde um direito de todos e dever do Estado. A saúde que temos, o SUS que queremos.	1. Direito à Saúde; 2. Seguridade social e à saúde; 3. A intersetorialidade das ações de saúde; 4. As três esferas de Governo e a Constituição do SUS; 5. A Organização da Atenção à saúde; 6. Controle Social e gestão participativa; 7. O trabalho na saúde; 8. Ciência e tecnologia e a saúde; 9. O financiamento da saúde; 10. Comunicação e informação em saúde.
13 <sup>a</sup>	2007	José Gomes Temporão	Política de estado e Desenvolvimento	1. Desafios para a Efetivação do Direito Humano à Saúde no Século XXI: Estado, Sociedade e Padrões de Desenvolvimento; 2. Políticas Públicas para a Saúde e Qualidade de Vida: o SUS na Seguridade Social e o Pacto pela Saúde; 3. A Participação da Sociedade na Efetivação do Direito Humano à Saúde.
14 <sup>a</sup>	2011	Alexandre Padilha	Todos usam o SUS! SUS na Seguridade Social, Política Pública e Patrimônio do Povo Brasileiro	ACESSO E ACOLHIMENTO COM QUALIDADE – UM DESAFIO PARA O SUS: - Política de saúde na seguridade social, segundo os princípios da integralidade, universalidade e equidade, - Participação da comunidade e controle social, - Gestão do SUS (Financiamento; Pacto pela Saúde e Relação Público x Privado; Gestão do Sistema, do Trabalho e da Educação em Saúde).

FONTE: Elaborado pela pesquisadora a partir de informações dos Anais das Conferências Nacionais de Saúde dos decorridos anos citados e Ministério da Saúde (2012).

\*as informações dos temas centrais das CNS foram retiradas do site do Ministério da Saúde (2012).

\*\* os temários foram retirados dos registros de cada CNS.

Após o período ditatorial, na era da democracia, o Brasil realizou sete (7) Conferências Nacionais de Saúde, conforme demonstrado no QUADRO 4, possibilitando a construção de um Sistema de Saúde único no mundo, com participação social, universal e em permanente transformação/aprimoramento para o SUS que queremos.

A contribuição para a construção da saúde como um direito, buscando entender o processo, implica esmiuçar o cotidiano dos movimentos sociais, da construção da demanda dos serviços de saúde, da prática institucional dos agentes envolvidos, da estranha simbiose do saber popular e do saber científico na área da formulação das políticas de saúde, da relação, enfim, entre os movimentos e manifestações sociais por saúde e o Estado (COHN et al., 2002).

### 3.1 SUS no Brasil contemporâneo

A Reforma Sanitária, que teve seu início nos anos 70, foi um movimento que nasceu dentro da perspectiva de luta contra a Ditadura, através de mobilizações nas academias, dos anseios de profissionais e pesquisadores por uma saúde mais social, uma saúde que

contemplasse toda a população (SANTOS, 2009b; PREUSS, 2011). Esse movimento ganhou força a partir da 7ª CNS, quando, pela primeira vez, foram discutidas questões referentes à participação, de forma crítica, da sociedade civil em todas as etapas de construção das ações de saúde (BARRIOS, 2009; JAEGER, 2009).

Sérgio Arouca, considerado o “guru da Reforma Sanitária”, segundo a Biblioteca Virtual Sérgio Arouca<sup>26</sup>, foi um dos grandes idealistas deste movimento que tinha como foco principal o “Estado e a conquista da presença de seus preceitos no aparato institucional” (COHN, 1996, p. 318). Esta Reforma conquistou um arcabouço institucional legal que está presente, até hoje, na nossa Constituição, nas Leis Orgânicas da Saúde e demais políticas públicas (WEIGELT, 1999).

Presença marcante no movimento sanitário, a luta ideológica dos integrantes impulsionou debates importantes sobre a saúde no Brasil e propuseram à sociedade pensar no desenvolvimento não apenas como crescimento econômico, mas como um processo que engloba questões sociais, culturais, políticas (WEIGELT, 1999).

Não é simplesmente não estar doente, é mais: é um bem-estar social, é o direito ao trabalho, a um salário condigno; é o direito a ter água, à vestimenta, à educação, e, até, a informações sobre como se pode dominar este mundo e transformá-lo. É ter direito a um meio ambiente que não seja agressivo, mas, que, pelo contrário, permita a existência de uma vida digna e decente; a um sistema político que respeite a livre opinião, a livre possibilidade de organização e de autodeterminação de um povo. É não estar todo o tempo submetido ao medo da violência, tanto daquela violência resultante da miséria, que é o roubo, o ataque, como da violência de um governo contra o seu próprio povo (BRASIL, 1987a, p. 36).

A luta por uma saúde melhor para todos teve seu marco na história brasileira em 1986, durante a 8ª Conferência Nacional de Saúde presidida por Sérgio Arouca. O professor defendeu que “Democracia é saúde”. Foi durante a 8ª CNS que as ideias sobre a Reforma Sanitária tomaram força e, através do movimento pela emenda popular, culminou em um dos principais desdobramentos desta conferência, a elaboração da proposta para a primeira emenda constitucional para o capítulo da saúde (BIBLIOTECA VIRTUAL SÉRGIO AROUCA; JAEGER, 2009; PREUSS, 2011).

Essas propostas debatidas na Conferência serviram de base para a elaboração da redação da seção da saúde na Constituição Federal de 1988, que vão dos art. 196 até 200. O artigo 196

---

<sup>26</sup>A Biblioteca Virtual Sérgio Arouca foi desenvolvida pela Fundação Oswaldo Cruz como forma de preservar um dos momentos mais significativos na trajetória de mobilização social na área da saúde, o movimento da Reforma Sanitária; homenageando um dos atores mais importantes e representativos, o sanitarista Sérgio Arouca - <http://bvsarouca.icict.fiocruz.br/introducao.htm>.

da Constituição Federativa do Brasil (1988) refere que: a saúde é um direito de todos e dever do Estado, garantindo mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doenças e de outros agravos e o acesso universal e igualitário às ações e serviços para a promoção, proteção e recuperação.

A Constituição de 1988, rompeu com padrões tradicionais de gestão e proporcionou o fortalecimento da administração municipal, a participação social na gestão e organização de políticas públicas e a descentralização política, fazendo com que os municípios passassem a ter maior responsabilidade e importância nas ações em saúde (KLEIN, 2010; PREUSS, 2011).

Preuss (2011) aborda que esta Reforma da política de saúde pode ser explicada com base em dois fatores primordiais, um deles é a crise do financiamento da assistência, crise do modelo médico assistencial privatista, por ser caro e de baixa efetividade e o segundo são as necessidades de uma política mais ampla.

O texto final da CF/88, incorporou questões importantes defendidas pelo movimento sanitário como: a saúde sendo um direito de todos e um dever do estado, constituído através do resultado de políticas econômicas e sociais; a necessidade da criação de um sistema de saúde descentralizado, separado da previdência e com a participação da comunidade, além da relevância dos serviços e das ações de saúde para todo cidadão brasileiro.

Diante deste amparo legal, em 1990 foi regulamentada a Lei Nº 8.080/90. Entretanto, devido aos vetos do Presidente Collor nos artigos referentes ao Controle Social, foi elaborada a Lei nº 8.142 que dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde - SUS, transferências de recursos financeiros intergovernamentais (Fundo de Saúde), regulamentada em 28 de dezembro de 1990.

Com a Lei Nº 8.080/90, fica regulamentado o Sistema Único de Saúde - SUS, estabelecido pela Constituição Federal de 1988, que agrega todos os serviços estatais –das esferas federal, estadual e municipal –e os serviços privados (desde que contratados ou conveniados) e que é responsabilizado, ainda que sem exclusividade, pela concretização dos princípios constitucionais (BRASIL, 1997, p. 8).

Intituladas Leis Orgânicas da Saúde, as Leis 8.080/90 e 8.142/90 orientam e regulam todas as ações de saúde do SUS, sendo o Estado o responsável por garantir o direito à saúde, a partir de políticas públicas que reduzam os agravos e riscos de doenças, promovam a proteção, promoção, prevenção e recuperação da saúde. Tais ações devem estar efetivadas no Sistema Único de Saúde com base nas legislações acima.

O SUS é um conjunto de ações e serviços de saúde, de responsabilidade dos órgãos e instituições públicas federais, estaduais e municipais, da administração direta e indireta, e das

funções mantidas pelo poder público. “O Sistema Único de Saúde (SUS) é constituído pelo conjunto das ações e de serviços de saúde sob gestão pública. Está organizado em redes regionalizadas e hierarquizadas e atua em todo o território nacional, com direção única em cada esfera de governo” (BRASIL, 2007b, p. 33).

Com o fortalecimento da descentralização da saúde, as esferas de governo passaram a ter, além das atribuições comuns na gestão do SUS, como a implementação de políticas públicas, planejamento, execução, avaliação, também as “competências diferenciadas na execução de acordo com a complexidade da rede hierarquizada e descentralizada, cabendo às esferas municipais a atenção básica” (KLEIN, 2010, p. 26). Faz-se importante para o estudo, destacar a alguns pontos principais da competência do Estado, através da Secretaria Estadual de Saúde e Coordenadorias Regionais de Saúde, que são as seguintes: “promover a descentralização para os Municípios dos serviços e das ações de saúde; acompanhar, controlar e avaliar as redes hierarquizadas do Sistema Único de Saúde - 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; acompanhamento, a avaliação e divulgação dos indicadores de morbidade e mortalidade no âmbito da Unidade Federada (BRASIL, 1990)<sup>27</sup>.

Conforme o art. 198 da CF, referido também pelo Conselho Nacional de Secretários de Saúde (BRASIL, 2007b) o SUS está organizado em Redes Regionalizadas que consiste na descentralização das ações e serviços de saúde e os processos de negociação e pactuação entre os gestores. Com o objetivo de garantir acesso, resolutividade e qualidade às ações e serviços de saúde cuja complexidade e contingente populacional transcenda a escala local/municipal.

Estas Leis Orgânicas reafirmam as diretrizes previstas na Constituição e estabelecem uma série de princípios fundamentais que norteiam a saúde no país, como os que estão previstos no Art. 7º da Lei 8.080/90 (BRASIL, 2006b, p. 13; BRASIL, 2011a, p. 45). Algumas delas são:

I - universalidade de acesso aos serviços de saúde em todos os níveis de assistência;

II - integralidade de assistência, entendida como conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema;

IV - igualdade da assistência à saúde, sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie;

VIII - participação da comunidade;

IX - descentralização político-administrativa, com direção única em cada esfera de governo:

---

<sup>27</sup> As competências da Secretaria Estadual de Saúde estão expressas tanto na Lei 8.080/90, quanto na Portaria 399/2006 – Pacto pela Saúde

- a) ênfase na descentralização dos serviços para os municípios;
- b) regionalização e hierarquização da rede de serviços de saúde;

X - integração em nível executivo das ações de saúde, meio ambiente e saneamento básico;

XI - conjugação dos recursos financeiros, tecnológicos, materiais e humanos da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios na prestação de serviços de assistência à saúde da população;

O Brasil avançou a passos largos na implementação do SUS - uma política nova, de 24 anos, que é referência internacional – entretanto, a efetivação das Leis Orgânicas, essenciais para o desenvolvimento da saúde pública, ainda é precária. Para termos um sistema de saúde que contemple a realidade dos territórios e que faça valer o direito do cidadão brasileiro, a legislação (Lei 8.080/90) enfatiza, no capítulo III, a importância da organização, direção e gestão do SUS, no que tange as ações e serviços nas três esferas de gestão do sistema de saúde, regionalizadas e hierarquizadas e as Comissões Intergestoras Bipartite, Tripartite e o Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS) e o Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (CONASEMS).

Com a descentralização dos serviços de saúde, Estados e Municípios passam a desenvolver ações que anteriormente era de competência da União, desempenhando, aos poucos, um papel cada vez mais importante de protagonistas na saúde da população. A implementação do SUS e a operacionalização da legislação, não foi e não é um processo fácil ou mesmo rápido; com vistas a auxiliar nesta grande mudança na história da saúde do país, foram estabelecidas ao longo das décadas de 90 e início dos anos 2000 uma série de normas que possibilitaram o avanço na consolidação do Sistema Único de Saúde.

Quadro 5 – Normas Operacionais Básicas – NOBs

NORMAS OPERACIONAIS BÁSICAS	OBJETIVOS
NOB 91 – Resolução N° 258/91	Fornecer instruções para orientador o processo de implementação do SUS. Com a definição de estratégias e movimentos táticos, que orientam a operacionalidade deste Sistema. Visada à adoção de novos mecanismos de financiamento do SUS, com recursos repassados pelo INAMPS aos Municípios e/ou Estados.
NOB 92 - Portaria N° 234/92	Normalizar a assistência à saúde no SUS; estimular a implantação, o desenvolvimento e o funcionamento do sistema; e dar forma concreta e instrumentos operacionais à efetivação dos preceitos constitucionais da saúde*.
NOB 01/93 – Portaria N° 545/93	Estabelece normas e diretrizes do “processo de descentralização da gestão das ações e serviços de saúde na perspectiva de construção do Sistema Único de Saúde”*. Estabelece o Termo de Compromisso e a Programação Integrada.

NOB 96 - Portaria Nº 2203/96	<p>Consolidar o pleno exercício, por parte do poder público municipal e do Distrito Federal, da função de gestor da atenção à saúde dos seus municípios. Redefinição das responsabilidades dos Estados, do Distrito Federal e da União, avançando na consolidação dos princípios do SUS.</p> <p>Cooperação técnica e financeira das três esferas de gestão do SUS, na responsabilidade pela gestão de um sistema que atenda, com integralidade, à demanda das pessoas pela assistência à saúde e às exigências sanitárias ambientais.</p> <p>Estabelece a Programação Pactuada e Integrada.</p>
------------------------------	---

FONTE: Elaborado pela pesquisadora a partir de informações das Legislação das NOBs dos decorridos anos e BRASIL (2011)\*.

As Normas Operacionais Básicas - NOB (ver QUADRO 5) foram iniciativas criadas para proporcionar condições de viabilização plena do direito à saúde (BRASIL, 1996). Um importante instrumento que conta com a definição de estratégias e movimentos táticos, orientadores do processo de implementação e operacionalidade deste Sistema. “As Normas Operacionais Básicas, por sua vez, a partir da avaliação do estágio de implantação e desempenho do SUS, se voltam, mais direta e imediatamente, para a definição de estratégias e movimentos táticos, que orientam a operacionalidade deste Sistema” (BRASIL, 1997, p. 6).

Norma Operacional Básica constitui um importante mecanismo indutor da conformação de um novo modelo de atenção à saúde, tendo em vista que disciplina o processo de organização da gestão desta atenção, com ênfase na consolidação da direção única em cada esfera de governo e na construção da rede regionalizada e hierarquizada de serviços (BRASIL, 2006c, p. 80).

Klein (2010) aborda que as NOBs estabeleceram condições para que os Municípios, assumissem as gestões dos serviços, com vistas à descentralização. Sendo que estas, estavam condicionadas as capacidades dos Municípios de organizar e gerenciar os serviços de saúde, a fim de suprir as exigências do Sistema. O mesmo autor ressalta que, a regulação da política possibilita aos demais entes federados, optarem por aderirem ou não a sua implementação.

Conforme abordado no QUADRO 5, a NOB/91 visava à adoção de novos mecanismos de financiamento do SUS, recursos que eram repassados pelo Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social - INAMPS aos Municípios e/ou Estados. Como requisitos básicos para esse repasse financeiro do SUS diretamente para os Municípios, foram estabelecidos: a) criação de um Conselho Municipal de Saúde; b) criação do Fundo Municipal de Saúde; c) Plano Municipal de Saúde, aprovado pelos Conselhos e referendado pelo poder Executivo; d) Programação e Orçamento da Saúde (PROS); e) apresentação de Relatório de Gestão Local; f) contrapartida de recursos para a saúde de no mínimo 10% de seu orçamento; e g) constituição de Comissão de Elaboração do Plano de Carreiras, Cargos e Salários (PCCS), (BRASIL, 1991).

Por meio de portarias ministeriais as NOBs definem as competências de cada esfera de governo e os critérios para que Estados e municípios se habilitem, de forma voluntária, para receberem recursos do Fundo Nacional de Saúde. A contrapartida para o recebimento destes recursos está condicionada a uma série de requisitos “e ao compromisso de assumir um conjunto de responsabilidades referentes à gestão do sistema de saúde” (BRASIL, 2003, p. 17).

A NOB de 1993, considerada uma das Normas mais importantes, teve como objetivo “disciplinar o processo de descentralização da gestão das ações e dos serviços de saúde na perspectiva de construção do Sistema Único de Saúde” (BRASIL, 2006b, p. 49), abordando suas dimensões culturais políticas e sociais. Foi estabelecida a regionalização como forma de mobilização e articulação municipal, considerando suas peculiaridades geográficas, econômicas, sociais, epidemiológicas e ofertas de serviços.

Para gerenciar o processo de descentralização, a NOB-93 criou os foros de deliberação e negociação, as chamadas Comissões Intergestoras, presentes em âmbito nacional e estadual e de extrema importância para a implementação do SUS (BRASIL, 2003).

Com o passar do tempo, novas exigências foram surgindo e a necessidade de reafirmar algumas questões importantes. Em 1996 foi criada a Norma Operacional Básica (01/96), com a finalidade de consolidar e promover a gestão plena municipal, atribuindo ao Estado e a União a corresponsabilidade pela gestão, sem eximir a responsabilidade da comunidade, o papel da família na proteção, promoção e recuperação da saúde (BRASIL, 1996).

Há duas formas de habilitação dos Municípios: a) Gestão Plena da Atenção Básica, em que o Município se habilita para receber recursos para o financiamento das ações de atenção básica, definido com base *per capita*; b) Gestão Plena do Sistema Municipal, o município recebe o total de recursos federais programados para a assistência em seu território. Estas modalidades de habilitação não isentam o gestor Municipal investir recursos na saúde (SOUZA, 2002a).

A NOB/96 define as responsabilidades de cada esfera (Municípios, Estados, Distrito Federal, União) com o intuito de avançar na consolidação do Sistema Único de Saúde.

Isso implica aperfeiçoar a gestão dos serviços de saúde no país e a própria organização do Sistema, visto que o município passa a ser, de fato, o responsável imediato pelo atendimento das necessidades e demandas de saúde do seu povo e das exigências de intervenções saneadoras em seu território (BRASIL, 1997, p. 6).

Essas ações e serviços, públicas e/ou privadas (quando conveniadas ou contratadas) são coordenadas e organizadas pelos gestores. Em se tratar dos Municípios, compete ao poder



público a gestão de todo o sistema municipal. Diante destas atribuições, através desta Norma ficaram estabelecidos os conceitos de Gerência e Gestão na saúde, a fim de melhor definir as competências de cada esfera de gestão. Sendo assim, ficou definido que gerência é “a administração de uma unidade ou órgão de saúde (ambulatório, hospital, instituto, fundação etc.), que se caracteriza como prestador de serviços ao Sistema” e gestão, “a atividade e a responsabilidade de dirigir um sistema de saúde (municipal, estadual ou nacional), mediante o exercício de funções de coordenação, articulação, negociação, planejamento, acompanhamento, controle, avaliação e auditoria” (BRASIL, 1997, p. 8).

A mesma norma também criou um financiamento global *per capita*, o Piso da Atenção Básica (PAB), “favorecendo avanços na ampliação e no acesso nesse nível de atenção, bem como reorientou o modelo de atenção, mediante o estabelecimento de incentivos de financeiros a determinados programas”

Como visto, a partir das NOBs o território passa a ter responsabilidade com a saúde da população, pois nele que serão desenvolvidas as políticas e programas de acordo com as necessidades da comunidade, minimizando as carências da saúde.

... à medida em que uma sociedade vai se apropriando de um determinado território, ela vai imprimindo as suas marcas; quanto mais desenvolvida ela for, no sentido de dispor de tecnologias para intervir na natureza, mais ela vai moldando o território, visando atender às suas necessidades ou interesses (ETGES, 2001, p. 353).

Todos esses fatos ocorrem simultaneamente, mas, são sentidos de maneiras diferentes. “Cada fato é percebido com maior ou menor intensidade de acordo com a organização sócio-espacial, cultural, político e econômica de cada população que habita e produz cada um desses lugares” (GONDIN et al., 2008, p. 1). Esta variedade de territórios faz com que a percepção de cada pessoa frente ao risco em saúde/doença seja atribuída ao espaço em que vivem. Podemos dizer então que “as pessoas não são portadores do risco em si, mas sim de fatores imbricados em problemas que se traduzem nas condições gerais de vida, individual e coletiva, e em função da vulnerabilidade de cada um frente às ameaças a que estão expostos cotidianamente” (GONDIN et al., 2008, p. 1).

Por esse motivo as ações em saúde visam o território em que os programas estão inseridos. Conhecer a realidade da população, mobilizar a comunidade nas atividades propostas, faz com que se criem subsídios para enfrentamentos das adversidades. Na Saúde Pública, é preciso que se realize o diagnóstico do território para posteriormente atuar com prevenção, promoção, educação em saúde.

Passados seis anos da última NOB, no ano 2000 foi aprovada a Emenda Constitucional nº 29, em 13 de setembro de 2000. Diante de várias discussões sobre a EC nº 29 e a necessidade de homogeneizar as interpretações sobre sua operacionalização de modo a garantir eficácia e viabilização da aplicação desta pelos gestores, em 2003 o Conselho Nacional de Saúde baixou uma resolução (nº 322, de 2003), com o intuito de uniformizar o processo da EC em todo o território nacional. Esta resolução foi impugnada em 2008 pelo Supremo Tribunal Federal “sob o argumento de que a resolução havia sido expedida com fundamento em regras de competência previstas em um complexo normativo infraconstitucional (Leis nº 8.080, de 1990 e nº 8.142, de 1990)”, (BRASIL, 2012b, p. 7).

Embora de grande valia, não houve consenso entre os níveis da federação, referente ao entendimento das informações contidas nessa Resolução. Passada uma década desde a aprovação da EC, sua regulamentação só foi aprovada pelo Congresso Nacional em 2011 e sancionada pela Presidente Dilma em 2012, através da Lei Complementar nº 141, de 2012.

A Lei Complementar nº 141 de 2012 (BRASIL, 2012c, s.p) regulamenta:

o § 3 do art. 198 da Constituição Federal para dispor sobre os valores mínimos a serem aplicados anualmente pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios em ações e serviços públicos de saúde; estabelece os critérios de rateio dos recursos de transferências para a saúde e as normas de fiscalização, avaliação e controle das despesas com saúde nas 3 (três) esferas de governo; revoga dispositivos das Leis nos 8.080, de 19 de setembro de 1990, e 8.689, de 27 de julho de 1993; e dá outras providências.

Em 2001 é criada a Norma Operacional da Assistência à Saúde, através da Portaria nº 95, de 26 de janeiro de 2001, com o objetivo de promover maior equidade na alocação de recursos e no acesso da população às ações e serviços de saúde em todos os níveis de atenção. Para atender esta proposta, a NOAS-2001 estabelece “a regionalização como macroestratégia fundamental para o aprimoramento do processo de descentralização, nesse momento específico da implantação do SUS” (BRASIL, 2001a, p. 15).

A macroestratégia de regionalização deverá contemplar uma lógica de planejamento integrado de maneira a conformar sistemas funcionais de saúde, ou seja, redes articuladas e cooperativas de atenção, referidas a territórios delimitados e a populações definidas, dotadas de mecanismos de comunicação e fluxos de inter-relacionamento que garantam o acesso dos usuários às ações e serviços de níveis de complexidade necessários para a resolução de seus problemas de saúde, otimizando os recursos disponíveis (BRASIL, 2001a, p. 15).

O mesmo relatório aponta os três pontos importantes que visam contribuir o processo de regionalização em saúde, que são: 1) Elaboração do Plano Diretor de Regionalização; 2)

fortalecimento das capacidades gestoras do SUS, instrumentalização dos gestores estaduais e municipais, instrumentos de consolidação de compromissos entre os gestores; 3) atualização dos processos de habilitação de estados e municípios (BRASIL, 2001a).

Devido às reivindicações nas reuniões da Comissão Intergestora Tripartite - CIT no final de 2001 e as dificuldades no processo de regionalização e viabilizar o acesso dos usuários aos serviços, foi firmado um acordo entre o CONASS e CONASEMS para contemplar as propostas referentes a descentralização da gestão, regionalização e organização da assistência e responder, assim, pela equidade da saúde (BARRIOS, 2009; BRASIL, 2011a; PREUSS, 2011).

Conforme a Legislação Estruturante do SUS (BRASIL, 2011a) a partir da NOAS/2002 a descentralização passou a ser associada à regionalização, que, por meio da Programação Pactuada e Integrada e sob a coordenação dos gestores estaduais, os gestores municipais deveram se articular para realizar as negociações e pactuações intermunicipais, a fim de otimizar os recursos disponíveis e organizar a assistência à saúde da forma mais adequada para cada território.

Quadro 6 – Normas Operacionais da Assistência à Saúde – NOAS.

NORMA DE OPERACIONAL DA ASSISTÊNCIA À SAÚDE - NOAS	OBJETIVOS
NOAS-SUS 01/2001 - Portaria nº 95, de 26 de janeiro de 2001	Ampliação das responsabilidades dos municípios na garantia de acesso aos serviços de atenção básica, a regionalização e a organização funcional do sistema são elementos centrais para o avanço do processo permanente de consolidação e aprimoramento do Sistema Único de Saúde.
NOAS/02 - Portaria GM/MS nº 373, de 27/02/02	Promover maior equidade na alocação de recursos e no acesso da população às ações de saúde em todos os níveis de atenção, por meio de três grupos de estratégias articuladas: I – regionalização e organização da assistência; II – fortalecimento da capacidade de gestão do SUS; III – revisão de critérios de habilitação de municípios e estados. Estabelece o Plano Diretor de Regionalização e o Plano Diretor de Investimentos.

FONTE: Elaborado pela pesquisadora a partir de informações das Legislações das NOAS (2001, 2002) e BRASIL (2011a).

Como pode ser observado no quadro 6, a NOAS-SUS 01/2002 amplia a responsabilidade Municipal na Atenção Básica, estabelecendo, através do processo de regionalização, estratégias de hierarquização dos serviços, busca pela equidade na saúde e fortalecimento da gestão do Sistema Único de Saúde (BRASIL, 2002).

Esta Norma enfatiza pontos importantes, como (BRASIL, 2011a, p. 25):

I – o processo de elaboração do Plano Diretor de Regionalização – PDR e da Programação Pactuada e Integrada – PPI, coordenados pelo gestor estadual, com a participação dos municípios;

II – a ampliação da atenção básica por meio do aumento do componente de financiamento federal calculado em uma base *per capita* com a ampliação do Piso de Atenção Básica e a criação do PAB–A;

III – a qualificação das regiões/microrregiões;

IV – a política para a alta complexidade.

A Programação Pactuada e Integrada – PPI vem sendo discutida desde a NOB-96 e reafirmada nas demais normas devido a sua importância na organização da regionalização a fim de contemplar o princípios da universalidade da saúde, pois esta é um instrumento que irá auxiliar na otimização dos recursos disponíveis. Por mais que tenha passado 17 anos desde a criação da PPI, sua implementação em alguns Estados é deficitária, à exemplo do Rio Grande do Sul, que a mesma, ainda não foi regulamentada.

A regionalização está inserida nos princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde - de acordo com a Lei 8.080/90, como estratégia para a descentralização, sendo esta de fundamental importância para a organização hierarquizada das ações e serviços em redes de atenção à saúde na busca pela garantia de acesso universal e da integralidade do cuidado.

De acordo com o Ministério da Saúde (BRASIL, 2002, p. 9), “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 restringindo tais ações à abrangência municipal, sem deixar de respeitar 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”.

Para auxiliar no processo de regionalização da saúde, a NOAS – SUS 01/2002, institui o Plano Diretor de Regionalização – PDR. O PDR é um “instrumento de ordenamento do processo de regionalização da assistência em cada estado e no Distrito Federal, baseado nos objetivos de definição de prioridades de intervenção coerentes com as necessidades de saúde da população e garantia de acesso dos cidadãos a todos os níveis de atenção” (BRASIL, 2002, p. 9).

Este instrumento se fundamenta,

na conformação de sistemas funcionais e resolutivos de assistência à saúde, por meio da organização dos territórios estaduais em regiões/microrregiões e módulos assistenciais; da conformação de redes hierarquizadas de serviços; do estabelecimento de mecanismos e fluxos de referência e contra-referência intermunicipais, objetivando garantir a integralidade da assistência e o acesso da população aos serviços e ações de saúde de acordo com suas necessidades (BRASIL, 2002, p.9).

O Plano Diretor deverá ser elaborado visando a acessibilidade do cidadão, para que este tenha, o mais próximo de sua residência, os serviços um conjunto de ações e serviços que contemplem a atenção básica (assistência pré-natal, parto e puerpério, Programa de Imunização, acompanhamento do desenvolvimento Infantil, medicação, acompanhamento de doenças crônicas), além da integralidade da assistência (BRASIL, 2002).

Para contemplar os objetivos propostos no plano, faz-se necessário a compreensão e definição dos seguintes conceitos-chaves, a fim de organizar a assistência no âmbito estadual (BRASIL, 2002):

a) Região de Saúde – base territorial de planejamento da atenção à saúde, de acordo com as especificidades e estratégias de regionalização da saúde em cada estado, considerando as características demográficas, socioeconômicas, geográficas, sanitárias, epidemiológicas, oferta de serviços, relações entre municípios, entre outras.

Dependendo do modelo de regionalização adotado, um estado pode se dividir em macrorregiões, regiões e/ou microrregiões de saúde. Por sua vez, a menor base territorial de planejamento regionalizado, seja uma região ou uma microrregião de saúde, pode compreender um ou mais módulos assistenciais.

b) Módulo Assistencial – módulo territorial, constituído por um ou mais municípios, com área de abrangência mínima a ser estabelecida para cada Unidade da Federação (BRASIL, 2002).

Para que as ações em Saúde Pública tenham o resultado esperado, é preciso que se conheça o território em que serão inseridas. A exemplo da Estratégia de Saúde da Família (ESF), quando alocada em uma área, passa a ser dividida em subáreas, com o intuito de melhor delimitação do território. Para isso, é preciso conhecer suas peculiaridades: número de habitantes, problemas sociais, econômicos, conflitos entre outros, proporcionando à Estratégia formas de desenvolver os programas e políticas advindas do Governo.

O território é considerado a menor unidade espacial da base territorial, é nele que está a área de abrangências das famílias adscritas em cada unidade básica. Não há precisão em sua delimitação e é fonte, riquíssima, para coleta de dados epidemiológicos, geográficos e de condições de vida (GONDIM et al., 2008).

Entretanto estes dois conceitos, saúde e territorialidade, por vezes são desconexos nas ações e serviços em saúde. Fazendo com que a busca por soluções do processo saúde/doença sejam voltadas para sancionar a demanda emergencial, a busca pelo assistencialismo, ao invés visar esse território como um agente transformador da realidade, conhecendo e analisando os indicadores que auxiliem em planejamento de longo prazo, que minimizem essas adversidades. Tornando esses espaços parte do território e não apenas um serviço alocado no território, desconexo do ambiente.

A proposta da territorialização vem complementar a área da saúde, por mais distintas que pareçam, incorporando na própria política de saúde a concepção de território entremeado ao contexto social, econômico, cultural, ideológico e político (PESSOA et al., 2013), reorganizando o processo de trabalho em saúde e reconfiguração do modelo de atenção em saúde. Conhecer o território em que os programas e políticas estão inseridos permite que gestores, instituições, profissionais e usuários do SUS compreendam a dinâmica espacial dos lugares, das populações, como os sujeitos produzem e reproduzem socialmente suas condições de existência; pois da territorialização “decorre a análise da situação de saúde, planejamento e a implantação de ações estratégicas, que garantam resolutividade ao sistema” (PESSOA et al., 2013, p. 2254). Esta ação, proporciona ao município o poder de decisão, visto que, quanto mais próximo do fato a decisão for tomada, maior será a chance de acerto.

O excesso de burocracia e as dificuldades para o funcionamento do SUS como um sistema integrado foram temas de diversos debates do CONASS e CONASEMS. Em 2003, com a mudança de Governo na União - início do mandato do presidente Lula e a entrada de novos dirigentes no Ministério da Saúde— essas discussões se intensificaram e resultaram em uma análise das necessidades de atrelar as principais definições dessas Normas Operacionais há uma única política de gestão do SUS.

Primeiramente a proposta se baseava em um pacto pela gestão, propondo questões como a regionalização, descentralização e a Programação Pactuada e Integrada. Diante da necessidade de ampliar o processo para uma visão mais integral do sistema, reafirmando a importância do Controle Social, discutindo os princípios fundamentais do SUS, a atenção básica e a “necessidade de mudanças nas formas de relacionamento estabelecidas entre as esferas de governo na política de saúde”, que surgiram as diretrizes do Pacto pela Saúde. Até meados de 2005, as discussões sobre a descentralização das ações em saúde foram se intensificando e definindo uma política de ação coordenada e cooperativa entre os três gestores do SUS (LIMA et al., 2012, p. 1905).

### 3.2 Pacto pela Saúde

O Sistema Único de Saúde, que possui em sua raiz a Reforma Sanitária, ainda enfrenta dificuldades para sua implementação e efetivação. A necessidade de se pensar uma nova forma de organizar o sistema estava presente nas discussões das Conferências de Saúde, Conselho Nacional de Saúde, Conselho Nacional de Secretários Estaduais de Saúde, Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde e entre os profissionais.

Com a mudança de Governo na União em 2003 e as iniciativas da nova gestão de aproximar os debates dos Conselhos com as ações do MS, ressurgiu na população a esperança de construir uma saúde de qualidade, descentralizada, que contemplasse as diversas realidades do Brasil, substituísse os instrumentos adotados para a habilitação dos estados e municípios e que tivesse uma ação coordenada e cooperativa entre os três gestores do SUS. Essas discussões foram se intensificando e em cinco (5) de agosto de 2004 foi realizada uma Oficina com o tema “Agenda para o Pacto de Gestão do Sistema Único de Saúde”, conforme o Relatório da Oficina<sup>28</sup>, a Ata da Reunião CIT (2004)<sup>29</sup>, os Informes do Conselho Nacional de Saúde – CNS (2006)<sup>30</sup> e Machado et al. (2009), com o intuito de dialogar com os gestores sobre o assunto.

Até meados de 2005, o pacto era voltado para a Gestão do SUS – Gestão da Atenção Básica, gestão do trabalho, gestão descentralizada, etc. Com o fortalecimento do diálogo “identificaram a necessidade de mudanças nas formas de relacionamento estabelecidas entre as esferas de governo na política de saúde” (LIMA et al., 2012, p. 1905) e a importância de contemplar outras áreas; Culminando, em 2006, com a publicação das diretrizes do Pacto pela Saúde.

O Pacto pela Saúde é um acordo que, como citado anteriormente, foi construído com base em anos de debates, conferências, que pudesse contemplar a atenção à saúde da população com medidas que fossem adotadas e especificadas como forma de compromisso das gestões do Sistema Único de Saúde (União, Estados e Municípios). Por mais que a atenção integral à saúde

---

<sup>28</sup> CONASS. Relatório da Oficina “Pacto pela Gestão”.

[https://www.google.com.br/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&cad=rja&uact=8&ved=0CCoQFjAA&url=http%3A%2F%2Fwww.saude.sc.gov.br%2Fgestores%2FPacto\\_de\\_Gestao%2FN.T%25C9C.%252026%2520-2520anexo1.doc&ei=QUFyU6T1DIyyASA1IHwBA&usg=AFQjCNFTubJJYMdcJrcYp0fGqZfjP\\_EH7w&bv m=bv.66330100,bs.1,d.aWw](https://www.google.com.br/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&cad=rja&uact=8&ved=0CCoQFjAA&url=http%3A%2F%2Fwww.saude.sc.gov.br%2Fgestores%2FPacto_de_Gestao%2FN.T%25C9C.%252026%2520-2520anexo1.doc&ei=QUFyU6T1DIyyASA1IHwBA&usg=AFQjCNFTubJJYMdcJrcYp0fGqZfjP_EH7w&bv m=bv.66330100,bs.1,d.aWw)

<sup>29</sup> O Resumo da Reunião Ordinária da Comissão Intergestores Tripartite do dia 19/08/04, em ANEXO B, contempla o tema Pacto pela Gestão e aborda sobre a Oficina realizada dia 5/08/2004, além dos temas abordados e a necessidade de iniciar o trabalho de discussão da proposta do Pacto [Não publicado]. [http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/resumo\\_ago\\_04.pdf](http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/resumo_ago_04.pdf).

<sup>30</sup> No Informativo interativo eletrônico do CNS aos conselhos de Saúde, em junho de 2006, possui uma reportagem sobre “O papel dos conselhos na afirmação do Pacto pela Saúde”.

esteja previsto na Lei 8080/90, há inúmeras dificuldades para contemplar esta legislação, como a falta de recursos humanos, recursos financeiros limitados, falta de planejamento e de qualificação da gestão, entre outros. Tais percalços são presenciados diariamente pelos gestores e usuários de todos os Municípios brasileiros.

Em 26 de janeiro de 2006, foi assinado um acordo entre a Comissão Intergestores Tripartite que contempla o pacto firmado pelos entes federados em prol da gestão do Sistema e da atenção à saúde. O Pacto pela Saúde é dividido em três (3) dimensões: pacto pela vida, em defesa do SUS e da Gestão.

O documento das Diretrizes do Pacto pela Saúde em 2006 – Consolidação do Sistema Único de Saúde, publicado na Portaria/GM nº 399, de 22 de fevereiro de 2006, contempla o Pacto firmado entre os gestores do SUS, em suas três dimensões: pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão (BRASIL, 2006a, p. 3).

O acordo é uma proposta de avançar no processo de reforma sanitária, trazendo questões que ainda são entraves no processo de funcionamento do SUS. A efetivação da implementação do Pacto nas três esferas de gestão do SUS visa à reformulação de instrumentos e processos que possibilitem a inovação da gestão, com o intuito de melhorar a qualidade dos serviços de saúde e redefinir as responsabilidades coletivas em função das necessidades da comunidade.

O pacto tem como objetivo eleger prioridades nacionais que serão utilizadas como base para os Estados e Municípios realizarem metas, de acordo com suas necessidades. A pactuação coletiva faz com que haja uma consonância entre elas. Entretanto, as metas propostas pela União, não caracterizam uma imposição do MS, pois cada esfera desenvolverá seu planejamento conforme a situação epidemiológica de seu território (SCHNEIDER et al., 2009).

Embora o Pacto seja composto de diversos temas, ele se constitui a partir de uma unidade de princípios que buscam (SCHNEIDER et al., 2009, p. 15):

- Respeitar as diferenças locais e regionais;
- Reforçar a organização das regiões sanitárias (regionalização) instituindo mecanismos (colegiados) de cogestão e planejamento regional;
- Qualificar o acesso ao direito humano à saúde;
- Redefinir instrumentos de regulação, programação e avaliação;
- Valorizar a cooperação técnica entre os gestores;
- Unificar os diversos pactos existentes;
- Estimular o financiamento tripartite com critérios de equidade nas transferências fundo a fundo e fortalecer o controle social.



O Pacto pela Saúde não traz grandes alterações em suas estruturas de funcionamento, entretanto, propõe novas formas de pactuação e extingue “o processo de habilitação para estados e municípios” (MACHADO et al., 2009, p. 184). A adesão do pacto faz com que o município seja o principal responsável pela saúde, tornando-o gestão plena.

O financiamento da saúde também sofreu alterações. Os recursos são transferidos através de seis blocos, priorizando determinadas ações com uma maior segurança de que elas sejam realizadas. Os blocos são: 1 - Atenção Básica; 2 - Atenção de Média e Alta Complexidade; 3 - Vigilância em Saúde - Vigilância Sanitária e Vigilância Epidemiológica e Ambiental; 4 - Assistência Farmacêutica; 5 - Gestão do SUS - Qualificação da Gestão e Implantação de Ações e Serviços de Saúde; 6 – Investimentos. O sexto bloco, dos investimentos, só foi inserido em 2009, através da Portaria nº 837, de 23 de abril de 2009.

Para aderir a esta nova política, os gestores precisam assinar o Termo de Compromisso de Gestão - TCG (Municipal, Estadual e União/MS). Através do presente termo, os secretários de saúde se comprometem a cumprir as metas estabelecidas, que deverão estar em concordância com o Plano Municipal de Saúde e desenvolvido com a Região. Um forte compromisso dos gestores no fortalecimento e implementação dos princípios do SUS, melhorando a qualidade da saúde da população.

É importante ressaltar que o Pacto não se efetiva automaticamente após assinar o TCG. Por não ter respaldo jurídico, uma vez que o gestor não cumprir com o que foi estabelecido, não há como obrigá-lo ou puni-lo pelo descumprimento de seus deveres assumidos. Para isso, é preciso que, além de aderir ao pacto o gestor também assuma o compromisso de efetivá-lo (PREUSS, 2011).

Alguns autores trazem que, mesmo que o Pacto contemple a importância da participação da comunidade na construção do SUS e o fortalecimento do controle social a fim de resgatar a essência da Lei 8142/90 através do Pacto em Defesa do SUS, o debate público sobre o desenvolvimento e a implementação deste pacto não ocorreu, permanecendo essas discussões no Conselho Nacional de Saúde, Conselho Nacional de Secretários Estaduais de Saúde. Fazendo com que a compreensão sobre a política se tornasse limitada e suscetível a diversas interpretações e interesses externos a concretização dos objetivos propostos.

Apesar da proposta potencializar a participação da comunidade, os gestores envolvidos na sua construção não conseguiram dialogar com os representantes da comunidade. Embora o texto final tenha sido aprovado pelo Conselho Nacional de Saúde, poucos foram os debates públicos que possibilitaram aos movimentos, às organizações e aos conselhos do país inteiro colocar em pauta suas ideias, posições e perspectivas sobre um assunto tão importante (SCHNEIDER et al., 2009, p. 14).

O Rio Grande do Sul é um exemplo da fragilidade na implementação do Pacto. As adesões do MS e do Estado de Tocantins (primeiro Estado a aderir ao acordo), ocorreram em 2006. Posteriormente, em 2007, os demais Estados iniciaram suas pactuações (sendo o RS um destes Estados), entretanto, a adesão dos Municípios foi mais lenta e permeada de conflitos, iniciando somente em 2010, três anos após o Estado, devido às pressões de atores contrários ao Pacto, colocando o Rio Grande do Sul em uma situação preocupando nas análises da política e frente à outros Estados.

Devido a pesquisa ter como enfoque o Pacto pela Gestão, optou-se por uma breve conceitualização das dimensões do Pacto pela Vida e em Defesa do SUS, para proporcionar uma maior compreensão sobre o que é o Pacto pela Saúde.

O pacto pela Vida compreende o compromisso dos gestores para com a situação de saúde da população. São estabelecidas prioridades e metas, a serem cumpridas pela União, Estados e Municípios. Estas metas são definidas de acordo com o diagnóstico epidemiológico, fazendo com que cada esfera possa construir ações com base em suas necessidades.

A importância do Pacto pela Vida é olhar para o contexto da saúde (lugar onde as pessoas moram e suas condições de vida) e definir prioridades que incidem progressivamente para a melhoria da situação de saúde dos brasileiros. No entanto, uma vez definidas e acordadas, é preciso estabelecer recursos orçamentários para que elas não sejam apenas boas intenções (SCHNEIDER et al., 2009, p.11).

Foram definidas como seis (6) as prioridades pactuadas nesta dimensão:

A. Saúde do Idoso;

B. Controle do câncer do colo do útero e da mama;

C. Redução da mortalidade infantil e materna;

D. Fortalecimento da capacidade de resposta às doenças emergentes e endemias, com ênfase na dengue, hanseníase, tuberculose, malária e influenza;

E. Promoção da Saúde;

F. Fortalecimento da Atenção Básica.

Para cada prioridade os gestores estipulam metas a serem cumpridas no determinado ano, tendo que prestar contas quando estas não forem atingidas. Schneider et al.(2009) abordam a importância destas metas não estarem inseridas nas ações do cotidiano dos serviços de saúde, como no caso a vacinação. Mesmo que esta seja de extrema relevância para a população, não necessariamente é uma meta prioritária, pois as campanhas de vacinação ocorrem anualmente conforme cronograma Nacional. As ações e metas a serem estabelecidas precisam estar em concordância com o Plano de Saúde.

O Pacto em defesa do SUS tem como diretrizes resgatar o espírito da Reforma Sanitária e a sua consolidação, além de propor metas que visem qualificar e assegurar o SUS como uma política pública. “É fundamental que a sociedade compreenda a importância da política pública para a efetivação dos seus direitos” (SCHNEIDER et al., 2009, p. 12).

Para tanto, possui iniciativas com vistas à promoção da cidadania, com o fortalecimento do controle social, elaboração da carta de direitos dos usuários do SUS, regulamentação da Emenda Constitucional (EC) nº 29 que define os orçamentos em saúde nas três esferas de gestão.

Ao mesmo tempo em que se defende a necessidade de estabilidade da economia do país, devemos falar também da estabilidade financeira da política social. No caso da saúde, em sucessivos governos, encontrou-se um “jeitinho” para mudar ou burlar a legislação e tirar os recursos destinados a esta pasta. O financiamento das ações e serviços da saúde não pode depender da benevolência deste ou daquele gestor (SCHNEIDER et al.2009, p. 13).

### **3.2.1 Pacto pela Gestão**

De acordo com as Normas Operacionais Básicas/96 podemos conceituar Gestão como a atividade e a responsabilidade de dirigir um Sistema de Saúde (municipal, estadual ou nacional), mediante o exercício de funções de coordenação, articulação, negociação, planejamento, acompanhamento, controle, avaliação e auditoria (BRASIL, 1996).

Eixo principal desta dissertação, o Pacto de Gestão do SUS valoriza a relação solidária entre gestores, definindo as diretrizes e responsabilidades, contribuindo para o fortalecimento da gestão, em cada eixo de ação: Descentralização, Regionalização, Financiamento do SUS, Planejamento no SUS, Programação Pactuada Integrada (PPI), Regulação da Atenção à Saúde e Regulação Assistencial, Participação e Controle Social, Gestão do Trabalho na Saúde, Educação na Saúde.

O CONASS (BRASIL, 2007b) classifica o Pacto de Gestão como sendo as diretrizes estabelecidas para a gestão do sistema nos aspectos: descentralização, regionalização, financiamento, planejamento, Programação Pactuada e Integrada – PPI, regulamentação, participação Social e gestão do trabalho e da educação na saúde.

Uma dimensão que privilegia maior autonomia dos Estados e Municípios, tornando claras as responsabilidades sanitárias de cada esfera de gestão e assim, fortalecendo a gestão compartilhada. O pacto transfere maior responsabilidade para o Município que passa a ser o maior efetivo gerenciador do SUS.

a) Descentralização: como vimos anteriormente, desde 1963 o tema Descentralização da saúde já estava sendo discutido. Durante a 3ª CNS - a primeira conferência após a criação do Ministério da Saúde (1953) - foi abordado, entre outras temáticas, a Municipalização dos serviços de saúde, uma iniciativa para aumentar a cobertura destes serviços. Com isso, se vislumbrou “a carência de mão-de-obra qualificada e a necessidade de preparação do pessoal para a execução adequada dos programas estabelecidos” (FERREIRA; MOURA, 2006, p. 13).

O Brasil é um país com muitas diferenças socioeconômicas e culturais e para estabelecer diretrizes e normas nacionais é preciso um avanço na descentralização e municipalização a fim de contemplar as singularidades regionais.

Esse Pacto radicaliza a descentralização de atribuições do Ministério da Saúde para os estados, e para os municípios, promovendo um choque de descentralização, acompanhado da desburocratização dos processos normativos. Reforça a territorialização da saúde como base para organização dos sistemas, estruturando as regiões sanitárias e instituindo colegiados de gestão regional (BRASIL, Portaria nº 399/GM de 22 de fevereiro de 2006c, s.p).

No Pacto pela Saúde, a descentralização possui como uma de suas premissas a descentralização compartilhada e um dos grandes desafios desta diretriz se baseia na autonomia dos Estados e Municípios e na capacidade destes assumirem suas responsabilidades sanitárias. O Pacto caracteriza as competências das Comissões Intergestores Bipartite (CIBs), como instâncias de pactuação que atuam nos Estados, importantes na definição de modelos organizacionais com base nas diretrizes e normas pactuadas pelas Comissões Intergestoras Tripartite (CITs). As deliberações das CIB e CIT precisam estar em consonâncias (BRASIL, 2011a; PREUSS, 2011).

b) Regionalização: ao analisarmos a regionalização é preciso levar em consideração além dos limites territoriais e econômicos, os condicionantes sociais, culturais e políticos. A região é o lugar onde a ação se passa, é o “espaço vivido” construído a partir da percepção das pessoas, da interpretação dos indivíduos, revelador das práticas sociais. Podemos dizer então, que é a construção mental, individual, submetida a subjetividade coletiva de um grupo social, inscrita na consciência coletiva, capaz de mobilizar a sociedade por projetos políticos. Uma visão política de dominação e poder (SANTOS, 1988a; CORRÊA, 1997; LENCIONE, 2001).

Diante destas alegações, a regionalização além de garantir o direito à saúde da população, minimizando os indicadores de saúde, as desigualdades regionais, precisa fazer com que os gestores articulem ações com vistas a desenvolver estratégias que supra as necessidades de seus usuários com base nas suas características territoriais. Para isso, é necessário que se organizem

as regiões em saúde, com base no cotidiano da população, acessibilidade, relações culturais, políticas da população, existência de serviços. A criação dessas regiões precisa envolver as três esferas de governo, cada qual com sua responsabilidade e compromisso nas instâncias do SUS.

A Regionalização, além de ser uma diretriz do SUS, está inserida no eixo estruturante do Pacto pela Gestão como forma de orientar a descentralização dos serviços e ações de saúde e os processos de negociação e pactuação entre os gestores (BRASIL, 2006a).

Segundo as Diretrizes Operacionais dos Pactos pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão (BRASIL, 2006a, p. 18-19) são objetivos da Regionalização:

- a. Garantir acesso, resolutividade e qualidade às ações e serviços de saúde cuja complexidade e contingente populacional transcenda a escala local/municipal;
- b. Garantir o direito à saúde, reduzir desigualdades sociais e territoriais e promover a equidade, ampliando a visão nacional dos problemas, associada à capacidade de diagnóstico e decisão loco-regional, que possibilite os meios adequados para a redução das desigualdades no acesso às ações e serviços de saúde existentes no país;
- c. Garantir a integralidade na atenção à saúde, ampliando o conceito de cuidado à saúde no processo de reordenamento das ações de promoção, prevenção, tratamento e reabilitação com garantia de acesso a todos os níveis de complexidade do sistema;
- d. Potencializar o processo de descentralização, fortalecendo estados e municípios para exercerem papel de gestores e para que as demandas dos diferentes interesses loco-regionais possam ser organizadas e expressadas na região;
- e. Racionalizar os gastos e otimizar os recursos, possibilitando ganho em escala nas ações e serviços de saúde de abrangência regional.

Para assegurar os princípios estabelecidos na legislação de equidade, universalidade e integralidade do cuidado, foram estabelecidas as regiões de saúde; que são como recortes territoriais, identificados pelos gestores (estadual e municipal) e definidos com base nas identidades culturais, econômicas, sociais, acesso, infraestrutura compartilhada pelo território (BRASIL, 2006a).

As regiões de saúde são organizadas com vistas a fortalecer a cooperação solidária entre os municípios, além da ampliação do controle social (BRASIL, 2006a). É sabido das dificuldades dos municípios em atender a integralidade dos serviços, seja por falta de recursos humanos, financeiros, qualificações gestora e/ou profissional, diante destes percalços, as regiões em saúde auxiliariam os gestores no cumprimento dos princípios constitucionais.

Por se tratar de região, o planejamento precisa ser realizado com os gestores municipais pertencentes ao recorte territorial adscrito, contendo um conjunto de responsabilidades a serem

pactuadas, considerando “os parâmetros de incorporação tecnológica que compatibilizem economia de escala com equidade no acesso” (BRASIL, 2006a, p. 20).

Conforme a Portaria do Pacto pela Saúde, as regiões podem ser organizadas com base em quatro formatos, que são:

- 1) Regiões Intraestaduais: compostas por mais de um município, dentro de um mesmo estado;
- 2) Regiões Intramunicipais: organizadas dentro de um mesmo município de grande extensão territorial e densidade populacional;
- 3) Regiões Interestaduais: conformadas a partir de municípios limítrofes em diferentes estados;
- 4) Regiões Fronteiriças: conformadas a partir de municípios limítrofes com países vizinhos.

Em relação das regiões fronteiriças, faz-se necessária a articulação do Ministério da Saúde, promovendo “a articulação entre os países e órgãos envolvidos, na perspectiva de implementação do sistema de saúde e conseqüente organização da atenção nos municípios fronteiriços, coordenando e fomentando a constituição dessas Regiões e participando do colegiado de gestão regional” (BRASIL, 2006a, p. 21).

c) Financiamento do SUS: o financiamento para o SUS tem como um dos princípios a redução das iniquidades macrorregionais, regionais e estaduais, através da alocação de recursos considerando os conceitos étnico-racial e social. A responsabilidade para com o financiamento do Sistema Único de Saúde são dos três entes da federação. O pacto definiu que a organização e transferência de recursos federais fossem na forma de blocos, fazendo com que os repassas sejam direcionados. São eles: I- Atenção básica; II- Atenção de média e alta complexidade; III- Vigilância em saúde; IV- Assistência farmacêutica; V- Gestão do SUS; VI- Investimentos na Rede de Serviços de Saúde (este Bloco foi inserido pela portaria nº 837, de 23 de abril de 2009).

d) Planejamento no SUS: O planejamento é um instrumento que conta com as responsabilidades dos gestores, os objetivos e as metas propostas. Deverá ser realizado de forma articulada entre as três esferas de gestão do SUS, que possibilite um sistema de monitoramento e avaliação dos serviços do SUS, de forma tripartite, com vistas ao acompanhamento dos gastos públicos, controle da corrupção e transparência (PREUSS, 2011).

O sistema de planejamento auxilia os gestores no fortalecimento e consolidação dos objetivos, visto a necessidade de compreender a situação de saúde, seus indicadores e a pensar em estratégias para solucionar os problemas, sempre visando contemplar as peculiaridades e realidades de cada território.

Para que a regionalização se efetive, é necessário um processo qualificado de planejamento. Os municípios, apoiados pelo Estado e União e junto com a participação da comunidade, devem se empenhar para que esse planejamento seja organizado levando em conta suas características geográficas, epidemiológicas, etc. (SCHNEIDER et al., 2009, p. 20).

A consolidação do planejamento é baseado na responsabilidade dos entes federados em definir os “objetivos e conferir direção ao processo de gestão do sistema de saúde”, compreendendo o monitoramento e a avaliação dos mesmos (KLEIN, 2010, p. 161).

Fazem parte do processo de planejamento do SUS: o Plano de Saúde, a Programação Anual, o Relatório Anual de Gestão, o Plano Diretor da Regionalização - PDR, o Plano Diretor de Investimento – PDI e a Programação Pactuada e Integrada de Atenção à Saúde – PPI. O Plano Municipal de Saúde e Relatório Anual de Gestão são importantes instrumentos para o planejamento do SUS, eles devem traduzir as principais prioridades, norteando as ações de saúde. Este plano precisa ser aprovado pelo Conselho Municipal de Saúde, que fará a fiscalização posteriormente e a avaliação do Plano será feita a partir do Relatório Anual de Gestão.

Entre os objetivos do planejamento está a formulação de metodologias e de modelos básicos dos instrumentos de planejamento, monitoramento e avaliação que traduzam as diretrizes do SUS, com capacidade de adaptação às particularidades de cada esfera administrativa; Desenvolver e implementar uma rede de cooperação entre os três entes federados; Promover a capacitação contínua dos profissionais que atuam no contexto do planejamento no SUS; Monitorar e avaliar o processo de planejamento, as ações implementadas e os resultados alcançados, de modo a fortalecer o planejamento e a contribuir para a transparência do processo de gestão do SUS.

e) Programação Pactuada Integrada (PPI): uma das dimensões acordadas é a Gestão do SUS e nela está inserida a Regionalização da Saúde. Como instrumento de planejamento da Regionalização foi implantado a Programação Pactuada e Integrada – PPI. O programa iniciou em 1996, através da NOB/96 e, devido a sua importância na saúde, com o passar dos anos foi incorporada em outras políticas, como a NOAS 2001, NOAS-2002 e hoje no Pacto pela Saúde.

A Programação Pactuada e Integrada da Atenção à Saúde é um instrumento e/ou possibilidade de concretização dos princípios da Regionalização do SUS. Através dela, municípios podem pactuar diversos tipos de prestação de serviços e disponibilização de tecnologias com outros municípios que possuam o serviço de referência.

A Programação Pactuada e Integrada da Atenção à Saúde – PPI é um processo que visa definir a programação das ações de saúde em cada território e nortear a alocação

dos recursos financeiros para a saúde, a partir de critérios e parâmetros pactuados entre os gestores. A PPI deve explicitar os pactos de referência entre os municípios, gerando a parcela de recursos destinados à própria população e à população referenciada (BRASIL, 2006a, p. 59).

A PPI auxilia os gestores municipais a planejar as ações em saúde e, através de pactuações, otimizar os recursos, que na maioria das vezes são escassos. Para isso, os Municípios que não possuem determinados serviços - em sua maioria exames, cirurgias de médio e grande porte - realizam pactuações com outros Municípios, referências nessas especialidades e que pertencem a sua localidade, a fim de proporcionar à população a equidade em saúde.

Pode-se usar como exemplo um dos pontos a serem pactuados: o das cirurgias eletivas de média complexidade que acarretam filas na lista de espera. Há a necessidade de uma avaliação da demanda reprimida. O bem estar social é tema de estudos e discussões mundialmente e a saúde é parte integrante deste sistema. Entretanto, o planejamento de ações em saúde pública, para minimizar tais danos não produzem os resultados esperados; muitos recursos financeiros são perdidos ou mal empregados.

O planejamento do SUS deve ser desenvolvido de forma articulada, integrada e sólida com as três esferas de governo. Objetivos do Sistema de Planejamento do SUS (BRASIL, 2006, p. 32-33):

- a. Pactuar diretrizes gerais para o processo de planejamento no âmbito do SUS e o elenco dos instrumentos a serem adotados pelas três esferas de gestão;
- b. Formular metodologias e modelos básicos dos instrumentos de planejamento, monitoramento e avaliação que traduzam as diretrizes do SUS, com capacidade de adaptação às particularidades de cada esfera administrativa;
- c. Promover a análise e a formulação de propostas destinadas a adequar o arcabouço legal no tocante ao planejamento do SUS;
- d. Implementar e difundir uma cultura de planejamento que integre e qualifique as ações do SUS entre as três esferas de governo e subsidie a tomada de decisão por parte de seus gestores;
- e. Desenvolver e implementar uma rede de cooperação entre os três entes federados, que permita um amplo compartilhamento de informações e experiências;
- f. Promover a institucionalização e fortalecer as áreas de planejamento no âmbito do SUS, nas três esferas de governo, com vistas a legitimá-lo como instrumento estratégico de gestão do SUS;



- g. Apoiar e participar da avaliação periódica relativa à situação de saúde da população e ao funcionamento do SUS, provendo os gestores de informações que permitam o seu aperfeiçoamento e/ou redirecionamento;
- h. Promover a capacitação contínua dos profissionais que atuam no contexto do planejamento do SUS;
- i. Promover a eficiência dos processos compartilhados de planejamento e a eficácia dos resultados, bem como da participação social nestes processos;
- j. Promover a integração do processo de planejamento e orçamento no âmbito do SUS, bem como a sua intersectorialidade, de forma articulada com as diversas etapas do ciclo de planejamento;
- k. Monitorar e avaliar o processo de planejamento, as ações implementadas e os resultados alcançados, de modo a fortalecer o planejamento e contribuir para a transparência do processo de gestão do SUS.

Entretanto, mesmo diante de sua importância para a saúde, a PPI não foi implementada em alguns Estados do Brasil, entre eles o Rio Grande do Sul. Sobre este assunto, conversas preliminares com gestores da saúde em nível local e estadual, as informações por vezes, não coincidiam ou apontaram que a Programação não havia sido implementada, ou ainda, conforme a Secretaria Estadual de Saúde, a PPI teria sido implementada no Estado, pois algumas ações de pactuação têm sido realizadas<sup>31</sup>.

Em pesquisa de campo preliminar com atores da saúde no Vale do Rio Pardo - mais precisamente na 13ª Coordenadoria Regional de Saúde – CRS/RS – se constatou que nesta região, embora já tenham sido encaminhadas várias tentativas de diálogo e concertação exitosa entre os atores regionais, foi interrompida a implementação da PPI por dificuldades geradas pelas gestões estaduais.

Tais tentativas e resultados são também observados, nas demais Coordenadorias Regionais, impossibilitando a implementação da PPI no Rio Grande do Sul. O RS hoje é um dos cinco (5) Estados que ainda não iniciaram a implementação da PPI, ao lado de Amazonas, Amapá, Pernambuco e Paraná (BRASIL, 2012)<sup>32</sup>. Entretanto, como já citado anteriormente, este é um Programa que, desde 1993, está inserido nas políticas públicas em saúde do Brasil e será base para novos programas que estão sendo implementados, como o COAP (Contrato

---

<sup>31</sup> A autora desta informação refere que as ações de pactuação estão sendo realizadas embora, o nível estadual ainda não tenha normatizado a prática de pactuação.

<sup>32</sup> Site do Ministério da Saúde que aborda a situação da PPI nos Estados do Brasil - [http://portal.saude.gov.br/portal/saude/profissional/visualizar\\_texto.cfm?idtxt=24472&janela=1](http://portal.saude.gov.br/portal/saude/profissional/visualizar_texto.cfm?idtxt=24472&janela=1).

Organizativo de Ação Pública) e o Aghos (Gestão e Regulação Assistencial e Financeira de Saúde).

Outro requisito importante a ser considerado, é que as pactuações da PPI servem como base para novos programas e políticas que estão sendo implementadas pelo Estado, entretanto, a implementação do principal instrumento, ainda não foi realizado.

f) Regulação da Atenção à Saúde e Regulação Assistencial: conforme Nascimento et al. (2009) o conceito de Regulação em saúde, suas práticas e finalidades surgiram em 2002, quando o Ministério da Saúde passou a discutir sobre a regulação no país, no entanto, a auditoria, controle e avaliação ainda possuem entraves nas sua implementação.

A Regulação da Atenção à Saúde tem como objeto a produção de todas as ações diretas e finais de atenção à saúde, dirigida aos prestadores de serviços de saúde, públicos e privados. As ações da Regulação da Atenção à Saúde compreendem a Contratação, a Regulação do Acesso à Assistência ou Regulação Assistencial, o Controle Assistencial, a Avaliação da Atenção à Saúde, a Auditoria Assistencial e as regulamentações da Vigilância Epidemiológica e Sanitária. Entende-se por Regulação Assistencial, um conjunto de relações, saberes, tecnologias e ações que intermedeiam a demanda dos usuários por serviços de saúde e o acesso a estes (BRASIL, 2006a).

g) Participação e Controle Social: a participação social está presente nas Leis Orgânicas 8.080 e 8.142 de 1990, é um dos princípios reguladores do SUS, e parte fundamental no Pacto pela Saúde. O Controle Social é uma ferramenta de extrema importância no controle e elaboração do sistema de saúde e na execução de políticas públicas de saúde.

Schneider et al. (2009) ressaltam que para um Controle Social desempenhar bem o seu papel, é preciso que a sociedade em geral, compreenda e participe da luta pelos direito à saúde, sendo que esta participação da comunidade não se limita a esfera dos Conselhos, pois os movimentos sociais que estão envolvidos na construção do SUS, “desempenham papel fundamental na promoção e no desenvolvimento da cidadania, para além dos limites institucionais do SUS” (SCHNEIDER et al., 2009, p. 30).

h) Gestão do Trabalho na Saúde: a política de Recursos Humanos do SUS é um eixo estruturante, que visa a valorização do trabalho e dos trabalhadores. O Pacto prevê a qualificação e valorização dos gestores e técnicos, promovendo o fortalecimento da gestão do trabalho (BRASIL, 2006a; SCHNEIDER et al., 2009). Enfatiza as diretrizes para Planos de Cargos e Carreiras - PCCS/SUS como um instrumento para regular as relações de trabalho e o desenvolvimento do trabalhador, bem como a consolidação da carreira como instrumento estratégico para a política de recursos humanos no Sistema (BRASIL, 2006a).

Além de propor que hajam ações para promover relações de trabalho que obedeçam a exigências do princípio de legalidade da ação do estado e de proteção dos direitos associados ao trabalho e estabelece que as Secretarias Municipais e Estaduais de Saúde proporcionem esforços para a criação ou fortalecimento de estruturas de recursos humanos, objetivando cumprir um papel indutor de mudanças, tanto no campo da gestão do trabalho, quanto no campo da educação na saúde (BRASIL, 2006a).

i) Educação na Saúde: a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (Portaria GM/MS nº 1.996, de 20 de agosto de 2007) é uma estratégia do SUS para a formação e desenvolvimento dos profissionais, tendo como princípio a educação permanente, que é considerada parte essencial desta política para a qualificação do sistema de saúde.

A capacitação é uma das estratégias mais antigas para se enfrentar problemas, pois visa fortalecer conhecimentos, atitudes, práticas, habilidades. Já a educação permanente é uma estratégia de mudança institucional. Entretanto, nem toda capacitação implica em um processo de educação permanente. Assim sendo, “a educação permanente, como estratégia sistemática e global, pode abranger em seu processo diversas ações específicas de capacitação e não o inverso” (BRASIL, 2009, p. 40).

A educação em saúde no Pacto, visa discutir estes enfoques, visto que, mesmo diante da importância da capacitação para os serviços e profissionais de saúde, por vezes ela consiste em uma transmissão de conhecimento, seguindo a mesma lógica educacional - reunião em uma sala de aula, isolando os profissionais de seus locais de trabalho – com o intuito de atualizá-los sobre a implementação de uma política, um processo, novos enfoques e informações sem considerar o sentido mais amplo do conceito, de discutir as situações, formar o senso crítico e transformar a realidade institucional (BRASIL, 2009).

## 4 A TRAJETÓRIA METODOLÓGICA DA INVESTIGAÇÃO

### 4.1 Caracterização do estudo

A abordagem metodológica desta pesquisa tem como fundamento a perspectiva dialética, na medida em que o cenário a ser analisado é pontuado por controvérsias entre as prescrições institucionais sobre o “dever ser” da política e, por outro lado, o desenvolvimento dos acontecimentos que organizam o cenário de disputas e possibilidades de atuação de governo.

O campo de análise das políticas públicas tem adotado referências variadas para organizar o pensamento sobre as práticas de governo. No entanto, nesta pesquisa os critérios de busca de material empírico e a estratégia analítica serão organizados segundo os princípios da razão dialética.

Para tanto, o interesse central da pesquisa é o de observar e analisar os arranjos estruturais e a movimentação dos principais atores envolvidos com a política no nível estadual, com vistas às intenções e movimentos de operação da agenda, tornando-a uma agenda decisional do estado do Rio Grande do Sul com relação ao tema.

Esta pesquisa consiste em um estudo de caso, particularmente o de um processo de agenda-*setting*, de uma política pública nacional descentralizada – a política de saúde – nos períodos de 2007 até 2012, no RS, a partir dos principais traços de sua institucionalidade e presença de atores de múltiplas origens que influenciam e interferem nesse processo. O foco do estudo desta agenda – que é nacional em sua formulação original - centra-se na iniciativa do SUS em reformular os processos de gestão do sistema nos níveis subnacionais, denominado Pacto pela Saúde.

A pesquisa contou com uma base de dados com uma fonte de dados primários e secundários referente às informações sobre o Pacto pela Saúde. Os dados primários foram obtidos, primeiramente, através de observação assistemática relacionado ao objeto de estudo e relatadas em um diário de campo, a fim de explorar o campo do objeto de estudo, as características e documentos sobre as pactuações. Também foram realizadas coletas de dados através da observação sistemática de campo e entrevistas dirigidas, relatadas também no diário.

Os dados primários foram obtidos através de entrevistas com os Gestores Municipais de Saúde e técnicos que fizeram parte do processo de implementação da política na 13ª Coordenadoria Regional de Saúde, dos quais privilegiou-se a fala dos atores. Os dados secundários foram coletados através da pesquisa documental e dos sistemas de informações oficiais (sites, planilhas municipais de pactuação, entre outros).

A técnica de pesquisa escolhida para a realização deste estudo, consiste em um estudo de caso, por contribuir “com o conhecimento que temos dos fenômenos individuais, organizacionais, sociais, políticos e de grupo, além de outros fenômenos relacionados” (YIN, 2005, p. 20)<sup>33</sup>. O mesmo autor complementa que o estudo de caso:

permite uma investigação para se preservar as características holísticas e significativas dos acontecimentos da vida real – como ciclo de vida individuais, processos organizacionais e administrativos, mudanças ocorridas em regiões urbanas, relações internacionais e a maturação de setores econômicos (YIN, 2005, p. 20).

Para compreender o processo de pactuação e regionalização da saúde no Rio Grande do Sul, é preciso investigar as relações existentes na gestão em saúde do Estado, através da constelação de atores muito presentes na arena decisória estadual.

Este estudo teve como finalidade analisar as relações, descrever os contextos e situações enfrentadas pelo setor saúde no período de 2007-2012 referente ao Pacto pela Saúde e o processo de Regionalização no Estado e nos Municípios.

Para uma melhor compreensão, definição e conhecimento acerca dos resultados, como metodologia, optou-se pela pesquisa qualitativa. Salomon (1991) diz que a abordagem qualitativa permite aprofundar na realidade das representações sociais, de modo a permanecer mais próxima da realidade dos participantes de investigação, se inteirando no universo do discurso do sujeito, que é revelador do coletivo. Egry (1996, p. 60) complementa, que a “metodologia se apresenta como a arte de dirigir o espírito na investigação da verdade e em filosofia como o estudo dos métodos e, especialmente, dos métodos das ciências”.

A escolha do período de cinco (5) anos foi determinada devido à data do acordo - Pacto pela Saúde - realizado pela Comissão Intergestores Tripartite, datado de 2006. Permitindo analisar os dois últimos governos do Estado: Yeda Crusius (PSDB) e Tarso Genro (PT).

Para investigar o processo de formação da agenda Estadual do Pacto no RS, a pesquisa optou por explorar a 13ª Coordenadoria Regional de Saúde - CRS, com sede em Santa Cruz do Sul. Para tanto, abordou-se dois Municípios que contemplam as microrregiões da 13ª CRS – Santa Cruz do Sul e Venâncio Aires. Para melhor compreensão do processo de implementação do Pacto no Estado, coletou-se dados com o Município de São Borja, por ter sido o primeiro município a assinar o Pacto pela Saúde.

---

<sup>33</sup> A tese de doutorado de Klein (2010), estruturado para o estudo sobre o SUS é baseada num estudo de caso. O pesquisador considera o estudo de caso como uma estratégia que se aplica em “estudos de organizações, instituições, processos, contextos e experiências singulares. Essa estratégia também se aplica para a investigação de um fenômeno contemporâneo dentro de seu contexto cujos limites não são bem definidos” (2010, p. 8).

Foram, também, participantes da pesquisa atores envolvidos no processo de desenvolvimento da agenda-*setting* na área da saúde do RS, como a Secretaria Estadual de Saúde – englobando: desde gestores de alto poder decisório - Secretário Estadual da saúde, e funcionários níveis diversos de representatividade, de grande importância técnica para a implementação e desenvolvimento da política, o Conselho Estadual de Saúde (CES), assim como atores externos: FAMURS e ASSEDISA/COSEMS.

Considerando o objeto dessa pesquisa, que pretende compreender um cenário político-institucional, este estudo não apresenta riscos para seus participantes e garantiu o direito aos participantes de decidir livremente quanto à participação, após explicação pormenorizada sobre a natureza da pesquisa, objetivos e possíveis resultados. Preservou-se o anonimato dos entrevistados, utilizando-se códigos de acordo com a função ocupada, como critérios para apresentação de seus relatos, abordado no próximo subitem.

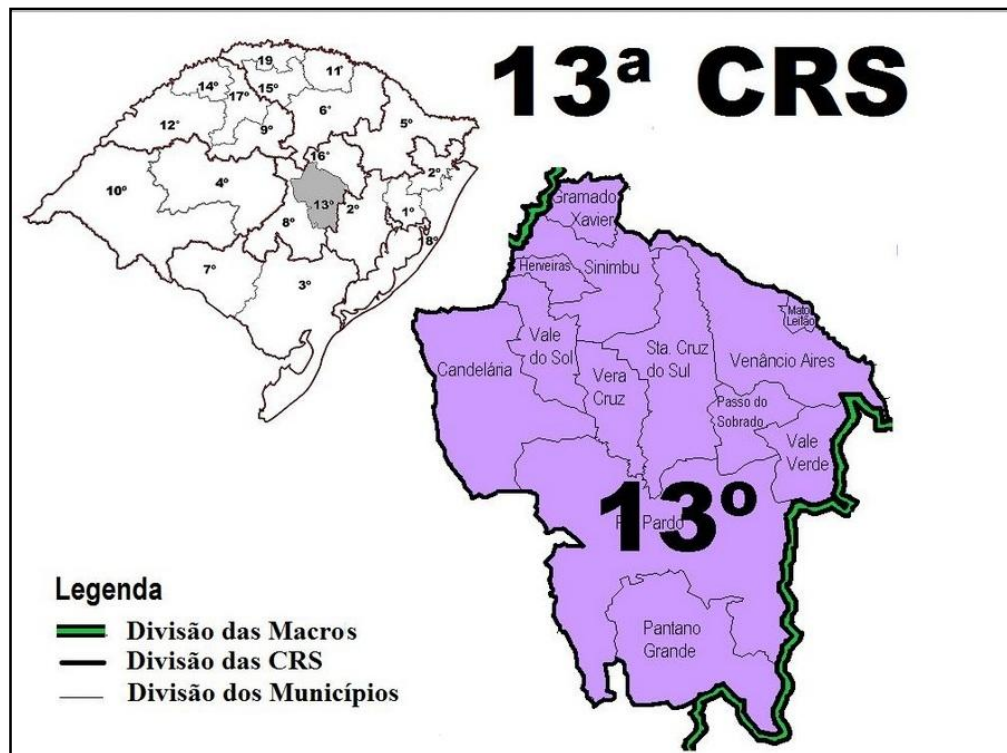
#### **4.2 A operacionalização da pesquisa: delimitação geográfica**

A pesquisa foi realizada primeiramente junto à Secretaria Estadual de Saúde, CDES, CES, localizados em Porto Alegre, e na 13ª Coordenadoria Regional de Saúde/CRS, com sede em Santa Cruz do Sul, sendo uma das poucas Coordenadorias com 100% de adesão dos Municípios.

A 13ª CRS é uma macrorregional que está localizada na região central do Estado, e é composta por treze (13) Municípios, sendo que destes, um (1) pertence ao Vale do Taquari (Gramado Xavier) e os demais (12) pertencem ao Vale do Rio Pardo (Candelária, Herveiras, Mato Leitão, Pantano Grande, Passo do Sobrado, Rio Pardo, Santa Cruz do Sul, Sinimbu, Vale do Sol, Vale Verde, Venâncio Aires e Vera Cruz).

A figura, a seguir, disponível no site da Secretaria Estadual de Saúde, proporciona uma representação da localização da Coordenadoria no mapa do RS, assim como, a composição de seus municípios.

Figura 4 – Mapa da 13ª Coordenadoria Regional de Saúde - CRS



Fonte: Secretaria Estadual de Saúde<sup>34</sup>.

### 4.3 Inserção no campo de estudo e coleta de dados

Para a consecução dos objetivos propostos, utilizou-se procedimentos técnicos bibliográficos, documentos relacionados às políticas e programas implementados em atos do governo, em informações sobre o papel de coordenação do gestor Estadual do SUS, em observações sistemáticas em reuniões tanto de instâncias colegiadas do sistema saúde, quanto do Conselho de Desenvolvimento Econômico e Social do RS – câmara temática saúde.

No primeiro momento foi realizada uma pesquisa dos trabalhos desenvolvidos sobre o tema em artigos de revistas científicas, livros, teses e dissertações, assim como em materiais de reuniões da CIB, CIT, CES (de 2006 até 2012), informes da Secretaria Estadual de Saúde e anais das Conferências Nacionais de Saúde (desde a primeira em 1941 até a última em 2011). A tese de Lislei Teresinha Preuss, sobre “O PACTO PELA SAÚDE NAS CIDADES GÊMEAS DA FRONTEIRA DO RIO GRANDE DO SUL COM A ARGENTINA E O URUGUAI” de 2011, foi uma referência importante, principalmente nos resultados, quando os atores reportam

<sup>34</sup> Site da Secretaria Estadual de Saúde . Disponível em <http://www1.saude.rs.gov.br/dados/1316029679339RS%20Divisao%20Regional%20-13a%20CRS.jpg>.

as dificuldades de compreensão da política, as relações entre as esferas de gestão, auxiliando no desenvolvimento desta pesquisa.

A pesquisa iniciou seu delineamento através de uma busca, em 2012, na Secretaria Estadual de Saúde, de materiais referentes à implementação da Programação Pactuada e Integrada - PPI no Estado. Em virtude da Secretaria de Saúde informar que a PPI (instrumento de planejamento da regionalização) não havia sido regulamentada no Estado, embora estivesse sendo utilizada nos Municípios, percebeu-se a dificuldade de pesquisar o tema (a regulamentação é um dos fatores imprescindíveis para a implementação de uma política) e a necessidade de ampliar as discussões sobre como o Estado do Rio Grande do Sul, desenvolveu sua agenda para o Pacto pela Saúde.

Diante destas contestações, a coleta de dados e a inserção no campo de estudo teve como foco os seguintes pontos: agendamentos e contatos com os gestores, técnicos e profissionais que fizeram ou fazem parte da implementação do Pacto pela Saúde, a receptividade dos entrevistados, o grau de disponibilidade para a entrevista, as resistências, o local onde se realizou a entrevista e a interação com as demais esferas de gestão do SUS.

As primeiras coletas de dados se iniciaram em 2012, durante as reuniões do Conselho de Desenvolvimento Econômico e Social – CDES/RS, na câmara temática da saúde, como ouvinte, com uma observação sistemática, procurando identificar como o CDES/RS, também chamado de Conselhão, abordava o Pacto pela Saúde. Nas reuniões, estavam presentes o Secretário Adjunto da Saúde Elemar Sand e o Presidente do Conselho Estadual de Saúde – CES, Paulo Humberto Gomes da Silva, entre outros participantes. Nessas oportunidades, foram colhidas informações informalmente sobre o Pacto com os atores presentes.

O COAP, até o final de 2012, não havia sido implementado no RS, estando, portanto, ainda em vigência o Pacto pela Saúde. Entretanto, a política já era tratada como ‘passado’ pelos participantes, outros, como alguns representantes do CDES-RS, nunca tinham ouvido falar. O próprio presidente do CES-RS, em conversa informal com a pesquisadora, se reportou ao Pacto como uma política que nem tinha sido implementada e que não se usava mais.

A primeira intenção da pesquisa era através do Pacto compreender a implementação da Programação Pactuada e Integrada - PPI no Estado. Durante uma reunião da CDES-RS, foi procurada a Secretaria Estadual de Saúde – SES/RS que, prontamente recebeu a pesquisadora, a profissional responsável pela PPI, além de disponibilizar materiais desenvolvidos pela Secretaria referente ao instrumento, também informou a não regulamentação da Programação. Sendo a regulamentação uma das etapas da implementação, logo, se constata a não implementação da PPI no Rio Grande do Sul. Para compreender melhor o cenário que se



apresentava, entrou-se em contato também com a 13ª Coordenadoria Regional de Saúde-CRS/RS, para que algumas questões fossem elucidadas tanto em relação à Programação, quanto ao Pacto.

As informações colhidas na SES-RS e na 13ª CRS, possibilitaram uma reavaliação do objeto de análise, ampliando o foco de pesquisa. Para a aplicação do instrumento de coleta de dados, os primeiros contatos foram realizados por telefone no início de 2013, com o setor responsável pela implementação do Pacto da SES-RS, explicando o tema da pesquisa, os objetivos, a intenção de compreender como foram realizadas as discussões anteriores a implementação do Pacto pela Saúde, a formação da agenda. Foi explicado o que é uma agenda governamental e o que ela representa.

Por telefone foi informado que o Pacto não era utilizado há muito tempo e que para responder as questões solicitadas era preciso informar os temas para serem previamente pesquisados pelos profissionais. Assim sendo, foram enviados por e-mail alguns dos enfoques que seriam questionados e posteriormente, entrou-se em contato, novamente, por telefone com os profissionais que não atenderam as ligações, ou por não estarem disponíveis ou por não se encontrarem nas dependências da SES-RS, conforme informado por profissionais da Secretaria. Não houve sucesso no retorno do e-mail (dois e-mails enviados) ou das quatro ligações para coleta de dados.

Entrou-se em contato por telefone com outros gestores, entre eles, um (1) ex-Secretário Estadual de Saúde, um (1) Prefeito, um (1) vice-prefeito, dois (2) Secretários Municipais de Saúde, a CIB, o presidente da ASSEDISA/COSEMS, a FAMURS, duas (2) Coordenadorias (a 13ª CRS, com 100% de adesão ao Pacto e a 8ª CRS, com 0% de adesão dos Municípios no Pacto), um (1) Conselho Municipal de Saúde, Secretaria Estadual de Saúde. Das ligações realizadas, apenas um Município e a 13ª Coordenadoria aceitaram agendar uma entrevista, no primeiro momento.

Em agosto de 2013 foi contatado o Conselho Municipal de Saúde - CMS de um dos Municípios pesquisados para colher dados, materiais e informes a respeito do Pacto pela Saúde. As Atas e documentos oficiais sobre a política não foram disponibilizadas, elas precisariam ser procuradas, foi solicitado, mas sem retorno, entretanto, o representante do Conselho deixou a disposição todo e qualquer material encontrado pela pesquisadora. Através deste CMS, foi indicado uma técnica que havia participado do processo de implementação do Pacto no mesmo Município. Agendou-se uma conversa prévia com a profissional e posteriormente uma entrevista.

Além da técnica, tentou-se entrar em contato com o Secretário Municipal de Saúde do Município, sendo informado pela Secretária Executiva do gestor que o mesmo, não responde a entrevistas, quem assim o faz, são seus assessores após prévia análise do projeto de pesquisa.

A Secretaria Estadual de Saúde, uma Coordenadoria Regional e um ex-Secretário Estadual solicitaram o envio das perguntas por e-mail. Os atores que não responderam aos e-mails enviados, foram novamente contatados por mensagem eletrônica ou por telefone. Por vezes, as ligações passavam de ramal para ramal, mas sem retorno, ou o profissional não estava ou estava ocupado para atender. Houve muita resistência e pouco aceitabilidade da pesquisa.

Entrou-se em contato por telefone, por três vezes, com o Prefeito de um dos Municípios. Seus assessores sinalizavam para uma possível reunião, que não aconteceu. Ficavam de retornar a ligação para agendar a entrevista, mas o gestor estava impossibilitado devido a compromissos.

Mesmo sendo um estudo de caso, da Agenda Estadual de Saúde do RS, com atores da 13ª Coordenadoria Regional de Saúde, mais precisamente com os Municípios de Santa Cruz do Sul e Venâncio Aires, devido à falta de informação mais precisa sobre o ambiente, as dificuldades e as forças opostas e favoráveis ao Pacto no Estado e, com base nas pesquisas bibliográficas e conversas prévias com profissionais e gestores sobre o tema, sentiu-se a necessidade de compreender como foi realizado o processo de implementação do Pacto no primeiro Município que aderiu a política. E em novembro de 2013, decidiu-se entrar em contato com o Município de São Borja, que aceitou responder algumas questões. Embora ampliando o campo de pesquisa, as informações cedidas pelo gestor, auxiliaram no entendimento sobre a arena política-institucional que se encontrava no primeiro momento.

Seguindo a mesma lógica que nos levou até São Borja, entramos em contato por telefone com a 8ª CRS, próxima à Regional de Santa Cruz do Sul e que não conseguiu aderir nenhum Município. Para compreender estes empasses e assim, enriquecer nossa visão sobre o processo, procuramos os responsáveis pela implementação da política na Coordenadoria. A técnica informou que era um assunto muito difícil na região e que poderia responder as questões se estas fossem encaminhadas por e-mail. Assim sendo, foram encaminhadas as questões por e-mail, mas não obtivemos retorno. Contatamos mais uma vez a profissional, sem resposta.

Por ser um ator importante na formação da agenda, citado tanto pelos entrevistados, quanto em informes da SES-RS, da Confederação Nacional dos Municípios e no site da FAMURS, foi contatado o presidente (Secretário Municipal de Saúde - SMS de Novo Hamburgo) da ASSEDISA/COSEMS pelo e-mail do Conselho e, devido ao site da instituição não informar um número de telefone, foi ligado para a SMS de Novo Hamburgo. Devido à agenda lotada do gestor, foi cedido, pelos profissionais, seu e-mail. No e-mail foi explicado a

pesquisa e o interesse em compreender as discussões sobre o Pacto e a formação da agenda. Em nenhum momento se obteve retorno quanto a possibilidade de coletar dados com o Conselho.

A FAMURS foi contatada por telefone, respondendo as questões indagadas sobre a posição deles sobre o Pacto, informações que também estão disponíveis nos informes do site da Federação. O representante do setor da saúde da FAMURS, se colocou à disposição em responder as questões por e-mail, caso necessário. Por falta de tempo hábil para realizar a entrevista, foram utilizados os dados colhidos através dos sites da Confederação Nacional dos Municípios, da FAMURS, ASSEDISA/COSEMS e demais referências encontradas em jornais, revistas e pesquisas sobre o tema.

A gestão da SES-RS do governo anterior (2007-2010) foi contatada, por telefone e por e-mail. No primeiro momento foi acenado a intenção de responder as questões da coleta de dados. Conforme solicitado, as perguntas foram enviadas, mais de uma vez, mas não se obteve retorno. Ao todo foram três (3) ligações e seis (6) e-mails.

As primeiras informações colhidas ocorreram em 2012, através da observação assistemática e sistemática. As entrevistas ocorreram no período de agosto até dezembro de 2013. Em decorrência desses fatores foram entrevistados quatro participantes, sendo dois do sexo feminino e dois do sexo masculino, que serão identificados como:

- a) Gestor, secretário-adjunto de saúde: G1, G2
- b) Profissional de saúde: P1
- c) Coordenador: C1

Para a análise dos dados, optou-se por trabalhar com a proposta do materialismo histórico, de Minayo (2007), utilizando o método dialético, que proporciona, segundo Gomes (2002), que a fala dos atores seja situada em um contexto que leve a melhor compreensão.

Minayo (2007) aborda que para a totalidade concreta, necessita de uma articulação entre a base material e as ideias, um movimento da razão e da experiência. “O sentido da totalidade se refere tanto ao nível das determinações como a do recurso interpretativo pelo qual se busca descobrir as conexões que a experiência empírica mantém no plano das relações essenciais” (MINAYO, 2007, p. 354). A historicidade permitiu avaliar a evolução do Sistema de Saúde, assim como, as experiências anteriores de gestão em saúde no Brasil, a descentralização, a pactuação e suas características no processo de adesão da política; as relações de poder e interesses entre os atores envolvidos no processo de implementação do Pacto, as determinações históricas reconhecidas nas experiências dos gestores e profissionais sobre a realidade, a efetivação do Pacto pela Saúde e do Pacto pela Gestão. Diante destes contextos inseriu-se as categorias contradição e mediação.

Conforme Minayo (2007), a interpretação da análise dos dados qualitativos exige a elaboração de categorias analíticas e categorias empíricas e operacionais. Para a operacionalização da proposta, a autora aborda os seguintes passos, que foram seguidos na pesquisa:

a) Ordenação dos dados: engloba as entrevistas realizadas com os atores, os materiais de observação tanto durante as entrevistas, quanto nas reuniões do CDES-RS, documentos populares e de instituições como a Secretaria Estadual de Saúde – SES/RS, FAMURS, CES-RS, Ministério da Saúde que se referem ao Pacto pela Saúde no Rio Grande do Sul. Nesta etapa estão incluídas: (a) as transcrições das entrevistas com os profissionais; (b) organização dos relatos; (c) organização dos dados observados tanto em nas reuniões do CDES, quanto durante as entrevistas.

b) Classificação dos dados: Minayo (2007) aborda que as informações que emergem do campo analisado, já trazem em seu interior uma construção de indagações e respostas, não sendo ele, no entanto, que cria esses dados. Sendo assim, após exaustiva leitura horizontal dos materiais de campo, após, foram realizadas leituras transversais de cada subconjunto e do conjunto das categorias classificadas, agrupando tudo em número menor de unidades, a fim de compreender e interpretar o que foi exposto pelos atores estudados.

c) Análise final: momento em que se estabeleceu uma articulação entre os dados e os referenciais teóricos da pesquisa, para responder a como foi realizada a construção da agenda Estadual de saúde do Rio Grande do Sul sobre o Pacto pela Saúde no período de 2007-2012.

## 5 RESULTADOS E DISCUSSÕES – ELEMENTOS PARA DA AGENDA ESTADUAL DE SAÚDE

Para melhor compreensão dos resultados e das discussões, primeiramente foram elaborados os elementos para a Agenda Estadual de Saúde, a fim de proporcionar maior compreensão sobre a construção da agenda-*setting* do Pacto pela Saúde. Posteriormente, o subcapítulo “a visão dos atores sociais sobre o pacto pela saúde”, foi organizado em três categorias, que, por sua vez, são contempladas com subcategorias. A primeira categoria ou o primeiro eixo analítico dos resultados, buscou emergir, através da fala<sup>35</sup> dos atores e dos dados coletados em jornais e documentos, o cenário entorno dos entraves do processo de adesão do Pacto pela Saúde, as iniciativas de adesão à política, as responsabilidades dos gestores, os atores envolvidos no processo, o relacionamento e a comunicação entre os atores, além do planejamento das ações. O segundo eixo, que propôs discutir a categoria do Pacto pela Gestão, buscou destacar a regionalização, o financiamento e as relações de poder entre os atores sociais. A terceira e última categoria analítica, procurou compreender, através da fala dos atores, a visão deles sobre o Pacto pela Saúde, a aceitabilidade e o comprometimento para com a política.

As *policy agenda-setting* Estaduais, possuem peculiaridades tanto em relação a sua formação quanto no desenvolvimento, frente a *policy agenda-setting* Nacional. Atualmente, mesmo com toda autonomia dos Estados, suas agendas são subordinadas à agenda da União. Em suma, esta questão não representa que os Estados precisem, necessariamente, descartar a possibilidade de desenvolverem suas agendas estaduais de acordo com suas necessidades específicas e condensação política.

La política pública puede entenderse como un conjunto de decisiones bien fundamentadas generadas por cualquiera de las ramas y en todos los niveles del gobierno, y enmarcadas en un conjunto de normativas. Las políticas públicas comunican objetivos, medios, estrategias y reglas para la toma de decisiones, utilizados en la administración pública y la legislación. Las leyes, normas, reglamentaciones, interpretaciones y decisiones operativas y judiciales, los estatutos, los tratados y las órdenes ejecutivas son un ejemplo de la expresión real de las políticas (OPAS, 2007, p. 314)<sup>36</sup>.

A grande maioria dos estudos e pesquisas realizadas buscam compreender a dinâmica da construção da *policy agenda-setting* Nacional, em virtude de sua complexidade frente à formação de uma Política Pública. Entretanto, analisando a construção da agenda Estadual e as

<sup>35</sup> As falas dos atores entrevistados foram transcritas mantendo sua integralidade, sem se preocupar com as normas da língua portuguesa.

<sup>36</sup> ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. Las políticas públicas y los sistemas y servicios de salud (2007, p. 314).

relações de poder dentro e fora de um governo é possível identificar tanto as linhas estratégicas de um governo quanto compreender os resultados da implementação desta política.

A construção da agenda governamental estadual envolve, além dos instrumentos advindos da União, alguns fatores importantes que permeiam todo o processo. Como citado por Klein (2010) os entes da federação têm a opção de aderirem ou não a implementação de uma política, em virtude da regulamentação da política de saúde, estabelecida na legislação. A partir do momento em que o Estado sinalizar a intenção de implementar uma política, diversas forças convergirão ou divergirão para o êxito da proposta.

Anterior à implementação de uma *policy*, ela precisa ser pensada, colocada em pauta, aceita ou não pelos atores da arena política, arquitetada, envolve tempo, recursos, barganhas políticas e uma diversidade de atores para que as ideias possam ser transformadas em ações. Entretanto, como citado no primeiro subcapítulo, mesmo quando um problema não vira uma ação ou não é implementado pelos governantes, ele pode ser considerado uma agenda, caracterizada pela inação dos participantes ativos, frente aos problemas que necessitam de intervenção do Estado (PINTO 2004; SOUZA, 2006b).

Em 2003, quando iniciaram os debates na esfera Nacional sobre a necessidade de desenvolver uma política que desburocratizasse a gestão da saúde - em virtude de existir muitas Normas que dificultavam os serviços – percebe-se pontos importantes de formação da agenda. Primeiramente os problemas foram trazidos à tona, tanto durante a XII Conferência Nacional de Saúde (que foi antecipada), como nas reuniões da CIT (Comissão Intergestores Tripartite) e se identificou a necessidade de elaborar um Pacto pela Gestão. Diante da iniciativa da nova gestão do Governo Federal de utilizar os temas e os debates do evento na formação da agenda de governo, criando, pela primeira vez no país, uma articulação entre as necessidades debatidas nas conferências e as ações e serviços a serem priorizados no país, foram definidos os interesses e as posições e, delineado o processo de formação da agenda governamental (LIMA et al., 2012).

as mudanças no governo influenciam a agenda tanto de pessoas em posições estratégicas como na composição do legislativo. Chama-se especial atenção para o início de governos, considerado o momento mais propício à entrada de demandas que permaneceram por um longo tempo sem resposta (KINGDON, 2003 apud GOTTEMS et al., 2013, p. 514).

As discussões sobre a imprescindibilidade de melhorar a atenção à saúde em diversos pontos, ressaltou a necessidade de transformar o Pacto pela Gestão em uma política mais abrangente, culminando no Pacto pela Saúde, assinado pelas três esferas de gestão do SUS

(LIMA et al., 2012). Durante estas tratativas, estava em vigência no Rio Grande do Sul o governo de Germano Rigotto (2002-2006). Embora o CONASS (Conselho Nacional de Secretários de Saúde) tenha assinado o Pacto, era preciso que o Governo do Estado e os Municípios também se comprometessem. Após a adesão do Ministério da Saúde ao Pacto pela Saúde, os Estados estavam aptos a aderirem à política, desenvolverem suas agendas e criarem ações de acordo com as especificidades regionais.

Em maio de 2006, segundo a Secretaria Estadual de Saúde (2006)<sup>37</sup>, o Estado iniciou suas discussões sobre o Pacto pela Saúde, abordando a implementação, Termo de Compromisso de Gestão Estadual e Municipal, redefinição das atribuições dos gestores Federais, Estaduais e Municipais, definição de estratégias e agenda para apresentação do Pacto. No mesmo ano, ocorreram eventos técnicos, destinados aos servidores da Secretaria Estadual de Saúde, para discutir aspectos do processo de implantação do pacto, como se pode perceber nos trechos das reportagens a seguir:

Na perspectiva de qualificar o atendimento e vencer dificuldades, os gestores da Saúde Gaúcha discutem, nesta terça e quarta (16 e 17 de maio), a construção do Pacto Pela Saúde 2006. [...] Além da direção da Secretaria Estadual da Saúde, participam representantes do Ministério da Saúde, da Associação dos Secretários e Dirigentes de Saúde (Assedisa), do Conselho Estadual da Saúde, da Comissão Intergestores Bibartite, da Comissão de Saúde da Assembléia Legislativa e do Ministério Público Estadual (SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE, 15 DE MAIO DE 2006).

Conforme a diretora do Departamento de Assistência Hospitalar e Ambulatorial (DAHA), Aglé Regina da Silva, a SES passa a discutir a melhor forma de colocar em prática o que determina a Constituição Federal. “A partir dessa discussão, todos os municípios gaúchos assumirão a gestão plena da saúde, passando a gerenciar recursos e ações de média e alta complexidade sem a necessidade de habilitação no MS, o que desburocratiza o processo”, concluiu Aglaé (SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE, 16 DE MAIO DE 2006).

Estes dados apontam a intenção do Governo de aderir ao Pacto pela Saúde e a iniciativa de discutir com as demais instâncias da gestão do SUS e atores da sociedade, sobre a política. Como citado, as discussões iniciaram em 2006, conciliando com as eleições Estaduais e com a vitória da Governadora Yeda Crusius para o governo do RS (2007-2010). Em 2007, no primeiro ano do mandato, o Secretário de Saúde Osmar Terra assina o compromisso de melhorar a atenção à saúde, assinando o Pacto pela Saúde. O mesmo ato ocorreu em outros Estados do país.

---

<sup>37</sup>Site da Secretaria Estadual de Saúde do Rio Grande do Sul. Reportagem do dia 16 de maio de 2006. [http://www.saude.rs.gov.br/conteudo/1487/?Pacto\\_pela\\_Sa%C3%BAde\\_prev%C3%AA\\_descentraliza%C3%A7%C3%A3o\\_da\\_gest%C3%A3o\\_](http://www.saude.rs.gov.br/conteudo/1487/?Pacto_pela_Sa%C3%BAde_prev%C3%AA_descentraliza%C3%A7%C3%A3o_da_gest%C3%A3o_)

No mesmo ano, as Conferências Municipais e Estaduais discutiam a implementação do Pacto no Estado, os objetivos da política, as atribuições de cada esfera de gestão para, posteriormente, enriquecer o diálogo na Conferência Nacional de Saúde (SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE-RS, 2007)<sup>38</sup>.

O Pacto, em 2007, já fazia parte de uma agenda governamental do Estado, por ter conseguido chamar a atenção dos formuladores de políticas, o RS já havia assinado o Termo de Compromisso de Gestão, mas ele precisava ser inserido em uma agenda decisional. Conforme Kingdon (1995), uma determinada questão passa para a agenda governamental quando chama a atenção dos formuladores de políticas. Entretanto, dentre inúmeras questões que exigem um olhar diferenciado dos governantes, apenas algumas recebem maior consideração em um dado momento. Estas, compõem a agenda decisional, que é um subconjunto da agenda governamental.

Com base na análise de ‘*multiple streams*’ de Kingdon, abordado no primeiro subcapítulo, sobre a formação da agenda governamental, percebe-se a intenção do governo em direcionar suas atenções para a implementação da política no Estado do Rio Grande do Sul. O primeiro elemento dos três fluxos de Kingdon – problemas – se apresenta, na medida em que os formuladores da política no Estado, segundo Capella (2004), acreditam que devam fazer algo para melhorar a saúde; em virtude do Pacto ser uma prioridade da União, ter contado com a participação dos próprios Estados para sua formulação e possuir visibilidade e repercussão. Os atores utilizam de três meios para captarem a atenção dos demais participantes, como: indicadores; eventos, crises e símbolos; *feedback* das ações governamentais. Entretanto, os demais participantes da formulação da agenda Estadual, precisavam ser sensibilizados.

Após a adesão do Estado ao pacto, através da Secretaria Estadual de Saúde - SES, houve um processo de divulgação sobre o tema com as Coordenadorias Regionais de Saúde - CRS, informando aos gestores sobre o que é a política e os objetivos dela, para posterior capacitação<sup>39</sup>.

Estas ações auxiliam o Estado no processo de desenvolvimento de soluções e alternativas – segundo fluxo da análise de Kingdon - dos problemas apontados. *what to do ideas?* Por mais que exista uma política formalizada, como é o caso do Pacto, é preciso que os demais entes federados criem estratégias para a implementação, de acordo com a sua realidade. Sendo

---

<sup>38</sup> Reportagem do site da Secretaria Estadual de Saúde, referente as Conferências Municipais de Saúde que debatiam o Pacto pela Saúde. Reportagem do dia 20 de julho de 2007. [http://www.saude.rs.gov.br/conteudo/2619/?Confer%C3%A4ncias\\_Municipais\\_debatem\\_proposi%C3%A7%C3%B5es\\_para\\_encontro\\_estadual](http://www.saude.rs.gov.br/conteudo/2619/?Confer%C3%A4ncias_Municipais_debatem_proposi%C3%A7%C3%B5es_para_encontro_estadual)

<sup>39</sup> Em 17 de outubro de 2007, nas dependências da 13ª Coordenadoria Regional de Saúde – RS, foi realizada uma capacitação para os gestores sobre o Pacto pela Saúde em que a pesquisadora teve a oportunidade de participar.



necessário, para o desenvolvimento de alternativas, segundo Capella (2004), a presença das comunidades geradoras de alternativas (pesquisadores, acadêmicos, assessores parlamentares, funcionários públicos de carreira, analistas pertencentes aos grupos de interesse, como as Fundações, Associações), que são atores que compartilham de interesses e preocupações em relação ao tema.

Segundo Capella (2004) a grande dificuldade para os formuladores de políticas é produzir uma lista restrita de ideias, entre um conjunto enorme de propostas que são abordadas e potencialmente possíveis. Sendo que as que sobrevivem, embora não sejam a visão de toda uma comunidade, são reconhecidas como relevantes para a solução dos problemas.

Embora os debates trazidos pela gestão anterior, foi em 2007 que o Secretário Estadual de Saúde Osmar Terra, assinou o Termo de Compromisso de Gestão Estadual, conforme Portaria nº 2.252 de 12 de setembro de 2007, que homologou os “Termos de Compromisso de Gestão - TCG e publica os Termos dos Limites Financeiros Globais - TLFG dos Estados de Alagoas, do Ceará, de Mato Grosso do Sul e do Rio Grande do Sul, homologados pela Comissão Intergestores Tripartite – CIT” (BRASIL, Portaria nº 2.252 de 12 de setembro de 2007c, s.p).

Segundo informações da Assessoria Técnica e de Planejamento de 2011, o processo de adesão do Pacto pela Saúde no Estado iniciou com a aprovação do Termo de Compromisso de Gestão Estadual no Conselho Estadual de Saúde (CES) em 28 de junho de 2007, posteriormente pactuado na CIB em 18 de julho de 2007, em seguida, foi encaminhado para homologação na CIT em 30 de agosto de 2007, finalizando com a Portaria MS Nº 2.252 de 12 de setembro de 2007.

Desde a adesão ao Pacto pelo Estado, até o primeiro Município (São Borja)<sup>40</sup> assinar o Termo de Compromisso de Gestão e ser aprovado na Comissão Intergestora Tripartite (CIT), no início de 2010, percorreu praticamente um mandato de Governo, fazendo com que os indicadores de adesão Municipal no RS, permanecessem em zero por cento nos anos de 2007, 2008, 2009, como mostra a TABELA 1 (LIMA et al., 2012, p. 1908), a seguir:

---

<sup>40</sup> São Borja, primeiro Município a aderir o Pacto assinou o Termo de Compromisso de Gestão durante reunião da Comissão Intergestora Bipartite (CIB) em 11 de novembro de 2009, sendo homologado na CIT em 04 de janeiro de 2010 (SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE – SES/RS, 2009, 2012).

Tabela 1. Síntese dos dados sobre a implementação do Pacto pela Saúde por Estado – Brasil, 2006 a 2010.

Estado	Ano de adesão Estadual	Nº de Municípios existentes	Percentual adesão Municipal 2006	Percentual adesão Municipal 2007	Percentual adesão Municipal 2008	Percentual adesão Municipal 2009	Percentual adesão Municipal 2010
AC	2008	22	Nenhuma	Inferior a 50%	Inferior a 50%	Inferior a 50%	Inferior a 50%
AL	2007	102	Nenhuma	Inferior a 50%	Inferior a 50%	Entre 50 e 70%	Acima de 70%
AM	2010	62	Nenhuma	Nenhuma	Inferior a 50%	Inferior a 50%	Inferior a 50%
AP	2007	16	Nenhuma	Nenhuma	Nenhuma	Nenhuma	Inferior a 50%
BA	2007	417	Nenhuma	Inferior a 50%	Inferior a 50%	Inferior a 50%	Inferior a 50%
CE	2007	184	Nenhuma	Acima de 70%	Acima de 70%	Acima de 70%	100%
ES	2008	78	Nenhuma	Nenhuma	Entre 50 e 70%	Acima de 70%	Acima de 70%
GO	2007	246	Nenhuma	Inferior a 50%	Inferior a 50%	Inferior a 50%	Acima de 70%
MA	2007	217	Nenhuma	Inferior a 50%	Inferior a 50%	Inferior a 50%	Entre 50 e 70%
MG	2008	853	Nenhuma	Inferior a 50%	Acima de 70%	Acima de 70%	Acima de 70%
MS	2007	78	Nenhuma	100%	100%	100%	100%
MT	2007	141	Nenhuma	Inferior a 50%	Entre 50 e 70%	Entre 50 e 70%	Acima de 70%
PA	2008	143	Nenhuma	Nenhuma	Nenhuma	Nenhuma	Acima de 70%
PB	2008	223	Nenhuma	Inferior a 50%	Inferior a 50%	Inferior a 50%	Entre 50 e 70%
PE	2008	184	Nenhuma	Inferior a 50%	Inferior a 50%	Inferior a 50%	Inferior a 50%
PI	2009	224	Nenhuma	Nenhuma	Nenhuma	Inferior a 50%	Inferior a 50%
PR	2007	399	Nenhuma	Inferior a 50%	Acima de 70%	Acima de 70%	100%
RJ	2007	92	Nenhuma	Inferior a 50%	Inferior a 50%	Inferior a 50%	Inferior a 50%
RN	2007	167	Nenhuma	Nenhuma	Acima de 70%	Acima de 70%	100%
RO	2008	52	Nenhuma	Nenhuma	Entre 50 e 70%	Acima de 70%	Acima de 70%
RR	2007	15	Nenhuma	Inferior a 50%	Inferior a 50%	Entre 50 e 70%	Entre 50 e 70%
RS	2007	496	Nenhuma	Nenhuma	Nenhuma	Nenhuma	Inferior a 50%
SC	2008	293	Nenhuma	Inferior a 50%	Inferior a 50%	Inferior a 50%	Acima de 70%
SE	2008	75	Nenhuma	Nenhuma	Nenhuma	Nenhuma	Nenhuma
SP	2007	645	Nenhuma	Inferior a 50%	Acima de 70%	Acima de 70%	Acima de 70%
TO	2006	139	Nenhuma	Inferior a 50%	Inferior a 50%	Inferior a 50%	Inferior a 50%

Fonte: Brasil, 2010<sup>41</sup> apud LIMA et al. (2012).

Nota: os dados de 2010 se referem ao mês de setembro.

Os dados apresentados, trazem uma síntese do percentual de adesão dos Municípios de todo o país ao Pacto. Em 2007, período em que o Estado do RS assinou a pactuação, mais da metade dos Estados já haviam iniciado o processo de implementação da política em seus Municípios; fato que só ocorreu, no RS, em 2010, três anos após o Estado. O Mato Grosso do Sul, foi o primeiro Estado a aderir 100% de seus municípios, ainda em 2007.

Nesse processo de construção da agenda, adesão Estadual e Municipal, se faz presente um elemento estritamente importante, classificado por Kingdon como *Politics Streams*. Este fluxo se refere ao processo político, o processo de coalizão que ocorre a partir da barganha e das negociações políticas e que pode ser influenciado por três (3) elementos: 1) o clima, ou o clamor nacional; 2) forças políticas organizadas. Quando uma proposta sofre pressão de atores contrários ou favoráveis a sua implementação. A pressão dos grupos, apontando possíveis conflitos ou consensos na arena política, pode influenciar na reavaliação, por parte dos

<sup>41</sup> Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria Técnica da Comissão Intergestores Tripartite. Brasília: MS, 2010 [Dados não publicados].

formuladores, do ambiente (propício ou não) da proposta; 3) mudanças dentro do próprio governo (CAPELLA, 2004). Início de nova gestão Estadual, troca de Secretários, de Coordenadores das Coordenadorias Regionais de Saúde.

O Pacto pela Saúde é uma política que necessita da articulação e do esforço dos três entes federados. A sensibilização dos atores envolve, além dos participantes do próprio governo, os Prefeitos e Secretários Municipais de Saúde de todo o Estado e que possuem posições políticas diferenciadas; além de atores importantes no processo de mudanças na agenda, como a Federação das Associações de Municípios do Rio Grande do Sul - FAMURS, Conselho das Secretarias Municipais de Saúde do Rio Grande do Sul - COSEMS<sup>42</sup> (Associação dos Secretários e Dirigentes Municipais de Saúde – ASSEDISA/COSEMS), Conselho Estadual de Saúde - CES.

No período de 2006 (anterior a adesão Estadual ao Pacto) até 2011, diversos eventos foram realizados no Estado com o intuito de debater o Pacto pela Saúde e contaram com a mobilização de atores que possuem visibilidade e representatividade na mídia e na sociedade, como mostra o QUADRO 7.

Quadro 7 – Eventos sobre o Pacto pela Saúde no Rio Grande do Sul.

Notícia/Evento	Período	Temática
Debate sobre o Pacto pela Saúde no Rio Grande do Sul. Secretaria Estadual de Saúde	16 e 17 de maio de 2006	Termo de Compromisso de Gestão Estadual e Municipal, e definição de estratégias e agenda para apresentação do Pacto pela Saúde*.
X Marcha a Brasília em Defesa dos Municípios em Confederação Nacional de Municípios – CNM	10, 11 e 12 de abril de 2007	Entre diversos temas abordou-se O Pacto pela Saúde - Financiamento e Gestão da Saúde Pública**.
Conferências Municipais debatem proposições para encontro estadual: "Saúde e Qualidade de Vida: Políticas de Estado e desenvolvimento".	Abril a agosto de 2007	Desafios para a Efetivação do Direito Humano à Saúde no Século XXI: Estado, Sociedade e Padrões de Desenvolvimento; Políticas Públicas para a Saúde e Qualidade de Vida: o SUS na Seguridade Social e Pacto pela Saúde; Participação da Sociedade na Efetivação do Direito Humano à Saúde*.
I Seminário Estadual “Pacto pela Saúde: descentralização ou desobrigação? Confederação Nacional de Municípios e Federação dos Municípios do Rio Grande do Sul (FAMURS).	16 de maio de 2007	Orientar os gestores municipais sobre os compromissos assumidos a partir da assinatura do Termo de Adesão ao Pacto pela Saúde com foco no impacto que as mudanças trarão para os municípios, tanto nas responsabilidades com pessoal como no custeio das ações e

<sup>42</sup>Em 2011, a Lei nº 12.466, de 2011 foi Incluída na Lei 8080/90, que reconhece os Conselhos de Secretarias Municipais de Saúde (COSEMS). Anterior a esta data, os Secretários Municipais de Saúde eram representados pela ASSEDISA – Associação dos Secretários e Dirigentes Municipais de Saúde, e, em 2012 a sigla ASSEDISA foi substituída por COSEMS. Para fins desta pesquisa, é utilizado o termo ASSEDISA/COSEMS devido a entidade (ASSEDISA), representar os Secretários Municipais a maior parte do período pesquisado e, foi também incluído o termo que hoje é utilizado na legislação.

		serviços de saúde disponibilizados para a população**.
19º Seminário de Municipalização da Saúde do Rio Grande do Sul, em Bento Gonçalves. Federação das Associações dos Municípios do Rio Grande do Sul (ASSEDISA) e Associação dos Secretários e Dirigentes Municipais de Saúde	28 até 30 de maio de 2007	Debater os principais assuntos que envolvem as administrações municipais na área da Saúde, como a situação dos hospitais Filantrópicos, Violência no trânsito, experiências no SUS em municípios gaúchos e o Pacto pela Saúde. Foco central: Pacto pela Saúde***.
5ª Conferência Estadual de Saúde "Saúde e Qualidade de Vida: Políticas de Estado e Desenvolvimento".	11 a 13 de outubro de 2007	Desafios para a Efetivação do Direito Humano à Saúde no Século XXI: Estado, Sociedade e Padrões de Desenvolvimento; Políticas Públicas para a Saúde e Qualidade de Vida: o SUS na Seguridade Social e Pacto pela Saúde; Participação da Sociedade na Efetivação do Direito Humano à Saúde*.
FAMURS e ASSEDISA querem que SES cumpra com as exigências para firmar o Pacto pela Saúde.	31 de julho de 2008	A Comissão do Pacto pela Saúde da FAMURS, em reunião realizada na quarta-feira, dia 30.07, na sede da entidade, definiu que os Municípios só assinarão o Pacto pela Saúde, quando o governo do Estado cumprir as solicitações feitas pela FAMURS – Federação das Associações de Municípios do Rio Grande do Sul e Associação de Secretários e Dirigentes Municipais de Saúde (ASSEDISA)**.
Reunião mensal da Associação de Secretários e Dirigentes Municipais de Saúde (ASSEDISA).	17 de setembro de 2008	Peça orçamentário do Estado para 2009 e a adesão ao Pacto pela Saúde****.
29º Congresso de Municípios do Rio Grande do Sul. 21º SEMINÁRIO DE MUNICIPALIZAÇÃO DA SAÚDE - Municipalização da Saúde: Conquistas e Desafios.	17 de junho de 2009	Qual a decisão do Rio Grande do Sul sobre o Pacto pela Saúde? Financiamento da Saúde: os valores que desmentem a prioridade; A Sociedade Deformada por Epidemias Silenciosas; Regionalização/Regulação: o equívoco da "Ambulancioterapia"**.
Assembleia Geral – FAMURS	12 de agosto de 2009	Definir uma posição unificada dos prefeitos sobre a adesão dos Municípios ao Pacto pela Saúde. O debate tem como justificativa a nova orientação da Associação dos Secretários e Dirigentes Municipais de Saúde (ASSEDISA) para que as prefeituras assinem a adesão ao Pacto**.
II Encontro Estadual de Educação Permanente em Saúde. Escola de Saúde Pública, vinculada à Secretaria Estadual da Saúde.	24 de março até o dia 26 de março de 2010	Pacto Pela Saúde: Educação Permanente e Controle Social - o eixo central das seis oficinas do último dia do encontro*.
Seminário de planejamento, monitoramento e avaliação da gestão da Secretaria Estadual da Saúde – SES-RS.	18 de abril de 2011	Adesão dos municípios ao Pacto pela Saúde, constituir e fortalecer os Grupos de Trabalho de Planejamento nas CRSs e Incentivar o desenvolvimento do processo de planejamento*.

I Encontro do Comitê Estadual do Fórum do Judiciário para Saúde	06 de maio de 2011	A política de Assistência Farmacêutica no Estado e a Gestão Estadual de Saúde. Marco Antônio Lobato, a diretora da Coordenação de Política de Assistência Farmacêutica da SES/RS abordou sobre: Instrumentos de gestão Estadual do SUS: Pacto pela saúde, Regionalização, Programação Pactuada Integrada, Contratualização, rede de referência e Contra-referência e regulação*.
Seminário Regional preparatório para as Conferências Municipais de Saúde do Litoral Norte	13 de junho de 2011	Fortalecimento das redes regionais de Saúde, como um serviço integrado para atender a população. Municipalização da saúde. Política de Saúde na seguridade social, seguindo os princípios da integralidade, universalidade e equidade. Gestão do SUS, financiamento, pacto pela Saúde, Relação Público x Privado, Gestão do sistema do Trabalho e da Educação em Saúde*.
6ª Conferência Estadual de Saúde. “Todos usam o SUS! SUS na seguridade social, política pública, patrimônio do povo brasileiro”. Conselho Estadual de Saúde - CES/RS e Secretaria Estadual da Saúde (SES)	01 a 04 de setembro de 2011.	Política de saúde na seguridade social, seguindo os princípios da integralidade, universalidade e equidade; Participação da comunidade e controle social; e Gestão do SUS (Financiamento; Pacto pela Saúde e Relação Público x Privado; Gestão do Sistema, do Trabalho e da Educação em Saúde)*.

Fonte: Elaborado pela pesquisadora a partir dos eventos publicados pela Secretaria Estadual de Saúde – SES/RS\*; Confederação Nacional dos Municípios – CNM\*\*; Diário Popular – via internet\*\*\*; Associação dos Municípios da Microrregião do Leste de Minas – ASSOLESTE\*\*\*\*, nos decorridos anos.

Os eventos realizados pela FAMURS e ASSEDISA/COSEMS estão concentrados no período de 2007 até metade de 2009. Em maio de 2007 a Confederação Nacional de Municípios (CNM) e Federação dos Municípios do Rio Grande do Sul (FAMURS), impulsionadas pela “X Marcha a Brasília em defesa dos Municípios” da Confederação Nacional dos Municípios, realizaram o “I Seminário Estadual: Pacto pela Saúde: descentralização ou desobrigação?” (CNM, 8 de maio de 2007). Diante das ações realizadas por estes atores e por suas posições frente à implementação da política, podemos classificá-los como um grupo de pressão contrários à implementação do Pacto. Segundo a teoria dos *Múltiplos Fluxos*, os grupos políticos organizados são capazes de influenciar nas mudanças na Agenda Governamental.

As demais entidades, principalmente o Conselho Estadual de Saúde – CES/RS, desenvolveram debates sobre a política no decorrer do período analisado. Outro elemento importante a ser observado no QUADRO 7, é que o tema da política estava sendo discutido desde 2006 tanto na sociedade civil, quanto no quadro técnico do governo e principalmente entre os gestores.

A Secretaria Estadual de Saúde, assim como suas unidades descentralizadas, as Coordenadorias Regionais de Saúde desenvolveram oficinas, reuniões e capacitações neste período com o intuito de sensibilizar e orientar os gestores sobre o tema.

Em 2010, ocorre nova eleição Estadual, resultando na vitória do Partido dos Trabalhadores (PT) coligado com o Partido Socialista Brasileiro (PSB), para a gestão de 2011-2014. Com a mudança no governo, novas agendas são desenvolvidas e outras, dadas continuidades. O Pacto pela Saúde, já estava em processo de implementação nos Municípios, resultado das ações realizadas na gestão anterior e que precisaram ser reavaliadas, reformuladas para que novos Municípios pudessem aderir à política. Mas para isso, o governo precisa construir uma agenda efetiva do Pacto, em que as ações em prol da sua implementação sejam prioridades na gestão do sistema. No site do Ministério da Saúde do Governo Federal, na página a Sala de Apoio à Gestão Estratégica (Sage), possui informações sobre a adesão Estadual e Municipal ao Pacto.

A baixa mobilização do Estado na adesão ao Pacto pela Saúde e a demora no processo de implementação, geram frustração e principalmente, se dissipa o objetivo principal de transformar a forma de se fazer saúde no país; expressado na fala de um dos atores

*Quando eu conheci o Pacto lá em 2006, foi apresentado pelo Ministério da saúde [...], então tinha um vídeo que eles até passaram para os municípios e coordenadorias, eu vi ao vivo a apresentação deles. Eu fiquei assim bem empolgada, porque eu entendia ele como uma nova organização do sistema [...]. Então, ele podia reorganizar o sistema e discutir um novo começo, digamos, né? Mas como demorou muito para ser assinado, foi deixado de lado, foi engavetado, quando ele foi assinado, já tinha perdido um pouco do espírito dele inicial, eu acho que perdeu alguma coisa. Mas ele teve muita coisa boa, teve bastante avanço (P1).*

A desmotivação refletiva na fala de P1, pode ser compreendida através dos dados trazidos pela Sala de Apoio à Gestão Estratégica (2012), que demonstram o percentual de adesão dos Municípios do Brasil. Em 2011, primeiro ano de Gestão de Tarso Genro, o RS contava com a adesão de 53 Municípios, ou seja, 10% do Estado.

Tabela 2 – Percentual de adesão Municipal ao Pacto pela Saúde (2011 – 2012).

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

Fonte: Sala de Apoio à Gestão Estratégica, 2012<sup>43</sup>.

Um Estado que possui bons indicadores de saúde, elevada renda *per capita*, alto Índice de Desenvolvimento Humano - IDH, segundo a Secretaria de Planejamento, Gestão e Participação Cidadã<sup>44</sup>, mas que, em contra partida, encontra deficiência no processo de implementação da política na saúde.

Se compararmos os indicadores do RS com outros Estados, em 2011, sete deles estavam com 100% de adesão Municipal e o Estado de Minas Gerais, com 853 Municípios, em 2012, mais de 98% desses já haviam pactuado. As informações da tabela 2 vão ao encontro dos dados disponibilizados no Relatório do Ministério da Saúde sobre a Análise da Adesão ao Pacto Pela

<sup>43</sup> A Sala de Apoio à Gestão Estratégica (Sage), do Ministério da Saúde, é um instrumento de produção e disseminação de dados e informações, que possam contribuir para a redução das incertezas do processo decisório no nível estratégico da gestão em saúde, <http://189.28.128.178/sage/>.

<sup>44</sup> Atlas Socioeconômico Rio Grande do Sul, Secretaria de Planejamento, Gestão e Participação Cidadã - <http://www.scp.rs.gov.br/atlas/>

Saúde de março de 2012, que apontam o Estado do RS com 69,15% de não adesão dos Municípios, como mostram as Tabelas 3 e 4 (BRASIL, 2012, p.10)<sup>45</sup>.

Tab. 3 – Não adesão por UF em ordem alfabética.

UF	% de não adesão
AC	50,00%
AL	2,94%
AM	93,55%
AP	62,50%
BA	30,94%
CE	0,00%
ES	8,97
GO	0,00%
MA	29,03%
MG	2,93%
MS	0,00%
MT	4,26%
PA	6,29%
PB	16,59%
PE	19,02%
PI	73,66%
PR	0,00%
RJ	43,48%
RN	0,00%
RO	0,00%
RR	40,00%
RS	69,15%
SC	0,00%
SE	0,00%
SP	0,00%
TO	39,57%
Brasil	18,01%

Fonte: ST-CIT/DAI/SGEP/MS apud BRASIL (2012).

Tab. 4 – Não adesão por UF em ordem e percentual.

UF	% de não adesão
AM	93,55%
PI	73,66%
RS	69,15%
AP	62,50%
AC	50,00%
RJ	43,48%
RR	40,00%
TO	39,57%
BA	30,94%
MA	29,03%
PE	19,02%
PB	16,59%
ES	8,97
PA	6,29%
MT	4,26%
AL	2,94%
MG	2,93%
CE	0,00%
GO	0,00%
MS	0,00%
PR	0,00%
RN	0,00%
RO	0,00%
SC	0,00%
SE	0,00%
SP	0,00%
Brasil	18,01%

Fonte: ST-CIT/DAI/SGEP/MS apud BRASIL (2012).

Os dados tão alarmantes apresentados de 69,15%, colocam o RS em 3º lugar entre os Estados com maior número de Municípios que não aderiram ao pacto, ficando apenas melhor colocado que os Estados do Amazonas e do Piauí, como mostrou a Tabela 4. Embora não conste nas Tab. 3 e 4, do relatório do Ministério da Saúde, os dados referente ao Distrito Federal, conforme o tabela 2, o DF não aderiu ao Pacto.

O Rio Grande do Sul não atingiu nem 50% de seus Municípios, cinco (5) anos após a adesão do Estado à política, que como já mencionado, vinha sendo discutida pelos gestores desde o final de 2006, o que nos parece ser um dado alarmante.

<sup>45</sup> No quadro do Relatório do MS, constam todos os Estados e as regiões que não aderiram, em razão do estudo, optou-se por limitar somente aos dados do Rio Grande do Sul. Os dados também estão disponíveis em versão digital.



Até 2012, o percentual de adesão se encontrava, mais concentrado, nas três Coordenadorias Regionais de Saúde – CRS que haviam aderido 100% de seus Municípios. A primeira Coordenadoria que conseguiu este feito, foi a 5ª CRS, da região de Caxias do Sul, que teria sido um projeto piloto do Estado para a adesão do Pacto pela Saúde. Segundo um dos entrevistados:(...) *eles estavam fazendo quase que um projeto piloto em Caxias do Sul, na regional de Caxias, então a questão estava voltada para esta regional (C1)*. Posteriormente a 13ª e a 10ª CRS, também atingiram os 100%.

Mesmo com a intervenção direta do Estado na regional de Caxias, os primeiros Municípios só passaram a aderir o Pacto pela Saúde em 2010. A ação, auxiliou na adesão dos 100% dos Municípios, mas não antecipou a assinatura da política ou mesmo, fez com que outras Coordenadorias atingissem os mesmos resultados.

Tabela 5 - Não adesão Municipal por Estados e Regiões de Saúde

<b>Estados e suas Regiões de saúde</b>	<b>Municípios</b>	<b>% de Não Adesão</b>
<b>Brasil</b>	<b>1002</b>	<b>18,0%</b>
<b>RS</b>	<b>343</b>	<b>69,2%</b>
1ª CRS	20	83,3%
2ª CRS	41	100,0%
3ª CRS	22	100,0%
4ª CRS	32	100,0%
6ª CRS	57	98,3%
7ª CRS	6	100,0%
8ª CRS	12	100,0%
9ª CRS	8	66,7%
11ª CRS	28	90,3%
12ª CRS	22	91,7%
14ª CRS	14	63,6%
15ª CRS	12	46,2%
16ª CRS	1	2,4%
17ª CRS	18	90,0%
18ª CRS	22	95,7%
19ª CRS	28	100,0%

Fonte: ST-CIT/DAI/SGEP/MS apud BRASIL (2012).

OBS: As Regiões não citadas na tabela 5 acima, tiveram 100% de adesão.

A Tabela 5 demonstra este fator agravante. Mesmo o Estado tendo realizado um projeto piloto, que atingiu o objetivo de aderir a totalidade dos Municípios da 5ª CRS ainda 2010, os dados do Relatório do Ministério da Saúde de 2012, demonstram que ainda havia onze (11) Coordenadorias que estavam com mais de 90% de não adesão de seus Municípios, sendo que seis (6) não tinham aderido nenhum Município (BRASIL, 2012, p. 10).

Uma das fases do processo da política é a avaliação e reavaliação dos objetivos, se foram ou não contemplados e o que fazer para aprimorar o sistema de saúde. Diante de inúmeras lacunas encontrados no funcionamento do SUS foi assinado o Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011, que “regulamenta a Lei no 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências” (BRASIL, Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011c, s.p).

Dentre os novos elementos definidos no Decreto está o Contrato Organizativo da Ação Pública – COAP que, de acordo com seu art. 2º, considera:

II - Contrato Organizativo da Ação Pública da Saúde - acordo de colaboração firmado entre entes federativos com a finalidade de organizar e integrar as ações e serviços de saúde na rede regionalizada e hierarquizada, com definição de responsabilidades, indicadores e metas de saúde, critérios de avaliação de desempenho, recursos financeiros que serão disponibilizados, forma de controle e fiscalização de sua execução e demais elementos necessários à implementação integrada das ações e serviços de saúde (BRASIL, Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011c, s.p).

Para auxiliar no processo de transição do Pacto pela Saúde para o COAP, a CIT estabeleceu, através da Resolução nº 4, de 19 de julho de 2012, diretrizes operacionais. Devido a não adesão de 100% dos Municípios do país ao Pacto, a comissão da CIT resolve que “todos os entes federados que tenham ou não assinado o Termo de Compromisso de Gestão previsto nas Portarias nº 399/GM/MS, de 22 de fevereiro de 2006, e nº 699/GM/MS, de 30 de março de 2006, passam a assumir as responsabilidades sanitárias expressas no Anexo I desta Resolução” (BRASIL, Resolução nº 4, de 19 de julho de 2012e, s.p).

Entre essas responsabilidades, cabe ao Município: assumir a gestão e executar as ações de atenção básica, promoção e proteção, no seu território; assumir integralmente a gerência de toda a rede pública de serviço de atenção básica; organizar e pactuar ações e serviços de atenção especializada; assumir a gestão e execução da vigilância em saúde (incluindo as ações das vigilâncias epidemiológica e ambiental, de acordo com as normas e pactuações vigentes) realizadas em âmbito local (BRASIL, 2012e).

O COAP, até dezembro de 2012, não havia sido implementado no Rio Grande do Sul, entretanto, ações como a definição das regiões em saúde – um dos elementos definidos no Decreto 7.508/2011 -, estavam sendo desenvolvidas. O RS, passou a ter 30 regiões em saúde, dispostas em 19 Coordenadorias Regionais de Saúde – CRS que atuam no âmbito administrativo (SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE, 2012).

Como percebido, os atores envolvidos na formulação de uma política, possuem um papel importante em todo o processo, foram eles que apontaram um problema, indicaram quais as melhores soluções e alternativas para o enfrentamento das questões e principalmente, definiram as mudanças da agenda governamental. Cada ator da arena política possui um papel fundamental no desenvolvimento da formulação da agenda setting.

### **5.1 Atores da Agenda Estadual**

Importantes na articulação e no desenvolvimento da agenda, os atores envolvidos no processo de uma política pública, segundo Gottens et al. (2013, p. 514), "se dividem entre os governamentais – o staff do poder executivo e os servidores de carreira – e os não governamentais – compostos pelos grupos de interesse e pelos grupos acadêmicos".

No Rio Grande do Sul, podemos classificar como Governamentais - governadores, setores da burocracia, áreas correlatas (políticas sociais – educação, assistencial social), Partidos Políticos; e não governamentais - categorias profissionais – corporações; setores privados de prestação de serviço - hospitais, clínicas, laboratórios, indústria farmacêutica; Associações –FAMURS, ASSEDISA/COSEMS.

Alguns participantes possuem maior ou menor grau de influência e poder de decisão para impulsionar a inclusão de ideias para a agenda governamental, são indivíduos que possuem maior representatividade na mídia e entre a população. Kingdon classifica esses atores como visíveis e podem ser tanto governamentais quanto não-governamentais, como o Governador<sup>46</sup>, líderes partidários, funcionários indicados aos cargos mais elevados, Secretários Estaduais, membros-chave de alguma associação, a mídia (CAPELLA, 2004; PINTO, 2004; FRANÇA, 2007), os Conselhos de Saúde.

Como citado, os Governadores são atores influentes nas decisões da agenda governamental. Sendo assim, considera-se importante para a pesquisa, abordar os partidos e as gestões que fizeram parte do período pesquisado. Entre estes participantes estão os Governadores, vice-governadores e os Secretários Estaduais e Saúde.

Durante o período que compreende a pesquisa (2007-2012), dois partidos políticos fizeram parte do governo Estadual do Rio Grande do Sul. Em 2007, assume a gestão do Estado - que antes era governado por Germano Rigotto - Yeda Crusius (2007-2010) do Partido da

---

<sup>46</sup>Kingdon, em suas pesquisas, se refere ao Presidente como um ator com grande influência para impulsionar um tema para a agenda. Nos Estados, o Governador é um ator importante e que detém um grande poder na formação da agenda.

Social Democracia Brasileira (PSDB) e Paulo Feijó do Partido da Frente Liberal (PFL) - hoje Democratas (DEM). Na área da saúde, para compor a gestão da Secretaria Estadual de Saúde – SES, no período de 2007 até início de 2010 esteve na gestão o Deputado Federal, licenciado, Osmar Terra, e posteriormente, de abril de 2010 até o final do mandato da Governadora Yeda, Arita Bergmann<sup>47</sup> assumiu a pasta da saúde. Desde 2007, a mesma ocupava o cargo de secretária adjunta da saúde.

Em 2010, ocorre nova eleição Estadual, resultando na vitória de Tarso Genro, do Partido dos Trabalhadores (PT) e Jorge Alberto Duarte Grill (Beto Grill), do Partido Socialista Brasileiro (PSB) para a gestão de 2011-2014. Para assumir a Secretaria Estadual de Saúde, esteve à frente da pasta da Saúde (2011-2013) Ciro Simoni, que se afastou em dezembro de 2013. A sucessora ao cargo foi Sandra Maria Sales Fagundes<sup>48</sup>. Para fins da pesquisa, somente foi analisado (no governo Tarso Genro) o período de gestão de Simoni.

Enquanto na União, se manteve o PT, primeiramente com o Presidente Luiz Inácio Lula da Silva (compreende os períodos de 2003-2010) e posteriormente com a Presidente Dilma Rousseff (2011-2014). Embora contrário ao governo Nacional, o Governo de Yeda Crusius, assinou o acordo do Pacto pela Saúde, acenando para uma possível implementação no RS.

Diante da importância destes atores para a formação da agenda sobre o Pacto, faz-se necessário abordar as principais competências do Estado, através da Secretaria Estadual de Saúde- SES e Coordenadorias Regionais de Saúde - CRS, que são: promover a descentralização para os Municípios dos serviços e das ações de saúde; acompanhar, controlar e avaliar as redes hierarquizadas do Sistema Único de Saúde - SUS; prestar apoio técnico e financeiro aos Municípios e executar suplementarmente ações e serviços de saúde; coordenar e, em caráter complementar, executar ações e serviços; acompanhamento, a avaliação e divulgação dos indicadores de morbidade e mortalidade no âmbito da Unidade Federada (BRASIL, 1990a).

O Rio Grande do Sul possui uma população estimada em 11.164.043 habitantes, conforme dados do IBGE, inseridas em quatrocentos e noventa e sete (497) Municípios que integram as dezenove (19) Coordenadorias Regionais de Saúde - CRS. As Coordenadorias são unidades da Secretaria Estadual de Saúde - SES descentralizadas, com papel importante no auxílio às Regiões na implementação e no controle das Políticas Públicas de Saúde, entre outras funções.

---

<sup>47</sup>A secretária Adjunta Arita Bergmann, assumiu em 2010 a Secretaria do Estado do Rio Grande do Sul, com o desligamento de Osmar Terra, que retornou os afazeres na Câmara Federal. Osmar Terra havia se afastado da Câmara para assumir a saúde do Estado em 2007.

<sup>48</sup> Embora não se enquadrando no período de análise determinado, a gestão de Sandra Fagundes está colocada como informação adicional.

As CRS foram as responsáveis por articular estratégias para a adesão dos Municípios ao Pacto, um trabalho exaustivo, que envolveu a sensibilização dos gestores sobre o tema, além de demandar tempo e planejamento.

Os Conselhos (Estaduais e Municipais) são representações de suma importância no processo de formação da agenda governamental, por desempenharem funções essenciais na operacionalização do Sistema Único de Saúde. A Seguridade Social, presente na Constituição Federal de 1988, na seção II (saúde), respalda a importância da saúde para a população e integra, através do Art. 198, a participação da comunidade como uma das diretrizes do sistema de saúde. Sendo, posteriormente, incluindo nas Leis Orgânicas da Saúde (Lei 8.080 e 8.142 de 1990).

O Brasil, institucionalizou a participação popular em seu arcabouço jurídico através da Lei 8.142/90 que institui os Conselhos de Saúde, as audiências públicas, a participação da população nas três esferas de gestão do SUS e, com o art. 12 da Lei 8.080/90, que criou as comissões intersetoriais subordinadas ao Conselho Nacional de Saúde.

**Art. 12.** Serão criadas comissões intersetoriais de âmbito nacional, subordinadas ao Conselho Nacional de Saúde, integradas pelos Ministérios e órgãos competentes e por entidades representativas da sociedade civil.

**Parágrafo único.** As comissões intersetoriais terão a finalidade de articular políticas e programas de interesse para a saúde, cuja execução envolva áreas não compreendidas no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) (BRASIL, Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990a, s.p).

Conforme a legislação (Lei nº 8.142/1990), o Conselho de Saúde é um órgão, composto pelo governo, servidores público, profissionais de saúde, usuário, sendo de extrema importância na formulação, fiscalização e deliberação de políticas públicas, além de fiscalização dos recursos financeiros da saúde.

§ 2º. O Conselho de Saúde, em caráter permanente e deliberativo, órgão colegiado composto por representantes do governo, prestadores de serviço, profissionais de saúde e usuários, atua na formulação de estratégias e no controle da execução da política de saúde na instância correspondente, inclusive nos aspectos econômicos e financeiros, cujas decisões serão homologadas pelo chefe do poder legalmente constituído em cada esfera do governo (BRASIL, Lei 8.142 de 28 de dezembro de 1990b, s.p).

Assim como os Governadores e Secretários Estaduais de Saúde, os Municípios, com seus gestores, também são atores influentes no processo de mudança da agenda. Segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE, o Rio Grande do Sul possui quatrocentos e noventa

e sete (497) Municípios<sup>49</sup>. Sendo a Federação das Associações de Municípios do Rio Grande do Sul – FAMURS a entidade que representa os municípios, através de seus Prefeitos e a ASSEDISA/COSEMS representantes dos “entes municipais, no âmbito estadual, para tratar de matérias referentes à saúde, desde que vinculados institucionalmente ao CONASEMS, na forma que dispuserem seus estatutos” (BRASIL, Lei nº 12.466, de 24 de agosto de 2011b, s.p).

Estão inclusos, entre os atores visíveis, os membros-chave de associações ou mesmo categorias profissionais que possuem grande influência para mudanças na agenda, como médicos (Conselho Regional de Medicina do Estado do Rio Grande do Sul - CREMERS), enfermeiros (Conselho Regional de Enfermagem - COREN), psicólogos (Conselho Regional de Psicologia do Rio Grande do Sul - CRPRS), entre outros. Embora estes participantes sejam considerados por Kingdon como agentes com poder de influenciar de forma contrária ou favorável, na formação da agenda governamental, a pesquisa não identificou ações destas categorias, no Rio Grande do Sul, que pudessem intervir na agenda.

O último ator visível é a mídia, que para Kingdon, não possui um impacto tão grande na formação da agenda, mas tem um papel importante na circulação das ideias dentro das comunidades (CAPELLA, 2004).

Alguns participantes não possuem tanta visibilidade na mídia, são chamados de atores invisíveis ou menos visíveis. São os pesquisadores, acadêmicos, funcionários de carreira (FRANÇA, 2007) dentro das Secretarias de Saúde e das Coordenadorias Regionais de Saúde. Atores visíveis afetam a agenda governamental e os atores invisíveis, as alternativas. Os servidores de carreira, não são considerados tão influentes para Kingdon na determinação da agenda, mas sim, na implementação da política (PINTO, 2004).

## **5.2 A visão dos atores sociais sobre o Pacto pela Saúde**

### **5.2.1 Eixo de Análise 1: Pacto pela Saúde – os entraves do processo de Adesão.**

- a) Iniciativas de adesão, o processo de pactuação, responsabilidades dos gestores e os atores sociais:

Após a adesão do Ministério da Saúde ao Pacto, houve um período em que a política estava se fortalecendo e o processo de comunicação da agenda Nacional se direcionava para os atores da ponta do sistema, envolvendo-os nas discussões sobre o assunto e incorporando o

---

<sup>49</sup> Site do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE.  
<http://cidades.ibge.gov.br/xtras/uf.php?lang=&coduf=43&search=rio-grande-do-sul>

objetivo do Pacto, fazendo com que a política propusesse uma nova visão e o desejo de que “o pacto iria organizar o SUS” (P1), conforme um dos atores. Posteriormente, o Estado passou a desenvolver ações para uma possível implementação do Pacto pela Saúde.

*Então, o que nós fizemos, nesse tempo todo a gente ficou conversando com os Municípios, tratando nas reuniões do colegiado de secretários, na época COGERE, conversando sempre da facilidade que traria, de acordo com a cidade, de acompanhamento, facilidade de você regradar, de acompanhar, de auditar os serviços, se o próprio Município estivesse fazendo a gestão do contrato, [...] o contrato com o Estado era algo bastante distante. [...] você não tinha uma gestão muito próxima de nenhum destes serviços. A gente conversou muito a respeito disso, falamos que a própria gestão, assinar o pacto seria uma forma de continuar recebendo recursos e fazer uma gestão mais, dar a cara do Município, realmente para o serviço de saúde. Poder entrar nos serviços, poder melhorar, poder negociar, poder articular algo totalmente local (C1).*

*No momento em que aconteceu a questão do Pacto por parte do Ministério da Saúde (...) a gente fez uma ampla discussão em relação ao Pacto, junto a nossa Coordenadoria de Saúde, que é a 13ª. Também fizemos toda essa discussão junto aos nossos Municípios de referência, Mato Leitão, Vale Verde, Passo do Sobrado e também, a gente promoveu, em relação ao nosso Conselho de Saúde, a gente promoveu aí no Município uma mini conferência, onde a gente teve a participação de representantes da 13ª nessa mini conferência, só para discutir a questão do Pacto (G1).*

Analisando a fala dos atores percebem-se as iniciativas na região em discutir a política, o que ela representa para a gestão da saúde e a busca, junto a outras instâncias, de informações sobre o processo e as consequências que acarretaria tal mudança, visto que, ao aderir o Pacto pela Saúde os Municípios passariam a ter maior compromisso com os serviços prestados, através das metas estabelecidas.

Entretanto, essas ações indicam uma intenção do governo, demonstram que o Pacto estava presente nos debates e na agenda governamental, mas não representa que o Estado apostou no Pacto como um processo transformador do SUS, criando uma agenda decisional.

As iniciativas de adesão e de sensibilização dos atores, enfatizando as dificuldades de uma gestão muito burocratizada devido a tantas normas, trazendo às reuniões os problemas existentes e oportunizando um debate sobre uma nova forma de gestão, que poderia ser desenvolvida pelos Municípios, são fatores importantes para se construir uma agenda decisional do governo.

*Como a maioria das metas propostas no Pacto o Município já realizava, por ter assinado a Gestão Plena, ficou mais fácil, do que um Município que estava ainda na Atenção Básica, que tem ainda muitos serviços referenciados fora. Então isso se deu o processo todo dessa discussão junto com o Município, com os representantes do Conselho e a gente então se sentiu, [...] apto a assinar o Pacto (G1).*

*Então, a gente viu assim, na realidade já estamos fazendo tudo na forma que está no pacto. Porque nós estávamos... a gente olhou os itens, nós como gestão plena não mudava muito, o que mudava eram para os municípios que não estavam em gestão plena e que passariam a ter gestão plena. Eu te confesso que eu não sei como esses Municípios ficaram, se eles receberam mesmo esses recursos, se eles estão gerenciando seus prestadores, tá.. porque nós ali já gerenciamos nossos prestadores, hospitais, laboratórios (né), os outros o Estado que gerenciava, então, a partir do Pacto eles poderiam definir aquilo ali, tinha um termo de compromisso Municipal, um termo de compromisso Estadual (P1).*

A habilitação prévia dos Municípios à Gestão Plena, foi um facilitador do processo de adesão ao Pacto, pois, conforme a fala dos atores, “*não mudava muito*”, demonstrando uma visão fragmentada, em vista do Pacto possuir três dimensões abrangentes e a gestão, ser apenas um dos pontos a ser pensado, além de assistencialista para com a política. Mesmo com a habilitação e desenvolvendo ações que estavam em concordância com o Pacto, os Municípios só assinaram a pactuação em 2010 e 2011, quando a 13ª CRS conseguiu atingir os 100% de adesão de seus Municípios.

Em contraponto as falas de G1 e P1, um dos entrevistados ressaltou que quando assumiram a gestão, o Município ainda não havia aderido ao Pacto. Além de não ter muito conhecimento sobre a política, não entendia a pressão contrária das entidades. Foi então, que resolveu “*baixar a política, ler e compreender para saber que benefícios*” (G2) poderiam adquirir. Uma iniciativa isolada, de um Município que não estava em Gestão Plena e que, através do empenho da gestão e de vontade política, contrariou as forças contrárias a adesão. “A adesão ao pacto depende da vontade e decisão dos gestores municipais” (Arita Bergmann, Secretária Estadual da Saúde Adjunta, em entrevista para o site da SES)<sup>50</sup>.

Um dos pontos centrais do Pacto é a transferência de responsabilidade para o gestor Municipal, que, conforme o relato de um dos entrevistados, passou a ser “*muito grande*” (P1). Segundo Schneider et al. (2009, p. 40) o “Pacto ampliou o grau de responsabilidade do gestor local com o sistema de saúde e possibilitou a celebração de um acordo de cooperação técnica entre os gestores”.

Esse fator, embora discretamente ressaltado por um dos atores - quando indagado sobre a implementação do Pacto - está presente em vários momentos, principalmente ligado ao repasse dos recursos financeiros: *O que isso [implementação do Pacto] representaria para o Município, o quanto o Município já tinha avançado, através da Gestão Plena e quanto o Pacto implicaria a mais em tu estar assumindo maiores compromissos (G1).*

---

<sup>50</sup> Secretaria Estadual de Saúde. Município de São Borja é pioneiro no Pacto pela Saúde. 11 de nov. 2009. [http://www.saude.rs.gov.br/conteudo/3909/?Munic%C3%ADpio\\_de\\_S%C3%A3o\\_Borja\\_%C3%A9\\_pioneiro\\_n\\_o\\_Pacto\\_pela\\_Sa%C3%BAde\\_](http://www.saude.rs.gov.br/conteudo/3909/?Munic%C3%ADpio_de_S%C3%A3o_Borja_%C3%A9_pioneiro_n_o_Pacto_pela_Sa%C3%BAde_)



[O Pacto possui] *as definições dos papéis e as responsabilidades das três esferas. O por que... a lógica dizia que teria uma responsabilidade definida no papel. A lógica dizia. Mas a gente via que na prática, isso não acontecia, porque... os municípios não quiseram assinar inicialmente, porque o pacto é uma coisa combinada, tu combina, tu pactua e alguém tem que cumprir e alguém tem que executar* (P1 – grifo nosso).

*Nós entendíamos que o governo do Estado não cumpria seu papel, não repassava os recursos que o município entendia de direito, ou seja, os 12% constitucionais eles não repassavam. Enquanto que os municípios cumpriam os 15% constitucional, até mais né? A União não cumpria seus 10%. Então começou aquela polêmica, nós não vamos assinar o Pacto enquanto a Emenda Constitucional não for assinada, não for redefinido todos os financiamentos da saúde. A FAMURS até, tipo: não vamos assinar, vamos pegar como chave, digamos, como moeda de troca (P1)*

A falta de entendimento e os conflitos entre as esferas sobre as responsabilidades foram abordadas em uma reportagem do Jornal Gazeta do Sul<sup>51</sup> de 15 de abril de 2011, em que o Secretário de Saúde de um dos Municípios, na época, ressaltou que: “O nosso temor é de que mais uma vez caia uma responsabilidade aos municípios, já que o Estado e a União não cumprem o seu papel de gastos com a saúde e a educação”.

Essa responsabilidade que o Pacto impõe para os Municípios, que se traduz em maior autonomia para desenvolver ações de acordo com as necessidades da região, vislumbra uma preocupação velada pelos gestores, que passariam a contar com o Estado como co-gestor dos serviços, fazendo da gestão Municipal de Saúde um espaço não mais para amadores e sim, que tivesse à frente dos serviços, profissionais qualificados para pensar a saúde que a população precisa e merece. Assumir o compromisso, é arcar com as consequências.

Esta autonomia do município na gestão da saúde reproduz para os gestores aspectos positivos e negativos. Os aspectos positivos são ressaltados através de “maior emancipação e ampliação do poder local na gestão da política de saúde no município” que são proporcionados pela autonomia. Em contrapartida, outros atores apontaram que essa autonomia seria um aspecto negativo, pois, “representa responsabilização, comprometimento e até mesmo ônus aos municípios” (PREUSS, 2011, p. 131).

É sabido e reforçado pelos entrevistados que os repasses financeiros para a saúde ainda são insuficientes. Até 2012 o Rio Grande do Sul nunca havia repassado os 12% do orçamento para a saúde, o mesmo ocorrendo no caso da União, que não cumpre sua responsabilidade de repassar 10%. Embora seja inegável que os recursos financeiros sejam importantes para desenvolver ações em saúde, o que não se pode é visar apenas este fator e não incluir também

---

<sup>51</sup> Jornal Gazeta do Sul de 15 de abril de 2011. Pacto pela Saúde ainda gera dúvidas entre os Prefeitos. [http://www.grupogaz.com.br/gazetadosul/noticia/273239-pacto\\_pela\\_saude\\_ainda\\_gera\\_duvidas\\_entre\\_os\\_prefeitos/edicao:2011-04-15.html](http://www.grupogaz.com.br/gazetadosul/noticia/273239-pacto_pela_saude_ainda_gera_duvidas_entre_os_prefeitos/edicao:2011-04-15.html)

o planejamento dos serviços, a regionalização, a relação solidária entre os gestores e outros eixos que auxiliam na organização do Sistema.

Como citado anteriormente, as responsabilidades que competem a cada esfera geram conflitos à medida que estas não são estipuladas - com base em acordos coletivos - e as decisões são transferidas de um lado para o outro (Estado e Município) “permitindo” que estes se eximam do “poder de decisão”.

*Por que estas responsabilidades acabam ficando muito nebulosas. Por exemplo: ah medicamento, medicamento nós temos essa lista e essa é nossa responsabilidade, o Estado tem esta lista e é de responsabilidade deles. Os medicamentos que não estão na lista ficam assim, de quem? De quem é a responsabilidade? Se é nossa, do Estado, da União. Então, ali ia definir bem direitinho as responsabilidades. Se não temos aqui uma cintilografia, se não temos aqui medicação de alta complexidade, quem é responsável? É o Estado. Não, o Estado se nega. Então ficava consciente **de que não era de ninguém** (P1 – grifo nosso).*

Esse jogo de “empurra-empurra”, em que as partes não definem suas responsabilidades, deveria ser minimizado com o Pacto através das metas estipuladas, da organização das ações que são realizadas e de um planejamento, com a estipulação de data prévia para a realização das ações a serem implementadas, mas devido a não implementação de muitos pontos da política, não teve muito êxito.

Para tanto, é imprescindível o envolvimento dos atores sociais no processo de adesão e posteriormente na implementação da política. Estão incluídos neste segmento, desde os Secretários de Saúde (Municipal e Estadual), os Prefeitos, até os técnicos das áreas de prioridade do Pacto.

*A figura central, que decide, que bate o martelo nos Municípios é o prefeito, então ele seria uma figura de decisão. Ok, a palavra final é dele, mas, [...] quem nos ajudou nesse processo foi o secretário que, falando devidamente com o Prefeito, assoprando nos ouvidos dele, que teve que assinar, teve seu papel de convencimento do Prefeito de que, pra preencher a assinatura do Pacto. Então, são duas figuras bastante centrais. Os serviços não foram tão envolvidos, percebe-se que os serviços, como eles não fazem gestão de contratos, eles então ficaram acompanhando isto, achando interessante, pouco se posicionando. As figuras centrais do processo, Prefeito e Secretário. Sempre os dois que estavam fazendo papel de fiel da balança, era acirrada a questão (C1).*

Mesmo não sendo o Prefeito que assinaria o Termo de Compromisso de Gestão, é ele o gestor que possui a decisão final e, sendo assim, é de fundamental importância seu envolvimento. Durante as entrevistas evidenciou-se, em todas os relatos, a posição da FAMURS sobre o Pacto, dando orientação aos Prefeitos para não aderirem à política. As entidades, instituições, Conselhos de Saúde, Conselhos Técnicos, a mídia, também são

considerados atores importantes no processo de formação da agenda, classificados como atores externos ao governo, mas com poder de impulsionar mudanças na agenda.

A FAMURS demonstrou representar um grupo político de forças contrárias a adesão do Pacto, assim como, a ASSEDISA/COSEMS, que, até meados de 2009 (conforme o quadro 7) defendia o mesmo discurso que a Federação dos Municípios. Posteriormente a este período, a ASSEDISA/COSEMS mudou sua visão e passou a incentivar os Secretários a aderirem ao Pacto.

Sobre a adesão do Pacto, a Ata da Plenária do Tribunal de Contas da União ressalta além da influência da FAMURS sobre o processo, a situação do estado na pactuação dos Municípios:

e) a adesão dos municípios gaúchos ao TCG teve início apenas no final no exercício de 2010, uma vez que havia orientação da Federação das Associações de Municípios do Rio Grande do Sul – FAMURS, para que os municípios não aderissem ao compromisso. Segundo dados extraídos do site da Secretaria Estadual da Saúde/RS, atualizados em 19/04/2012, 153 municípios haviam firmado o Termo de Compromisso aprovado pela Comissão Intergestores Bipartite - CIB, tendo sido publicada a Portaria correspondente pelo Ministério da Saúde. Outros 31 municípios já haviam obtido aprovação da CIB e aguardavam a homologação da Comissão Intergestores Tripartite - CIT ou a publicação da Portaria. Desse total, apenas 57 assumiram a gestão de todos os prestadores localizados em seu território. Assim, o universo dos municípios cuja gestão dos prestadores de serviços de saúde permanece sob responsabilidade do estado corresponde a 424 (BRASIL, 2013, s.p).

A pesquisa não evidenciou nenhuma manifestação (positiva ou negativa) dos Conselhos Técnicos e demais entidades sobre o Pacto. Bem como, a política não teve muita repercussão na mídia. O Pacto pela Saúde não foi tratado como prioridade em nenhum momento, sendo, eventualmente, evidenciado em algumas reportagens de jornais que reproduziam informações sobre as divergências entre FAMURS e Estado – SES.

Os Conselhos de Saúde, mesmo sendo citado por alguns entrevistados (G1 e C1) como atores presentes nas Reuniões e Mini-Conferências realizadas, não apresentaram maiores expressões, tanto a favor como contra a adesão ao Pacto na Região da 13ª CRS. Em conversa informal com P1, abordou-se que, após receber informações sobre a política do Ministério da Saúde e do Estado, apresentou o Pacto pela Saúde para o Conselho Municipal de Saúde, sendo, naquele momento, discutido sobre a representação da adesão.

Por um lado, essa informação demonstra a falta de conhecimento do próprio Conselho sobre a política, pois, como visto anteriormente, o Pacto pela Saúde estava sendo discutido nas Conferências Municipais, Estaduais desde 2007, sendo que na Conferência Nacional de Saúde de 2003 já havia iniciativas de discussões sobre a necessidade de uma nova forma de gestão da

saúde. Por outro lado, demonstrou que o Conselho estava ciente sobre uma futura adesão ao Pacto e discutiam o assunto entre os atores sociais.

Preuss (2011) em sua pesquisa constatou que os Conselhos Municipais de Saúde eram tido como os principais atores no processo de pactuação dos Municípios, entretanto, havia críticas quanto ao funcionamento, direção e a pouca atuação dos Conselhos. Foi também enfatizado o modelo autoritário e centralizador de decisões no poder, as interferências do poder executivo e a pouca participação da comunidade. Assim como, houve referências ao Conselho como bem atuante.

O Conselho de Saúde está inserido como uma das metas do Pacto, devido a sua importância para a implementação do SUS. A cada política é enfatizada e reforçada a participação da comunidade para impulsionar as mudanças estruturais na saúde. No entanto, percebe-se um esvaziamento destes espaços legítimos e deliberativos do SUS, além de pouca representatividade destes atores que, em conversas informais com representantes do Conselho Estadual de Saúde e de um Conselho Municipal de Saúde desconheciam a real situação do Estado e do Município sobre a adesão ao Pacto, relatando que achavam que estes “nem haviam assinado o Pacto”.

### Falar sobre mídia, e falar sobre os atores visíveis e invisíveis e suas interferências na agenda.

Neste primeiro momento são evidenciados os impasses com a adesão e implementação da política. Uma agenda que inicia com pressões políticas contrárias e que possui dificuldades em sensibilizar os principais atores (prefeito e secretário) a buscarem um objetivo comum e, principalmente, a definir e se comprometer com as responsabilidades pactuadas em todas as esferas do SUS.

#### b) Relacionamento, comunicação entre as esferas de gestão e planejamento das ações,

*Eu vejo a participação da Coordenadoria muito fraca. Vejo que eles vêm com cobranças em cima dos Municípios: ah vocês têm que realizar. Eles nos cobram como se eles fossem nossos chefes. Não são. **Três entes, Município, Estado e União, estão na mesma hierarquia, a União não manda no Estado, o Estado não manda no Município** (PI – grifo nosso).*

*Eles lançaram o Pacto e cada Município se virou como, nós só discutimos internamente com nossas equipes. Pegávamos por áreas que ele tinha e discutíamos com as equipes o que podemos realizar, o que já realizamos, o que temos que fazer, e não foi discutido regionalmente. [...] Com a coordenadoria também não teve, assim ó, como eu vou te dizer, eles são, como tu dissestes, uma co-gestão, são três entes, mas eles largam as coisas pros municípios e que se virem. Não teve, eles nos*

*ajudaram um tanto na PPI e tudo, só pediram a assinatura do pacto. Levar lá, passar no Conselho, passar no COGERE, que era COGERE na época né? Foi uma redefinição do Pacto, agora virou CIR e depois nós passamos para Porto Alegre, eles atuam como um, digamos assim, intermediário (P1).*

O relacionamento entre Estado e Municípios diferem entre si. Essa fragilidade na relação, implica consideravelmente no andamento do processo de adesão de uma política. Se analisarmos os trechos acima, sobre a 13ª CRS, percebe-se um distanciamento entre essas duas instâncias, que resultou em ações desconexas e um atraso nas iniciativas de pactuação. É também percebido, através das explanações do mesmo, a tendência do Município em desenvolver seus planejamento de uma forma isolada, tanto da Região, quanto dos demais atores que compõem o processo.

A fragilidade no relacionamento entre as instâncias se apresenta nas mais variadas ordens, seja por discordâncias administrativas, disputados pelo poder, quem manda em quem: *Três entes, Município, Estado e União, estão na mesma hierarquia, a União não manda no Estado, o Estado não manda no Município (P1)*; ou mesmo por questões políticas, pessoais, entre tantas outras.

Esses percalços, apresentados anteriormente, fizeram com que o Município recorresse a outros Municípios em busca de auxílio para compreender a adesão do Pacto:

*como nós fomos o primeiro Município a aderir o Pacto, eu ia nas reuniões da ASSEDISA, na CIB e defendia o Pacto, apontava os recursos que São Borja estava recebendo. [...] Inclusive, eu fui ajudar vários Municípios, percorri o Estado, fui em [Município X da 13ª CRS], pra explicar como nós fizemos (G2).*

Por outro lado, foi relatado, por um dos atores, o grande suporte recebido pelo Município da 13ª CRS, o que demonstra a diferença nas relações na região.

*Atualmente esta relação é muito forte, porque as instâncias são muito respeitadas pelo Estado, tanto as Regionais, quanto as instâncias Estaduais. É que o Conselho das Secretarias Municipais de Saúde, ele tem um espaço muito forte na discussão junto ao Estado, as secretarias técnicas. [...] Isso eu percebo, que as questões são cada vez mais claras e mais fortalecidas (G1).*

Os problemas com relacionamentos não se limitam ao âmbito Municipal e Regional, foi abordada a fragilidade na relação entre a Secretaria Estadual de Saúde com suas instâncias descentralizadas e que apresentaram diversos problemas: *nós buscamos apoio institucional, não podemos dizer que fomos muito amparados ou auxiliados neste processo (C1)*. Desenvolver uma agenda sem que os seus atores estejam interligados, com uma boa relação entre eles, para que possam confiar nas propostas e buscar, em conjunto, o mesmo objetivo dificilmente a

política terá o resultado esperado, pois cada instância se organiza separadamente e depende de atores isolados.

A comunicação ou a falta dela entre os entes federados é um dos problemas que afetam a agenda, pois faz com que não se desenvolva uma linha estratégica capaz de sensibilizar os atores sociais, na busca de um mesmo objetivo.

*Nós trocamos ideias de como poderíamos trabalhar com os Municípios, buscando apoio institucional, mas a gente meio que fez aqui, buscando, meio que carreira solo. Foi da nossa maneira, a X, ela nos acompanhava nos Municípios, ela ia junto e a gente acabou fazendo isso, um pouco mais, a nossa maneira (C1).*

*[... a nossa relação era muito mais, realmente, de buscar algumas questões pontuais. Por exemplo: de definir limites financeiros que cada Município passaria a receber da União e do Estado, muito mais neste sentido. Então, uma retaguarda [né?] para nos auxiliar, mas a iniciativa, a forma de trabalho tudo isso foi nós (C1).*

*[...]na verdade [as discussões sobre o Pacto] não teve né? Eles lançaram o Pacto e cada município se virou como... nós só discutimos internamente com nossas equipes. Pegávamos por áreas que ele tinha e discutíamos com as equipes o que podemos realizar, o que já realizamos, o que temos que fazer, e não foi discutido regionalmente (P1).*

Referente aos materiais, informes sobre o Pacto, um dos entrevistados ressaltou:

*a gente não recebeu, nós que fomos atrás, eu imprimi cadernos, sobre o Pacto e depois nós recebemos os cadernos do Pacto, depois né? Mas foi assim ó, cada um teve que se virar com aquilo ali, não teve digamos uma reunião, nós vamos discutir o Pacto, teve conversas na Coordenadoria, nas reuniões (P1).*

A fala dos atores evidencia problemas na comunicação entre as esferas, fazendo com que o processo seja fragmentado. Durante o desenvolvimento e posteriormente, na implementação da política, se faz necessária a agenda comunicativa. São ações (mensagens, informes, palestras) realizadas para transmitir e informar aos atores responsáveis pelo processo de implementação, além das diretrizes e propostas estabelecidas, as percepções, objetivos e intenções a que esta política se destina, a fim de envolver todos os participantes no que está sendo proposto. Dorantes y Aguilar (2012) afirma que quando houver problemas no processo de implementação, também haverá problemas na agenda comunicativa, pois estes estão intimamente ligados.

Dorantes y Aguilar (2012) aborda a importância da comunicação entre todas as instâncias envolvidas no processo de formação e implementação de uma política. A disseminação das informações, das metas e objetivos da política faz com que haja mais compreensão por parte dos atores, além de maior envolvimento destes. Outro fator importante sobre a comunicação

entre as instâncias, dentro do processo é fazer com que todos tenham o mesmo entendimento sobre os problemas e as soluções na política (ou que esta compreensão se aproxime ao máximo da proposta).

*Nós em relação a nossa Coordenadoria Regional de Saúde, a 13ª Coordenadoria, ela está muito presente nos 13 municípios, nós temos reuniões mensais do COGERE, antes COGERE agora CIR – Colegiado Inter Regional de Gestores, nós reunimos mensalmente, discutimos todas as questões amplamente, os municípios são muito participativos na discussão, cada vez mais, até pela necessidade. E a mesma relação a gente tem com o estado. Quando o estado é solicitado, a presença deles, também se faz presente (G1).*

Na formulação de uma agenda a comunicação e a sensibilização entre os atores é de fundamental importância para que um problema receba maior atenção, pois um assunto pode perder espaço e ser deixado de lado das prioridades sem um motivo aparente. A falta de comunicação adequada entre as esferas pode gerar confrontos no relacionamento entre estes atores.

los problemas en la implementación no se conciben solamente como resultado de un deficiente control administrativo ni de la persistencia de rutinas burocráticas; también surgen de la ausencia de una Agenda comunicativa que articule consenso y compromiso de los responsables operativos (DORANTES y AGUILAR, 2012, p. 129).

O Planejamento da adesão do Pacto pela Saúde, é um processo que ao pensar regionalmente, proporcionará determinadas mudanças, através de uma transformação da atual distribuição espacial das bases de serviços (SCHNEIDER et al., 2009).

No primeiro momento é preciso organizar os atores que farão parte deste processo, tanto para analisar os problemas, os indicadores existentes, analisar a realidade do Estado e dos Municípios individualmente (o que fazer), quanto para discutir as soluções (como fazer). É preciso um bom relacionamento entre as esferas que irão auxiliar na comunicação entre estes atores, a fim de uma convergência do entendimento sobre a política e que se construa um objetivo em comum.

O Estado aderiu o Pacto em 2007, realizou metas, se comprometeu com determinadas responsabilidades, mas o planejamento de como auxiliar os Municípios a pactuarem, a desenvolverem metas, o processo de sensibilização dos gestores e de defesa de uma política transpassa fragilidade.

Por um lado, inúmeras reportagens como no 19º Seminário de Municipalização da Saúde do Rio Grande do Sul (em 2007), no 29º Congresso de Municípios do Rio Grande do Sul (em

2009), em reuniões da CIB, nas Conferências de Saúde citam os gestores Estaduais discutindo sobre o Pacto pela Saúde. Por outro lado, houve falhas no planejamento para a disseminação entre as demais esferas, incluindo as Coordenadorias, sobre a adesão do Pacto. E que pode ser percebido na fala dos atores:

*Como estava muito no início, fomos o primeiro Município a aderir ao pacto, ninguém sabia muito o que fazer. O Pacto não havia entendimento no Estado e na Coordenadoria, a 12ª aprendeu com São Borja. Nem mesmo Porto Alegre [SES] sabia o que fazer. É que era muito no início. Então, fizemos do nosso jeito (G2).*

*A questão de Porto Alegre é que nem eu comentei contigo. Nós buscamos apoio institucional, não podemos dizer que fomos muito amparados ou auxiliados neste processo. A gente não tinha, realmente eu acho que pra eles faltavam técnicos em Porto Alegre para nos auxiliar neste processo (C1).*

#### Quadro 8 - Eventos da Secretaria Estadual de Saúde - SES sobre o Pacto pela Saúde

Eventos SES-RS	Período	Temáticas
Oficina para a Operalização do Processo de Adesão Municipal ao Pacto pela Saúde	16 e 17 de junho de 2010	Capacitação de servidores da Secretaria Estadual de Saúde das áreas de planejamento, ações em saúde, vigilância em saúde e delegados regionais para dar suporte aos Municípios na adesão ao Pacto pela Saúde***.
Reunião de Gestores Municipais 2ª CRS e COGERE – Conselho de Gestores Regionais	28 de abril de 2011	Encaminhamentos comuns sobre atividades e ações, estrutura da rede pública, formação de profissionais de saúde, adesão ao Pacto pela Saúde, incentivos para as Equipes da Estratégia de Saúde da Família e a intensificação da prevenção à dengue***.
Reunião sobre o Pacto pela Saúde 2ª Coordenadoria Regional de Saúde	23 de agosto de 2011	Esclarecer os gestores e técnicos dos 41 municípios que integram a coordenadoria sobre o Pacto e sua sequente adesão ao projeto***.
Oficina sobre o Pacto pela Saúde 16ª Coordenadoria Regional de Saúde.	28 de setembro de 2011	Termo de Compromisso de Gestão Municipal e as suas responsabilidades; Extrato do termo de cooperação entre entes públicos; declaração da Comissão Intergestores Bipartite (CIB) de comando único do sistema pelo gestor municipal e o termo do limite financeiro global do município***.

Fonte: Elaborado pela pesquisadora a partir de informações da Secretaria Estadual de Saúde – SES/RS<sup>52</sup> dos referenciados anos.

Através da fala dos entrevistados percebe-se a falta de articulação entre os principais atores do Pacto, falta de planejamento por parte do Estado em organizar estratégias para a implementação, falta de corpo técnico, conforme relatado por C1 e de conhecimento por parte de vários profissionais, para auxiliar os Municípios na adesão. Discutia-se com entidades

<sup>52</sup> Secretaria Estadual de Saúde – SES/RS, <http://www.saude.rs.gov.br>.



representativas a política (conforme os quadros 7 e 8), mas não se tinha um preparo para “o que fazer” caso um gestor fosse aderir o Pacto. Este fato, abordado pelos entrevistados, sobre a falta de profissionais para auxiliar na pactuação, pode ser constatado no quadro 8, em que é relatado que em 2010 a SES capacitou servidores para auxiliarem os Municípios na adesão do Pacto; três anos após a adesão do Estado e mais de sete meses após o primeiro Município do Rio Grande do Sul a aderir o Pacto pela Saúde (aprovação na CIB em 11 de nov. 2009). *A mobilização foi pequena por falta de conhecimento do Estado e CRS sobre o Pacto. Foi uma grande dificuldade para todos (G2).*

A falta de organização do Estado para desenvolver uma agenda decional reflete em um planejamento deficitário, problemas na comunicação entre os principais atores do Pacto e a suscetibilidade da agenda que fez com que os atores externos ao governo detivessem um poder maior de mobilização que o Governador ou Secretário de Saúde.

O planejamento das ações também precisa ser realizado pelos Municípios, envolvendo os atores que irão fazer parte do processo e desenvolvimento do “Plano de Saúde, da Programação Anual, do Relatório Anual de Gestão, do Plano Diretor da Regionalização - PDR, do Plano Diretor de Investimento – PDI e da Programação Pactuada e Integrada de Atenção à Saúde – PPI” (SCHEIDER et al., 2009, p. 20).

*[O planejamento para a adesão do Pacto pela Saúde] foi um momento que a gente teve que sentar junto com toda a equipe e analisar, todos os serviços especializados do município, o que que nós poderíamos avançar, qual dos nossos indicadores não estavam tão bem, em relação a internações por AVC, em relação aos diabéticos, hipertensos, como estão os nossos cadastros, os acompanhamentos, então foi um momento em que a equipe assim, se reunir e pode analisar o que poderia melhorar, né? (G1).*

Conforme Schneider et al. (2009, p. 41) apesar do Relatório de Gestão e do Plano de Saúde “serem reconhecidos como os principais instrumentos do sistema de planejamento do SUS, as evidências apontam que em sua maioria, não têm sido atualizados regularmente, e quando são feitos, na maioria das vezes” não estão em permanente consonância com os Termos de Compromisso de Gestão - TCG”.

A articulação entre os profissionais responsáveis por cada setor que faz parte do Pacto (Vigilância, Atenção Básica, etc.), com os gestores, Conselho, auxiliam nas discussões sobre a adesão do Pacto, além de propiciar o engajamento de uma rede de atores envolvidos na elaboração do planejamento em prol de um mesmo objetivo.

*[...] todos os setores da gestão da saúde [né?]. Setor de epidemiologia, setor da atenção básica, da média complexidade, o conselho de saúde presente que participou*

*desta mini conferência do Município né? Onde o pacto todo foi discutido, então foi muito trabalhado antes de tomar este passo de assinar o Pacto (G1).*

*Nós nos reunimos assim, [...] dois enfermeiros, que um que fazia parte da atenção básica era com ele, e a outra era coordenadora da atenção básica, dos postos, de como se efetivava e pactuava os indicadores e ela que cuidava dessa parte. E daí com cada coordenador de cada área, digamos: ah vamos falar sobre a vigilância. Chamamos o coordenador da vigilância, o que que está pactuado que pode cumprir. O que tu não pode cumprir e quando tu vai poder. [...] Então a gente conversou com cada coordenador assim (P1).*

*Nós fizemos em alguns Municípios reuniões [...]. Eram técnicos de cada área, a gente pedia para eles: bom, a gente vai para o Município mas vocês reunião primeiramente, o Prefeito que vai decidir, o Secretário de saúde, da fazenda, porque era outro que as vezes, colocava empecilho, porque não sabia como vinha o dinheiro, além disso os técnicos de todas as áreas, o pessoal de todas as ações, da vigilância, todas as áreas da saúde e também o Conselho de Saúde, pra que também ali, depois, não houvesse resistência e depois, pra que eles soubessem do que estava sendo tratado (C1). [...] a gente fazia reuniões, projetava para eles colocando exatamente o que era o pacto, as vantagens que poderia trazer para o Município e que realmente a gente gostaria que eles assinassem para nós podermos, aqui também, nosso trabalho como regional, sairia fortalecido (C1).*

Através dos relatos dos entrevistados percebe-se que a forma de planejamento não foi a mesma, o que gerou posteriormente dificuldades na implementação. Pois, o que deveria ser pensado e construído com a visão dos atores envolvidos, por vezes, foi elaborado através de um grupo restrito, fragmentado e desconexo do todo, divergindo de uma das propostas do Pacto, de que: “Os municípios, apoiados pelo Estado e União e junto com a participação da comunidade, devem se empenhar para que esse planejamento seja organizado levando em conta suas características geográficas, epidemiológicas, etc.” (SCHNEIDER et al., 2009, p. 20).

*Nossa grande dificuldade de entrar nos Municípios na área de planejamento, é que você nunca sabe a quem se referir, cada um faz um pouquinho, ou então uma pessoa faz isso, além de dez outras funções. Então, o planejamento vai ficar melhor a partir de agora e eu acho que ele começa realmente a acontecer, a partir da assinatura do Pacto (C1).*

Schneider et al. (2009, p. 41) aborda que se constatou “que onde houve construção conjunta das Secretarias de Saúde, dos Conselhos de Secretarias Municipais e da participação da comunidade nos TCG, o processo de implantação do Pacto pela Saúde se deu de forma qualificada”. O que não ocorreu em alguns Municípios da região, como constatado, o TCG foi desenvolvido por uma equipe restrita sem relação com outros Municípios ou mesmo Coordenadoria.

Problemas no relacionamento entre os atores, comunicação precária entre as esferas, planejamento deficitário, são algumas das fragilidades apontadas pelos entrevistados e que são visíveis através das reportagens encontradas. Percalços que perpassam governos, estiveram

presentes nas análises do período Yeda Crusius e de Tarso Genro e que, se não forem solucionadas, continuarão existindo. Questões cruciais para o desenvolvimento de uma agenda bem estruturada para que tenha um impacto positivo na comunidade.

### **5.2.2 Eixo de Análise 2: Pacto pela Gestão – construindo uma nova forma de gestão do SUS**

O Pacto pela Gestão foi um dos grandes entraves do processo de implementação do Pacto pela Saúde, por ter como finalidade uma nova forma de se fazer gestão na saúde, desburocratizando o sistema, tornando os Municípios efetivos gestores das ações. Entretanto, pouco foi implementado desta dimensão da política.

*pouco foi realmente implementado, foi mais, muito mais de formas isoladas, por exemplo, assumir os serviços, o laboratório, os serviços próprios do Município de faturamento de serviços [né?], hospitais, tudo isso foi sendo assumido mas, de uma forma muito pontual, ele de fato não tinha efeito no seu todo, agora que a gente está começando. Isto é um processo lento, até é uma questão de cultura dos serviços, ter que se acostumar a trabalhar de forma regional. [...] Mas é um processo de cultura, não é apenas um documento que consegue chegar, é assim, você tem que fazer no momento, mas vai surtir efeito mais tarde, mais adiante porque é um processo lento (CI).*

A fala de um dos entrevistados aponta as dificuldades da realidade do sistema, de modificar a cultura da gestão do Sistema Único de saúde, uma cultura ainda assistencialista e voltada para as ações Municipais.

A Programação Pactuada e Integrada – PPI, um dos instrumentos da regionalização e presente no Pacto pela Gestão, não foi regulamentada no Rio Grande do Sul. Sendo assim, não há especificação de regras de conduta com sanções pelo não cumprimento da Programação, ou seja, ela não foi implementada, devido a regulação fazer parte deste processo, é apenas utilizado o instrumento.

*A PPI [ah] vocês vão ser referência nos municípios, foi calculado mais ou menos uma série histórica, vocês são referência e vão ganhar tanto. E a gente não sabe como foi feito, a gente ganha um balaio grande ali no MAC (média e alta complexidade) e nós fizemos uma cota, tantas internações entre os municípios, tantas para esse, é populacional, tanto exames, naquele dinheiro ali (PI).*

*Na parte da Atenção Básica, assim, nós, do que nós temos que dar conta, está realizando. Não estaria realizando na parte de exames, consultas especializadas, coisas que são com financiamento de fora, da União né? Que é o caso de média e alta complexidade. Realiza com ajuda de recursos próprios né? E até queriam que fosse colocado o que era utilizado com os recursos próprios, o que era utilizado com recurso do Estado e o que era utilizado com recursos da União. Mas lá entrou só o recurso da União na verdade. Ela já vinha com o recurso pronto (PI).*

*A PPI na nossa região, eu acho que a nossa região é uma das mais difíceis de se trabalhar a PPI. Nós tivemos várias tentativas, três tentativas mas que a gente sentiu pra fazer PPI e qualquer serviço, qualquer procedimento que nós tínhamos na PPI a grande maioria dos Municípios colocava lá: não tem diferença, não tem diferença. Então, isso não é PPI por que os municípios, eles compravam com recursos próprios, os procedimentos, os serviços, as consultas e dessa forma não conseguem fazer uma PPI. Por que vocês fazem isso fora da tabela SUS, fora dos serviços de uma linha de cuidado. Então era muito mais tu ir ao mercado e comprar o que estava precisando com os recursos próprios. Tanto que todos os Municípios nossos, passavam de 20% do orçamento classificados à saúde. Então, PPI nestas circunstâncias, ela fica vazia, ela não funciona, ela é algo imaginário, hipotético (C1).*

A compreensão sobre a finalidade do instrumento e os benefícios para com a otimização de recursos parecem ser questões conflituosas na região. Ao passo que o entendimento sobre a funcionalidade da PPI não é contemplada, sua operacionalização não terá o êxito esperado. Da mesma forma, a não regulamentação auxilia na descrença sobre as responsabilidades do não cumprimento.

A PPI é um instrumento que auxilia a dinâmica de funcionamento do sistema e a descentralização dos serviços, sendo de responsabilidade do gestor Estadual a mediação e a coordenação das negociações. “As negociações regulamentadas são contingenciadas pela alocação de recursos federais e sujeitas a reprogramação com revisão coordenada pelo gestor Estadual (KLEIN, 2010, p. 43).

#### a) Regionalização, financiamento e relação de poder

A regionalização da saúde vem sendo discutida pelos gestores, Conselhos, comunidade acadêmica e pela população em geral desde 1980, quando na Conferência Nacional de Saúde (Quadro 3) se discutia a “Regionalização e organização dos serviços básicos”, posteriormente foi inserida na Lei Orgânica do SUS (Lei nº 8.080 de 1990) e nas NOAS 2001 (a regionalização como macroestratégica para o aprimoramento do processo de descentralização) e 2002 (regionalização e organização da assistência) - conforme o quadro 6 - até o Pacto pela Saúde. Cada nova discussão, apresenta um olhar diferenciado sobre a regionalização, que proporcionou o aprimoramento desta estratégia, com a finalidade de proporcionar a equidade e integralidade da assistência para os cidadãos.

Como supracitado, a regionalização da saúde tem uma longa trajetória, mas convive com entraves que impossibilitam a sua implementação. O sistema ainda convive com uma lógica centralizada, velha e que impede que o cidadão tenha acesso integral e com qualidade às ações e aos serviços de saúde. A fim de auxiliar neste processo, o Pacto pela Gestão tem como foco,

radicalizar os princípios da regionalização, que é considerado um dos maiores desafios do SUS (SCHNEIDER et al., 2009).

*Não. O Pacto era um momento, para nós este processo foi bastante marcante assim ó, o Pacto foi discutido individualmente, sem pensar região, ele tem de certeza forma esta característica, que é um momento em que tu pega um Município, frente ao Estado e a União. [...] Você começa a ter e a formar um desenho próprio em saúde, cada gestão..., e aí, quando você percebe que é autônomo no conceito e percebe que não consegue fazer tudo sozinho, aí você parte para o segundo passo, que é a regionalização (C1)*

*Eu vejo que da parte da regionalização o que aconteceu... mudou uma sigla né? Mudou assim, a CIR teve um pouco mais de poder, digamos... pode pactuar aqui, coisas que antes tinha que levar para a CIB, teve um pouco mais de respaldo, o que é importante. Mas continua, digamos assim ó, a regionalização na prática, a referência regional, a rede de atenção regional, ainda tem seus entrevas [né?]. Pela falta de financiamento (P1).*

Conforme enfatizado pelos atores, o processo de regionalização não foi abordado na pactuação. Era incentivado a adesão dos Municípios isoladamente para, depois, pensar a regional: *Não, nós fizemos sozinhos, até porque ninguém tinha pactuado ainda (G2).*

*E a gente fez a regionalização também, porque a gente tem também as referências que são fora, que são de maior complexidade, [...] claro que muita coisa foi construída pós Pacto, muitas referências. [...]. Lógico que as vezes não funcionam como está no papel, lógico. Não com a mesma agilidade, os processos, mas existem as referências pactuadas (G1).*

A fala dos atores vem ao encontro da lógica centralizadora e velha abordada por Schneider et al. (2009) e que visa, unicamente, a média e alta complexidade, o assistencialismo. A promoção, prevenção, ações de fortalecimento da atenção básica em articulação com a região, são transmitidas para outras instâncias, outras organizações ou mesmo esquecidas pelas gestões. Fazendo com que, ao planejarem o Termo de Compromisso de Gestão pensando unicamente em seus Municípios, encontrem dificuldades em desenvolver estratégias de enfrentamento dos problemas.

*É que começou-se a pensar em Região de saúde a pouco tempo e a gente passou pelo processo do Estado de Regionalizar [...], então, hoje, nós temos regiões de saúde tomando outros critérios como a questão de geográfica ou então de serviços de saúde, ou então de culturas de Municípios, enfim, de outros fatores. Mas, a partir disso pensar região, não pensar mais Município, é um processo bastante recente. Nós viemos do ano passado para cá, que nós estamos com maior ênfase nisso, então, os Municípios que não tiveram que mudar com a sua visão em relação a questão da saúde, de regionalizar e não pensar mais no que eu quero, no que eu preciso, para pensar no que nós vamos construir de forma conjunta (C1).*

Há um atraso na implementação de políticas que estimulem a regionalização no Estado. Atualmente, com o Decreto 7.508 de 2011 em vigor, foram delimitadas as Regiões de Saúde pelo Estado, sendo que a 13ª CRS (âmbito administrativo) foi classificada como a 28ª Região em Saúde<sup>53</sup>. Entretanto, até 2012 (período de análise da pesquisa) nenhum Município do Estado havia aderido ao COAP, sendo assim, continuava em vigência o Pacto pela Saúde.

A região em saúde está presente no Pacto como estratégia de regionalização, embora, apenas depois da classificação das Regiões em Saúde para o COAP pelo Estado, como preconizado pelo Ministério da Saúde, é que este tema começou a ser discutido. Apensar de, atualmente, a definição ser mais específica como visto anteriormente, é uma lógica que já deveria ser utilizada pelo sistema.

É sabido das dificuldades dos Municípios em atender a integralidade dos serviços, seja por falta de recursos humanos, financeiros, qualificações gestora e/ou profissional. Diante destes percalços, as regiões em saúde estão inseridas no Pacto como estratégias organizadas com vistas a fortalecer a cooperação solidária entre os municípios, além da ampliação do controle social e auxiliam os gestores no cumprimento dos princípios constitucionais (BRASIL, 2006a).

Como percebido na fala dos atores, o processo de regionalização da saúde “ainda padece de restrições em seu encaminhamento” (WEIGELT, 2006, p. 194). Pensar regionalmente é uma construção que vai muito além de pactuar serviços de referência. É uma mudança cultural e na forma de gestão política-administrativa. Não visar somente o local, em virtude de demagogias políticas, mas desenvolver ações, em articulação com outros Municípios, que irão fortalecer os serviços em prol da população.

Intimamente ligado a este tema, os recursos para com a saúde são os maiores dificultadores da adesão ao Pacto, por não implicar o repasse de novos recursos. Entretanto, a não adesão tem impedido o recebimento de alguns recursos. A exemplo das Unidades de Pronto Atendimento - UPAs: *muitos Municípios que não aderiram ao Pacto, agora estão revendo isso, porque o primeiro critério é ter o Pacto (G2)*.

Uma das principais mudanças propostas pelo Pacto é o custeio com recursos federais, organizando a transferência do financiamento em blocos. Com a finalidade de diminuir as

---

<sup>53</sup> Secretaria Estadual de Saúde – SES. Rio Grande do Sul passa a organizar serviços de saúde em 30 regiões, 19 de set. 2012

[http://www.saude.rs.gov.br/conteudo/6513/?Rio\\_Grande\\_do\\_Sul\\_passa\\_a\\_organizar\\_servi%C3%A7os\\_de\\_sa%C3%BAde\\_em\\_30\\_regi%C3%B5es](http://www.saude.rs.gov.br/conteudo/6513/?Rio_Grande_do_Sul_passa_a_organizar_servi%C3%A7os_de_sa%C3%BAde_em_30_regi%C3%B5es)

diversas “caixinhas” de repasse e que esses recursos realmente sejam direcionados para os determinados fins estipulados nas metas.

A intenção é avançar no processo de descentralização dos recursos para que os Estados e Municípios tenham maior autonomia. Diante disso, o Ministério da Saúde editou a portaria n.º 204, de 19 de janeiro de 2007, alterada pela portaria n.º 837, de 23 de abril de 2009, regulamentando o financiamento e a transferência dos recursos federais para as ações e serviços de saúde na forma de Blocos de Financiamento, definidos no Pacto pela Saúde, e seu respectivo monitoramento e controle. Blocos: I- Atenção básica; II- Atenção de média e alta complexidade; III- Vigilância em saúde; IV- Assistência farmacêutica; V- Gestão do SUS; VI- Investimentos na Rede de Serviços de Saúde (SCHEIDER et al., 2009, p. 25).

Por ser um tema importante e diversas vezes debatido entre os gestores, sem financiamento não se faz saúde, evidenciou-se forte pressão de entidades (FAMURS e ASSEDISA/COSEMS) sobre a imposição, para com o Estado e a União, do cumprimento da Emenda Constitucional n.º 29, referente aos repasses financeiros que competem aos entes federados.

As reportagens, apresentadas no quadro 7, apontam que durante o período (2007-2009) foram realizados seminários sobre o Pacto pelas entidades, propondo diálogos com o Estado e a União e deixando claras suas posições.

A entidade representativa dos Prefeitos do Rio Grande do Sul, com o apoio do ASSEDISA, fez inúmeras exigências para o Estado, e, em contra partida, apoiaria a implementação do Pacto pela Saúde. Tais negociações permearam de 2007 - quando o Governo do Rio Grande do Sul assinou o Pacto pela Saúde – até final de 2009, quando em Assembleia Geral da FAMURS, na presença de prefeitos que presidem as 26 Associações Regionais e seus respectivos secretários-executivos, decidiu que se promoveria um amplo debate sobre o Pacto pela Saúde, com a finalidade de definirem uma opinião unificada sobre o tema (Confederação Nacional dos Municípios – CNM, 2009)<sup>54</sup>. Esta decisão foi tomada após a ASSEDISA/COSEMS mudar sua opinião e se posicionar a favor do Pacto.

Conforme a Confederação Nacional dos Municípios (2008), em informes publicados aos Prefeitos Municipais, a FAMURS e ASSEDISA/COSEMS as solicitações à Secretaria Estadual de Saúde – RS são:

- Que exista uma proposta de financiamento solidário, conforme prevê a legislação da Secretaria Estadual de Saúde (SES), através de recursos voltados para o fortalecimento da atenção básica, alocados no orçamento;

---

<sup>54</sup> O site da Confederação Nacional dos Municípios – CNM, em 12 de agosto de 2009, publicou uma reportagem abordando a Assembleia e a intenção da ASSEDISA em que os Municípios assinem o Pacto.

- Que a SES assuma o processo de regulação da média e alta complexidade em todo Estado do Rio Grande do Sul;
- Que a SES construa um efetivo sistema de regionalização, destacando as macrorregiões do Estado em discussões com a FAMURS;
- Conforme a lei ordena, por Financiamento Solidário, que seja criado um piso estadual de atenção básica à saúde, com o valor de R\$ 15,00/habitante/ano;
- E que seja cumprida a Emenda 29 da Constituição, e que o Estado realmente invista 12% de seu orçamento na área de saúde.

A mesma reportagem faz menção ao presidente da Federação e Prefeito de Igrejinha, em 2008, Elir Girardi, abordando que a entidade não seria contra o Pacto ou qualquer outro programa, mas “precisamos saber de onde sairão os recursos e definir qual será o papel dos Municípios dentro do programa” (Girardi), justificando tais exigências.

Kingdon (1995) ressalta sobre as intenções veladas nos conjuntos de propostas que são prováveis para se inserirem na agenda, que pode ser percebido nas reportagens, quando se refere ao repasse de recursos, como sendo o único objetivo da política.

Em conversa preliminar com P1, foi relatado a fragilidade do sistema. Tanto em relação às imposições da FAMURS, em impedir que os municípios assinassem o compromisso, como com a 13ª Coordenadoria Regional de Saúde e Secretaria Estadual de Saúde, com informações divergentes e incompletas.

“Eventualmente, tais interesses econômicos conseguem exercer uma pressão bastante forte dentro do sistema político-administrativo, de modo que essas novas condições de ‘politics’ podem levar à revisão do plano original” (FREY, 2000, p. 220). Conforme os relatos dos atores: *A FAMURS, a AMVARP (Associação dos Municípios do Vale do Rio Pardo), eles orientaram a não assinar. Não vamos assinar enquanto a Emenda 29 não for assinada (P1).*

*[...]o que aconteceu assim, o que aconteceu foi um movimento em todo o Estado do Rio Grande do Sul, que a própria FAMURS, que é a Federação das Associações dos Municípios, eles[...]queriam uma garantia, do financiamento. De quanto eles estariam ganhando, os Municípios, por assinarem o Pacto, por assumirem responsabilidades maiores. Então o entrave maior foi este, foi um movimento em busca de maiores recursos. Essa principal demora em relação a isso, foi na questão financeira (G1).*

*Nós começamos um trabalho de, primeiramente, pra esclarecimento, só que a gente não tinha êxito porquê? A própria ANVARP tinha uma posição muito grande em relação a posição pra que nenhum Município fosse assinar o termo do pacto. Então nós ficamos falando em reuniões de prefeito, falamos com cada secretário, até que em um momento isso, lá em 2008, em 2009, até que nós conseguimos a adesão dos secretários. Os secretários se posicionando favoravelmente, ao contrário dos Prefeitos. O prefeito ele não era a favor porquê, o posicionamento da classe, a ANVARP, inclusive continuava se posicionando contrária. Não sabíamos muito bem*



*o porquê, mas era uma força, eu acho, muito mais política do que de qualquer outra (C1).*

Os Prefeitos e Secretários de Saúde dos Municípios pertencentes à AMVARP<sup>55</sup> (Associação dos Municípios do Vale do Rio Pardo) em 1º de outubro de 2007, ressaltaram a decisão de não aderirem ao Pacto: “Queremos que antes o Estado e a União enviem o que realmente devem aos municípios”, justificou o prefeito de Santa Cruz do Sul, José Alberto Wenzel em reportagem para o site da AMVARP<sup>56</sup>.

A Associação dos Municípios do Vale do Rio Pardo – AMVARP, é uma associação ligada à FAMURS, além de fazerem parte de vários Conselhos dentro da Federação sendo assim, segue as determinações da mesma.

*Eu me lembro que em alguns eventos que a gente teve, por exemplo, congresso de saúde, meio que o representante da FAMURS, o Mariani, ele pegava, publicamente, pegava o microfone e falava, realmente se posicionava contrário. Era a bandeira dele, porque ele entendia assim, a forma dele entender. Mas os próprios secretários já não aceitava mais aquilo, ai deixou de fazer sentido (C1).*

Conforme os relatos dos atores, é unânime a pressão exercida pela FAMURS para a não-adesão. Sobre a Teoria das Relações de Poder de Foucault, Barracho (2007, p. 81) diz que “o poder só é pensável em termos de estratégias, dispositivos, técnicas muito subtis e eficazes”.

Pensar o poder só será então possível na condição de compreendermos que as relações de força não se reduzem à violência, mas que constituem acções sobre acções, ou seja, actos positivos, como "incitar, induzir, desviar, tornar fácil ou difícil, alargar ou limitar, tornar mais ou menos provável..." e até aumentar a participação (BARRACHO, 2007, p. 81).

Essa Relação de Poder mencionada por Barracho (2007) com base na Teoria de Foucault, pode ser percebida através da relação da FAMURS com os Prefeitos, uma vez que determina a não-adesão do Pacto como moeda de troca. Defendiam o financiamento, que é tão importante para os Municípios, o cumprimento da EC nº 29, como se não tivesse outras intenções (políticas e organizativas), para assim, conseguir o apoio dos gestores.

*A FAMURS era contra, dizia para ninguém aderir ao Pacto, mas eu só via coisa boa. Depois a FAMURS autorizou e os Secretários não queriam (G2).* A fala de G2, em partes,

<sup>55</sup> A AMVARP – Associação dos Municípios do Vale do Rio Pardo, é uma entidade ligada diretamente à FAMURS – Federação das Associações de Municípios, e que possui representantes nos diversos Conselhos da Federação, para maior integração e assessoramento aos municípios do Vale do Rio Pardo. Integra a AMVARP os Municípios de: Barros Cassal, Boqueirão do Leão, Encruzilhada do Sul, Gramado Xavier, Herveiras, Ibarama, Lagoão, Mato Leitão, Pantano Grande, Passo do Sobrado, Rio Pardo, Santa Cruz do Sul, Sinimbu, Vale do Sol, Vale Verde, Venâncio Aires e Vera Cruz. A AMVARP também participa ativamente junto à CNM – Confederação Nacional dos Municípios, na luta por conquistas para todos os municípios gaúchos.

<sup>56</sup> Pacto pela Saúde. Site AMVARP - [http://www.amvarp.org.br/003/00301009.asp?ttCD\\_CHAVE=68882](http://www.amvarp.org.br/003/00301009.asp?ttCD_CHAVE=68882)

diverge dos dados e da situação encontrada na Região da 13ª CRS. A FAMURS sempre se posicionou contrária ao Pacto, em 2009, a Plenária discutiu amplamente a política com seus integrantes e optaram por deixar aberto para os Municípios que quisessem assinar, mas seguem com a posição de defender que o Estado e a União cumpram os repasses de 12% e 10% para os Municípios.

Referente ao posicionamento dos Secretários, conforme dados, a posição da Federação foi rediscutida devido a ASSEDISA/COSEMS ter mudado sua postura a respeito do Pacto. Como afirmado pelos entrevistados, diferente do referido por G2, os Secretários de Saúde da 13ª CRS foram os maiores incentivadores da política. Entretanto, devido a assinatura ser realizada pelos próprios Secretários, sendo eles os responsáveis pelo Termo, esta contestação, trazida por G2, mesmo não sendo a realidade do território estudado, não deixa de ser pertinente em outras localidades.

Como vimos anteriormente, alguns atores políticos possuem o poder de impulsionar determinadas questões para a agenda ou fazendo com que as mudanças fiquem em *stand-by*, ou mesmo, que não ocorram. Na teoria de Kingdon (1995) eles fazem parte do terceiro fluxo – fluxo político: clamor nacional, mudanças no poder e forças políticas organizadas.

As mudanças na saúde, principalmente na forma de gestão dos serviços, são imprescindíveis, mas não houve um clamor nacional para a adesão do Pacto, longe disso, os próprios atores sociais, não o compreendiam. As mudanças no poder, com as eleições de 2006 e 2010, não impulsionaram as mudanças para que o Pacto pela Saúde e tornasse uma Agenda Decisional do Governo. Mas houve uma força política organizada da FAMURS e ASSEDISA/COSEMS que pressionavam e impediam a adesão da política.

É inegável a pressão e o poder que a FAMURS exerce sobre os seus integrantes, entretanto, eles não são os únicos responsáveis pela não adesão do Pacto ou de diversos pontos da política. A regionalização, uma das diretrizes do SUS, importantes para a organização do sistema, otimização dos recursos, não foi abordada na implementação. Priorizou-se a adesão, para, posteriormente, trabalhar a regionalização da saúde, quando as metas já deveriam estar estabelecidas em concordância com o Plano Municipal de Saúde, ou seja, não foram visadas as estratégias em prol da região. Um tema que ainda está à mercê das relações de poder e de questões sobre o financiamento da saúde, que não caminham na mesma proporção que as necessidades da população.

### 5.2.3 Eixo de Análise 3: A visão dos atores sobre o Pacto pela Saúde

#### a) Comprometimento com as metas e com a finalidade da política.

Por estar inserido em um campo que permeia interesses diversos, o Pacto da Saúde no Rio Grande do Sul, demorou três (3) anos para iniciar o processo de implementação nos Municípios, enfraquecendo o acordo, perdendo credibilidade e principalmente, fazendo com que o objetivo maior da política não fosse contemplado.

*A gente conseguiu sensibilizar o gestor de que aquilo ali era importante, de que aquilo ali faria a diferença se efetivasse, chegasse, no caso, e fizesse assim né? Eles foram favoráveis e sim, assinaram. Mas a gente não, digamos assim, não utiliza ele. Olha o pacto, a meta do pacto. Utilizava para algumas coisas, na auditoria, a colega pergunta, vamos ver o que que tem aqui, ah a meta do pacto, o que tem que executar, depois no Sispacto, para fazer o sispacto, a colega que fez o Sispacto, era enfermeira, ela também utilizou. Vamos ver o que a gente pactuou, o que a gente priorizou no pacto, vamos trabalhar com essas áreas, saúde do idoso, vamos priorizar... nessa parte assim a gente até trabalhou (P1).*

*[...]a gente fez a assinatura do Pacto e o que aconteceu... os municípios então também fizeram algumas assinaturas do pacto, mas muita coisa ficou assim, parada em stand by, por causa desta questão financeira, que não tinha, assim, uma clareza por parte do Ministério, o que viria a mais de recurso. E isso foi um entrave e que gerou opostas, veio muita discussão a questão da assinatura por parte do ente do Estado, da garantia da Emenda Constitucional nº 21, da garantia do pagamento. [...] Depois disso teve uma evolução na questão dessa Lei e que também agora, depois também tem a questão da nova regulamentação da 8.080, [...] a assinatura do COAP, então, e todo esse processo então, ele não ficou muito, o pacto então ele sofreu uma alteração, né? A gente assinou, continua com a nossa gestão, mas também teve todos esses acontecimentos posteriores (G1).*

A desmotivação, presente na fala dos entrevistados, é resultado de uma série de fatores (falta de articulação entre as esferas, falta de planejamento adequado, pressões internas e externas) que fizeram com que o Pacto não tivesse uma continuidade. É visível que a questão dos recursos foi o fator primordial para a adesão. Mesmo que os Municípios tenham recebido o financiamento, conforme pactuado, aos que estavam em Gestão Plena, não teriam muitos repasses a mais a auferir, somente para as ações que ainda não estavam sendo realizadas. Ainda assim, este montante foi o fator visado pelos gestores.

O Pacto foi assinado, as metas foram definidas, mas deixaram de ser utilizadas. Dos entrevistados, apenas G2 afirmou que continuava, em 2013, realizando a repactuação anual. Questionados sobre o impacto da política no território e o que significou para o Município ter pactuado, um dos atores referiu que:

*[...]o pacto foi assim, um momento que a gente consolidou, consolidou a questão da gestão do Município, um momento de consolidar os nossos objetivos e também,*

*trabalhar como estava todos os nossos indicadores, indicadores da atenção básica, da saúde da criança, da saúde da mulher. [...] Bem foi um momento em que nos obrigou a fazer essa parada [...], importante, por que leva assim, tu faz tanta coisa, que leva a gente a **apagar muito incêndio e tu poder sentar e analisar efetivamente o que que a gente está fazendo em cada área, o que que a gente pode melhorar, a gente pode dizer que faz efetivamente todos esses programas em relação a saúde da criança? Em relação a saúde da mulher? [...]**A gente pelo menos parou para analisar. Para a gente conhecer mais a nossa realidade e ver: olha, a gente poderia melhorar a questão de nossas gestantes de risco [...]. Mas a gente viu essa necessidade então, foi um ponto que a gente pode analisar melhor os nossos indicadores (G1 – grifo nosso).*

Conforme já citado anteriormente, o Pacto para P1 era visto como um novo começo, uma forma de discutir a organização do sistema. Por um lado, se analisarmos a fala de G1, foi um avanço para o Município o planejamento, a organização dos objetivos traçados, a análise dos indicadores tão importantes para o desenvolvimento de ações em saúde e que, até então, não eram realizadas. O gestor apaga incêndios, realizando, muitas vezes, um trabalho imediatista, o que não se pode é somente gerenciar desta forma, sem traçar planejamento de médio ou longo prazo.

Analisando o outro lado das falas expostas pelos entrevistados, sobre a adesão do Pacto, mesmo a política tendo propiciado uma nova visão sobre a gestão, os interesses que rondam este cenário político-institucional, das mais diversas ordens (política, econômica, pessoais) acabaram não priorizando o Pacto no Estado.

*O Pacto na verdade foi um fator que marca a transição de, como é que vou te dizer, de um mero pedinte de serviço, um recebedor, alguém que implora serviços, dinheiro, recursos, para você se transformar em alguém que começa a pensar a saúde do seu Município. [...] Então, não é o Pacto com fins em si mesmo que eu acho importante, mas sim o que que ele na verdade acaba, depois despertando em nossa região aqui. Ele acaba desencadeando todo um processo de pensar saúde regionalmente (C1).*

Para aderir ao Pacto é preciso conhecer a realidade de seu território para poder pensar em alternativas para solucionar as problemáticas. Fatores que são abordados por Kingdon (1995), onde o autor aponta a necessidade da articulação com os atores invisíveis – academia, cientistas políticas, consultores. O que não ocorreu na implementação do Pacto. Tanto nas universidades, quanto fora dela, pouco foi abordado sobre o assunto.

Conhecer a realidade do Estado, Município vai além dos dados demográficos, dos indicadores de mortalidade e de nascidos vivos. Ações estas, de pensar a saúde como um todo, que eram propostas no Plano Municipal de Saúde (Gestão Plena) e que ainda não estavam sendo realizadas: *Para tu entrar em gestão plena eles exigiam que tivesse o Plano Municipal de Saúde, inclusive compravam pronto, assim né? Mandavam alguém fazer (P1).*

Uma realidade assustadora e que retrata a situação precária de algumas das gestões da saúde que ao invés de desenvolverem o Plano de Saúde com vistas a organizar os serviços, se apropriam da ilegalidade, ao adquirirem um Plano pronto, para cumprir com uma das exigências da habilitação.

O Decreto nº 7.508 do Contrato Organizativo da Ação Pública da Saúde (COAP) foi assinado em 2011 e se apresentou como um novo empecilho ao Estado. Conforme o Tribunal de Contas da União (BRASIL, 2013), a nova política prejudicou o processo de implementação do Pacto no Estado, pois alguns Municípios não deram continuação ou assinaram o Pacto, em virtude de aguardarem a implementação do COAP, que, até 2013, ainda não havia sido aderido no Estado: *no nosso Estado ninguém assinou o COAP ainda, então a gente está na expectativa também de poder fazer um documento regional aqui (C1).*

O Pacto foi aderido pelos Municípios, mas ele ficou em “*Stand by*”, foi “engavetado” pelos gestores de todas as instâncias, pois, ao entrar em contato com a SES (em 2012), o setor de planejamento afirmou que: “o Pacto não existe mais, agora é o COAP”. Se uma política não foi implementada pelos Municípios e, devido a este fator, ainda estiver em vigência a política anterior, esta ainda está em vigência, ainda existe e é repactuada, conforme o relato de um entrevistado. Embora, sem assistência dos entes competentes.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo consistiu na análise da agenda em saúde do Estado do Rio Grande do Sul, a fim de compreender o desenvolvimento da Agenda Estadual de Saúde no período 2007-2012 com foco nos pressupostos do Pacto pela Saúde, e as implicações desta política no território, com vistas à regionalização da saúde que está inserida no Pacto pela Gestão.

Como objetivos específicos, foram elencados alguns propósitos que guiaram a realização da pesquisa, como: Avaliar a definição oficial pelos governos estaduais dos períodos em estudo, quanto à formalização dos termos de adoção do Pacto pela Saúde como formulação estratégica para o SUS; Inventariar, delimitar e descrever, um conjunto de documentos, que definem as intenções dos governos do RS com relação à adoção do Pacto como agenda decisional e as diretivas correspondentes ao processo de sua implementação no Rio Grande do Sul; Verificar as ações administrativas e atos políticos gerados no executivo estadual durante o período, que sinalizem para o esforço de implementação do Pacto; Identificar os principais pontos de divergência entre os atores estratégicos com relação ao SUS, a respeito da operação da agenda decisional de governo.

A Agenda Estadual do Pacto pela Saúde no Rio Grande do Sul, resultado da incorporação da política que faz parte da Agenda Nacional de Saúde - MS, encontrou dificuldades, de diversas ordens, para ser construída e implementada no Estado.

Para desenvolver uma agenda, segundo Kingdon (1995) é preciso a articulação de três eixos – problemas, alternativas e política. Os percalços na saúde são históricos, há problemas enraizados na gestão dos sistemas – econômico, qualificação técnica e gestora, articulação entre as esferas – e que são, constantemente, debatidos em busca de melhores condições para a implementação do Sistema Único de Saúde.

O Pacto pela Saúde foi um esforço entre os três entes da federação, para que esses problemas fossem discutidos, criando estratégias para o enfrentamento solidário e cooperativo. Este tema fez parte das agendas governamentais do Estado. Foram realizadas ações para divulgação da política, tanto de atores internos quanto externos ao governo, mas nosso objetivo era ir além e analisar se o Estado fez de sua agenda governamental uma agenda decisional da política no Rio Grande do Sul.

O Estado aderiu ao Pacto em 2007, mas a articulação e sensibilização dos atores era precária, com falta de capacitação e corpo técnico para auxiliar os Municípios e as Coordenadorias Regionais de Saúde (CRSs) no processo, o que acabou mostrando uma desconexão das instâncias descentralizadas (CRS).

As iniciativas de implementação por parte da SES, CRS e Municípios se apresentaram como esforços isolados e fragmentados, uma vez que não se pensava a política como um todo e sim, visando partes do Pacto pela Gestão, vislumbrando o financiamento. Fazendo do processo de pactuação uma luta pelo poder, de quem paga a conta.

Constatou-se que as responsabilidades que seriam assumidas pelos Municípios, após a adesão do Pacto, é um assunto velado entre os gestores. A autonomia dos Municípios por um lado proporcionou desenvolver ações com base na realidade dos serviços de saúde no território e ter maior poder local da gestão. Por outro lado, fez com que houvesse maiores compromissos e responsabilidades.

O Estado passou a ser o co-gestor dos serviços, mas não proporcionou subsídios para o melhor enfrentamento das adversidades encontradas nesse novo formato de gestão. Além dos Municípios não terem iniciativa e vontade política para pensar coletivamente e esperam sempre pelo Estado para articularem essas soluções, mesmo com todas as críticas dos atores sobre a trajetória de gestão precária na saúde.

As relações entre as esferas estaduais e municipais não ocorrem com imparcialidade, há um distanciamento entre os entes – SES com CRS, CRS com Municípios e Municípios com Municípios - que criam entraves no desenvolvimento da política no período dos dois governos, Yeda Crusius e Tarso Genro.

Devido a relação conturbada, afetou a comunicação entre os entes federados, alguns afirmando que houve informações, materiais de divulgação, reuniões para discussões sobre a política e outros afirmaram que a comunicação era precária, fazendo com que o próprio Município fosse em busca destes elementos. O mesmo ocorreu com o Estado, existiam informações, mas eram pontuais – a busca por estas eram pontuais. A partir do momento em que uma agenda é criada, é preciso que a agenda comunicativa esteja diretamente relacionada e que desenvolvam estratégias para o enfrentamento de problemas na relação entre as esferas, para o sucesso da implementação.

Uma agenda sem comunicação está fadada ao fracasso quando implementada, pois não haverá uma unilateralidade em busca dos objetivos e os atores não terão os mesmos entendimentos sobre a finalidade da política. Começando com a SES, que, através da fala dos atores, não possuía uma compreensão exata do processo, se discutia a necessidade de adesão, mas não o “como fazer”. Transferindo as mesmas fragilidades para as demais instâncias.

A 13ª CRS, foi uma das três Coordenadorias a conseguir a adesão dos 100% dos Municípios ao Pacto pela Saúde, constituído através de ações isoladas da SES, que estava

fazendo um projeto piloto na regional de Caxias do Sul. Mesmo a Secretaria desenvolvendo esse projeto não houve sucesso nas demais dezesseis Coordenadorias.

A função de planejamento na Saúde Pública do Estado, visivelmente é deficitário do ponto de vista metodológico, não sendo um instrumento de tomada de decisão, em vista de não possibilitar a identificação dos problemas e mesmo a forma de solucioná-los. Como visto, três anos após a adesão do Estado ao Pacto, foram capacitados profissionais da Secretaria – de várias áreas que abrangem a política – para auxiliarem os Municípios. Estratégia que deveria ser pensada anteriormente a assinatura do Termo de Compromisso de Gestão Estadual, ou mesmo, no primeiro semestre de 2007 e não sete meses após a adesão do primeiro Município, que realizou o processo sem o apoio da SES e da 12ª CRS.

O planejamento Municipal, como estratégia para a regionalização, segue a mesma linha de entendimento do Estado, não sendo desenvolvido para o enfrentamento de problemas, pois não é visto como algo prioritário. Como relatado, não há uma equipe responsável a quem se reportar, o planejamento não é realizado de forma conjunta com os atores envolvidos no processo, ele é fragmentado – ou um profissional realiza o planejamento e mais diversas outras atividades, ou diversos atores realizam partes do planejamento sem que haja uma convergência destas ações. Além de, muitas vezes, não estar em concordância com o Plano Municipal de Saúde.

No Termo de Compromisso de Gestão, a regionalização é uma estratégia importante para o enfrentamento das adversidades, além de ser um dos princípios organizacionais do SUS que auxilia na viabilização do Desenvolvimento Regional, e aspecto de suma importância no enfoque da pesquisa. Entretanto, este eixo organizador não fez parte das discussões do Pacto, sendo, após a adesão, discutido a questão, embora com ressalvas. A regionalização da saúde proporciona pensar estratégias referentes aos percalços da saúde, não somente na média e alta complexidade, mas com demais ações que possibilitem a articulação com os serviços, cooperativamente.

É inegável que os Municípios não possuem condições de atender, sozinhos, a integralidade dos serviços de saúde. Pensar em investimentos locais é privar a população de melhores condições de saúde, é visar o populismo, as questões políticas em detrimento da comunidade. A regionalização proporciona planejar e dialogar com os diferentes entes a melhor estratégia e que estas metas sejam cumpridas, pois os Municípios dependem da responsabilidade dos gestores.

A agenda do Pacto contou com importantes atores que se mobilizaram para dificultar a implementação da Política no Estado. A FAMURS e a ASSEDISA/COSEMS deixaram claro



suas posições sobre a não-adesão dos Municípios, colocando entraves no processo. De 2007 até 2009, a mobilização e a agenda comunicativa destas entidades proporcionaram ações mais resolutivas, que as próprias agendas dos governos. Após 2009, mesmo que, em Assembleia dos Prefeitos fossem ampliadas as discussões sobre a política e decidido pela retirada da “proibição” sobre a não-adesão, atores de dentro da Federação mantiveram suas posições em defesa do financiamento.

A FAMURS e ASSEDISA/COSEMS defendiam que o Estado e a União precisavam também se responsabilizar pelos repasses financeiros, uma vez que não eram cumpridas as determinações da Emenda Constitucional nº 29 pelos entes, recaindo apenas para os Municípios o ônus a ser cumprido.

O financiamento é um fator de suma importância, pois sem dinheiro não se faz saúde. Entretanto, visar apenas os recursos financeiros não era o objetivo do Pacto pela Saúde. Dos Municípios entrevistados, apenas um, em 2013, realizava a repactuação anualmente – no momento da entrevista, o Município não tinha aderido ao COAP, estando em vigência, naquele período, o Pacto – os demais, não mais a utilizavam, engavetaram a política, como de praxe em muitos territórios. O que significa que a finalidade do Pacto não havia sido incorporada pelos Municípios. Vieram recursos a mais, para quem não estava em Gestão Plena ou para quem não tivesse atendido todas as especificidades, mas os repasses foram em blocos, além de ser um pré-requisito para a adesão de novos projetos, como a Unidade de Pronto Atendimento - UPA.

A importância de visar a realidade do território, analisar os indicadores, foi um grande passo realizado pelos Municípios que aderiram ao Pacto. Ações como o planejamento de médio e longo prazo, que muitas vezes são deixadas de lado pelos gestores devido à demanda do dia-a-dia. A demora e os impasses na adesão do Pacto, demonstraram uma descrença com a política e na responsabilização sobre a não continuidade desta.

Diante destas alegações, é percebido que as linhas estratégicas adotadas pelos governos na área da saúde em relação ao Pacto, mais precisamente o Pacto pela gestão, não priorizaram a política como uma agenda decisional. O governo de Tarso Genro assumiu o mandato com o acordo em andamento, apesar de mais de 50% dos Municípios não terem assinado a pactuação, ela, até 2013 (um ano após o período de análise dos dados) ainda estava em vigor e os indicadores de adesão não terem mudado muito, sendo posteriormente substituída pelo COAP.

A deficiência da Secretaria Estadual de Saúde e dos governos que a representaram, em desenvolver uma agenda decisional sobre o Pacto, que pudesse organizar a gestão da saúde em articulação com os demais entes federados com o foco na regionalização dos serviços

apresentou sérios problemas. As divergências entre os atores acarretou que questões não fossem impulsionadas para a agenda, não gerando mudanças necessárias para a implementação.

Esses conflitos, não transpassam ser momentâneos, gerados por discordâncias sobre o Pacto, mas por percalços que se acumularam com o tempo e que se não forem solucionados, as futuras políticas sofrerão com os mesmos problemas, de relacionamento, de pressão política e pelo poder, que acabam interferindo nos serviços e na qualidade de saúde da população.

O estudo apresentou limitações que podem ser encontradas, tanto de ordem pessoal quanto decorrente do próprio objeto de estudo. No primeiro caso, as dificuldades encontradas devido ao projeto ambicioso de compreender uma agenda do Estado no curto espaço de tempo do mestrado e a preocupação por se tratar de um tema pouco estudado, interferiram na qualidade da pesquisa. A proposta de estudar uma Agenda Estadual, por si só já se caracteriza em um objeto complexo, se tornando ainda mais ambicioso ao pesquisar o Pacto pela Saúde, que encontrou diversas barreiras para sua implementação. Aliado ao receio dos gestores e dos técnicos em responder as questões.

Por último, salienta-se que as questões aqui abordadas não esgotam as inúmeras possibilidades de análises que suscitam desta pesquisa, sendo o objeto de análise apenas um recorte para discutir a construção da agenda do Estado. Fica aqui uma sugestão para estudos posteriores, que auxiliem na compreensão deste cenário tão complexo que se encontra a saúde no Rio Grande do Sul. Um Estado que já foi precursor no desenvolvimento de grandes políticas que se tornaram, posteriormente, prioridades das agendas Nacionais, mas que atualmente, coloca a saúde em segundo plano nas ações governamentais.

O Pacto foi uma política Estadual construída de cima para baixo no Estado do Rio Grande do Sul, sem a participação da comunidade e sem a articulação com as demais esferas, resultando em uma implementação deficitária como vimos anteriormente. Analisar a política pública, os atores e as forças políticas que contemplam este cenário é fundamental para compreender a situação da saúde no território e principalmente, para que possamos discutir estratégias de enfrentamento destes entraves.

## REFERÊNCIAS

- AARESTRUP, C; TAVARES, CMM. **A Formação do Enfermeiro e a Gestão do Sistema de Saúde**. Revista Eletrônica de Enfermagem [Internet] 2008;10(1):228-234. Disponível em: <http://www.fen.ufg.br/revista/v10/n1/v10n1a21.htm> Acesso em: 5 maio 2012, 16:45:23.
- AGUILAR VILLANUEVA, Luis F. [Org]. **El estudio de las Políticas Públicas**. México: Porrúa, 1992a.
- AGUILARVILLANUEVA, Luis F. [Org] **La hechura de las políticas**. México: Porrúa, 1992b.
- AGUILAR VILLANUEVA, Luis F. [Org] **Problemas Públicas y Agenda de Gobierno**. México: Porrúa, 1993.
- ALMEIDA, M. R.; REBELATTO, D. A. N. **O inventário dos modelos de avaliação para políticas públicas**. In: Congresso Internacional de dinâmica de negócios, 2006, Brasília - DF. I Congresso Internacional de dinâmica de negócios, 2006.
- ANDRADE, L. O. M. de. BARRETO, I.C.H.C. **SUS passo a passo: história, regulamentação, financiamento, Políticas Nacionais**. 2ª ed. São Paulo: Hucitec, 2007.
- ARAÚJO, Maria José Bezerra de. **Ações de Enfermagem em Saúde Pública**. 4ª Ed. Rio de Janeiro: M. J. Bezerra de Araújo Ed. 1995 V.1.
- ARRETCHE, Marta. **Agenda Institucional**. Revista Brasileira de Ciências Sociais. Junho/2007, vol. 22, nº 64, pp. 147-151.
- ASCHER, William. **La evolución delas ciencias de políticas**. In: Aguilar Villanueva. El estudio de las Políticas Públicas. México: Porrúa, 1992. Pág. 181-196.
- AZEVEDO, Fernando A.F. **Agendamento de Políticas Públicas**. In: RUBIM, Antônio A.C (org.). Comunicação Política: conceitos e abordagens. São Paulo: Ed. Unesp, 2004. p. 41-72.
- BARRACHO, Carlos José Bernardo da Silva. **Estratégias de poder e autoridade em contextos sócio-políticos diferenciados**. 2007, 371 f. Tese (Faculdade de Ciências Políticas e Sociais) - Universidade de Santiago de Compostela, Santiago de Compostela, 2007.
- BARRIOS, Sueli TG. **Micropolítica e Gestão Regionalizada da Saúde: estudo de caso no colegiado de gestão da 4ª região sanitária do estado do Rio Grande do Sul**. 2010, 177 f. Dissertação (Programa de Pós-Graduação em Enfermagem) - Universidade Federal de Santa Maria, Santa Maria, 2009.
- BENCHIMOL, J. (Coord.). **Febre amarela: a doença e a vacina, uma história inacabada**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2001.
- BIBLIOTECA VIRTUAL SÉRGIO AROUCA. **Fundação Oswaldo Cruz**. Rio de Janeiro. Disponível através do site <http://bvsarouca.icict.fiocruz.br/sanitarista05.html>. Acesso em: 15 set. 2012, 14:25:50.

BLOOM, D. E., CANNING, D., SEVILLA, J. **The Demographic Dividend: A New Perspective on the Economic Consequences of Population Change.** Population Matters Series. Santa Monica, California: Rand. (Useful additional materials are available on the web; search under “demographic dividend.”), 2003.

BOURDIEU, Pierre; CHAMBOREDON, Jean-Claude; PASSERON, Jean-Claude. **Ofício de Sociólogo: metodologia da pesquisa na sociologia.** 5ª ed. Petrópolis: Vozes, 2005.

BRASIL. Conferência Nacional de Educação e Conferência Nacional de Saúde. **1ª Conferência Nacional de Educação e 1ª Conferência Nacional de Saúde.** Brasília: Ministério da Educação e Saúde, 1941.

\_\_\_\_\_. CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE - CNS. 3ª Conferência Nacional de Saúde. Situação Sanitária da população Brasileira: apreciação geral do problema. **Anais...**Niterói: Fundação Municipal de Saúde, 1992.

\_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_. 4ª Conferência Nacional de Saúde. Recursos Humanos para as atividades de saúde. **Anais...** Rio de Janeiro, 30 de agosto a 4 de setembro de 1967. Brasília: Ministério da Saúde, 1967.

\_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_. 5ª Conferência Nacional de Saúde. **Anais...**Brasília: Ministério da Saúde, 1975.

\_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_. 6ª Conferência Nacional de Saúde. **Anais...**Brasília – DF, 1 a 5 de agosto de 1977. Brasília: Ministério da Saúde, 1977.

\_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_. 7ª Conferência Nacional de Saúde. **Anais...**Brasília: Centro de Documentação do Ministério da Saúde, 1980.

\_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_. 8ª Conferência Nacional de Saúde. **Anais...**Brasília – DF, 17 a 21 de março de 1986. Brasília: Centro de Documentação do Ministério da Saúde, 1987a.

\_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_. 8ª Conferência Nacional de Saúde. José Geraldo de Souza Junior. A Construção Social da Cidadania. **Anais...**Brasília – DF, 17 a 21 de março de 1986. Brasília: Centro de Documentação do Ministério da Saúde, 1987b.

\_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_. 8ª Conferência Nacional de Saúde. Marília Cecília Puntel de Almeida. Conferência Nacional de Recursos Humanos para a Saúde: A formação do Enfermeiro frente à Reforma Sanitária. **Anais...**Brasília – DF, 17 a 21 de março de 1986. Brasília: Centro de Documentação do Ministério da Saúde, 1987c.

\_\_\_\_\_. CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE. 8ª Conferência Nacional de Saúde. Maria Helena Machado. Conferência Nacional de Recursos Humanos para a Saúde: A participação da mulher no setor saúde no Brasil, 1970/1980. **Anais...**Brasília – DF, 17 a 21 de março de 1986. Brasília: Centro de Documentação do Ministério da Saúde, 1987d.

\_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_. 8ª Conferência Nacional de Saúde. André Cezar Medici. Conferência Nacional de Recursos Humanos para a Saúde: Emprego em saúde na conjuntura recente: lições para a Reforma Sanitária. **Anais...**Brasília – DF, 17 a 21 de março de 1986. Brasília: Centro de Documentação do Ministério da Saúde, 1987e.

\_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_. 8ª Conferência Nacional de Saúde. Lia Celi Fanuck. Conferência Nacional de Recursos Humanos para a Saúde: O Estado, os Serviços Públicos e a Administração de pessoal. **Anais...**Brasília – DF, 17 a 21 de março de 1986. Brasília: Centro de Documentação do Ministério da Saúde, 1987f.

\_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_. 8ª Conferência Nacional de Saúde. Tânia Celeste Matos Nunes. Conferência Nacional de Recursos Humanos para a Saúde: A supervisão: uma proposta pedagógica para o setor saúde. **Anais...**Brasília – DF, 17 a 21 de março de 1986. Brasília: Centro de Documentação do Ministério da Saúde, 1987g.

\_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_. 8ª Conferência Nacional de Saúde. André Cezar Médici e Pedro Luis Barros Silva. Financiamento do Setor: Alternativas de Financiamento da Atenção à Saúde. **Anais...**Brasília – DF, 17 a 21 de março de 1986. Brasília: Centro de Documentação do Ministério da Saúde, 1987h.

\_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_. 8ª Conferência Nacional de Saúde. Nelson Rodrigues dos Santos. Reformulação do Sistema Nacional de Saúde: O Poder Municipal no rumo do Sistema Unificado de Saúde. **Anais...**Brasília – DF, 17 a 21 de março de 1986. Brasília: Centro de Documentação do Ministério da Saúde, 1987i.

\_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_. 8ª Conferência Nacional de Saúde. João Yunes. Reformulação do Sistema Nacional de Saúde: Participação Social em Saúde. Brasília – DF, 17 a 21 de março de 1986. **Anais...**Brasília: Centro de Documentação do Ministério da Saúde, 1987j.

\_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_. 8ª Conferência Nacional de Saúde. Luiz Cordoni Junior. Reformulação do Sistema Nacional de Saúde: Participação Social em Saúde – A experiência do Paraná. Brasília – DF, 17 a 21 de março de 1986. **Anais...**Brasília: Centro de Documentação do Ministério da Saúde, 1987l.

\_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_. 8ª Conferência Nacional de Saúde. Sônia Maria Fleury Teixeira. Cidadania, Direitos Sociais e Estado. Brasília – DF, 17 a 21 de março de 1986. **Anais...**Brasília: Centro de Documentação do Ministério da Saúde, 1987m.

\_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_. 8ª Conferência Nacional de Saúde. Jairnilson Silva Paim. Direito à Saúde, Cidadania e Estado. Brasília – DF, 17 a 21 de março de 1986. **Anais...**Brasília: Centro de Documentação do Ministério da Saúde, 1987n.

\_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_. 8ª Conferência Nacional de Saúde. Hélio Pereira Dias. Saúde como direito de todos e dever do Estado. Brasília – DF, 17 a 21 de março de 1986. **Anais...**Brasília: Centro de Documentação do Ministério da Saúde, 1987o.

\_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_. 12ª Conferência Nacional de Saúde: Conferência Sergio Arouca. Brasília, 7 a 11 de dezembro de 2003: relatório final / Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Saúde. **Anais...**Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

\_\_\_\_\_. Conselho Nacional de Secretários de Saúde – CONASS. A Gestão Administrativa e Financeira do SUS. Coleção Pró-gestores. Brasília: CONASS, 2007a. V.2

\_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_. **As Conferências Nacional de Saúde: Evolução e perspectivas.** Brasília: CONASS, 2009.

\_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_. **Legislação Estruturante do SUS.** Coleção. Para entender a gestão do SUS. Vol. 13. Brasília: CONASS, 2011a.

\_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_. **Para entender a gestão do SUS.** Brasília: CONASS, 2003.

\_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_. **Sistema Único de Saúde.** Coleção Pró-gestores - Para entender a gestão do SUS. Brasília: CONASS, 2007b.

BRASIL. CONSTITUIÇÃO FEDERAL (1988). **Constituição República Federativa do Brasil.** CORAGRS. Edição da Assembleia Legislativa do estado do Rio Grande do Sul, 1988.

BRASIL. **Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011.** Regulamenta a Lei no 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. BRASÍLIA – DF, 2011c. Disponível em [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2011-2014/2011/decreto/D7508.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/decreto/D7508.htm). Acesso em 13 set. 2013, 15:35:27.

BRASIL. **Lei complementar nº 141, de 13 de janeiro de 2012.** Dispõe sobre os valores mínimos a serem aplicados anualmente pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios em ações e serviços públicos de saúde. Brasília - DF, 2012c. Disponível em [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/lcp/Lcp141.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/lcp/Lcp141.htm). Acesso em: 5 nov. 2013, 17:50:40.

BRASIL. **Lei nº 12.466, de 24 de agosto de 2011.** Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília – DF, 2011b. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_Ato2011-2014/2011/L12466.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2011-2014/2011/L12466.htm). Acesso em: 21 abril 2014, 22:12:08.

\_\_\_\_\_. **Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990.** Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes, e dá outras providências. Brasília: 1990a.

\_\_\_\_\_. **Lei nº 8.142, 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. Brasília: 1990b.

BRASIL. Ministério da Integração Nacional, Secretaria de Políticas de Desenvolvimento Regional. **A PNDR em dois tempos: A experiência apreendida e o olhar pós 2010.** Brasília - DF, 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Comissão Intergestores Tripartite. **Resolução nº 4, de 19 de julho de 2012.** Dispõe sobre a pactuação tripartite acerca das regras relativas às responsabilidades sanitárias no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), para fins de transição entre os processos operacionais do Pacto pela Saúde e a sistemática do Contrato Organizativo da Ação Pública da Saúde (COAP). Brasília – DF, 2012e. Disponível em:

[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cit/2012/res0004\\_19\\_07\\_2012.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cit/2012/res0004_19_07_2012.html). Acesso em: 13 abril 2014, 18:29:30.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Coletânea de Normas para o Controle Social no Sistema Único de Saúde**. 2. ed. Brasília, DF: Editora do Ministério da Saúde, 2006b.

\_\_\_\_\_. Conselho Nacional de Saúde. 13ª Conferência Nacional de Saúde. **Saúde e Qualidade de vida: políticas de estado e desenvolvimento**. Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Saúde. Relatório Final. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2008.

\_\_\_\_\_. Conselho Nacional de Saúde. Relatório consolidado para a 13ª Conferência Nacional de Saúde / Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Saúde. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2007b.

\_\_\_\_\_. Conselho Nacional de Saúde. 14ª Conferência Nacional de Saúde. **Todos usam o SUS: SUS na seguridade social: Política pública, patrimônio do povo brasileiro**. Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Saúde. Relatório final. Brasília: Ministério da Saúde, 2012a.

\_\_\_\_\_. Coordenação Geral da Política de Recursos Humanos. **Gestão Municipal de Saúde: leis, normas e portarias atuais**. Brasília (Brasil): Ministério da Saúde; 2001a.

\_\_\_\_\_. **Diretrizes operacionais dos Pactos pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão**. Séries Pacto pela Saúde 2006. Vol. 1. Secretaria Executiva. Departamento de Apoio à Descentralização. Coordenação-Geral de Apoio à Gestão Descentralizada. Coordenação-Geral de Apoio à Gestão Descentralizada. – Brasília: 2006a.

\_\_\_\_\_. **Gestão Plena com responsabilidade pela saúde do cidadão**. Norma Operacional Básica do SUS – NOB-SUS 01/96. Publicada no Diário Oficial da União de 6 de novembro de 1996. Brasília – DF, 1996.

\_\_\_\_\_. **Norma Operacional Básica do SUS – NOB-SUS 01/96**. Gestão Plena com responsabilidade pela saúde do cidadão. Brasília: Ministério da Saúde, 1997.

\_\_\_\_\_. **Portaria nº 399/GM De 22 de fevereiro de 2006c**. Divulga o Pacto pela Saúde 2006 – Consolidação do SUS e aprova as Diretrizes Operacionais do Referido Pacto. Disponível no site <http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2006/GM/GM-399.htm>. Acesso em: 30 abril 2012, 18:00:30.

\_\_\_\_\_. **Portaria nº 2.252 de 12 de setembro de 2007**. Homologa os Termos de Compromisso de Gestão - TCG e publica os Termos dos Limites Financeiros Globais - TLFG dos Estados de Alagoas, do Ceará, de Mato Grosso do Sul e do Rio Grande do Sul, homologados pela Comissão Intergestores Tripartite - CIT. Brasília – DF, 2007c. Disponível em <http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2007/GM/GM-2252.htm>. Acesso em: 30 abril 2014, 12:07:30.

\_\_\_\_\_. **Regionalização da assistência à saúde: aprofundando a descentralização com equidade no acesso**. Norma Operacional da Assistência à Saúde –

NOAS-SUS 01/01 (Portaria MS/GM n.º 95, de 26 de janeiro de 2001, e regulamentação complementar). Brasília – DF, 2001a.

\_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_. **Regionalização da assistência à saúde:** aprofundando a descentralização com equidade no acesso. Norma Operacional da Assistência à Saúde – NOAS-SUS 01/02 (Portaria MS/GM n.º 373, de 27 de fevereiro de 2002, e regulamentação complementar). Brasília – DF, 2002.

\_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_. **Resolução nº 258 de 07 de janeiro de 1991.** Dispõe sobre a Política de financiamento do SUS para 1991. Norma Operacional Básica nº 01/91. Disponível em [http://siops.datasus.gov.br/Documentacao/Resolucao%20258\\_07\\_01\\_1991.pdf](http://siops.datasus.gov.br/Documentacao/Resolucao%20258_07_01_1991.pdf). Acesso: 23 dez. 2013, 17:15:02.

\_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Ciência e Tecnologia. **Agenda Nacional de Prioridades de Pesquisa em Saúde.** 2.ª edição. Brasília, DF. 2008a.

\_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Articulação Interfederativa. **Análise da Adesão ao Pacto Pela Saúde.** Nota Técnica nº 08/2012. DAI/SGEP/MS: Brasília, Março/2012d. [Dados não publicados].

\_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação em Saúde. **Política Nacional de Educação Permanente em Saúde.** Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

BRASIL. **Regulamentação da Emenda Constitucional nº 29, de 2000** (Piso Constitucional de Aplicação em Saúde). Análise das principais inovações trazidas pela Lei Complementar nº 141, de 13 de janeiro de 2012, que regulamentou a Emenda Constitucional nº 29, de 2000. Nota Técnica nº 014, de 2012 – CONOF/CD -Consultoria de Orçamento e Fiscalização Financeira da Câmara dos Deputados. Brasília – DF, 2012b. Disponível em:<http://www2.camara.leg.br/atividade-legislativa/orcamentobrasil/estudos/2012/nt14.pdf>. Acesso em: 14 out. 2013, 19:07:17.

BRASIL. Tribunal de Contas da União. Relatório de levantamento – Estado do Rio Grande do Sul. **Ata nº 40/2013** – Plenário de 16/10/2013. Disponível em AC-2791-40/13-P. Acesso em 12 maio 2014, 11:51:30.

CALDAS, RW. **Políticas Públicas:** conceitos e práticas. Supervisão por Brenner Lopes e Jefferson Ney Amaral; coordenação de Ricardo Wahrendorff Caldas – Belo Horizonte: Sebrae/MG, 2008.

CAMPOS, GWS. **A Saúde Pública e a defesa da vida.** São Paulo: Ed. Hucitec, 2006.

CARNEIRO, Geraldo Marques; CESARINO, Heleno; NETO, José Francisco de Melo. **Dialética.** UFPB/Ed. João Pessoa: Universitária, 2002.

CAPELLA, Ana Cláudia N. Perspectivas Teóricas sobre o Processo de Formulação de Políticas Públicas. **Revista Brasileira de Informação Bibliográfica em Ciências Sociais - BIB,** São Paulo, n. 61, 1.º semestre de 2006, p. 25-52.



\_\_\_\_\_. **O processo da Agenda Setting na reforma da administração pública.** 2004. 245f. Tese (Programa de Pós-Graduação em Ciências Sociais) – Universidade Federal de São Carlos, São Carlos, 2004.

\_\_\_\_\_. A Trajetória das políticas de Administração Pública na Agenda Governamental: os Governos FHC e Lula. **Revista Temas em Administração Pública.** Araraquara, v.2, n.2, 2008.

COHN, Amélia; NUNES, Edison; JACOBI, Pedro R.; KARSCH, Ursula S. **A Saúde como Direito e como Serviço.** 3ª Ed. São Paulo: Cortez, 2002.

CONASS. Relatório da oficina “Pacto de Gestão”. 05/08/2004. Disponível em : [https://www.google.com.br/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&cad=rja&uact=8&ved=0CCoQFjAA&url=http%3A%2F%2Fwww.saude.sc.gov.br%2Fgestores%2FPacto\\_de\\_Gestao%2FN.T%25C9C.%252026%2520-2520anexo1.doc&ei=QUFyU6T1DIiyyASA1IHwBA&usg=AFQjCNFTubJJYMdcJrcYp0fGqZfjP\\_EH7w&bvm=bv.66330100,bs.1,d.aWw](https://www.google.com.br/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&cad=rja&uact=8&ved=0CCoQFjAA&url=http%3A%2F%2Fwww.saude.sc.gov.br%2Fgestores%2FPacto_de_Gestao%2FN.T%25C9C.%252026%2520-2520anexo1.doc&ei=QUFyU6T1DIiyyASA1IHwBA&usg=AFQjCNFTubJJYMdcJrcYp0fGqZfjP_EH7w&bvm=bv.66330100,bs.1,d.aWw). Acesso em 13 maio 2012, 13:28:45.

CONTANDRIOPOULOS, André-Pierre; CHAMPAGNE, François; POTVIN, Louise; DENIS, Jean-Louis; BOYLE, Pierre. **Sabe preparar uma pesquisa:** definição, estrutura, financiamento. Rio de Janeiro: Hucitec, Abrasco, 1999.

CORRÊA, Roberto L. **Região:** a tradição geográfica. In: CORRÊA, Roberto L. Trajetórias Geográficas. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 1997.

CORTÊS, SV. Sistema Único de Saúde: espaços decisórios e a arenas políticas de saúde. **Caderno de Saúde Pública.** Rio de Janeiro, 25 (7): 1626-1633. Julho, 2009.

DAVIS, K. The population specter: Rapidly declining death rate in densely populated countries—The amazing decline of mortality in underdeveloped areas. Disponível em: [http://www.stanford.edu/~jay/health\\_class/Readings/Lecture10/davis\\_ldc\\_technology.pdf](http://www.stanford.edu/~jay/health_class/Readings/Lecture10/davis_ldc_technology.pdf). Acesso em: 18 maio 2012, 16:38:40.

DEARING, James W.; ROGERS, Everett M. **Communication Concepts 6:** Agenda-setting. Thousand Oaks, CA: Sage, 1992.

DORANTES y AGUILAR, Gerardo L. Agenda comunicativa para la implementación exitosa de políticas públicas. Convergencia. **Revista de Ciencias Sociales** [On-line] 2012, 19 (Maio-Agosto): Disponível em:<<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=10521880005>> ISSN 1405-1435. Acesso em: 24 set. 2012, 10:37:40.

EGRY, Emiko Yoshikawa. **Saúde Coletiva:** Construindo um Novo Método em Enfermagem. São Paulo: Conl, 1996.

ELDER, Charles D.; COBB, Roger W. Formación de la agenda. El caso de la política de los ancianos. In: VILLANUEVA, Luis F. Aguilar. **Problemas públicos y agenda de gobierno.** San Ángel: MIGUELÁNGELPORRÚA, 1993.

SCOREL, Sarah. **Reviravolta na Saúde:** origem e articulação do movimento sanitário. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 1998.

ETGES, Virgínia Elisabeta. A região no contexto da globalização: o caso do Vale do Rio Pardo. In: VOGT, Olgário e SILVEIRA, Rogério. **Vale do Rio Pardo: (re)conhecendo a região**. Santa Cruz do Sul: Edunisc. 2001.

FARIA, Carlos Aurélio Pimenta de. Ideias, Conhecimento e Políticas Públicas: Um inventário sucinto das principais vertentes analíticas recentes. **Revista Brasileira de Ciências Sociais**. Vol. 18 n°. 51 fevereiro/2003.

FERREIRA MAL, MOURA A. A. G. de. **Evolução da política de recursos humanos a partir da análise das Conferências Nacionais de Saúde (CNS)**. Recife: Fundação Oswaldo Cruz/ Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães/Departamento de Saúde Coletiva, 2006.

FLORES, Murilo. **A identidade cultural do território como base de estratégias de desenvolvimento** - Uma visão do estado da arte. Março, 2006. Disponível em: [http://www.fidamerica.org/admin/docdescargas/centrodoc/centrodoc\\_236.pdf](http://www.fidamerica.org/admin/docdescargas/centrodoc/centrodoc_236.pdf). Acesso em: 30 ago. 2012, 22:05:50.

FRANÇA, Cassio Luiz de. **Formação de agenda e processo decisório nos governos FHC e Lula: Uma análise sobre a dinâmica e as oportunidades de negociação no processo de tomada de decisão do setor elétrico**. 2007, 387f. Tese (Programa de Pós-Graduação em Administração de Empresas) - Escola de Administração de Empresas de São Paulo /Fundação Getúlio Vargas. São Paulo: 2007.

FREY, Klaus. Políticas Públicas: um debate conceitual e reflexões referentes à prática da análise de políticas públicas no Brasil. **IPEA – Revista Planejamento e Políticas Públicas – PPP**. Nº 21. 2000. Disponível em: <http://www.ipea.gov.br/ppp/index.php/PPP/article/viewFile/89/158>. Acesso em: 08 jan. 2014, 14:51:30.

GOTTEMS, L. B. D; PIRES, M. R. G. M; CALMON, P. C. D. P; ALVES, E. D. O modelo dos múltiplos fluxos de Kingdon na análise de políticas de saúde: aplicabilidades, contribuições e limites. *Revista Saúde Soc.* São Paulo, v.22, n.2, p.511-520, 2013.

GOMES, Romeu. A análise de dados em pesquisa qualitativa. In: DESLANDES, S. F.; NETO, O.C; GOMES, R; MINAYO, M.C.S (organizadora). **Pesquisa Social: teoria, método e criatividade**. Petrópolis, RJ: Vozes, 1994.

GOMIDE, Alexandre de Ávila. **Agenda governamental e o processo de políticas públicas: o projeto de Lei de diretrizes da política nacional de mobilidade urbana**. Texto para discussão Nº 1334. IPEA. Brasília, abril de 2008.

GONDIM, G. M. M.; MONKEN, M.; IÑIGUEZ, Rojas L.; BARCELLOS, C.; PEITER, P; NAVARRO, M. B. M. A.; GRACIE, R. O Território da Saúde: a organização do sistema de saúde e a territorialização. In: MIRANDA, A. C.; BARCELLOS, C.; MOREIRA, J. C.; MONKEN, M.(Org.). **Território, Ambiente e Saúde**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008. p. 237-256.

HOCHMAN, Gilberto. Reformas, instituições e políticas de saúde no Brasil (1930-1945). **Educar em Revista – SER UFPR - Sistema Eletrônico de Revistas da Universidade Federal do Paraná**. Curitiba: Editora UFPR, n. 25, p. 127-141, 2005. Disponível

em:<http://ojs.c3sl.ufpr.br/ojs/index.php/educar/article/viewFile/2242/1874>. Acesso em: 28 set. 2012, 17:30:19.

HOUTZAGER, Peter; GURZA LAVALLE, Adrián & ACHARYA, Arnab. Atores da sociedade civil e atores políticos: participação nas novas políticas democráticas em São Paulo. In: Leonardo Avritzer (org.), **Participação política em São Paulo**, São Paulo: Editora da Unesp, 2004.

IPEA. **Políticas sociais**: acompanhamento e análise, v. 1 (jun. 2000). Brasília: Ipea, 2000.

ISUANI, Fernando J. **El caso del componente de formación del Plan Jefes y Jefas de Hogar en la Provincia de Buenos Aires (Argentina, 2002-2003)**. UNGS-Ministerio de Trabajo, 2004.

JAEGER, M. L. História e desafios para comemorar 20 anos da Constituição: Estado, democracia e participação popular na saúde. In: Câmara dos Deputados (Org.) **Constituição 20 anos**: Estado, democracia e participação popular: caderno de textos. Brasília: Câmara dos Deputados, Edições Câmara, 2009.

KINGDON, John W. *Agendas, Alternatives, and Public Policies*. 2ª ed. New York: Harper Collins College Publishers, 1995.

KLEIN, Estanislau Paulo. **As relações intergovernamentais na implantação da política de saúde no Estado do Acre de 1990 até 2008**. 2010. 263 f. Tese (Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública) – Universidade de São Paulo, São Paulo, 2010.

KRAFT, Michael E. FURLONG, Scott R. **Public Policy**: Politics, Analysis and Alternatives. 4th ed. Washington D.C, CQ Press, 2013.

LENCIONE, Sandra. **Região e Geografia** – a noção de região no pensamento geográfico. In: CARLOS, Ana Fani. *Novos Caminhos da Geografia*. São Paulo: Contexto, 2001.

LIEDTKE, Paulo Fernando. Governando com a mídia: o agendamento e o enquadramento ao projeto de criação da Agência Nacional de Audiovisual (2004). Trabalho apresentado no NP – Políticas e Estratégias de Comunicação do VIII Nupecom – Núcleo de Pesquisa em Comunicação - XXXI Congresso Brasileiro de Ciência da Computação. 2004. Disponível em:<http://www.intercom.org.br/papers/nacionais/2008/resumos/R3-2286-1.pdf>. Acesso em: 23 jan. 2014, 11:42:30.

LIMA, NT. O Brasil e a Organização Pan-Americana da Saúde: uma história de três dimensões. In: Jacobo Finkelman (Org.). **Caminhos da saúde pública no Brasil**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2002.

LIMA, LD de; QUEIROZ, LF.N. de; MACHADO, CV; VIANA, Ana Luiza d'Ávila. Descentralização e regionalização: dinâmica e condicionantes da implantação do Pacto pela Saúde no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, 17(7):1903-1914, 2012.

LINDBLOM, Charles E. **El proceso de elaboracion de Politicas Publicas**. Ministerio para las Administraciones Publicas. Madrid: AREGRAF, S.A., 1991.

MACHADO R. R.; COSTA, E.; ERDMANN, A. L.; ALBURQUERQUE, G. L.; ORTIGA, A. M. B. Entendendo o pacto pela saúde na gestão do SUS e refletindo sua implementação. **Revista Eletrônica de Enfermagem** [Internet]. 2009;11(1):181-7. Disponível em <http://www.fen.ufg.br/revista/v11/n1/v11n1a23.htm>. Acesso em: 19 jul. 2013, 10:58:50.

MALHOTRA, Naresh K. **Pesquisa de Marketing**: uma orientação aplicada. 3ª ed. POA: Rookman, 2001.

MELO, CMM; SANTOS, TA. A Participação Política das Enfermeiras na Gestão do Sistema Único de Saúde em Nível Municipal. **Texto & Contexto Enfermagem**. 2007;16(3):426-432.

MENY, Ives; THEONIG, Jean-Claude. **Las Políticas Públicas**. Trad. Francisco Morata. Editorial Ariel, AS: Barcelona, 1992.

MEZOMO, João Catarin. **Gestão da Qualidade na Saúde**: Princípios Básicos. São Paulo: UnG, 2001.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. **O Desafio do Conhecimento**: Pesquisa Qualitativa em Saúde. 10ª ed. São Paulo: HUCITEC, 2007.

\_\_\_\_\_. O Brasil: território e sociedade no início do século XXI. Santos, Milton & Silveira, Maria Laura - Resenhas Reviews. Rio de Janeiro: **Revista Ciências e saúde coletiva**, vol.8 no.2, 2003.

NASCIMENTO, A. A. M. et al. Regulação em saúde: aplicabilidade para concretização do Pacto de Gestão do SUS. *Revista Departamento de Enfermagem da Universidade Federal do Paraná – UFPR – Cogitare Enfermagem*, 2009, Abr/Jun; 14(2):346-52.

NOGUEIRA, Arnaldo Mazzei. **Teoria Geral da Administração para o século XXI**. São Paulo: Ática, 2007.

OBJETIVOS DE DESENVOLVIMENTO DO MILÊNIO – **Relatório Nacional de Acompanhamento** – Brasília: Ipea, 2010.

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. Las políticas públicas y los sistemas y servicios de salud. In: **Salud en las Américas. Regional**. Publicación Científica y Técnica No. 622, 2007, p. 314-405.

PAIM, Jairnilson Silva. A reforma sanitária brasileira e o Sistema Único de Saúde: dialogando com hipóteses concorrentes. **Physis Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, 18 [ 4 ]: 625-644, 2008.

PAIM, Jairnilson S.; ALMEIDA FILHO, Naomar de. Saúde coletiva: uma “nova saúde pública” ou campo aberto a novos paradigmas? **Rev. Saúde Pública**, 32 (4): 299-316, 1998.

PAIM, Jairnilson S.; TRAVASSOS, Claudia; ALMEIDA, Celia; BAHIA, Ligia; MACINKO, James. O sistema de saúde brasileiro: história, avanços e desafios. *Revista The Lancet: Saúde no Brasil*. Maio de 2011. [Publicação on-line]. Disponível em: <http://www.abc.org.br/IMG/pdf/doc-574.pdf>. Acesso em 9 maio 2014, 23:37:50.

PARSONS, Wayne. **Políticas públicas**: Una introducción a la teoría y la práctica del análisis de Políticas Públicas. Traducción de Antenea Acevedo. México: FLACSO, Sede Acadêmica de México, 2007.

PESSOA, Vanira Matos; RIGOTTO, Raquel Maria; CARNEIRO, Fernando Ferreira; TEIXEIRA, Ana Cláudia de Araújo. Sentidos e métodos de territorialização na atenção primária à saúde. **Ciênc. saúde coletiva** [online]. 2013, vol.18, n.8, pp. 2253-2262. ISSN 1413-8123. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v18n8/09.pdf>. Acesso em: 10 abril 2014, 15:40:40.

PINTO, Isabel CM. **Ascensão e queda de uma questão na agenda governamental: o Caso das Organizações Sociais da Saúde na Bahia**. 2004, 254 f. Tese (Programa de Pós-Graduação em Administração) - Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2004.

PINTO, Isabela CM. Mudanças nas Políticas Públicas: a perspectiva do ciclo de política. **Rev. Pol. Públ.** São Luis, v. 12, n. 1, p. 27-36, jan./jun. 2008.

PONENTE, Jairo Santander A. **El proceso de formación de agenda de la política pública de Seguridad Democrática**. Trabalho apresentado no 2º Encontro da Sociedade Chilena de Políticas Públicas, 2 de janeiro de 2011. Disponível em: [http://www.sociedadpoliticaspublicas.cl/archivos/BLOQUE1/Politica\\_y\\_Politicas\\_Publicas/El\\_proceso\\_de\\_formacion\\_de\\_agenda\\_de\\_la\\_politica\\_publica\\_de\\_Seguridad\\_Democratica\\_en\\_Colombia.pdf](http://www.sociedadpoliticaspublicas.cl/archivos/BLOQUE1/Politica_y_Politicas_Publicas/El_proceso_de_formacion_de_agenda_de_la_politica_publica_de_Seguridad_Democratica_en_Colombia.pdf). Acesso em: 2jan. 2014, 09:40:28.

POPPER, Karl. **A lógica da pesquisa científica**. 15ª Ed. Tradução Leonidas Hegenberg, Octanny Silveira da Mota. São Paulo: Ed. Cultrix, 2011.

PREUSS, LT. **O Pacto pela Saúde nas cidades-gêmeas da fronteira do Rio Grande do Sul com a Argentina e o Uruguai**. 2011, 181 f. Tese (Programa de Pós-Graduação da Faculdade de Serviço Social) - Pontifícia Universidade Católica. Porto Alegre, 2011.

PREUSS LT, NOGUEIRA VMR. O pacto pela saúde nas cidades-gêmeas da fronteira do Rio Grande do Sul com a Argentina e o Uruguai. **Revista eletrônica Textos & Contextos (Porto Alegre)**, v. 11, n. 2, p. 320 - 332, ago./dez. 2012. Disponível em <http://revistaseletronicas.pucrs.br/fass/ojs/index.php/fass/article/view/12346>. Acesso em: 18 dez. 2012, 14:30:50.

RELATÓRIO DE DESENVOLVIMENTO HUMANO 2010. **A Verdadeira Riqueza das Nações: Vias para o Desenvolvimento Humano**. PNUD. IPAD, 2010.

RIPLEY, Randall. **Policy Analysis in Political Science**. Chicago: Nelson-Hall Publishers, 1987. Chapter 4 - Agenda Building, Formulation, and Legitimation, p. 93-129.

RODRÍGUEZ DÍAZ, R. **Teoría de la Agenda-Setting**: aplicación a la enseñanza universitária. Alicante: Observatorio Europeo de Tendencias Sociales, 2004.

ROGERS, Everett M.; DEARING, James W. Agenda-setting research: Where has it been, where is it going? In: James A. Anderson. **Communication yearbook 11**. Newbury Park, CA: SAGE, 1988.

SABATIER, Paul. **Teoría del proceso de las políticas públicas**. 1ª ed. Buenos Aires: Jefatura de Gabinete de Ministros - Presidencia de la Nación, 2010.

SABATIER, Paul. **La Implementación de la Política Pública**. México: Miguel Ángel Porrúa, 1993.

SABATIER, Paul; MAZMANIAN, Daniel (1981 [1993]). La implementación de la política pública: un marco de análisis. In: AGUILAR VILLANUEVA, Luis F., **La implementación de las políticas**. México: Miguel Ángel Porrúa, 1993.

SALOMON, Dêlcio V. **Como fazer uma monografia**. 2ªed. São Paulo: Martins Fontes, 1991.

SANTOS, Milton. **Metamorfoses do Espaço Habitado, Fundamentos teórico e Metodológico da Geografia**. São Paulo: Hucitec, 1988a.

\_\_\_\_\_. O dinheiro e o Território. In: Território, territórios: ensaios sobre o ordenamento territorial. Rio de Janeiro: Lamparina, 2011a.

SANTOS, NR. A Reforma Sanitária e o Sistema Único de Saúde: tendências e desafios após 20 anos. **Revista Saúde em Debate**. Rio de Janeiro, V.33, nº 81, p. 13-26, jan./abril, 2009b.

SAUTER, A. M. W.; GIRARDON-PERLINI, NMO; KOPF, A. W. **Políticas de regionalização da saúde: das normas operacionais ao pacto pela saúde**. REME. Revista Mineira de Enfermagem, v. 16, p. 265-274, 2012.

SCHNEIDER, Alessandra; PERALTA, Jorge A. Gimenez; BOTH, Valdevir; BRUTSCHER, Volmir. **Pacto pela Saúde: possibilidade ou realidade?** 2ª Ed. Passo Fundo: IFIBE/CEAP, 2009.

SEN, Amartya. **Desenvolvimento como liberdade**. Tradução Laura Teixeira Motta. São Paulo: Companhia das Letras, 2010.

SOUZA, Celina. Políticas Públicas: uma revisão da literatura. **Revista Sociologias**, Porto Alegre, ano 8, nº 16, jul/dez 2006b, p. 20-45.

SOUZA, RR. O sistema público de saúde brasileiro. In: Negri B, Viana ALD, organizadores. **O Sistema Único de Saúde em dez anos de desafios**. São Paulo: Sobravime; 2002a.

STEDILE, João Pedro; SAMPAIO, Plínio de Arruda. História, crise e dependência do Brasil. A Cartilha nº 3. Movimento Consulta Popular. 5ª ED. 2003.

TRAQUINA, Nelson. **O poder do jornalismo**. Análise e textos da Teoria do Agendamento. Coimbra: Minerva, 2000.

TREVISAN, AP; BELLEN, HMV. Avaliação de políticas públicas: uma revisão teórica de um campo em construção. **Revista de Administração Pública- RAP**. Rio de Janeiro, Vol. 42, nº3: 529-550, maio/Jun. 2008.

TRIVIÑOS, Augusto N. **Introdução à pesquisa em ciências sociais**. A pesquisa qualitativa em educação. Ed. Atlas: São Paulo, 1987.

VASCONCELLOS, L. C. F. (Org.); DIAS, E. C. (Org.). **Doenças Relacionadas ao Trabalho** - Manual de Procedimentos para os Serviços de Saúde. 1. ed. Brasília: Editora MS, 2001. v. 1.

WEIGELT LD. **Política Pública de saúde: um estudo sobre o processo de implementação da descentralização/regionalização da saúde na região do vale do Rio Pardo - RS**. 2006, 227 f. Tese (Programa de Pós-Graduação em Desenvolvimento Regional) – Universidade de Santa Cruz do Sul, Santa Cruz do Sul, 2006.

WEIGELT LD. **O Sistema Único de Saúde e os profissionais da saúde de nível Universitário da rede pública de Santa Cruz do Sul, RS: um estudo sobre recursos humanos no SUS, através das representações sociais**. 1999, 157 f. Dissertação (Programa de Pós-Graduação em Desenvolvimento Regional) – Universidade de Santa Cruz do Sul, Santa Cruz do Sul, 1999.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Basic Documents. Forty-fifth edition, Supplement, October 2006. Disponível em:  
[www.afro.who.int/index.php?option=com\\_docman&task=doc\\_download&gid=19&Itemid=2111](http://www.afro.who.int/index.php?option=com_docman&task=doc_download&gid=19&Itemid=2111). Acesso em: 19 nov. 2012, 11:50:20.

YIN, Robert K. **Estudo de caso: planejamento e métodos**. 3ªed. Porto Alegre: Bookman, 2005.

ZILIO, Janaína. Pacto pela Saúde ainda gera dúvidas entre os Prefeitos. **Jornal Gazeta do Sul**, Santa Cruz do Sul, 15 de abril de 2011. Disponível em:  
[http://www.grupogaz.com.br/gazetadosul/noticia/273239-pacto\\_pela\\_saude\\_ainda\\_gera\\_duvidas\\_entre\\_os\\_prefeitos/edicao:2011-04-15.html](http://www.grupogaz.com.br/gazetadosul/noticia/273239-pacto_pela_saude_ainda_gera_duvidas_entre_os_prefeitos/edicao:2011-04-15.html) . Acesso em 16 julho 2012, 16:33:52.

Sites:

ATLAS SOCIOECONÔMICO RIO GRANDE DO SUL. SECRETARIA DE PLANEJAMENTO, GESTÃO E PARTICIPAÇÃO CIDADÃ. Disponível em:  
[http://www.scp.rs.gov.br/atlas/conteudo.asp?cod\\_menu\\_filho=813&cod\\_menu=811&tipo\\_menu=INDICADORES&cod\\_conteudo=1420](http://www.scp.rs.gov.br/atlas/conteudo.asp?cod_menu_filho=813&cod_menu=811&tipo_menu=INDICADORES&cod_conteudo=1420). Acesso em: 01 maio 2014, 22:00:30.

ACCREDITED PUBLIC HEALTH PROGRAMS. **The Relationship between Public Health and Health Education**. Disponível em:  
<http://www.mphprograms.org/publichealthresources.html>. Acesso em: 08 ago. 2012, 20:30:22.

AMERICAN PUBLIC HEALTH ASSOCIATION. **What Is Public Health?** What Is Public Health? Our Commitment to Safe, Healthy Communities. Disponível em:  
<http://www.apha.org/> Acesso em: 30 ago. 2012, 17:50:13.

CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. O papel dos conselhos na afirmação do Pacto pela Saúde. Informativo interativo eletrônico do CNS, Junho de 2006. Disponível em:

<http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/Informativo/informativo17.pdf>. Acesso em: 12 nov. 2013, 18:40:55.

COMISSÃO INTERGESTORES TRIPARTITE. O Resumo da Reunião Ordinária da Comissão Intergestores Tripartite do dia 19/08/04. Disponível em: [http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/resumo\\_ago\\_04.pdf](http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/resumo_ago_04.pdf). Acesso em: 12 nov. 2013, 18:50:34.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA - IBGE. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/estadosat/perfil.php?sigla=rs>. Acesso em: 8 dez. 2013, 15:28:39.

SALA DE APOIO À GESTÃO ESTRATÉGICA – SAGE. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Disponível em: <http://189.28.128.178/sage/>. Acesso em: 03 abril 2014, 17:50:58.

SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE DO RIO GRANDE DO SUL. Disponível em: <http://www.saude.rs.gov.br/>.



## APÊNDICE

## APÊNDICE A

### INSTRUMENTOS DE PESQUISA

#### ROTEIRO PARA ENTREVISTA COM INTEGRANTES DA SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE/ COORDENADORIA REGIONAL DE SAÚDE/ CONSELHO ESTADUAL DE SAÚDE.

Título do Projeto de Pesquisa: ANÁLISE DA AGENDA DE SAÚDE DO GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL DE 2007-2012: PACTO PELA SAÚDE E O PROCESSO DE REGIONALIZAÇÃO.

1. Identificação do entrevistado.

Cargo/função:

Esfera de gestão: SES  CRS  CES  OUTRO

Tempo de serviço na gestão em saúde:

2. Possui conhecimentos sobre o Pacto pela Saúde, Regionalização e PPI?

Sim  Não  Mais ou menos

3. Durante os anos de 2007-2012 como foi abordado e desenvolvido o Pacto pela Saúde na SES/CRS/CES?

4. Que atores sociais foram arrolados como possíveis interessados nos processos de pactuação (técnicas, conselhos, partidos, bancadas assembleia, assistência social)? Que medidas objetivas de divulgação e instrumentos de mobilização foram utilizados nesse período (relações com conselhos, SES, SMS, FAMURS, mídia, revista)?

5. Quando foi assinado o Pacto pelo Município/ Estado?

6. De 2007 até o ano em que o Município assinou o Pacto, quais os impasses que ocorreram para inviabilizar a assinatura?

7. Caracterize o relacionamento dessa secretaria/conselho com as demais esferas de Governo?

8. Referente ao Pacto pela gestão, como ocorreram as tratativas para sua implementação?

9. Quais os serviços e programas a Secretaria Estadual de Saúde/CES/CRS desenvolve para dinamizar ou auxiliar os municípios referente ao processo de Regionalização?

10. Como está sendo a organização com vistas a Programação Pactuada e Integrada nessa Secretaria/Instituição?

11. O que representa a pactuação para o senhor(a)?

OBS: Este roteiro pode sofrer alterações conforme as respostas no andamento da entrevista.

**APÊNDICE B****ROTEIRO PARA OBSERVAÇÃO SISTEMÁTICA**

Título do Projeto de Pesquisa: ANÁLISE DA AGENDA DE SAÚDE DO GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL DE 2007-2012: PACTO PELA SAÚDE E O PROCESSO DE REGIONALIZAÇÃO.

**PARA REUNIÕES DO CDES – EIXO TEMÁTICO SAÚDE  
(Local e Data)**

1. Observar o recinto, o ingresso dos atores participantes, como os mesmos se localizam no ambiente do encontro e se identificam;
2. O ritual do início da condução dos trabalhos, a direção e organização dos mesmos, a pauta dos assuntos tratados;
3. Quem fala, como se identificam os falantes, quem os mesmos representam;
4. O conteúdo dos debates, como são coordenados, que conclusões são obtidas e quais os acordos estabelecidos;

**PARA A COORDENADORIA REGIONAL DE SAÚDE**

O Roteiro para as observações na Coordenadoria Regional de Saúde é o mesmo do Cdes.

**PARA O CONSELHO ESTADUAL DE SAÚDE**

O Roteiro para as observações no Conselho Estadual de Saúde é o mesmo acima, acrescido de:

5. Quem vota e como vota.

