

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
ESCOLA DE ENFERMAGEM
CURSO DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM**

ADRIANA ROESE

**PLANEJAMENTO REGIONAL ASCENDENTE E REGIONALIZAÇÃO: ATORES E
ESTRATÉGIAS DA ORGANIZAÇÃO DOS FLUXOS DE UTILIZAÇÃO DOS SERVIÇOS
DE SAÚDE**

Porto Alegre

2012

ADRIANA ROESE

**PLANEJAMENTO REGIONAL ASCENDENTE E REGIONALIZAÇÃO: ATORES E
ESTRATÉGIAS DA ORGANIZAÇÃO DOS FLUXOS DE UTILIZAÇÃO DOS SERVIÇOS
DE SAÚDE**

Tese apresentada como requisito parcial para a obtenção do título de Doutor em Enfermagem, do Curso de Doutorado em Enfermagem, da Escola de Enfermagem, da Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

Linha de pesquisa: Políticas, avaliação e atenção em saúde e enfermagem

Orientadora: Profa. Dra. Tatiana Engel Gerhardt

Porto Alegre

2012

CIP - Catalogação na Publicação

Roese, Adriana

Planejamento regional ascendente e regionalização: atores e estratégias da organização dos fluxos de utilização dos serviços de saúde / Adriana Roese. -- 2012.

266 f.

Orientadora: Tatiana Engel Gerhardt.

Tese (Doutorado) -- Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Escola de Enfermagem, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Porto Alegre, BR-RS, 2012.

1. Regionalização: Rio Grande do Sul. 2. Política de Saúde. 3. Sistema de Saúde. 4. Descentralização. 5. Serviços de Saúde. I. Gerhardt, Tatiana Engel, orient. II. Título.

ADRIANA ROESE

Planejamento regional ascendente e regionalização: atores e estratégias da organização dos fluxos de utilização dos serviços de saúde.

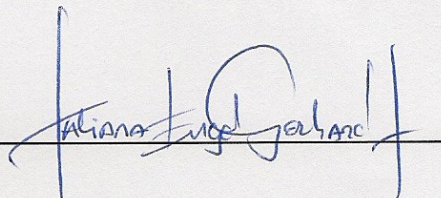
Tese apresentada ao Curso de Pós-Graduação em Enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, como requisito parcial para a obtenção do título de Doutora em Enfermagem.

Aprovada em Porto Alegre, 15 de maio de 2012.

BANCA EXAMINADORA

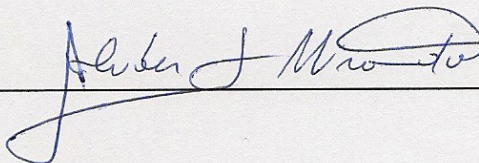
Profa. Dra. Tatiana Engel Gerhardt:

Presidente – PPGEN/UFRGS



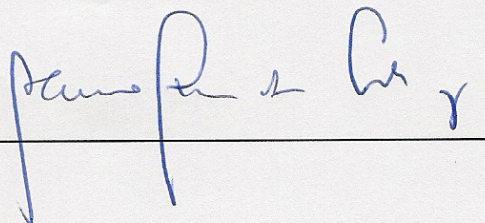
Prof. Dr. Alcides Silva de Miranda:

Membro – EENF/UFRGS



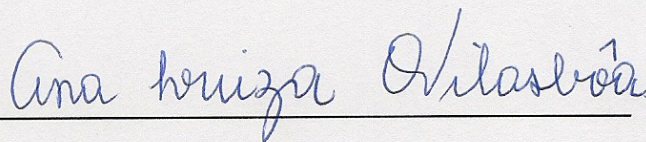
Prof. Dr. Aluísio Gomes da Silva Júnior:

Membro – UFF



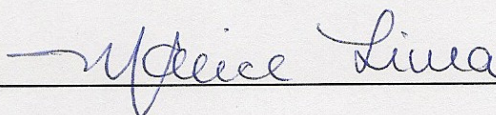
Profa. Dra. Ana Luíza Queiroz Vilasbôas:

Membro – UFBA



Profa. Dra. Maria Alice Dias da Silva Lima:

Membro – PPGEN/UFRGS



Dedico este trabalho aos brasileiros que lutam pelo direito de ver concretizado o Sistema Único de Saúde no Brasil e que, por meio de seus impostos, contribuíram para o desenvolvimento do mesmo.

AGRADECIMENTOS

À Universidade Federal do Rio Grande do Sul que oportunizou um ensino público, gratuito e de qualidade, na Graduação e na Pós-Graduação. À Escola de Enfermagem, pela acolhida, há 14 anos e disponibilização da estrutura física. Ao Curso de Pós-Graduação em Enfermagem, pela confiança e pela oportunidade de concretizar um ideal de vida. Aos professores do Curso de Doutorado, pelos ensinamentos e pelo estímulo à busca de conhecimento. À banca do Exame de Qualificação, pelas valiosas contribuições ao projeto. Aos funcionários da Escola de Enfermagem, pelo carinho, pela disponibilidade e pela amizade. Ao Bibliotecário Rubens da Costa Silva Filho, pela amizade desde os tempos de Unipampa, pelas contribuições e pela disponibilidade na confecção da ficha catalográfica e revisão das normas. Às Bibliotecas da Escola de Enfermagem, da Geociências, da Ciências Humanas e Sociais, da Faculdade de Odontologia e da Faculdade de Medicina, pela disponibilidade de seu acervo. Aos colegas da Universidade Federal do Pampa *Campus* Uruguaiana, por terem permitido que esse sonho se tornasse realidade, em especial à Beatriz Franchini, muito mais que colega, uma grande amiga, que ajudou em muito na concretização desse sonho. Às Chefias e aos colegas da Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Pelotas que apoiaram e oportunizaram a conclusão do Curso.

Às amigas Juliana Maciel Pinto e Maristela Correa Rodrigues de Lima, pela amizade e pelas preciosas contribuições à problemática e análise do estudo. À amiga Vilma Constância Fioravante dos Santos, pela amizade, pela paciência com a professora que recém ingressava no Curso de Doutorado e pela disponibilidade e incansável dedicação na construção dos mapas, ao final do Curso. À Dona Helena, pela cuidadosa revisão de Português e pelo carinho, desde os tempos do Mestrado. À Joannie dos Santos Soares por ter proporcionado a utilização da ferramenta NVIVO. Aos acadêmicos da FEn/UFPel que auxiliaram na transcrição das entrevistas e a todos os alunos que, no decorrer desses quatro anos, ouviram falar de Tese e regionalização da Saúde.

Aos atores municipais, regionais e estaduais, pela disponibilidade, pela acolhida, pelo apoio, pela confiança e por terem aceitado o desafio de pensar junto o processo de regionalização da Saúde. Às pessoas ligadas aos mesmos, que possibilitaram os encontros e a concretização das entrevistas.

À minha família, especialmente, pai, mãe e Rick, pelo incentivo, pelo apoio, pelo carinho, compreensão da ausência e dos “não posso” e por ouvir, tantas vezes, “preciso

trabalhar na Tese”; nunca foi uma desculpa, mas a busca de um ideal. A meus pais sempre preocupados em me buscar ou me levar à Rodoviária, especialmente nos primeiros dois anos de Curso, em que morava e trabalhava em Uruguaiana. À mãe, pela cuidadosa e cansativa tarefa do controle de qualidade das transcrições e leitura da versão, quase final. Ao Floquinho e ao Sapeca, pela parceria, amor e dedicação caninas. Aos meus amigos, compreensão com minha ausência. Aos meus colegas de Curso, pela amizade, pelas conversas de corredor e pelo incentivo, em especial, à Marta Cocco, uma grande amiga e constante incentivadora. Aos amigos de Uruguaiana e às amigas do *Petit Comité*, minha família em Pelotas, pela amizade e pelo apoio, que foi muito importante nesse processo de doutoramento.

Não posso deixar de agradecer às empresas de transporte rodoviário as quais proporcionaram descontos para as viagens de estudo, bem como seus cuidadosos motoristas que me fizeram sentir segura em tantas idas e vindas. Aos amigos da estrada, BRs e RSs, de chão ou asfalto; caminhoneiros, motoristas, Brigada Militar, funcionários de postos de gasolina, aos anônimos que se prontificaram a dar informações ou facilitaram as idas e vindas, fazendo-me sentir mais confiante na estrada, especialmente no período de coleta de dados.

Às pessoas especiais que me incentivam ou incentivaram a buscar o sonho da carreira docente e de pesquisadora, que estão ao meu lado ou que estiveram, por algumas estações. A todas as pessoas que passaram pela minha vida e que, direta ou indiretamente, contribuíram, de alguma forma, para a construção da Tese e o meu crescimento como ser humano.

Um agradecimento especial à minha orientadora, pela dedicação, pela paciência, pela riqueza das orientações, pela amizade e por toda a ajuda que foi de extrema importância em minha formação, tanto no Mestrado quanto no Doutorado. Levo muito de si e dos seus ensinamentos para a minha vida e orientações.

O meu muito obrigada a todas essas importantes pessoas que, de sua forma, contribuíram pessoal e profissionalmente, nesse ciclo da minha vida que está encerrando, abrindo caminho para tantos outros que ainda estão por vir.

“O mundo do homem é do tamanho dos conceitos que conhece”.

Carlos Matus

“João está num poço de paredes verticais, a cinco metros de profundidade. Caiu ali acreditando que subia. Usa todas suas energias – dezesseis horas diárias – na tentativa de escalar as paredes e, em seguida, dorme durante oito horas para recuperar as energias. É perseverante e não desiste. Não vê outra alternativa. Cada dia sobe quase um metro e meio e volta a cair com as mãos dilaceradas. É um trabalho de Sísifo, que nunca termina, mas ele não se entrega. Não vê outra possibilidade. Está cada vez mais obcecado por seu trabalho. Já não vê a abertura do poço nem olha em direção à claridade externa.

Um dia, um desconhecido aproxima-se do poço e, com pena de tanta desventura, procura uma corda e lança-a para João. João não vê a corda, está concentrado em seu trabalho. Agora, o desconhecido grita: “Pegue a corda!”, mas João está surdo, não escuta e segue trabalhando. O desconhecido joga uma pedra e com ela atinge as costas de João. Ele sente a dor e olha para cima irritado, sem compreender. Interromperam seu trabalho. Grita furioso: ‘O que você quer? Não vê que estou ocupado?’. O desconhecido parece surpreso e diz, timidamente: ‘Aí tem uma corda, pegue-a e saia!’. João responde irritado, sem olhá-lo: ‘Não vê que estou ocupado, trabalhando? Não tenho tempo para preocupar-me com sua corda!’. E recomeça seu trabalho”.

Carlos Matus

RESUMO

Trata-se de um estudo sobre a regionalização da saúde sob a ótica de atores municipais, regionais e estaduais, envolvidos com a gestão em saúde de treze Municípios da “Metade Sul” do Rio Grande do Sul, instâncias regionais e estaduais, bem como o poder que se constitui nos espaços decisórios. Está inserido no projeto intitulado “Fluxos e utilização de serviços de saúde: a mobilidade de usuários e os novos desafios para a Saúde Pública”. A temática do estudo se estrutura em três grandes eixos: o **político** (como organizador do espaço decisório), o **espaço geográfico** (como operacionalizador do processo de decisão) e os **atores sociais** (como executores do processo), utilizando-se do referencial teórico de Carlos Matus e de Mario Testa. Objetiva analisar as estratégias e a configuração de poder que se estabelecem no planejamento relativo à regionalização, compreendido no espaço geográfico dos Municípios que compõem a ASSEDISA Centro-Sul no Estado do Rio Grande do Sul, sob a ótica de atores institucionais e da gestão governamental. Possui abordagem qualitativa e foi desenvolvido junto a atores municipais dos treze Municípios pertencentes à ASSEDISA Centro-Sul e a atores regionais e estaduais envolvidos no processo de regionalização na Região e no Estado. A identificação das categorias empíricas foi realizada por meio da análise temática e, após, partiu-se para a análise estratégica proposta por Matus e Testa. Para tanto, utilizou-se das variáveis de análise estratégica: ator, operações, meios estratégicos e tempo e, a categoria poder, espaço de decisão, estratégias institucionais e programáticas. Pela análise dos resultados foi apontado o financiamento em Saúde, especialmente, em média complexidade, e a organização do Sistema como os principais problemas enfrentados pelos atores municipais no processo de descentralização em saúde. Por outro lado, observou-se a dificuldade que estes tinham em aceitar sua responsabilidade, além da gestão da atenção básica, e o receio do aumento da responsabilidade pela assinatura do Pacto de Gestão, pois os mesmos já vinham repassando além do mínimo constitucional. A discussão de fixos e fluxos que perpassam o território de Saúde demonstra as dificuldades que os atuais recortes espaciais e desenhos de redes “engessados” vinham impondo aos Municípios. Dessa forma, esses utilizavam a capacidade instalada de Porto Alegre para consultas e procedimentos especializados, além dos serviços do Consórcio Intermunicipal Centro-Sul e focavam a média complexidade na Região, em alguns hospitais regionais. Já a Programação Pactuada e Integrada, a regulação em Saúde e as análises oriundas do Pacto de Gestão foram considerados mecanismos que apontavam para a efetivação dos fluxos. Tanto os fixos quanto os fluxos influenciam e são influenciados pelo jogo político, sendo que nesse ocorre a distribuição do poder político. O

presente apontou a força dos demais espaços decisórios sobre os Municípios, especialmente, por parte do Ministério da Saúde que foi apontado como o protagonista da arena decisória e orientador do eixo das políticas públicas no Brasil. Conclui-se a necessidade de se repensar a consolidação da microrregião, a partir da análise situacional, local e regional, bem como a reorganização do Sistema de Saúde.

Palavras-chave: Regionalização: Rio Grande do Sul. Política de Saúde. Sistema de Saúde. Descentralização. Serviços de Saúde.

RESUMEN

Se trata de un estudio sobre la regionalización de la salud bajo la óptica de actores municipales, regionales y estatales, involucrados con la gestión en salud de trece Municipios de la “Mitad Sur” del Río Grande del Sur, instancias regionales y estatales, bien como el poder que se constituye en los espacios decisorios. Está inserido en el proyecto intitulado “Flujos y utilización de servicios de salud: la movilidad de usuarios y los nuevos retos para la Salud Pública”. La temática del estudio se estructura en tres grandes ejes: el **político** (como organizador del espacio decisorio), el **espacio geográfico** (como operacionalizador del proceso de decisión) y los **actores sociales** (como ejecutores del proceso), utilizándose del referencial teórico de Carlos Matus y de Mario Testa. Objetiva analizar las estrategias y la configuración de poder que se establecen en el planteamiento relativo a la regionalización, comprendido en el espacio geográfico de los Municipios que componen la ASSEDISA Centro-Sur en el Estado del Río Grande del Sur, bajo la óptica de actores institucionales y de la gestión gubernamental. Posee abordaje cualitativo y fue desarrollado junto a actores municipales de los trece Municipios pertenecientes a la ASSEDISA Centro-Sur y a actores regionales y estatales involucrados en el proceso de regionalización en la Región y en el Estado. La identificación de las categorías empíricas fue realizada por medio del análisis temático y, luego, se partió para el análisis estratégico propuesto por Matus y Testa. Para tanto, se utilizó de las variables de análisis estratégico: actor, operaciones, medios estratégicos y tiempo y, la categoría poder, espacio de decisión, estrategias institucionales y programáticas. Por el análisis de los resultados fue apuntado el financiamiento en Salud, especialmente, en mediana complejidad, y la organización del Sistema como los principales problemas enfrentados por los actores municipales en el proceso de descentralización en salud. Por otro lado, se observó la dificultad que éstos tenían en aceptar su responsabilidad, además de la gestión de la atención básica, y el recelo del aumento de la responsabilidad por la firma del Pacto de Gestión, pues los mismos ya venían repasando además del mínimo constitucional. La discusión de flujos y flujos que pasan el territorio de Salud demuestra las dificultades que los actuales recortes espaciales y dibujos de redes “enyesados” venían imponiendo a los Municipios. De esa forma, éstos utilizaban la capacidad instalada de Porto Alegre para consultas y procedimientos especializados, además de los servicios del Consorcio Intermunicipal Centro-Sur y enfocaban la media complejidad en la Región, en algunos hospitales regionales. Ya la Programación Pactuada e Integrada, la regulación en Salud y el análisis oriundos del Pacto de Gestión fueron considerados mecanismos que señalaban para la

efectuación de los flujos. Tanto los fijos cuanto los flujos influncian y son influenciados por el juego político, siendo que en ése ocurre la distribución del poder político. El presente señaló la fuerza de los demás espacios decisorios sobre los Municipios, especialmente, por parte del Ministerio de la Salud que fue apuntado como el protagonista de la arena decisoria y orientador del eje de las políticas públicas en el Brasil. Se concluye la necesidad de se repensar la consolidación de la microrregión, a partir del análisis situacional, local y regional, bien como la reorganización del Sistema de Salud.

Palabras clave: Regionalización: Rio Grande do Sul. Política de Salud. Sistemas de Salud. Descentralización. Servicios de Salud.

ABSTRACT

This is a study on the regionalization of health service under the optics of municipal, regional and state actors involved with the health management of thirteen municipalities in the "southern half" of Rio Grande do Sul, regional and state bodies, as well as the power which is constituted in decision-making spaces. The present study is part of a project entitled "Flows and Utilization of Health Services: Mobility of Users and New Challenges for Public Health". The theme of the study is structured around three main axes: the **politic space** (as organizer of the decision-making space), the **geographic space** (as operator in the decision-making process), and the **social actors** (as executors of the process), using the theoretical referential of Carlos Matus and Mario Testa. It had the objective of analyzing the strategies and the configuration of power which are established in planning related to regionalization included in the geographical area of the municipalities that compose the Center-South ASSEDISA in the State of Rio Grande do Sul from the viewpoint of institutional actors as well as government managers. It used a qualitative approach and was developed with municipal actors of the thirteen mentioned municipalities which belong to Center-South ASSEDISA and the regional and state actors involved in the process of regionalization, both in the region and in the state. The identification of empirical categories was pursued through the thematic analysis and then it was done a strategic analysis proposed by Matus and Testa. To do so, it was used the variables of strategic analysis: actor, operations, strategic resources and time; and the categories of power, decision-making space as well as institutional and programmatic strategies. By the analysis of the results, the health financing – especially the one of average complexity, and the organization of the system were appointed as the main problems faced by local actors in the process of decentralization of health. On the other hand, it was noted the difficulty they had to accept their own responsibility, besides the management of basic care, and the fear of increasing responsibility by signing the Pact of Management because they had already been offering subsidies beyond the constitutional minimum. The discussion of 'fixed' and 'flows' that permeate the territory of Health shows the difficulties that today's spatial records and drawings of "plastered" networks were imposing to the municipalities. In this way, they used the installed capacity of Porto Alegre for health service and specialized procedures, besides the services of Inter-municipal Center-South Consortium and focused the average complexity in the region, in some regional hospitals. Both 'fixed' and 'flows' influence and are influenced by the political game, being notorious the distribution of political power. This study pointed to the strength of other decision-making spaces on the

municipalities, especially, by the Ministry of Health which was appointed as the protagonist of decision-making arena and public policy axis guiding in Brazil. It is concluded the need of rethinking the consolidation of micro-region, from the situational, local and regional analysis as well as the reorganization of the Health System.

Keywords: Regional Health Planning: Rio Grande do Sul. Health Policy. Health Systems. Decentralization. Health Services.

RÉSUMÉ

Il s'agit d'une étude sur la régionalisation de la santé sous l'optique des acteurs municipaux, régionaux et de l'Etat, engagés en la gestion de la santé de treize Muncipes de la "Moitié-Sud" du "Rio Grande do Sul", des instances régionales et relatives aux Etats, aussi que le pouvoir qui se constitue dans les espaces décisifs. Il est inséré dans le projet intitulé : "Les flux et l'utilisation des services de santé, la mobilité des utilisateurs et les nouveaux défis pour la Santé Publique". La thématique de l'étude a son structure basée en trois axes : **le politique** (comme l'organisateur de l'espace décisif), **l'espace géographique** (comme celui qui fait l'implantation du processus de décision) et **les acteurs sociaux** (comme les exécutifs du processus) en employant le rapport théorique de Carlos Matus et de Mario Testa. Elle objective analyser les stratégies et la configuration du pouvoir, lesquelles s'établissent dans le plant relative à la régionalisation compris dans l'espace géographique des Muncipes qui composent l' "ASSEDISA Centre-Sud", dans l'Etat du "Rio Grande do Sul", sous l'optique des acteurs institués et ceux de la gestion gouvernementale. La recherche possède une abordage qualificative et elle a été développée avec les acteurs des treize Muncipes qui appartiennent à l' "ASSEDISA Centre-Sud" et ceux qui sont engagés au processus de régionalisation dans la Région et l'Etat. L'identification des catégories empiriques a été réalisée par moyen de l'analyse thématique et, après, on est parti pour l'analyse stratégique proposée par Matus et Testa. Pour cela on a utilisé les variables de cette analyse : l'acteur, les opérations, les moyens stratégiques, le temps et, encore, les catégories : le pouvoir, l'espace de décision, les stratégies institutionnelles et programatiques. Par l'analyse des résultats ont été signés le financement en Santé spécialement en complexité moyenne et l'organisation du Système, comme les principaux problèmes qui ont fait face les acteurs du Muncipe, pendant le processus de descentralisation en Santé. On a observé, aussi, leur difficulté d'accepter la responsabilité, sauf de la gestion de l'attention basique, et la crainte de l'accroissement de leur responsabilité par la signature du Pacte de Gestion, car ils repassaient déjà, en plus que le minimum constitutionnel. La discussion des fixes et des fluxes, qui passent le territoire de Santé, montre les difficultés qui les découpures spacieuses et les dessins des réseaux "platrés" imposaient aux Muncipes. De cette forme, ils utilisaient la capacité installée de "Porto Alegre" pour les consultations et les procédés spécialisés, au-delà des services de l'Association Intermunicipale Centre-Sud et ils envisageaient la complexité moyenne dans la Région, dans quelques hôpitaux. Le Programme Pactué et Intégré, le règlement en Santé et les analyses parvenues du Pacte de Gestion ont été considérées des mécanismes qui indiquaient l'exécution des fluxes,

lesquels, avec les fixes, ont de l'influence et sont influencés par le jeu politique où survient la distribution du pouvoir politique. Par cet étude a été indiquée la force des autres espaces décisionnaires pour les Municipales, spécialement de la part du Ministère de la Santé qui a été considéré le protagoniste de l'arène décisionnaire et le guide de l'axe des Politiques Publiques, au Brésil. On conclut la nécessité de repenser la consolidation de la micro-région à partir de l'analyse situationnelle locale et régionale, aussi que la réorganisation du Système de Santé.

Mots-clé : Regionalisation, Rio Grande do Sul, Politique de Santé, Système de Santé, Descentralisation, Services de Santé.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 –	Processo decisório no Colegiado de Gestão Regional com foco em instrumentos do planejamento regional do SUS	47
Quadro 1 –	Meios estratégicos para uso no jogo social	53
Quadro 2 –	Implementação do PDR nos 26 Estados do Brasil e Distrito Federal, 2009	66
Figura 2 –	Mapa das Macrorregiões e áreas de abrangência das Coordenadorias Regionais de Saúde, do Estado do Rio Grande do Sul, 2009 ...	67
Figura 3 –	Configuração do poder no espaço decisório da ASSEDISA Centro-Sul	68
Quadro 3 –	Relatório do Consórcio Intermunicipal Centro-Sul, referente aos anos de 2007, 2008 e, parcialmente, 2009	70
Quadro 4 –	Situação socioeconômica e demográfica dos treze Municípios em estudo, 2012	75
Quadro 5 –	Relação das categorias empíricas e analíticas	80
Figura 4 –	Mapa do território do estado do Rio Grande do Sul, subdividido pelas 26 regionais da ASSEDISA Estadual, focando a ASSEDISA Centro-Sul, RS, 2011	83
Figura 5 –	Mapa do território da 2ª e 3ª Coordenadorias Regionais de Saúde, RS, 2011	84
Quadro 6 –	Verba investida de 2006 a 2010 pelos Municípios, em estudo, do estado do Rio Grande do Sul e o percentual em relação à receita	101
Figura 6 –	Mapa da 2ª e 3ª CRS, destacando os Municípios pertencentes à ASSEDISA Centro-Sul, RS, 2012	124
Figura 7 –	Mapa das Macrorregiões Sul e Metropolitana, destacando os Municípios pertencentes à ASSEDISA Centro-Sul, RS, 2012	125
Figura 8 –	A mudança dos sistemas piramidais e hierárquicos para as redes de atenção à saúde	157
Figura 9 –	Configuração do poder no espaço decisório do processo de regionalização na ASSEDISA Centro-Sul	225

LISTA DE ABREVIACÕES E SIGLAS

- ABS – Atenção Básica de Saúde
- AC – Alta Complexidade de Saúde
- ACENSUL – Associação dos Municípios da Zona Centro Sul
- APS – Atenção Primária em Saúde
- ASSEDISA – Associação de Secretários e Dirigentes Municipais de Saúde
- CES – Conselho Estadual de Saúde
- CGR – Colegiado de Gestão Regional
- CIB – Comissão Intergestores Bipartite
- CICS – Consórcio Intermunicipal Centro-Sul
- CIS – Consórcios Intermunicipais de Saúde
- CIT – Comissão Intergestores Tripartite
- CMS – Conselho Municipal de Saúde
- CNES – Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
- CNS – Conselho Nacional de Saúde
- COGERE – Colegiado de Gestão Regional (nomenclatura utilizada no Rio Grande do Sul)
- CONASS – Conselho Nacional de Secretários de Saúde
- CONASEMS - Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde
- CORSAN – Companhia Riograndense de Saneamento
- COSEMS – Conselho das Secretarias Municipais de Saúde
- CPMF – Contribuição Provisória sobre as Movimentações Financeiras
- CRS – Coordenadoria Regional de Saúde
- EC 29 – Emenda Constitucional 29
- ESF – Estratégia de Saúde da Família
- FAMURS – Federação das Associações de Municípios do Rio Grande do Sul
- FUNASA – Fundação Nacional de Saúde
- INAMPS – Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social
- IPÊ – Instituto de Previdência do Estado do Rio Grande do Sul
- LAPPIS – Laboratório de Pesquisas sobre Práticas de Integralidade em Saúde
- LOS – Lei Orgânica da Saúde
- LRF – Lei de Responsabilidade Fiscal
- MC – Média Complexidade de Saúde

MS – Ministério da Saúde
NOAS – Norma de Assistência à Saúde
NOB – Norma Operacional Básica
PAC – Plano de Aceleração do Crescimento
PDI – Plano Diretor de Investimentos
PDR – Plano Diretor de Regionalização da Saúde
PES – Planejamento Estratégico Situacional
PIB – Produto Interno Bruto
PIM – Primeira Infância Melhor
PNS – Plano Nacional de Saúde
PPA – Plano Plurianual
PPI – Programação Pactuada e Integrada
RAS – Redes de Atenção à Saúde
RS – Rio Grande do Sul
SAMU – Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
SES – Secretaria Estadual de Saúde
SETEC – Secretaria Técnica do Colegiado de Gestão Regional
SIA – Sistema de Informações Ambulatorial
SIH – Sistema de Informações Hospitalares
SIS – Sistemas de Informação em Saúde
SUS – Sistema Único de Saúde
UBS – Unidade Básica de Saúde
UPA – Unidade de Pronto Atendimento

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	20
2 CONTEXTUALIZAÇÃO DO PROBLEMA DE PESQUISA	29
2.1 Políticas Públicas de Saúde, no Brasil – o processo de regionalização	29
2.2 A regionalização e o embate relativo ao espaço: espaço geográfico x espaço político	36
2.3 De que planejamento relativo à regionalização se está falando?	48
2.4 Planejamento regional ascendente e redes no processo de regionalização	58
2.5 Problemática em estudo	64
3 OBJETIVOS	73
3.1 Objetivo geral	73
3.2 Objetivos específicos	73
4 METODOLOGIA	74
4.1 Caracterização do estudo	74
4.2 Área de estudo	75
4.3 População em estudo	76
4.4 Coleta de dados	77
4.5 Análise de dados	80
4.6 Considerações éticas	81
5 ANÁLISE DOS DADOS	82
5.1 Conhecendo os espaços decisórios e os gestores municipais, regionais e estaduais entrevistados	82
5.2 O processo de descentralização nos Municípios pertencentes à Centro-Sul: da Constituição Federal de 1988 ao Pacto pela Saúde, da municipalização à regionalização – descentralizaram a descentralização?	94
5.2.1 Implementação do processo de descentralização da saúde no Município	94
5.2.2 Discussão do processo de regionalização no Município e na Região	120
5.2.2.1 Fixos: território e estratégias de utilização dos serviços de saúde	120
5.2.2.2 Fluxos: PPI, Regulação da Saúde e Pacto de Gestão	160
5.2.2.3 O jogo político do processo de regionalização no Município e na Região	184
5.3 ASSEDISA Centro-Sul: espaço decisório na consolidação do processo de regionalização	193

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS	227
REFERÊNCIAS	241
APÊNDICE A – Roteiro de entrevista com os gestores municipais de saúde	254
APÊNDICE B – Roteiro de entrevista com o gestor de saúde de um Município de grande porte do estado do Rio Grande do Sul	255
APÊNDICE C – Roteiro de entrevista com os representantes da regionalização nas Coordenadorias Regionais de Saúde responsáveis pelos Municípios em estudo	256
APÊNDICE D – Roteiro de entrevista com o representante da regionalização na Secretaria Estadual de Saúde	257
APÊNDICE E – Roteiro de entrevista com o responsável pelo Consórcio Intermunicipal Centro-Sul	258
APÊNDICE F – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	259
ANEXO A – Adesão dos Estados ao Pacto pela Saúde	260
ANEXO B – Consórcios em Saúde do Estado do Rio Grande do Sul	261
ANEXO C – Aprovação no Comitê de Ética da UFRGS	265
ANEXO D – Aprovação do adendo ao projeto no Comitê de Ética da UFRGS	266

1 INTRODUÇÃO

Desenvolveu-se a presente Tese de Doutorado, no Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul quando se propôs a estudar a temática da regionalização em saúde sob a ótica dos atores sociais envolvidos na sua gestão em treze Municípios da “Metade Sul” do Rio Grande do Sul e de instâncias regionais e estaduais, bem como o poder que se constitui nos espaços decisórios.

Obteve-se a proposta quando se participou da equipe de trabalho do Núcleo de Estudos em Saúde Coletiva (GESC/EENF/UFRGS) e do Grupo de Pesquisa Interdisciplinar em Meio Ambiente e Desenvolvimento (GRIMAD/PGDR/UFRGS). O estudo da temática de acesso e fluxos de utilização de serviços de saúde de Média Complexidade (MC) iniciou com a Dissertação de Mestrado⁽¹⁾, desenvolvida no município de Camaquã, tido como “polo regional” para os Municípios da Área empírica dos projetos desenvolvidos no âmbito do GRIMAD.

Os resultados apontaram que a utilização do Hospital e Pronto Socorro Geral do referido Município expressava a mobilidade de usuários entre diferentes Municípios, extrapolando os limites político-administrativos da regionalização, evidenciando que a utilização de serviços de saúde depende de fatores como o acesso geográfico, econômico, e funcional, assim como os motivos, a procura e as trajetórias que são colocadas em prática dependem de fatores culturais, em função da forma como os usuários percebem seu problema de saúde⁽²⁾. Pela análise espacial dos fluxos de utilização dos serviços de saúde de MC foi revelada, igualmente, a movimentação dos usuários do Sistema Único de Saúde (SUS), na Área de estudo (territorialidade), advindos quase exclusivamente de usuários do próprio Município (em detrimento de outros serviços da rede de atenção à saúde, como as Unidades de Atenção Básica) e especialmente de Municípios circunvizinhos⁽²⁾.

No estudo também se pode constatar a dificuldade de trabalhar com o processo de regionalização, o que motivou o desenvolvimento de uma pesquisa, aprofundando-se a temática de fluxos e utilização de serviços da Atenção Básica de Saúde (ABS) e de Média Complexidade (MC) de alguns Municípios da “Metade Sul” do Rio Grande do Sul, a partir da oferta e da demanda por esses serviços, considerando as prioridades e necessidades de saúde dos usuários, bem como a organização da rede de serviços e as ações por ela desenvolvidas^a.

^a Projeto intitulado “Fluxos e utilização de serviços de saúde: a mobilidade de usuários e os novos desafios para a Saúde Pública”. Financiamento da FAPERGS (MS/CNPq/ FAPERGS n° 006/2006) e uma Bolsa de Iniciação Científica (PIBIC/CNPq, 2006/2007/2008).

O projeto referido acima foi desenvolvido em duas etapas, nos municípios de Amaral Ferrador, Arambaré, Camaquã, Canguçu, Cerro Grande do Sul, Chувиска, Cristal, Dom Feliciano, Encruzilhada do Sul, Santana da Boa Vista, São Lourenço do Sul, Sentinela do Sul e Tapes. Na primeira etapa ocorreu a coleta de dados secundários, na base de dados do Departamento de Informação e Informática do SUS – DATASUS (SIA – Sistema de Informações Ambulatorial, SIH – Sistema de Informações Hospitalares, CNES – Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde), nos anos de 2000 a 2005, e estimativas populacionais – IBGE. O objetivo da escolha desse período foi a possibilidade de ter um panorama anterior e posterior à implantação do Plano Diretor da Regionalização em Saúde (PDR) do Rio Grande do Sul, que ocorreu em 2002. Nessa etapa, contou-se com a contribuição da portaria do Ministério da Saúde 1.101/GM⁽³⁾ em que se estabelecem os parâmetros de cobertura assistencial, no âmbito do SUS. O uso dessas duas ferramentas proporcionou a análise dos parâmetros assistenciais da ABS e de MC nos Municípios estudados, possibilitando a observação e as interferências relacionadas à mobilidade dos usuários e aos fluxos de utilização dos serviços de saúde, nos referidos Municípios e entre eles⁽⁴⁾.

Os resultados da ABS evidenciaram a diversidade de situações de saúde nos Municípios estudados: ausência, excesso ou continuidade na oferta de consultas e procedimentos. Pensa-se que esta situação possa estar demonstrando uma subnotificação dos dados e problemas, na sua digitação, em bases de dados secundários. Outra questão relevante é o fato de que a diversidade entre estes Municípios pode estar refletindo uma “desigualdade regional” no acesso à ABS⁽⁵⁾.

Para a MC, estudaram-se as consultas especializadas e as especializadas de urgência. Os Municípios da Área de estudo estão habilitados na Gestão Plena de Atenção Básica Ampliada, conforme a Norma de Assistência à Saúde⁽⁶⁾. Desta forma, eles não teriam a obrigatoriedade de oferecer serviços de MC, porém existe a demanda municipal e a capacidade instalada, em alguns deles, o que permite determinados tipos de atendimentos. Desta forma, pode-se levantar a hipótese de que os Municípios ofertam consultas especializadas na medida em que há a disponibilidade de profissionais na Região⁽⁷⁾.

Quando se remete ao PDR/RS, este traz o município de Camaquã como responsável pela referência microrregional (sede), quanto a consultas e procedimentos de MC para os municípios de Amaral Ferrador, Arambaré, Camaquã, Cerro Grande, Chувиска, Cristal e Sentinela do Sul. A microrregião Costa Doce Sul também conta com sede em Dom Feliciano, sendo responsável pelo atendimento próprio, o que ocorre também em Tapes⁽⁸⁾. Na análise

dos dados secundários, Camaquã não mostrou esta responsabilidade. Pode-se inferir que, apesar de o Estado ter organizado o PDR, o que é uma conquista em prol da regionalização, nos Municípios ainda há dificuldade de colocá-lo em prática, como se observa na Costa Doce Sul. Isso pode estar ocorrendo por diversos obstáculos, sejam políticos, econômicos, sociais e culturais, por parte dos políticos, dos profissionais de saúde e mesmo, dos usuários. Devem-se relativizar as análises devido ao fato de os dados apontarem apenas o espaço de três anos após a implantação do PDR, o que representa um pequeno período para a construção desse processo.

Com os dados analisados, foi subsidiada a construção dos projetos desenvolvidos na segunda etapa^b, inclusive da presente Tese de Doutorado, por meio de pesquisas diretas. O trabalho intitulado “O uso da informação na gestão da atenção básica à saúde: informação para que, mesmo?”, apontou alguns importantes resultados. Referiu-se à necessidade de se utilizarem os Sistemas de Informação em Saúde (SIS) para o planejamento em saúde e à dificuldade que muitos Municípios enfrentam para trabalhar com os mesmos. Ressalta-se que, neste estudo, foram abordadas questões da ABS, sendo que outra questão enfocada no mesmo foi a dificuldade enfrentada pelos gestores municipais entrevistados em discorrer sobre a informação em saúde e a sua utilização, para avaliar e planejar, no nível de atenção referido acima⁽⁹⁾.

A Dissertação intitulada “Fluxos de utilização de serviços hospitalares: análise do perfil das internações e mobilidade de usuários em municípios da Metade Sul do RS à luz da regionalização”, aponta que o processo de regionalização necessita de uma permanente reavaliação e readequação, desta forma, permitindo a reflexão dos avanços conquistados e observando as necessidades e dificuldades persistentes. Pensa-se que a superação das verticalizações, a construção de redes e os acordos de pactuações permitirão que se alcance a universalidade do acesso, a equidade, a integralidade e a resolutividade⁽¹⁰⁾.

Os estudos citados apontam algumas considerações a respeito da gestão em saúde. Pode-se inferir que os gestores apresentam dificuldades no planejamento local, nessa Área, especialmente quanto aos SIS⁽⁹⁾, mas também pela descontinuidade na oferta de serviços de saúde municipais⁵. Quanto à MC, acredita-se que haja dificuldades ou barreiras na

^b Nessa etapa, foram desenvolvidos: um trabalho de conclusão de curso intitulado “O uso da informação na gestão da atenção básica à saúde: informação para que mesmo?”; e, quatro Dissertações de Mestrado: 1) Condições de vida, acesso e utilização dos serviços de saúde no município de Camaquã, RS: contribuições ao estudo dos determinantes sociais de saúde; 2) A outra face dos determinantes sociais de saúde: subjetividades na construção do cotidiano individual e coletivo em uma comunidade rural; 3) Fluxos de utilização de serviços hospitalares: análise do perfil das internações e mobilidade de usuários em municípios da Metade Sul do RS à luz da regionalização; 4) Práticas avaliativas na Atenção Básica em Saúde: a gestão local entre reprodução e inovação.

organização da referência dos Municípios, evidenciando a complexidade da concretização das redes microrregionais, por consequência, alguns entraves na consolidação do PDR⁽⁷⁾. A partir desses resultados, pode-se levantar a hipótese de que há uma dificuldade em gerir um sistema de saúde descentralizado, tanto no Município quanto na Região. Dessa forma, salienta-se a importância de se aprofundarem as questões relativas às tomadas de decisão política, relativas, especialmente, à regionalização, tanto por parte das Coordenadorias Regionais de Saúde (CRSs), quanto da gestão local, contribuindo para o aperfeiçoamento do Sistema de Saúde, planejamento territorial de ações de saúde e consolidação do SUS.

Inferre-se que resultados de estudos, como os apontados, possam auxiliar os gestores e os profissionais de saúde, no entendimento das trajetórias realizadas pelos usuários dos serviços de saúde, possibilitando um esclarecimento sobre a utilização destes na sua Região, e dessa forma, subsidiar na implementação de estratégias para o desenvolvimento de ações nessa Área e a construção e/ou consolidação de novas formatações de políticas públicas de saúde⁽⁴⁾.

A presente Tese também está vinculada ao projeto anterior e surgiu de um desdobramento de seus objetivos e da reflexão dos resultados apontados nas demais etapas e pesquisas, sendo referente ao estudo da regionalização junto a atores sociais envolvidos na gestão em saúde, nos níveis local, regional e estadual. Ressalta-se a necessidade de o gestor enxergar a realidade de sua Região para ter um novo olhar sobre o processo de regionalização. Porém, a situação discutida, a partir dos resultados apontados nos estudos citados, pode refletir uma importante questão posta em pano de fundo, sejam elas, as configurações de poder existentes nos espaços de decisão e a interferência dessas na consolidação da regionalização. Neste sentido, a problematização dos resultados mostra a necessidade de se aprofundar a questão das configurações de poder entre os gestores e sua interferência nos espaços de decisão e no planejamento em Saúde.

Para estudar a questão da constituição de poder em espaços decisórios referentes à regionalização, fez-se necessário remeter-se ao conceito de **descentralização**. Cabe salientar, quanto às convergências e divergências a respeito do conceito de descentralização, que esta tem necessidade de uma contextualização histórica para que possa ganhar significado, além de poder explicativo⁽¹¹⁾.

Por alguns expressivos segmentos da Reforma Sanitária brasileira se entendia que a centralização e a descentralização possuíam um caráter de termos que mantinham uma relação de antinomia entre si, tendo definida, previamente, “uma carga simbólica própria”. Essas concepções buscavam “atribuir, como algo natural, à descentralização como representando o

primado da virtude associada às positivities, sobressaindo-se a democratização, a participação, o controle público, enfim ‘o bom governo’, enquanto que à centralização significando o seu contrário”^(11:85-6).

Porém, esses conceitos ganham a carga analítica, no momento em que são implementadas as condições objetivas. Desta forma, “os elementos mais relevantes para a análise deixam de ser os princípios e as diretrizes da descentralização, mas sim as condições sóciopolíticas dadas para a sua implementação”^(11:86). Ressalta-se que a autonomia entre as esferas de governo é o principal vetor do tensionamento presente no binômio centralização/descentralização⁽¹¹⁾.

O ideal de descentralização surge, no Brasil, como uma estratégia de democratização, buscando superar a perspectiva racionalizadora como era vista até o final dos anos 80, pois veio acompanhada pela transição política⁽¹¹⁾. Nesta perspectiva, a descentralização possui três dimensões, a tecnológica, a cultural, por meio da mudança na cultura administrativa, pela introdução, na gestão, de novos atores, e a político-social, por meio da redistribuição dos recursos, espacial e socialmente⁽¹²⁾. Ressalta-se, também, o fato de haver necessidade de uma transferência do poder decisório para o local, o que intensificaria o “protagonismo” da gestão, especialmente para as instâncias municipais e regionais.

Porém, a descentralização apresenta-se como uma medida racionalizadora; exemplo disso foi a edição, pelo Ministério da Saúde (MS), em 1991, da Norma Operacional Básica (NOB), para regular o processo de descentralização em saúde⁽¹¹⁾.

A insuficiência da conceituação de descentralização e a tensão existente entre o binômio centralização-descentralização aumentam os problemas relacionados a esta diretriz na Área da Saúde, pois “trata-se do estudo das relações entre Estado/Sociedade, o que envolve a análise das novas formas de organização do Estado e da Sociedade”^(11:118). Nesse sentido,

a descentralização será concebida como uma questão de natureza essencialmente política, que implica redistribuição de poder decisório, prestando-se, na ação política, à apropriação de diferentes segmentos do espectro ideológico, frequentemente associada a um projeto político mais amplo. No caso das políticas sociais e das de saúde, em particular, o processo de descentralização desdobra-se em três dimensões independentes, ainda que sempre articuladas entre si: a política, envolvendo os aspectos referentes à autonomia para formular e proceder as escolhas desta natureza; a financeira, versando sobre a liberdade para alocação de recursos e os critérios de aplicação, e a administrativa, envolvendo a liberdade para adoção dos princípios e diretrizes voltados para organização da máquina administrativa^(11:127).

Analisando-se o processo histórico de consolidação da descentralização, na Área da Saúde, no Brasil, evidencia-se que as discussões precedem a Constituinte, e que, juntamente ao Movimento da Reforma Sanitária, a **municipalização** já vinha sendo gestada pelo “Movimento Municipalista da Saúde”⁽¹¹⁾. Surgem duas vertentes no debate sobre o tema: a democratizante e a racionalizadora. A primeira procura “ênfatizar os meios de melhorar o controle público sobre o Estado”. Já a segunda, “está mais estreitamente preocupada em identificar e propor mecanismos capazes de garantir maior eficiência e eficácia do Estado do ponto de vista estritamente econômico”. Esses ideais, na prática da ação política “acabam sendo apropriados por diferentes segmentos ideológicos, segundo seus interesses políticos mais imediatos”^(11:144).

Pela Lei Orgânica da Saúde⁽¹³⁾ é apontado que

Art. 36. O processo de planejamento e orçamento do Sistema Único de Saúde (SUS) será **ascendente**, do nível local até o federal, ouvidos seus órgãos deliberativos, compatibilizando-se as necessidades da política de saúde com a disponibilidade de recursos em planos de saúde dos Municípios, dos Estados, do Distrito Federal e da União^(13:12).

Essa proposta demonstra que, pelo caráter ascendente do planejamento, a construção da Política Nacional de Saúde parte das realidades locais⁽¹⁴⁾. A edição das NOBs 91 e 93 subsidiou o processo de descentralização, focado na **municipalização**⁽¹⁵⁾, ou seja, na

passagem progressiva de serviços e encargos que possam ser desenvolvidos mais satisfatoriamente pelos municípios. É a descentralização das ações político-administrativas com a adequada distribuição de poderes político e financeiro. É desburocratizante, participativa, não-autoritária, democrática e desconcentradora do poder^(16:27).

Ressalta-se que há uma distinção entre a descentralização política e a administrativa. A primeira traz uma ideia de “direito autônomo” e, na segunda, há uma ideia de “derivação dos poderes administrativos”, sendo que se pode falar em federalismo e, de “uma real autonomia política das entidades territoriais”^(17:331).

O processo de municipalização apresenta algumas críticas, especialmente quanto à possibilidade de ‘prefeiturização’. Neste sentido, quando se questiona de qual municipalização se está falando, duas formas são possíveis: 1) a primeira, em que a gestão é feita com ou sem a transferência do poder decisório ao Município, quando ela é necessária para que se efetive o proposto na Carta Constitucional e Lei Orgânica da Saúde; 2) a segunda possibilidade é a municipalização, acompanhada, ou não, da mudança do modelo assistencial

hegemônico⁽¹²⁾. Este processo, se encarado como de natureza político-administrativa, pode promover um espaço de transformação institucional e configurar-se numa reforma assistencial. Por outro lado, se não houver a mudança do modelo assistencial, permanece o de atenção médica⁽¹²⁾.

Esta proposta surgiu num contexto de transformação, sendo identificadas três maneiras de se efetuar o processo de municipalização: “a prestação de serviços, a ‘inampsização’ e a distritalização”^(12:120). Já passados 16 anos dessa proposta, pode-se destacar que houve, no Brasil, uma melhora significativa no Sistema de Saúde.

A municipalização se efetivou no País, porém se observam algumas dificuldades, por parte dos Municípios, na operacionalização dos seus deveres. Um exemplo disso é observado nos resultados do projeto dos Fluxos, em que a necessidade da implementação da assistência em urgência e emergência, pelo Município, mostra-se de difícil operacionalização. Nos achados é apontada a dificuldade encontrada pelos Municípios, especialmente os de pequeno porte, em suprir esta necessidade, sendo o atendimento realizado no próprio Município ou em outro, via Consórcio de Saúde ou compra direta de serviços⁽⁴⁾.

A implementação da NOB 93, vem regulamentar “o processo de descentralização da gestão dos serviços e ações no âmbito do Sistema Único de Saúde e estabelece os mecanismos de financiamento das ações de saúde, em particular da assistência hospitalar e ambulatorial e diretrizes para os investimentos no setor”^(18:2). O documento enfatiza que

a regionalização deve ser entendida como uma articulação e mobilização municipal que leve em consideração características geográficas, fluxo de demanda, perfil epidemiológico, oferta de serviços e, acima de tudo, a vontade política expressa pelos diversos municípios de se consorciar ou estabelecer qualquer outra relação de caráter cooperativo^(18:3).

Já a NOB 96,

tem por finalidade primordial promover e consolidar o pleno exercício, por parte do poder público municipal e do Distrito Federal, da função de gestor da atenção à saúde dos seus munícipes [...], com a consequente redefinição das responsabilidades dos Estados, do Distrito Federal e da União, avançando na consolidação dos princípios do SUS^(19:6).

Apesar de as NOBs 93⁽¹⁸⁾ e 96⁽¹⁹⁾ trabalharem com a importância da articulação intermunicipal para consolidação da regionalização da atenção de média e alta complexidade, pensando no planejamento ascendente, a ABS foi a estratégia privilegiada para dar início ao

processo de descentralização, visto que se começou a organização local por este nível de complexidade da assistência.

A **regionalização** é um elemento prioritário no processo de descentralização. Coloca-se como uma das principais diretrizes na consolidação da atenção de MC, pois esta é um dos grandes “nós” críticos ou causas críticas⁽²⁰⁾ do SUS. Há uma procura por consultas e procedimentos especializados maior do que a oferta e esta realidade é um obstáculo no caminho do usuário, dentro do Sistema. Na maioria das vezes, há um elevado período de espera, pela escassez desses serviços. Infere-se que este problema esteja relacionado ao alto custo, tanto das consultas, como dos procedimentos especializados, bem como a sua concentração em grandes centros, dificultando o acesso de usuários de pequenos Municípios.

A problemática da MC enfrenta diversos obstáculos que afastam a população desse tipo de atendimento. A necessidade de se estudar este assunto advém da possibilidade de organização de estratégias municipais, intermunicipais, regionais e estaduais para a efetiva consolidação da regionalização, no SUS.

Pensa-se que houve importantes conquistas na Área da Saúde, sendo iniciadas na atenção básica e, é chegada a hora de se pensar os demais níveis de atenção, de forma a promover a integralidade. Cabe destacar que, no presente estudo, não se enxerga a ABS como a “porta de entrada” do sistema, pois esta pode ser considerada como o primeiro atendimento do usuário em qualquer ponto da rede^(21:379). Acredita-se que a organização regionalizada da rede não deva ser um obstáculo ao usuário, na medida em que as suas necessidades sejam atendidas integralmente⁽²¹⁾. Com a proposta de regionalização, não se busca consolidar uma rigidez dos fluxos entre os níveis de atenção, mas, sim, garantir acesso, resolutividade e tecnologia adequada aos usuários⁽²²⁾.

A NOB 96 iniciou a discussão quanto à questão da regionalização, quando definiu os níveis de gestão: Plena da Atenção Básica Ampliada e Plena do Sistema de Saúde. Porém, foi a Norma de Assistência à Saúde (NOAS), tendo publicação em 2001 e 2002 que, retratou-a como macroestratégia⁽²³⁾. Conforme o texto da NOAS-SUS 01/01,

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^(24:3).

Na NOAS está previsto o desencadeamento de atividades de planejamento, bem como a adequação de processos assistenciais e de gestão para a consolidação de mecanismos que proporcionassem a “efetivação da gestão estadual para as referências intermunicipais”^(6:3). Também se trabalhou na perspectiva de construção de um PDR nos Estados pelo qual se organizassem as referências micro e macrorregionais.

A proposta da descentralização traz consigo algumas questões importantes, como a necessidade de promover o planejamento local e reconhecer os atores sociais que figuram nesse cenário, ou seja, que participam do processo decisório. Este processo requer que o poder seja partilhado entre o Estado e as coletividades locais⁽¹⁶⁾.

A partir da identificação dos atores envolvidos no processo de planejamento da regionalização em saúde, e de suas ações nesse planejamento, cabe ressaltar que essas ações implicam tomadas de decisão e conhecimento de como o poder se constitui no interior do espaço decisório.

Para tanto, levantam-se três importantes conceitos que permearão o presente estudo: **planejamento** (identificação de atores, operações, estratégias institucionais e programáticas, e tomadas de decisão), **poder** e **espaço geográfico**.

Para tratar do planejamento e do poder, do ponto de vista organizacional/estrutural, optou-se pelos autores Carlos Matus^(20:25-28) e Mário Testa⁽²⁹⁻³¹⁾ que tecem críticas ao planejamento normativo e “levantam a bandeira” de uma nova forma de pensar esta questão, a partir do enfoque estratégico. O referencial auxiliará o entendimento do planejamento em saúde, a partir do processo de tomada de decisão no que tange à regionalização e de como o poder se constitui no espaço de decisões e se conforma na organização do planejamento.

A partir do exposto, podem-se visualizar três grandes eixos que estruturam a temática do estudo: o **político** (como organizador do espaço decisório), o **espaço geográfico** (como operacionalizador do processo de decisão) e os **atores sociais** (como executores do processo), os quais perpassam toda a discussão teórica trazida no texto. O contexto político estrutura as políticas nacionais implementadas no espaço geográfico, por e para diferentes atores sociais.

2 CONTEXTUALIZAÇÃO DO PROBLEMA DE PESQUISA

A contextualização do problema foi construída a partir da discussão teórica sobre as políticas públicas de Saúde, no Brasil, enfatizando o processo de regionalização; a interface entre o espaço político e o geográfico, o planejamento a partir do referencial de Carlos Matus e Mario Testa, o planejamento regional ascendente e as redes no processo de regionalização. O subcapítulo referente à problemática em estudo foi embasado na construção teórica e no conhecimento da realidade local, oriundo do contato com alguns gestores de saúde, membros da Associação de Secretários e Dirigentes Municipais de Saúde (ASSEDISA) Centro-Sul e com o administrador do Consórcio Intermunicipal Centro-Sul (CICS), além da experiência em outros projetos na Área empírica.

2.1 Políticas Públicas de Saúde, no Brasil – o processo de regionalização

Atualmente, o País encontra-se em fase de mudanças na forma de funcionamento e organização do Sistema de Saúde, por meio da implantação do SUS que procura garantir o acesso de todos os cidadãos, conforme preconizado pela Constituição Federal de 1988. O SUS, com 23 anos, já passou por vários processos durante sua implementação, sendo regulamentado por meio das Leis 8.080/1990 e 8.142/1990 e normatizado por Normas Operacionais Básicas (NOBs). Estas foram substituídas pela Norma de Assistência à Saúde (NOAS), em 2001, pela qual foi instituída a regionalização como macroestratégia⁽²³⁾. Hoje em dia, discute-se o Pacto pela Saúde, em que a regionalização é considerada eixo estruturante de descentralização⁽³²⁾.

Neste breve parágrafo foi apontada a trajetória histórica que o SUS vem enfrentando, desde antes da promulgação da Constituição Federal de 1988. Porém, nele não estão retratadas as dificuldades enfrentadas para que o sistema fosse implantado, ou seja, os “bastidores do poder”.

A descentralização é um princípio constitucional que vem sendo discutido pelos movimentos sociais, desde meados do Regime Militar. A Constituição foi uma vitória desses movimentos sendo, na Saúde, o da Reforma Sanitária. Porém, os cinco artigos propostos necessitavam ser regulamentados por meio da Lei Orgânica da Saúde (LOS) – 8.080/1990, que foi implementada dois anos depois da promulgação da Constituição, devido aos entraves burocráticos que sofreu, dentro do MS, especialmente durante o governo do presidente José Sarney⁽³³⁾. Quando aprovada, durante o governo do Presidente Fernando Collor de Mello, o

foi com 25 vetos, em artigos referentes ao Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS) e às transferências financeiras. Esse Presidente buscava ainda “reverter” o SUS, porém, por pressão do movimento sanitário, três meses após a regulamentação da LOS, esta foi complementada pela Lei 8.142/1990⁽³³⁾ dispendo sobre a participação da comunidade e as transferências intergovernamentais⁽³⁴⁾.

O Ministério da Saúde, a partir dos anos 90, passa a ser, ao mesmo tempo, “a principal arena decisória de formulação de política nacional e o ator mais poderoso desta mesma arena”. Nesse processo, as regras decisórias e de descentralização – Normas Operacionais Básicas – sofreram diversas disputas^(33:294).

As arenas decisórias são os locais de interação de atores governamentais e outros envolvidos no processo, bem como onde ocorrem os conflitos. O processo decisório é decorrente da materialização das intenções manifestas nesse local⁽³⁵⁾. Pode-se observar que, nesse período histórico, o processo decisório foi desenvolvido majoritariamente pelo MS.

As NOBs tiveram o objetivo de: “induzir e estimular mudanças no SUS; aprofundar e reorientar a implementação do SUS; definir objetivos estratégicos, prioridades, diretrizes e movimentos tático-operacionais; regular as relações entre seus gestores; e, normatizar o SUS”^(36:52-3).

Pelas normas editadas no período do governo do Presidente Fernando Collor de Mello foi reduzida a autonomia dos Municípios, visto que esses aceitavam as propostas realizadas pelo Governo Federal. Houve, nesse período, o fechamento à participação das autoridades locais de Saúde e reformadores. A chamada da 9ª Conferência Nacional de Saúde ocorreu ao final da vigência do referido governo, após a demissão do Ministro e forte pressão dos políticos locais e do movimento sanitário⁽³³⁾. Esta Conferência ocorreu em meio ao processo do *impeachment* do presidente Collor e sua temática foi “Municipalização é o Caminho”⁽³⁷⁾.

Com a queda desse Presidente, Itamar Franco assume o governo do País e, tem como estratégia, estabelecer regras para aprofundar a descentralização e institucionalizar sua influência na formulação da política. Foi criado um Grupo Especial de Descentralização (GED), com a participação de autoridades estaduais e municipais, além de representantes do MS; com o objetivo de formular uma nova NOB, o documento final foi intitulado “Descentralização da Saúde: a ousadia de cumprir e fazer cumprir a lei”^(33:37). Nesse período, pensa-se ter havido, no País, um grande avanço em prol do processo de descentralização.

Esse documento foi discutido no Conselho Nacional de Saúde (CNS) e na Comissão Intergestores Tripartite (CIT) e tornou-se a NOB 93. Esta norma possibilitou aos Municípios a escolha de quais atividades de saúde assumiriam; o MS propôs a Estados e Municípios, três

opções de habilitação ao SUS: condição semiplena, parcial ou incipiente. Elas correspondiam a “uma escala de atividades e funções, em grau crescente de complexidade, da provisão de serviços de atenção básica à contratação e pagamento da rede hospitalar” e o governo local optaria pelo que fosse melhor para sua gestão^(33:297).

Destaca-se que, as transferências federais, para Municípios e Estados que estivessem na condição semiplena, seriam completas e automáticas, no nível mais complexo, e o Estado ou Município assumiria a responsabilidade sobre o Sistema local de Saúde. Já para aqueles em condição parcial ou incipiente, a responsabilidade do governo local recaía sobre os serviços de Atenção Básica de Saúde (ABS), sendo que os níveis mais complexos ficariam ao encargo do MS⁽³³⁾. Os governos locais também conseguiram garantir a institucionalização da participação na formulação nas regras de descentralização. As decisões deveriam ser discutidas com as representações desses, no âmbito dos Estados, nas Comissões Intergestores Bipartite (CIBs) – representantes do Governo Estadual e Municipal; no nível federal, na Comissão Intergestores Tripartite (CIT) – representantes do Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (CONASEMS), do Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS) e de delegados do Governo Federal^(33:38).

A NOB 93 representou um divisor de águas, nos anos 90⁽³⁹⁾, porém revelou-se de difícil implementação. Em meados de 1993, o MS é surpreendido pelo corte de recursos advindos do Ministério da Previdência Social (MPS), sendo que suas receitas passaram a vir do Orçamento Geral. Desta forma, mesmo que as regras da descentralização fossem atraentes aos governos locais, a opção por elas tornou-se uma decisão arriscada, visto que eles se tornariam, publicamente, responsáveis pela prestação de serviços de saúde⁽³³⁾. A NOB 93 teve validade no período de 1994 a 1998⁽³⁸⁾.

O MS permaneceu, até 1996 na crise em que se encontrava, devido à escassez de recursos e à incerteza da possibilidade de cumprir seus compromissos com os governos locais. Nesse ano, já no governo do Presidente Fernando Henrique Cardoso e tendo Adib Jatene à frente do MS, este consegue aprovar, após dois anos de discussões, a Lei nº 9.311, de 24 de outubro de 1996, criando a Contribuição Provisória sobre as Movimentações Financeiras (CPMF), uma nova receita para as políticas de Saúde. Com esta nova fonte, o orçamento do MS elevou-se substancialmente, mas, no ano seguinte, o Ministro da Economia Pedro Malan cortou os recursos, substituindo as receitas orçamentárias anteriores pela CPMF⁽³³⁾.

A NOB 96 foi emitida durante esse governo, resultado de quase um ano de discussões, envolvendo autoridades locais, por meio do CONASS e CONASEMS e grupos representados no Conselho Nacional de Saúde (CNS). Entrou em vigor ao final de 1996, porém, seu

conteúdo sofreu muitas alterações durante o período de 1997 a 1998 em que Carlos Albuquerque e, após, José Serra (1998-2002) foram Ministros da Saúde^(33;37;40). O MS tomou as decisões de forma unilateral, deixando de lado a representação dos governos locais e da sociedade no processo decisório⁽³⁷⁾.

Com essa norma foram alteradas as questões de transferências automáticas para Estados e Municípios, sendo que, para receber a sua integralidade, os governos locais deveriam cumprir todas as exigências do MS, entre elas a responsabilidade de assumir a Gestão Plena da Atenção Básica ou Gestão Plena do Sistema Municipal. Também houve a ênfase nos Programas, especialmente, os de Saúde da Família e de Agentes Comunitários de Saúde^(33;37). A NOB 96 teve validade nos anos de 1998 a 2002⁽³⁸⁾, porém alguns de seus dispositivos permaneceram vigentes até os dias atuais.

O breve histórico do processo de descentralização do Sistema de Saúde, no Brasil, permite que se demonstre um panorama da forma como ele foi desenvolvido. Esta modalidade de gestão possibilitou, de certa forma, uma (des)centralização, ou seja, responsabilizou Municípios e Estados, que teriam diversas incumbências para gerir seu sistema local e receber verbas federais. Porém, por outro lado, o MS era o ator mais forte da arena de decisões e, de certa forma, impôs as ‘regras do jogo’ que foram discutidas junto aos governos locais na NOB 96, mas, posteriormente, modificadas.

Ao se tratar de arena de decisões, remete-se ao modelo da “policy arena”, de Lowi, citado por Frey, que se refere aos processos de conflito e de consenso desenvolvidos em diversas Áreas de política, sendo distinguidas de acordo com seu caráter distributivo, redistributivo, regulatório ou constitutivo⁽⁴¹⁻⁴²⁾.

Esta realidade apontada justifica que muitos governistas não tinham interesse na implementação do SUS, tampouco de dividir o poder com os Municípios e Estados. A impossibilidade de isso acontecer desencadeou um processo no MS que limitava a autonomia dos governos locais e os retirava, inicialmente, das decisões^(33;37).

Porém, apesar das dificuldades históricas que a implantação do SUS tem sofrido, acredita-se que os obstáculos vêm sendo superados, a partir do trabalho de gestores, profissionais de saúde e usuários engajados neste projeto nacional. Salienta-se que o processo de construção do SUS trouxe muitas vitórias à população brasileira, especialmente, à saúde, como direito de todos e dever do Estado, realizada de forma equânime, descentralizada e integral.

Destaca-se que o processo de descentralização, no Brasil é, predominantemente, do tipo político-administrativo, envolvendo a transferência da gestão de serviços públicos e,

também, do “poder decisório, da responsabilidade sobre o conjunto de prestadores do SUS e de recursos financeiros”^(38:453). Ressalta-se, ainda, a questão do federalismo, ou seja, o Brasil é uma nação que possui Estados federados. Neste sentido, a descentralização é pensada em nível central para os demais, numa perspectiva territorial, sendo que a Constituição prevê os dispositivos legais que possibilitam a transferência de poder e de responsabilidades⁽³⁵⁾.

A federação brasileira possui um triplo federalismo, pois incorporou Municípios e Estados integrando a federação e, “refletindo uma longa tradição de autonomia municipal e de escasso controle dos estados sobre as questões locais”^(43:110). Por outro lado,

a federação tem sido marcada por políticas públicas federais que se impõem às instâncias subnacionais, mas que são aprovadas pelo Congresso Nacional e por limitações na capacidade de legislar sobre as políticas próprias – esta última também constrangida por decisões do poder Judiciário^(43:111).

Uma questão importante é que, nos países federados, especialmente os desenvolvidos, a influência dos governos locais possui uma vinculação com sua individualidade e autonomia, condicionada a fatores históricoculturais e políticos, o que não se aplica ao Brasil⁽³⁵⁾. Destaca-se também que

o Brasil é um país federativo caracterizado pela existência de múltiplos centros de poder, por um sistema complexo de dependência política e financeira entre as esferas governamentais, não-governamentais e multilaterais, pela existência de vários caminhos para a prestação de políticas públicas e por grandes disparidades inter e intra-regionais^(44:440).

Apesar das dificuldades e da demora do MS em pôr em prática a diretriz constitucional da descentralização, a municipalização se desenvolveu e vem se consolidando cotidianamente, mesmo que tenha ocorrido por pressão governamental; mas, e a regionalização?

O texto da NOB 96 enfatiza este processo e os fluxos de referência e contrarreferência⁽³⁷⁾. Porém, a implementação da regionalização possui maiores entraves, pois envolve diversos atores no mesmo processo e um maior nível de complexidade tecnológica. Por consequência, mais custos e disputas de poder deixam de ocorrer apenas no Município e passam a envolver a Região (no nível micro e macro).

As limitações no planejamento e organização das Secretarias Estaduais de Saúde também poderiam implantar barreiras de acesso a usuários de outros Municípios. Quanto ao

modelo assistencial, o aumento da resolutividade e o acesso aos serviços, em todos os níveis de complexidade, colocavam-se como um desafio⁽⁴⁵⁾.

Esta dificuldade em pensar, os serviços de saúde, de forma regionalizada, além dos imperativos da racionalidade econômica, motivaram, em 2001, a edição da NOAS, em substituição às NOBs. O objetivo da NOAS era “promover uma maior equidade na alocação de recursos e no acesso da população às ações e serviços de saúde em todos os níveis de atenção”, instituindo-se a regionalização como macroestratégia de reorganização assistencial^(23:258). As NOAS 2001 e 2002 tiveram validade nos anos de 2002 a 2005⁽³⁸⁾.

O processo de construção do PDR era um dos pontos mais importantes dessa normatização. Este documento, desenvolvido pela instância estadual, com apoio dos Municípios, deveria prever a divisão territorial, o diagnóstico dos principais problemas de saúde, a constituição de módulos assistenciais que dessem conta do primeiro nível de assistência de média complexidade, fluxos de referência entre os diferentes níveis e Plano Diretor de Investimentos (PDI)⁽⁴⁵⁾.

Os aspectos supracitados, que deveriam estar contidos no PDR, são essenciais para se alcançar a resolutividade e o real acesso aos diferentes níveis de assistência à saúde. Observa-se, no decorrer da história do SUS, que a ABS foi a privilegiada pelo processo de descentralização, visto que se iniciou a organização local por este nível de atenção. Ressalta-se que o processo de descentralização, no País, foi um ganho da luta contra-hegemônica e, apesar das dificuldades apontadas, vem se desenvolvendo e fortalecendo a democracia no Brasil. Tem-se mais de 20 anos de SUS e considera-se pouco tempo para as conquistas já obtidas.

Por outro lado, a implantação da NOAS e do PDR em alguns Estados brasileiros não foi suficiente para que a regionalização se efetivasse, o que causou a necessidade de novas discussões, negociações e direcionamentos. O SUS é considerado, internacionalmente, uma experiência inovadora, havendo a autonomia político-administrativa de Municípios, Estados e da União. Portanto, desde sua concepção surgiram disputas pelo controle do sistema e dos recursos para sua implementação. Logo, a definição de “novos mecanismos de transferências de recursos e responsabilidades entre Municípios, Estados e União significa trazer à tona os conflitos ainda não resolvidos no interior do SUS”^(46:196).

Pensa-se que há uma grande dificuldade de superação do modelo médico-assistencial privatista⁽⁴⁷⁾, ou seja, para se produzir “um novo olhar” é necessário “uma revolução mental, uma mudança de toda a visão do mundo social”^(48:49). Essa revolução deve ser realizada pelos gestores, profissionais de saúde e usuários do Sistema com o intuito de compreender a rede,

de forma a atender às necessidades dos usuários, isso quer dizer, com resolutividade, desde a ABS até a AC. Porém, os atores sociais envolvidos com a gestão da saúde são os principais responsáveis por este processo.

O acesso aos serviços de saúde de uso mais frequente é alcançável no curto prazo, porém “a organização das referências intermunicipais para os outros níveis de atenção ainda tem muito que avançar”^(49:401). A regionalização da saúde prevê uma definição da responsabilidade pela assistência, reorganizando os fluxos entre os diferentes Municípios e a melhoria do acesso ao usuário⁽³⁵⁾.

Isso demonstra uma realidade bastante presente no cotidiano dos serviços de saúde, acreditando-se que a assistência de saúde de MC seja, hoje, o **grande “nó” do Sistema de Saúde**. A escolha do

tipo de processo de regionalização, incentivado pela NOAS SUS 01/01, requer a articulação dos gestores municipais para a negociação e pactuação de referências intermunicipais, sob coordenação e regulação estadual, que deve se dar através da programação pactuada e integrada^(45:454).

Neste contexto, ressalta-se que

importa, para além dos estudos que vem focalizando os aspectos gerais envolvidos neste processo e que são de grande relevância, *pôr em foco o poder local e sua capacidade efetiva de formular e implementar políticas voltadas a responder às demandas sociais locais e, como a gestão e os resultados das políticas locais são afetadas pela dinâmica política local*^(50:14).

Estas questões remetem a uma reflexão a respeito de quais atravessamentos estão perpassando a consolidação do processo de regionalização, há 23 anos estabelecido na Constituição Federal, e a efetiva implantação do PDR.

Neste sentido, mesmo que as normas sejam discutidas e negociadas, elas “por si mesmas não resolvem todos os conflitos de interesses legítimos dos atores relacionados ao processo de gestão do SUS”^(45:455). A regionalização necessita passar pela construção de “um **modo de pensar e um modo de agir** regionalmente”^(46:203).

Neste panorama, o Pacto pela Saúde, criado em 2006, passa a figurar no cenário da política nacional de Saúde, onde a regionalização é considerada como eixo estruturante de descentralização e, no Pacto de Gestão é pensado de forma solidária e cooperativa⁽³²⁾. Ele busca redefinir e pactuar ações junto aos gestores, buscando qualificar a assistência à saúde, no Brasil⁽³²⁾. Visa a “estabelecer novo patamar na forma de financiamento, definição de

responsabilidade, metas sanitárias e compromissos entre gestores da saúde, consubstanciados em termos de compromisso com metas e plano operativo”^(15:83).

O Pacto surge como um “novo instrumento de gestão compartilhada do SUS”, deixando de existir as habilitações propostas pelas NOBs, porém ainda permanecem as ‘caixinhas’ dos programas, dentro dos blocos de financiamento^(15:83). É uma reforma institucional pactuada entre as três esferas de gestão, incluindo as três dimensões – Pacto pela Vida, Pacto de Gestão e Pacto em Defesa do SUS. O Pacto busca promover “inovações nos processos e instrumentos de gestão que visam a alcançar maior efetividade, eficiência e qualidade de suas respostas e, ao mesmo tempo, redefine responsabilidades coletivas por resultados sanitários em função das necessidades de saúde da população e na busca da equidade social”^(32:6).

O Pacto deixa de atuar na lógica da organização piramidal, inicialmente proposta pelo SUS, hierarquizando os níveis de complexidade e os polos de referência, quando os Municípios menores atendiam apenas às ações básicas de saúde. Esse modelo trazia consigo assimetrias de poder, induzia a relações competitivas e discriminava esses Municípios⁽⁴⁶⁾.

A discussão a respeito da descentralização, com o foco na Média Complexidade, não é possível sem a construção teórica de diferentes conceitos oriundos da Geografia, tais como espaço, território, territorialidade, territorialização, região e regionalização, pois o espaço geográfico, nesse caso, constitui-se como operacionalizador do processo de decisão relativo ao planejamento da regionalização. Estes conceitos auxiliam a discussão espacial proposta nas políticas públicas de Saúde, no Brasil. Portanto, na sequência aborda-se esta questão, de forma articulada à Área da Saúde.

2.2 A regionalização e o embate relativo ao espaço: espaço geográfico x espaço político

O atual contexto federativo do País traz, constantemente, o desafio de formular políticas públicas, numa escala regional, sendo que não há um ente, definido geograficamente e politicamente. Para se conceituar um território, com base em sua característica regional, devem-se incluir conceitos, tais como os “econômicos, sociais, político-administrativos, históricos e culturais”^(46:179).

Reportando-se à Área da Saúde, observa-se que houve, por parte dos sanitaristas, uma adoção do conceito de espaço geográfico, porém recentemente, passou-se a ter interesse pelo conceito de território. Este interesse partiu, principalmente, de gestores da Área da Saúde,

estudiosos em administração dos serviços e profissionais desses serviços, integrando a Saúde Coletiva e a Geografia⁽⁵¹⁾.

A reflexão do funcionamento dos serviços de saúde de base territorial foi motivada pela implantação do projeto do SUS. Neste sentido, pode-se observar que

o território concebido e, ao mesmo tempo, em processo de construção pela política nacional de saúde é muito mais do que a extensão territorial dos municípios brasileiros. Várias outras estratégias espaciais, que apresentam a territorialização como um trunfo político, poderiam ser enumeradas – como a delimitação das áreas de abrangência das unidades de saúde, os distritos sanitários [...]. Em todas essas experiências, o processo de territorialização do SUS está produzindo uma diferenciação entre espaços da vida cotidiana, que poderia ser reconhecida como um processo de regionalização em diferentes escalas^(52:1023).

Sob a ótica gerencial, o conceito de território é concebido “como área político-administrativa”, sendo enfatizada a divisão espacial, em detrimento dos processos que ocorrem nesse espaço^(51:37). A base territorial é um dos princípios organizativo-assistenciais fundamentais do Sistema de Saúde,

o estabelecimento dessa base territorial é um passo básico para a caracterização da população e de seus problemas de saúde, bem como o dimensionamento do impacto do sistema sobre os níveis de saúde dessa população e, também, para a criação de uma relação de responsabilidade entre os serviços de saúde e sua população adscrita. A base territorial deve ser detalhada chegando ao domicílio, o que possibilita a adscrição de clientela a unidades ambulatoriais, bem como o estabelecimento de ações de controle de saúde específicas para a população da área, visando a prioridades^(53:222).

Desenvolve-se um trabalho baseado no processo de territorialização, onde há a apropriação do território pelos atores sociais, a partir das realidades locais, inserido no processo de construção do SUS⁽⁵³⁾. O conceito de territorialização

se aproxima mais de uma apropriação simbólica do espaço do que de uma dominação em relação a um caráter político-disciplinar, que se estabelece como forma de ordenar, organizar e disciplinar os indivíduos que ali se fazem presentes em prol de objetivos pré-definidos por instâncias institucionais distantes de suas vivências^(54:68).

A territorialização, na Área da Saúde,

consiste na delimitação das unidades fundamentais de referenciamento, a partir das quais serão estruturadas as funções relativas ao conjunto da atenção à saúde, envolvendo a organização e gestão do sistema, a alocação de recursos e a articulação das bases de provisão de serviços por meio de fluxos de referência intermunicipais. Assim, a territorialização, como processo de delineamento da configuração espacial da interação de atores, organizações e recursos, consiste no movimento que fixa as linhas e os vínculos de estruturação do campo relacional subjacente à dinâmica da realidade sanitária do SUS no nível local^(55:125).

O território é um espaço de luta de interesses, uma arena política⁽³⁹⁾, é um local onde a vida acontece. Constitui-se como um “espaço vivo em permanente construção”, onde interagem as condições objetivas (por exemplo, redes de serviços) e as dimensões subjetivas (relações do sujeito em relação ao seu território)^(56:113). Desta forma,

o processo no território é de construção e reconstrução permanente caracterizado pela interação e tensão entre os sujeitos individuais e coletivos na arena urbana, espaço por excelência de convivência com a alteridade, a multiplicidade de interesses, disputas, conflitos e, ao mesmo tempo, pela possibilidade da inovação, da criatividade, da solidariedade, da inclusão, da autonomia, da construção coletiva, do estabelecimento de redes e parcerias^(56:114).

O uso de conceitos geográficos na Área da Saúde, especialmente na implantação do SUS, remete a uma importante interface com a ciência da Geografia e demonstra a necessidade de apontá-los no presente estudo. Os principais conceitos, que vêm sendo incorporados pelas Áreas da Saúde e Saúde Pública, são os de espaço e de território, o que, por um lado, é problemático, pois esses são polissêmicos na própria disciplina de origem, motivo que dificulta sua apreensão na Área da Saúde⁵¹. Portanto, como citado anteriormente, faz-se necessária uma breve discussão sobre a evolução de alguns conceitos que serão utilizados no presente estudo, tais como: **espaço, território, territorialidade, territorialização, região e regionalização.**

Não é incomum ver-se a utilização, na Área da Saúde, de espaço e território como sinônimos, porém estes não são termos equivalentes⁽⁵⁷⁾. Milton Santos, um grande estudioso da Área, refere que o espaço

deve ser considerado como um conjunto indissociável de que participam, de um lado, certo arranjo de objetos geográficos, objetos naturais e objetos sociais e, de outro, a vida que os preenche e anima, ou seja, a sociedade em movimento. O conteúdo (da sociedade) não é independente da forma (os objetos geográficos) e cada forma encerra uma fração do conteúdo. O espaço, por conseguinte, é isto: **um conjunto de formas, contendo cada**

qual frações da sociedade em movimento [grifo da autora]. As formas, pois, têm um papel na realização social^(58:27).

Ressalta-se que as formas podem permanecer as mesmas durante muito tempo ou, como a sociedade está em constante movimento, no decorrer do tempo, as mesmas paisagens e a configuração territorial podem compor espaços diferentes⁽⁵⁸⁾. Refere também que o espaço seria

um conjunto de objetos e de relações que se realizam sobre estes objetos; não entre estes especificamente, mas para as quais eles servem de intermediários. Os objetos ajudam a concretizar uma série de relações. O espaço é resultado da ação dos homens sobre o próprio espaço, intermediados pelos objetos, naturais e artificiais^(58:71).

O espaço é formado de **fixos** (objetos, configuração territorial) e de **fluxos** (movimentos, objeto social, relações sociais), sendo que ambos interagem entre si e alteram-se mutuamente. Os fixos são recursos naturais – montanhas, florestas, rios – ou recursos criados pelo ser humano – prédios, estradas, barragens, indústrias, cidades, entre outros. Já os fluxos, são considerados os movimentos, as ideias, a circulação de pessoas, o consumo, entre outros⁽⁵⁸⁾. Logo,

a inter-relação entre fixos e fluxos, suas distribuições respectivas, sua ‘forma’ de organização, disposição e construção, os ‘processos’ como mudanças e a continuidade segundo as diferentes velocidades refletem a ‘estrutura’ do espaço geográfico^(51:24).

Desse modo, pode-se entender que o espaço abrange tudo o que existe no planeta, sem fronteiras. Existem demarcações espaciais ou subespaços que se remetem ao conceito de território, em que a principal diferença com o conceito de espaço é que aquele “nos recorda dos limites e das restrições ao acesso dos que a ele não ‘pertencem’”^(51:25).

O território vem sendo trabalhado em diversas Áreas do conhecimento e, na Geografia, encontraram-se duas importantes vertentes: jurídico-política e etológica⁽⁵¹⁾. Na primeira, tem-se em Ratzel seu principal expoente, pois ele acredita que o território é representado por uma delimitação das fronteiras nacionais de um Estado⁽⁵¹⁾. Pensa-se que a corrente desenvolvida por este autor retrata a “dominação dos territórios, [...] referentes à ação do Estado sobre o espaço”^(59:59).

Partindo da crítica à Geografia Política clássica, conceitua-se território a partir de um espaço que é transformado por ação de um ator sintagmático (que realiza algum programa);

este “territorializa” o espaço e constrói a realidade como um instrumento de poder⁽⁵⁷⁾. O poder (grafado em letra minúscula) é comum, manifesta-se em todas as esferas de relações e nem sempre é visível. Por outro lado, o Poder (grafado com letra maiúscula), é referido como o Estado e todos seus aparelhos que “encerram o território, controlam a população e dominam os recursos”, sendo visível e identificável^(57:52). Desta forma, o espaço apresenta-se como “a prisão original”, e, o território “é a prisão que os homens constroem para si”^(57:144).

A outra vertente da Geografia que trabalhou com o conceito foi a Etologia, pela qual “a criação de territórios é fruto do comportamento humano, em alusão à territorialidade animal”^(51:26). Entretanto, revela-se que esta vertente sofreu muitas críticas por estabelecer relações entre o comportamento humano e animal.

Quanto ao conceito de territorialidade, refere-se que Sack é o autor que melhor o expressa para as sociedades humanas⁽⁵¹⁾. Porém, optou-se, neste trabalho, por discuti-lo junto ao referencial trazido por Raffestin.

A territorialidade é uma expressão geográfica primária do poder do social; relaciona espaço e sociedade ajudando o entendimento do relacionamento histórico existente entre sociedade, espaço e tempo⁽⁶⁰⁾. Para Sack, a territorialidade é condição necessária à formação do território, destacando três elementos básicos que sustentam esta proposição: a classificação, a comunicação e o poder, este último sendo concebido como forma de força de coação ou controle, numa tentativa de influenciar as interações⁽⁶⁰⁾.

A territorialidade é “um conjunto de relações que se originam num sistema tridimensional sociedade-espaço-tempo em vias de atingir a maior autonomia possível, compatível com os recursos do Sistema”. A territorialidade reflete as relações de poder/interações do sujeito coletivo existentes no espaço e em determinado tempo^(57:160).

Sack⁽⁶⁰⁾ evidencia a questão da coação e controle exercido pelo poder no território, em seu conceito de territorialidade. Já Raffestin⁽⁵⁷⁾ situa o poder nas relações que se desenvolvem dentro do território, sendo exercido pelo Estado (Poder) ou em quaisquer relações entre os indivíduos que habitam este território (poder). O poder perpassa todas as relações existentes e a territorialidade reflete a multidimensionalidade do “vivido” pela coletividade, no território⁽⁵⁷⁾.

Neste sentido, a partir da análise de alguns autores sobre o tema, uma importante constatação é a de que “não é possível compreender qualquer território sem partir das territorialidades, sem conhecer os fluxos espaciais e temporais, sem identificar as relações à distância, sem compreender as relações de poder e os interesses em disputa, sem, enfim, incorporar o movimento e a política”^(61:85).

A territorialidade permite que se conheça e entenda de que forma determinado território foi construído, seja histórica, política, econômica ou culturalmente, bem como os fluxos que se desenvolvem nesse local. Salienta-se o componente cultural que vem sendo incorporado às discussões mais recentes sobre território, porque este sempre carrega uma dimensão simbólica⁵¹. Neste sentido, a territorialidade refere-se à “qualidade subjetiva do grupo social ou do indivíduo, que lhe permite, com base em imagens, representações e projetos, tomar consciência de seu espaço de vida”^(62:262). A questão da pertença, “de identidade regional, de tomada de consciência regional define a territorialidade regional”^(62:262-3).

Nesta discussão, faz-se necessário incluir outro conceito, o de região. Os antecedentes deste termo referem que do Império ao Estado moderno, na Europa, algumas questões se recolocam, tais como “a centralização, a uniformização administrativa e a diversidade espacial, diversidade física, cultural, econômica e política, sobre a qual este poder centralizado deve ser exercido”^(63:52).

A noção de região, quando trazida pelo senso comum, liga-se aos princípios de localização e extensão. Outra noção é de unidade administrativa, onde há hierarquia e controle administrativo dos Estados. Quando o conceito passou a ser trabalhado pelos geógrafos, estes buscaram deixar-lhe um conceito científico, promovendo, desta forma, discussões epistemológicas. Esta situação acabou levando a outros debates na Área, como a região natural com Vidal de La Blache (1908), que propõe o papel do ambiente no desenvolvimento da sociedade. A região natural é superada pela discussão da geografia regional que não permitia a comparação das ciências humanas e o positivismo clássico. Desta forma, a região passa a ser objeto próprio da Geografia⁽⁶³⁾.

O conceito de região, para a Geografia clássica, representa a materialidade da interrelação do homem, da cultura com o ambiente e a natureza, bem como as diferentes maneiras como esta se desenvolve. A proposta de regionalizar busca contribuir para o entendimento de um determinado problema e, não necessariamente, demonstrar a diversidade espacial. A análise regional reúne os critérios de classificação e divisão do espaço, sendo estes uniformes, pois a especificidade, segundo esta perspectiva, não é de domínio da Ciência⁽⁶³⁾. Assim, a região “é uma classe de área, fruto de uma classificação geral que divide o espaço segundo critérios ou variáveis arbitrários que possuem justificativa no julgamento de sua relevância para uma certa explicação”^(63:63).

Nesta perspectiva, têm-se dois tipos de regiões: homogêneas e funcionais ou polarizadas. As primeiras referem-se à escolha de variáveis estruturantes que demonstrem

espaços mais ou menos homogêneos. Já as funcionais são vistas dentro de múltiplas relações que circulam e acabam formando o espaço que é diferenciado. Os fluxos e as trocas estão organizados dentro de um espaço estruturado onde a vida econômica é valorizada como fundamento desses elementos⁽⁶³⁾.

Nos anos 70 surge a corrente crítica ou geografia radical demonstrando o caráter ideológico ligado a modelos econômicos neoclássicos que envolviam o conceito de região. Acreditava-se que as regionalizações, baseadas nestas noções, promoviam a desigualdade no desenvolvimento espacial. Supunha-se que a diferenciação do espaço deveria acontecer por meio da “divisão territorial do trabalho e do processo de acumulação capitalista que produz e distingue espacialmente possuidores e despossuídos”, havendo uma divisão sócioespacial do trabalho^(63:65).

Outra corrente crítica que surge é o humanismo na Geografia, onde seria preciso viver a região para compreendê-la, retornando à questão de pertencimento e consciência regional, passando a ser vista como um produto real. Assim, a regionalização e a análise regional não podem partir de critérios externos à vida nesse local⁽⁶³⁾.

A região faz parte de um conjunto, podendo ser o Estado ou qualquer unidade espacial, pois seu território se fragmenta em parcelas polarizadas. Neste sentido, “será sempre uma unidade média ou menor em relação à unidade imediata de conjunto que a circunda e que não é forçosamente o Estado”^(64:29). Ressalta que essa polarização “resulta, por um lado, de alguns agentes e atividades que se comunicam por laços de dependência e se orientam para um centro de forças” e, “se define, principalmente, por relações de dominação e integração”^(64:76). Logo, não é possível pensar em polarização sem as **relações de poder**, nem região sem **política**.

Outra definição de região é “o resultado das possibilidades ligadas a uma certa presença, nela, de capitais fixos, exercendo determinado papel ou determinadas funções técnicas e das condições do seu funcionamento econômico, dadas pela rede de relações” múltiplas – geográficas, políticas e econômicas^(65:67). Ao se estudar o conceito de região penetra-se num “mar de relações, formas, funções, organizações, estruturas etc., com seus mais distintos níveis de interação e contradição”^(58:46).

Atualmente os recortes regionais são múltiplos, complexos e mutáveis, mas

ao aceitarmos todos estes recortes como regiões não estaríamos voltando ao sentido do senso comum, de uma noção que tão simplesmente pretende localizar e delimitar fenômenos de natureza e tamanho muito diversos e que, portanto perde todo o conteúdo explicativo, como conceito?^(63:73).

Os conceitos de região e regionalização talvez sejam os de mais difícil conceituação, sendo que a sua própria história evidencia as disputas na Geografia. O conceito de regionalização é estruturado por três critérios: a polarização, a homogeneidade e o planejamento. Uma região polarizada pode assumir a hipótese da polarização espacial, a partir de um campo de forças que se estabelece entre unidades produtivas, centros urbanos ou aglomerações industriais, baseando-se no modo de articulação e nas tensões dos polos, do que nas fronteiras regionais. A homogeneidade é a “possibilidade de agregação territorial a partir de características uniformes” e, no planejamento – a região em questão “deriva da aplicação de critérios político-administrativos instrumentalizados na atividade de planejamento”^(66:520-1;67). O termo regionalização também pode ser

compreendido como um processo de formação e de transformação de regiões, e o uso do termo aponta a importância das análises teórico-metodológicas do desenvolvimento das regiões para fundamentar a elaboração de políticas públicas que atendam às demandas sociais de maneira concernente às reais necessidades dos usuários, ultrapassando os limites conceituais de origem meramente geográfica^(68:18).

Na Área da Saúde, trabalha-se com o conceito de regiões de Saúde que, consta no documento do Pacto pela Saúde, como sendo

recortes territoriais, inseridos em um espaço geográfico contínuo, identificadas pelos gestores municipais e estaduais a partir de identidades culturais, econômicas e sociais; de redes de comunicação e infraestrutura de transportes compartilhados do território^(32:45).

Nestas regiões deverão ser organizadas as redes regionalizadas de ações e serviços de saúde para prestar atenção à saúde da população, assegurando o cumprimento dos princípios trazidos na Constituição de 1988: universalidade do acesso, equidade e integralidade do cuidado⁽³²⁾. O Pacto estabelece os seguintes desenhos possíveis das regiões:

- Regiões intra-estaduais, compostas por mais de um município, dentro de um mesmo estado.
- Regiões intra-municipais, organizadas dentro de um mesmo município de grande extensão territorial e densidade populacional.
- Regiões interestaduais, conformadas a partir de municípios limítrofes em diferentes estados.
- Regiões fronteiriças, conformadas a partir de municípios limítrofes com países vizinhos^(32:46).

Este desenho das regiões de Saúde, trazido pelo Pacto da Saúde, possibilita alguns questionamentos. Retomando o conceito de região, trazido pela Geografia, por Gomes⁽⁶³⁾, pode-se correr o risco de simplificá-lo no momento em que são aceitos diversos recortes como região. Por outro lado, cabe ressaltar que o olhar da territorialidade aponta importantes possibilidades de recortes e de regionalizações dentro de uma região já consolidada, sendo, inclusive pensada em menores áreas de abrangência. O espaço geográfico é observado como o local de operacionalização do processo de regionalização.

Quanto aos objetivos da regionalização, mencionado no texto do Pacto pela Saúde, busca-se

- a) Garantir acesso, resolutividade e qualidade às ações e aos 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 na 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^(32:44-5).

Neste contexto, vale relembrar os conceitos de fluxos e de utilização dos serviços de saúde. Desta forma, conceituam-se “os fluxos de utilização dos serviços de saúde pelos usuários como a busca por uma ação terapêutica e/ou a trajetória percorrida por eles à procura do atendimento, estando este fluxo vinculado a todos os esforços realizados para alcançar a resolutividade”^(1:45).

A utilização dos serviços de saúde é representada como sendo “o centro de funcionamento dos sistemas de saúde”^(69:190). O conceito de utilização deve levar em conta não somente o resultado da “interação do comportamento do indivíduo que procura cuidados e do profissional que o conduz dentro do sistema de saúde”, mas também o comportamento individual^(69:190), ou seja, de acordo com suas necessidades e situações de vida que o levem a elaborar estratégias de enfrentamento de seus problemas cotidianos, sejam eles de saúde ou

não⁽⁷⁰⁾. Resta o desafio de associar o individual e o coletivo na compreensão do processo de utilização dos serviços.

Em relação ao acesso aos serviços de saúde e à utilização dos mesmos, outros fatores interferem e ultrapassam as questões dos diferentes tipos de acesso. Por exemplo, as escolhas realizadas pelos usuários variam de acordo com o problema de saúde apresentado e o momento de vida desse usuário, sendo que suas escolhas sofrem forte interferência do contexto socioeconômico e cultural, no qual estão inseridos⁽⁷⁰⁾.

O acesso está “vinculado às condições de vida, onde a nutrição, condições de habitação, poder aquisitivo e educação são componentes fundamentais”^(53:224). Já a acessibilidade é referente a características dos serviços de saúde e pode ser abordada pelos enfoques: geográfico, funcional, econômico e cultural⁽⁵³⁾.

A discussão referente à regionalização trazida, tanto no texto da NOAS, quanto no Pacto pela Saúde, demonstra que o conhecimento dos fluxos dos usuários aos serviços de saúde é preponderante para a efetiva construção do sistema de saúde, tanto no nível micro (Município) quanto no macro (intermunicipal, região). Acredita-se que o conceito de região proposto pelo Pacto pela Saúde está levando em conta a capacidade de atuação dos atores sociais no espaço geográfico onde se encontram, seja no Município, entre Municípios circunvizinhos ou limítrofes entre Estados ou Países. Porém, ressalta-se a necessidade de este ser efetivamente implementado na consolidação desta política, no processo de gestão.

A questão de o Pacto ser considerado uma estratégia é importante para o desenvolvimento socioeconômico, redução das desigualdades e promoção do acesso dos usuários às ações e serviços de saúde⁽⁷¹⁾. Pensa-se que para que isso ocorra, seja necessário engajamento político dos atores sociais envolvidos no processo, no caso do presente estudo, atores municipais, regionais e estaduais.

Cabe ressaltar que outro importante ator inserido no processo de regionalização é o Consórcio Público na Área da Saúde. Resgatando a história deste ente, observa-se que os Consórcios Intermunicipais tomaram corpo nos anos 80, na medida em que os Municípios tentavam resolver as demandas locais em conjunto, em setores distintos. Os Consórcios Intermunicipais de Saúde (CIS) foram estimulados pelo processo de municipalização e surgiram demandas municipais e não de política deliberada⁽⁷²⁾.

O surgimento dos CIS coincide com a fragilização das Secretarias Estaduais de Saúde (SES) que, aos poucos, se foram retirando da prestação de serviços secundários e terciários ou, baixando sua qualidade. Essa situação motivou os Municípios a suprirem esta deficiência na oferta de serviços de saúde. Outro importante motivo para o surgimento dos CIS é a

centralização dos serviços de maior densidade tecnológica em grandes polos urbanos. Oriundos da falência do modelo de administração pública burocrática, os CIS se consolidam como uma nova forma de gestão dos serviços de saúde, sendo um ente privado publicizado, buscando, desta forma, mais autonomia na resolução de problemas relativos aos serviços de maior densidade tecnológica⁽⁷²⁾. Os CIS

não apresentam, em geral, um recorte espacial compatível com os critérios de pertencimento econômico, social, cultural e sanitário; como regra, constituíram-se como sociedade civil de direito privado, sem fins lucrativos; em sua maioria, organizaram-se para ampliar a oferta de serviços de atenção médica, como serviços hospitalares, serviços ambulatoriais especializados e serviços de apoio diagnóstico e terapêutico^(72:60).

A sua regulamentação se deu a partir da edição da Emenda Constitucional 19/1998, reconhecendo-os como instrumento de cooperação federativa. No entanto, havia necessidade de uma lei que desse efetividade ao artigo 241 CF/88, já alterado pela EC 19/98, conferindo-lhe personalidade jurídica de direito público⁽⁷³⁾. Neste sentido, vem a Lei nº 11.107/2005 possibilitando a cooperação entre entes de mesma natureza ou não. Assim, esses entes podem “optar quanto à adoção da personalidade jurídica de direito público (associação pública) ou de direito privado”^(74:1). Inere-se que,

na prática, o consórcio pode ser utilizado como instrumento de estímulo ao planejamento local e regional em saúde, auxiliando tanto no desenvolvimento como na efetivação do Plano Diretor de Regionalização (PDR) e do Plano Diretor de Investimentos (PDI) e, ainda, compor de forma coordenada com os Colegiados de Gestão Regional (CGR), o espaço de gestão regional, respeitada sempre a atribuição de direção única de cada ente federado^(75:1).

Quanto à figura do Colegiado de Gestão Regional (CGR) na Região de Saúde Intrarregional, este foi estabelecido junto ao Pacto de Gestão (uma das dimensões do Pacto pela Saúde). Antes de 2006, a articulação e a pactuação entre os gestores do SUS se dava em dois colegiados, a Comissão Intergestores Tripartite (CIT) e as Comissões Intergestores Bipartite (CIBs), sendo que em alguns Estados havia também CIBs regionais. A CIB é composta por representantes da Secretaria de Estado da Saúde (SES) e do Conselho de Secretários Municipais de Saúde (COSEMS) estadual ou órgão equivalente, sendo a instância responsável pela negociação e decisão dos aspectos operacionais do SUS nos Estados. Na regionalização, torna-se coordenador da pactuação dos acordos entre as Regiões de Saúde. O CGR

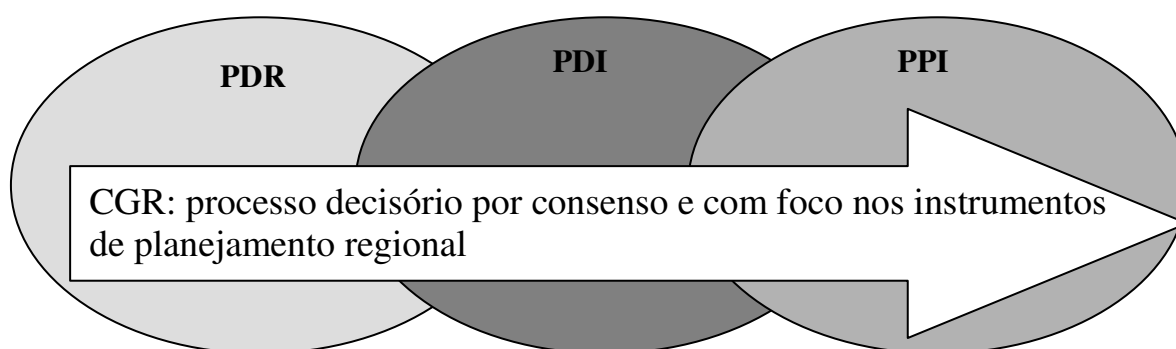
se configura como espaço permanente de pactuação, cogestão e de decisão, mediante a identificação, definição de prioridades e de pactuação de soluções para a organização da rede regional de ações e serviços de atenção à saúde, integrada e resolutive.

O CGR é uma inovação do Pacto pela Saúde, pois efetiva a articulação permanente e contínua entre todos os municípios e o estado, na Região de Saúde na qual está inserido, o que nem sempre ocorre nas CIBs regionais. A partir da implantação do Pacto pela Saúde, todos os gestores dos municípios têm assento e voz no CGR e, por meio da pactuação, procuram garantir que demandas dos diferentes interesses regionais possam ser organizadas e expressadas naquele território^(76:17).

Para o planejamento da regionalização, têm-se como principais instrumentos o PDR e o Plano Diretor de Investimento (PDI) que devem ser elaborados a partir das diretrizes determinadas no Plano de Saúde Municipal e manter coerência com os demais instrumentos do Sistema de Planejamento do SUS. Neste sentido,

as ações e serviços organizados a partir do PDR fazem parte das Programações Pactuadas e Integradas (PPI), que são instrumentos de execução, controle e monitoramento dos Pactos estabelecidos. O PDI dimensiona os recursos financeiros necessários para atingir os objetivos da organização regional, expressa no PDR, e explicita a participação das esferas de governos neste financiamento (Figura 1)^(76:10-1).

Figura 1 – Processo decisório no Colegiado de Gestão Regional com foco em instrumentos do planejamento regional do SUS



Fonte: BRASIL, 2009d, p. 11⁽⁷⁶⁾ - CGDPD/DAGD/SE/MS.

A figura 1 demonstra a forma de atuação do CGR e coloca-se como uma instância de cogestão no espaço regional⁽⁷⁶⁾. Neste sentido, pensa-se que a regionalização se consolida como um importante processo de gestão do espaço, político e geográfico, na medida em que prevê o planejamento local, a consolidação das redes assistenciais, a partir do olhar dos

diferentes atores sociais implicados neste processo, sejam os usuários de saúde, profissionais da saúde, gestores municipais, regionais, estaduais e nacionais. Porém, é necessário um olhar crítico sobre a forma prescritiva dos documentos oficiais que, por vezes, impõe formas de condução do MS no planejamento em saúde no País.

A regionalização solidária prevê uma rede horizontal, promotora da ABS, da integralidade do sistema, além de relações entre os gestores do SUS com menor assimetria. A organização regionalizada da assistência pode ser potencializada quando existe um “ambiente regional”, ou seja, unir o território e a sua identidade^(46:204).

A “região de saúde é uma totalidade em aberto”, pois é a sociedade que tece as redes, promovendo as (re)definições regionais^(77:235). Desta forma, “qualquer proposta de regionalização da saúde no Brasil deveria contribuir para o fortalecimento da identidade local e de um determinado território no qual o poder político-institucional é exercido por um amplo conjunto de atores sociais envolvidos”^(77:234).

Neste sentido, acredita-se que, para se pensar as redes no espaço, precisa-se entender que estas vão além das dimensões territoriais político-administrativas. Por isso, utiliza-se o conceito de território, expressando a concretização das redes por meio das relações sociais que os atores envolvidos no processo decisório estabelecem ou não, entre si. Essas relações concretizam as ações de planejamento e de gestão (processos, instrumentos) da regionalização.

2.3 De que planejamento relativo à regionalização se está falando?

Para se falar em planejamento relativo à regionalização, optou-se por utilizar o referencial de **Carlos Matus** e **Mario Testa**, importantes expoentes do planejamento estratégico na América Latina, o qual influenciou a política nacional. Em entrevista a Franco Huertas, o economista chileno Carlos Matus refere que

planejar significa pensar antes de agir, pensar sistematicamente, com método; explicar cada uma das possibilidades e analisar suas respectivas vantagens e desvantagens; propor-se objetivos. É projetar-se para o futuro, porque as ações de hoje terão sido eficazes, ou ineficazes, dependendo do que pode acontecer amanhã e do que pode não acontecer. O planejamento é a ferramenta para pensar e criar o futuro porque contribui com um modo de ver que ultrapassa as curvas do caminho e chega à fronteira da terra virgem ainda não-palmilhada e conquistada pelo homem. Essa visão ampla serve como suporte das decisões de cada dia: os pés no presente e o olhar no futuro^(20:12).

O planejamento tradicional iniciou de forma simples e se tornou em “planejamento do desenvolvimento econômico e social”. Este tipo de planejamento é autoritário, tecnocrata e não envolve todos os atores do processo social, ou seja, Estado/governante é quem planeja. Também restringe a política, tornando-se um prolongamento da “teoria econômica positivista”^(20:19).

O questionamento em relação ao enfoque normativo, diz respeito ao seu “reducionismo economicista, traduzido em uma visão do processo de definição dos objetivos e dos meios, exclusivamente baseado no custo-benefício econômico”. Quando se reduz o planejamento à normatividade econômica, está-se abandonando o princípio da totalidade, “que caracteriza a realidade histórica e que deve informar a planificação”^(78:154).

Quando se remete à proposta de Matus, o Planejamento Estratégico Situacional (PES), passa-se a considerar diversos atores em um jogo de conflito e de cooperação. Este tipo de planejamento tem uma ligação maior com as organizações públicas e, os atores envolvidos são dirigentes dessas organizações, partidos políticos ou governantes^(20:22).

O PES trabalha a partir da análise situacional, em que a situação é explicada “por alguém, a partir de uma posição no jogo social” e a explicação é dada por meio de sua identificação com a leitura da realidade. A realidade “pode ser explicada mediante situações diferentes, porque os atores do jogo social participam dele com diferentes propósitos”. A análise situacional vem promover a diferenciação dessas explicações, pois cada ator envolvido no processo avalia o jogo social de uma maneira particular e sua atuação ocorre segundo a sua interpretação da realidade^(20:31).

Quando se refere a processar problemas, surgem, no PES, quatro importantes aspectos: - explicação do surgimento e desenvolvimento do problema; - construção de planos a fim de interferir na causa dos problemas (“nós críticos” ou causas críticas), mediante operações; - avaliação da viabilidade política deste plano ou a forma de viabilizá-lo; - realização de operações planejadas para atacar o problema^(20:36).

Para melhor entendimento da proposta de Matus, remete-se aos conceitos de estratégia e tática que acontece no jogo social. Logo, “tática é o uso dos recursos escassos da produção de uma mudança situacional, e estratégia é o uso da mudança situacional para alcançar a situação-objetivo”^(20:72), é a arte do líder⁽²⁵⁾. Quanto à viabilidade do plano, deve-se pensar na viabilidade das operações que compõem este plano no sentido de atacar os “nós críticos” dos problemas e que os resultados produzidos tenham se aproximado das metas propostas⁽²⁰⁾.

O raciocínio na análise estratégica ocorre por meio de sistemas criativos e abertos a diferentes possibilidades em que os atores, a partir de visões subjetivas de mundo, tentam

alterar o resultado do jogo em que estão envolvidos. A estratégia surge de uma problemática comum no jogo interativo, sendo que as avaliações situacionais dependem da realidade construída pelos atores, a partir do papel desempenhado no jogo (político, econômico e social). E, a leitura que esses atores realizam, da informação fornecida pela realidade, decorre da visão que o seu papel lhe confere⁽²⁵⁾.

Quando se remete aos atores sociais envolvidos no processo, eles optam pelas estratégias, segundo o seu estilo político, impondo-o como regra do jogo, mostrando seu modo de fazer e de aceitar a política⁽²⁵⁾. Os três estilos clássicos são

- Chimpanzé (o fim sou eu): a estratégia política do ator é marcada pela manutenção do poder, utilizando-o em seu próprio benefício e anulando as ameaças dos rivais, não existindo um projeto social, ou seja, este estilo se caracteriza por

i) extremo individualismo da luta pelo poder; ii) alto valor da rivalidade individual; iii) hipervalorização da força e da agressão como critério de superioridade e eleição do chefe; iv) alto valor da ameaça do outro em um sistema altamente competitivo; v) o valor zero do projeto social; vi) a reconciliação como modo de reparar o dano causado ao destituído e de estabilizar a submissão ao chefe; e vii) geração de alta tensão na comunidade a despeito do uso da reconciliação^(25:19).

- Maquiavel (o fim justifica os meios): passa-se do objetivo pessoal para o projeto social, onde a ação do chefe está subordinada a um projeto que o transcende, sendo que a ética e os meios devem se adequar ao objetivo. Ressalta-se que, nesta política, existem aliados e adversários que se relacionam a um fim comum. Este estilo se caracteriza por

i) alto valor da luta por projetos conflitivos; ii) alto valor da ameaça do outro; iii) alto valor do projeto em relação ao indivíduo e ao chefe; iv) uso da violência em defesa de objetivos considerados superiores; v) total subordinação dos meios à superioridade dos fins; e vi) desigualdade no exercício dos direitos individuais e pessoais. O poder é fonte de privilégios^(25:22).

- Gandhi (a força moral e o consenso): o consenso é quem governa o projeto e este, o líder, sendo que os valores e a ética estão em primeiro plano. O projeto subordina-se “ao consenso, à cooperação e aos meios pacíficos”^(25:22). Este estilo tem por características

i) credibilidade da palavra apoiada no exemplo do líder; ii) baixa valorização, pela chefia, da rivalidade individual; iii) baixo valor à ameaça do outro; iv) proibição da violência e do engano; v) abolição do conceito de inimigo; vi) alto valor do projeto; vii) alto valor do consenso e da

cooperação; viii) predomínio da força dos valores humanos e das grandes maiorias; e ix) o líder é o primeiro dentre os iguais, só prega o que pratica (25:25).

Ressalta-se que não há a eleição de um estilo político, isto é, não se encontra nenhum deles em estado puro na realidade social; o que existem são proporções de um e de outro. O autor avalia que, na atualidade, “a competição científico-tecnológica e a luta pelo poder econômico internacional” sigam o modelo Maquiavel dominante, impregnado pela política chimpanzé^(25:26).

Pensando nas quatro variáveis da análise estratégica, têm-se os **atores**, as **operações**, os **meios estratégicos** e o **tempo**⁽²⁵⁾. O ator é um sujeito ativo, motor da mudança, portador e, por vezes, criador de ideias; “produz a realidade e é produto dela”^(25:205). Os atores são

aqueles que declaram as insatisfações, que processam ou ignoram as teorias para entender a realidade em que vivem; acumulam vontade, valores, preconceitos, ideologias, poder de mudança e incapacidades; criam visões diferenciadas, como se usassem óculos que os fazem ver a realidade com lentes de diferentes cores e graus; rebelam-se contra o evitável e geram conflito; **lutam pelo poder e governam no âmbito particular de seus domínios** [grifo da autora]. São portadores e, às vezes, criadores de ideias (25:203).

A realidade é composta por aliados e adversários, eles têm condições de analisarem-se, fazem avaliações situacionais, podem elaborar planos que sejam criativos e possibilitam a proposta de objetivos que possam mudar o futuro⁽²⁵⁾.

O jogo social é composto por poucas pessoas, são poucos que tomam as decisões e representam as organizações sociais, sendo líderes do coletivo social. São destacados alguns elementos no estudo de um ator:

- a) os *valores e afinidades* atribuídos a cada ator;
- b) as *intervenções e motivações* reveladas por cada ator no jogo social;
- c) a *capacidade e habilidade* pessoal demonstradas por sua ação, em relação aos recursos que manipula;
- d) as *invariantes* do seu *código de personalidade*, que moldam certa invariância ou constância no *estilo de ação*, e que podem fazer com que sua ação seja altamente não-predizível e sua conduta surpreendente (imaginação, criatividade, etc);
- e) o *vetor de força* acumulado, que lhe confere a capacidade de ação ou a produção social com a qual participa do jogo; e,
- f) a *história de atuações* que valida ou invalida o estudo realizado sobre o CDP de cada ator^(25:207).

As características apresentadas são variáveis instáveis que podem sofrer mudanças, enquanto outras são invariáveis (imaginação e inteligência, por exemplo). Desta forma, o estudo dos atores pode abranger aspectos muito variáveis, como

Variáveis de aprendizagem e perícia, que se alteram com a mudança situacional:

- a) foco de atenção (seleção de problemas);
- b) modelo explicativo utilizado;
- c) posição diante de problemas e operações (valor e interesse conferidos às operações em jogo, motivações);
- d) afinidades (matriz de afinidades);
- e) marco ético-ideológico (elasticidade do marco EI);
- f) objetivos e planos (demandas e respostas perante os problemas selecionados, propostas, expectativas);
- g) vetor de peso (controle de recursos e adesões);
- h) vetor de perícia (habilidade demonstrada na utilização dos recursos);
- i) vetor de suporte cognitivo (potência científico-técnica dos recursos que controla);
- j) condições de saúde física e mental.

Variáveis de personalidade, que são bastante estáveis e não se alteram com a mudança situacional, ou alteram-se difícil e lentamente;

k) código de personalidade (CDP) do ator (inteligência, carisma, sagacidade, audácia, imaginação, tenacidade etc.);

l) histórias de atuações (fatos que respaldam seu código de personalidade).

(25:208)

As características dos atores sociais contribuem no estudo de suas estratégias, movimentações e como se posicionam no jogo social. Nesse sentido, faz-se necessário discutir outra variável da análise estratégica, as **operações**.

O conceito de operação e ação utilizado pelo plano é enriquecido no PES. O plano não pode ser uma sequência de operações, pois será incapaz de representar o processo histórico. O conceito de operação é próprio de um movimento de finalização, logo torna-se insuficiente para analisar as formas práticas de exercer os meios estratégicos⁽²⁵⁾.

Para se alcançar os objetivos do plano, no Método PES, utilizam-se as operações OP, indicando “que elas foram identificadas e selecionadas mediante um critério exigente e excepcional”. São “*operações terminais* que movem o marcador do jogo, mas o desenvolvimento do mesmo compõe-se de muitos outros tipos de jogadas com funções intermediárias”^(25:215).

A operação OP é um tipo especial de ação, portanto não pode ser componente único do jogo social. Os atores sociais desenvolvem outros tipos de ações que não possuem impacto direto no marcador do jogo, porém para tornar a operação OP viável, é necessária uma sequência prévia de ações que sejam construtoras de viabilidade. Essas ações intermediárias

ou jogadas políticas são chamadas de operações OK, ou seja, “trata-se de operações táticas, indispensáveis no jogo político graças a sua eficácia *processual* ou *indireta* sobre a estratégia” (25:216).

O ator no jogo social faz uso das operações e dos **meios estratégicos** para atingir seus objetivos. A seleção destes meios depende, em muito, do estilo político adotado pelo jogador e das características na realidade em que o jogo ocorre. Para a construção de viabilidade, algumas operações OK cumprem funções muito especializadas, dando origem aos meios táticos e, estes, utilizados na sequência da trajetória tornam-se os meios estratégicos^(25:220). Os meios táticos e estratégicos mais comumente utilizados são apresentados no quadro 1.

Quadro 1 – Meios estratégicos para uso no jogo social

ESTRATÉGIA	SITUAÇÃO	MEIO
IMPOSIÇÃO	Autoridade, hierarquia	Diretrizes
PERSUASÃO	Diferentes focos de atenção; indiferença	Motivação, sedução
NEGOCIAÇÃO COOPERATIVA	Interesses diferentes e objetivos comuns	Negociação – soma positiva
NEGOCIAÇÃO CONFLITIVA	Interesses opostos	Negociação – soma zero
NEGOCIAÇÃO MISTA	Interesses diferentes combinados com interesses opostos	Negociação – mista
RECOMPENSA E INTERCÂMBIO	Interesses conciliáveis	Prêmio, compra venda
MEDIAÇÃO	Interesses opostos sem ânimo de confronto	Mediação e arbitragem
JULGAMENTO	Interesses opostos submetidos a regras jurídicas	Defesa e acusação em tribunais
COAÇÃO	Interesses opostos com ânimo de imposição	Ameaça de fazer pagar um custo
CONFRONTO	Interesses irreconciliáveis	Medição política de forças
DISSUAÇÃO	Interesses irreconciliáveis	Exibição de forças
GUERRA	Interesses irreconciliáveis com vontade de violência	Medição bélica de forças

Adaptado de: Matus C. Chimpanzé, Maquiavel e Ghandi – Estratégias Políticas. São Paulo: FUNDAP; 1996. p. 222⁽²⁵⁾.

A partir do exposto, infere-se que o ator social envolvido no processo decisório se utilizará do seu estilo político para construir as suas estratégias e dialogar com os pares, partindo do olhar do projeto social e, utilizando-se meios táticos e estratégicos para alcançar os objetivos.

Por fim, a última variável proposta na análise estratégica que é por onde a estratégia transcorre, o **tempo**. É considerado um recurso escasso e o estrategista não pode tomar o tempo do outro, apenas compartilhá-lo na medida em que busca obter vantagem sobre seus adversários. Entre os estrategistas, o valor do tempo se diferencia e a pressão pelo seu uso é

bastante diverso. Torna-se necessário, portanto, refletir sobre seu uso e simular probabilidades, pois ele oferece possibilidades, mas também impõe restrições⁽²⁵⁾.

Na construção da trajetória de viabilidade há inúmeras combinações possíveis para lidar com as variáveis da análise estratégica: atores, operações, meios estratégicos e tempo. Na análise política, a escolha de uma trajetória estratégica é uma questão complexa pela variedade de alternativas possíveis⁽²⁵⁾.

A leitura de Matus proporciona uma discussão de importantes conceitos da análise estratégica, apontando a forma como os atores sociais, ou neste trabalho, atores institucionais, movimentam-se no jogo social e suas trajetórias estratégicas para a tomada de decisão.

Ao se refletir sobre o pensamento estratégico mais voltado à Área da Saúde, encontra-se no médico argentino **Mario Testa** uma importante referência. O autor acredita que Matus proporcionou a abertura de novos caminhos para o pensamento sobre planejamento, porém faz uma crítica a sua autorreferência, tendo uma visão de dirigente do processo. Testa ressalta a proposta, construída por Matus, de “planejamento estratégico sobre a noção de situação, comumente definida como sendo o lugar social onde está situado o ator e a ação”^(29:106). Acredita que Matus “substitui a normatividade técnico-econômica por uma normatividade política, o que reduz a eficácia de sua proposta”^(29:108). Retrata uma crítica histórica, pois acredita que Matus põe, parcialmente, o método de planejamento em situação⁽²⁹⁾.

O autor faz uma reflexão histórica dos aspectos sociopolíticos da sociedade latino-americana e propõe que “o objetivo central do planejamento deve ser o de contribuir para promover a criação de condições que possibilitem a realização de ações que levem a mudanças sócio-políticas e econômicas nos países”^(29:110).

Testa situa algumas reflexões do pensamento estratégico na **história** e no **postulado de coerência**. O planejamento como método advém das situações históricas concretas, pois, para haver mudanças futuras, faz-se necessário que o problema crie condições para tal. Já o postulado de coerência parte das relações entre os propósitos de uma Instituição, os métodos utilizados por esta e a Organização que esta assume⁽²⁹⁾.

Para entender o enfoque do planejamento estratégico em Testa, deve-se resgatar alguns conceitos. A ação que é desenvolvida nas instituições orienta a definição de estratégia e esta “é a forma de implementação de uma política. Política, por sua vez, é uma proposta sobre a distribuição do **poder**, o qual finalmente nos remete à categoria central do enfoque do planejamento estratégico”^(29:111).

Quanto ao conceito de organização, utiliza-se de dois aspectos: o institucional (“a consolidação burocrática de uma Organização em geral”) e o agrupamento de pessoas com

“interesses comuns” (“atores sociais primários”). E, é nas organizações que se situa o poder da sociedade, no duplo sentido^(29:117). O poder é uma das relações sobre as quais as sociedades modernas estão construídas⁽³⁰⁾.

Considera-se o poder em dois eixos de análise: correspondente aos resultados de seu exercício e seus tipos específicos. No primeiro eixo, o autor refere-se ao **poder cotidiano**, ou seja, “a que e como fazer as coisas”, o que gera uma disputa. Este tipo de poder está inserido e implica o **poder societário**, pois o tipo de sociedade a se construir, produzir ou reproduzir, implica o que e como fazer cotidianos^(29:118).

O segundo eixo corresponde “aos **tipos de poder** de que cada setor de atividade dispõe”^(29:118). No caso da saúde, ressalta-se a presença de três tipos de poder: o técnico, o administrativo e o político. O poder técnico ocupa-se com vários aspectos referentes ao tipo de informação que giram em torno dessa forma de poder (médica, sanitária, administrativa e marco teórico), operando em muitos âmbitos. O traçado estratégico, deste tipo de poder, utiliza-se de proposições sobre quatro questões analisadas até então: tipo de informação e seu âmbito, homogeneidade do sistema e estilo⁽²⁹⁾.

O poder administrativo é praticamente sintetizado pelas diferentes formas de financiamento, que “é o elemento central organizador dos diversos subsetores do setor saúde”, especialmente nos países capitalistas^(29:121). As análises estratégicas deste tipo de poder,

deverão ser orientadas principalmente para a homogeneidade dos grupos sociais, que intervêm nas diferentes fases do financiamento de cada subsetor para a modalidade da apresentação do serviço, para a legalidade da cobertura e para o controle e regulação das comunicações entre os subsetores^(29:123).

Já o poder político tem a capacidade de mobilização de conhecimento empírico e científico e, os atores sociais fazem parte da prática, sendo mobilizadores ou mobilizados. Este tipo de poder está num nível diferente dos demais, estes estão submersos àquele. O poder político cruza-se com o técnico e o administrativo, nas “formas de saber científico com prática de dominação e de saber empírico com prática hegemônica”^(31:103).

Testa traz a ideia de cenário para se referir ao espaço onde a ação se desenvolve, porém ressalta que “não se pode diferenciar nitidamente o espaço da ação da própria ação nem de seus atores”. Neste sentido, deve-se identificar como o espaço influi (determina e/ou condiciona) “sobre a ação e os atores e reage com uma resposta recíproca”. O cenário onde ocorre a ação social pode ser definido como espaço social; logo, há uma mútua implicação entre as **categorias ator social, ação social e espaço social**. Este último é entendido como

“uma relação entre os atores que são gerados ao desenvolver-se uma ação”^(30:67), podendo ser entendido, então, como o espaço decisório.

O espaço social pode ser caracterizado como um campo de forças; este não é um conceito dinâmico, mas resultante das tensões que surgem da estrutura de poder. O problema em questão gera o seu campo de forças e, o setor saúde é constituído pela combinação articulada desses. O setor “deixa de ser, em consequência, um conjunto de instituições para constituir-se em um espaço social onde transcorrem os processos – discussões, conflitos, decisões, ações – da saúde”. Ele é um espaço social e se redefine constantemente, em termos conjunturais e históricos, na dimensão poder, “como espaço onde se disputa o poder cotidiano e como espaço onde se disputa o poder societal”^(30:68).

A partir do espaço setorial, pode-se tratar das **estratégias institucionais**, que se refere ao que é desenvolvido no e a partir do espaço institucional; este é a formalização de uma organização que está constituída por atores sociais relacionados de determinada forma e que produz diferentes tipos de fatos, “segundo os objetivos organizacionais e as formas de relacionamento interno dos atores entre si e com outros atores extra-institucionais”^(30:69).

Então surgem dois tipos de **relações: internas e externas**, que podem dar pistas a respeito das estratégias institucionais. As relações internas dizem respeito ao relacionamento dos atores entre si e as externas, com outros atores extra-institucionais⁽³⁰⁾.

Já as **estratégias programáticas**, referem-se “à implementação de uma política (proposta de distribuição de poder) por meio da realização de um programa”. O programa é um “ordenamento de recursos que têm um destino específico, com um objetivo prefixado e sob uma condução normativa – ocasionalmente também administrativa – única”^(30:74).

As estratégias sociais são as que concretizam as políticas de saúde, pois são as que se definem no espaço social global. O espaço setorial existe por haver atores sociais com interesses setoriais. A discussão sobre o conceito de espaço traz o espaço setorial, programático ou institucional como um conceito operativo e, o espaço social global (Estado) como uma categoria analítica⁽³⁰⁾.

Logo, “a implantação da estratégia se faz sempre no espaço setorial e esta é a origem da contradição, porque os atores do espaço setorial não são os mesmos que os do global e podem implementar as ações de maneira contraditória com a política decidida”. Desta forma,

o problema consiste em que o objetivo ideológico da discussão política no nível setorial são os atores do espaço global que atuam na decisão política, mas que não são os atores do espaço setorial que a implementam; a forma de resolver o problema apresentado é conseguir o deslocamento desse objetivo

até este segundo grupo de atores ou, alternativamente, fazer com que a decisão contenha explicitamente um plano estratégico^(30:83-4).

Nesse sentido, a sociedade política é tida como o espaço de decisão. Este pode configurar-se como virtual ou real. O espaço virtual não necessita de um espaço material, ou seja, a decisão pode estar vinculada, por exemplo, à autorização de um funcionário, enquanto o real possui um espaço físico onde há a concretização material do ato de decisão⁽³⁰⁾.

Cabe ainda salientar que, em uma sociedade ideal, as relações sociais são permanentemente submetidas a tensões presentes no cotidiano. É desnecessário ocultar, por meio de barreiras protetoras, “nossos pequenos domínios pessoais, os espaços sociais onde nos tornamos fortes para sobreviver econômica, intelectual e afetivamente”. Logo, pode-se utilizar o termo transparência^(30:30).

Já a opacidade pode ser considerada um instrumento da estratégia, pois nem sempre se pode explicitar os propósitos que podem ser derrotados. O poder torna-se, portanto, “uma característica das sociedades opacas, gerado por e ao mesmo tempo sustentador dessa opacidade”^(30:35). A opacidade contribui para a construção da viabilidade política, porém não é possível haver um ocultamento total. A transparência, como estratégia, pode incrementar a legitimidade e, por consequência, a credibilidade do decisor⁽³⁰⁾. Desta forma, ambas são instrumentos utilizados no jogo social, contribuindo para operacionalização da política proposta.

Pensando a média complexidade e o processo de regionalização como o “nó crítico” do Sistema de Saúde, podem-se observar possibilidades de tática e de estratégias, a partir das operações planejadas para se conseguir atacar o problema. Considerando-se o PDR/RS, este poderia ser pensado como ferramenta estratégica para a consolidação da regionalização, assim como as diferentes táticas e atores envolvidos na operacionalização desse processo. Dessa forma, os atores sociais poderiam pensar o espaço geográfico como o operacionalizador do processo de decisão no espaço político e nas relações de poder que se conformam no território. Para tanto, elegeu-se o PES de Carlos Matus e o pensamento estratégico de Mario Testa para discutir esta questão. Em Mario Testa também há a identificação dos tipos de poder existentes nas instituições e as relações entre os atores envolvidos no processo decisório, entre si e com outros.

2.4 Planejamento regional ascendente e redes no processo de regionalização

O planejamento ascendente, a partir da base municipal, é um importante instrumento de operacionalização da gestão descentralizada proposta pelo SUS. Porém, talvez seja um dos maiores desafios para a consolidação dessa proposta de gestão do Sistema⁽¹⁴⁾, devido à fragmentação do processo de descentralização, mas é um relevante mecanismo na busca pelo princípio de unicidade do SUS⁽⁷⁹⁾.

Conforme consta no texto da Lei nº 8.080/1990,

Art 36. O processo de planejamento e orçamento do Sistema Único de Saúde (SUS) será ascendente, do nível local até o nível federal, ouvidos seus órgãos deliberativos, compatibilizando-se as necessidades da política de saúde com a disponibilidade de recursos em planos de saúde dos Municípios, dos Estados, do Distrito Federal e da União⁽¹³⁾.

Os Municípios, ao ultrapassarem os obstáculos impostos pelo SUS, mostram-se como efetivos criadores de alternativas reais no planejamento ascendente e participativo⁽⁸⁰⁾. Porém, cabe salientar que

os gestores loco-regionais é que devem construir seus próprios caminhos para o planejamento democrático de acordo com os princípios aqui defendidos, não devendo tomar os **modelitos** tradicionais de planejamento e gestão ofertados pelos órgãos federais, estaduais e mesmo internacionais como salvadores da pátria, a não ser como propostas a serem criticamente analisadas e como experiências acumuladas por outros projetos que servirão de pistas para a criação dos novos passos a serem construídos^(80:45).

Pensa-se que

está-se tratando da articulação entre diferentes leituras sobre uma situação-problema, as quais geram diferentes propostas de intervenção, em um ambiente de autonomia político-administrativa. Daí a importância das instâncias de negociação e da construção coletiva, para a definição de fluxos e instrumentos, além da pactuação^(14:1575).

O planejar em saúde requer o uso de instrumentos para sua consolidação e, a Conferência de Saúde é um desses instrumentos para construção do diagnóstico que possibilitem avaliar a sua situação e propor diretrizes para formulação de políticas públicas nas três esferas⁽⁸¹⁾. O planejamento em saúde é ascendente; portanto, são necessárias, especialmente por meio do Plano Nacional de Saúde, “as metas gerais consolidadas,

consagradas nos planos municipais e estaduais, para poder refletir as necessidades locais e regionais da saúde”^(81:35). Este tipo de planejamento, proposto na legislação do SUS, tem como dificultores, especialmente aos seus condutores, estaduais e nacional, a grande complexidade epidemiológica e a diversidade do País, especialmente quanto ao tamanho dos Municípios que, em sua grande maioria, são de pequeno e médio portes⁽⁷⁹⁾.

Acredita-se que o ideal de “planejamento ascendente” possa se materializar por meio de “diretrizes/orientações gerais emanadas das esferas mais centrais de governo” e, por serem gerais, podem enfraquecer “a perspectiva de um ‘centralismo autocrático’ na ação de planejar”^(11:156). Outra questão é a sua operacionalidade que deve definir “determinados princípios e objetivos a serem perseguidos pela esfera local, na suposição de que todos os Municípios apresentem um único padrão de necessidades e, mais que isto, partilhem dos mesmos valores e princípios”^(11:156). Desta forma, pensando nas diferenças existentes entre as regiões do País, inclusive, as intrarregiões entre municípios, acaba-se produzindo homogeneidades artificiais⁽¹¹⁾.

O processo de descentralização com a implementação do “planejamento ascendente” torna-se uma tarefa complexa, especialmente se associada a uma concepção sistêmica na organização das ações e dos serviços de saúde. Logo, surge, em certo grau, uma centralização na fixação dos objetivos e das metas que se almeja, mesmo porque “o planejamento em geral – e o ascendente como sua particularidade – sempre implica algum tipo de controle, que beira o absoluto quando combinado à centralização das fontes de financiamento”^(11:1157).

Para que os projetos sejam executados, há a necessidade de recursos financeiros e materiais que o planejamento requer como prática administrativa, para promover sua execução, porém sua liberação é uma tarefa política de negociação, e, para que esta seja exitosa, o planejamento é visto como um elemento técnico que contribui para o processo⁽¹¹⁾.

Cabe salientar que, neste estudo, entende-se o regional como sendo o lugar onde ocorrem as tomadas de decisão referentes à regionalização, onde as tensões, dificuldades, obstáculos e conflitos se colocam, ou seja, o espaço decisório em que ocorrem as configurações de poder.

Para se conseguir superar a burocracia e a rigidez institucional, no processo de descentralização, é necessário se pensar a gestão regional numa perspectiva de participação social, colocando-a, portanto, como um projeto social. Sabe-se que neste processo há um “campo de tensões entre poderes, saberes, competências e atribuições”, sendo que diferentes atores estão envolvidos nele, nos variados lugares de poder⁽⁸²⁾.

Nessa discussão, ressalta-se que o conceito de **descentralização** é vago e ambíguo, além de ter alguns problemas, tais como a ênfase no global e no local, deixando-se um pouco de lado o regional, o redirecionamento ao mercado, reduzindo a importância da politização, bem como, a dificuldade de utilização de formulações teóricas de países industrializados. Ressalta-se que, na literatura sobre desenvolvimento, a descentralização vem sendo o foco⁽⁴⁴⁾. Nesta perspectiva, acredita-se que a regionalização, pressupõe a diversidade de arranjos de **gestão**⁽⁸³⁾.

Segundo consta na Lei 8.080/1990^(13:7), compete à direção municipal, “participar do planejamento, programação e organização da rede regionalizada e hierarquizada do SUS, em articulação com sua direção estadual”.

Em publicação da Escola de Saúde Pública do RS, no mesmo ano do PDR, com a participação de profissionais envolvidos com algumas CRSs, foi referido que

a regionalização da atenção dá conta da organização e fortalecimento das redes local, microrregional, regional, macrorregional e estadual de ações e serviços de saúde. A organização acontece a partir da realidade de cada região, buscando atender suas necessidades e especificidades^(84:67).

Em pesquisa realizada junto a gestores estaduais de Saúde, mostrou-se a preocupação desses em relação à descentralização vinculada ao “apoio administrativo e cooperação técnica com os municípios, a partir das estruturas microrregionais das SES e com a mediação política permanente de colegiados intergestores regionalizados”^(85:1159).

Num primeiro olhar, observa-se que uma parte dos gestores tem o interesse ou já vem tentando pensar nesta perspectiva do regional, que pressupõe, também, os arranjos microrregionais.

Em trabalho anterior à proposta do Pacto, relata-se estar havendo dificuldades para implementar a organização regionalizada e hierarquizada da assistência à saúde. Para tanto, sugere-se a necessidade de uma análise objetiva de alguns aspectos – políticos, econômicos, culturais, sociais e éticos – em cada região, tornando a regionalização também um processo emancipatório, não apenas regulatório⁽⁸⁶⁾. No referido estudo, os gestores preocupavam-se em

assegurar o acesso universal aos diversos níveis de assistência à saúde, apontaram necessidades de alterações na sistemática de atendimento das Unidades Básicas e revelaram interesse por mudanças na filosofia da atenção à saúde, apontando o modelo de promoção da saúde como o mais satisfatório para a população. Como perspectivas promissoras para a região foram identificados: a implantação do Programa Saúde da Família e o empenho dos

gestores municipais para efetuem pactuações entre municípios, visando ao atendimento das necessidades de saúde dos usuários^(86:188).

Estas questões acabam desenvolvendo novas arquiteturas sociais, articulando os diferentes atores, podendo estabelecer o novo quadro de “governança local”. Pensa-se que não existe consenso sobre este conceito, sendo adaptado à medida em que se move aos distintos âmbitos políticos ou econômicos^(87:84). Quanto a esta questão, Rhodes indica sete possíveis definições: a governança corporativa, a nova gestão pública, a boa governança como um conceito normativo, a interdependência internacional, os sistemas sociocibernéticos, a economia política e, as redes⁽⁸⁸⁾.

A governança também pode ser entendida como “uma ferramenta analítica para a compreensão dos fatores que organizam a interação dos atores, a dinâmica dos processos e as regras do jogo”^(71:41). Acredita-se que, neste estudo, a perspectiva de trabalho com as **redes** favorece as discussões de descentralização, no espaço geográfico. A discussão a respeito das redes de atenção à saúde tem se destacado na agenda do SUS⁽⁸⁹⁾.

O Sistema de Saúde ainda é fragmentado; trabalha-se numa ótica de ABS, de MC e de AC, tendo-se dificuldade em pensar e trabalhar na perspectiva de uma rede de atenção⁽⁹⁰⁾. Neste sentido, deve-se pensar o Pacto de Gestão como uma oportunidade de construir uma gestão mais solidária e cooperativa. Para que isso ocorra, é necessário que haja solidariedade e cooperação entre todos os gestores, mesmo que tenham responsabilidades e posições diferentes⁽⁹¹⁾. Cabe destacar que a governabilidade não se realiza apenas no âmbito da Secretaria de Saúde, mas inclui outros atores no processo como “o Prefeito e outros setores do Poder Executivo, o Poder Legislativo, os sindicatos, a rede privada e filantrópica, os conselhos de saúde e a participação popular”. Ressalta-se, também, que as relações de trabalho e de poder influenciam na gestão e construção do modelo de atenção^(92:92).

Nesta discussão, salienta-se a análise de um estudo realizado junto aos gestores municipais que retrata o incremento das parcerias intermunicipais como um dos instrumentos possíveis para o enfrentamento dos problemas do SUS⁽⁹³⁾.

A conformação do sistema de saúde pensado na perspectiva de uma rede de serviços e relações é desenvolvida pela integralidade da assistência a essa Área⁽⁹⁴⁾. A rede de serviços de saúde ou de atenção à saúde,

é a forma de organização das ações e serviços de promoção, prevenção e recuperação da saúde, em todos os níveis de complexidade, de um determinado território, de modo a permitir a articulação e a interconexão de todos os conhecimentos, saberes, tecnologias, profissionais e organizações

ali existentes, para que o cidadão possa acessá-los, de acordo com suas necessidades de saúde, de forma racional, harmônica, sistêmica, regulada e conforme uma lógica técnico-sanitária^(94:37).

Está vinculada aos aspectos administrativos, enquanto a rede interfederativa de saúde (RIS), aos aspectos políticos. Esta surge no momento em que se observa a necessidade da interconecção ou interação dos serviços de saúde entre os Municípios, visto que, em sua maioria, não conseguem arcar sozinhos com a assistência ao cidadão⁽⁹⁴⁾.

Desta forma, não há hierarquia na discussão, entre os entes políticos, quanto aos “interesses e as realidades locais, as diversidades culturais, econômicas e sociais dos territórios”^(94:96), superando a “dicotomização entre a administração e a política”^(95:6). Cabe ressaltar a importância do fortalecimento dos atores envolvidos e o entendimento de que sua participação é fundamental para esta rede ser efetiva.

A RIS “é um entrelaçamento de redes; redes dentro de redes, todas fortalecendo umas às outras e se autorregulando, mediante acertos e erros, sem regulação imposta por apenas uma unidade”^(94:48). As redes podem ser constituídas em diferentes níveis: intermunicipal, regional, estadual, interestadual e nacional⁽⁹⁴⁾. Surge, na discussão, o conceito de redes de atenção à saúde (RAS), sendo que elas

representam uma malha que interconecta e integra os estabelecimentos e serviços de saúde de determinado território, organizando-os sistematicamente para que os diferentes níveis e densidades tecnológicas de atenção estejam articulados para o atendimento ao usuário e para a promoção da saúde^(96:81).

As redes estão presentes em três níveis: o macro, o meso e o microsocial. A proposta da RAS congrega o conjunto de políticas do SUS e pertence ao nível macro. Já o meso demonstra a dificuldade de consolidação do processo de regionalização, pois focaliza o cotidiano de gestão das regiões de saúde. O micro revela os desafios colocados no microespaço, onde há a interação de usuários e profissionais na construção do cuidado à saúde. Esta separação existe, entretanto, para fins de classificação, visto que os problemas e desafios se entrecruzam e não existem fronteiras entre eles⁽⁸⁹⁾.

A construção de redes é um desafio à implementação do SUS, especialmente por se trabalhar na perspectiva do planejamento e gestão loco-regional e participativa. Resgatando-se a história, pode-se observar que a construção deste complexo sistema partiu de um ideal de Reforma Sanitária que foi, no decorrer do tempo, sendo repensado, reorganizado, remodelado e, hoje, representa uma realidade no País. Pensa-se na necessidade de discussão a respeito da

consolidação das redes e a organização dos financiamentos para promover a integralidade na atenção aos usuários, repensando, desta forma, o modelo de atenção à saúde que rompa com a hegemonia do modelo biomédico. Para que se obtenha êxito neste processo, faz-se necessária uma gestão participativa, onde não apenas os gestores estejam envolvidos, mas todos os cidadãos brasileiros, usuários e profissionais de saúde.

Para tanto, faz-se necessária uma mudança na forma de gestão dos serviços e no trabalho em saúde e, não apenas uma maior injeção de recursos. É preciso “reconstruir a ideia de autonomia do trabalhador em saúde”, pensando num “trabalhador coletivo” que “publicize os espaços institucionais com a presença do conjunto de atores”, especialmente os usuários (97:119).

Nesta perspectiva, surge um ponto importante na discussão: a longitudinalidade que pressupõe o estabelecimento de uma relação pessoal, a longo prazo, entre os profissionais de saúde e pacientes, na busca pela assistência⁽⁹⁸⁾. Cabe ressaltar a necessidade da sensibilização das equipes dos serviços de referência quanto ao acolhimento, vínculo e responsabilização com os usuários. Desta forma, no trabalho em rede deve haver uma discussão “conjunta de processos de trabalho e objetivos pactuados entre si [equipes e serviços] e com a população de responsabilidade”, tendo o gestor o papel fundamental na condução dessas pactuações^(99:84).

Pensa-se que o trabalho em redes possa ser um elemento norteador para atuar no grande “nó” do SUS, a implementação da regionalização e o estrangulamento da MC e, desta forma, consiga-se tecer os fios da integralidade em saúde⁽¹⁰⁰⁾ e conquistar um sistema efetivamente regionalizado, não burocraticamente, mas pensando na territorialidade e responsabilização de todos os atores envolvidos nesse processo.

Os gestores de saúde são os atores do presente estudo e, entende-se que eles são

formuladores e produtores de políticas e estratégias institucionais; dirigentes, comandantes, condutores e difusores dos sistemas institucionalizados de ação – e conformam e constituem um *campo de poder* [Bourdieu] governamental em que ocorrem tensionamentos e mediações políticas contínuas e permanentes. Um campo de gestão permeado pelo poder institucional (político, técnico e administrativo), que opera sob a delegação e a tutela dos detentores de mandato executivo.

As prerrogativas de poder e autonomia institucionais desses gestores de saúde, seu capital político, provêm de uma delegação indireta e de uma delegação contratual (informal) de confiança para com aqueles gestores públicos que detêm a autoridade política formal de um mandato eletivo. Portanto, o seu arbítrio é sancionado por quem lhes delega o poder de decisão e delimita as suas margens de autonomia política.

Pensar em gestão é essencialmente pensar nos gestores, em seus comportamentos e ações, seus cálculos, suas práticas, suas relações de poder, suas interações, mediações, desacordos e acordos^(101:13).

Portanto, infere-se que os gestores, como responsáveis pela tomada de decisão, são os atores sociais diretamente envolvidos no planejamento regional ascendente, bem como na consolidação e na implementação das redes de saúde. Esses atores circulam nos espaços de decisão e, é nesse espaço, que o poder se conforma e consolidando-se num espaço, onde as disputas e os conflitos envolvem o planejamento em saúde.

2.5 Problemática em estudo

No Rio Grande do Sul, no final dos anos 90, o processo de regionalização provocou a necessidade de se repensar o papel do Estado e dos Municípios na condução do Sistema de Saúde. O Município passou a ter a responsabilidade de garantir o acesso da população ao atendimento necessário, independente do local onde irá ocorrer⁽¹⁰²⁾. A pré-condição para se garantir o acesso a outros territórios é a pactuação horizontal entre os gestores, não somente entre União, Estados e Municípios, mas também apenas entre os Municípios. Isso também envolve a manutenção dos sistemas regionais, microrregionais e municipais que têm a participação e o acompanhamento do gestor estadual⁽¹⁰²⁾. Entende-se que esse repensar da Secretaria Estadual de Saúde tenha sido importante no sentido deste ente se rearticular junto aos Municípios e Regiões de Saúde propostos no Estado, no sentido de apoiar os atores municipais na gestão em saúde.

Uma primeira etapa necessária foi a criação de pontos “de ruptura com a herança de autoritarismo, clientelismo, favoritismo e de naturalização das condições adversas de vida e de saúde da população”. Na sequência, outro grande desafio foi o tensionamento da “cultura centralizadora e tecnocrática dos próprios órgãos e setores da SES/RS”, proposta pelo, até então, planejamento centralizado do Sistema Estadual de Saúde. Nesta perspectiva, a realidade dos Sistemas locais de Saúde era regulada e normatizada por instrumentos tradicionais de planejamento e acompanhamento, mobilizados pela capacidade técnica e política^(103:19). O questionamento, quanto ao planejamento normativo, é em relação ao

seu reducionismo economicista, traduzido em uma visão do processo de definição dos objetivos e dos meios, exclusivamente baseado no custo-benefício econômico. Esta redutividade do planejamento à dimensão da normatividade econômica significa abandonar o princípio da totalidade, que caracteriza a realidade histórica e que deve informar a planificação^(78:154).

Desta forma, houve a tentativa de se estabelecer uma cultura de gestão em que a descentralização não fosse apenas “um processo de desconcentração de atribuições administrativas para fortalecer o poder político central”, mas um processo imbricado entre as dimensões política, financeira e administrativa^(103:20). Ressalta-se que, ao pensar na descentralização, houve uma crítica ao processo de planejamento em saúde de concepção idealista, organizado a partir de graus de complexidade, quando era ofertado à população “um cardápio padronizado de ações de baixo custo e de tecnologia simplificada”^(103:20).

Pensando-se em um processo descentralizado e eficiente, um importante movimento foi fortalecer as prerrogativas de gestão do SUS/RS, demonstrando a gestores e a prestadores de serviços que “a instância regional é o espaço da **pactuação**, do **planejamento** e da **regulação** da atenção e do sistema de saúde como um todo”^(103:21).

Então, a SES/RS iniciou as discussões sobre os parâmetros e conceitos para os territórios regionalizados de gestão do SUS, no Estado, organizando os aglomerados geográficos em microrregiões, regiões e macrorregiões de saúde. Os relatórios de gestão de 2000 e 2001 apontaram que, o sistema de MC e AC gaúcho apresentavam sua capacidade instalada de serviços, concentrada nas grandes cidades. Uma das estratégias de regionalização propostas pelo Estado foi o Projeto Saúde Solidária, envolvendo a rede assistencial hospitalar^(8:102). A gestão 1999/2002 da SES/RS visava a construir um “Sistema Estadual de Saúde sensível aos reais problemas e necessidades de cada local, Município, Região e do Estado como um todo e cada vez mais resolutivo”^(104:72).

No ano de 1999, foram criadas as sete macrorregiões de saúde para que se pudesse “avançar na garantia de uma nova organização para as ações de apoio diagnóstico, atendimento ambulatorial e hospitalar”, visto que a reconfiguração das CRSs não foi suficiente para a reorganização da assistência à saúde^(102:22).

O Estado do Rio Grande do Sul foi um dos primeiros a implantar o PDR. O quadro 2 revela que 12 Estados construíram os seus respectivos planos entre os anos de 2001 e 2002, logo após a publicação da NOAS. Porém, pode-se observar que, em cinco, o processo ocorreu entre 2005 e 2008. Pode haver algumas distorções, pelo fato de que o quadro foi construído a partir das informações disponibilizadas ao MS⁽¹⁰⁵⁾.

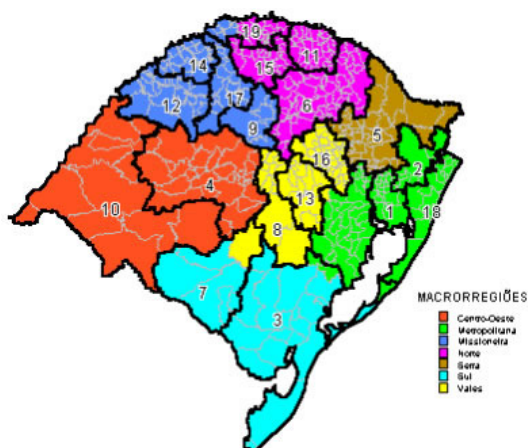
Quadro 2 – Implementação do PDR nos 26 Estados do Brasil e Distrito Federal, 2009

Estado	Documentos Originais		Atualizações	
	PDR	PDI	PDR	PDI
AC	2003	2003	-	-
AL	2002	2002	2007	-
AM	2003	2003	-	-
AP	2002	2002	2008	-
BA	-	-	2008	-
CE	2006	-	2008	-
DF	2007	2005	-	-
ES	2003	-	2007	-
GO	2004	2004	2007	-
MA	-	-	-	-
MG	2003	-	2008	-
MS	2007	-	-	-
MT	2005	2005	2006	-
PA	2001	2001	2009	-
PB	2001	-	2008	-
PE	2001	-	2008	-
PI	2003	2003	-	-
PR	2001	2001	2006	-
RJ	2001	2001	2009	2007
RN	2001	-	2009	-
RO	2006	2002	2008	-
RR	2004	2004	-	-
RS	2002	2002	2007	-
SC	2001	2001	2009	-
SE	2002	-	2009	-
SP	2008	-	-	-
TO	2002	2002	2008	-

Fonte: Coordenação-Geral do Desenvolvimento da Política de Descentralização (CGDPD/DAGD/SE/MS). Elaborado com informações dos Planos Diretores de Regionalização (PDR) disponíveis no DAGD e Documentos de definição de CGR. Atualizado em 27/10/2009. Acessado em: 29 dez. 2009. BRASIL, 2009⁽¹⁰⁵⁾.

O PDR/RS, publicado em 2002, manteve a divisão do Estado nas sete macrorregiões de saúde (figura 2), com o objetivo de “organizar a atenção à saúde e garantir a todos os gaúchos um atendimento universal, equânime, integral e sob o controle da população”^(8:13). A cobertura de serviços hospitalares foi analisada, sendo identificadas as Instituições de referência locais, microrregionais, regionais e macrorregionais^(8:103).

Figura 2 – Mapa das Macrorregiões e áreas de abrangência das Coordenadorias Regionais de Saúde, do Estado do Rio Grande do Sul, 2009



Fonte: RIO GRANDE DO SUL, 2009⁽¹⁰⁶⁾.

Os Municípios que constituem o espaço geográfico do presente estudo pertencem à Macrorregião Metropolitana, sendo que estão vinculados à Microrregião Costa Doce Sul – Amaral Ferrador, Arambaré, Camaquã, Cerro Grande do Sul, Chuvisca, Cristal, Dom Feliciano, Sentinela do Sul e Tapes – e, os demais, à Costa Doce Norte – Barra do Ribeiro, Guaíba, Mariana Pimentel e Sertão Santana⁽⁸⁾.

Pensa-se que a implantação da NOAS e a consolidação do PDR, no Estado, não foram suficientes para promover o processo de regionalização, proposto constitucionalmente, porém é inegável que houve uma articulação política e trabalho na construção de Regiões de saúde que buscaram transformar a lógica do planejamento em saúde entre os Municípios e o Estado. Neste panorama, surge, no ano de 2006, o Pacto pela Saúde, propondo as pactuações dos Municípios para a qualificação da assistência à população⁽³²⁾.

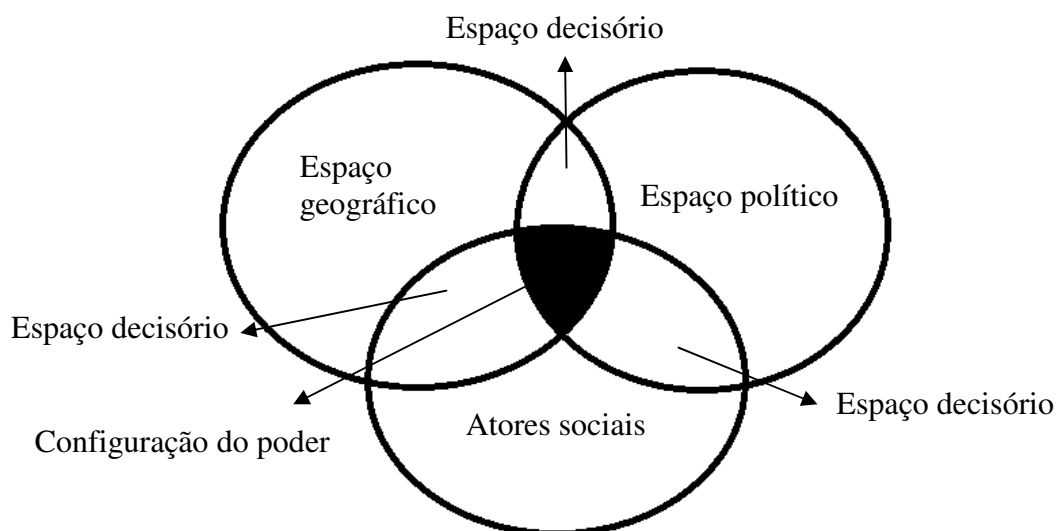
Os Municípios do Estado do Rio Grande do Sul, por meio da ASSEDISA/RS, como espaço decisório, até o final do ano de 2009, ainda não haviam assinado o Pacto pela Saúde, pois acreditavam, conforme relato de atores sociais em reunião da ASSEDISA Centro-Sul, que este traria consigo uma maior responsabilidade e estariam assumindo mais atividades de que poderiam não conseguir dar conta (Anexo A).

O Pacto propõe a consolidação dos CGRs/RS, conhecidos no RS, como COGEREs, cuja composição, para os Municípios em estudo, segue a organização das CRSs, ou seja: Arambaré, Barra do Ribeiro, Camaquã, Cerro Grande do Sul, Chuvisca, Dom Feliciano, Guaíba, Mariana Pimentel, Sentinela do Sul, Sertão Santana e Tapes pertencem à 2ª CRS, e Amaral Ferrador e Cristal, à 3ª CRS⁽¹⁰⁷⁾.

A partir dos resultados obtidos em estudos anteriores do projeto de pesquisa, dos encontros com gestores de saúde e da configuração do espaço geográfico e político, optou-se por desenvolver o presente trabalho nos Municípios participantes da ASSEDISA da Região Centro-Sul, constituído por Amaral Ferrador, Arambaré, Barra do Ribeiro, Camaquã, Cerro Grande do Sul, Chuvisca, Cristal, Dom Feliciano, Guaíba, Mariana Pimentel, Sentinela do Sul, Sertão Santana e Tapes. Optou-se, também pela modificação de quatro Municípios em relação aos projetos anteriores, em função de terem uma organização ímpar, em função da divisão pela ASSEDISA Centro-Sul. Ressalta-se que os Municípios apresentados possuem diferentes configurações espaciais, sendo que são de pequeno e médio portes. Essa configuração pode repercutir em diferentes estratégias institucionais e programáticas e, formas de constituir o poder no espaço de decisões, devido às relações de poder que se constituem nesse espaço.

A Associação citada se reúne e discute os problemas da sua área, ou seja, a Centro-Sul e buscam trabalhar em prol da regionalização, além de se configurar como um espaço de decisões, onde os atores sociais envolvidos no planejamento definem as ações, as estratégias e as tomadas de decisão, no espaço geográfico. Acrescenta-se a este ator, o CICS, que participa do processo decisório. O CGR é considerado um ator regional e, a CRS, a CIB e a SES representam atores estaduais, no espaço decisório (figura 3).

Figura 3 – Configuração do poder no espaço decisório da ASSEDISA Centro-Sul



No presente estudo, ressalta-se que a ASSEDISA Centro-Sul é considerada o local onde os gestores de saúde dos referidos Municípios interagem e tomam decisões sobre a gestão do seu grupo de Municípios, a partir da perspectiva, sua, do espaço geográfico e do político (figura 3). Acredita-se que esta Organização seja um espaço decisório, onde o poder se constitui entre os atores institucionais envolvidos no planejamento da regionalização. Por outro lado, é um importante instrumento para a consolidação dos arranjos microrregionais, isto é, onde são desenhadas as estratégias e construídas as regras do jogo social, por meio do poder, que é a intersecção da composição da atuação dos atores sociais no espaço decisório, geográfico e político.

O grupo de gestores, pertencentes à ASSEDISA Centro-Sul, era bastante politizado, sendo que uma das gestoras era representante titular da Secretaria Técnica – SETEC/CIB/RS e suplente da ASSEDISA/RS (Municípios de 5 a 20 mil habitantes) e, outra, representante titular da ASSEDISA/RS (Municípios de 5 a 20 mil habitantes) e suplente da SETEC/CIB/RS. O grupo promovia uma crítica em relação ao que vinha sendo realizado como regionalização, no Estado, ao processo de referência e às formas alternativas de se viabilizar a regionalização.

No encontro do grupo e nas entrevistas com alguns gestores e o administrador do CICS, visualizaram-se quatro diferentes formas de se promover as ações da regionalização, sendo elas: a compra direta de serviços por parte do Município, o encaminhamento à referência, na maioria das vezes, Porto Alegre ou Municípios da Região Metropolitana, as negociações entre os Municípios, tentando promover a microrregião, e, por fim, o CICS.

Os relatos demonstram a insatisfação dos gestores em relação à referência, pois há uma grande dificuldade em se conseguir atendimento de média complexidade (consultas especializadas e exames) e a CRS não consegue resolver este impasse. A negociação intermunicipal funciona em alguns poucos casos e, o município de Camaquã, que poderia ser a sede da microrregião, não se coloca neste papel. A compra direta de serviços, pelo Município é complicada, pois o médico precisa se deslocar até ele ou os usuários até onde ele os atenda, além do fato de se ter problemas com relação a esta forma de gasto de orçamento público. Estas dificuldades em se conseguir o atendimento de MC acabaram levando os Municípios a utilizarem os serviços do CICS. Deve-se ressaltar que esses Municípios estão em Gestão Plena de Atenção Básica Ampliada e que, necessariamente, não precisariam suprir esta demanda, mas o fazem justamente pela falta de perspectivas nos encaminhamentos para a referência.

O CICS foi criado em dezembro de 2005, iniciando sua atuação em 2006, tendo como objetivo “ordenar a utilização dos recursos disponíveis e reforçar o papel do Município na elaboração e gestão das políticas públicas de Cultura e Turismo, Educação, Desenvolvimento Econômico, Infraestrutura, Meio Ambiente e Saúde”. Os Municípios atendidos pelo Consórcio são os mesmos da ASSEDISA Centro-Sul^(108:1).

Em 2006, foi lançado o primeiro edital de chamamento público para credenciamento de profissionais, pessoas jurídicas da Área médica⁽¹⁰⁹⁾. O Consórcio possui um número grande de médicos e serviços conveniados, apenas figuras jurídicas (Anexo B). Os Municípios disponibilizam um valor “x” para ser gasto com a MC, via Consórcio. O CICS disponibilizou uma tabela de gastos dos Municípios, atualizados em 10/06/2009 (Quadro 3).

Quadro 3 – Relatório do Consórcio Intermunicipal Centro-Sul, referente aos anos de 2007, 2008 e, parcialmente, 2009

MUNICÍPIO	ANO	PROCEDIMENTO	VALOR TOTAL
Cristal	2007	Consultas, fisioterapia, fonoaudiologia	R\$15.490,00
Tapes	2007	Consultas, exames laboratoriais, endoscopias e ecografias, exames ultrassonográficos	R\$75.349,84
Cerro Grande do Sul	2008	Consultas, exames laboratoriais, endoscopias e ecografias, radiologia, tomografia computadorizada	R\$24.602,94
Cristal	2008	Consultas, fisioterapia, fisioterapia e quiropraxia, fonoaudiologia, tomografia computadorizada	R\$33.190,32
Sentinela do Sul	2008	Exames laboratoriais	R\$39.142,15
Sertão Santana	2008	Exames laboratoriais, ecografias, radiologia, tomografia computadorizada	R\$3.915,00
Tapes	2008	Consultas, exames laboratoriais, ecografia, endoscopia e ecografia, tomografia computadorizada	R\$180.056,87
Cerro Grande do Sul	2009	Exames laboratoriais, radiologia	R\$904,87
Chувиска	2009	Pediatria	R\$220,00
Cristal	2009	Consultas, fisioterapia, fisioterapia e quiropraxia, fonoaudiologia, psicologia, quiropraxia	R\$14.010,00
Dom Feliciano	2009	Consultas, endoscopia, fisioterapia, fonoaudiologia, mamografia, radiologia, tomografia computadorizada	R\$38.315,68
Sentinela do Sul	2009	Consultas, exames laboratoriais, endoscopia e ecografia	R\$12.099,55
Sertão Santana	2009	Exames laboratoriais, radiologia	R\$1.678,41
Tapes	2009	Consultas, exames laboratoriais, ecografia, endoscopia e ecografia, otorrinolaringologia, radiologia, tomografia computadorizada	R\$72.437,59
TOTAL CONSÓRCIO COMPLETO			R\$511.413,26

Fonte: Adaptado de CICS, 2009. Relatório do Consórcio Intermunicipal Centro-Sul⁽¹¹⁰⁾.

O quadro 3 permite tecer algumas considerações a respeito do uso dos serviços conveniados ao CICS. Observa-se que municípios como Sentinela do Sul e Tapes tiveram um pico de atendimento no ano de 2008 e, proporcionalmente, em 2009 houve uma diminuição. Pode-se inferir que tenha havido uma grande despesa com os serviços do CICS e que se estivesse organizando melhor os gastos. Cristal e Sertão Santana os mantiveram. No município de Cerro Grande do Sul foi gasto um valor muito alto no ano de 2008 que diminuiu consideravelmente em 2009. Chувиска teve uma discreta participação no ano de 2009, com relação à compra de serviços de Pediatria que, conforme relato da gestora é um dos grandes problemas enfrentados pelo município. Por fim, Dom Feliciano despontou, no ano de 2009, com uma despesa bastante elevada, sendo que foi a primeira vez que utilizou esses serviços.

O referido quadro demonstra os principais serviços que são buscados pelos Municípios dessa região, como consultas especializadas, endoscopias, exames laboratoriais (excede os do SUS), Fisioterapia, Fonoaudiologia, Radiologia, exames ultrassonográficos. Podem-se também observar problemas municipais localizados, como a Pediatria em Chувиска e a Psicologia em Cristal. O Consórcio é uma figura importante no espaço decisório, pois é um ator envolvido, mesmo que indiretamente, no processo de tomada de decisão.

Porém, quanto ao uso dos serviços do CICS, alguns gestores tecem importantes questionamentos: onde está o teto desses procedimentos que eles deveriam receber? Uma consulta especializada gera certo número de procedimentos. Como arcar com esses gastos que poderiam ser utilizados em outras atividades? Por que não há uma efetiva regionalização?

Estes questionamentos trazidos pelos gestores e os números apontados, no quadro 3, parecem demonstrar uma tendência à estabilização ou diminuição dos gastos com o CICS. Porém, ressalta-se que também pode estar havendo a compra direta de serviços de saúde pelos Municípios, o que pressupõe algumas divergências legais e diferentes configurações no espaço decisório.

Pensa-se que seja importante incluir nestas discussões, o atendimento de MC pela população. Observou-se, em diferentes momentos, com gestores, profissionais de saúde e usuários, de diferentes Regiões do Estado, a representação social deste tipo de atendimento frente à essa população. Sabe-se que a dificuldade em superar o modelo biomédico ainda traz, no senso comum, a importância da consulta e do procedimento especializado, devido ao fato de representar uma maior densidade tecnológica e de ser realizado em outro Município que, na maioria das vezes, é maior e dispõe de mais recursos socioeconômicos. O imaginário social da doença ainda representa um forte obstáculo a se superar na consolidação do SUS. O fato de a coleta de dados ocorrer em ano eleitoral, também pode demonstrar um incremento

na compra de serviços, seja direta ou via CICS, pois é a MC que “dá voto”. Acredita-se que por ser eleição presidencial e estadual não haja um reflexo tão intenso quanto poderia ocorrer em eleições municipais.

Pensando em relação à regionalização na Centro-Sul, observam-se três campos de forças inseridos no contexto: as **Secretarias Municipais de Saúde** que, em sua maioria, buscam a organização deste processo; o **CICS** e a **CRS** que parecem estar na contramão; enquanto um representa o privado, a outra, a centralização do poder estadual. Aliam-se a estes, outros importantes atores envolvidos no processo decisório de regionalização: o CGR (COGERE), a CIB e a SES/RS.

Os diferentes atores sociais, que estão interagindo/relacionando-se em determinado espaço social, não possuem os mesmos interesses, a partir dos quais cada um constrói seu processo de interação no espaço decisório. Nesse processo estarão representados os interesses resultantes da constituição do poder e sua interferência nas estratégias e na tomada de decisão.

Desta forma, pretende-se analisar as estratégias institucionais e programáticas, além da constituição do poder, que perpassam o planejamento da regionalização e que estão imbricadas e/ou perpassam o âmbito da ASSEDISA Centro-Sul, considerada o espaço decisório do presente estudo, bem como nas instâncias envolvidas com o processo decisório e que discutem o processo de regionalização da saúde no espaço geográfico compreendido por esta Associação.

A problemática em estudo aponta que este processo, na Área da ASSEDISA Centro-Sul, envolve instrumentos e estratégias de planejamento, mas principalmente diferentes atores sociais no espaço decisório e relacionados com as ações, a tomada de decisão e o poder que se constitui neste espaço. Neste sentido, cabe levantar algumas questões de pesquisa:

Nível estadual → De que forma se processou esta organização regional? Quais são as dificuldades encontradas para se trabalhar com a perspectiva das microrregiões, proposta pelo PDR? Qual a participação da SES/RS e CRSs no processo de regionalização?

Nível local → Quais são os instrumentos utilizados para o planejamento da regionalização? Quais são os atores sociais envolvidos nesse processo? Quais são as estratégias de tomada de decisão estabelecidas para se efetivar a regionalização? Quais as dificuldades encontradas com o trabalho de referência e contrarreferência? Quais são as repercussões do poder do nível estadual sobre o local? O Município é visto como um espaço de decisão? O CICS é visto como um espaço de mediação/facilitador no processo de regionalização? As relações no campo político estão impondo as condições de regionalização à Região?

3 OBJETIVOS

3.1 Objetivo geral

Analisar as estratégias (institucionais e programáticas) e a configuração de poder que se estabelecem no planejamento relativo à regionalização, compreendido no espaço geográfico dos Municípios que compõem a ASSEDISA Centro-Sul no Estado do Rio Grande do Sul, sob a ótica de atores sociais.

3.2 Objetivos específicos

Analisar as estratégias e as ações de organização e planejamento regional ascendente dos Municípios estudados, relativos à regionalização.

Identificar as redes de atenção à saúde, estabelecidas pela regionalização, no espaço geográfico da Região Centro-Sul, e a tomada de decisão nas referências formadas pelos Municípios.

Analisar as perspectivas dos atores, no jogo social, a respeito das tomadas de decisão, relativas ao planejamento da regionalização na área em estudo e no Estado.

Identificar e analisar as configurações de poder existentes entre os atores sociais envolvidos no processo de regionalização, especialmente no espaço de decisões da ASSEDISA Centro-Sul.

4 METODOLOGIA

4.1 Caracterização do estudo

Para desenvolver o estudo sobre a ótica dos atores sociais, envolvidos no processo de planejamento da regionalização em saúde, de suas estratégias para a tomada de decisão e o poder que o constitui, optou-se pela pesquisa qualitativa, a partir da análise estratégica. Este tipo de análise

raciocina de modo especial, bem distante do paradigma tradicional das ciências. Não baseia seu cálculo na existência de leis, rejeita o *determinismo*, impugna o *objetivismo* na explicação da realidade, desconfia da *predição* e valoriza o conceito de *aposta*. Raciocina por meio de sistemas *criativos* e *abertos* a muitas possibilidades nas quais os atores, ligados a visões subjetivas do mundo, lutam para mudar o resultado do jogo do qual participam. Nesse jogo o mundo pode ser criado e conquistado, apesar das restrições do passado e do presente. É um modo de pensar a *criação* do futuro sem dar um peso excessivo ao passado⁽²⁵⁾.

O método qualitativo é aquele utilizado para o estudo da história, das relações, das representações, das crenças, das percepções e das opiniões, que são produtos das interpretações que os seres humanos fazem a respeito da forma como vivem, pensam e sentem⁽¹¹¹⁾. A pesquisa qualitativa investiga a natureza dos fenômenos sociais e observa as pessoas em seus ambientes⁽¹¹²⁾. Esta forma de pesquisa,

parte da noção da construção social das realidades em estudo, está interessada nas perspectivas dos participantes, em suas práticas do dia a dia e em seu conhecimento cotidiano relativo à questão em estudo. Os métodos devem ser adequados àquela questão e devem ser abertos o suficiente para permitir um entendimento de um processo ou relação^(113:16).

Pode ser considerada como “extensão das ferramentas e dos potenciais da pesquisa social para entender o mundo e produzir conhecimento sobre ele”^(113:22).

Desta forma, pretendeu-se investigar, individual e coletivamente, as percepções dos atores municipais de saúde sobre a regionalização, para se compreender a sua ação nos fóruns de discussão e em suas secretarias. A visão dos atores regionais e estaduais, além de outros atores envolvidos na gestão, proporcionou a construção de um panorama sobre a consolidação da regionalização nos Municípios pertencentes à ASSEDISA Centro-Sul, bem como no Rio Grande do Sul, com suas peculiaridades.

4.2 Área de estudo

A área de estudo é constituída por 13 Municípios da “Metade Sul” do Rio Grande do Sul, sendo eles Amaral Ferrador, Arambaré, Barra do Ribeiro, Camaquã, Cerro Grande do Sul, Chувиска, Cristal, Dom Feliciano, Guaíba, Mariana Pimentel, Sentinela do Sul, Sertão Santana e Tapes. A escolha destes Municípios ocorreu devido ao fato de serem os que participavam da ASSEDISA Centro-Sul. O quadro 4 aponta algumas questões socioeconômicas e demográficas para fazer uma breve apresentação dos Municípios em estudo.

Quadro 4 – Situação socioeconômica e demográfica dos treze Municípios em estudo, 2012

	População (hab/2010)*	Área unidade territorial (km ²)*	Distância de Porto Alegre (km)**	Vias de acesso**	Porte**	PIB per capita R\$ (2008)**	IDH-M (2000)***	Renda per capita R\$ (2000)**	Partido político**
AMARAL FERRADOR	6.353	506,459	189	BR116, RS420, ERS354	pequeno	7.614	0,727	184,202	PP
ARAMBARÉ	3.693	519,126	153	BR290, BR116, ERS350	pequeno	15.844	0,743	212,642	PMDB
BARRA DO RIBEIRO	12.572	728,950	55	BR290, BR116, ERS709	médio-pequeno	10.981	0,794	258,896	PP
CAMAQUÃ	62.764	1.679,441	122	BR290, BR116, RS420, ERS350	médio	14.771	0,768	267,053	PMDB
CERRO GRANDE DO SUL	10.268	324,790	116	BR116, RS420, ERS715	pequeno	9.387	0,734	163,542	PP
CHUVISCA	4.944	220,472	152	BR116, RS420, ERS350	pequeno	11.467	0,776	232,967	PMDB
CRISTAL	7.280	681,628	152	BR290, BR116, RS420	pequeno	10.369	0,755	191,944	PPS
DOM FELICIANO	14.380	1.356,176	170	BR290, BR116, RS420, ERS350	médio-pequeno	9.109	0,73	175,285	PT
GUAÍBA	95.204	376,948	26	BR290, BR116, RS420	médio	18.084	0,815	288,795	PTB
MARIANA PIMENTAL	3.768	337,794	71	BR116, RS420, ERS711	pequeno	8.586	0,787	204,968	PMDB
SENTINELA DO SUL	5.198	281,965	92	BR290, BR116, RS420, ERS715	pequeno	7.562	0,777	178,255	PP
SERTÃO SANTANA	5.850	251,847	76	BR290, BR116, RS420, ERS713	pequeno	13.440	0,762	238,675	PP
TAPES	16.629	806,299	102	BR290, BR116, RS420, ERS717	médio-pequeno	10.368	0,78	278,108	PDT

Fontes: * dados IBGE, 2012⁽¹¹⁴⁾; ** dados FAMURS, 2012⁽¹¹⁵⁾; *** dados PNUD, 2012⁽¹¹⁶⁾ – melhor IDH-M=0,919 (São Caetano do Sul/SP); pior IDH-M=0,467 (Manari/PE).

A breve análise dos dados demonstra que são Municípios, em sua maioria, de pequeno porte, sendo que alguns possuem uma considerável área territorial. Os dados ainda permitem inferir que são Municípios empobrecidos e com razoável índice de desenvolvimento humano municipal (IDH-M). Os Municípios são relativamente próximos à Porto Alegre e têm fácil acesso pelas rodovias, porém atenta-se ao fato de algumas das estradas estaduais citadas ainda serem de chão batido e, algumas, estarem em fase de pavimentação. Por fim, ressalta-se que, a maioria dos Municípios em estudo, são geridos por partidos políticos de direita.

4.3 População em estudo

No presente estudo, entende-se como população em estudo, os atores sociais, conforme conceito proposto por Matus. Nessa perspectiva, o ator é um sujeito ativo, motor da mudança, portador e, por vezes, criador de ideias; “produz a realidade e é produto dela”^(25:205). Os atores são

aqueles que declaram as insatisfações, que processam ou ignoram as teorias para entender a realidade em que vivem; acumulam vontade, valores, preconceitos, ideologias, poder de mudança e incapacidades; criam visões diferenciadas, como se usassem óculos que os fazem ver a realidade com lentes de diferentes cores e graus; rebelam-se contra o evitável e geram conflito; **lutam pelo poder e governam no âmbito particular de seus domínios** [grifo da autora]. São portadores e, às vezes, criadores de ideias^(25:203).

Os participantes do estudo foram atores dos treze Municípios participantes da ASSEDISA Centro-Sul (um Prefeito, 11 gestores de saúde atuais e três ex-gestores de saúde); atores regionais envolvidos com o processo de regionalização da saúde na Região (dois responsáveis pela regionalização nas 2^a e 3^a CRSs; responsável pelo CICS), e, atores estaduais, que participavam do processo de regionalização no estado do Rio Grande do Sul (gestor de saúde de um Município de grande porte do Estado; representante estadual de saúde envolvido e da Associação Estadual).

4.4 Coleta de dados

Inicialmente, no mês de setembro de 2010, solicitou-se acesso às atas das reuniões da ASSEDISA, a partir do ano de 2005, momento em que foi criada a ASSEDISA Centro-Sul, aprimorando-se as discussões a respeito da regionalização, no Estado. Para esta análise documental, foram coletados dados referentes às tomadas de decisão, com relação ao processo de regionalização.

A coleta de dados também ocorreu por meio de entrevistas semi-estruturadas, em dois períodos; primeiro, de 27/10/2010 a 28/12/2010 e, após, de 30/03/2011 a 13/04/2011. Essa interrupção na coleta de dados ou mesmo a impossibilidade da realização das três últimas entrevistas, com atores regional e estaduais, ainda no ano de 2010, foi em decorrência do final do período eleitoral (eleições estaduais e nacionais). Houve diversas tentativas de acessá-los, sem sucesso; porém, pensa-se que isso possa ter acontecido, em parte, devido à troca de partido no Governo Estadual, além do fato de haver a organização e encaminhamentos para a troca da gestão, bem como a finalização de relatórios de final de ano e de gestão.

A coleta foi realizada junto a um Prefeito, 11 gestores de saúde atuais e três ex-gestores de saúde dos 13 Municípios em estudo (Apêndice A); o gestor de saúde de um Município de grande porte do Estado (Apêndice B); dois responsáveis pela regionalização nas 2^a e 3^a CRSs, às quais pertencem os Municípios em estudo (Apêndice C), bem como o representante estadual de saúde envolvido, no processo de regionalização no Rio Grande do Sul (Apêndice D), além do responsável pelo CICS (Apêndice E) e da Associação Estadual. Foi entrevistado apenas um Prefeito, pois o Município não contava com Secretário de Saúde, sendo este o responsável pela saúde municipal. Houve apenas uma negativa, por parte de um representante regional que, inclusive, impediu a participação da pesquisadora em reunião do COGERE, ainda no ano de 2010, pós-período eleitoral. Dois outros atores selecionados não participaram do estudo, sendo que não houve negativa, mas foi marcado e remarcado, diversas vezes e, em um dos casos, a pesquisadora aguardou pelo gestor por mais de quatro horas, sem sucesso, sendo que ele pessoalmente havia pedido para aguardar. Cabe destacar que o primeiro também era representante regional e o outro já o havia sido, em outro governo, e agora estava na gestão municipal, refletindo a dificuldade em os atores da instância regional se posicionarem frente ao processo de regionalização da saúde.

As entrevistas foram gravadas e, após, transcritas, sendo que houve a sugestão de essa transcrição ocorrer imediatamente, e analisada detidamente, antes de se realizar a próxima

entrevista⁽¹¹⁷⁾. Porém, ressalta-se que durante a coleta podem ser realizadas análises iniciais e, quando o pesquisador conclui a atividade de campo, há muito trabalho a ser realizado⁽¹¹²⁾.

O objetivo da entrevista na pesquisa qualitativa é “descobrir a estrutura de sentidos, própria do entrevistado”, devendo-se evitar as suposições do entrevistador; desta forma, possibilita-se que possam emergir questões diferentes das previstas^(112:25). O tipo de entrevista proposta, semi-estruturada, contém questionamentos abertos, sendo conduzidos com base em uma estrutura solta que permite ao entrevistador e entrevistado prosseguirem com a discussão de determinadas idéias ou detalhar mais algumas respostas, sem se prender à indagação formulada⁽¹¹¹⁻¹¹²⁾.

Neste sentido, acredita-se que os gestores entrevistados tiveram a possibilidade de levantar questões diferentes das propostas ou mesmo de aprofundar algumas discussões, trazendo sua experiência cotidiana. Partiu-se de questões embasadas na teoria e em hipóteses e de que, no decorrer da entrevista, pode-se construir novas hipóteses⁽¹¹⁷⁾.

Os roteiros de entrevistas visaram a ilustrar, brevemente, o perfil dos atores sociais, compreender seu entendimento de como o processo de regionalização se faz presente na Área em estudo e as relações existentes entre os Municípios, o Estado, a ASSEDISA Centro-Sul e o CICS.

Outra forma de coleta de dados utilizada foi a observação não-estruturada, durante as reuniões da ASSEDISA Centro-Sul. Porém essa ficou fragilizada, pois foi realizada apenas na reunião de julho de 2009, visto que, até o final do ano de 2010, nenhuma outra havia ocorrido. Este tipo de observação permite uma rica e profunda compreensão dos comportamentos humanos, bem como das situações sociais, permitindo que se extraiam seus significados. Permite que o observador enxergue o mundo da forma como os participantes o vêem⁽¹¹⁸⁾.

O pesquisador deve descrever com exatidão os fenômenos sociais; para isso é necessário esforço, informações sobre o estudo e teoria que o embasa. Devem-se descrever os comportamentos, as ações, as atitudes e as palavras, pois estas envolvem diferentes significados e pressupostos. Também são fundamentais as anotações de campo, de natureza reflexiva, pois cada fato descrito pode sugerir novas ideias e hipóteses⁽¹¹⁷⁾.

Os críticos ressaltam a tendenciosidade e a influência, por parte do observador, neste tipo de método de coleta de dados⁽¹¹⁸⁾. Infere-se que, no presente estudo, estas dificuldades não foram sentidas devido à triangulação dos métodos, além do fato de as reuniões da ASSEDISA Centro-Sul não terem acontecido, salvo a primeira, realizada para apresentação da pesquisadora e conhecimento do espaço decisório.

Foram construídos dois diários de campo não-estruturados, um a partir das experiências que as entrevistas proporcionaram e o outro, realizado durante a observação não-estruturada, na referida reunião. O diário de campo

é uma técnica de pesquisa de campo que permite o registro do detalhamento das informações, observações e reflexões surgidas no decorrer da investigação ou no momento observado. Trata-se do detalhamento descritivo e pessoal sobre os interlocutores, grupos e ambientes estudados. Podemos considerá-lo um instrumento de interpretação-interrogação pelas suas características^(119:132).

O foco comum entre os diferentes métodos qualitativos é a fala e a ação⁽¹¹²⁾. Pensa-se que para responder às questões de pesquisa e aos objetivos do presente estudo, seja necessário mais de um método de coleta de dados. Desta forma, realizou-se a triangulação de métodos, utilizando a pesquisa documental, a entrevista com os atores sociais envolvidos com a gestão da saúde e a observação no grupo de Secretários Municipais de Saúde, durante a reunião da ASSEDISA Centro-Sul. A participação na reunião do COGERE de uma CRS foi proibida, no mês de outubro de 2010, pela então coordenadora, via contato telefônico. Segundo ela, não se poderia participar desse espaço.

A triangulação de diferentes métodos demonstra as diversas possibilidades de construção de um fenômeno, podendo ser complementada ou contradita, ou ainda, introduzir-se “uma nova dimensão (p. ex., interação de grupo *versus* entrevista individual)”^(120:98).

As entrevistas com os atores municipais dos 13 Municípios em estudo foram agendadas por telefone ou por visita à Secretaria de Saúde, sendo realizadas no período de dois meses. Os demais entrevistados também foram contatados para agendamento da entrevista em datas próximas aos gestores municipais, porém, a maioria delas foi realizada posteriormente.

No presente estudo, consideraram-se os gestores e ex-gestores municipais, em número de 15, como atores municipais (AM); os 3 representantes regionais como atores regionais (AR) e, os representantes estaduais, também em número de 3, sendo assim identificados ao longo da análise dos dados. Também, optou-se por utilizar o masculino, ator, unicamente para dificultar a identificação dos mesmos.

4.5 Análise de dados

A análise estratégica permitiu a constituição de categorias analíticas a priori, porém, também, optou-se pela construção de categorias empíricas com a finalidade de discutir as analíticas. Logo, a identificação das categorias empíricas foi realizada por meio da análise temática de Bardin, sendo utilizado o *software* NVIVO 7, para construção das mesmas. Acredita-se que “fazer uma análise temática consiste em descobrir os ‘núcleos de sentido’ que compõem a comunicação e cuja presença, ou frequência de aparição, podem significar alguma coisa para o objetivo analítico escolhido”^(121:135). O tema “é a unidade de significação que se liberta naturalmente de um texto analisado, segundo certos critérios relativos à teoria que serve de guia à leitura”^(121:135).

A análise temática acontece em três fases^(111:121):

- pré-análise: período em que se organizou o material a ser analisado e criaram-se indicadores que levaram à análise final;
- exploração do material: momento em que se codificou o material: primeiro fez-se um recorte do texto, após escolheram-se regras de contagem e, por último, classificaram-se e se agregaram os dados, organizando-os em categorias teóricas ou empíricas;
- tratamento dos resultados obtidos e interpretação: nesta fase foram trabalhados os dados brutos, podendo-se, então, realizar inferências sobre os achados do estudo.

As categorias analíticas pensadas a priori foram as variáveis de análise estratégica: ator, operações, meios estratégicos e tempo, e a categoria poder (cotidiano/societal, tipos de poder), espaço de decisão, estratégias institucionais e programáticas.

Quadro 5 – Relação das categorias empíricas e analíticas

CATEGORIA EMPÍRICA (MINAYO, 2010; BARDIN, 2011)	CATEGORIA ANALÍTICA
Conhecendo os espaços decisórios e os atores municipais, regionais e estaduais entrevistados	Atores (MATUS, 1996a; MATUS, 1996b) Poder (TESTA, 1995; TESTA, 1989)
O processo de descentralização nos Municípios pertencentes à Centro-Sul: da Constituição Federal de 1988 ao Pacto pela Saúde, da municipalização à regionalização – descentralizaram a descentralização?	Atores (MATUS, 1996a; MATUS, 1996b) Meios estratégicos – negociação, mediação, coação, imposição, recompensa, julgamento em tribunais, dissuasão, confronto, persuasão (MATUS, 1996a) Tempo (MATUS, 1996a) Operações (MATUS, 1996a) Jogo social (MATUS, 2005)
ASSEDISA Centro-Sul: espaço decisório na consolidação do processo de regionalização	Jogo social (MATUS, 2005) Poder (TESTA, 1995; TESTA, 1989) Espaço de decisão (TESTA, 1995) Estratégias institucionais e programáticas (TESTA, 1995; TESTA, 1989)

Fonte: Roese, 2012.

A partir do levantamento das categorias empíricas, pode-se partir para a análise estratégica proposta por Matus e Testa (quadro 5). As categorias utilizadas foram as pensadas a priori, supracitadas, surgindo a necessidade de análise também a partir do jogo social.

4.6 Considerações éticas

O presente estudo obedeceu aos princípios éticos em relação ao acesso e análise dos dados, respeitando as normas de pesquisa em saúde, referidas pela resolução nº 196, de 10 de outubro de 1996, do Conselho Nacional de Saúde⁽¹²²⁾. Foi submetido à Comissão de Pesquisa da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul e ao Comitê de Ética dessa Universidade, com solicitação de adendo dos Municípios inseridos, posteriormente, ao projeto. O projeto intitulado “Fluxos e utilização de serviços de saúde: a mobilidade de usuários e os novos desafios para a Saúde Pública”, já havia sido aprovado no Comitê de Ética da UFRGS sob o número 2006634 (Anexo C), bem como o adendo a esse, incluindo os novos Municípios integrantes da presente proposta (Anexo D).

Os sujeitos foram esclarecidos oralmente sobre os objetivos do estudo e, após, receberam o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice F) para confirmar o aceite de participação no projeto, por meio da assinatura pessoal desse documento, sendo que foi garantida a privacidade e a confidencialidade das informações, além de lhes ser assegurada a possibilidade de desistência, em qualquer momento do estudo, bem como sua recusa. Este termo foi constituído por duas vias, uma do entrevistador e outra do entrevistado, com contato telefônico, eletrônico e físico, além do contato do Comitê de Ética da UFRGS.

Os entrevistados foram informados sobre o retorno da pesquisa, após a defesa da Tese, para que possam fazer uso das análises em seus processos decisórios, individuais e coletivos, além da possibilidade de se construírem novas pesquisas, em função dos resultados e de suas necessidades.

5 ANÁLISE DOS DADOS

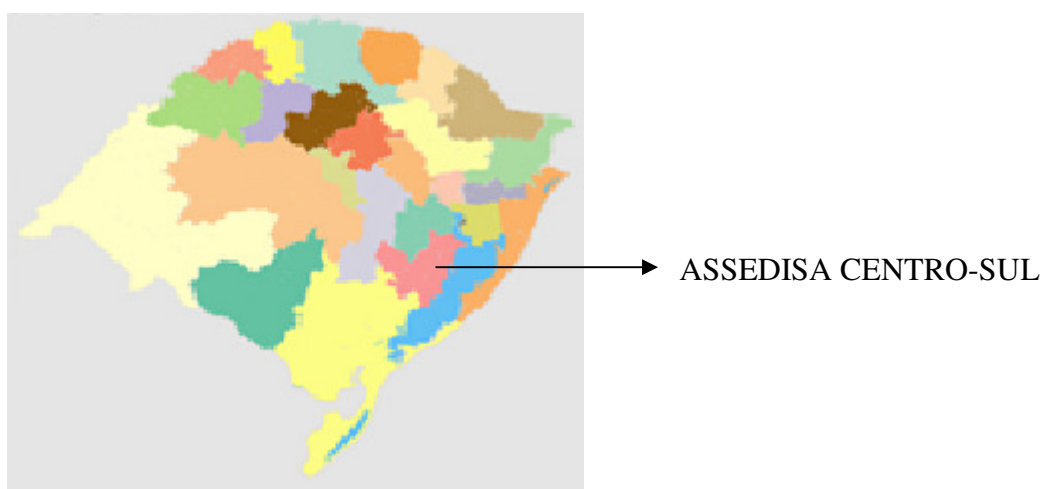
5.1 Conhecendo os espaços decisórios e os atores municipais, regionais e estaduais entrevistados

Os entrevistados que compõem o presente estudo são Secretários e ex-Secretários Municipais de Saúde, Prefeito, gestor de saúde de um Município de grande porte do Estado, representantes regionais e estaduais de saúde. Os atores municipais são representantes dos 13 Municípios pertencentes à ASSEDISA Centro-Sul, considerada o espaço decisório no presente estudo. Os atores regionais pertencem as duas Coordenadorias Regionais de Saúde a que os referidos Municípios estão ligados (2^a e 3^a CRS) e ao CICS, e os atores estaduais que puderam discutir as questões de regionalização, nesse âmbito, tendo representação em fóruns estaduais, até o ano de 2010. Alguns atores entrevistados também faziam parte de outros espaços decisórios, a ASSEDISA Estadual, os COGEREs da 2^a e da 3^a CRS, a CIB, as CRS e a SES.

A Associação de Secretários e Dirigentes Municipais de Saúde (ASSEDISA) do Rio Grande do Sul tem 25 anos de história na construção da política de Saúde no Estado. ASSEDISA é a nomenclatura utilizada no RS, que representa o Conselho das Secretarias Municipais de Saúde do Rio Grande do Sul (COSEMS), sendo que aquela será, progressivamente, substituída por essa. Esse Conselho, que conta com a parceria da Federação das Associações de Municípios do Rio Grande do Sul (FAMURS), é um órgão de permanente intercâmbio de experiências, que busca participar das políticas da Saúde, estadual e nacionalmente, bem como atuar na área da Saúde dos Municípios do Estado⁽¹²³⁾.

Esta Associação conta com 26 Regionais (Figura 4), sendo que a ASSEDISA Centro-Sul, representa os municípios de Amaral Ferrador, Arambaré, Barra do Ribeiro, Camaquã, Cerro Grande do Sul, Chuvisca, Cristal, Dom Feliciano, Guaíba, Mariana Pimentel, Sentinela do Sul, Sertão Santana e Tapes⁽¹²⁴⁾ e foi criada, oficialmente, no dia 24/06/2005, dia em que se realizou o primeiro encontro desse grupo de gestores, que contou também com o presidente da ASSEDISA Estadual e uma representante da 2^a CRS (Ata 001/05 ASSEDISA Centro-Sul).

Figura 4 – Mapa do território do estado do Rio Grande do Sul, subdividido pelas 26 regionais da ASSEDISA Estadual, focando a ASSEDISA Centro-Sul, RS, 2011



Fonte: COSEMS/RS, 2011b⁽¹²⁴⁾.

Os Municípios pertencentes à ASSEDISA Centro-Sul estão vinculados a dois COGERES, o da 2ª CRS e o da 3ª CRS. O Colegiado de Gestão Regional (CGR), chamado de COGERE no RS, configura-se como um permanente espaço de “pactuação, cogestão e de decisão, mediante a identificação, definição de prioridades e de pactuação de soluções para a organização da rede regional de ações e serviços de atenção à saúde, integrada e resolutiva” (76:17).

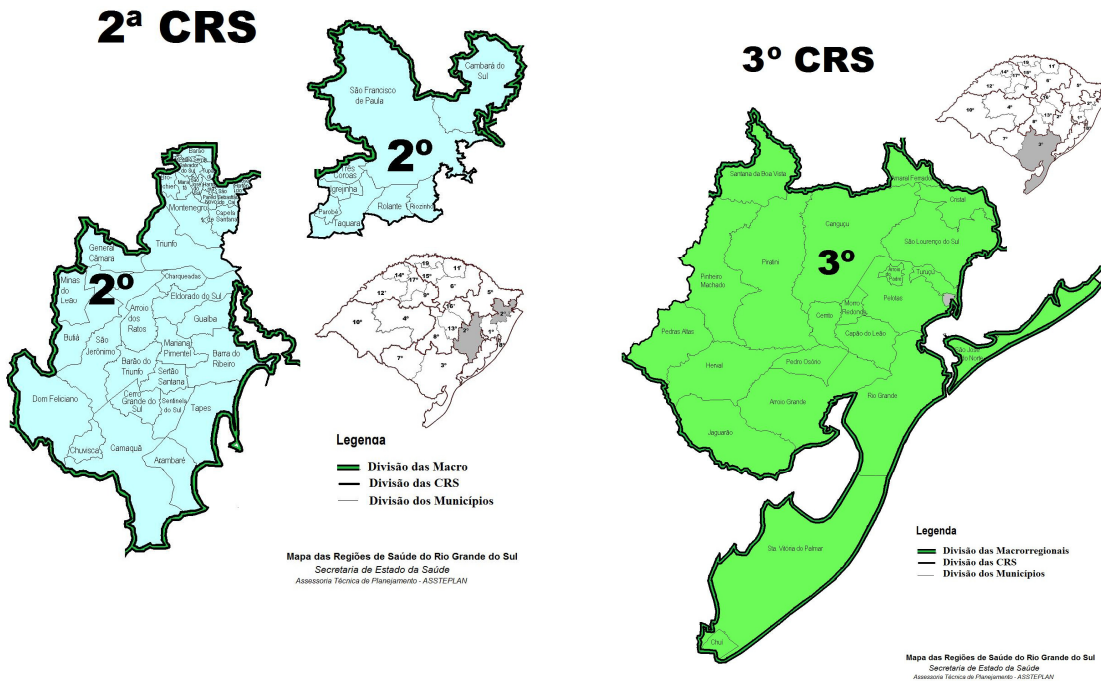
Esses estão vinculados às Coordenadorias Regionais de Saúde (CRS) que receberam essa denominação após o Decreto nº 39.691, de 30/08/1999, que veio alterar a denominação das Delegacias Regionais de Saúde e, o Decreto nº 40.991, de 17/08/2001, pelo qual foi estabelecida a Divisão Territorial da Secretaria da Saúde, nas 19 CRS do Estado. Dessa forma, as CRS deixariam de ser instâncias burocráticas, tornando-se

responsáveis pelo planejamento, acompanhamento e gerenciamento das ações e serviços de saúde, numa relação permanente de cooperação técnica, financeira e operacional e de diálogo com os municípios e com os prestadores de serviços, com o objetivo político de organizar os sistemas locais e regionais de saúde, segundo os princípios do SUS^(8:18).

Apesar de, há tantos anos se ter deixado de lado a denominação delegacia, ainda alguns gestores insistem em chamar seu coordenador de delegado. Os Municípios em estudo pertencem a duas Coordenadorias Regionais de Saúde, sendo 11 vinculados à 2ª CRS e 2, à 3ª CRS (Figura 5) e, segundo alguns entrevistados, elas são muito diferentes, bem como as

demaís do Estado. Essas diferenças estão vinculadas à capacidade instalada da Região, relação da Coordenadoria com os Municípios e organização do trabalho.

Figura 5 – Mapa do território da 2ª e 3ª Coordenadorias Regionais de Saúde, RS, 2011



Fonte: Secretaria Estadual de Saúde, Rio Grande do Sul, 2011a⁽¹²⁵⁾.

A Comissão Intergestores Bipartite (Estadual) foi instituída pela Norma Operacional Básica – SUS 01/93⁽¹⁸⁾, no Capítulo referente ao Gerenciamento do Processo de Descentralização no SUS, “como fórum de negociação entre os gestores. Suas definições e propostas devem ser referendadas ou aprovadas pelo respectivo Conselho de Saúde, submetendo-se ao seu poder deliberativo e fiscalizador”^(126:1).

A CIB/RS “é constituída paritariamente por dirigentes da Secretaria Estadual de Saúde e do Órgão de representação dos Secretários Municipais de Saúde do Estado, a ASSEDISA, sendo a instância privilegiada de negociação e pactuação quanto aos aspectos operacionais do SUS”. Essa Comissão foi instituída por meio da Portaria SES nº 09/93, contando com Secretaria Técnica – SETEC e Secretaria Executiva, para o “assessoramento e encaminhamento das deliberações”^(126:1).

O conhecimento dos diferentes espaços decisórios em que estão compreendidos os atores entrevistados permite observar os espaços de tomada de decisão em que estão

inseridos. A discussão a respeito desse tema será retomada no capítulo 5.3, quando será trabalhada a configuração do poder nesses espaços. Para incrementar a discussão, faz-se necessário ter elementos referentes ao perfil dos atores municipais, regionais e estaduais. No presente estudo, optou-se por considerar “atores”, os gestores e representantes da gestão, conforme proposto por Matus. Pensa-se que os atores interfiram na realidade ao mesmo tempo em que a realidade interfere nas suas escolhas, a partir da sua visão de mundo, pois, para Matus, “produz a realidade e é produto dela”^(25:205).

Os resultados apontaram que esses atores tinham idade entre 27 e 75 anos, sendo a média de 45,7 anos. Ao total, eram 10 representantes do sexo feminino e 11 do sexo masculino.

Em estudo realizado no Rio Grande do Norte, o perfil dos gestores do Estado apontavam que 41% pertenciam à faixa etária dos 41-50 anos, seguindo o padrão da média encontrada no presente estudo, porém diferente, quando diz respeito à predominância do sexo feminino (63%)⁽¹²⁷⁾. Já no estudo realizado pela 14ª CRS/RS, no noroeste do estado do RS, os gestores eram um pouco mais jovens, com idades entre 23 e 57 anos, sendo que a metade se encontrava na faixa dos 31 aos 40 anos, além de corroborar o estudo do RN, sendo a maioria (64%) do sexo feminino⁽¹²⁸⁾. Em estudo realizado no sudoeste do Paraná, a maioria (56,3%) também eram representantes do sexo feminino⁽¹²⁹⁾.

Quanto à escolaridade, no presente estudo, 15 dos entrevistados eram graduados (71,4%), sendo que 1 deles referiu estar cursando outra Graduação; 5 outros estavam com a Graduação em andamento ou incompleta (23,8%); e, 1 concluiu o curso de Técnico em Enfermagem (4,8%). Os dados corroboram o estudo do Observatório da UFRN, que obteve dados de 71% para Ensino Superior e 29% para Ensino Médio⁽¹²⁷⁾. Os resultados encontrados no estudo no Noroeste do RS apontam que 45% dos gestores tinham Nível Superior completo e, 32% Ensino Médio completo; os demais 23% não foram mencionados⁽¹²⁸⁾. Já no estudo paranaense, 30,2% dos gestores possuíam Ensino Médio completo ou Superior incompleto, 37,5% Superior completo e, 31,3% Pós-Graduação⁽¹²⁹⁾.

Os atores também referiram ter realizado cursos de Pós-Graduação, sendo 3 *stricto sensu* e 4 manifestaram já ter concluído ou estarem realizando, no momento da entrevista, cursos *lato sensu*. A formação dos entrevistados ocorreu em diferentes Áreas, tais como Enfermagem, Medicina, Agronomia, Psicologia, Administração de Empresas, Contabilidade, Odontologia, Ciências Biológicas, Engenharia, Física, Direito e Relações Públicas. Os cursos de Pós-Graduação perpassavam pelas Áreas de Gestão em Saúde, Administração de Serviços

de Saúde, Gestão de Pessoas, Gestão Hospitalar, Saúde da Família, Saúde Coletiva, Gerenciamento e Educação Ambiental.

Pode-se observar que, apesar de os entrevistados possuírem formação em diferentes Áreas do conhecimento, a maioria delas estava vinculada à Área da Saúde ou de Administração/Contabilidade, demonstrando elementos voltados à necessidade técnica e outro à gerencial. Porém, quando se remete à formação *lato e stricto sensu*, parece estar havendo uma busca por cursos de Pós-Graduação que auxiliem na consolidação da gestão em Saúde e que tenham interface com essa. Logo, entende-se que a Gestão do Sistema de Saúde

é a atividade advinda da responsabilidade de coordenar, comandar ou dirigir um sistema de saúde municipal (Secretário Municipal de Saúde), estadual (Secretário de Estado da Saúde) ou nacional (Ministro da Saúde). É competência exclusiva do poder público. Implica o exercício de funções de formulação, coordenação, articulação, negociação, planejamento, implementação, acompanhamento, regulação, controle, avaliação, auditoria e prestação de contas. O Modelo de Gestão de um Sistema de Saúde é a forma e o modo de conceber, gerir/administrar, organizar e controlar as ações e os serviços (modelo assistencial), enquanto sistema de saúde em cada território
(130:45)

Segundo relato dos atores municipais, pertencentes à ASSEDISA Centro-Sul, seus Municípios possuíam entre 3.890 e 93.000 habitantes, sendo a média de 19.097 habitantes. Dos 13 Municípios, apenas dois contavam com mais de 20 mil habitantes, demonstrando que, em sua maioria, eram de pequeno porte. Esse número corrobora os dados do Brasil, onde 71% dos Municípios tinham até 20 mil habitantes, representando um volume populacional de 32,5 milhões de habitantes ou 17,6% da população total⁽¹³¹⁾. Um dado mais recente aponta que cerca de 75% dos Municípios brasileiros têm até 20 mil habitantes⁽¹³²⁾. Porém, dados de 2001 já apontavam que o estado do RS contava com 81% de Municípios de até 20 mil habitantes
(102).

A maioria dos entrevistados, ou seja, 16 atores, representando 76%, já ocupou outro cargo político, como Prefeito, Secretário Municipal de Saúde, em outros mandatos, outros Municípios ou mesmo ocupando o cargo em outras secretarias; cargos de coordenação e direção na Secretaria Estadual de Saúde e na de Educação, bem como no Ministério da Saúde; além de outros cargos políticos. Ressalta-se que, em alguns casos, o ator municipal gerenciava outra Secretaria, concomitantemente, e também tinha cargos em associações e comissões, além de, em poucos casos, manter outra atividade remunerada, em horário noturno. O estudo realizado em RN apontou que 46% dos gestores já haviam ocupado o cargo de Secretário Municipal de Saúde, enquanto 49% já haviam tido outras experiências de gestão⁽¹²⁷⁾. No

noroeste do RS, apenas 32% já haviam sido Secretários de Saúde, representando 7 gestores, sendo que destes, 5 foram em gestões anteriores e 2, em outro Município⁽¹²⁸⁾. Logo, no presente estudo, houve um maior número de atores que ocuparam cargos políticos anteriores do que nos dois referidos estudos.

O tempo na gestão variou entre 4 meses e 18 anos, em diferentes cargos políticos. Quanto ao cargo atual, nas Secretarias Municipais de Saúde, variou entre 4 meses e 8 anos. O estudo realizado no sudoeste do Paraná apontou que os gestores estavam havia mais tempo no cargo do que no presente estudo, sendo 56,3% de 1 a 4 anos, 31,3% de 5 a 9 anos e, 12,4%, 10 anos ou mais⁽¹²⁹⁾.

Quanto à escolha do cargo atual, 7 responderam que foi técnico, 2, que foi político (sendo que um deles falou sobre seu cargo anterior, pois atualmente é concursado), enquanto 10 acreditavam que a escolha havia sido tanto técnica como política; os outros 2, eram concursados.

Quanto aos atores que acreditavam que a escolha do seu cargo havia sido pela questão **técnica**, o entrevistado AM1 demonstrou que a sua capacitação técnica, na Área da Saúde, havia sido fundamental para assumir o cargo na Secretaria de Saúde do Município, visto que, inclusive, não era partidário da gestão municipal. Referiu ser concursado e ter sido convidado a assumir no lugar do Vice-Prefeito, que assumiu a Prefeitura e, segundo esse ator, o temporário ficou efetivo, sendo que já estava há 8 anos no cargo. Outra fala (AM15) sobre a escolha técnica se reporta a esta questão. Este entrevistado mencionou sua experiência anterior, como Secretário Municipal de Saúde, e acreditava que a pessoa que estivesse na gestão deveria ter um perfil técnico e conhecimento da legislação para poder desenvolver um bom planejamento das ações de saúde.

O entrevistado AM10 também referiu que a escolha de seu cargo havia sido técnico. Como o AM1, esse gestor também era profissional da saúde, concursado do Município e durante um curto período (4 ou 5 meses) assessorou o Secretário anterior, na Área técnica. Então, esse se afastou e ele foi convidado a assumir a Secretaria, porém não acreditava em sua potencialidade, naquele momento, para assumir o cargo. Mas demonstrou que, com o passar do tempo, foi se apropriando das necessidades impostas pelo cargo e, mesmo 4 anos depois, acreditava que a Secretaria de Saúde seria uma das mais complicadas.

O ator municipal (AM6) mencionou que o anterior adoeceu e não sabia o porquê de ter sido convidado para assumir o cargo. Salienta-se que ele mencionou ter exercido a função de conselheiro do CMS, durante muitos anos, representando uma categoria profissional da Área da Saúde. Também ressaltou ter imposto condições para que a questão política não

interferisse em sua gestão, por exemplo, a escolha de seu Adjunto, seu Secretário e o Secretário do Gabinete seria dele e não sob ingerência política de algum partido. Relatou que houve eleição municipal, o ex-Vice-Prefeito se elegeu e ele foi convidado a seguir no cargo, já completando quase dois anos e meio, no momento da entrevista. Já o entrevistado AM4 demonstrou descontentamento com a política de gestão no Município que assessorava, o que o fez buscar outras alternativas que fossem de cunho mais técnico. Mencionou ter feito contatos com pessoas do Município, com intermédio da ex-Secretária e aceitou o desafio.

Um ator estadual (AE2), apontou que a escolha havia sido técnica, pois vinha trabalhando com o atual Secretário de Saúde, em outro local, e mantinham uma relação de confiança. Segundo ele, não foi uma questão política, mesmo porque houve divergências para ele permanecer no cargo, mas interferência da política partidária, pois a política está no próprio ato de escolher, logo ela esteve imbricada na escolha do entrevistado.

Antes nós trabalhávamos no Hospital [nome], ele era o Diretor do Hospital e eu assessorava a Direção e uns projetos especiais. Quando ele veio para cá, então teve uma questão mais política de escolha. E, ele me convidou, como nós já trabalhávamos juntos, ele me convidou para vir junto. Não foi uma questão política até porque tiveram várias divergências políticas para eu permanecer no cargo. Foi mais uma relação de confiança com ele de um trabalho que a gente já vinha fazendo junto, então acredito mais que foi uma questão técnica, de conhecimento do que propriamente política partidária. Talvez mais uma política institucional, mas política partidária mesmo não foi. Até tiveram alguns problemas de eu, por conta da política partidária, de eu permanecer no cargo, mas agora já superado (AE2).

Assim como na fala do entrevistado (AE2), outros atores apontaram a escolha técnica, porém com o viés político. O entrevistado (AM9), referiu que a escolha de seu cargo havia sido técnica, porém mencionou ser amigo do Prefeito e que esse conhecia sua trajetória e conquistas na Área da Saúde. Portanto, constata-se que elementos políticos e técnicos contaram para esta escolha. Já o ator estadual (AE3) referiu que estava trabalhando no Ministério da Saúde e o Estado precisava de uma pessoa com seu perfil. Porém, relatou que, quando assumiu o cargo, tinha vinculações com o partido que governava o Estado, mas demonstrou que a questão técnica foi mais forte, inclusive quando da escolha de sua permanência na equipe, na mudança de governo. Afirmou, também, que sempre atribuiu a escolha mais pelo seu lado técnico e que o governo não interferia na condução técnica de seu departamento.

Quanto aos entrevistados que mencionaram a escolha **política** de seus cargos, não houve argumentações muito consistentes por parte de dois atores municipais. O entrevistado

(AM2) era Secretário de Educação e, com a vacância na de Saúde, o Prefeito chamou-o para assumir esta pasta. E o entrevistado (AM11) limitou-se a responder que foi uma escolha política, porém ele também tinha formação na Área da Saúde, apontando uma possível escolha também técnica. Já o entrevistado (AR3), representante regional, concursado, referiu ter sido Secretário Municipal, anteriormente; mencionou que sua escolha havia sido política, pois havia feito parte da campanha política e como já trabalhava na gestão em saúde, o Prefeito achou que ele teria o perfil mais próximo para assumir esse cargo.

Foi político. Naquela época [quando foi Secretário Municipal de Saúde], eu fiz parte de uma campanha política, foi uma coligação e então como eu já trabalhava na Secretaria de Saúde, por ter um perfil mais próximo, daí o Prefeito me escolheu para eu ser o Secretário da Saúde (AR3).

Quanto aos gestores que mencionaram acreditar que a escolha do cargo seria tanto **técnica quanto política**, pode-se observar diferentes justificativas, inclusive com pesos diferentes para cada um deles. Pode-se inferir, nas falas dos atores municipais (AM3, 5, 7 e 12-13), que a união dos elementos técnico e político, seria essencial para a escolha do Secretário Municipal de Saúde. O técnico traria a experiência na Área da Saúde, seja numa formação da Área ou mais administrativa. O político trataria da confiança do Prefeito no Secretário que o estaria representando. Alguns desses gestores, inclusive, manifestaram ser militantes ou filiados a partidos políticos, o que envolveria a questão político-partidária. Fica claro que, para os atores municipais, a união de ambos (técnico e político) torna possível a gestão em Saúde, pensando na Política Nacional de Saúde, porém com um olhar da política municipal.

Dois outros atores municipais também acreditavam na mescla de ambos os tipos de escolha, porém tinham uma visão diferente dos demais. O entrevistado (AM8) ressaltou que num Município pequeno, a parte política tem um peso maior. Porém, acreditava que ambos deveriam contar, incluindo o posicionamento ético do gestor. Já o AM14, relatou ter filiação partidária, porém acreditava que sua escolha havia sido pelo perfil técnico, pois manifestou ter pouca atuação político-partidária. Por outro lado, salienta-se que esse último foi uma importante liderança na ASSEDISA Estadual e na Centro-Sul, além de se ter desligado da Secretaria Municipal para representar os Municípios na Secretaria de um Município de grande porte que recebe demanda de usuários de todo o Estado.

Ah, um misto, porque não tem como tu ser indicado para uma função de gestor se não tiver a questão política junto. Eu tenho filiação partidária,

mas sempre a escolha foi muito mais em função do meu perfil técnico, porque eu tenho uma atuação política muito pequena. Eu não tenho essa movimentação partidária, então, acho que as duas coisas pesam, mas no meu caso acho mais a parte técnica (AM14).

Essa discussão sobre a forma de escolha dos gestores municipais da Saúde trouxe algumas reflexões sobre o que se exigiria de um cargo de gestor. A escolha técnica, política ou a união de ambas não parece ser a questão mais importante na tomada de decisão. Observa-se que os Prefeitos ainda tomam decisões por conta de questões políticas e político-partidárias, em que as pessoas estejam dispostas a enfrentar o desafio de trabalhar na Secretaria de Saúde. Porém, pensa-se que a escolha sempre seja política, pois o ato de articular-se com outras pessoas com um fim comum e sendo exercido algum tipo de poder, pode ser compreendida como política. E a escolha de um cargo de confiança certamente é de alguém de confiança do Prefeito. Testa conceitua política “como uma proposta de distribuição do poder”^(30:23), categoria central do enfoque do Planejamento Estratégico⁽³¹⁾. Já a estratégia seria a forma de implementação de uma política⁽³⁰⁾.

Nesse sentido, o termo política que, em seu uso político e social mais comum, com uma visão mais voltada à Administração, “refere-se a um curso de ação, real ou pretendido, concebido ou deliberadamente selecionado após uma revisão das alternativas possíveis, adotadas ou que se pretenda adotar”^(133:921). Já numa visão da Ciência Política, a política pode ser considerada “como forma de conduta humana livre e polêmica que se projeta como poder sobre a ordem vinculadora de uma comunidade para realizar o bem público”^(133:922). Os usos mais comuns do termo retratam-no como o exercício de alguma forma de poder e suas consequências⁽¹³⁴⁾ ou ainda vinculado ao partidário que “compreende as ações, comportamentos, intuítos, manobras, entendimentos e desentendimentos dos homens (os políticos) para conquistar o poder, ou parcela dele”⁽¹³⁵⁾.

Nota-se que, nas diferentes discussões teóricas sobre o conceito de política, há uma forte vinculação ao poder e ao governo⁽¹³³⁻¹³⁶⁾. Dessa forma, pode-se refletir que o ser humano vive numa estrutura social, mesmo que mínima, e essa estrutura necessita de um processo político. Logo, são necessários representantes para conduzir a coletividade⁽¹³⁴⁾. Nesse sentido, o político é “uma pessoa que, seja qual for o objetivo, está ativamente empenhada na luta pelo poder governamental ou por algum cargo”^(133:925).

Cabe ressaltar, nessa discussão, a abordagem analítica da “policy analysis”, utilizando os termos “polity” como as instituições políticas; “politics”, os processos políticos e, “policy”, os conteúdos da política⁽⁴²⁾. No termo “politics”, “tem-se em vista o processo político,

frequentemente de caráter conflituoso, no que diz respeito à imposição de objetivos, aos conteúdos e às decisões de distribuição”^(42:216-7). Ou seja, que “compreende a ação polêmica do poder, ou sobre o poder, para a tomada de uma decisão relativa à ordem”^(133:922). O “policy”, refere-se “aos conteúdos concretos”, “à configuração dos programas políticos, aos problemas técnicos e ao conteúdo material das decisões políticas”. E, por fim, o “polity”, refere-se “à ordem do sistema político, delineada pelo sistema jurídico e à estrutura institucional do sistema político-administrativo”^(42:216-7). O “politics” pode ser entendido, seguindo o termo política no presente estudo. O “policy” encaminha a tomada de decisão política, já o “polity” é a estrutura institucional onde as decisões são tomadas.

Logo, pensa-se que haja uma interferência política nas escolhas; a “polity” pode ser considerada a Prefeitura, com suas respectivas Secretarias, onde as decisões são tomadas e a “policy”, a tomada de decisão, para a qual faz-se necessário um conteúdo de decisões políticas e, dentre elas, o modelo de gestão que será seguido pelo Governo. A implementação de um Modelo de Gestão, promovendo “o acesso universal, integral e equânime da população às ações e serviços de proteção, promoção e recuperação da saúde, de forma descentralizada e com gestão única em cada esfera de governo”, torna necessárias algumas **condições básicas do gestor de saúde**^(130:46), desse político, muitas vezes, responsável pela tomada de decisão. Entre as referidas condições, a primeira é **ter vontade política**, que é o que mobiliza o governante em direção ao seu objetivo ou implementação de um projeto político, incluindo seu conhecimento sobre as necessidades da população;

capacidade de definir prioridades na aplicação dos recursos, na escolha de estratégias, de operações e ações, entre as várias alternativas colocadas a cada momento (curto, médio e longo prazos); ter responsabilidade, autoridade e legitimidade para tomar decisões. Enfim, implica ter desejo, interesse, noção de dever e justiça, empenho, compromisso, determinação e prazer frente à necessidade e possibilidade de promover mudanças em uma determinada realidade^(130:46).

A segunda condição é **ter definição dos recursos**, quando utilizados em uma política setorial, no caso a Saúde, é a maneira mais concreta e objetiva de se evidenciar um processo de eleição de prioridades. Esse processo está baseado em uma pactuação de gestores das políticas intersetoriais de governo, sendo que estes devem se sentir participantes, coautores e corresponsáveis por ele. Para tanto, tem-se alguns instrumentos legais, tais como os planos de saúde (incluindo a programação e a PPI), os planos plurianuais (PPA), as leis de diretrizes orçamentárias (LDO) de cada esfera de Governo e as leis orçamentárias (LO). Outros

instrumentos que possibilitam a comprovação da aplicação dos recursos são os documentos oriundos da contabilidade, os relatórios de gestão, além de outros instrumentos e documentos de prestação de contas⁽¹³⁰⁾.

A terceira condição básica do gestor de saúde é **ter os instrumentos de gestão implementados**, ou seja, já ter implementados os instrumentos propostos na legislação que conformam as bases fundamentais para o funcionamento do SUS. Nesse sentido, faz-se necessária a estrutura Gestora Única do Sistema de Saúde da respectiva esfera de Governo, “de acordo com as competências e atribuições, responsabilidades e autonomia inerentes à gestão do Sistema de Saúde e ao Plano de Saúde (modelo de atenção estabelecido)”^(130:47).

Entre os principais instrumentos de gestão⁽¹³⁰⁾, tem-se: - *Fundo de Saúde* (municipal e estadual); - *Plano de Saúde* que é o **projeto técnico-político** de governo pelo qual são planejadas e operacionalizadas as ações e os serviços de saúde, sendo que cada esfera deve apresentar seu Plano Plurianual (PPA); - *Política de Administração e Desenvolvimento de Recursos Humanos*, com Plano de Carreira, Cargos e Salários; - *Sistema de Informações em Saúde* que é “um conjunto de mecanismos de coleta, processamento e armazenamento de dados, visando à produção e à transmissão de informações para a tomada de decisões sobre as ações a serem realizadas, avaliando os resultados de sua execução e o impacto provocado na situação de saúde”^(130:52); - *Relatório de Gestão* é um instrumento que possibilita a avaliação e revisão do Plano de Saúde, além da prestação de contas; - *Instrumentos de Regulação dos Prestadores de Serviços de Saúde Complementar e Suplementar*; - *Componente do Sistema Nacional de Auditoria* que é constituído pelo controle, avaliação e auditoria; - *Conferências e Conselhos de Saúde*.

E, por fim, a última condição básica do gestor é a de **ter capacidade de negociação** (liderança), subdividida em: - intergovernamental, que envolve a definição de políticas setoriais que impactam a saúde, a destinação de recursos e a relação com as Áreas econômica, de planejamento, jurídica e administrativa; - com os gestores municipais de saúde, nas CIB, SES e COSEMS; - com os gestores das três esferas, na CIT com representação do MS, CONASS e CONASEMS; - com os trabalhadores, nas Conferências e Conselhos de Saúde, Colegiados de Gestão e Mesas de Negociações; - com os prestadores de serviços, nas Conferências e Conselhos de Saúde, e Mesas de Negociações; - com a sociedade civil organizada, nas Conferências e Conselhos de Saúde; - com o Poder Legislativo e com o Ministério Público⁽¹³⁰⁾. A articulação com essas instâncias auxiliam o gestor na tomada de decisão, na definição das prioridades e nas pactuações.

As condições básicas do gestor de saúde, relatadas acima, auxiliam a análise do tipo de escolha desse gestor. Entende-se, portanto, que o ser técnico e o ser político estejam imbricados e que ambos sejam necessários para o gestor em saúde. O técnico não se resume a apenas ter uma formação básica na Área da Saúde, mas, também, dar conta de instrumentos de gestão administrativos e projetos que respondam ao levantamento de prioridades em saúde da população. Cabe ressaltar que a função tecnopolítica cria e ajuda a decidir os objetivos, assim administrando estratégias criadas por ela⁽²⁸⁾. Logo, “essa vinculação do lado político e do lado técnico é necessária para que os conhecimentos de ambos interajam na explicação situacional, nas deliberações e nas decisões”^(28:195), bem como, a retroalimentação do processo de gestão que inclui repensar, constantemente, as pactuações, a partir das necessidades locais, regionais e estaduais. Destaca-se que Matus aponta o ator como “participante de um jogo e um sujeito ativo que tem marca de identidade^(25:204). Pensa-se que cada ator possui suas peculiaridades, conhecimento e lança mão de diferentes estratégias no jogo social.

Constata-se que não há uma reflexão dos atores entrevistados sobre o que efetivamente exigiria um cargo de gestor na saúde. Mas será que o Prefeito, na escolha de sua equipe, pensa nas condições básicas necessárias para o cargo? Infere-se que, no momento de constituir sua equipe de trabalho, o Prefeito enfrenta duas dificuldades, discutir quais são as condições básicas exigidas e se ele dispõe de pessoas com esse perfil para assumir o cargo. Nesse sentido, algumas vezes, o Prefeito pode não levar em conta as condições básicas, especialmente devido a questões político-partidárias ou mesmo por não dispor de alguém qualificado para o cargo. Observou-se, entre alguns atores entrevistados, a busca por qualificação técnica, por meio de cursos de Pós-Graduação, vinculados à gestão em saúde. Pode-se inferir que, essa busca esteja vinculada a esforços individuais no incremento do gestor em sua formação na Área técnica, qualificando, por conseguinte, os processos de gestão nas Secretarias Municipais de Saúde. Tornando-se, dessa forma, uma tentativa de dirimir a questão do despreparo dos gestores quanto a conciliar interesses individuais e coletivos e o pouco conhecimento sobre a política do SUS⁽¹³⁷⁾.

Remetendo-se ao perfil dos gestores em saúde e de sua importância no processo decisório, salienta-se que

superar os desafios e avançar na qualificação da atenção e da gestão em saúde requer forte decisão dos gestores do SUS, enquanto protagonistas do processo instituidor e organizador do sistema de saúde. Essa decisão envolve aspectos técnicos, éticos, culturais, mas, principalmente, implica o cumprimento do pacto político cooperativo entre as instâncias de gestão do

Sistema, expresso por uma "associação fina da técnica e da política", para garantir os investimentos e recursos necessários à mudança^(138:3).

A discussão sobre o perfil do gestor, o tipo de escolha e as condições básicas do mesmo para assumir o cargo, no estudo da regionalização em saúde, remetem à questão de como o processo de descentralização vem sendo desenvolvido nos Municípios pertencentes à Área da ASSEDISA Centro-Sul, espaço decisório do estudo. Constata-se que um dos obstáculos possa estar ligado a esse perfil, visto que, se o gestor tem dificuldades em lidar com as questões no âmbito municipal, conseqüentemente o encontrará na discussão regional, junto aos demais gestores da Região.

5.2 O processo de descentralização nos Municípios pertencentes à Centro-Sul: da Constituição Federal de 1988 ao Pacto pela Saúde, da municipalização à regionalização – descentralizaram a descentralização?

O processo de descentralização nos Municípios traz à tona questões que remetem à sua implementação em cada Município, bem como a discussão sobre a regionalização nas instâncias municipal e regional. A questão do financiamento em saúde e a organização do sistema são trazidos como os principais problemas a serem enfrentados pelos gestores no processo de descentralização em saúde. Porém, observa-se a dificuldade que os atores municipais têm em aceitar sua responsabilidade pela gestão da saúde do Município, indo além da Gestão da Atenção Básica.

Aprofundando-se a discussão sobre o processo de regionalização e o jogo político que o envolve, o território, a capacidade instalada na região, os desenhos das redes e das referências em média complexidade, além da inserção de um Consórcio na área de estudo, que são discutidos como fixos. Já os fluxos apontam a discussão a partir de mecanismos como a PPI, a regulação em saúde e as análises oriundas do Pacto de Gestão.

5.2.1 Implementação do processo de descentralização da saúde no Município

A implementação do processo de descentralização no Município é uma importante questão para se entender como ocorreu a implantação das diretrizes constitucionais e como vem ocorrendo esse processo até os dias de hoje. As referências dos gestores foram as mais diversas, desde falas sobre o processo de emancipação do Município, passando pela

municipalização da saúde até já entrar a fundo na discussão de regionalização. Pensa-se que o fato de o tema da Tese ser regionalização da saúde, a questão da descentralização, que era a primeira, possa ter sido interpretada, inicialmente, por alguns entrevistados, com o foco na regionalização. Ao observar esse possível viés, logo ao início, reforçou-se a questão da municipalização, da implementação do SUS e dos tipos de gestão trazidos nas NOBs 93 e 96, além do Pacto pela Saúde, para se historiar a implementação do processo de descentralização no Município e na área de estudo.

No presente capítulo também serão discutidos alguns obstáculos trazidos pelos atores entrevistados no processo de descentralização. A dificuldade da contratação do profissional médico e a centralização das decisões em alguns Municípios foram apontados. Porém, as dificuldades de financiamento, devido ao não cumprimento da EC 29 pelos demais entes federados, assim como as **imposições** da Lei de Responsabilidade Fiscal e da Judicialização da Saúde foram bastante discutidas. Por fim, o capítulo também aponta limitações para a consolidação da ABS e, de a maioria dos gestores municipais enxergarem nela sua responsabilidade sanitária.

O entrevistado (AM11) relatou a importância da emancipação do Município, especialmente referindo-se à Área da Saúde. Segundo ele, o Município de origem era muito grande e o seu era um distrito dele, sendo seu dependente e tendo dificuldades, possivelmente por estar distante da sede. Nesse sentido, as referências dos entrevistados (AM1 e 11) revelaram que o desencadeamento da descentralização da saúde ocorreu conjuntamente à emancipação do Município, em 1989 e 1988, respectivamente, o que poderia ter facilitado a implantação do processo de sua descentralização. A busca pela autonomia local e pela descentralização se fez presente nas falas desses atores, o que pode ter impulsionado o processo de municipalização nos dois Municípios.

Nesse sentido, o entrevistado (AM15) relatou que o seu Município foi o último da 2ª CRS a implementar o processo de municipalização e ressaltou que foi no governo de Olívio Dutra que se criou o processo de regionalização. Referiu que, nessa época, o Município recebeu acompanhamento técnico da coordenadora da região e da Faculdade de Administração da UFRGS que ajudou a enxergar a necessidade de se discutir e implementar a descentralização no Município, sem fim eleitoreiro, mas como uma política.

[...] e com isso nós passamos a olhar a saúde não com fim eleitoreiro, mas como uma política ininterrupta, onde não podemos pensar quatro anos em saúde, mas temos que pensar como foi feita a 8080 para uma gestão de século, não tão exígua (AM15).

O SUS é uma política nacional e não de governo, sua implementação veio perpassando vários governos, com diferentes interferências, porém deve-se enxergar a necessidade da efetivação da descentralização, com planejamento ascendente, colocando em prática a legislação constitucional e infraconstitucional.

O entrevistado (AM15) referiu também algumas dificuldades que observou no processo de municipalização, porém considerou ter sido importante para se alcançar a atual gestão da saúde. Ele citou como problemas, nessa época, os contratos emergenciais de médicos, a terceirização da saúde por meio de uma cooperativa para contratação desses profissionais, em seu Município, que resultou na ida de diferentes médicos, impossibilitando a construção do vínculo com a população e desqualificando a atenção à saúde. Ressaltou que apenas em 2006 o Município conseguiu se organizar para ter dois profissionais médicos para atender à população com um menor salário básico, mas incrementado com as horas extras. O gestor afirmou que, dessa forma, a população recebia um atendimento de qualidade e se mantinha o vínculo com a equipe, além do fato de a população considerar a saúde como uma das melhores Secretarias.

Outra consequência do processo de descentralização foi o que relatou o entrevistado AM4, quando apontou a centralização das decisões e do atendimento no próprio Município, demonstrando que, apesar da saúde ser descentralizada entre os entes federados, no âmbito de alguns Municípios, a realidade é diferente. O gestor atribuiu a isso o receio do desafio por parte de algumas gestões municipais. Pensa-se que o binômio centralização/descentralização sempre se mostrou presente na trajetória de formação e busca de autonomia na origem dos Municípios brasileiros⁽¹⁶⁾. Apesar da tentativa de promover também a descentralização intramunicipal, pode-se observar as dificuldades que alguns gestores têm de distribuir o poder de decisão no Município, inclusive nas decisões de suas secretarias.

Porém, a maioria dos atores municipais demonstrou em suas falas, trabalhar bem a questão da descentralização em seu Município, mas vinculada à municipalização. Por outro lado, algumas dificuldades foram apontadas por alguns deles, especialmente quando havia a necessidade de encaminhamento a outro nível de complexidade tecnológica (AM3) – questão que será discutida no capítulo referente à média complexidade – e quanto às dificuldades financeiras para se dar conta da gestão municipal (AM2, 6, 9 e 13).

Nesse sentido, o entrevistado AM13 apontou a questão de que a municipalização gerou ônus para o Município, em função de os demais entes federados estarem se eximindo de parte do financiamento previsto e salientou a não aprovação da EC 29 que, desde 2000 estava

tramitando no Congresso Nacional e não tinha previsão de ser aprovada. Desta forma, o AM5 referiu que a municipalização foi a transferência de “obrigações para o Município, sem dar sustentação para essas obrigações que o Município tem que cumprir”. A questão da EC 29 também foi discutida pelo AM6, o qual acreditava que poderia haver uma reorganização do sistema. O entrevistado AM2 apontou a realidade de Municípios turísticos que recebiam um aporte financeiro para a população conforme dados do IBGE, porém, em alguns meses do ano, sua população aumentava em até mais de 10 vezes e, a responsabilidade de saúde recaía sobre a gestão municipal.

Assim como o entrevistado AM13, outros gestores (AM2, 5-12 e 15) também apontaram a dificuldade de se manter o financiamento previsto pelas esferas de governo vinculada à não aprovação da EC 29, especialmente no que tange à participação financeira municipal superar os 15% previstos. Os gestores referiram repasses municipais de até 31% na saúde para suprir as necessidades e, mesmo assim, o entrevistado AM8 demonstrou o sofrimento quando não conseguia resolver os problemas de saúde de seus munícipes.

Houve menção de gestores de que a Saúde e a Educação seriam responsáveis, praticamente, pela metade do orçamento do Município, impossibilitando o uso de recurso em outras Áreas. Também surgiu, nas entrevistas, o questionamento de que o Município é cobrado por sua parte no financiamento da saúde, o que não ocorre com os demais entes federados e isso se reflete na impossibilidade de repassar apenas os 15%, ultrapassando esse limite previsto em tal emenda.

No estudo desenvolvido na Região Noroeste do Estado, em Municípios da 14ª CRS, a maioria dos gestores apontou a municipalização da saúde como benéfico à população, porém gerador de problemas ao Município, corroborando o presente estudo. Ressaltaram o aumento anual do orçamento para a saúde, diminuindo os de outras Secretarias⁽¹²⁸⁾.

Essa discussão referente ao financiamento da saúde, trazida nas entrevistas, também surgiu nos registros de algumas reuniões da ASSEDISA Centro-Sul, demonstrando o engajamento de alguns gestores na luta pela qualidade na saúde, bem como sua insatisfação com a situação dos repasses aos Municípios. No ano de 2005 estavam discutindo o painel "Competência dos Entes Federados (União, Estado e Município) de acordo com os princípios da Lei 8.080/90 e Constituição Federal de 1988" e propondo participação na mobilização nacional referente ao cumprimento da EC 29.

[Um ator municipal relata que] está sendo programado 19/10 [2005] uma mobilização em todo o País, para que se cumpra Emenda Constitucional 29

e a proposta é de paralisação e sugere um movimento regional. [...] [O coordenador] acha paralisação uma forma complicada e que neste dia se faça um atendimento diferenciado. [...] [Alguns se posicionam no sentido de haver uma] manifestação uniforme (Ata 004/05 ASSEDISA Centro-Sul).

O estudo da Região Noroeste do RS apontou que os gestores referiram que as dificuldades em relação ao Estado são os atrasos nos repasses, além do baixo percentual destinado aos Municípios. Quanto à União, demonstraram insatisfação quanto à pouca autonomia que dispõem nas escolhas das estratégias, devido ao engessamento dos programas e verbas⁽¹²⁸⁾.

Cabe destacar que permanecem os graves problemas quanto ao financiamento por parte da União o que “é incongruente com as necessidades de expansão do acesso”, além de ser um obstáculo “à promoção da equidade em saúde e fortalecimento da cidadania”, pois não é viável que Estados e Municípios substituam “o papel redistributivo da União no financiamento, numa federação desigual como a brasileira”^(139:46).

Nesse sentido, o entrevistado AM2 referiu a questão de o Estado aplicar os 12% previstos, porém utilizando parte disso na saúde suplementar para o funcionalismo público estadual. Os entrevistados AM11, AM15 e AE1 também teceram uma crítica ao Estado, em relação ao repasse abaixo do previsto. O entrevistado AM15 referiu que o Estado investiria apenas 6% e que isso não seria suficiente, além de enfatizar que se estaria “à beira de um caos nas emergências do SUS”. Esse ator fez uma associação bastante interessante, apontando cerca de 10 Municípios brasileiros como não atingindo os 15%, enquanto 12 Estados não cumpririam os 12% previstos. Isso representaria, respectivamente, 0,18% do total de Municípios brasileiros e 44,4% dos Estados⁽¹⁴⁰⁾.

Nesse sentido, refere-se que a quase totalidade dos Municípios têm aplicado o mínimo constitucional⁽¹⁴¹⁾, sendo que 0,8% dos Municípios brasileiros não aplicaram os recursos em saúde, conforme os critérios do CNS⁽¹⁴²⁾. Os dados apontados pelo ator municipal e pelo referencial, demonstram uma gritante diferença do cumprimento da EC 29 por parte dos Municípios e dos Estados. A não aprovação da EC 29, também vinha acarretando “perdas” consideráveis de recursos para o SUS^(141;143). O entrevistado ressaltou ainda a forma como a União faz o repasse, conforme a variação do PIB. Logo, pensa-se que a perversidade trazida pela EC 29 foi diminuir os recursos empregados pela União e aumentar os dos Estados e Municípios⁽¹⁴¹⁾.

[...] o SUS, na verdade é um desafio mundial, se for olhar é um projeto de desafio mundial, onde nós fomos ousados em fazer um programa tão grande

para um País continental [...]. Se o gestor na verdade, a nível estadual e a nível federal, cumprisse a 8080, a regulação e a parte da emenda 29, é, porque os Municípios todos cumprem, são pouquíssimos, tem dez acho, em todo o País [...] acho que tem dez que não cumprem, enquanto que nós temos vinte e sete Estados federados, se não me engano o número, acho que tem doze que não cumprem, [...] por exemplo, o estado do Rio Grande do Sul investe 6% em saúde, deveria investir 12% em saúde. [...] E a União ela só coloca a variação do PIB per capita e esse ano nós vamos sentir muito isso, porque, como o ano de 2009 nós vivemos uma crise financeira mundial onde o PIB ficou perto do zero, estagnado, 0,2 revisto agora pelo IBGE em termos de crescimento. A variação nominal de valores per capitos repassados para o PAB, para a média e alta complexidade que ainda tá nas caixinhas, de média e alta complexidade, não reflete financeiramente o valor substancial. [...] com relação a este ano, assim 2010 aí sim nós teremos um PIB de 8% quase, aí sim nós teremos para 2011 uma dificuldade [ênfase], com certeza, de o Governo Federal cumprir a emenda 29 repassando o valor o crescimento nominal do PIB [...] O dobro, uma carga, até estou com o SIOPS aqui, trinta e um do semestre, [pausa] podes ver aqui, aqui está vinte e sete, o SIOPS do primeiro semestre está em vinte e sete mas a soma do segundo semestre está em trinta e um (AM15).

No que diz respeito aos repasses dos demais entes federados, o entrevistado AE3, representante estadual, referiu que este ente não estava, efetivamente, repassando os 12% propostos pela EC 29/2000, utilizando com gastos no IPÊ e na CORSAN para justificar a totalidade dos 12%, não sendo uma atenção universal. Também mencionou o fato de essa questão estar tramitando na justiça e, assim como o entrevistado AM15, ressaltou que o governo federal também não vinha cumprindo com a EC 29.

O que acontece no Rio Grande do Sul, desde muitos anos, nenhum governo do Rio Grande do Sul colocou 10% na Saúde que era antigamente a lei estadual. Hoje, pela emenda 29 é 12%. [...] O Estado coloca 12% ou na época ele colocava 10, para cumprir a lei orçamentária anual. Mas, ele coloca ali dentro os recursos. O maior de volume recursos ele vai para o IPÊ e vai para a CORSAN, porque há um entendimento no governo do Estado que a CORSAN é saúde, que a água, o tratamento da água ele é saúde. E, que no IPÊ, que ele coloca aquele recurso, porque há muito [ênfase] tempo ele sempre colocava o recurso para essa clientela, que é a clientela dos funcionários públicos, enfim do IPÊ. Houve já, manifestações do Ministério Público que isto [ênfase] não é o que o SUS propunha, porque o IPÊ é uma clientela específica, ela não é universal. [...] Ah, com isso, o que o Estado efetivamente [ênfase] coloca na saúde? Na atenção básica? Na assistência? Que são primária, secundária e terciária...5 ou 6%. [...] Eu acho que essa é a grande [ênfase] discussão dentro do estado do Rio Grande do Sul, queira Deus, que o atual governo, consiga colocar. Acho que a saúde, vai ter um salto [ênfase] de qualidade, quem estiver a frente da Secretaria de Saúde podendo ter 12% para ações [ênfase] e serviços [ênfase] exclusivamente de saúde, para uma atenção universal dentro da Lei Orgânica da Saúde e do que a Emenda Constitucional propõe. [...] O governo federal também não vem cumprindo, ele também não cumpre a Emenda Constitucional 29. Essa é a grande discussão que hoje passa no

Congresso. [...] O governo do Estado já tem uma causa judicial que o Ministério Público, entrou no governo do Estado, que o governo já perdeu, acho que, em segunda instância, mas, que ainda não chegou ao final, porque o governo ele apresenta, que ele conseguiu aprovar suas contas, que ele tem uma medida judicial que lhe permite usar esse recurso (AE3).

A CORSAN não consegue dar conta de realizar o saneamento básico nos Municípios em que atua que, deve-se salientar, não são todos os do Estado. Segundo dados do *site* da CORSAN, ela possui contrato de prestação de serviços em 323 Municípios (65% dos do Estado), representando o atendimento a 7 milhões de gaúchos. Quanto ao contrato de esgoto, são 195 Municípios e vem atendendo a 45 desses, visto que os demais contratos foram assinados no último ano⁽¹⁴⁴⁾. Esses dados revelam que, ao menos, a CORSAN poderia atender à necessária questão do esgotamento no Estado, porém, além de cobrar os serviços de seus contribuintes, não se entende que verba é alocada pelo Estado. Mas a principal questão é: por que o CES aprova a prestação de contas do Estado?

A literatura aponta a existência, apesar de inconstitucional, de alocação de recursos públicos a planos de saúde de servidores⁽¹⁵⁾, como no caso do IPÊ, no Estado do RS e do MS, citado acima. A crise do financiamento em saúde tem vários nós críticos, entre eles o sistemático descumprimento do MS em relação ao mínimo constitucional, utilizando em despesas fora da saúde, tais como “gastos com a saúde privada dos servidores, restos a pagar não pagos e sem lastro, farmácia popular, bolsa família etc”^(141:49).

O Ministério da Saúde, como principal ator na arena decisória e o Estado, outro forte ator dessa arena, parecem utilizar-se de instrumentos e meios táticos e estratégicos para buscar a resolutividade, ainda que parcial do problema. Pensa-se que esses atores estivessem utilizando-se da **imposição** como forma de uso de sua autoridade e hierarquia⁽²⁵⁾ para se eximir do total necessário ao financiamento em saúde. Esse meio se aplica a uma estrutura hierárquica que depende de um jogador, nesse caso os governantes, mas permite a ocorrência de jogos em seu interior e o uso de outros meios concomitantemente⁽²⁵⁾.

Logo, esse meio proporciona, o que acontece nesse caso, o jogo de autoridade. Matus menciona que esse jogo “consiste em exercer, sobre outros, o poder que um ator tem sobre um conjunto de recursos”⁽²⁵⁾. A situação de o Estado e o MS não arcarem com o mínimo instituído, além de tomarem as decisões a respeito dos programas instituídos, impõem aos Municípios a necessidade de dar conta sozinhos de um maior investimento em saúde, das consequências disso e, ao mesmo tempo, serem forçados a aceitar as decisões das demais esferas de governo. O Município acaba se tornando um cumpridor e executor das decisões já tomadas, deixando de lado seu potencial definidor e atuante nas políticas públicas de Saúde.

O estudo citado anteriormente e realizado na Região Noroeste do RS, apontou que, dos 22 gestores dos Municípios em questão, 21 relataram estar aplicando mais de 15% do orçamento do Município na saúde e ressaltaram que esse percentual vinha crescendo a cada ano. Também foi referido que, do total em saúde, a União contribuía com 23%, o Estado com 11% e o Município, em média, 66%⁽¹²⁸⁾. Esses dados seguem o mesmo padrão dos discutidos nas entrevistas e registros do presente estudo, além dos trazidos pelo Tribunal de Contas do Estado, no mês de setembro de 2011, quanto ao período de 2006 a 2010 (quadro 6), demonstrando a realidade dos Municípios do Estado.

Quadro 6 – Verba investida de 2006 a 2010 pelos Municípios, em estudo, do Estado do Rio Grande do Sul e o percentual em relação à receita

Município	Valor aplicado	%	Posição no RS
Amaral Ferrador	5.560.530,13	18,58	205º
Arambaré	7.437.480,06	20,69	77º
Barra do Ribeiro	11.026.393,50	20,68	78º
Camaquã	33.078.506,49	16,08	457º
Cerro Grande do Sul	9.174.178,10	24,69	17º
Chувиска	6.964.690,43	23,11	28º
Cristal	8.363.354,21	23,41	26º
Dom Feliciano	10.377.510,47	17,65	290º
Guaíba	63.615.586,21	19,32	146º
Mariana Pimentel	6.378.563,59	22,21	42º
Sentinela do Sul	6.382.169,08	21,51	52º
Sertão Santana	5.375.003,64	15,85	474º
Tapes	18.265.724,25	26,68	10º

Fonte: Adaptado do Tribunal de Contas do Estado, Rio Grande do Sul, 08 de setembro de 2011⁽¹⁴⁵⁾.

A chamada radiografia do TCE apontou que todos os Municípios do Estado cumpriam com a EC 29, sendo que Campinas do Sul figurou em primeiro lugar com um investimento de 31,23% e Rio Grande, em último, 496º, com 15,10%⁽¹⁴⁵⁾. Dentre os Municípios do presente estudo, dois estavam entre os vinte que mais investiram em saúde: Tapes e Cerro Grande do Sul. Dos treze Municípios, dez deles ficaram na primeira metade, entre os que mais investiram; dos demais, apenas Camaquã, Dom Feliciano e Sertão Santana estiveram mais abaixo na tabela. Isso significa que realmente os gestores vêm, ao longo dos anos, aumentando os investimentos em saúde, corroborando com o que mencionaram nas entrevistas e o que foi analisado nas atas das reuniões da ASSEDISA Centro-Sul. Porém, salienta-se, por exemplo, que o gestor de Camaquã referiu fazer altos investimentos em saúde, inclusive no Hospital e isso não se refletiu no quadro apontado pelo TCE.

Ressalta-se que Cezar Miola, presidente do TCE/RS destacou que é necessária uma análise qualitativa dos dados, pois “pode ser que (num determinado município) exista um alto investimento na saúde em itens menos relevantes e que isso não resulte em bons resultados em termos práticos”^(146:1).

Nesse sentido, ao mesmo tempo em que o entrevistado AE3 concordou com as queixas dos Secretários Municipais em relação ao descumprimento da EC 29, teceu uma crítica sobre como estariam acontecendo os investimentos nos Municípios e a forma, muitas vezes incorreta, desse gasto, comprando serviços a preço de mercado. Nesse sentido, a coordenadora da 2ª CRS, no ano de 2005, em reunião da ASSEDISA Centro-Sul afirmou, conforme registro em ata (Ata 004/05), que alguns Municípios estão investindo mal e mencionou ser perigosa a questão de afirmarem gastar mais de 20% com saúde.

Sra. [coordenadora] [...] diz que tem município pagando mal e investindo mal e que, às portas fechadas, têm gestores que admitem isso, e que essa história de dizer que os municípios estão gastando mais de 20% é perigosa (Ata 004/05 ASSEDISA Centro-Sul).

A EC 29 tramitou desde o ano de 2000 e, pelos relatos, apenas os Municípios são cobrados pelo investimento proposto e dão conta dessa emenda. A tramitação vinha sendo arrastada ao longo desses 11 anos e, a partir da metade do ano de 2011, a necessidade de sua aprovação, voltou a ser discutida no Legislativo. A discussão voltou à tona com força, após reunião do CONASEMS que gerou uma mobilização, no dia 24 de agosto, como um Ato Público no Congresso Nacional. A união de movimentos e entidades que defendem o SUS e lutam pelo direito à saúde promoveu o anúncio da “Primavera da Saúde”, uma jornada de lutas e mobilizações em busca da defesa da Saúde Pública brasileira⁽¹⁴⁷⁾. O retorno da discussão também foi impulsionado pelo dispositivo constante na EC 29 da necessidade de revisão, a cada cinco anos, dos critérios de financiamento, por meio de lei complementar, apesar das resistências da União⁽¹⁴²⁾.

A votação, na Câmara de Deputados, do Projeto de Lei Complementar 306/08, que regulamentaria a EC 29 ocorreu no dia 21 de setembro de 2011. A Lei tratava sobre “quais despesas podem ser consideradas de saúde para União, Estados e Municípios atingirem o percentual definido pela Emenda Constitucional 29”^(148:1). A Lei previa a criação de um novo imposto para suprir o financiamento da saúde, a Contribuição Social da Saúde (CSS), porém 82% dos parlamentares, de oposição, votaram contra a base de cálculo da CSS. A regulamentação da EC 29 seguiu para apreciação do Senado, sem o novo tributo no texto⁽¹⁴⁸⁾.

Porém, permaneceu o mesmo impasse de anos anteriores, quanto à indicação da “nova fonte” de financiamento da saúde⁽¹⁴²⁾. A Lei foi aprovada no Congresso Nacional em 08 de dezembro de 2011, seguindo para sanção da presidente Dilma Rousseff⁽¹⁴⁹⁾ que ocorreu no dia 13 de janeiro de 2012. A Lei Complementar nº 141

regulamenta o § 3º 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^(150:1).

Ao final, após alguns vetos presidenciais, permaneceu no texto, no artigo 5º, que os Estados e Distrito Federal deverão investir 12% e os Municípios 15% de sua receita. Já a União aplicará o mesmo que no ano anterior, acrescido pela variação nominal do PIB desse mesmo ano, não podendo reduzir, caso essa variação seja negativa⁽¹⁵⁰⁾.

Houve menções de importantes perdas em relação aos vetos e às correções ao longo desses 11 anos. Referiu-se que “o veto desfaz um dos principais avanços que a lei complementar trazia: regulamentar em lei a correção do financiamento da saúde pela variação positiva do Produto Interno Bruto. Ao todo foram vetados 3 artigos, 12 parágrafos e 6 incisos”⁽¹⁵¹⁾. Nesse sentido, “os cidadãos foram muito lesados na Câmara, mais ainda no Senado, que se contradisse, desaprovando o que ele próprio já tinha aprovado e agora grande parte dos vetos da presidente Dilma acabam de enterrar a proposta de lei complementar de regulamentação da EC-29”⁽¹⁵²⁾.

Pensa-se que a sanção da lei que regulamenta a EC 29 seja um importante ganho para a Área da Saúde na medida em que passa a haver a efetiva obrigatoriedade de cada ente federado assumir suas responsabilidades, reduzindo a imposição que Estados e União conferem aos Municípios. Por outro lado, corrobora-se o referido pelos defensores de que se acabou com a proposta, pois a saúde perdeu em muito, não apenas com os vetos presidenciais, mas também com o desgaste e perdas ao longo de seus 11 anos de tramitação. Mais uma vez o Governo Federal demonstrou sua posição da arena decisória, como protagonista, dando o tom do que é desenvolvido em Saúde, no País.

Logo, o grande nó do SUS na implantação e nos dias atuais [permanece mesmo com a regulamentação da EC 29], é o financiamento, sendo necessário que este seja “definido, definitivo e suficiente”^(141:40). A regulamentação, muito recente, portanto difícil de avaliar,

parece torná-lo definido e definitivo, porém, suficiente, é questionável. Pensa-se que se chegou num momento de agudização do subfinanciamento que representa uma crise crônica no Brasil. Nesse sentido, a agudização ocorre “circularmente a cada pouco ou nada de tempo”, porém o problema da saúde não pode ser visto apenas pela ótica do dinheiro, mas pensar “na Lei dos Cinco Mais”: 1) Mais Brasil; 2) Mais Saúde – SUS; 3) Mais Eficiência; 4) Mais Honestidade; 5) Mais Recursos^(141:50). Isso significa que, além de recursos financeiros, fazem-se necessárias uma qualificação do planejamento e otimização desses recursos, além de entrar num “câncer” do sistema público brasileiro que é a corrupção.

Porém, também pensa-se que se deva ter clareza de que, mesmo sendo cumprida a EC 29, os recursos não seriam “suficientes para dar conta da implantação do SUS constitucional”, mas auxiliariam na melhora dos serviços de saúde ofertados^(153:32). Então, parte-se para a questão de qual SUS se quer. Os universalistas pretendem um sistema de acesso universal, com inclusão social, um sistema público que atenda a todos os brasileiros. Já os focalistas entendem que o Estado tem o papel, nas políticas públicas, de proteger os pobres⁽¹⁵³⁾.

O discurso de um ator regional (AR3) sinalizou para uma questão importante, de que o Município seria responsável por desenvolver uma boa ABS. Ressaltou que muitos gestores acabavam utilizando verbas da ABS para a compra de serviços de média ou até alta complexidade para desafogar a fila de espera por este tipo de atendimento em seu Município. Frisou que isso não seria ilegal, porém ressaltou que o recurso de alta e média complexidade seria responsabilidade da União repassada ao Estado. Citou o exemplo de que alguns gestores gostariam que seus municípios nascessem no próprio Município e que isso seria uma condição inviável, sendo que o importante é o bom atendimento do cidadão.

É aquela história assim [referindo-se ao valor que as secretarias municipais repassam aos hospitais para estes atenderem média complexidade], o município, a princípio, tem de fazer bem feito a atenção básica. E aí o que acaba acontecendo é que, quando sai da atenção básica e vai para a média complexidade, aí realmente faltam vagas, e se tem todo um problema de conseguir acolher toda essa demanda. Alguns Municípios o que eles fazem? Eles fazem contrato com um hospital para fazer serviços de média complexidade, às vezes, até de alta complexidade e aí assim, esse recurso que o Município utiliza para fazer o contrato com o hospital, é o que a gente chama de o recurso que seria da atenção básica, utilizando para média e alta complexidade. [...] É importante frisar que não existe princípio de ilegalidade [ênfase]. Isto não é ilegal. Mas o que está se buscando é fazer com que todo [ênfase] recurso de média e alta complexidade possa ser de responsabilidade da União repassando ao Estado. Para que o Estado possa, junto aos Municípios ver onde é que nós temos que botar mais recursos, em que hospital, para que esse hospital possa atender a demanda (AR3).

Nessa mesma linha, visando à programação em saúde, um ator estadual (AE2) pontuou o problema do financiamento, refletindo que de nada adianta ter mais recursos se não se conhecem as necessidades locais e regionais. Ressaltou que os Municípios precisariam se organizar e conhecer a demanda, ou seja, planejar, a partir das necessidades da população. O gestor trouxe questões importantes para a discussão, refletindo sobre o modelo técnico-assistencial, ainda vigente no País que provoca a má utilização do recurso, em virtude de dificuldades nas compras, encaminhamentos e atendimentos. A partir de uma reorganização do sistema, segundo ele, ter-se-iam subsídios para se saber o que realmente se precisaria em termos de financiamento, de capacidade instalada, de profissionais, de tempo de atendimento e, inclusive, da referência.

Então hoje a gente já vem de um modelo que ele era hospitalocêntrico, ou seja, alguém montava uma estrutura e saía vendendo serviço. Agora, hoje nós temos que discutir o seguinte, bom qual é a nossa principal demanda? Em cima disso, que a gente vai em cima. Então, nesse segundo momento, a questão de financiamento ele vai ser fundamental. Agora, nós temos que, para nós sentirmos que a questão do financiamento realmente é um problema, nós temos que avançar muito na nossa organização, porque hoje a gente compra mal, a gente encaminha mal, a gente atende mal, a gente não sabe, a gente utiliza mal o recurso que se tem. Não quer dizer que isso seja incompetência do gestor, não, não é uma questão de incompetência, é uma questão de organização, de como ela está colocada que ela nos induz a gastar mal. Porque eu não tenho controle, eu não consigo avaliar, eu não consigo monitorar, eu não consigo ter um diagnóstico adequado, eu não faço encaminhamentos corretos [...]. A partir do momento que nós temos isso melhor organizado, eu começo otimizar cada centavo de recurso que aplico na saúde. Bom, aí nós vamos chegar a um momento que se diz assim: bom, sim, agora o financiamento, ele virou o principal problema, e aí, a gente tem de avançar, então, é uma construção que tem que fazer. Hoje se nos derem mais recursos se todos os Municípios ganharem mais recursos, vai ficar todo mundo feliz. Agora, vai ter impacto efetivo [ênfase] na resolução dos problemas dos usuários de cada Município que realmente precisam? Eu não consigo medir isso. E, eu tenho uma tendência a acreditar que o impacto é mínimo. [...] E, aí depois, aí sim, nós vamos sentir o quanto o Estado aplica, ele é insuficiente, mas aí nós vamos conseguir demonstrar isso, e essa vinda de mais recurso nós vamos conseguir demonstrar na prática, para uma melhora, para o atendimento e, com impacto, se não nós não temos conseguido fazer isso (AE2).

Nesse sentido, os entrevistados AM3-4 e 7 referiram que o fortalecimento da regionalização ocorreria com a melhora do repasse de recursos financeiros, corrigindo valores defasados. O entrevistado AM9 relatou que a regionalização enriqueceria a região, devido ao aumento no número de contratações em diversas áreas. O entrevistado AM6 referiu acreditar que o novo governo teria outro olhar para Camaquã e traria um maior aporte para o

atendimento regional. Por outro lado, o AM15 pontuou que não adiantaria aumentar o repasse sem haver a organização e a fiscalização do sistema.

Logo, a crise do financiamento em saúde requer dos gestores a união dos elementos técnicos e políticos a fim de instrumentalizá-los para que suas escolhas sejam vinculadas à construção de estratégias em busca do planejamento municipal, regional e estadual em Saúde, na busca da consolidação da microrregião.

Pensa-se que o uso da **negociação**⁽²⁵⁾ seja o melhor meio tático e estratégico para essa construção dos atores municipais da ASSEDISA Centro-Sul. O breve momento da entrevista possibilitou identificar as diferenças existentes entre os atores entrevistados, diferenças essas que certamente estão imbricadas na tomada de decisão desses sujeitos. Cabe destacar que a leitura situacional é realizada de forma diferente pelos atores, sendo a realidade explicada “por meio de uma lente particular, carregada com interesses, valores e preconceitos acumulados pela história de cada jogador”^(25:13).

Logo, a negociação “implica conciliar diferentes interesses com a outra parte, com a disposição de ceder algo se o outro também ceder”^(25:221-2), sendo ideal que se chegue a um acordo bom para todos sem que alguém ceda, mas nem sempre isso será possível. Logo, isso “depende do tipo de negociação e da inteligência dos negociadores para transformar uma negociação aparentemente conflitante em negociação cooperativa”^(25:222). A negociação cooperativa permite que haja ganho dos participantes, a mista demonstra perdas e lucros de ambas as partes, e a conflitante é a negociação em que uma parte ganha e a outra perde⁽²⁵⁾.

Pensa-se que o uso da negociação entre os atores municipais, regionais, estaduais e nacionais irá auxiliar na construção da viabilidade de operações que permitam a consolidação de planos reais e possíveis de serem implementados, tanto na ABS como na MC, apesar das dificuldades financeiras que, possivelmente, a regulamentação da EC 29 não conseguirá reverter totalmente.

Quanto ao modelo assistencial, referido pelo entrevistado AE2, deve estar baseado

em uma “escolha” de política de saúde, em uma metodologia para a sua gestão, em uma teoria que explica como se dá o processo saúde/doença num determinado lugar, em uma proposta prática de ação para a solução dos problemas e em um método (processo de trabalho) de intervenção. Estas opções são técnico-políticas, já que implicam determinar os rumos que a saúde deve tomar, as estratégias de ação que devem ser desenvolvidas, as prioridades que deverão ser perseguidas, entre outros. Por isto, o modelo assistencial não pode ser concebido como algo tecnocrático, afastado da realidade, dos profissionais de saúde e da população^(130:58).

Poder pensar a centralidade na gestão, num novo modelo assistencial no SUS, está na possibilidade de o gestor mudar o enfoque do atendimento individual para as coletividades; da centralização das ações na assistência hospitalar, para um incremento das ações de ABS domiciliar e ambulatorial, com vigilância à saúde; da hegemonia da clínica médica para ações junto a equipes multiprofissionais, pensando no acesso a todas as ações necessárias aos problemas de saúde da população, e na medicalização desorganizada, para uma política de assistência farmacêutica que seja compatível com as necessidades de saúde da população⁽¹³⁰⁾.

A discussão até então está pontuada no ônus que o processo de descentralização trouxe aos Municípios, focando na questão do financiamento em saúde. Porém, muitos são os atores municipais que apontaram sua satisfação em relação ao trabalho que vem sendo desenvolvido no Município, apesar de, alguns deles relatarem os mesmos problemas na gestão da ABS, além de tratar também da criação do CNPJ para o Fundo Municipal de Saúde, apontado pelo TCU (AM12), da burocracia das licitações públicas e das queixas da população com relação aos profissionais (AM6) e à dependência do serviço de pronto-atendimento, ao invés do uso das UBS (AM13).

Também se refletiu sobre a falta da consolidação da ABS nos Municípios, assim como pontuado acima pelo ator regional (AR3), que aumenta a demanda em MC, além do paternalismo existente em algumas Secretarias e o fato de os Municípios estarem prestando mais serviços a cada dia (AM4). Unido a isso, o entrevistado ressaltou a falta de interesse nas decisões com relação às políticas públicas, mencionando não ter acompanhado nenhuma discussão desse tema na campanha eleitoral de 2010.

[...] as situações dos PSF que existia lá em [Município em que estava anteriormente] e depois por questões burocráticas por indefinição do próprio Ministério e do Estado no caso e mecanismos legais para contratação dessas equipes de trabalho, acabaram os Municípios fechando. Hoje aqui, se eu chegar para o Prefeito e dizer para ele: - olha Prefeito, vamos colocar uns dois ou três PSF, vai ser maravilhoso, Município pequeno, então, realmente é magnífico, ele é capaz de dizer [nome dele mesmo]:- tu quer ir embora, vai embora. Mas aqui eu não quero PSF amanhã ou depois, é o que eles prometem hoje, amanhã ou depois eles deixam tudo por minha conta e aí eu não tem dinheiro para pagar os profissionais, não tenho, aí eu tenho que fechar o atendimento, então eu não quero, enquanto for Prefeito eu não quero. E não tiro a razão dele. É a razão dele, está certa, só que a população que fica a mercê desse tipo de atendimento, porque se tu tem um atendimento básico lá na origem, tu diminui toda essa demanda que vem aqui, é medicamento, é profissionais médicos, é exames, enfim é média complexidade (AM4).

Quando se trata da questão da ABS, especialmente à ESF, muitos dos atores municipais (Entr4-6, 8, 14) trouxeram à discussão, problemas sérios que vinham enfrentando, especialmente junto ao Tribunal de Contas da União. Eles incluem a dificuldade de concursar devido à Lei de Responsabilidade Fiscal, que não permitiria que se ultrapassasse 51% da arrecadação em folha de pagamento, bem como o TCU do Rio Grande do Sul não aceitar as alternativas de contratação existentes durante anos para profissionais da ESF, visto que não foi criado um aspecto legal para tanto. Inclusive um dos atores referiu que seu Município havia sido autuado por estar acima do limite.

Em estudo na Região Noroeste do Estado, 68% dos gestores apontaram como insuficientes o número de profissionais da saúde e, entre as justificativas desse fato, figura a dificuldade em aumentar recursos humanos devido à Lei de Responsabilidade Fiscal, corroborando o presente estudo. Outras questões também aparecem, tais como a necessidade constante de qualificação profissional, o aumento da demanda pelo SUS, atendimento satisfatório da demanda municipal, falta de médicos, não cumprimento da carga horária, falta de outros profissionais da saúde e de administração, e, falta de equipes de ESF⁽¹²⁸⁾. A Lei Complementar 101/2000 estabeleceu as normas para as finanças públicas relacionadas com a responsabilidade na gestão fiscal e,

§ 1º A responsabilidade na gestão fiscal pressupõe a ação planejada e transparente, em que se previnem riscos e corrigem desvios capazes de afetar o equilíbrio das contas públicas, mediante o cumprimento de metas de resultados entre receitas e despesas e a obediência a limites e condições no que tange a renúncia de receita, geração de despesas com pessoal, da seguridade social e outras, dívidas consolidada e mobiliária, operações de crédito, inclusive por antecipação de receita, concessão de garantia e inscrição em Restos a Pagar^(154:1).

A legislação pressupõe que os Municípios devam ter um total de 60% para despesa total com pessoal, sendo que 54% são para o Executivo e os demais 6% para o Legislativo e, quando houver, o Tribunal de Contas do Município⁽¹⁵⁴⁾. No geral, avalia-se que no projeto de Lei do Executivo, em relação ao que foi aprovado pelo Congresso Nacional, “prevaleceu o espírito conservador, refratário a inovações mais avançadas, ainda que ditadas pelo interesse público”^(155:45).

Pensa-se que para haver um avanço significativo do SUS, seja necessário rever alguns desafios pendentes na questão de recursos humanos, sendo um deles os limites impostos pela LRF, que não trouxe soluções adequadas para a contratação de profissionais da Saúde da Família⁽¹⁵⁶⁾. Em seminário de construção de consensos do CONASS, de 2003, os gestores

estaduais apontaram, dentre os problemas com recursos humanos, as limitações da LRF, a diversificação da remuneração entre os profissionais da saúde, a dificuldade para interiorização dos profissionais, seu desconhecimento do SUS e a inadequada formação para as necessidades do atual modelo assistencial, dentre outros⁽¹⁵⁷⁾.

Quanto à questão das contratações pelos Municípios e a Lei da Responsabilidade Fiscal, o entrevistado AE3 remontou a uma antiga questão quando foi previsto pela legislação, em 1990, que os funcionários do INAMPS e os recursos humanos dos Estados que atuassem em UBS, fossem cedidos aos Municípios, no processo de descentralização. Ele apontou que, com as aposentadorias ou mortes, os Municípios foram, ao longo dos anos, sofrendo a perda dos recursos humanos e tendo a necessidade de reposição com vagas dos Municípios. Também ressaltou que o ex-Presidente do INAMPS, Ricardo Aeckel, tinha criado uma compensação aos Municípios, mas que nunca se consolidou.

Pensa-se que, a maior parte dos Municípios em estudo não contava com esses servidores, mas os de médio porte, possivelmente, tenham sofrido essa perda. Exemplo disso se tem em referência a Camaquã, onde uma informante-chave de estudo anterior “relatou que é bastante antigo [Posto de Saúde] e que era de responsabilidade do Estado, antes de 1998, ano em que passou para o Município, no processo de municipalização”^(1:188). Outro entrevistado (AM1), de um Município de pequeno porte também referiu que havia serviços federais e estaduais, mas que, naquele momento, apenas um funcionário da FUNASA era cedido à administração municipal, provavelmente concursado para esse local anteriormente à emancipação municipal.

Ainda em relação às contratações, o entrevistado AE3 trouxe uma crítica às diferenças existentes na exigência da Lei de Responsabilidade Fiscal no estado do Rio Grande do Sul, em comparação aos demais Estados do País e referiu acreditar que este seria um impeditivo para o avanço do SUS. Apontou as dificuldades que os Municípios tinham em qualificar a atenção básica, especialmente em manter a ESF, em função, também da dificuldade de contratação de profissionais da saúde e acabavam a descredenciando.

Esse hoje, para mim, é o grande [ênfase] impeditivo que faz com que o SUS consiga avançar. Os Municípios estão no limite [ênfase] da Lei de Responsabilidade Fiscal. [...] Nos Municípios que eu tenho conversado, este é o grande [ênfase] dilema do momento. No meu entendimento, a área da saúde, seja com a Estratégia da Saúde da Família que envolve muitos [ênfase] recursos hoje para o Município poder colocar em funcionamento, não amplia porque o Município não consegue contratar pelo comprometimento da Lei de Responsabilidade Fiscal. No meu entendimento, essas Áreas teriam que ser tiradas da Lei de Responsabilidade Fiscal. Ou o

SUS ele está engessado, o SUS não avança. [...] Siim!! Você tendo uma boa atenção básica [investindo na estratégia pode-se chegar a atingir 85% dos atendimentos]. E aqui no Estado, a gente chegou a um limite, esse limite não está mais crescendo, ele estacionou [...] sim, [Municípios estão] descredenciando a estratégia. [...] Se a Lei diz que é assim, no Rio Grande do Sul nós cumprimos a Lei. E a gente, e é exatamente isso, a gente via exatamente isso. Todas as questões, os demais estados do Brasil, havia sempre uma flexibilização. Aqui, no Rio Grande do Sul, não [ênfase]. Nós cumprimos a Lei, os nossos Tribunais eles controlam muito os poderes públicos municipais, principalmente. [...] E talvez é, com isso a gente também se prejudique, querendo ser muito legalista (AE3).

A dificuldade de o Município manter uma atenção básica qualificada é uma importante questão para ser discutida no processo de descentralização e o gestor em saúde é o principal responsável pela preservação dos espaços coletivos. Nessa medida, retoma-se novamente a questão da escolha desse gestor e de como seu perfil irá interferir nas escolhas em saúde, especialmente, quanto ao modelo que será seguido.

A ESF veio como uma estratégia de reorientação para o modelo assistencial em saúde⁽¹⁵⁸⁾ e não vem conseguindo dar conta dessa proposta. Essa situação se reflete numa importante questão que é o grande número de internação por condições sensíveis à atenção ambulatorial, chegando a 28,5% do total de internações, no ano de 2006, excluindo-se os partos. As condições mais frequentes, no Brasil, foram “as gastroenterites e suas complicações (23,2%), seguidas pela insuficiência cardíaca (11,2%), asma (9,7%), doenças das vias aéreas inferiores (7,4%), pneumonias bacterianas (7,4%), infecções no rim e trato urinário (7,2%), doenças cérebro-vasculares (6,5%) e hipertensão (5,2%)”^(159:1343).

A partir de estudos desenvolvidos por pesquisadores do LAPPIS, envolvendo condições sensíveis, permite-se inferir que muitos usuários não utilizavam a ABS como porta de entrada ao sistema, por alguns fatores, como a falta de acesso a esse nível de atenção, a baixa vinculação aos serviços e a pouca capacidade de resolutividade dos mesmos⁽¹⁶⁰⁾.

Por outro lado, apesar de muitas críticas terem sido apontadas à ABS, especialmente a ESF, pela literatura já discutida e pelos entrevistados, alguns atores municipais pontuaram sua importância na qualificação da assistência. Porém, manifestaram a dificuldade em mantê-la, devido à folha de pagamento e à dificuldade na contratação de profissionais médicos. Essa problemática tem um reflexo direto no aumento da demanda à assistência de MC, pois a atenção básica vem se tornando de pronto-atendimento, que a pessoa acessa quando já está com a doença instalada. A solução para a ABS parece algo simples, no sentido de haver uma mobilização em prol de uma melhor articulação, porém os obstáculos impostos dificultam cada vez mais sua sustentação pelos Municípios.

A resposta a essa questão vai além da vontade política e técnica do gestor. A necessidade da real reorientação do modelo assistencial que envolva os profissionais da saúde é essencial para que haja um maior envolvimento desses em prol de uma Saúde Pública de maior qualidade. Infelizmente hoje observa-se um desprestígio do trabalho nessa Área. Nesse sentido, cabe discutir que a concepção hierárquica trazida pela NOAS é equivocada e tem implicações graves em sua prática, pois a APS é o nível mais complexo, sendo apenas menos denso tecnologicamente⁽¹⁵³⁾. O modelo vigente no Brasil, médico hegemônico,

expressa um grupo de interesses sociais que desenham um certo modo tecnológico de operar a produção do ato em saúde, que empobrece uma certa dimensão deste ato em prol de outro, que expressaria melhor os interesses impostos para este setor de produção de serviços, na sociedade concreta onde o mesmo está se realizando⁽¹⁶¹⁾.

Outra questão essencial é quanto ao subfinanciamento da Área da Saúde, bastante discutido até então, que dificulta a consolidação do sistema, em que os Municípios disponibilizam além de seu mínimo constitucional, em função da falta dos demais entes federados. Esses elementos apontados fogem ao controle dos gestores municipais que tentam dar conta das dificuldades, aumentando o salário do profissional médico, aceitando a realização de plantões para conseguir profissionais, comprar serviços de média complexidade para desafogar a fila de espera, lidar com a LRF, porém não se consegue atingir formas de qualificar o Sistema de Saúde municipal, especialmente quanto à atenção básica.

Novamente figura a **imposição** aos Municípios. A ESF é colocada como estratégia de reorientação do modelo assistencial, mas, por outro lado, não há um efetivo apoio de outros entes federados na **negociação** junto a outros órgãos. Logo, a LRF acaba se tornando, para o Município, um meio de **coação** que “consiste em ameaçar o outro de ter de pagar um preço significativo se não adotar a conduta imposta pela parte ameaçada”^(25:223). Nesse caso, trata-se da coação, pois se o Município ultrapassar o limite estabelecido será punido com os rigores legais, especialmente no RS como citado pelo entrevistado AE3. Por outro lado, os gestores municipais não parecem buscar o **confronto** com os demais entes federados e Tribunal de Contas, aceitando o que lhes é imposto. Cabe também relativizar essa questão, pois a LRF é necessária à organização das contas do Município; por isso, pensa-se que a **negociação** seja o melhor meio para se dar conta da questão.

Outra questão jurídica que apareceu nas falas é quanto à Judicialização da Saúde (AM4 e 8). O entrevistado que foi mais enfático nessa questão (AM8) ressaltou a importância de o Judiciário entender como se dá o processo da saúde nos diferentes entes federados e

possibilitar a responsabilização de cada um deles, não sobrecarregando o Município. Porém, apareceu diversas vezes, em seu discurso, que o Município é responsável apenas pela atenção básica.

Para nós, a descentralização, em função da regionalização [risos], a municipalidade tem a atenção básica que é nossa. Acredito também que nos ajudaria muito e que só está numa emenda, emenda 29, que não define todas as atividades, as que são do Município, as que são do Estado, as que são da União e isso nos prejudica muito, enquanto a Judicialização da Saúde, porque claro, nós, o Município está bem próximo do poder judiciário, então tudo isso vem para o Município. Graças a conversas e várias reuniões que a gente teve tanto com Promotoria, quanto com o Juiz, a gente conseguiu estabelecer um protocolo que então antes deles deferirem, eles sugerem que a pessoa entre pedindo, [...] qualquer tipo de atendimento, que a pessoa precise, eles solicitam que a pessoa entre no protocolo da Prefeitura, para eu poder responde. Porque essa oportunidade que hoje o judiciário está dando para o Município aqui, porque não ocorre em todos, depende de muita conversa mesmo e até a criação da confiança, do vínculo. Nos ajuda bastante porque nós, 12.000 habitantes, atenção básica que a gente seria responsável, apesar de não estar muito claro, pois a legislação, a Constituição diz que são entes federados e eles têm a cumplicidade entre si de desenvolver a saúde, então ali eu consigo colocar que nós, o Município, somos a atenção básica e que tais e tais média, alta complexidade depende ou do Estado, a gente consegue fazer esse acerto e hoje eu me considero bastante feliz quanto a isso, do entendimento do Judiciário, porque sempre o Município, ele está e fora o Judiciário, nós somos o da ponta (AM8).

A questão da Judicialização da Saúde, foi tratada em algumas reuniões da ASSEDISA Centro-Sul. As discussões giraram em torno do "I Seminário sobre Judicialização do Sistema Único de Saúde", que seria promovido na Região. A análise das atas possibilitou demonstrar a mobilização dos gestores municipais em discutir alternativas junto ao Judiciário no sentido de sensibilizá-los quanto às responsabilidades de cada ente federado e à necessidade da aproximação das Secretarias com o Ministério Público, conforme apareceu na fala acima, do entrevistado AM8.

O referido evento vinha sendo discutido e organizado pelos gestores, porém foi cancelado, no final de 2005, por dificuldades de um dos palestrantes e decidiu-se que o evento se realizaria no início de 2006. Imagina-se que este não tenha ocorrido, visto que, apenas em 2007, reapareceu em ata, onde o gestor que discutiu bastante a questão do mesmo Município do entrevistado AM8, pediu para que fossem retomados os eventos da Judicialização e da Municipalização da Saúde. O assunto não voltou a integrar nenhuma ata, até julho de 2009, mas em maio de 2007 houve menção da ocorrência de um Seminário sobre Municipalização da Saúde, no município de Bento Gonçalves.

A Judicialização da Saúde configura-se como as demandas de usuários à Justiça para garantia de acesso a insumos e serviços de saúde⁽¹⁶²⁾. A necessidade sentida pelos gestores quanto à discussão desse tema demonstra que o período pós-NOBs passou a exigir novos rumos na gestão do SUS, culminando com a edição da Portaria nº 399, de 22 de março de 2006 que instituiu o Pacto pela Saúde. O fenômeno da crescente Judicialização da Saúde passou a ser enfrentado pelos gestores de saúde, afetando o planejamento municipal e estadual, bem como a expô-los às fragilidades normativas do Sistema de Saúde. Os regramentos impostos pelo MS aos Municípios e Estados, vinculados à transferência de recursos, demonstrou as lacunas existentes, especialmente no que diz respeito à integralidade da assistência⁽¹⁵⁾.

A garantia constitucional de assistência à saúde tem assegurado o direito, a todos os cidadãos brasileiros, de demandar judicialmente a atenção à saúde. Essas demandas, em sua maioria, são por medicamentos, o que vem demonstrando um impacto financeiro e jurídico, bem como a preocupação dos gestores em compreender e avaliar esse fenômeno⁽¹⁶²⁾. Cabe destacar que, em estudo realizado no estado do Mato Grosso, 60% das demandas analisadas eram decorrentes de doenças crônicas⁽¹⁶³⁾.

A via judicial propicia o exercício dos princípios constitucionais de universalidade, integralidade e equidade, porém remete ao gestor a responsabilidade por decisões administrativas que, algumas vezes, podem contradizer os princípios de equidade e acesso a uma assistência de qualidade⁽¹⁶²⁾. Nesse sentido, entende-se que

a resposta judicial à demanda impõe tríplice movimento regulatório do direito à saúde, ou seja, o que foi demandado passa por um fluxo longo e pouco conhecido pelo campo saúde; esse fluxo apresenta filtros de diversas ordens desde a origem da demanda, já recortada pelo profissional médico em sua prescrição, até aqueles que são próprios do campo jurídico. Finalmente aquilo que é concedido permanecerá inalterado, ou seja, delimitado na oferta e no tempo pelo magistrado em atendimento estrito ao que se pede, não tendo como avaliar se a necessidade que gerou a demanda permanecerá ou não, a não ser por nova demanda do usuário, sendo que esta não será apensada àquela^(163:190).

Há uma crítica em relação à Judicialização da Saúde, especialmente quanto aos medicamentos, no sentido de que é atendida a dimensão individual dos direitos sociais, desconsiderando a coletiva. Assim, considerou-se que houve um incremento nas desigualdades sociais, pois o indivíduo que acessou o Judiciário encontra-se em posição mais favorável do que uma parcela mais vulnerável⁽¹⁶⁴⁾ que não tem conhecimento ou dispõe de acesso a esse tipo de intervenção.

Tentando minimizar os problemas de demandas judiciais, faz-se necessário discutir o olhar da solidariedade dos entes federados nesta questão, pois os Municípios de pequeno porte não têm a responsabilidade de responder por medicamentos e procedimentos que não lhes cabem, fragilizando o Sistema de Saúde. Neste sentido, há a necessidade de construção de um documento que defina as responsabilidades, direitos e deveres de cada ente federado⁽¹⁵⁾. Por outro lado, as “ações judiciais ignoram o que a política de assistência farmacêutica normalizou”^(164:1847).

O Pacto de Gestão trouxe a questão, na medida em que “estabelece as responsabilidades solidárias dos gestores a fim de diminuir as competências concorrentes, contribuindo, assim, para o fortalecimento da gestão compartilhada e solidária do SUS”^(36:70).

Podem-se observar essas fragilidades do Sistema de Saúde, nas falas dos entrevistados e nos registros das reuniões, porém alguns dos gestores de saúde da região se mobilizaram no sentido do diálogo com o Judiciário, explicitando as responsabilidades do Município frente às demandas dos usuários. Os gestores demonstraram que vinham conseguindo trabalhar de maneira harmônica junto ao Judiciário e priorizando os princípios constitucionais.

Cabe destacar que o meio estratégico de **juízo em tribunais** “exige que o conflito de interesses submeta-se a regras jurídicas que lhes são cabíveis”^(25:223). Esse conflito de interesses ocorre entre o cidadão usuário do SUS e a gestão em saúde, no momento em que o cidadão se sente lesado e não tem acesso ao serviço de que necessita. Por outro lado, o Município, muitas vezes, não consegue e/ou não é responsável pelo que foi demandado. Nesse sentido, os gestores da Região conseguiram trabalhar junto ao Judiciário no sentido de promover a **negociação** com a Secretaria Municipal de Saúde. Outro meio estratégico de que se poderia lançar mão, nesse caso, seria o de **mediação**, inclusive com apoio do Judiciário, o que poderia facilitar, no momento em que a negociação não é possível, por meio de auxílio de uma figura mediadora, podendo ser um árbitro formal⁽²⁵⁾.

Porém, é necessário ressaltar um discurso que emerge nas falas dos atores municipais, diversas vezes, ao longo desse capítulo, de que sua responsabilidade se dá apenas quanto à atenção básica em saúde. Questão também retratada por um ator regional (AR2), quando apontou que os Municípios não têm obrigação de atender especialidade alguma, mas de realizar bem a atenção básica. Esse entrevistado também pontuou a necessidade de uma maior articulação da Coordenadoria e do Município, no sentido de serem parceiros na consolidação das atividades da atenção básica com qualidade. Segundo ele, já se estaria trabalhando essas questões no grupo de monitoramento, porém mais voltado ao alcance de indicadores do que a um efetivo acompanhamento, no sentido de conhecer como o trabalho vem sendo

desenvolvido. Porém, mencionou algumas questões como a dificuldade que um dos Municípios apresentou quanto à discussão dos dados encontrados.

O discurso que surge em muitas das falas, de que a responsabilidade do Município se dá na ABS, parece ter surgido no início do processo de descentralização, uma cultura propagada ao longo dos anos 90 e 2000. Entende-se a preocupação dos Municípios em dar conta de toda a atenção em saúde de seus munícipes; por outro lado há, sim, a necessidade de se realizar uma adequada ABS nessa instância, algo que vem sendo dificultado pela legislação, como discutido acima.

Pode-se inferir, ao longo do texto, que há uma fragmentação do processo de descentralização em dois outros, o de municipalização e o de regionalização, não sendo pensado o planejamento ascendente previsto para o SUS, ou seja, a **situação-objetivo** que se busca. Pensa-se que esse processo ocorrido na década de 90, “ao privilegiar os municípios sem a face da regionalização e desconsiderando o papel das secretarias estaduais de saúde, pouco contribuiu para a formação de redes regionalizadas de atenção à saúde”^(165:17).

A tensão entre a regionalização e a descentralização da política de saúde necessita ser discutida. A regionalização é entendida como “processo político que se traduz pela necessidade de formar redes de atenção à saúde nos diversos espaços geográficos da federação, apresenta inúmeros conflitos com as diretrizes da descentralização, tal como esta se realizou no Brasil”. Isso se deu devido ao fato de a regionalização ter “natureza complementar” e ter se formado “a partir de elementos de diferenciação e diversidade territorial”. Já a descentralização “se constituiu de maneira finalística, não complementar, pela redistribuição de responsabilidades e recursos para unidades político-territoriais específicas”^(166:40). Pensa-se que essa tensão se intensificou, no Brasil, por algumas razões, dentre elas:

(1) diferentemente de outros países, o planejamento regional não se articulou aos processos de descentralização. Pelo contrário, houve uma dissociação entre a estratégia de descentralização e a regionalização logo no início da implantação do SUS; (2) as propostas de regionalização tiveram início tardio, se conformando após sucessivos ciclos de descentralização que tiveram como foco os milhares de municípios existentes^(166:40).

Logo, infere-se que as dificuldades quanto à efetiva implementação do processo de regionalização têm “raízes históricas profundas” na constituição do Estado brasileiro após a promulgação da Carta Magna em 1988, compondo obstáculos à viabilidade da proposta. Nesse sentido, Matus cita que “construir viabilidade significa tornar possível uma jogada ou

uma operação num jogo concreto, no qual atribuímos à jogada a capacidade de produzir mudanças reais e concretas que dividem os jogadores participantes segundo seus interesses” e, dessa forma, “tornar possível a materialização da decisão”, analisando a capacidade de decisão e também “a capacidade para fazer e manter estável o que foi feito”^(25:94). Logo, acredita-se na viabilidade do planejamento ascendente; porém para se construir a operação OP, que gerará impacto sobre a implementação do SUS, são necessários os meios táticos e, na sequência das trajetórias, os estratégicos, ou operações OK que facilitarão a produção das operações OP⁽²⁵⁾.

Remontando-se à época da constitucionalização da Saúde, discutia-se a questão de que os Municípios poderiam e deveriam assumi-la, porém, com responsabilidades crescentes, sendo consideradas as seguintes condições:

uma política tributária condizente com as novas responsabilidades; o fim da legislação centralizadora, de modo a conferir maior autonomia política aos municípios; maior racionalidade e programas efetivos de apoio técnico e administrativo aos municípios; o fim da administração convencional ou por projetos; restrição legal aos interesses lucrativistas que, na área da saúde, encontram-se em franco conflito com quaisquer políticas centralizadoras^(167:61).

A história retrata as dificuldades encontradas para que esse processo de descentralização se efetivasse, bem como as condições citadas. O princípio da descentralização, proposto na Constituição Federal de 1988 e regulamentado pela Lei Orgânica da Saúde 8.080/90⁽¹³⁾. Porém, ainda nos anos 90, o Ministério da Saúde configurou-se como arena decisória e ator poderoso dessa arena⁽³³⁾. Isso significa que as condições mencionadas, acima, para consolidação crescente das responsabilidades dos Municípios sofrem importantes prejuízos que são retratados claramente nas falas dos gestores, quando mencionaram que os demais entes federados estariam se eximindo do cumprimento da EC 29 e quando manifestaram as **imposições** de programas e financiamentos vinculados.

Apesar de 100% dos Municípios e Estados brasileiros serem os responsáveis pela saúde de sua população, o MS é quem os rege, deixando pouca liberdade de gestão, sendo demonstrado um centralismo no financiamento por programas⁽¹⁵⁾.

A NOB 93 trouxe a ousadia de cumprir e fazer cumprir a lei, focada no processo de descentralização^(33:37). Essa norma expôs aos Municípios três possibilidades de habilitação ao SUS: condição semiplena, parcial ou incipiente, conforme o grau de complexidade⁽³³⁾. Infere-se que a NOB 93 teve um impacto sob a gestão em saúde no País, porém os Municípios de

pequeno porte assumiram, a princípio a gestão incipiente e, após, com a NOB 96, a Gestão Plena de Atenção Básica Ampliada. O processo não foi tranquilo, permeado por dificuldades no financiamento e na tomada de decisões, sendo que os Municípios supracitados parecem ter se acomodado com a situação de Gestão da Atenção Básica. Essa norma consolidou o paradigma da municipalização autárquica, com forte financiamento da União e sem a importante participação do Estado. Os problemas oriundos dessa forma de municipalização, como a baixa qualidade dos serviços e gestão, além da sua qualidade, foram repensados na NOAS 2001, na medida em que se organizaram espaços territoriais⁽¹⁶⁸⁾. Porém, equívocos nos desenhos não permitiram que a NOAS 2002 superasse os problemas ocasionados pela municipalização autárquica, tais como qualidade e ineficácia dos serviços de saúde⁽¹⁵³⁾.

A municipalização autárquica incentivou a ampliação de serviços de saúde municipais, porém rompeu com os princípios da construção de redes de atenção à saúde e promoveu a fragmentação dos serviços de saúde^(72;153). A NOAS ainda com concepção piramidal seria substituída por uma “concepção de uma rede horizontal integrada de serviços de saúde, em que todos os pontos são importantes e formam um contínuo de atenção, ainda que se reconheça que há diferentes densidades tecnológicas em cada um dos pontos de atenção à saúde”^(153:47-8). Nesse sentido, cada microrregião de saúde implantaria um sistema integrado, articulando os serviços de atenção primária e secundária à saúde, ligados a uma macrorregião com serviços de atenção terciária. Dessa maneira, a construção da rede permite à atenção primária ser o centro de orientação dos fluxos e contra-fluxos das pessoas no que se refere ao cuidado⁽¹⁵³⁾.

O esgotamento da municipalização autárquica trouxe a possibilidade de se pensar o paradigma da microrregionalização cooperativa, paradigma esse que busca maximizar as vantagens da municipalização e, conseqüentemente, minimizar suas desvantagens. A lógica racional dessa proposta objetiva descentralizar os serviços de atenção primária e ter uma centralização relativa dos demais níveis de densidade tecnológica⁽¹⁵³⁾. Logo,

os municípios continuam como os gestores principais dos sistemas de serviços de saúde no âmbito local, mas organizam-se em microrregiões, de forma cooperativa. A microrregião é transformada num espaço dialógico de negociação e pactuação, mantendo-se contudo, com a Secretaria Estadual da Saúde e com os municípios a capacidade de gestão do sistema, no que concerne aos interesses de sua população [...] A cooperação gerenciada materializa-se em Comissões Intergestores Bipartite Microrregionais [atualmente Colegiados de Gestão Regional] (cooperação) e em programações pactuadas e integradas (gerenciada)^(72:38-9).

Nesse sentido, a microrregião deveria contar com uma abrangência de 100 a 150 mil habitantes, correspondendo “na experiência internacional, à escala mínima para operar sistemas de serviços de saúde econômicos e de qualidade”, estando fora dessa escala, as regiões com grande distância e baixa densidade demográfica^(153:49).

Pensa-se, também, que, com a mudança do foco da gestão da oferta para a da demanda, pode-se terminar com os tipos de gestão plena de atenção básica ampliada e do Sistema de Saúde, estando todos os Municípios habilitados em gestão plena do SUS⁽¹⁵³⁾.

A NOAS 2002 rompeu com o princípio de responsabilização única no momento em que “o município que fica sob a gestão plena de atenção básica ampliada perde a governabilidade sobre os recursos de média e alta complexidade”, sendo essa remetida à gestão estadual ou ao município em gestão plena do sistema municipal^(153:38), como acontece com Porto Alegre. Nesse sentido, no momento em que os recursos são transferidos a outro Município, o de origem parece estar, em parte, desresponsabilizando-se pelo seu munícipe⁽¹⁵³⁾.

Infere-se que, a partir do tempo de construção do SUS, a municipalização da saúde mostrou-se muito vantajosa e vem exercendo um papel fundamental no sentido de cumprir o princípio da universalidade. Porém, existem alguns problemas, tais como “derivados do pequeno porte da maioria dos municípios brasileiros, o que afeta a racionalidade de escala e compromete a eficiência do sistema de saúde, em termos de resolutividade e qualidade”^(169:63-4).

Corroborando-se essa perspectiva, existe o perigo de se atingir a universalidade sem integralidade, no processo de descentralização, situação apontada como “SUS para pobres”, em que se disponibiliza o atendimento básico universal, sem estruturar os demais níveis de densidade tecnológica, não possibilitando uma cobertura adequada e eficiente para todos⁽¹⁷⁰⁾.

Porém, o gestor municipal é o responsável por garantir o acesso da população ao atendimento de que necessita, não importando onde ele vai ocorrer, mas contando com a cooperação técnica e financeira do Estado e da União. Para se assegurar o acesso a serviços em outro território é necessária a pactuação horizontal entre gestores nos sistemas municipais, microrregionais e regionais, havendo a pactuação direta entre os gestores municipais com acompanhamento e participação da gestão estadual por meio das instâncias regionais⁽¹⁰²⁾.

Nesse sentido, pensa-se que o poder, ainda presente nas políticas e nos programas do Ministério da Saúde e da Secretaria Estadual de Saúde, além da forma como a descentralização foi conduzida no Brasil, faça com que os Municípios tenham dificuldade em enxergar o planejamento regional como responsabilidade de todos e de forma ascendente,

conforme previsto na legislação. Pode-se inferir que esse seja o motivo pelo qual há uma clara barreira no processo de descentralização, culminando com as dificuldades em relação à assinatura do Pacto pela Saúde. Então, cabe o questionamento: descentralizaram a descentralização? Mas foram os secretários municipais ou o MS, protagonistas na tomada de decisões?

A aceitação da gestão da ABS pelos Municípios, iniciada com a NOB 93 e proposta na NOB 96 foi forçada, para que efetivamente acontecesse, utilizando-se os meios de **imposição** e **coação**, pois os investimentos estavam vinculados à habilitação. O que se observa hoje nos Municípios é uma certa acomodação de suas “responsabilidades” com a ABS e uma ansiedade em diminuir a fila de espera pela MC. Os gestores adquirem esses serviços, deixando de qualificar sua ABS, porém têm receio de pensar na descentralização ascendente devido às dificuldades que encontram com seus principais parceiros, o Estado e a União. Outra questão que pode estar vinculada a isso é o ganho político do(s) partido(s) da situação, pois não foi mencionado claramente, mas a MC proporciona o pedido de exames, a sua realização em outros Municípios e isso pode estar também mascarando o interesse de alguns gestores municipais.

Por outro lado, constata-se que os gestores apontaram, em seu discurso, muito mais as dificuldades enfrentadas, não trazendo os ganhos que se obtiveram com a proposta da descentralização. Pensa-se que isso se deva ao fato de não haver um equilíbrio entre os elementos técnico e político, escolha muitas vezes estimulada pela política partidária. O perfil dos gestores demonstrou, em sua maioria, um curto tempo de trabalho na Área da Saúde e gestão, refletindo a rotatividade do secretariado, bem como a existência de alguns componentes com formação desvinculada desses elementos, faltando, inclusive, o entendimento histórico das políticas públicas de saúde no Brasil.

O tempo é uma importante variável na análise estratégica, pois “a estratégia transcorre através do tempo”, sendo esse consumido pela ação “como um recurso não-renovável”^(25:224). O tempo na gestão, da maioria dos atores entrevistados, foi bastante curto, porém o histórico da descentralização pontuou o longo período de tempo transcorrido e as inúmeras estratégias apresentadas para se atingir a sua viabilidade. Esse histórico demonstra “uma sequência específica de situações e operações” que se configuram como uma trajetória^(25:227). Essa trajetória combina diversas possibilidades de se “lidar com atores, operações, meios estratégicos e o tempo”^(25:226) em busca da viabilidade da descentralização.

Os questionamentos trazidos na discussão a respeito do processo de descentralização nos Municípios em estudo, demonstraram as inúmeras dificuldades que esses, especialmente

os de pequeno porte, vêm enfrentando na gestão em saúde. Entre essas dificuldades encontram-se a contratação do profissional médico, a não aprovação da EC 29, até o momento das entrevistas, a LRF, a Judicialização da Saúde e o entendimento de que apenas a ABS está sob sua responsabilidade. Nesse sentido, passa-se a tratar do processo de regionalização nesses Municípios e na região, buscando entender a maneira como os mesmos vêm se organizando regionalmente e realizando o planejamento regional. Pensa-se que a dificuldade em resolver os problemas, localmente, no Município, irá se refletir nas discussões regionais e no relacionamento entre os demais gestores, municipais, regionais e estaduais.

5.2.2 Discussão do processo de regionalização no Município e na Região

A discussão do processo de regionalização no Município e na Região ocorrerá a partir da apresentação do território, da capacidade instalada e da inserção de um Consórcio na área de estudo, apontando, dessa forma, a discussão dos fixos, conforme entendido no presente estudo e discutido na sequência. Após, passa-se à discussão dos fluxos, remetendo-se ao seu alcance por meio de alguns mecanismos, como a PPI, a regulação em saúde e o Pacto de Gestão. Por fim, trata-se da questão do jogo político que influencia e é influenciado por esses fixos e fluxos.

5.2.2.1 Fixos: território e estratégias de utilização dos serviços de saúde

O presente capítulo discutirá os encaminhamentos realizados pelos Municípios pertencentes à ASSEDISA Centro-Sul, a partir de sua capacidade instalada, bem como as redes de atenção à saúde consolidadas pelos mesmos e o território que as conforma. Cabe salientar que a idéia de fluxo na Área da Saúde incorpora os desenhos/redes pensados e descritos para o território, no PDR e documentos, especialmente os construídos pela CIB. Pensa-se que esses fluxos, da Área da Saúde, estejam “engessados”, logo, entende-se, no presente estudo, que eles são fixos, pois não demonstram o movimento dinâmico produzido e reproduzido na gestão e no planejamento em saúde.

Para compreender melhor essa situação, reporta-se à Milton Santos, quando menciona que “o espaço é, também e sempre, formado de fixos e de fluxos. Nós temos coisas fixas, fluxos que se originam dessas coisas fixas, fluxos que chegam a essas coisas fixas. Tudo isso junto, é o espaço”^(58:77). Nesse sentido, “um objeto geográfico, um fixo, é um objeto técnico

mas também um objeto social, graças aos fluxos”^(58:78). Dessa forma, pode-se entender que os fixos e fluxos interagem entre si, alternando-se mutuamente, sendo que

os fixos provocam fluxos em função de seus dados técnicos, que são geralmente locacionais, mas, também, em função dos dados políticos. Os fixos, como instrumentos de trabalho, criam massas. Mas não basta criar massas, impõem-se fazer com que se movam. E a capacidade de mobilizar uma massa no espaço é dada exatamente pelo poder econômico, político ou social, poder que, por isso, é maior ou menor segundo as firmas, as instituições e os homens em ação^(58:78).

A discussão de Milton Santos permite inferir que as redes de atenção em saúde pensadas no território são instrumentos de trabalho que criam massa, logo é um fixo que, a partir do objeto social, o movimento, pode se tornar um fluxo. Portanto, tem-se o entendimento que as redes, as microrregiões e o CICS são fixos produzidos por instituições da Área da Saúde.

No cotidiano da Área da Saúde, a noção de território, parece ter uma ligação com a de Ratzel, mais voltada à divisão jurídico-política, com delimitação de fronteiras. Justifica-se esse entendimento a partir das falas dos atores entrevistados, no momento em que se apegam à divisão territorial do Município e às dificuldades que existem na incorporação da regionalização. Porém, “o território usado são objetos e ações, sinônimo do espaço humano, espaço habitado”^(171:16). Nesse sentido, atualmente, o território “pode ser formado de lugares contíguos e de lugares em rede”^(171:16). O território torna-se o

suporte de redes que transportam regras e normas utilitárias, parciais, parcializadas, egoísticas (do ponto de vista dos atores hegemônicos), as verticalidades, enquanto as horizontalidades hoje enfraquecidas são obrigadas, com suas forças limitadas, a levar em conta a totalidade dos atores^(171:19).

A visão de território necessita ser ampliada, no sentido de que os usuários territorializam o espaço a partir da construção da realidade e, pensando-se nas relações de poder que estão envolvidas nesse processo. Logo, o processo de regionalização passa a ser essencial, no momento em que se pensa um território ampliado, no qual o usuário é atendido integralmente. O uso do conceito de regionalização requer, da população e dos gestores envolvidos no território, um “contínuo processo de discussão e incorporação das necessidades regionais de saúde”, buscando dessa forma a cooperação e a complementação ao procurar a

solução dos problemas comuns, havendo “uma responsabilidade sanitária, em cogestão, a partir da atenção primária e atingindo a média e alta complexidade”^(68:19).

No presente estudo, observa-se uma dificuldade na sobreposição dos desenhos planejados para o território de saúde. A ASSEDISA Centro-Sul é composta por 13 Municípios, sendo 11 pertencentes à 2ª CRS e, 2 à 3ª CRS (Figura 6). As CRS são muito diferentes quanto à estrutura, capacidade instalada e relações com os atores envolvidos no processo de gestão. Outra peculiaridade é que, em função de os Municípios pertencerem a duas CRS, também estão vinculados a dois COGEREs. Destaca-se que, pensando em COGERE e/ou CRS, o território já apresenta outra conformação, visto que agregam-se mais Municípios de diferentes regiões do Estado, com uma diversidade que interfere no processo decisório. A diversidade de desenhos pensados para a saúde promovem importantes fragmentações e relações de poder nos diferentes espaços decisórios, sejam estes locais, microrregionais, regionais, macrorregionais ou estaduais. Essa diversidade dificulta a discussão de regionalização por parte dos gestores visto as diferentes configurações apontadas em cada espaço decisório.

A figura 6 demonstra o mapa com a divisão da 2ª e 3ª CRS e, em achurado, os Municípios pertencentes à Centro-Sul. É possível observar a diferença no número de Municípios pertencentes a uma e outra, sendo que a 2ª CRS agrega 41 Municípios, vinculados a diferentes Associações Municipais a que pertencem os Cosems Regionais, além da ACENSUL, a AMSERRA (Associação Municipal de Turismo da Serra), a AMVARC (Associação Municipal do Vale do Rio Café), a ASMURC (Associação dos Municípios da Região Carbonífera) e a AMVRS (Associação Municipal do Vale do Rio dos Sinos). Ressalta-se que nem todos os Municípios dessas associações pertencem a essa CRS, logo ao COGERE. Já a 3ª CRS agrega 22 Municípios, sendo que desses, 21 estão vinculados à mesma Associação, AZONASUL e o que não está oficialmente, por estar na ACENSUL também participa dele, ao menos em seu COSEMS, conforme relatado pelo ator municipal. Atenta-se à presença de outros dois Municípios de duas outras CRS diferentes. Porém, o COGERE desta CRS parece ser um pouco mais uniforme do que na 2ª CRS.

Quanto às microrregiões, conforme o PDR, a Costa Doce Norte abarca Barra do Ribeiro, Mariana Pimentel, Guaíba, Sertão Santana e Eldorado do Sul que não participa da ASSEDISA Centro-Sul; a Costa Doce Sul, Amaral Ferrador, Arambaré, Camaquã, Cerro Grande do Sul, Chuvisca, Cristal, Dom Feliciano, Sentinela do Sul e Tapes⁽⁸⁾.

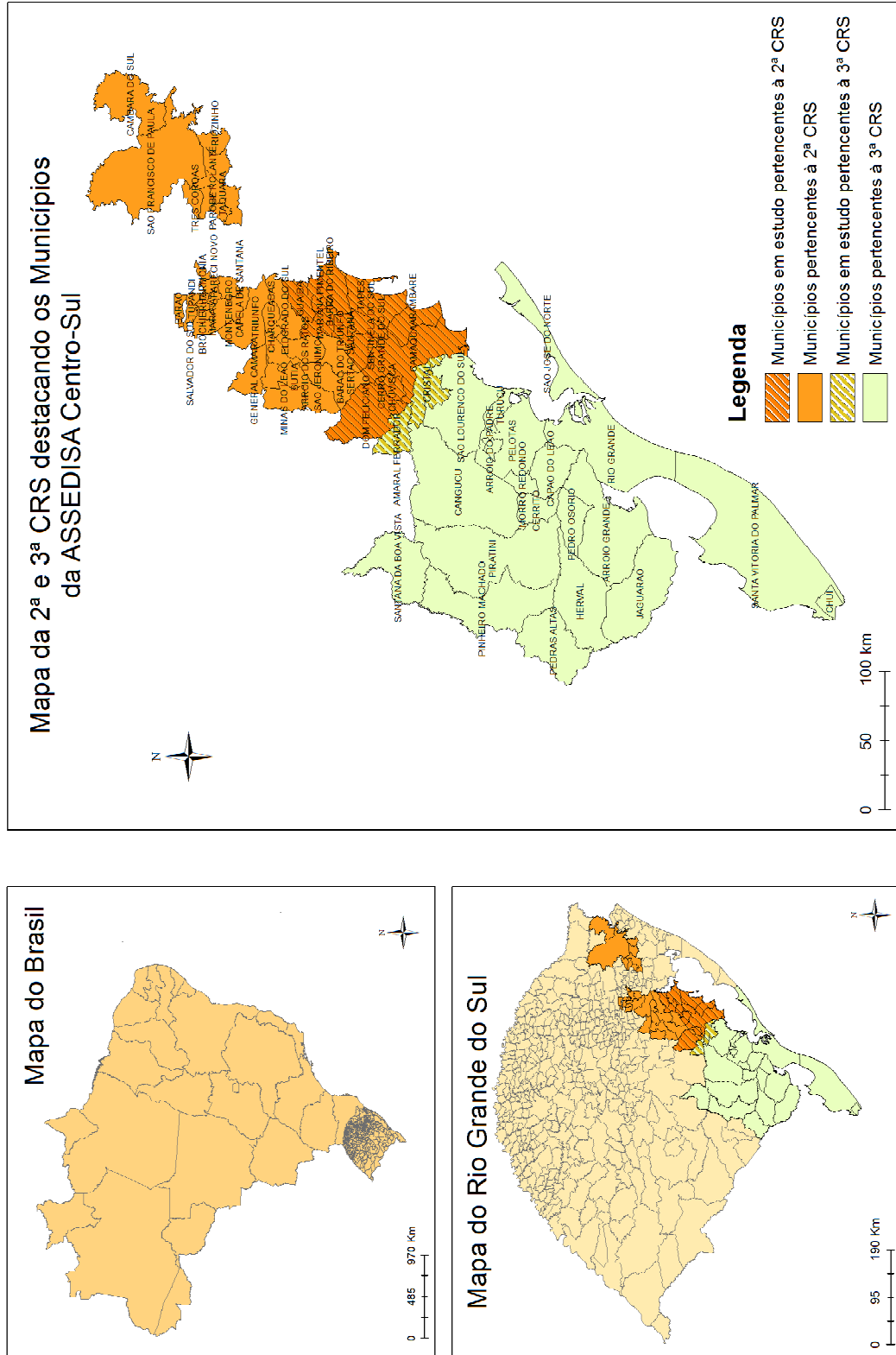
Já a figura 7 aponta as duas Macrorregiões a que os Municípios da Centro-Sul pertencem. Ressalta-se que a Macro Metropolitana agrega a 1ª, 2ª e 18ª CRS, enquanto a

Macro Sul agrega a 3ª e 7ª CRS. Cabe destacar que mesmo pensando-se nas macrorregiões, alguns Municípios que estão presentes no espaço decisório dos COSEMS ou ASSEDISAs Regionais, não estão juntos nos níveis regional e macrorregional. Dessa forma, como tomar decisão e promover o planejamento?

Pensa-se que os Conselhos das Secretarias Municipais agregaram-se em função de diferentes questões, sendo elas de acesso e de fluxos de utilização de serviços de saúde, rodovias, aproximações políticas, econômicas e culturais, além de outras possibilidades que contribuíram para a construção da identidade regional. A territorialidade aponta a possibilidade de diferentes recortes regionais. Os desenhos das CRS são oriundos dos das antigas Delegacias Regionais de Saúde, ou seja, recortes político-administrativos e que não podem representar fluxos por não mostrar a dinamicidade que ocorre nas regiões construídas em movimentos cotidianos, pela população, força viva do território. Já as macro e as microrregiões foram pensadas na construção do PDR, publicado em 2002.

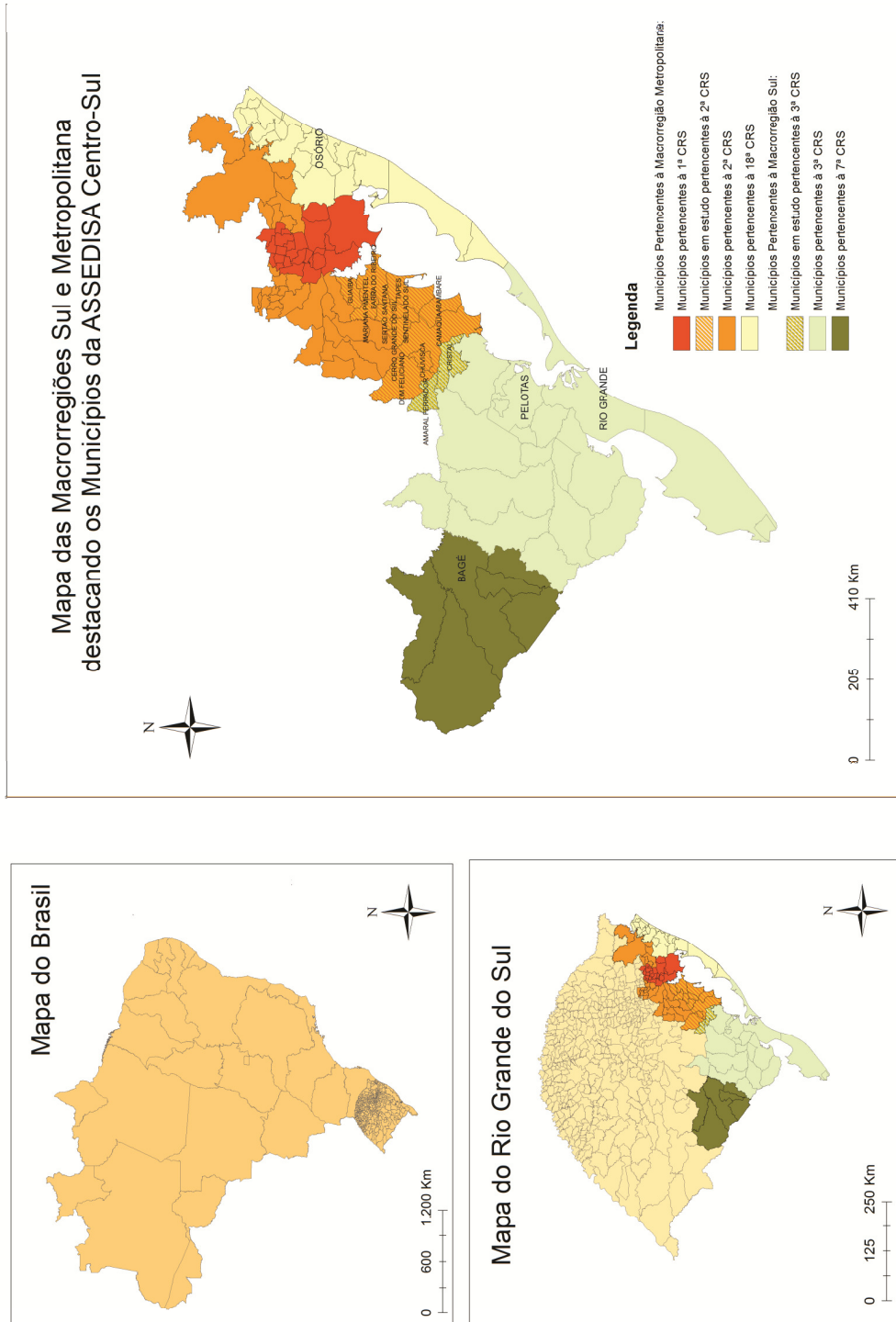
Nesse sentido, observa-se que “a falta de um planejamento regional das estratégias de descentralização da política de saúde comprometeu sua adequação às múltiplas realidades que se apresentam no território brasileiro”, sendo que houve uma restrição das políticas ao desenvolvimento macrorregional^(165:16).

Figura 6 – Mapa da 2ª e 3ª CRS, destacando os Municípios pertencentes à ASSEDISA Centro-Sul, RS, 2012



Fonte: Adaptada da Secretaria Estadual de Saúde, Rio Grande do Sul, 2011a⁽¹²⁵⁾.

Figura 7 – Mapa das Macrorregiões Sul e Metropolitana, destacando os Municípios pertencentes à ASSEDISA Centro-Sul, RS, 2012



Fonte: Adaptado do Plano Diretor de Regionalização da Saúde, Secretaria Estadual de Saúde, Rio Grande do Sul, 2002⁽⁸⁾.

Esse descompasso dos desenhos das regiões provoca uma desorganização e descontinuidade no processo decisório, impossibilitando a consolidação de parcerias e a criação de estratégias regionais. Alguns Municípios participam de diferentes arranjos regionais, situação que dificulta sua vinculação e identificação com a região de saúde, o que, por consequência, provoca ruídos no processo de descentralização, especialmente quando se refere ao planejamento e à gestão da regionalização em saúde. Essa **situação** resulta em relações individuais entre Municípios ou arranjos por conveniência e não pela necessidade do território ou das pessoas que nele habitam, por consequência possibilitando a **imposição** de relações de poder sobre os Municípios.

A Área da ASSEDISA Centro-Sul possui a situação de dois municípios, Amaral Ferrador e Cristal, pertencerem à 3ª CRS, enquanto os demais, à 2ª CRS. Porém, há a peculiaridade de estarem vinculados à macrorregião de Pelotas, pela ligação com a 3ª CRS, e à microrregião de Camaquã, conforme desenho do PDR e participarem de ambas ASSEDISAs. Os atores municipais desses Municípios (AM1 e 11) referiram estar na divisa da Região e que existiria a flexibilidade do PDR, mas, para resolver seus problemas, muito do que se conseguia, dependia também do poder de negociação e da articulação do gestor (AM1). Esses atores relataram usufruir de serviços de ambas as Coordenadorias, sendo que na 3ª CRS, mencionaram encaminhamentos a São Lourenço, Pelotas e Rio Grande.

Sim, essas [Camaquã, Pelotas, Camaquã pelo Centro-Sul, Pelotas e Rio Grande pela Sul]. [...] É e pela central de consultas. [...] Da Centro-Sul [...]. É que a divisa lucra um pouquinho de cada lado [risos]! [...] Vou dizer, é difícil ficar assim, a única coisa que a gente tem mais dificuldade de conseguir que, às vezes, a gente fica tentando, é que tem que entrar na central de leitos, é quando tu tem uma mulher em trabalho de parto prematuro, para tu conseguires uma UTI neonatal (AM11).

Um ator regional (AR2), referiu-se à dificuldade de se obter os dados de utilização de serviços de saúde e de contratos nos Municípios pertencentes à Área da 3ª CRS, pois os seus gestores não disponibilizavam os dados à Regional, demonstrando um importante problema de relacionamento entre essa e os Municípios adscritos a ela. Relatou também que muitos atendimentos são conseguidos em conversas entre os gestores, especialmente com os serviços, em Pelotas. Inclusive, o referido ator regional salientou que o Estado vinha perdendo forças nesse sentido, enquanto a ASSEDISA Zonal Sul congregava todos os Municípios da região, tomando decisões, em suas reuniões, e tendo acesso às informações necessárias ao

planejamento. Outra questão levantada foi o fato de a então “delegada” ser pouco ativa na CRS, um dos motivos pelos quais os gestores municipais não respeitariam tanto essa CRS.

A situação em que se encontravam esses dois Municípios parece favorável, podendo-se utilizar serviços de ambas as CRS. Porém, cabe discutir os meios estratégicos apontados na fala dos atores municipais e regional, como a **negociação** junto aos demais Municípios e 2ª CRS e, por outro lado, o **confronto** com a 3ª CRS. Observa-se claramente, na fala do AR2, “a ausência de acordo”, levando as partes, mais especificamente os Secretários de Saúde, à “medição de forças”^(25:223). Acredita-se que os secretários utilizam-se, tanto do **confronto direto** – “medir forças nas condições já existentes”, no enfrentamento em reuniões, por exemplo – quanto do **indireto** – “criar oportunidades e condições favoráveis para uns e desfavoráveis para outros”^(25:223-4), na indisponibilidade dos dados e informações e na tomada de decisões pela região sem a presença da Regional.

Em alguns momentos a **dissuasão** também aparece nesse jogo como meio estratégico, especialmente no enfrentamento com a então coordenadora (“delegada”) da CRS. A dissuasão do adversário evitava o confronto, nesse caso, quando a coordenadora não comparecia às reuniões de COGERE para não entrar em choque com os secretários, por exemplo. Porém, é importante destacar que “a estratégia de dissuasão, à medida que priva o adversário de liberdade, também limita a liberdade da própria ação”^(25:224). Logo, essa estratégia prejudica os Municípios e sua parceria junto à CRS e ao Estado. Tem-se conhecimento de que já houve a troca dessa coordenadora, porém os conflitos gerados necessitariam de uma estratégia de **mediação** para promover um (re)encontro desses atores municipais e regionais. Entretanto, permanece o recorte dos dois Municípios da 3ª CRS e a ASSEDISA Centro-Sul abarca ambas as realidades.

A capacidade instalada, em média complexidade, foi apontada pelos atores municipais (AM1-15) a partir de suas referências e de como estavam organizadas as redes no território da micro e da macrorregião e de como realizavam os encaminhamentos dos usuários de seus Municípios.

Iniciando a discussão quanto aos encaminhamentos a consultas e procedimentos especializados, todos os atores municipais entrevistados (AM1-15), mencionaram que são referenciados a **Porto Alegre ou Grande Porto Alegre** (Canoas e Cachoeirinha foram citadas em algumas falas), por meio da Central de Marcação, inclusive alguns acreditavam ser cerca de 80-90% dos casos. Foi mencionado, por alguns atores que, apenas a especialidade de Oftalmologia, seria oferecida na região, no município de Camaquã (AM5, 8 e 11), além de outros serviços de média complexidade, comprados via Consórcio (AM1-2, 10 e 12-13).

Estou para te dizer que é mais de oitenta por cento [consultas e procedimentos encaminhados para Porto Alegre]. Eu considero isso, Adriana, um verdadeiro absurdo, um verdadeiro absurdo! [indignação] Mandar para Porto Alegre! Entra na ponte com aquele trânsito terrível ali, congestionada. Se tu vires isso é o Município, todos os Municípios daqui mandam para Porto Alegre. Todos os do centro mandam para Porto Alegre, todos vão, mas que é isso?! [enfático neste parágrafo]. [...] Concentra tudo! Eu não sei se já estiveste em alguma emergência ali do Clínicas ou do Mãe de Deus, chega a ter 15, 20 ambulâncias esperando para encostar porque 15, 20 já passaram, então...15, 20 depois mais 15,20, é uma coisa inacreditável isso aí, sabe?! [bem enfático] (AM9).

Observou-se, nas falas dos atores municipais, que Porto Alegre apareceu como referência de seus municípios para os demais níveis de complexidade, sendo algumas vezes mencionada para serviços de alta complexidade e/ou emergências (Entr3, 5, 8, 10 e 12-14). Isso se consolida no momento em que se destacam as falas onde, a maioria dos atores municipais e um regional (AM1, 3, 6-15 e AR1), relataram que a referência não estava dando conta da demanda dos Municípios pela média e alta complexidade, sendo que houve a menção de que Porto Alegre receberia o teto para atendimento desses Municípios. Logo, seus encaminhamentos não poderiam ser considerados ambulâncioterapia (AM7), pois essa seria o encaminhamento de Municípios que não tivessem Porto Alegre por referência.

[...] os recursos que são do Município, é muito confundido, nos grandes hospitais hoje em Porto Alegre, porque o nosso recurso na realidade fica lá em Porto Alegre, através de uma pactuação, no momento que essa pactuação é feita e o município de Porto Alegre aceita, eles assumem o compromisso de atender também os pacientes que são enviados para lá. Então existe aquela confusão, ambulâncioterapia isso aí não é verdade, porque na realidade o nosso recurso está lá e eles devem disponibilizar o serviço conforme eles pactuam. Então, nessa questão de média complexidade a gente é atendido em parte, porque tem muitas consultas, muitas especialidades que é muito difícil. Tanto é que a gente buscou outras alternativas, como Rio Grande (AM7).

O ator regional AR3 ressaltou que existiam mais de 700 referências, não necessariamente todas em Porto Alegre, mas sua maioria. Porém, enfatizou a necessidade da criação de centros regionais para absorver parte dessas demandas. Atentou para a falta de contrarreferência da Unidade especializada para a Unidade básica, impossibilitando, dessa forma, uma correta continuidade do atendimento ao usuário. Referiu que não haveria estrutura física e financeira para atender todas as pessoas que necessitavam de média e alta complexidade. Porém, relatou o caso de uma criança que saiu do interior da Amazônia e

realizou o transplante em Porto Alegre, todo custeado pelo SUS; comparou esse atendimento ao do ex-Vice-Presidente José de Alencar, que havia falecido no dia anterior à entrevista. Também comparou o atendimento aos Estados Unidos que, se os pais não tivessem 150 mil dólares para realizar o procedimento particular, a criança morreria sem atendimento.

Os atores municipais apontaram que, os encaminhamentos para Porto Alegre, via Central de Marcação, já vinham sendo realizados antes de seu mandato (AM4, 7 e 9-14). Cabe salientar que, o tempo de mandato dos gestores municipais de saúde ficou entre 4 meses e 8 anos, porém, o Prefeito entrevistado encontrava-se em cargos de gestão e vinculados à Saúde, havia 18 anos.

Na situação de Porto Alegre, como receptor do teto, alguns dos gestores questionaram o número de cotas de procedimentos disponibilizadas a cada Município, apresentado pela 2ª CRS, sendo este muito reduzido e, segundo eles, insatisfatório, inclusive alguns mostraram a documentação durante a entrevista. Porém, ressaltaram que, ao menos, eles conheciam suas cotas, o que não acontecia anteriormente.

O número de procedimentos especializados que constavam nos documentos que a 2ª CRS forneceu aos Secretários de Saúde era realmente muito baixo, sendo que, em alguns casos, havia um ou dois disponíveis, por ano, para toda a CRS, ou seja, para dar conta de 41 Municípios, que provavelmente seriam reservados e utilizados quando houvesse demanda judicial. Então se questiona se o Estado realmente disponibiliza um teto efetivo de muitos procedimentos para os Municípios. A dificuldade em acessar os serviços de Porto Alegre, a longa fila de espera por um procedimento ou consulta poderiam apenas refletir a sua falta? Se isso realmente ocorre, impossibilita a efetiva regionalização por não haver um repasse adequado para os procedimentos. Se imaginar que Porto Alegre recebe um aporte de verba do Estado para atender à média complexidade, pode parecer um bom volume, mas e se separar esse montante por microrregião, será muito? Há realmente financiamento para a descentralização da MC?

Outra questão, referente à “diagnosticoterapia”, foi mencionada pelo entrevistado AM9 quanto à realização de 88 exames de mamografia em seu Município pelo ônibus adaptado para isso, resolvendo, pontualmente, um problema de demanda reprimida. Recente estudo da Confederação Nacional de Municípios, realizado em 25,6% dos Municípios gaúchos, apontou que 47,6% da demanda reprimida são para consultas especializadas; 31,9% exames de diagnóstico; e, apenas 1,4% para internações hospitalares. As especialidades com maior demanda são Ortopedia e Traumatologia, Oftalmologia e Otorrinolaringologia, sendo responsáveis por 49,8%. A maioria da demanda viria das 1ª e 2ª CRS, concentrando 47,5%,

totalizando 63 Municípios, com 4,2 milhões de habitantes e tendo Porto Alegre como sede⁽¹⁷²⁾.

Devido a essa situação, o AM13 chamou atenção para a importância de se trabalhar com prevenção, o que diminuiria a demanda aos demais níveis tecnológicos e, intensificar, por exemplo, a necessidade de se realizar saneamento básico, inclusive para evitar doenças, questão de que, segundo ele, os políticos não gostam em virtude de não dar voto.

É inegável que com investimento em saneamento básico, Atenção Básica e com procedimentos ligados à ABS, como a mamografia, teria-se uma melhor atenção em saúde, uma redução no risco de adoecer e, claro, detecção precoce de doenças que podem ser tratadas, diminuindo o custo social e o uso de níveis tecnológicos mais avançados. Logo, haveria uma redução nos custos de alta complexidade, porém a dificuldade no acesso à MC poderá sobrecarregar os serviços de alta complexidade, além de causar prejuízos aos indivíduos doentes e suas famílias. Mas, como referiu o entrevistado AM13, saneamento básico “não dá voto”, mas quase sempre é “carro chefe” junto à atenção básica e pronto-atendimento, nas campanhas eleitorais em todos os níveis de governo, além de ser considerado no investimento em saúde do Estado, por meio da Corsan; porém, parece não estar acontecendo.

Pensa-se que a adoção, pelos Municípios, de políticas que auxiliem na modificação do modelo assistencial, tais como a ESF, possam interferir, por exemplo, nas internações clínicas, auxiliando, dessa forma, o processo de regionalização⁽¹⁰⁾.

O acesso ao atendimento de urgência e emergência em Porto Alegre é bastante difícil, em função de o Município ser o responsável pelo encaminhamento. Nesse sentido, um ator municipal (AM10) referiu ter recebido orientação, em dois hospitais da capital, de informar que os usuários seriam deste Município para se realizar o atendimento. Mas ressaltou que não acha correto burlar-se a informação para se receber o atendimento e referiu não utilizar esse tipo de estratégia, que seria o uso da **recompensa**. Apareceu, também, nas falas, que alguns hospitais estariam exigindo que os usuários já chegassem com exames prontos, que teriam que ser realizados particularmente por eles ou adquiridos pelo Município, na maioria das vezes, via Consórcio, tendo que ser liberados pelo gestor, a qualquer hora do dia.

Os atores municipais deixaram claro que, em muitos casos, eles precisavam ligar e insistir para que conseguissem o atendimento de urgência. Outra situação, como mencionou um entrevistado (AM10), é que há a procura, pela Comissão de Saúde da SES, caso não se consiga atendimentos urgentes, para que essa os encaminhe rapidamente, se houver o

deferimento do pedido. Essa Comissão é uma instância que avalia as demandas urgentes por serviços de saúde no Estado, deferindo ou indeferindo as solicitações dos usuários.

Outros entrevistados (AM4-5), referindo-se à capacidade instalada em MC, pensavam um pouco diferente e não culpabilizavam a referência, Porto Alegre. Esses retomaram outros elementos para a discussão, como a dificuldade do financiamento da média complexidade e os baixos valores oferecidos pela tabela SUS, não se tornando atrativo aos prestadores de serviços (AM1). Já o entrevistado AM2 referiu que um pouco da responsabilidade sobre o fato de Porto Alegre ser a referência seria dos próprios Municípios da Região que, ao se discutirem as pactuações, optaram por deixar em Porto Alegre. Porém, acreditava que a Central de Regulação deveria ser no Estado.

A referência não é o culpado dos problemas, tem de ter oferta do serviço. Esses dias nós estávamos numa reunião e, inclusive a [gestora de Município vizinho] estava presente e foi abordada essa situação. Ah, congestionada, a central não funciona. Isso não funciona não, desculpa, nem foi aqui em Camaquã, foi na Coordenadoria e aí eu questionei que o problema não é de uma central, o problema é a falta de oferta de serviço. Aí a delegada, a [nome dela] concordou: - realmente o [seu nome] tem razão, se nós colocarmos ofertas, demanda é de produto, lá na central vai ter, só ligar e vai ter todas as especialidades. Agora se nós não colocarmos, aquela pessoa que vai estar lá, só vai dizer: - não, não tem não tem até vai deixar desligada a central dela. [...] O fator principal é que falta verba realmente, claro que a gente sabe que muitos procedimentos hoje não se encontram profissionais, porque os valores pagos pelo sistema são baixíssimos, é indiscutível que é irrisório, não realmente não têm condições e outras situações, porque realmente falta o recurso que deveria vir para onde deveria ir não vem (AM4).

Ao confrontar as falas dos atores municipais que trouxeram a referência como um problema, com as de atores regionais e estaduais (AR2-3 e AE1 e 3), pode-se observar a ênfase na necessidade da organização da microrregião, além da impossibilidade de a chamada referência atender toda a demanda, além da dificuldade em relação ao financiamento em saúde.

O entrevistado AE1 enfatizou o atraso da Região em estudo, devido à grande dependência de Porto Alegre, quanto à média e alta complexidade e que, apesar da proximidade dos Municípios com a Capital, há possibilidade de alternativas, como uso de serviços em Camaquã. O entrevistado AE3 referiu, assim como o AM14 e o AE1, o problema enfrentado pela implantação do sistema informatizado de Porto Alegre. Segundo o AM14, buscou-se um sistema que efetivamente regulasse o atendimento e não apenas marcasse ao primeiro que conseguisse acessar a Central de Marcação, pelo telefone, como era realizado

anteriormente. Ressaltou que o programa utilizado pela SES era o mesmo de Porto Alegre, havendo, portanto, uma compatibilidade de sistemas de regulação e acreditava que esse teria uma perspectiva de solucionar os problemas.

O entrevistado AR2 afirmou que a referência não teria condições de atender a toda a demanda. O AR3 concordou com esse posicionamento e relatou que, com o envelhecimento da população, estaria havendo um maior volume de atendimentos, inclusive de procedimentos solicitados pela Previdência Social. Nesse sentido, alguns atores municipais (AM2-3 e 10) salientaram uma questão importante, referindo-se ao não entendimento e à cobrança da população frente à dificuldade em se conseguir o atendimento de média complexidade e seu desconhecimento sobre a forma de encaminhamento. Segundo esses atores, havia uma culpabilização do Município por estar na ponta do Sistema de Saúde e, por vezes, esse descontentamento da população era transferido aos funcionários da Secretaria de Saúde. Apontou-se, em pesquisas de opinião junto a usuários, que esses demonstraram, entre as maiores queixas do SUS, o excessivo tempo de espera e as filas para o acesso à MC⁽¹⁵⁷⁾.

Muitos dos atores entrevistados demonstraram a necessidade de Camaquã (AM2, 5, 9, 13 e AE1 e 3) e de Guaíba (AM12 e AE3) se colocarem como polos regionais, o que diminuiria os casos encaminhados para Porto Alegre; porém, os entrevistados focaram muito a MC em hospitais regionais; poucos se referiram às consultas e aos procedimentos especializados. Nesse sentido, o entrevistado AE3 enfatizou que os Municípios vinham conseguindo trabalhar a questão da microrregião, mas ainda muito calcados na figura do hospital. O entrevistado AM13 ressaltou que, no momento em que houvesse um apoio estadual e federal para Camaquã, todos os Municípios da volta seriam beneficiados, e, então se efetivaria a microrregião.

Remetendo-se às atas das reuniões da ASSEDISA Centro-Sul, entre os anos de 2005 e 2009, pode-se observar que os gestores trouxeram elementos de discussão quanto às potencialidades dos **Hospitais da Região**, no processo de regionalização dos municípios de Barra do Ribeiro, Camaquã, Guaíba e Tapes. Para tanto, discutiu-se a necessidade de se mapear estas Instituições Hospitalares.

Alguns dos atores entrevistados ressaltaram a necessidade de se discutir, regionalmente, o que se tem de capacidade instalada em cada Município, o que é possível de ser oferecido para a região, podendo-se, então, avaliar o contexto regional, periodicamente (AM8, 10 e 15). O entrevistado AM11 também atentou para a necessidade de flexibilização do processo de regionalização. Nesse sentido, o entrevistado AE3 discutiu a questão, relatando que o Município iria olhar primeiro para sua capacidade instalada e, após, fazer

pactuações microrregionais e também a busca no nível regional. Salientou a questão de que o Município não conseguia dar conta, sozinho, da saúde de seus municípios e referiu a importância da regionalização solidária, com pactuações e intermediação do Estado.

O processo de regionalização é um processo de ampla discussão, de ampla pactuação tem de ser muito [ênfase] bem discutido. Nós temos Municípios que não é o caso da Região de vocês. Mas, que tentaram se fechar [ênfase], fechar os seus limites. E, isso não pode haver, tem de haver solidariedade. Os Municípios, um sempre [ênfase] vai precisar do outro. Nenhum [ênfase] Município é um ente autônomo, que possa dizer eu me basto. Eu preciso, ou ele vai precisar do serviço da Região, ou ele vai precisar do serviço, que está localizado na capital do Estado. Ou, às vezes, até fora do Estado, nós todos temos que ter uma solidariedade. Então, para mim a regionalização é isso. É muita discussão, muita pactuação e uma intermediação forte do Estado, que para mim ele é o ente [ênfase] que tem [ênfase] de resolver esses problemas que várias vezes surgem entre os Municípios. [...] Ajudar na articulação, facilitar os entendimentos entre um Município e outro, porque são zonas de conflitos. Às vezes, o próprio Município, ele é cobrado pela sua população, de porque ele está atendendo pessoas de outros Municípios? Às vezes, a população daquele Município sede se sentem prejudicadas. E diz: - tem de fechar as portas, somos nós primeiro, e que é isso. E isso é sempre uma zona de conflito, que a gente tem de conseguir e saber dosar bem. O atendimento local, da população local, mas o atendimento de todas as referências que estão [ênfase] garantidas naqueles Municípios. Porque o recurso, dos outros Municípios, está ali dentro também e eles têm de ter o direito a isso (AE3).

Partindo-se para uma discussão sobre os hospitais da Região, o município de Barra do Ribeiro dispunha de uma capacidade instalada não utilizada, por entraves burocráticos e dificuldade em se manter funcionando, embora houvesse um convênio aberto desde 1998, sendo que o Ministério da Saúde cobrou providências quanto à necessidade de colocá-lo em funcionamento ou o Município devolver o investimento da construção dessa Instituição. Em alguns registros de atas, constou que o Ministério Público obrigou o Município a iniciar a implantação de exames de diagnóstico nesse local e que os Municípios vizinhos deveriam solicitar deslocamento de seu teto para lá. O entrevistado AM13 o chamou de “elefante branco”, pois o Município não teria condições de arcar com gastos de pessoal. Segundo o entrevistado AM8, estava-se trabalhando na tentativa de abrir o referido hospital como um HPP. Acreditava que a Instituição poderia absorver parte da assistência de MC da região, como algumas cirurgias eletivas ou, mesmo, absorver uma UPA. Porém, ressaltou que o Município não entrava nos critérios exigidos por não ter o mínimo de habitantes, mas pontuou que se poderia trabalhar regionalmente e suprir as necessidades dessa região, assim como outros Municípios que possuem capacidade para tanto.

[...]Porque nós temos 50 leitos prontos, com todo o equipamento, cama, tudo o que tu imaginar, 50 leitos, que não são usados. [...] Agora este ano, não, não foi este ano, foi em outubro de 2009, o ano passado, nós entramos com um processo de abertura de um HPP, Hospital de Pequeno Porte, aí eu consegui fazer, uma parceria com o Sertão, Mariana, Sentinela para nós atendermos, mas é HPP. Na realidade o que vai tratar ali? Baixa complexidade, então está se encaminhando para esse rumo, que já se consegue ficar com alguém aqui. [...] É mais clínicos, então está surgindo essa oportunidade que eu acredito que até o final do ano seja assinado e vamos conseguir trabalhar. Daí isso vai dar, porque cada 10.000 habitantes tem direito a um leito, então vamos trabalhar com 28, mas ainda vai nos sobrar vinte e, aí o processo talvez vai ser a saúde mental. Então tem essa coisa que é um programa estruturante e que hoje está bombando e que realmente faz falta (AM8).

O entrevistado AE3 referiu, alguns meses depois, que o Hospital da Barra do Ribeiro, havia pouco tempo habilitado como HPP, daria suporte à atenção básica e realizaria pequenos procedimentos de MC, dando resolutividade ao Município. Mencionou a existência de estudos que comprovariam que, se houvesse uma boa resolutividade, o Município poderia resolver de 80 a 85% das necessidades que estariam vinculadas à média e baixa complexidade. Nesse sentido, aprofunda-se essa discussão de resolutividade, destacando-se que

não é verdade que a APS seja menos complexa que os cuidados ditos de média e alta complexidades. É a APS que deve atender mais de 85% dos problemas de saúde; é aí que situa a clínica mais ampliada e onde se ofertam, preferencialmente, tecnologias de alta complexidade, como aquelas relativas a mudanças de comportamentos e estilos de vida em relação à saúde: cessação do hábito de fumar, adoção de comportamentos de alimentação saudável e de atividade física etc. Os níveis de atenção secundários e terciários constituem-se de tecnologias de maior densidade tecnológica, mas não de maiores complexidades. Tal visão distorcida de complexidade leva, consciente ou inconscientemente, os políticos, os gestores, os profissionais de saúde e a população, a uma sobrevalorização, seja material, seja simbólica, das práticas que são realizadas nos níveis secundários e terciários de atenção à saúde e, por consequência, a uma banalização da APS^(173:83).

Nesse sentido, cabe salientar que o município de Barra do Ribeiro tem capacidade instalada para atender à demanda microrregional, porém o recurso é insuficiente para dar conta da saúde da população⁽¹⁰⁾.

Seguindo a discussão a respeito das instituições hospitalares, em registros apontados nas atas, o Hospital de Tapes, municipal, daria conta do atendimento aos munícipes, porém foi reformado e se discutia a questão do atendimento à saúde mental. Pensava-se que se poderia, como hospital geral, atender a casos de saúde mental da Região, evitando internações

em locais distantes, facilitando a participação dos familiares no tratamento. Os entrevistados AM3 e 8 relataram utilizar esse serviço.

Quanto a essa Instituição, o entrevistado AE3 mencionou que seria uma Fundação Municipal e que teria um elevado custo ao Município. Relatou que muitos Municípios buscaram outras alternativas de contratos de gestão, trocando a figura jurídica, transformando-os em instituições filantrópicas sem fins lucrativos, devido às isenções. Salientou que, pela legislação, esse tipo de Instituição receberia isenções que não seriam oferecidas aos hospitais públicos. O entrevistado AM13 também fez referência a isso, comparando as isenções fiscais recebidas pelo Hospital Moinhos de Vento, em Porto Alegre, enquanto o Hospital Conceição, 100% SUS, arcava com uma altíssima carga de impostos.

Já o Hospital Nossa Senhora do Livramento, de Guaíba, diversas vezes citado nos registros das reuniões, passou por diferentes situações, quando a administradora do mesmo foi afastada e a nova administração passou a querer negociar individualmente com os Municípios. As atas não contemplaram o que foi trazido, em outro momento, em entrevista, sobre o fechamento parcial do Hospital (julho/2009) e a construção do novo, Hospital Regional de Guaíba, com perspectiva de breve abertura, no momento dessa entrevista (AM12), realizada no mês de dezembro de 2010.

A gente tem de referenciar tudo que é de média e alta e ainda tivemos um agravante aqui que foi o fechamento parcial do Hospital Nossa Senhora do Livramento. Fechou maternidade e centro cirúrgico, então aumentou nossa dificuldade em atender esses serviços (AM12).

O entrevistado AE3 ressaltou a necessidade de um hospital regional em Guaíba, que estava em fase avançada de construção, no momento da entrevista, realizada no mês de abril de 2011, para suprir às necessidades de atendimento da Costa Doce Norte. A Instituição que existia no Município, foi fechada por decisão judicial. Segundo ele, ela contava apenas com as quatro clínicas básicas e não tinha outra Área que pudesse buscar recursos maiores.

O entrevistado AM11 mencionou o Hospital de Amaral Ferrador, uma entidade privada, que se transformou em HPP e que também recebia um valor mensal da Prefeitura. Segundo esse ator municipal, a Prefeitura vinha mantendo a Instituição, mas não foi mais possível. Referiu que ela repassava 24 mil mensais para se ter o pronto atendimento. Após, ter-se-iam duas ambulâncias de sobreaviso, para encaminhamentos a Camaquã ou outro local. Salienta-se que essa Instituição é utilizada apenas pelos munícipes e que esse Município pertence à 3ª CRS.

O Hospital Nossa Senhora Aparecida de Camaquã ou Fundação Assistencial e Beneficente de Camaquã (FUNBECA) figurou em diversas atas, parecendo ser o principal hospital regional, porém também com diferentes entraves. Ao longo das reuniões, os gestores discutiram os repasses municipais, por meio de convênio, para o hospital manter a porta aberta para urgências e emergências, além da contínua discussão a respeito de repasses do Estado, da contratualização, da defasagem da tabela SUS, da falta de profissionais e da possível filantropia, inclusive possibilidades de consultoria do Hospital Mãe de Deus e de contratação da Cooperativa de Prestação de Serviços Médicos de Taquara. Em alguns momentos também se pontuou algumas dificuldades nos atendimentos realizados na Instituição, mas que foram sendo discutidos com a mesma, ao longo dos anos.

Houve menção, no decorrer das falas (AM1, 3-5, 9, 11, 13-14 e AR1) e nos registros das atas, de que os Municípios repassavam um complemento ao Hospital de Camaquã para que esse mantivesse a “porta aberta” para receber seus munícipes. Quanto a esse repasse direto dos Municípios, um entrevistado (AE3), referiu acreditar que seria para urgência e emergência, que fazia parte da atenção básica e seria responsabilidade de cada Município. Então, para não haver a necessidade de esse manter uma estrutura funcionando 24hs, contrataria o serviço em Município(s) da Região. Também mencionou a possibilidade de o Município entender que há a necessidade de um número superior de cirurgias em razão do que é repassado pelo Estado e repassar um valor para esses procedimentos à Instituição.

Segundo alguns atores entrevistados, o Hospital também atendia Traumatologia e Obstetrícia, na Região, além de outras internações. Foi referido que o bloco cirúrgico dessa Instituição estava em obras e, após, atenderia a cirurgias eletivas da Região. Outra questão foi o fato de o Hospital ter construído uma estrutura de UTI e, segundo os entrevistados AM13 e AR1, não abriu, por não ter condições de manter seu funcionamento, pelo alto custo mensal. O entrevistado AM10 referiu que a UTI poderia estar funcionando e resolvendo o problema na microrregião.

O SUS encontra-se numa importante crise hospitalar, que se manifesta em três dimensões. Primeiro, a dimensão da escala, em que se revela uma rede inadequada, sendo uma forte marca a existência de hospitais de pequeno porte. Essa situação reflete uma ineficiência e má qualidade dos serviços prestados, sendo que existem poucos hospitais de grande escala e capacidade tecnológica⁽¹⁵³⁾. Isso demonstra uma realidade; porém, não se pode deixar de registrar a necessidade de hospitais de pequeno porte para o atendimento de média complexidade nas microrregiões, diminuindo o custo social e financeiro, além de reduzir a sobrecarga da rede de atendimento hospitalar da referência regional, macrorregional

ou estadual que, no caso dos Municípios em estudo, acaba sendo Porto Alegre. Nesse sentido, concorda-se que se deva induzir, “com políticas de financiamento, a institucionalização de hospitais secundários nas microrregiões de saúde, para dar suporte às redes de atenção à saúde”^(153:55).

Outra dimensão da crise hospitalar é a gerencial, devido a sua ineficiência, sendo demonstrada pela baixa e declinante taxa de ocupação de leitos do SUS. Por fim, a terceira dimensão diz respeito ao subfinanciamento do custeio, fator central da referida crise⁽¹⁵³⁾.

Essas dimensões são facilmente identificadas nas falas dos atores municipais, regionais e estaduais entrevistados, especialmente quanto ao subfinanciamento e à subremuneração dos prestadores de serviços. O fato de serem hospitais de pequeno porte, voltados aos atendimentos de média densidade tecnológica, faz com que recebam um baixo financiamento, apesar de incentivos do Estado, como citado, e a proposta de HPP.

Um estudo do Ministério da Saúde, realizado no ano de 2002, apontou que os procedimentos de média complexidade tinham uma grande defasagem na tabela SUS. Nesse sentido, o incentivo à maior densidade tecnológica se deve ao modelo flexneriano, ainda presente na prática médica brasileira, à pressão de empresas multinacionais de produtos de saúde e aos *lobbies* médicos que surgem nas especialidades de maior densidade tecnológica⁽¹⁵³⁾.

Nesse sentido, o entrevistado AR3 também mencionou a necessidade de uma escolha política pelas especialidades médicas, visto que é o Tesouro Nacional que as financia; segundo ele, isso também está implicado na questão de regionalização. Já o entrevistado AM13, pensou na possibilidade de articulação dos conselhos profissionais nas discussões da média complexidade.

O entrevistado AE3 relatou acreditar na evolução da assistência de MC, pois, segundo ele, há alguns anos não se tinha oferta em certas especialidades e, atualmente, praticamente todas as Regiões teriam uma boa oferta em várias delas, devido à organização dos Municípios, baseados em Consórcios e sua contratação pelo Estado. Porém, referiu acreditar que a MC seria o grande “gargalo” e a existência de áreas problemáticas na MC, como a especialidade de Otorrinolaringologia a qual teria dificuldade de oferta, inclusive na Centro-Sul e, Áreas como a Proctologia ou Urologia, com problemas em relação à falta de acesso a cirurgias simples. Segundo esse ator estadual, o Estado, por diversas vezes, abriu chamamentos públicos para contratação desses serviços, mas não apareceram prestadores interessados.

Nesse sentido, referiu que os prestadores queixavam-se que a tabela SUS não oferecia atrativos à MC, sendo que, em algumas cirurgias, o valor não remuneraria praticamente nem o custo de uma Instituição (por exemplo, Adenodeicctomia e Timpanoplastia). Porém, ressaltou que a alta complexidade remuneraria muito bem e a atenção básica seria por custeio e valor *per capita*, mas também dever-se-ia aumentar o repasse do Piso de Atenção Básica. Atentou ao fato de a SES, na gestão que teve seu mandato até dezembro de 2010, ter criado um programa intitulado “Ação de Apoio aos Hospitais”, onde houve repasse de recursos extras para suplementar a tabela SUS, com orçamento do Estado. Esse programa, voltado a Áreas que tinham deficiências assistenciais, criando incentivos específicos para hospitais que se responsabilizassem por realizar cirurgias de MC e oferecessem a Traumatologia e a Ortopedia, um grande problema até em função do número de acidentes.

O entrevistado AE3 mencionou um repasse importante do Estado para hospitais que fossem referência a um núcleo de Municípios, como foi o caso do Hospital de Camaquã, que recebia incentivos extras para oferecer um atendimento mais regionalizado. Nesse sentido, o entrevistado AR3 também referiu-se ao trabalho que vinha sendo desenvolvido para a organização da microrregião, pensando no reforço dos Hospitais Regionais para diminuir a demanda de usuários a Porto Alegre. Segundo ele, nos últimos anos, o Estado havia feito investimentos no sentido de fortalecer os hospitais regionais, como o de Camaquã para a Costa Doce Sul e Guaíba para a Costa Doce Norte. Também concordou com o ator estadual AE3 no sentido de acreditar que, nos últimos 10 anos, houve uma forte evolução no sentido da regionalização.

O entrevistado AE3 finalizou sua fala quanto à referência, indo ao encontro da fala do AE2 incluída anteriormente, no texto. Relatou que os serviços de referência de alta complexidade continuarão sendo realizados em Municípios de maior porte, corroborando com o entrevistado AM5, porém mencionou que a MC teria de ser resolvida dentro da microrregião. Ressaltou que a descentralização teria de ser realizada e que os gestores municipais teriam que mudar a questão de serem responsáveis apenas pela atenção básica. Porém, destacou que os Municípios teriam de lutar para garantir que os Governos, estadual e federal, repassassem o recurso para fazer isso. Então, o Município deveria assumir suas responsabilidades de gestão e buscar os tetos financeiros para serem gerenciados por ele e não totalmente pelo Estado.

A Constituição Brasileira, a Lei Orgânica da Saúde diz que a execução das ações dos serviços de saúde, ela é dos Municípios, não tem como fugir disso.

O que o Município tem de brigar? O Município tem de brigar para ele ter o recurso, para isso ele tem [ênfase] de garantir que o governo estadual, que o governo federal coloque o recurso para ele fazer isso. Porque o pobre do Município, hoje também não tem [ênfase] como fazer. Ele não tem! O valor repassado, hoje para os Municípios é baixo, mas o que ele tem que fazer? Ele tem de assumir suas responsabilidades de gestão, buscar trazer esses tetos financeiros para ele, e não ser gerenciado totalmente pelo Estado, que está lá longe, por melhor que o gestor estadual tente fazer, ele está longe, ele não tem a verdadeira noção do que é a realidade lá dentro da atenção, dentro de um Município (AE3).

Outra questão importante quanto à capacidade instalada em MC que, pode-se observar nas falas de todos os gestores dos Municípios em estudo, é o fato de que utilizavam ou já utilizaram o **serviço de Traumato-Ortopedia do município de Rio Grande** que seria referência apenas para Cristal e Amaral Ferrador, por pertencerem à 3ª CRS. Por outro lado, manifestaram o pouco tempo em que esses encaminhamentos eram realizados. O entrevistado AM7 referiu não haver regulação estadual desse serviço, mas que o encaminhamento era realizado diretamente com a Santa Casa de Rio Grande. Já o AM12 relatou que seria via 2ª CRS, já que esta repassava a verba para a 3ª CRS e o AM13, que, no momento, a disponibilidade do serviço não era a mesma de quando ele iniciou. Os gestores deixaram claro, em suas falas, que o uso desse serviço se dava por haver oferta de atendimento e ele receber a demanda de Municípios de todo o Estado, além da dificuldade em conseguir atendimento dessa especialidade em Porto Alegre (AM3) que, segundo eles, seria sua referência.

[...] e alguns casos a gente acaba encaminhando para Rio Grande. Rio Grande já sai fora um pouco da regionalização, porque ela não é da nossa coordenadoria, não seria nossa referência, mas em virtude de toda a demanda e dificuldade que a gente encontra para encaminhar para Porto Alegre, a gente acaba utilizando bastante Rio Grande na função de traumatologia. [...] muito tranquilo, te digo assim que hoje quem nos resolve realmente, para traumato, ortopedia é Rio Grande (AM3).

Já alguns dos atores municipais queixaram-se da distância do serviço (AM5), o que encarecia o atendimento (AM8) ou pelo fato de os munícipes não quererem utilizar pela proximidade com Porto Alegre (AM12), bem como do questionamento da qualidade do atendimento (AM14). Já o entrevistado AM9, referiu-se muito bem ao serviço, colocando-o como um modelo de atendimento.

Alguns relatos de gestores registrados nas atas das reuniões da ASSEDISA Centro-Sul, demonstraram a sua preocupação em relação aos encaminhamentos da especialidade de

Traumato-Ortopedia. Em 2005 discutiram a possibilidade de Barra do Ribeiro se tornar referência para essa especialidade, em média complexidade, inclusive com visita técnica dos gestores ao hospital. No decorrer dos registros apareceram algumas discussões sobre as dificuldades de encaminhamentos em Traumato-Ortopedia. Em dezembro de 2006, a coordenadora da ASSEDISA Centro-Sul repassou os serviços de referência para a região, segundo apresentado na CIB Regional, sendo todos na capital gaúcha.

[A coordenadora] faz o relato da CIB Regional aonde foi apresentado a referência da região no serviço de traumato e ortopedia ficando em Porto Alegre nos seguintes hospitais: Cristo Redentor, Santa Casa, Independência, São Lucas PUC, Clínicas, Parque Belém e Pronto Socorro e que a referência de Cardiologia, alta complexidade, ficou Clínicas, Santa Casa, PUC e Cristo Redentor (Ata 019/06 ASSEDISA Centro-Sul).

O uso de serviço resolutivo, em Rio Grande, fora da Área da macrorregião, da maioria dos Municípios em questão, trouxe alguns questionamentos, especialmente, quanto ao financiamento desses atendimentos, sendo explicados por atores, regional e estadual (AR3 e AE3). O entrevistado AR3 referiu que as pessoas poderiam ser atendidas em outra região, não havendo nenhum impedimento ou barreira. Ressaltou a existência de reuniões mensais entre os gestores para discutir as necessidades dos Municípios. Quanto ao financiamento, o hospital que presta o serviço teria um contrato com quantidade de cotas. Porém, o representante reforçou a necessidade da construção de fluxos e que esse desenho não seria rígido, mas sempre sendo redesenhado. Dessa forma, facilitaria o processo para o usuário, o Município e o Estado, além de os desenhos deixarem de ser fixos e efetivarem fluxos regionais.

Já o entrevistado AE3 explicou o caso de Rio Grande que habilitou diversas especialidades em alta complexidade sem ter o mínimo populacional necessário para tal. Segundo esse ator, essa situação gerou uma discussão na Secretaria do Estado e se decidiu manter estes serviços, visto que estavam faltando em outras Regiões e, permitir que estas os utilizassem. O entrevistado também explicitou que a Instituição era habilitada para média complexidade também, portanto, suprimindo outra necessidade do Estado. Por esse motivo, os gestores dos Municípios em estudo referiram encaminhar casos de Traumato-Ortopedia para esse local.

É, Rio Grande é um caso à parte no Rio Grande do Sul. [...] Enfim, ele é um hospital que conseguiu se habilitar em várias especialidades. Só que esse hospital ele não tem abrangência populacional exigida pelas Áreas, pelas especialidades. Por exemplo, para você fazer uma unidade de cardiologia tem de ter, no mínimo, 500 mil habitantes, uma unidade enfim, de cada uma

das traumato, na época 700 mil, hoje não tem mais a necessidade de critério populacional. Como ele não [ênfase] tinha e mesmo assim ele foi habilitado. Porque muitas vezes ele foi habilitado até por medida, ele buscava judicialmente a sua habilitação. Se organizava e buscava aquela sua habilitação. Então, como ele não tinha uma Área, uma abrangência definida pelas portarias. Ele busca paciente em qualquer lugar, porque ele tem estrutura muito [ênfase] cara para ser mantida. [...] então, o que ele fez, começou com a buscar os pacientes pelo rádio por grandes programas. Ele fazia, a motivação, buscava os pacientes em qualquer lugar do Estado e na época, nós na gestão estadual analisamos se nós iríamos ou não cortar isso. Porque a princípio ele tem uma Área de abrangência, abrangência que ele deveria atender. Mas se entendeu naquele momento, na decisão do Secretário da época que se nós [ênfase] tínhamos deficiências e temos [ênfase] ainda em algumas regiões do Estado. Que a gente não tem o serviço, que a gente não tinha o serviço disponibilizado. Naquela Área não seria justo, nós termos uma unidade que estava com uma ociosidade, poderia atender e nós dizermos não, para seguir a regra da regionalização, que ela era uma coisa muito estática. Nós não vamos permitir. Então, a gente permitiu, deixou que a coisa acontecesse. Eu não sei se o atual governo vai manter isso ou não, se ele entender de cumprir rigidamente [ênfase] as regras da regionalização, das habilitações ele pode determinar que o hospital, a Santa Casa de Rio Grande, só atenda aquela Região, ele pega a Região Sul e parte da fronteira. Então, essa é uma decisão de governo. Vamos ver como o atual governo, o secretário Ciro Simone vai conduzir (AE3).

O entrevistado AE2, ao se reportar à atenção de média complexidade, salientou que sua remuneração seria muito abaixo do mercado, diferente da de alta complexidade que teria financiamento condizente à assistência prestada. Portanto, segundo ele, havia uma distorção muito grande nos valores da tabela, sendo complicado avançar na discussão, pois envolveria financiamento, logo um grande problema na MC, especialmente na Área hospitalar. O gestor também referiu-se ao caso da Santa Casa de Rio Grande que atenderia apenas Alta Complexidade. Logo, não estaria resolvendo o problema da população, a MC, que ainda é um nó do sistema, especialmente devido ao financiamento. Citou o exemplo da Região Metropolitana, onde os Municípios teriam capacidade para atender mas não o fazem pela questão da remuneração. Segundo esse ator estadual, a AC é possível de ser viabilizada ao contrário da MC; o que se fazia era um jogo entre componentes da alta e da média. Porém, se houvesse uma adequação de tabela, ter-se-ia uma condição muito melhor e uma parcela significativa de pessoas que se deslocariam para Porto Alegre seria atendida na sua Região.

Os atores, desde o início da discussão do presente capítulo, demonstraram estratégias locais e regionais utilizadas para se resolverem as necessidades em saúde de Média Complexidade da população, sendo elas o uso dos serviços no município de Porto Alegre, dos Hospitais de MC da região e da atenção em Traumatologia-Ortopedia na Santa Casa de Rio

Grande. Outra estratégia bastante discutida pelos atores municipais foi quanto ao uso do **Consórcio Intermunicipal Centro-Sul**. Segundo o entrevistado AM1, a MC seria considerada um estrangulamento no Rio Grande do Sul ou gargalo, como referiu, anteriormente, o entrevistado AE3. Desta forma, pensa-se que o CICS poderia ser uma das principais estratégias que os Municípios encontraram para tentar desafogar a MC.

A análise das atas das reuniões promovidas pela ASSEDISA Centro-Sul permite historiar a inserção do Consórcio Intermunicipal Centro-Sul na Região. Já na primeira reunião, com a participação do presidente da ASSEDISA Estadual e de representantes da 2ª CRS, foram levantados pontos para a “organização do Consórcio Regional de Saúde” (Ata 001/05 ASSEDISA Centro-Sul).

Nas reuniões seguintes, continuou-se a discussão acerca dessa inserção, sendo levantada, diversas vezes, a preocupação dos Secretários de Saúde em relação à participação do Estado no Consórcio, por meio de repasse de verbas desse ente federado. Também houve a promoção de discussões junto a um representante de outro Consórcio do Estado para se instrumentalizar melhor a questão, além da preocupação de quem iria administrá-lo, visto que poderia ser uma indicação política e, de como a saúde seria efetivamente contemplada, pois ele abrangeria outras áreas. Os gestores construíram o perfil desejado para esse administrador, bem como analisaram e modificaram o estatuto para apresentação aos Prefeitos.

As discussões trazidas nas atas demonstraram que a organização da ASSEDISA Centro-Sul veio junto à necessidade de se pensar um Consórcio de Saúde na Região. Após as discussões iniciais sobre a sua consolidação, as reuniões seguintes foram mais operacionais, com a apresentação do nome definido pelos Prefeitos para a administração do Consórcio e de seu município-sede, Camaquã. Além dos debates sobre a construção do edital de credenciamento dos médicos especialistas e dos serviços de saúde, bem como valores, formas de contratação e as Áreas de necessidades e de demandas reprimidas na Região, e da sugestão de um representante para trabalhar na Área da Saúde, no Consórcio. A abertura para credenciamento seria a partir de 27 de novembro de 2006.

Os resultados de um estudo realizado sobre os Consórcios, no Rio de Janeiro, demonstraram que foram priorizadas as “ações que tivessem maior impacto na redução de morbidade e mortalidade locais”, destacadas com base em diagnósticos regionais de saúde^(174:64). Pensa-se também que

a formalização de instâncias gestoras compartilhadas foi imprescindível para estabelecer um canal formal de negociação capaz de dar mais flexibilidade

ao processo de descentralização, podendo levar em conta as particularidades regionais e a extrema diversidade de situações existentes no país.

Resultado importante desse processo foi a criação espontânea de consórcios intermunicipais de saúde, reunindo municípios vizinhos que passaram a coordenar em conjunto sua rede e a oferta de serviços. Esse modelo de um sistema único de saúde com gestão compartilhada tem sido considerada uma inovação político-administrativa que transcende o nível setorial, configurando um novo modelo de pacto federativo, compatível com um federalismo descentralizado porém orgânico^(55:117).

A possibilidade de criação de consórcios entre os Municípios foi discutido claramente na Lei Orgânica da Saúde 8.080,

Art. 10. Os municípios poderão constituir consórcios para desenvolver em conjunto as ações e os serviços de saúde que lhes correspondam.

§ 1º Aplica-se aos consórcios administrativos intermunicipais o princípio da direção única, e os respectivos atos constitutivos disporão sobre sua observância.

§ 2º No nível municipal, o Sistema Único de Saúde (SUS), poderá organizar-se em distritos de forma a integrar e articular recursos, técnicas e práticas voltadas para a cobertura total das ações de saúde^(13:3-4).

Após, apenas na NOB 96 se reconheceu a necessidade da adoção, de maneira complementar, de “estratégias de fortalecimento das interdependências municipais, em virtude inclusive da presença de fortes assimetrias” entre os Municípios brasileiros^(55:121). Já com a edição da NOAS 01/02, foi possível aprofundar essa interdependência, pois se estabeleceram estratégias e instrumentos detalhados, no sentido de desenvolver as redes regionais⁽⁵⁵⁾.

Uma pesquisa, de 2001, no estado do Rio de Janeiro, apontou que os Consórcios, naquela época, estruturavam-se como “sociedade civil de direito privado sem fins lucrativos, contraindo direitos e deveres públicos, devendo, por este motivo, ser regidos pelas normas do direito público”^(174:53). Um estudo questionou em que medida os CIS teriam conseguido “superar distorções produzidas pela municipalização autárquica e produzir” um ótimo acesso, levando em consideração a integralidade, universalidade e igualdade^(175:78).

Outro estudo, do ano de 2000, apontou algumas características gerais dos CIS brasileiros, quais sejam

- formam sociedades civis de direito privado;
- ampliam e diversificam a oferta de serviços em municípios de pequeno e médio portes;
- compram serviços e contratam profissionais segundo regras de mercado;
- concentram a decisão política em conselho de prefeitos;

- delegam a operação do sistema aos secretários de saúde da região ou especialistas e, em alguns casos, se articulam aos conselhos de saúde locais;
- flexibilizam a remuneração dos profissionais com pagamento de incentivos;
- buscam, pela otimização dos recursos regionais disponíveis, melhorar o acesso aos serviços; e
- concentram as atividades de maior complexidade em um município-polo^(176:185).

Essa discussão remete às dificuldades e facilidades que existem na implementação e organização de um Consórcio de Saúde. Apesar da demanda de trabalho dos gestores na ASSEDISA Centro-Sul, no período de quase dois anos, observaram-se as dificuldades da real implantação do Consórcio na Região. Entende-se que os gestores mobilizaram uma intensa demanda de trabalho e não tiveram o retorno que imaginavam com a construção do Consórcio. Isso se expressa em insatisfações levantadas por alguns secretários em reunião, tais como dificuldades encontradas em encaminhamentos do Consórcio, pagamento de prestador, além do repasse do Estado, aguardado pelos Municípios e que não aconteceu. As questões apontadas nos estudos discutidos se distanciam das do presente estudo, especialmente pela ênfase daqueles na Área da Saúde.

[A representante da 2ª CRS] diz que o Consórcio, tem por finalidade, reduzir custos e criar competitividade. [Uma gestora] diz que o repasse da verba [estadual] não tem vindo, e está com dificuldade no Consórcio. [A representante da 2ª CRS] diz que anteriormente existia compromisso com o Sr. Osmar Terra e o Consórcio, onde esse ano não assumiu, pois a governadora diz que não tem recursos e verba para isso (Ata 007/07 ASSEDISA Centro-Sul).

A esperança de o Consórcio cooperar com a regionalização aparece claramente nas falas dos entrevistados AM13 e 14, dois ex-gestores municipais que tiveram forte atuação nas discussões regionais, assim como o entrevistado AM1, conforme se pode inferir dos registros em atas, suas falas e participações na ASSEDISA Centro-Sul e em outros fóruns regionais e estaduais. Ambos os entrevistados referiram ter havido uma forte discussão na Região, com a ASSEDISA Centro-Sul, bastante atuante, inclusive com apoio dos Prefeitos, porém não se conseguiu chegar onde se almejava. O entrevistado AM13 ponderou ser positiva a inserção do Consórcio na Região pela facilidade na compra de produtos e serviços em saúde, porém discutiu a questão de o CICS não ser exclusivo da Saúde, mas sim abranger outros setores, como o meio ambiente. Segundo ele, essa situação fez com que o CICS perdesse o foco e “facilitasse” contratos diretos em outras Áreas, sem necessidade de licitações e não

conseguindo atuar bem em nenhuma delas. Ressaltou que tinham várias ideias, como polarizar os locais como Camaquã, reforçar Tapes e Barra do Ribeiro como polos para alguma especialidade, oferecendo aos Municípios da Região. Concluiu sua fala reforçando a falta de representação política da região, o que poderia estar dificultando novas conquistas.

Em relação ao Consórcio Centro-Sul estar direcionado para diferentes Áreas, além da fala do entrevistado AM13, essa preocupação também surgiu na Ata 004/07 da reunião da ASSEDISA Centro-Sul, no relato da coordenadora aos demais gestores. Referiu o encontro de troca de experiências dos Consórcios do Estado com uma Comitativa do Ceará, cada um apresentando sua especificidade que era voltada à Área da Saúde e, o da Centro-Sul, voltado a outras Áreas e a experiência apresentada foi relativa ao Meio Ambiente. O grupo decidiu solicitar ao CICS uma rotina de expediente, a normatização do serviço e a constante atualização dos serviços credenciados, sendo também enviadas cópias aos Prefeitos.

Esse breve histórico trazido pelas atas e pelas entrevistas dos atores municipais AM13 e 14, possibilita entender-se o tipo de uso que os Secretários faziam dos serviços de saúde oferecidos pelo Consórcio. Em relação às falas dos atores municipais que mencionaram utilizar os serviços do CICS, pode-se observar certa cautela, sendo que alguns mencionaram fazer uso somente em questões pontuais (AM12) e outros apenas, ou mais, em consultas especializadas e não, ou pouco, em procedimentos (AM1-3). Inclusive, um entrevistado (AM10) referiu que as pessoas passavam por uma avaliação social, comprovando a carência financeira e a impossibilidade de buscar o atendimento, para que o Município comprasse o serviço de saúde, pelo Consórcio.

Porém, observa-se um padrão de uso, quanto às consultas especializadas (AM1, 3, 9-10, 12-13), nas Áreas de Cardiologia, Neurologia e Psiquiatria, além de procedimentos especializados como tomografia de urgência que é uma exigência da Central de Marcação de Leitos. Outras consultas também foram referidas como Urologia e Ginecologia (apesar desta fazer parte da ABS), exames laboratoriais, ressonância magnética, serviços de Odontologia, Quiropraxista, Fisioterapia, Fonoaudiologia e cirurgias eletivas para ajudar a desafogar a fila de espera nos Municípios (AM1, 3, 13-14). Um entrevistado (AM11) referiu a compra de medicamentos e, que as consultas e procedimentos, aguardava pela Central de Marcação. Salienta-se que esse ator é vinculado à 3ª CRS e à microrregião de Camaquã, possibilitando o uso pelos dois lados. Alguns gestores (AM1, 3, 9 e 14) referiram que previam um gasto mensal com a compra de serviços, via Consórcio, sendo que dois relataram os valores de 10 mil e 15 mil reais mensais.

Os entrevistados AM5 e 7 manifestaram o uso de serviços do Consórcio apenas em casos especiais, não havendo uma Área específica. O entrevistado AM5 referiu ainda conseguir um valor menor numa negociação direta com o prestador e que utilizava o Consórcio quando precisava de prazo para o pagamento do atendimento.

Já o entrevistado AM4 referiu não fazer uso dos serviços do Consórcio visto que o mesmo não funcionaria, pois quando necessitou, para contratação emergencial de clínico geral, não foi atendido e ainda relatou que foi informado de que o Consórcio só atenderia à MC e AC. Mencionou que o Município seria parceiro contribuinte, porém ainda não havia se sentido beneficiado. Cabe ressaltar que esse gestor se encontrava havia 4 meses nesse Município e, analisando os gastos com Consórcio, pelo Município, até 2009 (Quadro 3), havia sido muito pequeno e com um tipo de consulta, parecendo ser um caso específico. Por outro lado, um ator regional (AR1) referiu que o CICS está trabalhando com atenção básica, porém com a contratação de OSCIP (Organização da Sociedade Civil de Interesse Público). Porém, expõe-se sete argumentos pelos quais se deve posicionar contra aos “novos modelos de gestão”: “integra o processo de contrarreforma do Estado brasileiro; Privatiza os serviços públicos; Ameaça os direitos sociais; Contraria a legislação do Sistema Único de Saúde; Prejudica os trabalhadores; Limita o controle social e propicia o desvio de recursos públicos”^(177:43). Entende-se que o SUS seja um sistema público e, dessa forma, a OSCIP se mostra como um retrocesso no processo de discussão sanitária no País, incorporando o privado ao público.

[...] é, mas o Consórcio está ajudando inclusive na própria atenção básica e agora nós contratamos uma OSCIP, para trabalhar, começou a trabalhar em Tapes já e em outros Municípios da Região. Porque o Município sozinho não tem condições. [...] não dá conta, falta [...] pouca população e outro fator é a orientação de Ministério Público, Tribunal de Contas, concurso público, aí entra o outro lado, Lei de Responsabilidade Fiscal, engessa o erário, caixa do Município. Outro fator, médico, por exemplo, para contratar um médico, o salário de mercado do médico, muitas vezes é o dobro do salário que o Prefeito recebe. Então, é ruim isso aí (AR1).

Apesar das falas referentes às dificuldades e à cautela em relação ao uso de serviços do Consórcio, os entrevistados AM9 e AR1 ressaltaram que sua utilização e inserção na Região são crescentes, manifestando apoio à proposta. Segundo o entrevistado AR1, o uso pelos Municípios vinha sendo realizado com muita cautela e referiu que aqueles que mais utilizavam os serviços eram Sentinela do Sul, Cristal, Tapes, Cerro Grande do Sul e Sertão Santana; Arambaré, Guaíba e Chuvisca e o faziam eventualmente. Referiu ainda que, até o

momento da entrevista, o único Município que nunca havia feito uso do Consórcio havia sido Mariana Pimentel. Devia isso à proximidade com Porto Alegre e Guaíba e, pelo fato de eles resolverem internamente seus problemas.

O CICS foi criado a partir de uma necessidade da região para reduzir os custos de contratação, para os Municípios, de serviços de MC. Porém, diversas questões dificultaram a efetiva consolidação do Consórcio. Ao se questionar como se via a inserção de um Consórcio na Região em estudo, as falas foram as mais diversas. A maioria dos atores municipais questionou a efetividade desse Consórcio, corroborando a discussão trazida pelas atas e, citaram as dificuldades enfrentadas por eles, no seu uso. Nesse sentido, pensa-se que

os consórcios, em especial os Consórcios Intermunicipais de Saúde, devem continuar a ser utilizados, mas como um instrumento importante de arranjo intermunicipal para a prestação de serviços de saúde. Mesmo aqui, os consórcios deverão superar alguns graves problemas que apresentam como: as bases territoriais definidas por critérios políticos, em desacordo com os Planos Diretores de Regionalização; as desobediências a regimentos do SUS, em especial, às normas de pagamento dos serviços de saúde; e a baixa capacidade gerencial com que, em geral, operam^(173:174-5).

Entende-se que o Consórcio não seja um ente protagonista do planejamento regional, mas sim um parceiro da gestão regional, proporcionando condições de acesso a serviços não disponibilizados diretamente pelo setor público.

O entrevistado AM1 referiu que existiam diferentes tipos de Consórcio no Estado, sendo que alguns funcionariam bem, diferentemente do CICS que, segundo ele era mal administrado. Esse ator inclusive manifestou que o Município conseguia fazer uma melhor negociação com o prestador e questionou como um Consórcio, com mais Municípios, maior demanda, não consegue fazer uma boa negociação junto aos prestadores de serviços. Os entrevistados AM5 e 15 também referiram fazer negociações melhores pelo Município do que via Consórcio. O entrevistado AM5 ressaltou que se iria avaliar, ao final do ano [2010], o porquê de se ter um Consórcio e, o AM 15, acreditava que o Consórcio deveria ser administrado pelos Secretários e não pelos Prefeitos.

[...] esquece discutir um Consórcio que nunca funcionou, porque eles acham que o Consórcio são dos Prefeitos, tinha que ser dos Secretários. Tu vê se pode, está no meio do Consórcio Centro-Sul um impasse em que, o Consórcio tem de ser gestado pelos Secretários e não pelos Prefeitos, mas enquanto está lá a Centro-Sul, a ACENSUL é a Associação dos Prefeitos da Região Centro Sul [Associação dos Municípios da Zona Centro Sul], são os Prefeitos, automaticamente, estão os secretários. Nós pegamos e contratamos uma pessoa para trabalhar no Consórcio. Eu até hoje não

entrei para o Consórcio, porque eu não vejo [ênfase] vantagem, nós fizemos pregões eletrônicos, muito mais [ênfase] interessantes do que os deles, adquirimos, por exemplo, eu estava conversando esses dias com a farmácia aqui naquele programa que o Governo Federal subsidia os medicamentos, para as pessoas que tem poder aquisitivo bem baixo, aqui na Farmácia Popular. Enquanto eles pagam ali cinquenta centavos eu acho o comprimido do Tylenol, o Governo Federal paga, eu compro, o mesmo comprimido de Tylenol a zero vírgula, zero cinco, ou seja, meio centavo de centavo, ou seja dois comprimido custam um centavo enquanto ali, dois comprimidos custam um real (AM15).

O entrevistado AM6, assim como o AM15, relatou nunca ter feito uso do Consórcio e questionou as condições do profissional que o estaria administrando, ressaltando que sua escolha havia sido política, por indicação. O entrevistado AM15 também questionou as condições do profissional que administrava o Consórcio, do ponto de vista técnico, pela falta de conhecimento na Área da Saúde. Conforme constava nas atas, o administrador não teria o perfil desejado pelos Secretários de Saúde, por ter sido escolha dos Prefeitos.

Assim como foi importante discutir o perfil e o tipo de escolha dos Secretários de Saúde Municipais, cabe salientar a do administrador do Consórcio. Segundo os atores municipais, essa se deu por escolha política dos Prefeitos da Região, abandonando os critérios apontados em reunião da ASSEDISA Centro-Sul, pelos gestores de saúde. Isso reflete que os Prefeitos pareciam já estar preparando o CICS para abranger diferentes Áreas e ter a Saúde como “trampolim” para sua consolidação.

Logo, pensa-se que os Consórcios Intermunicipais de Saúde devam instituir um processo de desenvolvimento institucional, especialmente os públicos,

com o objetivo de capacitá-los a exercitar a prestação, efetiva e eficiente, de serviços regionais como, por exemplo, a prestação de serviços de atenção secundária ambulatorial, de sistemas regionais de patologia clínica, de sistemas regionais de transporte em saúde etc. Esse processo deve envolver, pelo menos, a adequação dos consórcios ao Plano Diretor de Regionalização, a obediência estrita aos regimentos do SUS e um processo de capacitação dos gerentes de consórcios que poderia evoluir para uma certificação ocupacional de seus gerentes, feita pelos órgãos competentes do SUS^(173:175).

O entrevistado AM8 ressaltou os problemas enfrentados quanto ao uso de serviços do Consórcio, como a tentativa de compra de medicamentos que não ocorreu e acarretou o atraso do processo em seu Município, situação vivenciada também pelo entrevistado AM13. Outra dificuldade foi a possibilidade de o Consórcio autorizar atendimento odontológico para a Região, em Guaíba, porém sem discussão junto aos Municípios envolvidos, que tomaram

conhecimento no momento da votação em reunião de COGERE, inclusive que teriam de fazer um repasse e, não permitiram a aprovação sem maior conhecimento a respeito da proposta.

Quanto à questão da compra de medicação por edital do Consórcio, os registros da Ata 007/08 demonstram a organização que esse vinha fazendo em setembro de 2007 para fazer a licitação, em conjunto, em janeiro de 2008, bem como a preocupação de alguns gestores quanto a essa questão. Nessa mesma reunião, o administrador do Consórcio referiu que os Municípios de Alto Jacuí e Santa Maria haviam recebido verba estadual, sendo alguns pela consulta popular.

Em relação às queixas dos atores municipais, o entrevistado AE3 ressaltou a necessidade de haver uma maior cobrança dos Prefeitos em relação ao Consórcio, discutindo os problemas enfrentados pelos Municípios. Segundo esse ator estadual, o Consórcio não poderia se transformar numa nova instância gestora e a Assembléia de Prefeitos poderia ter um controle mais efetivo sobre ele, coibindo altas taxas de administração, número de funcionários e, inclusive valores dos serviços. Referiu que o Consórcio seria uma importante ferramenta para se conseguir boas negociações com os prestadores de serviços, por valores acima da tabela SUS, mas condizentes com a possibilidade dos Municípios.

Os CIS podem ser vistos como inseridos no processo de descentralização com viés municipalista por apresentar uma tendência de articulação autônoma, eximindo a participação de esferas supramunicipais^(178:157). Já no estudo realizado no Rio de Janeiro, pensava-se que o Consórcio se sustentava em uma relação de iguais, não hierárquica, por ser uma iniciativa essencialmente municipal, preservando, dessa forma, “a decisão e a autonomia dos municípios”^(174:53). Por outro lado, o estudo realizado no ano de 2000 com CIS brasileiros, concluiu que “os interesses dos políticos são processados por um tratamento técnico-instrumental operado pelos executivos dos consórcios como estratégia de ampliar a sua própria autonomia e assegurar algum nível de insulamento burocrático”^(176:215). Logo, o CICS, segundo relatos dos atores municipais, parece estar contemplando questões mais políticas dos Prefeitos do que propriamente as de Saúde, pela qual foi criado.

Alguns dos atores entrevistados (AM3, 7, 10 e 12) referiram que o Consórcio seria uma alternativa à Região, uma opção para reduzir custos nas compras de serviços, nos quais existiriam demandas, mas que não eram supridas pelo sistema de saúde. O entrevistado AM3 ressaltou o fato de ele ser novo e que deveria ser melhor explorado, o AM7 questionou a tabela utilizada pelo Consórcio, estando muito acima da tabela SUS. Já o AM12 questionou o posicionamento do Tribunal de Contas, de até quando iria permitir esse tipo de contratação, mesmo com a legislação vigente a esse respeito.

Algumas falas como as dos entrevistados AM14 e AE1, trouxeram elementos para discussão sobre ressalvas quanto aos Consórcios de Saúde. O entrevistado AM14 ressaltou a necessidade de Consórcio em Regiões que dispunham de baixa capacidade instalada o que, em outras Regiões, poderia prejudicar devido à complementação de tabela. Essa fala vai ao encontro da do entrevistado AE1 que, além de trazer o problema da complementação da tabela SUS também referiu que o Consórcio não pode substituir a rede, regionalizada e hierarquizada. Este ator estadual defendeu a necessidade de se reajustar a tabela SUS, revendo, especialmente, os valores de MC e o repasse adequado do Estado. O entrevistado AM1 referiu que a complementação de tabela é uma realidade no Estado, mas negada pela SES.

Olha, eu tenho algumas ressalvas com relação a Consórcio. Consórcio em determinado momento, ele pode ser tornar solução para um problema, como ele pode se tornar um agravamento. Um Consórcio para aquisição de medicamento, para compra ou para estruturação de um determinado serviço, eu acho que ele pode ser benéfico, agora o Consórcio como comprador de serviços [ênfase] em substituição a uma rede [ênfase] regionalizada e hierarquizada que deveria existir, eu acho um desastre. Ele pode funcionar no começo, ele pode dar uma resposta para desafogar uma série de questões imediatas que os Secretários possam ter na sua mesa, mas a longo prazo ele vai ser um complicador, principalmente porque Consórcio, via de regra, paga diferenciado, paga acima da tabela do SUS, então quando tu começa a estruturar uma rede de serviços, aonde tu tens uns que recebem um valor e outros que recebem menos, a tendência é aqueles que trabalham pela tabela do SUS comecem a sonegar atendimento, para começar a receber aquilo que o outro está recebendo. Então, ou a gente encontra uma solução por dentro do Sistema Único de Saúde e eu defendo, sou um dos que defendem reajuste de tabela, aumento dos valores pagos, principalmente, da média complexidade, acho que tem de ser melhor remunerada a média complexidade, ou a gente encontra, esse tipo de solução dentro do sistema, ou a gente vai criar mais [ênfase] situações como a gente já tem visto em outras Regiões do Estado, aonde quem pode pagar, quem tem recurso para pagar uma complementação de tabela, consegue acesso aos seus usuários, o outro Município que não tem recurso vai ficar sem acesso. [...] [Municípios investirem mais de 15%]. Isso é uma outra situação complicada. O Estado não repassa aquilo que tem de repassar, não investe aquilo que tem de investir em saúde, e aí os Municípios ficam a mercê de Consórcios ou de outras propostas, que chegam até nós, para pagar média complexidade que não seria nosso papel (AE1).

As atas do ano de 2009 já apresentavam essa mesma preocupação trazida pelos entrevistados acima, de os valores dos serviços consorciados estarem muito acima da tabela SUS e, inclusive, algumas vezes, acima do valor de mercado.

De acordo com o primeiro ponto da pauta de reunião os Secretários comentaram que alguns usam exames e consultas através do Consórcio e outros, só exames, sendo que reclamam ao [administrador do Consórcio] que encontra-se presente na reunião que os exames estão fora do preço de mercado, senhor [administrador] solicitou aos Secretários para ver a referência de pagamento, e que envie a cópia da ata solicitando a baixa de valores, para que ele entre em contato com os servidores e passe uma nova tabela para que seja discutidos entre eles. Ficou decidido em ata pelos Secretários que em relação aos exames laboratoriais será pago o valor que consta na tabela SUS multiplicado por 1,5. As consultas especializadas ficarão com valor de R\$25,00 e as sessões de fisioterapia com valor de R\$12,50 (Ata 002/09 ASSEDISA Centro-Sul).

Houve questionamento sobre o Consórcio, pois há concorrência dos laboratórios com contratualização do SUS, pois o Consórcio cobra um valor a mais que a tabela do SUS, e qual o benefício isso nos traria, questionado por todos os Secretários presentes (Ata 003/09 ASSEDISA Centro-Sul).

A fala, de um ator regional (AR3), demonstrou uma preocupação em relação ao investimento da ABS que poderia ser utilizado em MC e também ressaltou a quantidade exagerada de exames solicitados no Brasil, muito em função de os profissionais médicos não conhecerem os usuários, o que diminuiria em muito se houvesse uma ABS mais qualificada. Também ressaltou a necessidade da participação do Estado no processo de formação do Consórcio e na regulação da compra de serviços pelos Municípios.

Especificamente quando eu fui Secretário Municipal da Saúde [Município fora da área de estudo] se pensou em implantação dos Consórcios Intermunicipais de Saúde. Porém, não foi exitosa porque se descobriu que o Município iria gastar uma grande quantidade de seus recursos para este Consórcio para a média complexidade e não ia sobrar quase nada para fazer atenção básica, então naquela época se resolveu não fazer. Mas, alguns Municípios estão fazendo Consórcio, para compra de exames, de algumas consultas. [...] Sim, sim alguns até estão utilizando o Consórcios, para compra de exames e consultas, existe Consórcio para todo o Estado, todo País. Mas, o recurso que o Município está colocando no Consórcio, são recursos da sua atenção básica. Então esse Consórcio também recebe recursos do Estado. Então, o que é importante é os Municípios e o Estado estarem se apropriando para ver por acaso se não estão havendo uma quantidade exagerada de exames, por que assim é importante entender que quando um médico especialista na Europa ele pede um exame, há 2/3 de chances desses exames darem positivados, ou seja, este exame ter sido necessário. No Brasil, essa cota baixa para 20%, ou seja, há uma grande quantidade de exames que custam muito caro ao sistema, que são solicitados e que a grande parte desses exames não seriam necessários. Mas, é isso que o Sistema está tentando romper, ou seja, o médico quando solicita o exame, ele tem de ter a segurança também de saber que não precisa usar o exame, mas para isso ele precisa conhecer o paciente. Aí se o médico não está lá no Município, não conhece o paciente, ele vai pedir uma tonelada de exames. E quem vai subsidiar essa tonelada de exames é o SUS, grande parte desses exames não havia necessidade de fazer, então, por isso

que necessariamente os Consórcios acabam se tornando uma estratégia que pode acabar endividando os Municípios, muitos Municípios acabam gastando verdadeiras fortunas, todo seu recurso, quase todos em exames, então aí que está, esse que é o perigo que tem (AR3).

Nesse sentido, o entrevistado AE3 referiu a legislação do Consórcio e a possibilidade de o Estado e, inclusive, a União serem copartícipes neste processo. Ainda atentou ao fato de o CICS não ser voltado à Saúde, como outros Consórcios do Estado, como o do Litoral Norte e o de Santa Maria, que atuam na Área da Saúde.

Eu até estava me lembrando, que esse Consórcio, ele não é um Consórcio só de Saúde, ele não está legalizado, ah ele é [...] Meio Ambiente. É, por isso, eu não estava me lembrando do Consórcio de vocês, muito na Área da Saúde. Porque, nós temos Consórcios muito fortes na Área da Saúde do Rio Grande do Sul. [...] Aqui do Litoral Norte, ele é um Consórcio que ele praticamente atua na Saúde. Nós temos o Consórcio de Santa Maria [ênfase], também é um Consórcio, há muitos anos, muito forte na Região, que era muito vinculado às questões da Saúde. Então, o de vocês [ênfase], eu não, eu não conheço muito, de que atribuições que ele desenvolve na Área da Saúde. Porque sempre o Consórcio, até a última lei, ele era até a última lei, entre entes da mesma espécie, era um Consórcio de Municípios [ênfase]. O Estado não participava [ênfase] dos Consórcios. A última lei eu não lembro agora o número, 11000 [Lei nº 11.107/2005]. [...] que transformou os Consórcios em Consórcios públicos [ênfase], todos tem de se adequar a essa legislação. Ele permite que os Estados e até o Governo Federal seja parte integrante dos Consórcios. Mas, do Rio Grande do Sul, os Consórcios passam por essa transformação, acho que agora, a maioria deles, já se transformou legalmente em Consórcios públicos. E, eu não sei se o Estado ele já entrou [ênfase] em algum Consórcio como copartícipe. Até dezembro [2010], os Consórcios de Saúde existentes, nós, Estado, não tínhamos ainda entrado como copartícipes, nós contratávamos [ênfase] o Consórcio. O Consórcio ele era para nós um prestador de serviços, que envolvia todos os Municípios da sua Região e que oferecia para o Sistema Único de Saúde, serviços especializados. Enfim, na Área de Saúde. Eu não tenho um conhecimento mais efetivo, interno [ênfase] de como funciona o Consórcio dessa Região (AE3).

Em defesa do Consórcio, o entrevistado AR1 referiu as tentativas de negociação de repasses junto ao Estado e ressaltou a necessidade de os gestores municipais assinarem o Pacto de Gestão para que eles pudessem ter o repasse direto e poder fazer a compra dos serviços, deixando de depender dos atendimentos em Porto Alegre. Segundo o referido entrevistado, o Consórcio poderia ser uma ferramenta nesse processo; também mencionou exemplos de outros Estados da União, em que os Estados são parceiros dos Consórcios, tais como Santa Catarina, Paraná, Minas Gerais, Espírito Santo, dentre outros. Relatou que o Secretário do Estado chamou a Associação dos Consórcios, no início do ano de 2010 e fez um acerto para o repasse de R\$0,12 habitante/mês aos Consórcios, depois de 4 anos de tentativas

de credenciamento dos Consórcios. Em sua opinião seria muito pouco e referiu o fato de 2010 ser ano eleitoral.

Cabe destacar que o estudo dos Consórcios do estado do Rio de Janeiro apontou que, nos que receberam recursos estaduais, os Prefeitos e gestores pareciam estar mais disponíveis “em superar as dificuldades financeiras de custeio”. Concluiu afirmando a necessidade de “definir e assegurar linhas de financiamento, tanto para os investimentos quanto para o custeio, e garantir o repasse de recursos, independentemente de sua origem”^(174:65).

O presente capítulo apontou a média complexidade como o principal “nó” para a consolidação do processo de regionalização. Nesse estudo, a MC é entendida como **nó crítico do problema** e para sua resolução, pode-se lançar mão de **diferentes tipos de operações**. Nesse sentido, “certas operações representam mudanças drásticas e fortes, outras corrigem defeitos, algumas evitam problemas”, mas “qualquer operação tem uma estrutura geral, que combina recursos que levam a um produto o qual gera um resultado”^(20:75). A operação “exprime os requisitos de um tipo de jogada que é fundamental”^(27:491). Utilizando-se o método PES,

cada problema é enfrentado com um conjunto de operações OP calculadas como indispensáveis para alcançar as metas. Mas essas operações OP, mesmo sendo necessárias, podem ser politicamente inviáveis. Por esta razão, a análise da estratégia concentra-se nas operações OP, e daí surge a necessidade de combiná-las com as operações OK^(20:75).

Ressalta-se que no jogo social há a combinação de ambas as operações, sendo que as operações OP, “têm o caráter de operações terminais e são construídos como uma sequência de jogadas intermediárias que, por si mesmas, não mudam o marcador do jogo”^(25:216). Essas ações intermediárias ou jogadas políticas o método PES classifica como operações OK, ou seja, “são operações táticas, indispensáveis no jogo político graças a sua eficiência processual ou indireta sobre a estratégia”, que viabilizam as operações OP^(25:216). Para se processar o problema, não é possível se pensar em estratégias para cada operação. A estratégia “é o uso da mudança situacional para alcançar a situação-objetivo”^(20:72), “é um cálculo de interação social que toma consciência da existência do outro para alcançar o resultado perseguido”^(27:417). Faz-se necessário, na análise estratégica, considerar os atores, pois “a conjunção de interesse e valor produz a motivação de cada ator em cada operação”^(20:76).

No presente estudo, pode-se observar as dificuldades operacionais que os gestores apresentaram em relação à atenção de MC. O presente capítulo demonstrou estratégias utilizadas pelos atores municipais da ASSEDISA Centro-Sul na tentativa de solucionar os

problemas de saúde de seus munícipes: encaminhamento de consultas e procedimentos especializados via Central de Marcação do município de Porto Alegre; utilização e discussão das potencialidades dos hospitais regionais; utilização dos serviços em Traumatologia-Ortopedia, no município de Rio Grande; uso de serviços oferecidos via CICS. Cabe ressaltar que esses são os principais encaminhamentos dos Municípios, sendo que os atores municipais tinham muita dificuldade em apontar outros desenhos que deveriam utilizar em seu dia a dia.

Uma das **estratégias** dos Municípios é a utilização de consultas e procedimentos especializados em Porto Alegre e, os dois Municípios pertencentes à 3ª CRS também utilizavam-se dos serviços de Pelotas, mobilizados pelo fato de os considerarem sua referência. Essa estratégia foi mencionada por todos os atores municipais e discutida pelos regionais e estaduais. Pensando-se na proposta de regionalização essa não seria a melhor estratégia para os Municípios darem conta do atendimento a seus munícipes. Porém, com ela as Secretarias tem conseguido acessar o sistema, mesmo com um reduzido número de atendimentos. A **negociação** foi o meio estratégico adotado por alguns dos atores municipais para tentar melhorar esse acesso.

Outra **estratégia**, apoiada pelo Estado é o encaminhamento de casos de Traumatologia-Ortopedia a um serviço resolutivo, não necessariamente a referência, sendo também utilizada **nessa situação, a negociação** para se conseguir o atendimento na Santa Casa de Rio Grande. Dessa forma, foi atingida a meta, mesmo que temporariamente, pois, como mencionado por alguns atores municipais, já não se conseguia o atendimento tão facilmente quanto no início da proposta. Outra questão importante é o uso, pelos serviços que dispõem de atendimento de AC e MC, do jogo financeiro de componentes para tornar viável o atendimento de MC que, conforme citado, está bastante defasado.

É importante mencionar que a “referência” acaba sendo o espaço onde o Município de pequeno porte busca o atendimento de média complexidade pela dificuldade de financiamento desse tipo de atenção à saúde. Logo, entende-se porque os gestores de Municípios pequenos se queixam das “portas fechadas” nos serviços de referência, estimulando, algumas vezes, as iniciativas locais por investir em unidades mais complexas, não havendo viabilidade econômica ou técnica^(156:111).

Cabe ressaltar que existem redes mapeadas e consolidadas, em MC e AC, com prestadores de serviços na região; mas, por que não se consegue colocá-las em prática? Por que as secretarias municipais utilizam-se da **estratégia** de aguardar na interminável fila de Porto Alegre? Essas redes são consideradas **fixos**, ou seja, não refletem a realidade da movimentação e da dinâmica na busca de atendimento de saúde. Além disso, muitas delas não

saíram do papel, devido, entre outros, pelo subfinanciamento da MC, não sendo, pois, colocadas em prática. Na fala dos atores municipais é difícil ou não foi possível identificá-las, demonstrando o desconhecimento desses desenhos regionais.

Enquanto isso, os Municípios lançam mão de outra **estratégia**, a compra de serviços de saúde, especialmente via Consórcio para tentar dar conta da atenção aos seus munícipes, porém com muitas dificuldades e, inclusive, repassando valores além do limite constitucional, devido à falta de investimento dos demais entes. Eles acabam comprando serviços, em especial, de média complexidade, na busca de responder a uma demanda cada vez maior de usuários e não conseguindo, muitas vezes, assumir adequadamente a ABS. Por quê? Não têm condições de arcar com a folha de pagamento da ESF sem cair na Lei de Responsabilidade Fiscal, o que tem feito Municípios descredenciarem a estratégia e permanecerem com as antigas UBS, pouco resolutivas, e que demandam um número grande de encaminhamentos especializados, além de elevar o custo social.

Isso demonstra que a estratégia utilizada pode parecer adequada a curto prazo. Porém se se considerar que “o tratamento inadequado do fator **tempo** pode tornar uma trajetória inconsistente”^(25:233), ela se mostra inadequada, em médio e longo prazo. Infere-se que os Municípios estejam promovendo um ciclo de desqualificação da ABS e aumento da demanda pela MC. O estudo desenvolvido pelo Tribunal de Contas do Estado permite pontuar essa situação devido ao elevado gasto que os Municípios tiveram em saúde, destacando-se aqui os do presente estudo. Cabe salientar que isso não ocorre por desejo dos entes federados, porém é o que se vem conseguindo fazer diante da situação posta aos gestores.

Outra questão da implantação do Consórcio foi a possibilidade de utilizá-lo como ferramenta para se conseguir boas negociações junto aos prestadores de serviços, porém o CICS utiliza-se da **imposição** como meio estratégico. Alguns atores referiram utilizar o Consórcio apenas quando necessitavam de prazos para o pagamento do serviço necessário, sendo-lhes imposto o valor desse Consórcio. Outro meio estratégico, muito claro nas atas das reuniões da ASSEDISA Centro-Sul foi o de **negociação** dos gestores junto ao Consórcio em diferentes situações cotidianas. Mas, lembra-se que os atores municipais, ao pensar a criação do Consórcio, acreditavam que essa seria uma estratégia para se conseguir apoio financeiro do Estado, o que não ocorreu.

A discussão das referências e das redes consolidadas permite discutir a possibilidade de construção de RAS que, parte de um movimento universal, sendo sustentado por meio de evidências, provindas de vários países, “de que essas redes constituem uma saída para a crise

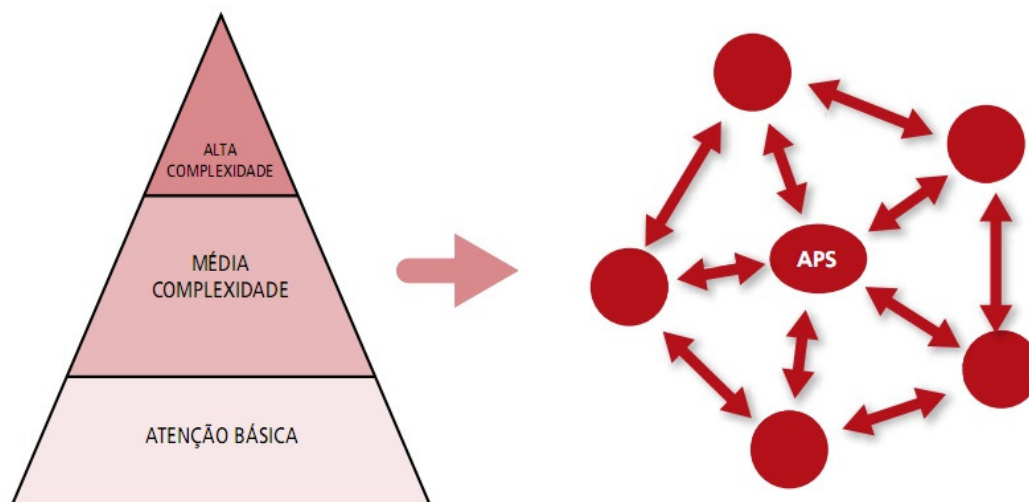
contemporânea dos sistemas de atenção à saúde”, melhorando, dessa forma, “os resultados sanitários e econômicos dos sistemas de atenção à saúde”^(173:69).

No final do ano de 2010, o Ministério da Saúde lançou a Portaria 4.279 que estabeleceu “diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS)”. O documento aponta que a organização da atenção e a gestão do SUS, caracterizam-se

por intensa fragmentação de serviços, programas, ações e práticas clínicas demonstrado por: (1) lacunas assistenciais importantes; (2) financiamento público insuficiente, fragmentado e baixa eficiência no emprego dos recursos, com redução da capacidade do sistema de prover integralidade da atenção à saúde; (3) configuração inadequada de modelos de atenção, marcada pela incoerência entre a oferta de serviços e a necessidade de atenção, não conseguindo acompanhar a tendência de declínio dos problemas agudos e de ascensão das condições crônicas; (4) fragilidade na gestão do trabalho com o grave problema de precarização e carência de profissionais em número e alinhamento com a política pública; (5) a pulverização dos serviços nos municípios; e (6) pouca inserção da Vigilância e Promoção em Saúde no cotidiano dos serviços de atenção, especialmente na Atenção Primária em Saúde (APS)^(138:3).

A maior parte da problemática apontada no documento anexo à referida portaria, foi também discutida pelos atores entrevistados no presente estudo. Dessa forma, pensa-se que o modelo da pirâmide, já superado tenha dado lugar a outras possibilidades de se movimentar na rede de atenção à saúde, levando-se em consideração arranjos interligados à APS. Portanto, faz-se necessária uma revisão da concepção hierárquica e piramidal, substituindo-a por outra, a das redes poliárquicas de atenção à saúde que devem romper com as relações verticalizadas, levando em consideração as diferenças nas densidades tecnológicas, no sentido de conformar-se redes policêntricas horizontais, conforme ilustrado pela figura 8. Logo, a APS seria o centro de comunicação das RAS⁽¹⁷³⁾. Cabe destacar que, nessa proposta, ainda permanece a centralidade na APS, porém os demais pontos da rede, nessa proposta, também necessitariam corresponsabilizar-se com o usuário, o que pode não ocorrer, mas é essencial para o sucesso de um novo modelo de atenção à saúde.

Figura 8 – A mudança dos sistemas piramidais e hierárquicos para as redes de atenção à saúde



Fonte: Adaptado de Mendes, 2011, p. 84⁽¹⁷³⁾.

Outra **estratégia** trazida pelos atores municipais é quanto ao uso dos hospitais regionais. A maioria dos atores apontou a MC muito vinculada à atenção hospitalar, além de sua preocupação quanto à assistência nesse espaço. A Região dispõe de certa capacidade instalada para atender boa parte da assistência de média complexidade. Os hospitais regionais de Guaíba e Camaquã poderiam dar conta de grande parte dos atendimentos e cirurgias eletivas. Há uma carência da Região em atendimento de UTI e, Camaquã, não conseguiu manter essa estrutura. Já os demais hospitais citados, como HPP, poderiam dar um suporte mais básico para o Município e circunvizinhos, além da possibilidade do atendimento de saúde mental, em internação clínica, na Região.

As Secretarias de Saúde utilizavam essa capacidade instalada, especialmente para urgência e emergência, além de alguns procedimentos em MC, empregando o meio estratégico de **negociação**. Esse foi bastante pontuado quanto aos hospitais de Guaíba e Camaquã, principalmente no histórico analisado nas atas das reuniões da ASSEDISA Centro-Sul, nas quais são relatadas reuniões em que os gestores municipais e os das instituições hospitalares se reuniram para negociar as situações que surgiam no cotidiano, especialmente quanto aos repasses municipais, para o atendimento nesses locais.

A partir da análise das estratégias utilizadas pelos atores municipais, infere-se que seja necessário que haja uma reorganização dos serviços de saúde no próprio Município, para aí sim conseguir se discutir regionalização e investimento em saúde. Por outro lado, os Municípios parecem estar sozinhos nessa caminhada, tentando apoiar-se uns aos outros, mas

não como a interdependência municipal proposta e sem uma efetiva parceria do Estado. Se houvesse uma ABS qualificada, apostando no vínculo dos usuários, no acolhimento das unidades e na perspectiva de construção de linhas de cuidado, com uma rede de atenção efetiva, possivelmente a demanda pela MC não seria tão grande e a discussão de aumento do seu financiamento tão doloroso aos cofres públicos.

Os secretários estaduais apontaram, no seminário de construção de consensos do CONASS, de 2003, “que um dos principais pontos de estrangulamento do SUS está na oferta de procedimentos de Média Complexidade”. Nesse sentido, identificaram como principais problemas,

- A insuficiência do limite financeiro da assistência de Média Complexidade.
- Os baixos valores e a ausência de procedimentos relevantes nas tabelas dos Sistemas de Informação Ambulatorial e Hospitalar (SIA e SIH-SUS).
- A não implantação dos valores para o financiamento do M1 previsto na NOAS/SUS 01/02.
- O pagamento por produção de serviços.
- As dificuldades de pactuação de parâmetros de atenção à saúde, principalmente na área da Média Complexidade.
- A falta de planejamento e definição das necessidades por parte do gestor público, prevalecendo a lógica da oferta e não a da demanda.
- A baixa capacidade instalada de serviços próprios no setor público e a baixa oferta no setor privado.
- A rede básica e a rede hospitalar (pequenos e médios hospitais) com baixa resolutividade, gerando excesso de internações hospitalares por causas que poderiam ser resolvidas na assistência ambulatorial.
- O excesso de exames de diagnóstico com alta taxa de “normalidade”.
- A ausência de critérios para incorporação tecnológica^(157:40-1).

Entende-se que haja a necessidade de uma importante reorganização do sistema de saúde, com planejamento ascendente, não responsabilizando o Município, mas tornando-o parceiro, junto aos demais Municípios, CRS, SES e MS. Essa efetiva reorganização deveria ser coordenada pela SES, sendo auxiliada pelas 19 CRS do Estado. Pensa-se que essa possa estar esbarrando em alguns obstáculos, tais como a diminuição do papel da SES pelo MS, bem como o prejuízo no financiamento do Estado que está muito além do necessário. Torna-se imprescindível, também, nesse processo, a participação popular na luta pela reorganização do sistema e seu entendimento do processo de descentralização.

A **cooperação** é essencial para que se atinja uma melhor organização do sistema. A estratégia de cooperação “é um jogo de coordenação com informação aberta e objetivos transparentes”^(25:15). A estratégia parece simples, porém aumenta sua complexidade no momento em que “se insere em um jogo de coordenação com informação limitada, no qual as

partes têm de colaborar para alcançar objetivos compatíveis”. Porém, “o problema mais complexo de cooperação é aquele que parte de uma situação na qual os atores têm diferentes interesses reais ou aparentes, e nenhum dos atores, em separado, pode alcançar seus objetivos”^(25:15).

Será que o presente estudo apresentou interesses iguais por parte dos atores sociais? Analisando-se as falas dos atores municipais, regionais e estaduais é possível observar um objetivo comum em função da efetiva implementação do processo de regionalização. Porém, é visível a fragilidade das relações, especialmente em função do financiamento. Os atores estaduais e a maioria dos regionais representavam a SES e eram atores individuais no jogo social. Logo, as relações de interesse se dão quando há a associação de dois ou mais atores no jogo social⁽²⁵⁾. Portanto, deve-se remeter também ao Governo do Estado e seu corpo de Secretários, além do famigerado e antigo desgaste econômico do mesmo. Essas questões apontam diferentes relações de interesse e ampliam o espaço do jogo social para além do território da ASSEDISA Centro-Sul, COGEREs e CRS envolvidos, abrangendo relações de poder econômico e político que “engessam” a máquina pública.

Também é importante discutir as relações de interesse no âmbito municipal, em que o Secretário de Saúde está submetido ao Prefeito, ao partido, ao jogo político que, no presente estudo, demonstrou, de forma transparente, sua força na escolha do administrador do CICS. Outra questão, nada clara na fala dos atores municipais, é o encaminhamento via Consórcio ao invés da qualificação da ABS que, em alguns casos, pode representar um ganho político.

Apesar de haver distintos interesses, infere-se que os atores, envolvidos diretamente no processo de planejamento e gestão em saúde, demonstram a vontade de “fazer com que o SUS efetivamente funcione”. Pensa-se que a análise estratégica possa contribuir nessa busca, na medida em que os atores inseridos nos diferentes espaços decisórios possam utilizar-se de estratégias e meios estratégicos e táticos que os auxiliem na reorganização do sistema, tornando as RAS como efetivos fluxos e afastando-se um pouco da visão unilateral da resolução por meio da melhora no financiamento.

Nesse sentido, ressalta-se que um importante componente das RAS são os sistemas de governança, sendo esta entendida “como a capacidade de intervenção que envolve diferentes atores, mecanismos e procedimentos para a gestão regional compartilhada da referida rede”^(138:13). Assim, as diversidades regionais tornam imprescindível à instituição de “instâncias de governança regionais como espaços de reinterpretação e gestão das políticas estaduais, nos diferentes territórios sanitários regionais”^(173:169).

Cabe salientar, que a governança se estabeleceu de formas diferentes nas regiões, sendo em algumas houve a atuação de Municípios “que possuem papel diferenciado na rede de prestação de serviços”. Em outros casos, as SES “assumiram um papel de destaque por meio da implantação e/ou reconfiguração de suas estruturas regionais”, além de “arranjos e instrumentos de gestão compartilhada foram conformados”, como os CGR^(166:57). Logo, destaca-se que

o Colegiado de Gestão Regional desempenha papel importante, como um espaço permanente de pactuação e co-gestão solidária e cooperativa onde é exercida a governança, a negociação e a construção de consensos, que viabilizem aos gestores interpretar a realidade regional e buscarem a conduta apropriada para a resolução dos problemas comuns de uma região^(135:13).

O CGR é o responsável pela discussão e desenvolvimento do processo de Planejamento Regional, estabelecendo as prioridades de intervenção embasadas “nas necessidades de saúde da região e com foco na garantia da integralidade da atenção, buscando a maximização dos recursos disponíveis”^(138:14). Pensa-se que os CGR possam ter preenchido os “vazios” de governança regional do Sistema. Sendo portanto, “espaços privilegiados para a identificação de problemas, a definição de prioridades e de soluções para a organização da rede assistencial, bem como para a formalização de novos modelos de relacionamento e regulação de provedores públicos e privados”. Dessa forma, constituindo-se uma lógica voltada às “necessidades regionais de saúde na provisão de serviços”^(166:57).

Pensa-se que o CGR seja um dos principais espaços decisórios em que os Municípios da região estão inseridos, porém seus territórios são adversos à real tomada de decisão em saúde. As redes apresentam-se como fixos, conforme discutido no presente capítulo. A seguir tratar-se-á sobre as estratégias que vêm sendo implementadas nos últimos anos e que apontam fluxos possíveis na rede de atenção à saúde.

5.2.2.2 Fluxos: PPI, Regulação da Saúde e Pacto de Gestão

A apresentação do território e das redes de atenção à saúde consolidadas a esse território, com inserção de um Consórcio, realizada no capítulo anterior, expressaram obstáculos e potencialidades ao processo de regionalização na Região em estudo. O entendimento de alguns gestores municipais de que apenas a atenção básica é de sua

responsabilidade acaba eximindo-o de pensar em sua responsabilidade sanitária em relação aos demais níveis tecnológicos e de potencializar sua capacidade instalada.

A discussão de regionalização bastante vinculada à Instituição hospitalar demonstra que existe a capacidade instalada nessa Área, sendo subutilizada por problemas, especialmente, de repasses de verbas. Ao mesmo tempo, a dependência em relação à Porto Alegre é desnecessária visto que a Região teria condições de dar conta de parte da atenção de MC, por meio de dois importantes polos regionais, Camaquã e Guaíba. Porém, cabe salientar, que o maior empecilho para que se consolide o processo é o subfinanciamento da MC, questão que afasta os prestadores de serviços e causa um receio muito grande nos gestores em assumirem a pactuação junto ao Estado.

Nesse sentido, faz-se necessário pensar como seriam os fluxos envolvidos nos fixos apresentados. Para tanto, pontua-se a importância de se discutir alguns mecanismos de planejamento que buscam a construção dos fluxos, tais como a PPI, a regulação em saúde e o Pacto de Gestão.

Logo, salienta-se que, alguns atores municipais (AM8 e 15), referiram-se à importância de se pôr a PPI em funcionamento e que esta seja efetivamente cumprida. O entrevistado AR3 manifestou a necessidade de se repensar e redesenhar, constantemente, o PDR, devido ao processo de urbanização, à implantação de novos serviços e de lacunas que possa conter. Já o entrevistado AE1 relatou que a representação estadual teria um mapa de regionalização, dos desenhos das redes propostas pelo PDR, porém que de 70 a 80% não saiu do papel. Referiu que algumas relações previstas no PDR não foram estabelecidas e que alguns dos prestadores não vinham cumprindo os compromissos acordados.

[...] a representação estadual ela tem um desenho, um mapa, de regionalização, inclusive com portarias, com contrato com prestadores, que ele é perfeito [ênfase]. Pelo mapa nós teríamos acesso de média e de alta complexidade a quase todas as redes, para o atendimento integral do usuário. Agora, a crítica que a ASSEDISA tem, é que esse mapa possivelmente, 70 a 80% dele não saiu do papel, por quê? Porque não se estabeleceu aquelas relações que estão preconizadas dentro do plano de regionalização e porque, muitas vezes, os prestadores não estão cumprindo com os compromissos que eles assinaram [ênfase] nos seus contratos, para garantir o acesso aos usuários, principalmente, isso (AE1).

O entrevistado AM14 também referiu a necessidade de o Estado concluir e implantar a PPI, pois existiam redes mapeadas, mas nem sempre correspondiam ao que estava efetivamente acontecendo na prática, situação essa que acabava resultando na sobrecarga de outras regiões, como o município de Porto Alegre. Segundo esse ator municipal, essa

discussão acontecia muito na CIB, com a direção do Departamento de Assistência Hospitalar e Ambulatorial (DAHA) e salientou a necessidade de haver um controle sobre os prestadores, para que esses cumprissem o que havia sido pactuado. O entrevistado AE1 enfatizou também a questão de se trabalhar com a PPI da realidade, conhecendo as verdadeiras necessidades da população para se poder pensar o processo de regionalização. Segundo ele, a ASSEDISA já vinha trabalhando há dois anos e meio nesta construção e chegou-se a um valor que está distante do que o sistema dispunha para o atendimento da população. Porém, acreditava na importância de se conhecer os recursos financeiros necessários para poder apresentar situações de solução a curto, médio e longo prazos. Pensa-se que essa poderia ser uma das causas para que os Municípios não estivessem conseguindo se organizar regionalmente. Já outro entrevistado (AR2), manifestou a dificuldade de que a PPI fosse discutida pela SES junto aos Municípios.

A fala dos atores demonstra a implantação da PPI como um dos mais importantes instrumentos que auxiliarão na consolidação do processo de regionalização na Região. Pensa-se que a PPI da realidade apontaria as reais necessidades dos Municípios e da Região, porém ressalta-se que houve uma dificuldade em os mesmos apontarem as redes já mapeadas e com prestadores de serviços. Por outro lado, o entrevistado E1 afirmou que a ASSEDISA já dispunha de dados para essa construção.

Algumas atas de reuniões da ASSEDISA Centro-Sul apontaram rápidas discussões a respeito do estudo das PPIs municipais. Em 2006, sobre a realidade da PPI Estadual e, em 2007, iniciou a preocupação desta em relação à assinatura do Pacto.

Sobre a PPI [uma das representantes da 2ª CRS] faz um breve relato sobre a atual realidade da PPI no Estado, divulgou sobre a nova planilha que o DAHA estará enviando. Foi discutido sobre a dificuldade de agendamento para Porto Alegre (Ata 008/06 ASSEDISA Centro-Sul).

Infere-se que a **estratégia** de a ASSEDISA se preocupar com a PPI demonstra a necessidade de se conhecer a situação em que esses Municípios se encontram, porém, pensa-se que não deva ser apenas construído um diagnóstico de saúde, mas uma **análise situacional**. Assim, a realidade poderia ser explicada por diferentes atores do jogo social, pois “cada ator avalia o jogo social de modo particular e atua segundo sua própria interpretação da realidade”^(20:31-2). Já o **diagnóstico**, reduz-se a uma explicação única, pela falta de rigor e por não ter condições de alimentar o cálculo interativo. Logo, “nenhum plano real é formulado com base em diagnósticos; fazem-se planos reais a partir de análises de situação”^(20:33).

Salienta-se que a realidade “gera problemas, ameaças e oportunidades. O político trabalha com problemas e a população sofre problemas. É um conceito muito prático, reclamado pela própria realidade, que faz o planejamento aterrizar”. Logo, “o PES identifica-se com a realidade e gira em torno dos problemas”^(20:37). A PPI da realidade deve partir de uma construção dos problemas que o Município e a população enfrentam, a partir de dados e possibilidades reais. Porém, cabe aos gestores municipais e regionais a efetiva constituição de uma análise situacional, pois a simples consolidação de dados gerados por sistemas de informação ou mesmo seu levantamento por um funcionário da Área irá configurar um diagnóstico e, como mencionado por Matus, não demonstrará um plano real.

Infere-se que para a construção da PPI municipal e estadual, pensada a partir da análise situacional, também seja necessário o uso de meios estratégicos, sendo a **negociação** o principal deles, preferencialmente, a cooperativa, pois é extremamente necessária para a construção de estratégias conjuntas para a resolução dos problemas. A negociação ocorre no Município com os usuários, profissionais da saúde, demais Secretários municipais e Prefeitos na busca de apoio e, no âmbito regional e estadual, junto aos demais gestores de saúde, Prefeitos, CRS, COGEREs, CIB e SES. Outro meio possível de se utilizar é a **mediação**, pois, em alguns momentos, será necessário a inserção de outro ator que auxilie nessa negociação.

Também cabe mencionar o uso do **tempo**, como citado pelo entrevistado E1, para pensar as soluções a curto, médio e longo prazos e, para tanto, faz-se necessário levar em conta que “uma questão estratégica importante é a estrutura de combinações sobre o eixo do tempo adotado pelo estrategista para explorar a eficácia e diversas sequências de operações”. Logo, com “uma sequência específica de situações e operações”, tem-se uma trajetória que “reconhece que a ordem em que são executadas as operações altera o resultado do plano”. Portanto, acredita-se que seja indispensável utilizar-se da variável estratégica **tempo** na consolidação da **trajetória** que será utilizada na consolidação do processo em questão.

Já o entrevistado AE3, ressaltou os obstáculos oriundos do Ministério da Saúde em relação à implantação da PPI, tais como a criação do sistema e problemas de troca de pessoas e de consultores nos cargos, que ocasionaram o seu atraso. Reforçou a questão das mudanças de cargo tanto no Governo Federal quanto no Estadual. Salientou que, para se conseguir trabalhar um processo de planejamento integrado e ascendente em um Estado grande como o RS, seria necessário um sistema informatizado de apoio. Segundo esse ator, apenas no final do ano de 2010 o processo começou a “deslanchar”. O entrevistado acreditava que se a PPI fosse implantada e bem trabalhada junto aos Municípios, seria o sustentáculo da regionalização.

Pensa-se que para a PPI ser efetivada, seria necessária a discussão conjunta da SES com os Municípios e CRS, porém há de se ressaltar a interferência do jogo de poder nesse espaço, sendo que a SES e o MS figuram como protagonistas na tomada de decisão. Logo, alguns meios estratégicos podem surgir nesse processo, sendo a medição de forças chegando ao **confronto** ou mesmo a **imposição, persuasão, coação e dissuasão** por parte dos atores mais fortes na arena decisória. Caso ocorra o uso desses meios estratégicos, será mais difícil de se obter a **análise situacional**, logo o problema permanecerá sem estratégias de solução e não se conseguirá atingir a organização regional.

Nesse sentido, dois gestores municipais e também representantes em fóruns estaduais (AM1 e AE1), posicionaram-se quanto à necessidade de se avançar e aprimorar o projeto de regionalização, regulá-lo e executá-lo mais, pois o Estado já o teria implantado e com os desenhos das redes de atendimento de MC e AC bem articulados.

Não, eu acho que o processo de regionalização ele está bem pensado, ele está bem desenhado, ele está é pouco executado. Eu acho que nós temos redes de atendimento de média e alta complexidade muito bem desenhados no Estado, oftalmo, traumatismo, onco, otorrino, então todas essas redes, elas estão muito bem [ênfase] estruturadas, o que falta, é fazer elas entrarem em execução, fazer com que exista a regulação, que os Municípios que são responsáveis pela regulação, eles realmente regulem, e eles garantam, o acesso aos outros Municípios da Região, dentro daquelas cotas que já estão pactuadas, que vão ser para cada um dos Municípios e que [ênfase] os prestadores de saúde sejam instados a cumprir seus contratos (AE1).

O entrevistado AR2 remeteu sua fala para a necessidade da implantação da PPI, organizando o sistema de saúde e não apenas revisando o vencimento dos contratos de prestadores de serviços. Segundo esse ator, o sistema utilizado pelo Estado pactuaria atenção básica, mas ele já demonstraria o que seria necessário em MC. Porém, devido a alguns problemas, o programa foi desacreditado pelos gestores. Relatou a necessidade de a CRS ter pessoas disponíveis para trabalhar unicamente no processo de regionalização junto aos Municípios. Segundo ele, em Porto Alegre, no “nível central”, na Assessoria Técnica e de Planejamento (ASSTEPLAN), o pessoal trabalha apenas nas atividades de planejamento.

Nas atas das reuniões da ASSEDISA Centro-Sul, foi possível observar algumas dificuldades enfrentadas pelos gestores quanto à organização regional, aos encaminhamentos e aos serviços disponibilizados na e para a Região. Discutiu-se durante algumas reuniões, no ano de 2008, a qualidade do atendimento oferecido por uma clínica da Região, porém a CRS cessa a questão na medida em que torna necessária a comprovação destas reclamações. Outra questão foi o credenciamento de um Centro de Imagens em Camaquã e o questionamento

quanto à possibilidade de mudança de teto para se atender às tomografias na Região. Levantou-se também as dificuldades enfrentadas nos encaminhamentos aos serviços de referência em média e alta complexidade. Logo, a ASSEDISA Centro-Sul decidiu encaminhar correspondência à Estadual pedindo esclarecimentos sobre o desenvolvimento do processo de implantação dos complexos regulados dos Municípios em Gestão Plena e do Estado.

[Uma secretária], fala sobre as sérias dificuldades que vem enfrentando no que tange o encaminhamento dos pacientes para os serviços referências para média e alta complexidade na região sendo que todos os secretários presentes ratificam suas colocações, ficando definido que a ASSEDISA Centro-Sul encaminhará à ASSEDISA Estadual, uma correspondência solicitando informações por escrito sobre como está se desenrolando o processo de implantação dos Complexos Regulados nos Municípios em Gestão Plena que já receberam recurso para este fim, incluindo o Complexo Regulador Estadual (Ata 001/08 ASSEDISA Centro-Sul).

A PPI é um processo que foi instituído, pelo SUS, que “define e quantifica as ações de saúde para atendimento das populações residentes nos territórios, bem como efetiva os pactos intergestores que objetivam garantir o acesso da população aos serviços de saúde”^(179:30). Logo, tem o objetivo de “organizar a rede de serviços, dando transparência aos **fluxos** estabelecidos e definir, a partir de critérios e parâmetros pactuados, os limites financeiros destinados à assistência da população própria e das referências recebidas de outros municípios”^(180:13). A incapacidade operacional da PPI, conforme apontada pelos atores do estudo, vem provocando críticas a seu respeito, logo

não podemos mais conviver com uma PPI da assistência virtual, em que recursos financeiros são alocados para as referências que não são garantidas, gerando duplo prejuízo ao gestor que não tem o seu paciente atendido e tem de desembolsar recursos financeiros próprios para assegurar esse acesso previsto e não realizado de acordo com o que foi pactuado, sendo causa de várias demandas judiciais atualmente verificadas no SUS. Injustamente, os recursos financeiros alocados para essa finalidade continuam programados e nas contas-correntes dos órgãos gestores conforme a pactuação, sendo utilizados em discordância com o programado e pactuado. É inútil argumentar que é falha de acompanhamento da PPI e que pode ser reprogramada, pois sabemos como é difícil reduzir teto financeiro, seja de gestor ou de prestador^(181:48).

Salienta-se que, conforme previsto no Pacto de Gestão, faz-se necessária a flexibilidade na configuração do desenho regional da saúde, devido às diferentes identidades e características das Regiões. Os parâmetros de incorporação tecnológica devem ser trabalhados no planejamento regional, pensando na “economia de escala com equidade no acesso”^(179:22).

Nesse sentido, as CIBs são as responsáveis pelo estabelecimento de desenho apropriado, garantindo acesso com qualidade aos serviços e ações de saúde⁽¹⁸²⁾. Por outro lado, a organização e identificação dos espaços regionais favorecem a “ação **cooperativa** e solidária entre os gestores, organizados nos CGRs”^(179:22).

A redefinição de diretrizes estruturais para a consolidação de modelos inovadores na atenção à saúde, requer “métodos e instrumentos de planejamento e regulação do sistema”, além de um ampliado “processo de desenvolvimento das capacidades de gerência e gestão, na busca da qualidade da assistência”. Logo, para se pensar a conformação de redes regionalizadas, partindo-se “da instituição de dispositivos de planejamento, programação e regulação”, vem-se estruturando as “redes funcionais”. Com essa organização, há a pretensão de se garantir, de forma racional, o acesso dos cidadãos aos níveis de atenção em saúde. Dessa maneira, a articulação dos serviços nos diferentes graus de agregação tecnológica, além dos “mecanismos e instrumentos para a definição das referências pactuadas entre os municípios, será objeto de consideração da Programação Pactuada e Integrada da Assistência à Saúde”^(180:8).

Essa torna-se uma ferramenta no processo de planejamento, que possui os momentos explicativo, o estratégico, o normativo e o tático-operacional, segundo a concepção de Matus e essas “são dimensões consideradas necessárias para uma orientação abrangente e complementar do encadeamento racional das proposições de política e da sua gestão estratégica”^(180:14). Alguns autores discutem que o enfoque predominante do planejamento do SUS e a programação tenha um viés **normativo**. A fragilidade do setor saúde justifica essa delimitação e o uso dessas “dimensões do processo de planejamento como orientador das ações a serem desenvolvidas”^(180:14).

Pensa-se que o SUS herdou “práticas institucionais marcadas pela compra de serviços da iniciativa privada, orientada pelo interesse e pelo perfil da oferta dos mesmos”. Para se reverter essa situação, faz-se necessário um redirecionamento do sistema para “as reais necessidades de saúde da população”. Isso, na prática, acaba se configurando em um apanhado de “dados e informações demográficas e epidemiológicas” que aparecem nos primeiros capítulos “dos planos estaduais e municipais”, não havendo, porém, uma correspondência ou ligação com suas proposições. Por consequência, acaba-se reproduzindo “a prática dos diagnósticos de saúde, tão típicos dos modelos de planejamento normativo”^(180:16).

No método PES, “quem planeja influi nos resultados futuros, ainda que não tenha controle total sobre os resultados de sua ação. São necessárias ferramentas poderosas para

enfrentar a incerteza, prever possibilidades, descobrir e antecipar respostas”. Logo, “o planejamento visa a traçar caminhos em direção ao futuro, não para predizê-lo”^(20:15-6). Pense-se que o momento normativo seja apenas um dos momentos do PES, sendo necessário partir para o tático-operacional, partindo-se da análise situacional.

Logo, “as diretrizes do processo de programação devem enfatizar a coerência com os Planos de Saúde, com o Plano Diretor de Investimentos, Plano Diretor de Regionalização, bem como com as metas e objetivos do Pacto pela Saúde”^(180:14). Salienta-se que “essa nova conjuntura impõe que a configuração da lógica de programação deva articular-se estreitamente com os demais instrumentos de planejamento”^(180:15). Então, tendo-se a regionalização como eixo estruturante do Pacto de Gestão, o PDR, o PDI e a PPI são seus principais instrumentos⁽¹⁸⁰⁾.

Nesse sentido, o processo de Programação Pactuada e Integrada segue os eixos orientadores: - centralidade da atenção básica; - aberturas programáticas (níveis de agregação das ações de saúde); - integração das programações (negociação e integração entre os gestores); - composição das fontes de recursos financeiros a serem programados; e, - o processo de programação e as relações intergestores⁽¹⁸⁰⁾. Quanto às etapas de condução da PPI, citam-se a macroalocação dos recursos, o levantamento da capacidade instalada dos Municípios, definição dos parâmetros; negociação entre os gestores municipais de saúde, consolidação das programações e definição dos limites financeiros municipais, divulgação e encaminhamento dos limites financeiros e alterações dos limites financeiros⁽¹³²⁾. Logo, para se atingir esses objetivos, a **cooperação** entre os atores envolvidos no **jogo social** é essencial para se **ganhar a partida**.

O entrevistado AE2, em uma fala muito esclarecedora, discutiu a regulação da saúde e o significado de Porto Alegre ser referência no estado do Rio Grande do Sul, mostrando uma diferença em relação ao que os gestores municipais apontaram, pois caracterizou esta Capital como referência, especialmente, para alta complexidade e ressaltou a necessidade de se implementar, de fato, as microrregiões, no Estado. Segundo ele, desde a municipalização, os Estados perderam sua função, sendo que a União permaneceu como a grande financiadora e, por esse motivo, induzindo políticas a Municípios e Estados. Houve um trabalho de desoneração dos Estados nessa responsabilidade, de organizar referência e regionalização. Então Porto Alegre acabava sendo a central reguladora do Estado, distribuindo cotas e não propriamente sendo uma referência, por ter sido a única Central de Marcação de Consultas que se tinha no Estado. A Capital também teve a primeira Central de Leitões, mas, segundo ele, não se conseguia ser referência por se ter 11 milhões de pessoas ou 496 Municípios

acessando Porto Alegre. Então só se conseguia regular o acesso conforme a capacidade de o Município utilizar a linha telefônica da central.

Cabe salientar que a ação regulatória é um elemento que ordena e orienta os fluxos assistenciais, tornando-se responsável pelo “mecanismo de relação entre a gestão e os vários serviços de saúde, assim como da relação entre esses serviços”, devendo iniciar na atenção primária, pois esta exerce a “função de coordenadora do cuidado e ordenadora da rede de atenção à saúde”^(183:21).

Entende-se que o conceito de Mendes seja o que melhor responda ao processo de regulação proposto, sendo que,

a regulação estatal se dá quando o Estado, investido de seu papel de mediador coletivo, exercita um conjunto de diferentes funções para direcionar os sistemas de serviços de saúde, no sentido do cumprimento de seus objetivos e para definir, implementar e avaliar as regras do jogo desses sistemas, de forma a regular o comportamento dos atores sociais em situação e a satisfazer as demandas, necessidade e representações da população^(132:18).

Na Área da Saúde, o termo regulação ganha diferentes interpretações⁽¹³²⁾, sendo que a regulação da atenção à saúde envolve a produção de todas as ações diretas e finais dessa atenção. A regulação assistencial como um “conjunto de relações, saberes, tecnologias e ações que intermediam a demanda dos usuários por serviços de saúde e o acesso a estes”^(32:35). Já a regulação do acesso prevê o “estabelecimento de meios e ações para a garantia do direito constitucional de acesso universal, integral e equânime”^(132:23). Dessa forma, a portaria que organiza a Política Nacional de Regulação do SUS traz, em seu artigo 2º, as três dimensões de atuação da regulação, sendo essas integradas entre si,

- I - Regulação de Sistemas de Saúde: tem como objeto os sistemas municipais, estaduais e nacional de saúde, e como sujeitos seus respectivos gestores públicos, definindo, a partir dos princípios e diretrizes do SUS, macrodiretrizes para a Regulação da Atenção à Saúde e executando ações de monitoramento, controle, avaliação, auditoria e vigilância desses sistemas;
- II - Regulação da Atenção à Saúde: exercida pelas Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde, conforme pactuação estabelecida no Termo de Compromisso de Gestão do Pacto pela Saúde; tem como objetivo garantir a adequada prestação de serviços à população e seu objeto é a produção das ações diretas e finais de atenção à saúde, estando, portanto, dirigida aos prestadores públicos e privados, e como sujeitos seus respectivos gestores públicos, definindo estratégias e macrodiretrizes para a Regulação do Acesso à Assistência e Controle da Atenção à Saúde, também denominada de Regulação Assistencial e controle da oferta de serviços executando ações de monitoramento, controle, avaliação, auditoria e vigilância da atenção e da assistência à saúde no âmbito do SUS; e

III - Regulação do Acesso à Assistência: também denominada regulação do acesso ou regulação assistencial, tem como objetos a organização, o controle, o gerenciamento e a priorização do acesso e dos fluxos assistenciais no âmbito do SUS, e como sujeitos seus respectivos gestores públicos, sendo estabelecida pelo complexo regulador e suas unidades operacionais e esta dimensão abrange a regulação médica, exercendo autoridade sanitária para a garantia do acesso baseada em protocolos, classificação de risco e demais critérios de priorização^(184:1).

Os diferentes níveis de regulação propostos na portaria apontam as responsabilidades dos três entes federados frente ao SUS, além da necessidade de **cooperação**. A regulação de atenção à saúde necessita a pactuação, por meio da assinatura do termo, estando vinculada ao receio que os atores municipais têm de assinar o Pacto. Já a regulação do acesso está mais vinculada ao que vem sendo debatido no presente capítulo, pontuando o acesso e os fluxos assistenciais, sendo mais voltado ao território do Município, ao local onde o cidadão se encontra. Salienta-se que

os sistemas de acesso regulado à atenção à saúde constituem-se de estruturas operacionais que medeiam uma oferta determinada e uma demanda por serviços de saúde, de forma a racionalizar o acesso de acordo com graus de riscos e normas definidas em protocolos de atenção à saúde e em fluxos assistenciais^(173:146).

O ator estadual AE2 atentou ao fato de que Porto Alegre estava sendo referência para todos os Municípios, visto que muitos dispunham de uma capacidade instalada que proporcionava certa complexidade ao atendimento de seus munícipes e de outros de sua Região, mas acabavam marcando consultas e internando na Capital. Salientou a importância da organização do Estado, como um todo, e da SES assumir seu papel de mediadora para que os Municípios esgotassem sua capacidade instalada e de sua Região para então acessar a Capital e essa efetivamente ter a função de referência. Manifestou-se, também, quanto ao fato de haver uma demanda espontânea com uma necessidade de ser colocada em atendimento do que propriamente pela falta de recurso e capacidade instalada no seu local. Segundo ele, isso ocorria por ser mais fácil colocar em Porto Alegre, para não se investir ou o fazer em ambulâncioterapia ou porque o usuário se sentia melhor atendido na Capital. Então, acreditava que esse era um dos desafios que se tinha de enfrentar em termos de regionalização, no Estado.

Então, essa questão de ser a referência, ela seria se nós tivéssemos uma organização, do Estado como um todo, o Estado assumindo o seu papel enquanto mediador [ênfase] desses Municípios. Com identificação das suas

capacidades instaladas, em cada Município, e aí ele utilizar Porto Alegre [ênfase] depois de esgotada a capacidade de onde é o município. [...] Primeiro, entender o que é essa referência. E você esgotar os recursos de cada local, para você poder mandar para Porto Alegre. E, que isso não acontece, porque é muito mais fácil. [...] É, porque daí é uma questão [referindo-se à fala dos Municípios de que Porto Alegre é sua referência], porque hoje é assim, o não investimento, muitas vezes, ou o investimento na ambulânciaterapia, acaba sendo mais fácil. O usuário [ênfase] ele fica na sua sensibilidade de entender o processo, ele fica feliz porque veio para Porto Alegre, o grande centro, então tem a imaginação de que vai ser muito melhor atendido, claro que em situações, ele é melhor atendido, mas a gente tem de esgotar algumas etapas, porque senão pessoas que realmente precisam ser atendidas, aguardam na fila. Então, essa questão, quando a gente fala, questão da referência, questão de se regionalizar, são assuntos que nós não conseguimos avançar muito nos últimos anos, eu acho que agora a gente está em um momento que a gente vai conseguir avançar nesse processo (AE2).

Resgatando-se a questão do uso de serviços de MC, pelos Municípios em estudo, na Capital e, promovendo o cruzamento das falas com a do entrevistado AE2, infere-se que haja a necessidade urgente de a Região se articular e construir uma **trajetória estratégica**, tendo **estratégias de cooperação e mesmo de conflito**. Aliás, o conflito parece se aproximar no momento em que Porto Alegre está procedendo efetivamente o processo de regulação e colocando-se como referência, especialmente, em alta complexidade. Cabe mencionar a importância do papel do Estado nesse processo, sendo premente que a SES o assuma e utilize os meios necessários, principalmente a **mediação**, inclusive citada pelo AE2, para auxiliar os Municípios na efetivação da regionalização. Porém, não se pode deixar de destacar o papel apático que o Estado vem demonstrando nesse processo, ao longo dos anos, possivelmente pela dificuldade na aplicação das verbas necessárias à saúde.

No seminário para construção de consensos do CONASS, de 2003, os gestores estaduais apontaram alguns problemas oriundos da operacionalização do sistema de controle, regulação e avaliação, que vão ao encontro das dificuldades apontadas no presente estudo,

- A falta de clareza no entendimento conceitual destas funções, que devem ser vistas não como um único sistema, mas como dimensões complementares de gestão.
- A inexistência de um sistema de regulação, controle e avaliação eficiente.
- A insuficiência de recursos financeiros para implantação do Sistema Regulador, para compra e manutenção de equipamentos de informática e para contratação de recursos humanos especializados, tais como teledigitadores e médicos reguladores.
- A insuficiência de recursos para o financiamento da média complexidade.
- A dificuldade na negociação com os gestores municipais e prestadores da rede privada, principalmente nas capitais.

- O excesso de normatização por parte do Ministério da Saúde e o perfil inadequado da auditoria^(157:38).

Infere-se que essas dificuldades estejam vinculadas à recente organização da regulação em saúde, visto que, foi considerado que o SUS possuía uma expressiva fragilidade regulatória, pela falta de um alinhamento conceitual e um marco regulatório próprio, sendo muito do que vinha sendo feito, uma herança inamsiana⁽¹⁵³⁾.

O entrevistado AE2 referiu-se às **estratégias** utilizadas para a organização da regionalização no município de Porto Alegre. Primeiro, pensou-se a descentralização no próprio Município e então, partindo-se para a regionalização dos serviços para os demais Municípios do Estado. Essa organização se daria por Áreas da cidade, ou seja, os Municípios de cada Região do Estado seriam referenciados, preferencialmente, a determinada Área de Porto Alegre, não havendo a circulação desses pela cidade em busca de atendimento, facilitando seu acesso aos serviços de saúde. Porém, essa organização não seria mais feita pela Capital, mas sim o Estado teria de assumir essa regulação da saúde estadual, sendo facilitada pelo fato de terem o mesmo sistema, inclusive utilizado por outros Municípios. Dessa forma, então, o ator pontuou que Porto Alegre seria referência para as cotas que estão disponíveis para fora do Município, conforme a PPI estabelecida no Estado que já estaria no Sistema. Citou como exemplo ser referência para o Estado, em alta complexidade, o transplante cardíaco, e não tomografia, que pode ser realizado na Região do município. Apesar de ter cotas, a Capital não é referência para esse procedimento e cabe à regulação estadual essa organização, tornando assim a questão da referência mais justa a todos os usuários.

É necessário que a gestão estadual atue “no sentido de garantir o acesso a ações e serviços de saúde, de acordo com as necessidades de saúde da população, fixando padrões de qualidade com eficiência e com base nos princípios de equidade e integralidade”^(132:15).

Logo, a Política Nacional de Regulação do SUS propõe para serem operacionalizados pelos gestores,

- a. implantação ou implementação de complexos reguladores: é uma das estratégias de regulação assistencial, consistindo na articulação e integração de centrais de atenção às urgências, centrais de internação, centrais de consultas e exames, protocolos assistenciais com a contratação, o controle assistencial e a avaliação, assim como com outras funções da gestão como a programação e a regionalização. Os complexos reguladores podem ter abrangência intramunicipal, municipal, micro ou macrorregional, estadual ou nacional, devendo essa abrangência e respectiva gestão ser pactuadas em processo democrático e solidária, entre as três esferas de gestão do SUS.

- b. implantação de sistemas informatizados de regulação: utilizados para gerenciar e operacionalizar as funções das centrais de regulação [...]
- c. as funcionalidades gerais de um sistema de regulação [...]
- d. capacitação e educação permanente das equipes gestoras estaduais e municipais, bem como dos demais entes envolvidos no processo, para a operacionalização das ações de regulação^(132:26-7).

Nesse sentido, busca-se, com a regulação da assistência, ajustar a oferta às necessidades dos cidadãos de maneira “equânime, ordenada, oportuna e racional”, com pressuposto de que o gestor já disponha da avaliação das necessidades de saúde e seu planejamento, estratégia de regionalização e de regulação assistencial, e delegação de autoridade sanitária ao regulador^(132:28). Para possibilitar o exercício das funções de regulação são necessários alguns instrumentos de apoio, tais como o CNES, central de regulação, protocolos clínicos, complexos reguladores, comissões autorizadas a realizar os processos, manuais de sistemas de informação, parâmetros e indicadores assistências sobre a necessidade de oferta, além de instrumentos de avaliação⁽¹³²⁾. Quanto à implantação de complexos reguladores, estadual, regional e/ou municipal, objetiva-se

formar uma rede integrada de informações relativa à oferta disponível de serviços, para a maior agilidade no atendimento à população, com especial atenção às situações de risco iminente de vida e, como resultado de sua aplicação, melhoria do acesso aos serviços de saúde e controle e avaliação sobre os serviços ofertados^(132:31).

A implantação desses complexos é parte integrante da reorganização da assistência à saúde, contemplando “a implantação de centrais de consultas, de serviços de apoio diagnóstico e terapêutico, de leitos e também de centrais de regulação de urgência e de um processo de regulação assistencial que considere os aspectos clínicos e os fluxos assistenciais para o acesso”^(132:32).

Nesse sentido, o entrevistado AE2 trouxe a discussão da importância da regulação para que Porto Alegre se torne, efetivamente, uma referência. Prosseguiu referindo-se à necessidade da consolidação das microrregiões do Estado como **estratégia** para se estruturar e organizar o acesso aos serviços de saúde, além de melhorar o atendimento à saúde. Dessa forma, o usuário que chegasse à referência traria uma demanda com histórico, motivo e justificativa para estar nesse local. Referiu que o cadastro seria praticamente um prontuário eletrônico único para o Estado, que proporcionaria a continuidade do atendimento que seria um problema, pois em cada local em que se entra é considerado o primeiro atendimento. Isso se reflete em custo, baixa qualidade no atendimento e insatisfação do usuário, sendo que esse

processo já estava em estágio avançado. Também citou que o fluxo de usuários da Região Metropolitana para as emergências já vinha sendo contrarreferenciado para a internação.

A inexistência de um prontuário único, no SUS, proporciona que cada vez que o usuário acesse o sistema, ambulatorial ou hospitalar, seja como se fosse a primeira vez, pela falta de uma integração de sistemas de informação que deem conta do agendamento, da regulação, do faturamento e do registro do atendimento⁽¹⁸⁵⁾. O uso desse instrumento no processo otimizaria o sistema, diminuindo o custo financeiro e social da peregrinação pelo acesso ao sistema de MC e AC.

O entrevistado AE2 explicou as vantagens dessa organização do sistema, com a efetivação da regulação no processo de consolidação da regionalização no Estado. Relatou que com esse processo se conseguiria fazer valer uma das premissas básicas do SUS que seria a qualidade, além da democratização, do acesso, sem interferência política ou pessoal, havendo maior controle sobre o sistema, sem possibilidades de se “furar a fila”. Segundo esse ator estadual, no início, os Municípios não entenderam e acreditaram que se estava retirando consultas deles. Referiu-se, também, quanto ao ganho na regulação das internações que, no momento da entrevista, antes de fechar o primeiro trimestre de 2011, atingiam 35% dos serviços, com 10 mil internações reguladas. Segundo ele, o usuário se deslocava à Porto Alegre, dentro da referência pactuada da PPI, já sendo pré-autorizado. Também referiu-se às transferências entre instituições hospitalares da própria cidade, aliviando a pressão de emergências lotadas, como a do Hospital Conceição, além de diminuir o número de críticas no faturamento e reduzir os riscos para usuários, por estarem num ambiente de maior complexidade.

Quanto ao que os atores municipais relataram que o teto de consulta especializada estaria em Porto Alegre, o entrevistado AE2 explicou que 55% das consultas seriam de Porto Alegre, 30% da Região Metropolitana e 15% do Interior, porém ressaltou que não se tem controle desse processo. Segundo ele, com o sistema regulado, a preocupação passa a ser a avaliação e não essa proporção, por exemplo, da demanda reprimida que pode possibilitar outras proporções, como 60 e 40; 50 e 50 ou 40 e 60. A demanda que se encontra em “papéizinhos de referência e contrarreferência” vai para o sistema e essa será qualificada e então se poderão avaliar os pontos críticos e os estrangulamentos, possibilitando que se enxerguem as necessidades e onde se deve investir e comprar mais serviços. Dessa forma, segundo ele, os gestores se tornariam, de fato, gestores do sistema, sendo que a questão de se ter o teto em Porto Alegre não seria a principal, mas, sim, avaliar demanda, investimento e capacidade instalada, possibilitando trabalhar como parceiros para se estruturar e organizar

melhor essa questão. Cabe ressaltar que com o objetivo de alcançar a eficiência e a equidade, as esferas de governo podem atuar em três Áreas da Saúde: financiamento, prestação do cuidado e regulação^(132:14).

O ator estadual referiu que seria possível utilizar tecnologias e ferramentas, criando-se processos e protocolos, que permitiriam mapear e estabelecer as situações referenciadas a Porto Alegre e o tempo adequado para resolver determinada necessidade. Logo, isso proporcionaria uma reestruturação da saúde no Estado. Nesse sentido, ressaltou que seria necessária uma adaptação em relação à capacidade instalada de infra-estrutura dos hospitais, visto que nem sempre a oferta atende à demanda. Exemplificou citando o fato de que quatro hospitais são referência para transplante cardíaco e, no ano de 2009, 60 transplantados eram oriundos de Santa Catarina por não haver demanda nesse Estado. Relatou que foi criada uma oferta de alta complexidade para uma demanda que não existe. Então, deve-se estruturar a rede própria de cada Município a partir da necessidade da população referenciada, de dados concretos, para se ter um processo de organização, iniciando pela atenção básica. O ator estadual também ressaltou que a construção do diagnóstico no processo de organização do sistema traz uma importante dimensão da discussão de regionalização, para que o usuário tenha a tranquilidade de saber onde terá sua necessidade de saúde resolvida.

Cabe destacar a importância da **análise situacional**, pois só a partir dela é possível pensar-se a formulação de um plano real, a partir de objetivos consistentes. O entrevistado AE2 mencionou o estabelecimento de um diagnóstico, porém pensa-se que a construção realizada para implantação do processo de regulação já passou por uma importante análise da situação local e estadual, pois é necessário conhecer a situação para se poder agir.

O entrevistado AR3 trouxe para a discussão a necessidade de uma maior participação do controle social, o olhar do usuário ao processo de regionalização; acreditava que esse estava muito tímido nesse processo. Ressaltou uma fala do ex-Ministro da Saúde José Temporão, pontuando que não adiantaria aumentar recursos, mas que haveria a necessidade de saber gastar o dinheiro, com um controle eficiente.

Eu acho que é bem por aí mesmo que tem uma coisa que, que eu gostaria de complementar, que o ex-Ministro da Saúde José Temporão, ele fala muitas vezes o seguinte. Que não adianta simplesmente aumentar recurso em saúde, você tem de saber gastar bem aquele dinheiro e controlar de que forma aquele dinheiro foi gasto, se foi eficiente ou não. Então é a média complexidade e a regionalização, eles vão exigir esse olhar. Por isso eu acho importante frisar apenas uma atuação mais forte por parte do controle (AR3).

A fala do entrevistado AE2 remeteu também à necessidade de se repensar e efetivar a microrregião, sendo fundamental que se conheçam as realidades locais e regionais para se atuar regionalmente, sendo que, desta forma, os Municípios de maior porte passariam a ser realmente referências para os demais. O discurso desse ator estadual (AE2), reflete a discussão trazida no Pacto de Gestão, que prevê a territorialização, como pressuposto do processo de regionalização, que

consiste no reconhecimento e na apropriação, pelos gestores, dos espaços locais e das relações da população com os mesmos, expressos por meio dos dados demográficos e epidemiológicos, pelos equipamentos sociais existentes (tais como associações, igrejas, escolas, creches, etc), pelas dinâmicas das redes de transporte e de comunicação, pelos fluxos assistenciais seguidos pela população, pelos discursos das lideranças locais e por outros dados que se mostrem relevantes para intervenção no processo saúde/doença – como o próprio contexto histórico e cultural da região^(179:16).

Nesse sentido, o território representa o fixo e as dinâmicas e interações representam os fluxos que se desenvolvem nesse território. Por outro lado, também deve-se considerar a possibilidade de alterações no desenho da regionalização, compreendendo-se a dinamicidade e a subjetividade da divisão regional. Os novos desenhos devem vir ao encontro dos interesses e das necessidades dos usuários, sendo considerados nas definições políticas⁽⁶⁸⁾. E, infere-se que esses novos desenhos, mais dinâmicos, considerando a territorialidade e a força viva do território, conseguirão alcançar a efetiva consolidação dos **fluxos**.

Dessa forma, faz-se necessário trazer à tona a discussão dos atores entrevistados quanto ao Pacto de Gestão, também considerado um mecanismo de gestão que busca proporcionar a efetivação dos fluxos, no presente estudo.

Pensa-se que a proposta do Pacto traz consigo a intenção de reduzir o protagonismo do MS “na relação direta com os municípios em prol de uma maior participação dos estados”, buscando “flexibilizar a dimensão prescritiva da NOAS, para intensificar o exercício de negociação política, privilegiando os acordos constituídos no contexto estadual/regional”. Portanto, tem-se como desafio conceber “mecanismos de gestão regional que possam ser utilizados nas mais diversas regiões do País”, levando-se em consideração “a atual concentração política e financeira na esfera federal e a necessidade de promover uma participação mais efetiva dos governos estaduais, com preservação da autonomia municipal na execução de ações e serviços de saúde”^(186:209).

O Pacto pela Saúde busca envolver “mudanças na distribuição de poder e o estabelecimento de um sistema de interações entre diferentes atores sociais (governos,

agentes, organizações e cidadãos) no espaço geográfico”. Pensa-se também que este inclui “a criação de novos instrumentos de planejamento, integração, gestão, regulação e financiamento de uma rede de ações e serviços de saúde no território”^(187:68).

O texto do Pacto de Gestão propõe que o avanço no processo de regionalização deva se dar “com diversidade operativa e respeito às singularidades regionais”^(182:90). Logo, deve-se ressaltar que o fixo, território e desenhos estáticos, realizados a partir dele, está posto e os fluxos que derivam desse fixo não se restringem à normatizações e às redes já desenhadas, mas são uma construção social, política, devido a questões culturais e de acessibilidade da própria população local. Os atores promovem a construção desses fluxos, em função de suas relações sociais que ocorrem nesse território. Quanto ao mencionado pelo AM1, sobre o poder de **negociação** e de articulação do gestor, remete-se à questão da escolha desse gestor, do que o Prefeito espera ao nomeá-lo e suas potencialidades ao assumir o cargo. Cabe ressaltar que esse gestor circula por diferentes instâncias, tem conhecimento ou não dos instrumentos e das **estratégias** de gestão, bem como vontade política de que o SUS efetivamente funcione, na prática. Nesse sentido,

a regionalização cooperativa tem uma dimensão política, dado que busca a transformação do SUS, atuando num espaço mesorregional, numa situação de poder compartilhado onde se manifestarão diversos interesses de distintos atores sociais. Tem, também uma dimensão ideológica, uma vez que, ao se estruturar na lógica das necessidades e demandas da população, implicitamente opta por um modelo de atenção à saúde contraflexneriano, cuja implantação tem nítido caráter de mudança cultural. E tem uma dimensão técnica que exige a utilização e, até mesmo, a produção de conhecimentos e tecnologias coerentes com o projeto político e ideológico que a referencia^(168:36).

A discussão a respeito do Pacto pela Saúde, especialmente o Pacto de Gestão, apareceu discretamente nas atas das reuniões da ASSEDISA Centro-Sul, apenas como possibilidade de iniciar a discussão na Região, sempre trazida pela coordenadora da Associação, provavelmente por o Pacto ter iniciado sua implementação, no ano de 2006.

[Uma secretária atenta ao fato de que] a reunião dos Prefeitos do dia 11/07/06 será sobre o pacto de gestão, [a coordenadora ressalta que] acha que os secretários têm que estar preparados para trabalhar esse assunto (Ata 012/06 ASSEDISA Centro-Sul).

A questão da assinatura do Pacto de Gestão foi importante na discussão de regionalização com os atores em estudo. Quando questionados se este auxiliaria a resolução

dos problemas da atenção especializada, observaram-se diferentes posicionamentos em relação à questão. Alguns atores municipais (AM1, 4, 7, 11 e 14-15) referiram o receio de que o Município fosse arcar com uma responsabilidade maior, especialmente em relação ao financiamento, já que não havia o cumprimento da EC 29 pelos demais entes federados, segundo informação desses entrevistados. Outra questão (AM1) apontada foi que a Secretaria Estadual de Saúde deveria acompanhar o Município, auxiliando-o na execução do processo, além de pactuar, organizar a rede e colocar no papel. Um entrevistado (AM15) questionou e discutiu duas expressões trazidas nos materiais do Pacto pela Saúde, onde ao Ministério da Saúde e às Secretarias Estaduais “cabem” determinadas questões e aos Municípios “devem”, como obrigação. Também referiu que o cartão SUS seria o cerne da Lei 8.080/1990 e não estaria implementado, nem havia conseguido estabelecer uma rede de funcionamento; também questionou como seria a organização da distribuição dos recursos que poderia ser debitado automaticamente como cotas ou do fundo de cada Município, se o cartão estivesse em funcionamento.

Já outros atores municipais (AM3, 5, 9-10 e 12-13) acreditavam na melhora dos problemas da atenção especializada com a implementação do Pacto de Gestão. Referiram-se que o Pacto traria maior autonomia para o uso dos recursos em saúde, sendo, porém, necessário que ele efetivamente saísse do papel e que fosse cumprido pelos entes federados, especialmente no que diz respeito ao financiamento e à EC 29, preocupação semelhante à dos que não acreditavam no Pacto. O entrevistado AM13 atentou para a questão de vinculações entre os programas, acreditando que em pouco tempo os Municípios só teriam acesso a certos programas com a assinatura do Pacto. Os entrevistados AM 7 e 8 acreditavam que, com o tempo, haveria a pressão da assinatura pela vinculação das verbas, por exemplo, quanto à questão da adesão às UPAs.

Eu acredito se fosse toda lei seguida, porque não adianta se ele sair do papel, essa é a fórmula, se ele sair do papel e ir para prática ele vai ajudar muito. [...] É só ele sair do papel do jeito que ele está e ir para prática igual, não precisa mais nada está ótimo, vai ficar maravilhoso. Agora o problema é tirar dali, porque quantos anos está o Pacto?! 2006? [...] 2006 é, já estamos em 11, e o Pacto está no papel. [...] No Rio Grande do Sul, acho que meia dúzia [assinaram o Pacto], então está lá no papel bonitinho agora se ele sair do papel e for para a realidade como tem de ser, vai ser bom claro que têm alguns que, os que chamam, os maiores chamam, claro que vai ser ruim para eles, mas para a maioria vai ser bom, só que quando que vai sair do papel? [assobio]. [...] É o que eles tão fazendo aí? Eles estão fazendo, eles vão fazer com o Pacto, a mesma coisa que eles estão fazendo com o PSF. Vão começar a vincular tudo a ele e aí se tu não aderires [...] é tudo vinculado. É que nem hoje o PSF, se tu queres um CEO, se tu não tens

PSF tu não consegues, se tu queres uma ambulância SAMU, se tu não tens PSF, tu não consegues. Eu não sei como é que Guaíba conseguiu ter SAMU (AM13).

Quanto aos atores regionais e estaduais, houve uma maior defesa do Pacto, sendo que uma das questões trazidas seria a reorganização dos sistemas de saúde local, micro e macrorregional, visualizando o sistema de uma forma mais abrangente, tornando o Município responsável pelo atendimento ao seu munícipe, não esperando apenas pelo Estado e, pensando em formas de gestão mais eficientes, como o monitoramento e a avaliação dos serviços de saúde (AR2-3 e AE3). O entrevistado AE2, trouxe a questão de que o Pacto auxiliaria no estabelecimento de compromissos entre os entes do poder público, entre estes e a população e na mudança dessas relações, além do fato de o gestor dispor de um maior repasse para ele próprio negociar a compra de serviços de saúde, tornando o Município mais independente dos serviços de Porto Alegre (AR1). Este entrevistado mencionou o exemplo do município de Cachoeirinha que passou a receber R\$11,00, ao invés de R\$2,50 habitante/ano, após a pactuação.

Tu começa a estabelecer compromissos em cada local, ou seja, o gestor municipal, o gestor estadual e o próprio federal, começam a colocar no papel os seus compromissos. [...] Então, cada vez mais que a gente consegue ser transparente nessas relações, não entre entes do poder público, mas entre o poder público e a população. Quanto mais transparente a gente for nisso, quanto mais a gente conseguir dizer para eles, olha o nosso compromisso é fazer isso, e é isso que nós estamos trabalhando, mais saudável permanece a relação e isso cria uma situação favorável e você tem uma condição melhor de atendimento da população. [...] Não, ele não resolve nada, mas ele auxilia. Então, soma-se, Pacto de Gestão, soma uma questão de um entendimento do Estado, qual é o papel, está diferente, investimento nas Coordenadorias, o entendimento dos Municípios que mudou essa relação, o entendimento dos prestadores que esta relação mudou também e que ele tem de seguir regras, como eles estão acostumados a seguir nos planos privados (AE2).

Outra questão discutida foi a não assinatura do Pacto pelos Municípios do Rio Grande do Sul, sendo que o entrevistado AR2 referiu que os Municípios poderiam ir pactuando aos poucos, no início, o mesmo que eles já vinham fazendo e, irem incrementando, o que, segundo esse ator regional, acontece em outros Estados da Federação. Assim como já mencionado pelo entrevistado AM13, o AR2 frisou que, aos poucos, o Ministério da Saúde vinha vinculando alguns repasses à assinatura do Pacto pela Saúde. Ainda ressaltou a importância de os Municípios que se encontravam em Gestão Plena do Sistema de Saúde se comprometerem com a pactuação.

A elaboração do Pacto pela Saúde surgiu da necessidade de se promover mudanças no relacionamento entre os entes federados na questão saúde, pois havia uma visão crítica entre os dirigentes de que a condução federal da descentralização estaria muito voltada a uma normatização vinculada a incentivos financeiros. Logo, nos anos de 2003 e 2004, a discussão ficou muito voltada ao Pacto de Gestão, enfatizando aspectos referentes à descentralização, à regionalização e ao financiamento⁽¹⁸⁸⁾. Nesse sentido, o Pacto de Gestão

pretende diminuir as competências concorrentes entre os gestores do SUS quando define os papéis e as responsabilidades de cada um, fortalecendo assim, a gestão compartilhada e solidária. Avança na regionalização e na descentralização do SUS, a partir da proposição de algumas diretrizes com diversidade operativa e respeito às singularidades regionais^(182:90).

Outro ator regional (AR3) acreditava que, apesar das eleições federal e estadual [2010], os Municípios estariam assimilando, gradativamente, o processo de pactuação e, a partir daí se poderia realizar uma discussão mais aprofundada e se trabalhar com os nós existentes no sistema, avançando-se no processo. O entrevistado ressaltou que houve um movimento mais municipalista contrário à adesão ao Pacto, mas acreditava que seria mais no sentido de se fazer ouvir em relação aos problemas que os Municípios vinham enfrentando, do que ser contra à assinatura do Pacto. O entrevistado AR1 ressaltou que o Município estaria entre a decisão de assinar o Pacto que viria vinculando alguns repasses ou contrariar o posicionamento da FAMURS e da ASSEDISA Estadual, pela não assinatura, para pressionar a aprovação da EC 29.

Nesse sentido, o entrevistado AE1 afirmou que a ASSEDISA não foi contra o Pacto, mas que teria um posicionamento crítico em relação à aplicação dos recursos financeiros, especialmente os do Estado. Segundo ele, não se poderia assinar um Pacto com um parceiro que se sabia que não iria cumprir sua parte. Por outro lado, ressaltou que, desde o ano de 2009, a ASSEDISA Estadual liberou os Municípios que quisessem realizar a assinatura do Pacto. O entrevistado AM14 mencionou acreditar que cerca de cinco Municípios já o tivessem assinado, o AM2 acreditava que haviam sido quatro ou cinco e o AM10, dois ou três Municípios, demonstrando desconhecimento do número exato de Municípios aderentes à proposta do Pacto.

Todos os atores municipais referiram não terem assinado o Pacto, além de relatar seu receio, especialmente em assumir a atenção de média complexidade, pela possibilidade de outros entes federados não cumprirem com os repasses da EC 29, responsabilizando mais ainda o Município (AM2-3, 6-8 e 10), conforme justificativa da ASSEDISA Estadual. Alguns

entrevistados (AM6-7) também apontaram que, em alguns Estados, muitos Municípios já assinaram o Pacto.

Não [Município não assinou o Pacto]. [...] a maior parte dos Municípios não assinou exatamente pela incerteza da responsabilidade do Município e nós já discutimos isso várias vezes. Um outro Secretário de Administração da Fazenda, o Prefeito, os Secretários Adjuntos e a gente sempre tem aquela dúvida muito grande em relação ao resultado de tudo isso. Nós sabemos que São Paulo, o interior de São Paulo não sei porque, a característica de cada Município, têm muitos Municípios que já assinaram, mas que estão dizendo que de uma forma ou de outra vai ter de ser assinando para que tenha alguma ajuda (AM6).

Por outro lado, o entrevistado AM9 relatou que estava em tratativas com a Coordenadoria para a assinatura do Pacto. O entrevistado AM12 ressaltou a forte tendência de o Município assinar, visto que se habilitaram para uma UPA; também referiu que já se manifestaram quanto ao interesse de assinar, além de demonstrar a necessidade de reorganização da rede de atenção à saúde.

Segundo dados de documento da SES, atualizado em 11/01/2012, 146 Municípios já haviam tido aprovação na CIB (29,44%) para assinatura do Pacto, sendo sua quase totalidade, ocorrida a partir do final do ano de 2010; apenas São Borja se deu ao final do ano de 2009. Desses, para 131 (26,41%) já havia saído portaria MS e 15 aguardavam a homologação da CII⁽¹⁸⁹⁾. Entre os Municípios que, na referida data já estavam procedendo ou já haviam procedido a tramitação da pactuação, não constavam os do presente estudo. Portanto, apesar de menções de alguns gestores quanto ao encaminhamento da pactuação, ela ainda não havia acontecido entre os Municípios da ASSEDISA Centro-Sul.

O entrevistado AR3 acreditava que o processo de regulação do município de Porto Alegre iria aumentar o diálogo com o Estado e formar parceiras, por meio do Pacto. Relatou que se chegou a um momento do SUS em que não existiria mais a gestão plena ou semi-plena, mas sim parcerias que seriam fundamentais para resolver a vida do cidadão, independente de seu Município de origem. O ator estadual (AE3) salientou o fato de os Municípios pertencentes à ASSEDISA Centro-Sul, assim como a maioria dos do Estado, terem assumido a Gestão de Atenção Básica e não evoluírem para firmar o Pacto para não assumirem atividades não relacionadas a ela. Acreditava que cabia ao Estado auxiliá-los no sentido de encorajá-los a assumir toda a gestão em seu âmbito e que seria um grande trabalho ao novo Governo.

O processo de regionalização necessita, gradativamente, “superar os entraves da política de descentralização mantida pelo PDR”, organizando e revisando a interação entre os serviços de saúde dos Municípios, ampliando-os a outros territórios de saúde e, dessa forma, assegurando o acesso e o direito à saúde ao cidadão^(68:24).

A base para a elaboração dos compromissos, conforme o Pacto pela Saúde, é a expectativa que se tem da solidariedade entre os entes federados⁽¹⁸⁸⁾. O Pacto de Gestão definiu **estratégias** para a regionalização da saúde⁽⁴⁶⁾. Propõe o estabelecimento de acordos entre as esferas de governo, com a assinatura de termos de compromisso de gestão compreendendo objetivos, responsabilidades e metas vinculados a indicadores de monitoramento. Desta forma, seriam substituídas as antigas formas de habilitação e se aumentaria a necessidade de cooperação intergovernamental na política da saúde⁽¹⁸⁸⁾. Nesse sentido, infere-se que

o Pacto pela Saúde inicia um novo ciclo de descentralização do SUS ao procurar garantir a função da regionalização de trazer os conteúdos do território para dentro das lógicas de sistema e de descentralização, como forma de pensar e buscar maior coerência e aproximação entre essas duas lógicas⁽¹⁹⁰⁾.

O entrevistado AE1 mencionou que a responsabilidade com a contratação e o pagamento do prestador, em seu âmbito, seria do Município. Também relatou que ficaria claro para ele o que teria de direito na referência, o quanto de recurso e o número de atendimentos dele, com termo de garantia de acesso. Então, dessa forma, acreditava que a regionalização poderia deslançar.

Outro olhar (AE3) é a perspectiva das dificuldades que o Município teria que enfrentar no momento em que assumisse o compromisso pela atenção em saúde de seus munícipes e pactuar isso, sendo o contratante de todos os serviços de saúde no seu Município. Relatou que teria de haver uma Área da Saúde que trabalhasse bem o chamamento público e os critérios de contratação, uma Área para realizar o controle, a avaliação e a auditoria dos prestadores de serviços, com a contratação de um médico controlador do sistema de saúde, sua capacitação técnica e o alto recurso para a regulação. Segundo esse ator estadual, essa estrutura exigiria a contratação de muitos técnicos e o Município acabaria tendo dificuldades em função da Lei da Responsabilidade Fiscal.

Por outro lado, em outra fala, o entrevistado AE3 tratou da importância da assinatura do Pacto, especialmente quanto às responsabilidades e competências de cada ente federado e ressaltou a necessidade de o Município lutar para que seu recurso financeiro se concretize

para que possa efetivamente contratar os serviços. Referiu que, firmando o Pacto junto aos governos, federal e estadual, o Município se comprometeria a realizar determinadas atividades em seu território e saber onde buscar determinado serviço. Relatou a necessidade da conclusão da Programação Pactuada e Integrada (PPI), pelo Estado, assim haveria um termo de garantia de acesso, firmado entre os Municípios, tanto o sede, quanto o de referência. Desta forma, haveria uma maior possibilidade de a referência ser cumprida pelos Municípios, pois as questões ficariam explicitadas. Segundo o AE3, seriam firmadas todas as competências e responsabilidades, como por exemplo, o município de São Borja, primeiro a assinar o Pacto no Estado, estava bem firmado nas questões relacionadas a medicamentos. Portanto, quando há uma determinação judicial para que o Município forneça determinada medicação, ele tem explicitado no Pacto qual ente federado é responsabilizado por essa medicação.

Não, ele está ali, ele vai dizer claramente, olha, está aqui no meu Pacto firmado o compromisso que eu assumi, até o limite que eu estou pronto para assumir. E, eu acho que isso vai dar uma tranquilidade maior para o gestor municipal (AE3).

Logo, o Pacto pela Saúde traz as diretrizes e os objetivos do Sistema de Planejamento no SUS, com ênfase no processo de pactuação intergovernamental e nos instrumentos a serem adotados, especificamente a Programação Pactuada e Integrada, além dos Planos de Saúde. Os pontos prioritários destacados são “a adoção do critério de necessidades de saúde para o planejamento e a programação, a adequação de instrumentos e a cooperação entre esferas de governo para o fortalecimento e equidade no planejamento”^(188:2375). Porém, cabe destacar que

os ‘eixos’ do pacto são tão estruturados, os indicadores tão bem definidos, que, tudo isso, aliado à falta de técnicos no extenso território nacional, faz com que os ‘planos municipais’ acabem assumindo uma normatividade e formalismo que ficam a anos-luz do melhor pensamento de Matus e Testa...Basta lembrar a pobreza, a falta de criatividade dos ‘planos’ elaborados pelos municípios durante o processo de municipalização, quando empresas ‘especializadas’ elaboravam o mesmo plano para dezenas de municípios, apenas mudando os dados locais, para cumprir as exigências das normas operacionais (NOB). São raríssimas as experiências municipais, hoje, de o planejamento ser utilizado como elemento politizador, problematizador e promotor de mudanças como pensamos um dia. Os caminhos têm sido outros...^(191:2277-8).

Observou-se, nas falas, algumas dificuldades impostas pelo Pacto de Gestão que foi uma operação implantada com a finalidade de gerar uma estratégia de **cooperação**. No Rio Grande do Sul a implantação dessa **operação** gerou uma **estratégia de confronto aberto**, ou

seja, “é um jogo de medir forças opostas, no qual uma das partes deve vencer a outra”^(25:15). A ASSEDISA Estadual posicionou-se contra a assinatura do Pacto pelos Municípios e não contra o Pacto em si, o que ocorreu até o final do ano de 2009. Essa estratégia, de um posicionamento crítico, nasceu do receio de que os Municípios assumiriam responsabilidades pelas quais não dariam conta em virtude, entre outras questões, de ter um parceiro que se sabia que não iria cumprir sua parte. Um ator estadual mencionou que o Município assumiria mais responsabilidades, mas haveria uma reorganização do sistema em que não houvesse mais formas de gestão e o Município seria o responsável pelo seu município. Ressaltou que esse deveria lutar para garantir o recurso junto ao seu parceiro. Sabe-se que o Estado não tem condições de arcar com o seu percentual em saúde, mesmo após a sanção da lei que regulamenta a EC 29.

Ainda salienta-se que o mesmo, junto ao MS tem muita força no **jogo social** e, pela análise estratégica, pensa-se que ele possa lançar mão de **meios estratégicos** para **construir a viabilidade política da operação** proposta. Infere-se que um meio que já vem sendo utilizado é o da **coação**, no momento em que o Município não pode solicitar a implantação de um programa (por exemplo, a Unidade de Pronto-Atendimento – UPA) se não tiver assinado o Pacto. Aliás, a enxurrada de assinaturas, após 2010, parece comprovar seu uso pela SES e MS, semelhante ao que foi realizado no processo de municipalização, pelo MS. Também pode-se cogitar o uso da **imposição** pela hierarquia, haja vista que o MS é o protagonista da arena decisória, apesar de a Constituição garantir a descentralização por meio da direção única em cada esfera de governo. A **persuasão** também pode ser pensada, pela “capacidade de sedução do líder”^(25:221). Mas também pode ser feita a **negociação**, podendo ambos os lados chegarem a um acordo que satisfaça a todos.

Por outro lado, também se entende o posicionamento dos Municípios, especialmente pela dificuldade que vêm enfrentando quanto ao financiamento da saúde. O receio em assinar o Pacto e não dispor de condições financeiras e técnicas para dar conta da pactuação os limita à ABS e compras de serviços para tentar desafogar a MC. Porém, a vinculação de programas e verbas acabará obrigando-os a assinar o Pacto e se readequar ao que até então vinham desenvolvendo em saúde. Atenta-se ao fato de que o Pacto não pode ser apenas mais um documento assinado, mas efetivamente um acordo entre os entes federados, em que cada um cumpra o seu papel e que o Estado realmente se coloque como mediador no processo de planejamento ascendente necessário à descentralização, com a consolidação da PPI e da regulação em saúde. Dessa forma, será possível um ganho real para o Município, a Região, o Estado, a União, mas especialmente aos usuários do SUS.

5.2.2.3 O jogo político do processo de regionalização no Município e na Região

O presente capítulo trata do jogo político no processo de regionalização nos espaços onde ocorrem as discussões nos Municípios e na Região. Essa discussão se dá a partir das referências dos atores de como vinha evoluindo o processo de regionalização na Área em estudo, a partir dos avanços e dos obstáculos existentes para a consolidação desse processo na Região e no Estado, bem como a organização dos serviços regionais de saúde, sendo pensada a partir dos fixos e fluxos, discutidos anteriormente.

O jogo político remete à disputa e à distribuição do poder político no espaço decisório. Pode-se observar, ao longo do capítulo, que as redes propostas são fixos e não fluxos, pois, apesar dos diferentes instrumentos de que a gestão dispõe, ainda não se aplicam às reais necessidades dos diferentes territórios. Por isso, sentiu-se a necessidade de discutir junto aos atores municipais, regionais e estaduais, no presente estudo, como a questão desse jogo vem interferindo no processo de regionalização, local e regionalmente.

A discussão do processo de regionalização nos Municípios pertencentes à ASSEDISA Centro-Sul, segundo os relatos dos atores municipais e dos registros em atas, vinha ocorrendo na Região, seja na ASSEDISA Centro-Sul ou no COGERE. Essa discussão, no Município, junto aos profissionais de saúde e Conselhos Municipais de Saúde, segundo alguns dos entrevistados (AM2, 5-6, 10 e AR2), era pequena, sendo que, na maior parte das vezes, ocorria conjuntamente ao Prefeito, quando necessário, especialmente no que tangia a recursos financeiros.

O entrevistado AM15 ao avaliar como positiva a implantação da descentralização para o Município, também ressaltou o atual período de acomodação, especialmente dos conselhos municipais, visto, em um Município de pequeno porte, algumas pessoas ocuparem lugar em vários conselhos. Também discutiu a necessidade de um melhor preparo das pessoas que participam do Conselho Municipal de Saúde, para que haja um melhor entendimento e responsabilização sobre a atividade que exerce. Então sugeriu a necessidade da capacitação dos conselheiros com auxílio de entidades e/ou Universidades e o esforço dos Municípios, da ASSEDISA, da FAMURS, da CIB e da SES. Também relatou que a FAMURS poderia ter um “mecanismo conjugado” que auxiliasse o Município nessa organização, porém ele a via com um cunho muito político e pouco técnico.

O mesmo entrevistado (AM15) também manifestou a necessidade de maior união da Região, mantendo discussões permanentes e, nesse sentido, qualificando a assistência à saúde, nos Municípios.

É, eu vejo que a Região teria que se qualificar, a Região teria de ser mais unida [ênfase] e, nesse ponto, eu me coloco nesse processo de união que eu também estou distante, para que a gente pudesse aprofundar a discussão de saúde, discussão no sentido de poder ampliar aquilo que está bem e qualificar aquilo que não está bem, mas fazendo uma discussão positiva e negativa, ao mesmo tempo, do processo que está implantado. É um processo permanente, um fórum permanente de discussão, eu acho que só assim a gente, com certeza, faria com que as pessoas, os usuários de saúde dessa Região sofressem menos, [...] sofrer um ano e pouco de dor porque não tem [ênfase] um leito, acontecer isso é muito banal, é muito vulgar, é muito primário, muito primata, nós regredimos, te afirmo com certeza, em pontos técnicos que nós regredimos muito, na situação regional de saúde (AM15).

A estratégia de promover capacitações aos conselheiros é interessante, inclusive para mantê-los mais motivados quanto a sua atividade. Porém, as discussões permanentes na Região, pelos gestores municipais é essencial para o **planejamento situacional**. A situação, entendida como “uma distinção que um ator faz em relação a sua ação no jogo social” pode constituir “um espaço de produção social onde nós desempenhamos um papel, da mesma forma que nossos oponentes, e onde tudo o que ali ocorre em termos de produção social depende de nós e deles, em interação com o entorno que nos rodeia a ambos”^(27:191). Nesse espaço de produção social, os atores envolvidos no processo podem discutir e tomar decisões a partir da permanente análise situacional da Região, promovendo, portanto, um efetivo planejamento regional.

Nesse sentido, pode-se observar um avanço na organização das estratégias para efetivação do processo de descentralização quando a gestão municipal consegue planejar seu sistema internamente e, após dar seguimento ao processo regional. Este exemplo está num Município de grande porte, o qual entrou na pesquisa para melhor entendimento da evolução do processo de regionalização no Rio Grande do Sul.

Porém, os atores, “participantes do grande jogo social desenvolvem uma constante luta pelo poder” e, pelos postulados da teoria PES, “o poder reside na desigualdade das regras de jogo, que confere vantagens a uns e desvantagens a outros”^(27:320). Cabe destacar a necessidade do **poder no jogo social**, por este ser meio e fim⁽²⁷⁾. No presente estudo, a regulação em saúde, que vinha sendo promovida pela Secretaria de Saúde de Porto Alegre, vem utilizou-se dos **poderes político, administrativo e técnico** que gerou um **conflito** com os demais Municípios do Estado, mas com a finalidade de auxiliar o processo de regionalização no RS, além de resolver as questões do próprio Município.

O entrevistado AE2 iniciou a fala sobre a implementação do processo de regionalização, tratando-se da organização municipal. Apontou que, num primeiro momento, vinha-se trabalhando na implantação de um sistema informatizado para promover a territorialização da atenção em saúde no próprio Município, utilizando-se unidades de referência e, após, a referência da rede básica e da especializada para determinado Hospital Geral, conforme recortes na cidade.

Ressaltou as formas de organização do sistema para a consolidação das políticas. Essa organização do sistema, proposto pelo Município em questão, permitiria que os munícipes transitassem pelo Sistema de Saúde de uma forma referenciada e organizada, diminuindo a superlotação dos serviços de saúde e o conseqüente custo social dessa espera, além do fato de que, segundo o ator estadual, o usuário se desloque o menos possível na cidade, apesar de, no caso dos hospitais, não haver uma distribuição equânime no Município, com maior concentração em dois pontos da cidade.

Primeiro, nós estamos num processo de implantação de todo um sistema informatizado em [Município], onde nós de fato [ênfase], vamos conseguir regionalizar, nos seus níveis de complexidade de atendimento. Então, vou ter uma regionalização da atenção primária, aonde cada comunidade vai ter a sua unidade de referência, e ele vai dizer: – Bom, hoje eu estou doente, mas, ou quando eu ficar doente eu vou ter este local que vai me acolher para o meu atendimento. Então, isso tu tem a estratégia da saúde da família com suas Áreas adscritas a cada equipe, e as unidades básicas de saúde tradicionais elas também vão ter esta referência. Nós temos uma segunda regionalização, que a gente está trabalhando que é, como nós temos quatro hospitais gerais e vamos ter um quinto que é o [nome do hospital]. Então, nós temos uma regionalização, de fazer uma vinculação de toda essa rede básica e a rede especializada não hospitalar, ela ser referenciada a um hospital geral, então, nós vamos ter um segundo recorte da cidade para você fazer, por quê? Porque isso você tem toda a tua estrutura de unidades de pronto atendimento que também vão ter cobertura de 100% da cidade, e você começa a vincular a esses hospitais gerais as unidades de pronto atendimento. Então, tanto essa atenção primária ela vai ter um vínculo com a unidade de pronto atendimento, mas ela tem o vínculo com os hospitais gerais. E aí nós utilizamos os hospitais especializados, eles ficam como apoio [ênfase] a esses processos (AE2).

Observa-se que o entrevistado AM1 acreditava no avanço do processo de regionalização. Referiu que estava conseguido resolver seus problemas regionalmente e atentou para a necessidade de as Secretarias terem funcionários concursados que pudessem dar seguimento ao trabalho junto aos próximos Secretários de Saúde, não havendo necessidade de repactuar decisões já discutidas anteriormente. Essa preocupação também foi levantada pelos entrevistados AM2 e 8, no sentido de existirem processos/padrões

preestabelecidos e funcionários concursados que dessem continuidade aos projetos da Secretaria, tanto municipal quanto estadual, na troca de gestão, não havendo necessidade de sempre se reorganizar e reiniciar com novas pessoas.

O fato de os funcionários próximos aos secretários de saúde não serem concursados, remete a uma discussão sobre o **jogo político, no jogo social**. Esse tipo de jogo “produz, distribui e concentra o poder político”, sendo que “combina a luta por motivações pessoais com as motivações ideológicas, expressas em projetos sociais”^(27:321). Logo, infere-se que essa ação estratégica permite se ter o controle sobre o seu governo, pois os funcionários concursados teriam uma visão mais técnica, enquanto o cargo de confiança, uma vinculação mais político-partidária.

Seguindo a questão da evolução da discussão do processo de regionalização, alguns dos atores municipais apontaram as dificuldades impostas para seu avanço (AM3-4, 7, 9-10 e 12). Foi salientada a necessidade de se evoluir mais no processo, retomando-se as questões de financiamento, falta de recursos para a ABS e MC, além da baixa remuneração dos profissionais, como entraves para o avanço do processo de regionalização. Também foi relatado o fato de haver verba para implementação de alguns programas, mas sua manutenção ficava a cargo do Município, o que, algumas vezes, seria mais oneroso que a própria implantação, podendo refletir uma forma de pressão para se assumir a gestão plena da saúde.

Os entrevistados AM4, 6, 15 e AR1 ressaltaram que questões de políticas de governo poderiam estar interferindo na consolidação do processo. O AM4 mencionou a diminuição do foco na saúde da família e relatou, assim como o entrevistado AR1, que algumas políticas também não saíram do papel, que a teoria não havia sido posta em prática, enquanto as necessidades de saúde da população aumentaram. O entrevistado AM6 referiu que o processo de regionalização ainda estaria muito superficial, não havendo nada prático.

Afirmou, ainda, que o início é difícil, pois são necessárias muitas discussões e, em sua fala foi retomada a questão da origem das verbas. O entrevistado AM15 reportou-se à questão histórica da implementação da regionalização no RS, que evoluiu durante o governo de Olívio Dutra, mas que não foi dada continuidade pelos governadores Rigotto e Yeda Crusius. Ressaltou sua esperança em relação a essa discussão no novo Governo petista, mas acreditava que esse estava herdando uma mazela na Saúde. O gestor referiu-se novamente ao então Secretário Estadual de Saúde ressaltando o foco eleitoral da queda da mortalidade infantil. Segundo ele, a queda desse indicador, assim como do analfabetismo é obrigação do gestor e não deve ser utilizado como artifício político para a próxima eleição.

Eu digo assim, teve um momento, vamos falar em situação temporal, teve um momento em que ela evoluiu [governo Olívio Dutra, contando com a coordenadora da 2ª CRS da época como parceira], parecia que ia...[...] Um bom tempo, aí ficou longos oito anos sem mexer, há oito anos estamos parado [governos Rigotto e Yeda], mas agora é necessário que nós passemos a fazer uma discussão profunda, rápida, provavelmente, a visão do governo petista é muito diferente da visão do governo que está, em relação a saúde, [...] é, tenho muita esperança que venha realmente venha a acontecer uma revolução, na verdade nós temos que tratar isso como uma revolução sem exagerar (AM15).

A esperança num novo Governo foi mencionado por alguns dos atores municipais, regionais e estaduais, ao longo do estudo. Pensa-se que a esperança num novo tipo de intervenção, de estratégias, motive os atores sociais, envolvidos na gestão, pois “governar é interferir no desenvolvimento do jogo com a intenção calculada de alcançar um propósito”^(27:447). Porém, cabe discutir que todos esses atores são governantes e interferem no jogo social e essa esperança de que alguém irá fazer um “milagre” vira frustração após os primeiros 100 dias de governo. A troca de partido no Governo estadual, sendo o mesmo do federal pode promover mudanças de **estratégias e meios estratégicos** para tentar consolidar o plano. Porém, a mudança não ocorre tão rapidamente e, faz-se necessário seguir, recalcular a trajetória, repensar as operações e meios estratégicos para atingir esse fim, se a mudança for realmente desejável. Por outro lado, é importante lembrar que os problemas estruturais que não permitem ao Estado investir 12% na saúde seguem na bagagem do novo Governador e que, podem fugir de sua alçada, pois “o sistema social é um grande jogo, complexo, nebuloso e de final aberto, composto de vários jogos individuais indivisivelmente entrelaçados”^(27:319).

Nesse sentido, salienta-se que a **gestão política** é um dos três cintos do governo e “sintetiza os resultados positivos e negativos alcançáveis no âmbito específico que dá ou nega resposta às demandas políticas dos atores sociais e da população em geral”^(25:272). Nesse, o **poder político** é considerado o “recurso escasso crítico”. A gestão política refere-se à ação do governante, incidindo, entre outros, na distribuição do poder descentralizado, “que alcança o equilíbrio de governabilidade nas diversas instâncias de governo”^(25:272).

Logo, o poder político é distribuído entre outros atores, inclusive para promover a governabilidade e esses também interferem na gestão política, pois promovem um infinito número de jogos individuais que incidem no sistema social.

O entrevistado AM15 salientou também uma importante dificuldade enfrentada na Região para o avanço do processo de regionalização, já mencionada na capacidade instalada, de que os hospitais poderiam realizar o atendimento regional de média complexidade. O entrevistado AM14 referiu que a questão da regionalização avançou, porém poderia ter

avançado mais e também referiu-se aos cinco hospitais da Região. Mencionou que se poderia ter capacitado esses hospitais para diferentes questões, podendo-se trabalhar com parcerias, um oferecendo serviços ao outro, tornando-se uma microrreferência na Região.

Um dos entrevistados (AM1) salientou a necessidade de maior desenvolvimento de Camaquã, oferecendo um maior número de serviços pelo SUS. Camaquã foi considerado um município polo no PDR/RS⁽⁸⁾; pensa-se que o fato de dispor de indústrias de beneficiamento de arroz o faça um polo atrativo de desenvolvimento e um polo regional de crescimento urbano, além de destacar-se pelo elevado valor do PIB *per capita*, próximo ao do Estado⁽¹⁸⁵⁾. A Teoria dos Polos de Crescimento de Perroux, trabalha com a ideia de força motriz, onde, em um sistema regional, uma atividade motriz, geralmente a indústria, poderá suscitar efeitos positivos e negativos na Região considerada receptora^(68:193). Pensa-se que o beneficiamento do arroz tenha contribuído como força motriz na Região em estudo, desenvolvendo a economia do Município. Nesse sentido,

o desenvolvimento dependerá do nível e da qualidade dos efeitos positivos e negativos do processo econômico, podendo trazer consequências para deslocar a orientação da base exclusivamente industrial para o atendimento do setor de serviços como educação, saúde e comércio. As teorias clássicas defendem que uma determinada atividade econômica, ao sofrer o efeito de força motriz vinda de outra região, influencia e impulsiona o desenvolvimento regional, atraindo a população na busca de satisfação de suas necessidades^(68:21).

A força motriz representa o **fluxo** modificando a configuração territorial, considerada um **fixo**, no sentido em que há uma transformação social e econômica da Região, inclusive ao se pensar que a população urbana do Município representa 78,64% e a rural 21,36%⁽¹⁹⁴⁾ e na presença da BR116 que dá acesso a Municípios de grande porte da Região Sul, tais como Pelotas e Rio Grande que dispõem do maior terminal portuário do Estado. A estrada também é caminho para a fronteira sul que faz divisa com o Uruguai.

As falas dos gestores e os registros em atas de reuniões da ASSEDISA, permitem inferir que há uma vontade política em organizar os serviços regionais de saúde, especialmente em média complexidade, porém atenta-se ao fato de elegerem a Instituição hospitalar. O entrevistado AM1 demonstrou a necessidade de haver consultas e procedimentos especializados eletivos na Região, mas a maioria dos gestores ainda foca nos hospitais. Isso pode estar acontecendo por diferentes motivos, primeiro o fato de considerarem Porto Alegre como a referência para esse tipo de atendimento – questão já discutida no capítulo anterior – segundo, ter uma capacidade instalada e subutilizada na

Região, que poderia resolver uma parte dos problemas regionais em MC e diminuir a busca por leitos ou cirurgias eletivas em diferentes Municípios. Por último, pensa-se que os gestores municipais precisem de uma maior parceria do Estado para concretizar o processo na Região.

Por outro lado, o entrevistado AR1 relatou outro possível motivo que poderia estar dificultando o processo de regionalização, de que os Municípios estivessem com receio de pensar a regionalização, quando se tratava do repasse de verbas, especialmente pelo fato da então gestão estadual de saúde passar apenas os ônus aos Municípios.

Nesse sentido, surge também a queixa, pelo entrevistado AM15, de que o Estado estaria promovendo uma “prefeiturização” da saúde.

Então fica pesado. Então, essa questão de regionalizar, porque através do Osmar Terra, a Secretaria hoje [2010], Saúde, é apenas, prefeiturizar a nossa ação em serviços públicos em saúde. Eles só empurram para o Município, essa é a regionalização deles, a regionalização deles nesse momento é empurrar a atribuição para o Município, não passam nenhum recurso e nenhuma condição física, nem humana de execução disso, então, fica complicado, está ficando, se não houver uma mexida forte nisso, eu não sei quem foi, não lembro quem foi o indicado Secretário da Saúde no governo Tarso, agora futuro. [...] mas se não houver uma mudança séria, trágica nesse momento, nós vamos ter um caos em Porto Alegre né, o SUS dessa Região, e assim está vindo a Região de Montenegro, na Região do Paranhama, na Região da terceira ali, então a gente está preocupado, a Região Sul, a gente está preocupado com isto (AM15).

A menção do entrevistado AM15 quanto a “prefeiturizar” a saúde ou “empurrar” mais responsabilidade ao Município não é o princípio da municipalização. Esse processo não tem por premissa apenas repassar encargos às Prefeituras sem avaliação, mas levar os serviços, mais próximo da população⁽¹⁶⁾, a partir de suas reais necessidades e **distribuir o poder nesse jogo político**.

Pensando nessa realidade, ressalta-se que, no Brasil, 71% dos Municípios têm menos de 20 mil habitantes, sendo de pequeno porte, mesma realidade da maioria dos Municípios do presente estudo. Questiona-se, portanto, em que medida esses Municípios conseguirão dar conta de “planejar, organizar, controlar e avaliar as ações e os serviços de saúde e gerir e executar os serviços públicos de saúde”, conforme previsto na Lei Orgânica da Saúde^(13:7;15:32).

Para essa discussão é importante salientar o entendimento do termo “interesse local”, sendo que sua definição “implica a realização, pelos Municípios, de serviços e atividades que digam respeito a suas necessidades mais imediatas, mesmo que tenham reflexos sobre o interesse regional, estadual e geral”^(15:103). Desta forma, o “interesse local”, respondendo ao

princípio da integralidade, abarca tudo de que o munícipe precisa, mas levando-se em consideração a necessidade de uma rede interfederativa para dar conta da atenção à saúde dos usuários do sistema⁽¹⁵⁾.

Nesse sentido, relembra-se que a regionalização “é a diretriz que orienta o processo de descentralização das ações e serviços de saúde e os processos de **negociação** e pactuação entre os gestores”^(32:15). Para tanto, a pactuação entre os gestores das três esferas necessitam de estratégias políticas e técnicas para se consolidar o processo de regionalização, utilizando-se dos pressupostos de territorialização, flexibilidade, cooperação, co-gestão, financiamento solidário, subsidiariedade, participação e controle social⁽³²⁾.

O Município tornou-se “o lócus de desenvolvimento e implantação de uma série de inovações gerenciais” que possibilitou a construção do sistema, em que a “esfera federal dirige o sistema e fixa suas diretrizes” e a municipal tem uma posição estratégica, pois é a esfera que “constrói as estratégias de trabalho que influenciam diretamente na relação com os cidadãos”^(55:119).

A esfera municipal é a que “efetivamente organiza a oferta de ações e serviços” de que os municípios necessitam, além de ter capacidade política para inserção de demandas na agenda setorial, por intermédio de “instâncias de intermediação de interesses do SUS” – CIB, CIT, COSEMS, CONASEMS, além das conferências e planos de saúde^(55:119).

Por outro lado, as dificuldades apontadas no estudo em relação ao fato de os Municípios se colocarem como efetivos gestores do seu Sistema de Saúde, especialmente, aos de menos de 20 mil habitantes, estão imbricadas também ao município de Camaquã. A dificuldade em esse realmente se colocar como polo regional, na Área da Saúde, demonstra os problemas em relação ao planejamento regional e os Municípios se colocarem em interdependência.

Nessa perspectiva, os atores estaduais (AE1 e 3) se posicionaram nesta questão da evolução do processo de regionalização tratando das representações locais e regionais em instâncias de participação, tais como ASSEDISA Regional, COGERE e CIB, locais em que as reivindicações são ouvidas e discutidas. Referiram que os gestores deveriam discutir suas questões regionalmente (ASSEDISA Regional) e levá-las aos demais fóruns de discussão. O entrevistado AE1 referiu que as Regiões elegem seu representante na ASSEDISA Estadual e essa coordena a Regional e representa sua Região na Estadual. Relata que os fóruns estaduais discutem questões como a macropolítica junto a SES, a política de alocação de recursos, de incremento tecnológico e a política de descentralização. O entrevistado AE3 mencionou que a

Região tinha uma forte participação nesses fóruns de discussão e salientou a importância de o gestor participar em seu COGERE. Logo,

a incorporação da gestão de redes ao processo de regionalização da saúde reafirma os princípios de construção do SUS e contribui decisivamente para fortalecer as suas bases de gestão de interdependências, fator essencial à melhoria do desempenho do sistema no contexto atual^(55:119).

A interdependência municipal, constituída por meio da construção de redes é um importante elemento para a gestão da saúde no SUS, incluída no próprio texto constitucional, quando menciona a organização do SUS por meio da descentralização⁽⁵⁵⁾ e da regionalização. A LOS 8.080/1990 previa a possibilidade de serem instituídos formatos de organização de interdependência municipal na forma de **estratégia** complementar. Após, na NOB96 constou a “ênfase no desenvolvimento de processos mais consistentes de interdependência municipal”, no sentido de “estabelecer condições plenas de exercício do poder municipal como gestor da saúde”. Passa-se a reconhecer a necessidade de estratégias para fortalecer essa interdependência, devido inclusive às assimetrias entre os Municípios em todo o território brasileiro^(55:121). Já a NOAS 01 e aperfeiçoada pela NOAS 02, estabelecem instrumentos e estratégias para se aprofundar a interdependência municipal com o desenvolvimento das redes regionais do sistema de saúde⁽⁵⁵⁾.

Essas **estratégias** são constituídas por essa norma, a partir de um “planejamento territorialmente delimitado das referências intermunicipais”, definindo-se por base uma “configuração espacial que estabelece como os municípios estarão dispostos em termos dos vínculos interorganizacionais”, que colocam o posicionamento dos Municípios na relação de interdependência e orientam o formato dos arranjos assistenciais, sendo um processo dinâmico e mutável^(55:124). Logo, o texto da NOAS propõe os processos de territorialização e planejamento integrado de atenção à saúde, a partir de elementos essenciais para “identificar qual o padrão de interdependência municipal fomentado pela estratégia de regionalização de atenção à saúde”. Esse padrão seria estruturado por “**fluxos** de relações motivados essencialmente pelos processos de territorialização e planejamento da atenção”, elegendo como objetivos a universalidade, a equidade, a integralidade, a eficiência e a resolutividade^(55:125). Essas questões tornam-se difíceis de ser alcançadas no momento em que há diferentes organizações territoriais dos espaços decisórios.

Entretanto, os mecanismos trazidos pelas normas não proporcionaram o avanço “na formulação de estratégias cooperativas entre as esferas de governo”, buscando evitar “a

competição por recursos e competências, sobretudo pela ausência de definição mais clara do papel dos governos estaduais na saúde”^(46:196).

Em substituição às NOAS, o Pacto pela Saúde parece responder às críticas e questionamentos em relação às demais normas, respeitando as singularidades das regiões, garantindo autonomia municipal e buscando critérios equânimes quanto aos repasses. Também reforça a questão da territorialização, por meio da inserção do CGR, propondo-se a uma gestão que se fundamenta na interdependência em redes⁽¹⁹⁵⁾.

Salienta-se que o modelo anterior da NOAS manteve a lógica de gestão baseada “na oferta de serviços e pouco avançou na perspectiva da construção de mecanismos mais eficazes ao planejamento integrado, em que pesem os critérios de necessidades local e regional de saúde”, deixando, portanto, de elaborar “metas e objetivos, fundamentais à regulação e avaliação das ações de saúde”^(46:197).

A discussão do jogo político no processo de regionalização nos Municípios e na Região em estudo, apontou potencialidades e dificuldades trazidas pelos atores envolvidos na evolução desse processo. A discussão da interdependência municipal e do planejamento regional abre caminho para se refletir a efetivação da regionalização e repensar os fluxos que se deseja em saúde, partindo da força viva presente no território. Para tanto, o poder político tem se mostrado fundamental para se alcançar esse objetivo e, cabe aos Municípios, organizarem-se regionalmente para consolidarem seu poder. Pensa-se que isso poderá ocorrer a partir de uma (re)união dos Municípios pertencentes à ASSEDISA Centro-Sul, considerado o espaço decisório, no presente estudo.

5.3 ASSEDISA Centro-Sul: espaço decisório na consolidação do processo de regionalização

A ASSEDISA Centro-Sul iniciou suas atividades em 24/06/2005 e, desde o início, possui as discussões que ocorriam nas reuniões registradas em caderno de atas. A análise dessas atas permitiu algumas considerações da primeira reunião até a última a que se teve acesso (09/07/2009), o que ocorreu em setembro de 2010. Pode-se inferir que, as discussões nesse espaço se voltaram para a construção e consolidação do Consórcio Intermunicipal Centro-Sul e para as questões de regionalização da saúde, focando as dificuldades em relação aos hospitais existentes na Região. Salienta-se o apoio, por meio da presença de representação ou da coordenação da 2ª CRS em algumas das reuniões da ASSEDISA Centro-Sul, especialmente nas discussões iniciais.

Nesse sentido, a inserção do gestor municipal na ASSEDISA Centro-Sul é uma questão importante que permite a compreensão de como se dá a discussão regional em saúde e quem a promove, colocando em evidência a distribuição do poder político que, segundo Matus, ocorre no jogo político que “é um jogo entre atores em disputa pelo controle dos diversos sistemas de governo em vigor no jogo social”^(27:321). Para Testa, o poder político é definido pela “capacidade de desencadear uma mobilização”^(31:101), no caso, a mobilização dos gestores em prol do planejamento regional. Dessa forma, pode-se remeter à ideia de cenário, sendo esse “um espaço onde se desenvolve a ação que é objeto das atividades estudadas”^(30:67). Nessa perspectiva, “o cenário de uma ação social se define como um espaço social, que pode ou não conter um espaço físico, mas que não pode ser definido a partir deste último”^(30:67). Logo, “o espaço social é uma relação entre os atores que são gerados ao desenvolver-se uma ação”, podendo ser considerado um campo de forças^(30:67). No caso dessa Associação os encontros são intercalados entre os Municípios e, apesar de não dispor de um espaço físico, existe um espaço social em que as ações e as relações, desenvolvem-se por meio do campo de forças. Assim, cabe definir o poder

como uma capacidade, a força é essa capacidade posta em movimento. A política de saúde, por sua vez, é a resultante das propostas que fazem os diversos personagens do drama de saúde, submetidos aos campos de força existentes ou, o que é a mesma coisa, à expressão da colocação em atividade da estrutura de poder do setor^(30:68).

Testa aponta três tipos de poder: administrativo, técnico e político, unidos aos limites temporais da cotidianidade e da história futura que o poder utiliza, podendo-se denominá-los de poder cotidiano e societal⁽³⁰⁾. No setor Saúde,

entende-se por poder técnico a capacidade de gerar, aprovar, manipular informação de características distintas. Poder administrativo é a capacidade de apropriar-se de, e de alocar recursos. Poder político é a capacidade de mobilizar grupos sociais que demandam ou reclamam suas necessidades ou interesses^(31:94).

A inserção nessa Associação é uma das maneiras que o ator municipal tem de colocar a “capacidade em movimento” e ela, aconteceu (ou não) de diferentes formas entre os atores dos 13 Municípios em estudo. Alguns dos entrevistados (AM1 e 13-14) tiveram um papel fundamental na criação da Associação na Região bem como em sua consolidação. O entrevistado AM1 manifestou que sentiu a necessidade de juntar os colegas, visto que estavam discutindo as mesmas questões. Esse demonstrou a “capacidade de desencadear a

mobilização” dos demais gestores, unindo-se em Associação para discutir os problemas comuns da região, ratificando o **poder político** que exercia na Região.

Como no momento da entrevista com os atores municipais, fazia, aproximadamente 1 ano e 4 meses que não aconteciam reuniões da ASSEDISA Centro-Sul, alguns entrevistados não se sentiram inseridos na Associação ou não haviam participado de reuniões, devido, especialmente, ao pouco tempo em que se encontravam na gestão em saúde (AM2-4 e 9).

Outros atores (AM5-8) mencionaram terem sido convidados para as reuniões e foram participando nesses momentos de discussão. Já o entrevistado AM10 referiu que o gestor anterior vinha participando e ele deu sequência. O entrevistado AM15 referiu ter recebido apoio da ASSEDISA Estadual no processo de descentralização em seu Município, porém ressaltou que, atualmente, já não sentia um embate maior da Associação, referiu senti-la desgastada em relação à situação do Governo Estadual.

E eu comecei assim, nós tivemos no Prefeito [nome] aqui, ele trabalhou aqui, foi em noventa e oito, ele deixou um espaço aberto para que a gente implantasse até o Programa de Saúde da Família. Então, a gente fez toda a discussão com a comunidade, uma discussão grande, ampla, porque a comunidade também tem de sentir dela isto e nesse sentido nós conseguimos fazer com que fosse criado um plano e aprovado um plano para a municipalização e a gente foi, através da ASSEDISA. A ASSEDISA começou a prestar um atendimento para a gente, comecei a participar, começamos a discutir mais internamente, isso estava acontecendo ainda um pouco da discussão, ainda estava no governo Olívio. É, estava no governo Olívio, discutindo a questão da regionalização, então o que me chamou mais a atenção, foi essa discussão, principalmente, com a decisão de que o Município teria que amadurecer para que acontecesse uma municipalização, em 98 não estava municipalizada. Eu assumi em 99, nessa época, eu era apenas Secretário, mas eu me envolvia, então, teve que haver um amadurecimento e nesse amadurecimento, eu tive, a gente percebeu, o que a gente tinha que conhecer, então como é que a gente vai conhecer, participando e se capacitando, então através daí a gente começou a buscar. E, eu vejo que a ASSEDISA hoje está um pouco fora, está um pouco também, acho que um pouco cansada da situação do Governo Estadual sabe, eu vejo assim que o [presidente da ASSEDISA Estadual] [...] É, eu acho que o [nome] ainda está, é, eu vejo assim que, eles relevam certas coisas para não entrar no embate. Mas eu acho que tem de entrar no embate (AM15).

A inserção dos atores municipais na ASSEDISA Centro-Sul ocorreu ou não de diferentes formas, porém cabe salientar que a sua organização se deu devido ao fato de um dos líderes do grupo ter sentido a necessidade de haver a união dos gestores da Região para discutirem juntos, questões relativas, especialmente, ao processo de regionalização. Nesse sentido, ressalta-se que a leitura situacional é própria de cada ator^(25:13). Logo, esse ator sentiu a necessidade da **estratégia de cooperação** para se conseguir pensar o planejamento regional.

No “jogo de cooperação prevalece a persuasão, a negociação de soma positiva, o acordo, a criação de instâncias de prevenção de conflitos e a intenção de abrir espaços de consenso que desobstruam os conflitos potenciais”. Nesse jogo, “imperava a lógica da interação amistosa com o outro, na busca de espaços maiores de liberdade para ambos, que multipliquem as possibilidades de coincidência de interesses e benefícios”^(25:16).

Dessa forma, esse **líder**, munido do **poder político** na Região, pensou nas potencialidades com que a união dos Municípios, por meio da cooperação e da negociação, poderia beneficiar a região, reduzindo os possíveis conflitos e unindo forças na consolidação de estratégias junto a diferentes atores e instâncias. Ele conseguiu implementar a Associação, pois “o líder só dirige se for capaz de ver além da curva, além do que veem seus seguidores”^(28:50). Inere-se que esse gestor enxergou além e pensou na importância da articulação regional para a efetiva construção do processo de regionalização nessa Área.

Quanto à efetiva participação na ASSEDISA Centro-Sul, alguns atores (AM8, 10 e 12) relataram que quando havia reunião, compareciam. O ator municipal AM11, por fazer parte da 3ª CRS, manifestou sua participação na ASSEDISA Zona Sul e referiu ter comparecido a poucas reuniões da Centro-Sul. Já o entrevistado AM5, como as reuniões não vinham acontecendo, referiu que se mantinha informado por meio do Jornal Eletrônico da Associação (Estadual).

O entrevistado AM9 preferiu não participar das reuniões, mas enviar as pessoas ligadas ao Gabinete para proporcionar sua “capacitação”. O entrevistado AM15 relatou que a pessoa que coordenava a saúde do Município frequentava as reuniões e que, eventualmente, ele também participava. Referiu que ele seria muito polêmico e traçava embates, porém via o debate construtivo como salutar ao processo.

O AM14 demonstrou sua participação tanto na ASSEDISA Centro-Sul quanto na Estadual e representando esta no Conselho Estadual de Saúde, manifestando a existência de um grande espaço de trabalho na Associação. Esse espaço é o que possibilita, potencializa e onde se decidem as ações a serem desenvolvidas no planejamento regional.

Quando questionados sobre como enxergavam a configuração do poder no espaço decisório, em relação à regionalização, alguns atores municipais (AM1, 10-12 e 14) acreditavam não existir disputas de poder entre os secretários vinculados à ASSEDISA Centro-Sul, nem envolvimento político-partidário, havendo parceria e solidariedade entre eles. O entrevistado AM1 ressaltou que havia o poder do próprio cargo, garantido em lei, relacionado ao **poder político**, pois a partir das condições básicas do gestor de saúde, ele mobiliza espaços de decisão, ou seja, espaços em que ocorre o jogo político.

O AM14 referiu que a Região tinha um perfil suprapartidário, com o entendimento de saúde acima de partido político. O entrevistado AR3, ator regional representante da CRS que comporta a maior parte dos Municípios em estudo, concordou com as falas acima e enfatizou que na Área da Saúde todos defendiam a saúde, não sobrando tempo para pensar em espaço de poder ou política partidária. Relatou que quem é da saúde é do partido da saúde. Ressaltou o sofrimento do gestor em saúde em relação às dificuldades que encontra em seu cotidiano de trabalho. Salienta-se também, que o representante da outra CRS (AR2) referiu que os Municípios eram bastante unidos e pertenciam a diversos partidos políticos. Nesse caso, pensa-se que os atores estejam vinculados a uma **ideologia** que tem como aspectos, “o saber como ‘visão’ de mundo e a prática como ‘construtora de sujeitos’”. Dessa forma, os eixos de saber e prática da ideologia estão ligados ao **poder político**^(31:102) que os atores municipais desempenham no Município e na Região.

O entrevistado AM6 remeteu sua fala a um dos gestores da Região que estaria se sobressaindo nas discussões regionais e estaduais e, esse ator o apontou como uma forte representação para a Região, referindo que ele conheceria as leis e teria contatos importantes em vários espaços, regionais e estaduais, bem como salientou a importante participação do ex-coordenador da ASSEDISA Centro-Sul. O entrevistado AM7 expôs que a saída do coordenador da Associação poderia ter sido uma das causas do esvaziamento das discussões regionais, assim como foi mencionado pelo AM13. Já a fala de um ator estadual (AE1), demonstrou a importância do trabalho e a articulação do ex-coordenador da ASSEDISA Centro-Sul que permanecia em atividade junto às Secretarias Municipais, mas em um Município que congregava serviços de MC e AC. Ressaltou que com a chegada desse, passou-se a ter uma maior preocupação com a regulação e a organização do atendimento dos Municípios de referência.

Algumas atas de reuniões da ASSEDISA Centro-Sul demonstraram o engajamento dos dois gestores citados pelo entrevistado acima, sendo que o ex-coordenador da ASSEDISA Centro-Sul manteve-se no cargo, desde o início da Associação Regional, até sua saída, em abril de 2010. O gestor citado pelo entrevistado AM6, figurou muito nas discussões das reuniões da ASSEDISA Centro-Sul e mantinha-se na diretoria da ASSEDISA Estadual.

A ASSEDISA Centro-Sul figura, no presente estudo, como espaço de tomada de decisões da Região. A entrevista individual com o gestor de cada Município, a observação na reunião da Associação em julho de 2009 e a análise dos registros de todas as reuniões da referida Associação não demonstraram a ocorrência de disputas partidárias. Ao contrário, como já citado por alguns atores entrevistados, os Secretários pareciam ter um único partido,

o da saúde e lutavam por conquistas na Área, para os Municípios e a Região, não mencionando posições partidárias. Essa constatação pode ser ancorada na constituição da Associação Regional, em 2005 e sua discussão bastante voltada, durante praticamente todo o período, a questões regionais, especialmente quanto à criação e implementação do CICS. Porém, cabe remeter a algo que vai além, que é o fato deles pertencerem a um Governo Municipal, responderem ao Prefeito e sua escolha ter forte cunho político, apesar de não enfatizado ou mesmo mencionado por eles nas entrevistas.

O engajamento dos gestores aconteceu em níveis diferentes, sendo que, ao longo do tempo, ocorreram várias trocas, porém os dois gestores, referidos logo acima, demonstraram o poder político que desempenham entre os demais gestores e sua articulação e movimentação em outros fóruns, além do fato proporcionar a união entre os gestores da Região, por meio da **cooperação e negociação**. Um deles foi o coordenador da ASSEDISA Centro-Sul, desde o início e, sua saída pode ter acarretado o esvaziamento das reuniões devido a seu poder de mobilização para a ação. Unido à sua saída, complementa-se, possivelmente, o desgaste dos gestores por não terem atingido os objetivos que almejavam, no que diz respeito ao CICS e à falta de parceria que manifestaram, por parte da SES e do MS. O outro ator municipal e também da ASSEDISA Estadual, citado, bem como outro ator municipal figuravam bastante nas reuniões. Foi possível observar, nos registros em atas e, em suas entrevistas individuais, que esses três gestores, tinham um papel muito forte nas discussões e traziam para a Região, questões debatidas na CES, CIB, SETEC, ASSEDISA Estadual, CRS, SES, além de eventos de gestão.

Ressalta-se que, especialmente, os dois gestores citados, primeiramente, dispunham de um importante **poder** de representação da Região, o que foi mencionado não só por atores municipais, mas, também, por atores regionais e estaduais, nas entrevistas. Acredita-se que esse poder exercido por esses gestores tenha sido atribuído a eles pelos próprios gestores, a partir de sua qualificação na gestão, sua forte participação, engajamento ao grupo e ao poder de mobilização política, além de sua representação em fóruns regionais e estaduais. Atribui-se também ao fato de serem pessoas que manifestavam as decisões regionais em diferentes fóruns e tinham conhecimento a respeito da legislação e das estruturas institucionais na Área da Saúde. Porém, é necessário relativizar os registros, em atas, que foram realizados por pessoas diferentes, ao longo do tempo, mas ligadas à coordenação da Associação. Contudo, essa representatividade não apareceu apenas nas atas, mas também nas entrevistas, o que também demonstra a importância da triangulação dos dados, no presente estudo.

Portanto, cabe destacar que “o pensamento estratégico é um pensamento sobre o poder”, sendo uma “abstração da realidade observável cotidianamente”^(30:35). Logo, “o poder é uma característica das sociedades opacas, gerado por e ao mesmo tempo sustentador dessa opacidade” – construtora da viabilidade política^(30:35). Nesse sentido, sua capacidade explicativa e de abstração da realidade o definem como categoria analítica⁽³⁰⁾.

As atas demonstraram claramente o forte posicionamento de alguns dos gestores na ASSEDISA Regional, enquanto outros pareciam ter uma fraca representação e, manifestavam-se poucas vezes, deixando o direcionamento das reuniões para os que apresentavam maior liderança no grupo. No jogo social, o jogo pessoal

exprime a luta individual, tanto em nível de personalidades como de cidadãos anônimos, pela realização de suas aspirações; esse tipo de luta pessoal estrutura o mundo interior do homem, cria para ele um perfil de personalidade, e proporciona os atores para todos os outros jogos^(27:322).

Mas nem todos os atores conseguem compreender a leitura da realidade feita pelo outro, apesar de compartilharem do mesmo jogo, logo, remetendo-se à cegueira situacional^(25:13-4) e, esses acabam se afastando das discussões, abrindo espaço para os atores que disputam a liderança individual. Pensa-se que essa realidade remeta ao código de personalidade que “revela as capacidades de produção do ator, inerentes a sua personalidade e independentes dos meios que controla”^(25:207). Dessa forma, cabe ressaltar que “o político capta a realidade do ponto de vista de seu projeto, e tem em vista agir em função desse compromisso”^(28:46). Por outro lado, deve-se atentar ao fato de que, no momento das entrevistas, muitos dos então gestores não haviam tido a oportunidade de participar das reuniões, pois elas não aconteciam havia mais de um ano. Logo, a análise do cenário, pelas atas, ateu-se ao período de início da ASSEDISA Centro-Sul, até julho de 2009. Porém, as entrevistas também foram bastante esclarecedoras quanto a essa questão, além do fato de a Regional ainda não ter encontrado outra liderança entre os gestores.

Nesse sentido, alguns atores municipais acreditavam que a ASSEDISA Centro-Sul não estava muito atuante e, muitos, manifestaram estar sentindo falta da presença da Associação, especialmente, na preparação e discussão dos temas para a reunião do COGERE que acabava sendo, neste momento, o principal **espaço decisório** (AM2-3, 5-7, 10, 12 e 15). Inclusive, um dos entrevistados (AM7) referiu que a ASSEDISA daria o parâmetro político em defesa dos Municípios e deixou claro que tinham de se defender em relação às propostas do Estado. Infere-se que os atores municipais, após a saída da coordenação, não conseguiram se

mobilizar pela dificuldade em acompanhar o jogo político, em razão dos obstáculos que encontraram no caminho, especialmente quanto à frustração da implementação do CICS. A necessidade de defesa em relação à SES, apontada pelo AM7 demonstra a fragilidade política dos atores municipais envolvidos no processo de regionalização. O entrevistado AM15 ressaltou que a Associação de Secretários, a de Prefeitos e o COGERE não podem funcionar de maneira fragmentada.

Eu sinto um pouco de falta dessa presença da ASSEDISA. Porque, como estávamos falando, tu tens as reuniões do COGERE, ele tem o poder decisório, mas a ASSEDISA vai te dar um parâmetro político em defesa do Município. [...] Exatamente [já levar questões discutidas]. Porque tu sabes que o Estado maqueia, deixa bonitinho, aí apresenta para Prefeitura. A Prefeitura coitada vai lá e abraça, daqui a daí a pouco está ralada. Então, na verdade a gente sente um pouco de falta disso, para tu teres uma orientação, de posição, de chegar lá no COGERE com uma posição [...] é porque faz falta [reuniões da ASSEDISA Centro-Sul]. [...] Eu acho que para tu podre ter esse tipo de orientação, se não, tu chegas lá no COGERE, tu sabse como é que é. O Estado sempre vai te apresentar da forma mais bonitinha possível. [...] Tome uma posição [antes]. [...] Aí o COGERE pode ter, que era aquilo que nós estávamos falando antes, o COGERE pode ter 200 membros [...] mas tu tens a decisão em bloco. Não, nós 10 achamos assim, nós 15 achamos assim. Aí você tem decisões em bloco e isso tu sabes que tem uma força tremenda. [...] Não dá [para tomar decisão na hora da reunião do COGERE]. Na verdade não dá. Tu tens que estar mais ou menos por dentro do que é para tentar tomar uma posição antes (AM2).

Já o entrevistado AE1 complementou que a ASSEDISA Estadual não tinha ingerência nas ASSEDISAs Regionais, que o coordenador da Regional levava a discussão à Estadual. Segundo ele, a ASSEDISA Estadual trabalhava mais nas discussões junto à SES na macro-política, na definição das políticas de alocação de recursos e do incremento tecnológico nas regiões, mas focando a política de descentralização.

O gestor, participante da diretoria da ASSEDISA Estadual, também foi citado pelo entrevistado AM15, porém ele acreditava que os gestores seguiam muito as reivindicações e as orientações da ASSEDISA Centro-Sul e a Estadual, não havendo a discussão e o afastamento necessário para a tomada de decisão regional. Esse mesmo ator municipal já havia referido que a ASSEDISA buscava o ganho político. Também teceu algumas críticas em relação à forma com que a sua representação se posicionou, em um evento ocorrido entre 2009 e 2010, frente ao Estado, enaltecendo programas e deixando de lado questões importantes da saúde, como ele apontou, o “apagão do SUS”. Salientou a necessidade do embate da ASSEDISA Estadual com a SES. Nesse sentido, a ASSEDISA Estadual deveria utilizar a **estratégia de confronto**, mas uma das partes teria de vencer. Pensa-se que a

negociação e a mediação poderiam ser meios eficazes no encontro de acordos dessas instâncias.

Pensa-se que realmente haja um ganho político nos cargos de representação, especialmente em relação a pessoas que se destacam nesse papel, como é o caso do referido gestor. Por outro lado, seu perfil auxilia as discussões e as demandas regionais em fóruns estaduais, além de uma questão bem relevante, de que os demais gestores permitiram que ele ocupasse esse lugar no espaço decisório, fortalecendo seu poder político e acabasse sendo uma pessoa que se utilizasse de estratégias que auxiliassem nas tomadas de decisão do grupo e tendo um importante papel decisor, o que se reflete também na acomodação de alguns dos gestores ou mesmo seu perfil de representação local e não em outros níveis de discussão. Nesse sentido, entende-se que “o propósito de transformação ou de conservação é um propósito político”^(30:22). Logo, é importante que todos tenham consciência do seu papel no planejamento regional, ou seja,

todos podemos planejar e todos fazemos algum tipo de análise sobre o amanhã antes de, hoje, tomar uma decisão. Eu planejo, tu planejas. Se não compreendermos pelo menos isso, não poderemos resgatar o planejamento, do mar de confusões em que navega^(28:53).

Os atores municipais são atores que planejam e eles estão inseridos na realidade, além de coexistirem com “outros atores que também planejam”^(28:67). Outro ator estadual (AE3) manifestou não conhecer a discussão e a articulação realizada pela ASSEDISA Centro-Sul. Segundo ele, poderia falar do papel da ASSEDISA quando chegava ao COGERE – participou de algumas reuniões nas Regionais em estudo e via uma participação maciça dos Municípios – e nas reuniões pré-CIB – realizadas pela ASSEDISA Estadual com as suas representações regionais, sendo o momento de discutir a pauta da CIB e se realizarem pactuações. Referiu que a ASSEDISA Estadual chegava para a reunião da CIB com questões bem trabalhadas e com ampla participação dos Municípios e, mencionou que via a região da Centro-Sul muito bem representada. Logo, pensa-se que este seja o espaço de que os Municípios dispunham para se articular e discutir antes de partir para o principal espaço decisório do Estado.

Eu participei durante todo esse período das reuniões da CIB, eu coordenava a CIB. E, também participava das reuniões regionais que eram feitas, pela ASSEDISA. E, eu via a grande [ênfase] participação dos Municípios da Centro-Sul nas discussões de todo o processo de planejamento, de regulação e de controle que era feito (AE3).

Nesse sentido, o entrevistado AM1, pontuou que havia sido o coordenador nas duas últimas reuniões da CIB – até o momento da entrevista, no final de 2010. Considerou que coordenar a instância de maior relevância da pactuação do Estado foi uma grande conquista dos Municípios que contribuíram e participaram do processo.

Reportando-se à participação da ASSEDISA Estadual no processo de regionalização, o entrevistado AE1 a apontou como fundamental, devido às pactuações entre os gestores municipais e o estadual e o papel de cada um. O entrevistado AR3 também se reportou à ASSEDISA Estadual, referindo sua importância e forte participação no aporte técnico e político ao gestor municipal. Segundo ele, a ASSEDISA trazia uma estrutura de como o Município montaria seu plano de saúde, seriam produzidos seus relatórios, a forma de como implementaria as ações de saúde e seria cobrada dos demais entes federados a maneira de atender à saúde de seu Município.

O entrevistado (AE3) reforçou a importância da ASSEDISA como órgão que congregava, organizava e representava os Municípios. Porém, um ator regional (AR1) ressaltou o forte papel político demonstrado pela Associação e teceu uma crítica em relação ao posicionamento da ASSEDISA na pactuação, acreditando haver um interesse ideológico, próprio do **poder político**. Manifestou que a ASSEDISA deveria ser mais técnica e menos política.

A inserção e a participação dos gestores na ASSEDISA Centro-Sul, demonstrou a sua preocupação com as discussões do processo de regionalização. Analisando as entrevistas e os registros em atas, a ASSEDISA Centro-Sul teve um período de importantes discussões e articulações em prol da Região, bastante engajada na consolidação do CICS. Porém, as dificuldades desse Consórcio, bem como a saída do coordenador e um dos maiores articuladores do grupo, além da troca de muitos gestores, após as eleições de 2008, parecem ter desmobilizado ou enfraquecido o forte movimento existente entre os gestores dessa região.

A ASSEDISA Centro-Sul também é entendida como o espaço em que se deveria discutir o posicionamento da Região referente aos assuntos tratados pelo COGERE, o que vem acontecendo com a ASSEDISA Zona Sul, em que há a reunião da associação após o SETEC e antes do COGERE. Isso se refletiu nas falas dos entrevistados, quando questionados sobre a importância de discussões anteriores ao COGERE. A maior parte deles considerava importante essa discussão microrregional para que o grupo da Centro-Sul tivesse um posicionamento a respeito dos temas discutidos.

Pode-se inferir que a ASSEDISA Centro-Sul utiliza de estratégias institucionais que se desenvolvem “no e a partir do espaço institucional”, definido como “a formalização de uma

organização”^(30:68) em que ocorrem dois tipos de relações: internas e externas⁽³⁰⁾. Acredita-se que a Associação necessite trabalhar melhor as relações internas desse espaço institucional para, então, qualificar suas relações externas, ou seja, com outros espaços, tais como o COGERE. Nesse sentido, cabe destacar que

o papel privilegiado que as instituições têm enquanto objeto do pensamento estratégico, como consequência da integração que neste cenário desenvolvem seus atores enquanto portadores de um poder cotidiano – o dos afazeres e dos procedimentos – que se transforma, através dessa dinâmica institucional, em um poder de maior envergadura que pode se definir como societal – o que constrói a história – ou seja, que decide como vai ser a sociedade futura^(30:73-4).

Logo, cabe à ASSEDISA Centro-Sul as discussões e consolidação do planejamento regional. Nesse sentido, o entrevistado AM1 fez um breve relato do início da Associação e do ex-colega que a organizou. O entrevistado AM7 mencionou o ex-colega como integrante do grupo de pessoas que batalharam em prol da regionalização e pelo cumprimento da tabela SUS pelos laboratórios da Região. Também mencionou que, no momento da entrevista, o processo havia sido interrompido e que não estava havendo reuniões. O entrevistado 14 relatou que a ASSEDISA Centro-Sul teve um momento muito bom, porém com as eleições (2008), os gestores voltaram-se mais aos seus Municípios e não se evoluiu em algumas questões que, segundo ele, poderiam ter sido bem melhores.

Outro ator municipal (AM13) manifestou que, quando participava, por ser ex-gestor, a Associação realizava planejamento regional e ressaltou a união entre os Municípios e sua parceria na ajuda mútua. O ator municipal AM10 também referiu ser realizado planejamento regional, mas não o detalhou, só mencionando que se buscava resolver o problema. Já o entrevistado AM8 entendia que os Municípios deviam se unir para promover este planejamento a médio e longo prazo, pois a ASSEDISA contribuía muito nos momentos em que surgiam os problemas, sendo, entretanto, algo momentâneo.

O entrevistado AM15 acreditava que os membros da Associação estavam muito apáticos, pensava que devia haver uma forte discussão sobre a MC, além de uma união dos bons exemplos dos Municípios da Região e que se discutissem os ruins. Segundo ele, os Prefeitos fugiam do assunto, mas ressaltou a necessidade de apropriação dos gestores da parte técnica, para se poder cobrar soluções, dessa forma, posicionando-se no **jogo político**. Também referiu uma suposta reunião da Associação, pouco tempo antes da entrevista (dezembro de 2010) para se discutir o *software* a ser adotado pelas Secretarias. Ressaltou a

questão de que sempre havia um ganho político e acreditava que na ASSEDISA havia um proveito de ascensão política. O gestor teceu uma crítica a esse respeito, pois atrasaria o processo.

Pensa-se que, no **jogo político**, as **estratégias** são desenvolvidas já pensando nos ganhos políticos, seja pessoal, do grupo ou Instituição. Porém, ressalta-se que os dois atores municipais citados com o papel de liderança na ASSEDISA Centro-Sul e o ator que preside a Associação Estadual realmente desenvolveram um trabalho em prol da Região e participaram de diferentes fóruns, fossem eles locais, microrregionais, regionais e estaduais, demonstrando sua capacidade de articulação no jogo político e trazendo ganhos para a Região.

Muitos dos atores municipais entrevistados (AM2-5, 9 e 12) preferiram não se posicionar ou não sabiam se a ASSEDISA Centro-Sul realizava planejamento regional, visto que as reuniões foram interrompidas por um longo período e muitos deles não participaram de alguma. O entrevistado AM2 referiu que sentia falta de uma instituição que auxiliasse no planejamento microrregional. Já a AM14 relatou ter ouvido, no encontro dos Secretários de Saúde do RS, em Gramado, no mês de maio de 2010, que a ASSEDISA Centro-Sul continuava sem coordenador e sem reuniões; logo, acreditava não ser possível realizar o planejamento regional.

A congregação de gestores da Região certamente auxilia no planejamento regional, pois são eles que discutem os problemas e as necessidades da Região, constroem possibilidades de resolução dessas dificuldades e as levam às demais instâncias. Logo, a ASSEDISA Regional é um importante espaço de planejamento no processo de regionalização, de consolidação das PPIs municipais e estratégias adotadas para enfrentar a problemática regional. Porém, faz-se necessária a participação dos gestores e não apenas de alguns poucos que encabeçam a problemática de forma isolada. No jogo social, os líderes são necessários, pois são os responsáveis pela mobilização, mas não devem ficar sozinhos nesse jogo.

A união dos gestores na ASSEDISA Centro-Sul, nas discussões para a tomada de decisão, parece ser a principal **estratégia institucional interna** para a consolidação do planejamento regional e das posições para os debates no espaço decisório seguinte, o COGERE. Esse é entendido como um espaço decisório, pela maioria dos atores municipais (AM1-2, 4-8 e 10-14). Além deles, os atores AR3 e AE3 também viam nele a importância da participação de todos os gestores municipais e não apenas por representação como ocorria nas CIBs Regionais, sendo algo bom que veio com o Pacto pela Saúde.

Além disso, o AE3 referiu que o COGERE seria o espaço decisório mais importante e o AR3, ser o local onde se estabelecem as regras e os fluxos de como se dá a regionalização,

sendo bastante discutidas as questões de procedimentos de MC e AC. Os atores municipais mencionados acima ressaltaram que seria o local de discussão, espaço de decisão e troca de experiências, de discussão das necessidades em saúde, tanto no Município quanto na Região, aumentando, assim, o poder dos Municípios na pactuação e colaborando para a consolidação da regionalização. Inclusive, o AM14 enfatizou o fato de o COGERE ser uma das mais importantes instâncias de pactuação, sendo que só iria para a CIB o que havia sido aprovado pelo COGERE.

Importantíssimo, porque é dentro do COGERE que se define toda a direção, todo o rumo que a saúde vai ter naquela Região. É lá que se discute, que os gestores conversam e definem: – Não, nós precisamos de tal serviço aqui nessa Região, quem vai ser, quem não vai ser. É lá que se avalia se o serviço está sendo bem feito ou se não tá sendo bem feito, se tem uma capacidade instalada suficiente ou não. Então todas as negociações se dão dentro do COGERE, então nada vai para a CIB sem passar pelo COGERE, sem ter a aprovação do COGERE. Então, eu entendo hoje que o COGERE é uma das instâncias mais importantes de pactuação. [...] Isso [de processo decisório]! (AM14).

Alguns atores referiram inclusive, a experiência proposta pela Coordenadoria de aproximar os Municípios, para que todos pudessem conhecer a realidade dos outros, alternando-se os locais das reuniões que são mensais (AM3), estratégia essa também adotada na outra CRS (AR2). Pensa-se que se conhecendo a realidade e as necessidades do outro seja mais fácil de utilizar da estratégia de **negociação**. Apesar de alguns atores pontuarem avanços com o COGERE, houve menções de problemas, tais como algumas decisões que já vinham prontas (AM12); gestores que não compareciam, faziam-se representar ou não utilizavam o espaço para participar das discussões, não o valorizando (AM8 e 13); citaram-se, também, trocas de gestores (AM3) ou, ainda, conflitos ou disputas em função de todos os Municípios pertencentes à CRS participarem (AM2, 8 e 12-13).

O entrevistado AM8, remeteu-se à participação da Região nas reuniões desse Colegiado que, segundo ele, é forte. Referiu que muitos dos secretários da Centro-Sul não participavam e ressaltou o fato de que os demais secretários, de outras Regiões, acolhiam bem e discutiam as manifestações de todos. Relatou que não via o poder da Região nesse espaço, pela falta de união e de participação de muitos gestores.

Outros atores municipais apontaram algumas situações, nesse espaço decisório. O entrevistado AM3 relatou que o grupo era bem unido e que não havia imposições ou disputas, porém apareceu no início de sua fala que os Municípios maiores pareciam dispor de um poder econômico em relação aos pequenos e esses, segundo ele, iriam se encaixando. O entrevistado

AM12 referiu que, às vezes, saía “faísca” na reunião, pois cada um defendia seu ponto de vista. Nesta mesma linha de disputas e tensionamentos nesse espaço, o entrevistado AM13 ressaltou a questão que via como um obstáculo, de que os Municípios pertencentes à Centro-Sul seriam em menor número do que os de outras Regiões da Coordenadoria, havendo uma situação desigual entre as Regiões, dificultando a aprovação de projetos da Centro-Sul, tornando-a, por consequência, mais desprotegida. Nesse sentido, é importante relembrar a discussão de território, em que os desenhos das Regiões de saúde não respondem às necessidades cotidianas dos Municípios, produzindo a desigualdade citada. O entrevistado AM13 também referiu que o ex-coordenador ficava muito sozinho na discussão da Região e ainda mencionou o fato de haver, entre alguns Secretários antigos, na discussão e aprovação dos projetos, o emprego do poder da “boca no trombone, quem gritar mais alto vai levar”.

O entrevistado AE1 referiu não haver disputas de poder, acreditava que algumas questões seriam mais de vaidade, mas que não caberiam disputas de poder, pois a política deveria ser tocada pelas três esferas de governo. Já o entrevistado AR3 via uma busca de parcerias entre as microrregiões, em função de se articular na resolução de problemas comuns às Regiões e sentia uma disputa pesada na busca pelo espaço e pelas cotas de serviços de saúde de média e alta complexidade em Porto Alegre.

Acho que não, acho que disputa de poder, não. É, até [ênfase], às vezes, tem alguma coisa, que me parece mais vaidade do que disputa de poder, porque na verdade dentro do Sistema Único de Saúde não tem de ter disputa de poder, pois é uma política que ela tem de ser tocada, pelas três esferas de governo, então não cabe disputa de poder (AE1).

Nesse sentido, o entrevistado AE2 ressaltou haver uma busca de poder e de espaço, mas reforçou que os Secretários se utilizavam da pressão para conquistar pequenos ganhos que se perdiam logo em pouco tempo. Ele destacou a necessidade da estruturação a partir de critérios técnicos para que as conquistas se consolidassem e que fossem reconhecidas e **transparentes** a todos. Portanto, as relações de poder que construiriam a pactuação e a PPI, auxiliariam na articulação e organização do serviço, bem como na estruturação da rede. Dessa forma, as mudanças nas relações de poder não acarretariam em retrocessos para o sistema de saúde.

Cabe discutir que para esse traçado da estratégia existem duas questões principais que são o tipo de interesse que mobiliza o ator e o poder de seu alcance⁽³⁰⁾. O primeiro trata de interesses generalizados, referindo-se a toda a sociedade, ou particularizados, referindo-se a problemas dela. Porém, não deve ser confundido com espaços global e setorial, pois o ator

que está naquele pode ter interesses setoriais, assim como o que está nesse pode ter interesses gerais da sociedade⁽³⁰⁾. Assim, “o interesse geral é uma preocupação pela maneira de fazer as coisas (a estratégia), enquanto o interesse particular é por que coisas fazer (a política)”^(30:87).

A ação estratégica pode sofrer modificações ao longo do seu desenvolvimento e isso se deve à constante reconsideração das variáveis: tipo de poder e força com a qual o ator conta⁽³⁰⁾. Ao analisar as relações lógicas entre os tipos de poder e as duas variáveis, espaço e tempo, faz-se necessário observar suas diferenças:

a relação poder-espaço se refere às questões que se discutem em cada um dos espaços segundo o tipo de poder que os atores que entram na discussão dispõem, independentemente da posição dos atores que discutem; a relação poder/interesse, por outro lado, se encontra dominada precisamente pela posição do ator que discute, ou seja, se refere a cada ator em particular e não a todos os atores em geral como no caso anterior^(30:89).

Essa diferença apontada acima é muito importante para se entender a partir de onde o ator está olhando a realidade e como vê a configuração do poder, nos diferentes espaços decisórios, especialmente a ASSEDISA Centro-Sul, além da possibilidade de se avaliar o tipo de interesse de cada ator e seu poder de alcance, que, no caso da ASSEDISA Centro-Sul, diferenciava-se entre eles.

Por outro lado, o AM15 questionou o papel do COGERE, pois acreditava que estava muito político, sendo cumpridor de uma normatização estadual. Também ressaltou a falta da divulgação da informação pelos espaços decisórios. O ator regional AR1 acreditava que o COGERE sofria pressão devido à necessidade de cumprir as decisões da ASSEDISA Estadual, inclusive contrariando a necessidade do Município. Outro entrevistado (AM9) não soube responder sobre o papel do COGERE e mencionou não ter representação do Município, sendo responsabilidade do Conselho Municipal da Saúde. Pode-se inferir que o gestor está equivocado e que efetivamente não conhece o papel do COGERE no **jogo político**, além de aguardar um convite para participar ou enviar representante para esse espaço em que os gestores podem ser atores do processo de decisão.

Os entrevistados AM2 e 4, teceram uma crítica ao fato de a presidência do COGERE pertencer à coordenação (ou “delegada” como se referiam a elas) da Regional que já exerceria um tipo de poder e podia causar interferências nas decisões. O AM2 acreditava que esse cargo poderia ser intercalado entre os gestores, das diferentes regiões e a representação do Estado na região (CRS), desta forma, circulando o poder entre os diferentes atores envolvidos no processo. O gestor citou o exemplo da FAMURS, em que seriam feitos acordos e a cada troca

de presidente haveria a de partido, não havendo disputas, apenas a **negociação** entre os partidos políticos. Salienta-se que o forte poder político desempenhado pela CRS e SES foi demonstrado, diversas vezes ao longo do presente estudo, pelos atores municipais, sendo evidente no uso dos termos “delegada”, “meio central” e “nível central”.

De outro lado, o entrevistado AR2, relatou as dificuldades encontradas junto aos gestores da outra Coordenadoria, especialmente nos conflitos destes com a “delegada”, pontuando seu poder político e união, bem como o enfraquecimento do poder da Coordenadoria, neste último período governamental. Segundo esse ator regional, essa situação se refletia diretamente nas reuniões do COGERE que acreditava-se estar funcionando politicamente, havendo muita discordância das ações dos gestores com o nível estadual. Relatou que entre a reunião da SETEC e a do COGERE, os membros da ASSEDISA Zona Sul se encontravam e discutiam outras questões que eram levadas ao COGERE, sem terem passado pela SETEC. Ressaltou que eram sempre os mesmos gestores que estavam nas reuniões e tomavam as decisões, ou mesmo “boicotavam” as reuniões, esvaziando-as e deixando-as sem *quorum*. Já os demais gestores, principalmente de Municípios menores, estariam alheios a esse fórum e nem ficavam sabendo o que havia sido votado.

Já um ator municipal que também pertencia à 3ª CRS (AM11), manifestou-se quanto à força da ASSEDISA Zona Sul, enfatizando sua estrutura, articulação e intensa participação dos Municípios vinculados à mesma.

O ator regional AR2 também mencionou que os gestores já haviam destituído, por duas vezes a “delegada” da coordenação do COGERE, assumindo a presidente da ASSEDISA Zona Sul. Salientou que a então “delegada” havia sido uma indicação política, “cabo eleitoral” de um deputado reeleito em muitos Municípios da região. Outra questão relevante é que um dos gestores de Município pertencente a essa Coordenadoria, exercia uma forte representação também na ASSEDISA Centro-Sul e Estadual. Relatou que parecia que a Coordenadoria havia perdido a função de ser a negociadora e de levar para a discussão junto aos Municípios e que a ASSEDISA Zona Sul estaria assumindo esse papel. O entrevistado referiu que essa situação acontecia apenas quando o grupo estava reunido no espaço decisório e acreditava que, com a troca de Governo e, por consequência, da coordenação da CRS, poderia se resgatar essa relação e os motivos do COGERE, além de se retomarem as discussões de regionalização, nesse espaço.

O COGERE tornou-se um importante espaço de decisões entre os Municípios pertencentes a cada CRS, porém as dificuldades apontadas pelos atores deixam claros os obstáculos pelos quais eles necessitam passar para ter as demandas de sua Região discutidas e

aprovadas, como o fato de os Municípios pertencentes à 2ª CRS serem em menor número e o poder do “grito” os deixar certamente em desvantagem, no momento em que há disputas internas, além da necessidade de se construir alianças junto a Municípios de outras Regiões. Porém, destaca-se que, anteriormente, essa instância contava com alguns representantes da Região e com a consolidação do Pacto pela Saúde se ampliou a participação dos gestores, sendo que todos têm voz e poder de decisão nesse espaço, havendo a possibilidade de articulações e decisões conjuntas.

Também se pode discutir o fato de o coordenador da CRS ser o presidente dessa instância bipartite, demonstrando o poder do Estado na construção das decisões regionais, já questionada pelos Secretários dos Municípios da 3ª CRS. O documento do Pacto pela Saúde que se refere ao CGR apontou que há a necessidade de o Colegiado dispor de uma coordenação, porém em sistema de cogestão, porém ressalta-se que alguns Estados têm acordado que a coordenação fique com a representação estadual⁽⁷⁶⁾.

Há algumas diferenças entre as duas Coordenadorias, aquela possui 41 Municípios, espalhados em diferentes regiões e a ASSEDISA Centro-Sul parece não possuir uma força política tão forte quanto ela. Já a 3ª CRS possui 22 Municípios, mais unidos pela Associação Regional; segundo relato da representante da CRS, poucos eram os gestores que tomavam as decisões e enfrentavam a Coordenadoria, especialmente a coordenadora que parecia não ter força para discutir junto a esse grupo de gestores. Cabe salientar que a referida coordenadora marcou, remarcou e/ou não compareceu aos encontros com a pesquisadora, demonstrando o desinteresse pela pesquisa ou mesmo a falta de conhecimento expressa pelos atores municipais.

A problemática relacionada às CRS demonstra o **poder político** que o Estado detém sobre o processo de regionalização, também vinculada ao **poder administrativo** no que diz respeito ao financiamento em saúde. Outra questão interessante é o **confronto** dos gestores da 3ª CRS buscando mudanças no processo decisório e promovendo um enfraquecimento da Coordenadoria. Porém, cabe discutir que a Coordenadoria parece sofrer cobranças do Município também em função de deficiências da própria SES. Por outro lado, pensa-se que a **negociação** esteja fortemente vinculada ao **jogo político** e que, com a troca da coordenação, seja possível uma nova conformação das relações na Região.

Nesse sentido, o entrevistado AE1 referiu que o COGERE seria uma instância bipartite e ressaltou a importância da sintonia dos Municípios, da Região e o fato de a Coordenadoria ter a disponibilidade de trabalho, enfatizando que o COGERE é de fundamental importância para a política de regionalização realmente funcionar.

O COGERE é uma instância bipartite, então, o COGERE ele precisa da sintonia dos Municípios, da Região e de uma disponibilidade de trabalho, grande, da Coordenadoria Regional, então se esses dois lados, eles não estiverem afinados, o COGERE não vai funcionar. O COGERE não vai andar bem, aonde tu tem a Coordenadoria, disposta a trabalhar, disposta a fazer com que a regionalização saia do papel e que os Municípios se envolvem [ênfase] nessa discussão, vai bem, nos lugares aonde tu não tem uma ou outra dessas situações, a regionalização não funciona bem, e o COGERE também não funciona bem. Agora, o COGERE é um elemento fundamental para que a gente tenha essa política de regionalização funcionando na prática e não no papel (AE1).

Outro ator estadual (AE3) reportou-se à CIB, ressaltando a sua importância, especialmente, no Rio Grande do Sul, referindo que as decisões para operacionalização do SUS teriam de ser passadas por essa comissão para que fossem aprovadas. Ressaltou também a diferença do papel da CIB do do CES, sendo o da CIB operacionalizar, por consenso dos representantes e, o do CES, traçar e executar a política, além de fiscalizá-la. Também atentou para a necessidade de se realizarem pesquisas junto à CES, ouvindo esse fórum executor e fiscalizador de políticas públicas. O AE1 referiu que o Secretário Estadual é quem coordena a CIB e trouxe a questão de que seria esta Secretaria quem daria as condições de funcionamento e estrutura física àquela Comissão. Retomando-se a questão do Coordenador da CRS presidir o COGERE, algo semelhante ocorre no espaço decisório estadual, a CIB, em que o Secretário é quem a preside, demonstrando o forte **poder político** que a SES detém no **jogo político**.

Quanto aos Secretários de Saúde da Centro-Sul, observou-se, nos registros das reuniões da Associação, ao longo dos anos de 2006 e 2007, a participação dos representantes da Costa Doce Norte e da Costa Doce Sul nas reuniões da CIB Regional e, inclusive, com alterações destas representações entre os gestores. Na ata 018/06, houve a menção de que os representantes das duas microrregiões o seriam também na CIB e, os suplentes, na SETEC. Chamou atenção o fato de as discussões a respeito da CIB Regional, no período de dois anos, girarem em torno de quem seriam os representantes nesse conselho, o que parecia mais importante do que o conteúdo das discussões dessas reuniões que, ao menos nos registros, não foram divididos com os demais gestores municipais. Isso pode ser considerado um reflexo das dificuldades impostas a esses atores e referidas acima, nesse espaço decisório.

Em reunião da ASSEDISA Centro-Sul de julho de 2007 (Ata 006/07), o coordenador se referiu ao COGERE, sendo que houve, na reunião da CIB Regional, a entrega do seu regimento interno para avaliação e apontamento de mudanças sugeridas. O regimento foi lido e o grupo apontou as alterações necessárias, e, logo após os gestores mudaram o foco das

discussões. Na reunião seguinte (Ata 007/07 ASSEDISA Centro-Sul), a representante da Coordenadoria explicou o funcionamento do COGERE, porém o registro estava confuso, apontando questões muito diferentes do que é o referido conselho. No ano de 2007 o coordenador solicitou aos gestores que comparecessem às reuniões de COGERE e, em anos seguintes, aparecem algumas trocas de representantes no COGERE e SETEC. Além de surgirem algumas discussões, tais como cirurgias eletivas, hospitais e procedimentos especializados, para serem levadas a este fórum, demonstrando ser um espaço de decisão.

Acredita-se que as discussões a respeito do COGERE nas reuniões da ASSEDISA Centro-Sul até julho de 2009, não refletiram sua importância como principal espaço decisório no Estado. Pensa-se que os gestores poderiam, assim como os da ASSEDISA Zona Sul, ter uma articulação para se encontrarem entre as reuniões de SETEC e COGERE para que se pudessem debater as questões que seriam abordadas e tomar decisões regionais e únicas para discutir e negociar junto às demais Regiões. Esse é um importante espaço no processo de regionalização e precisa ser incorporado pelos gestores, apesar dos obstáculos presentes na 2ª CRS.

Logo, “o espaço da forma de poder, ou espaço da decisão, pode ser considerado como virtual, em um extremo da escala e como real, no outro”. O primeiro, não cabe à ASSEDISA Centro-Sul, pois a decisão já está formalizada, por exemplo, requerendo apenas a assinatura de um funcionário. Já no real, sim, “existe um espaço físico que concretiza a materialidade do ato de decisão”, um local onde os atores se encontrem^(30:44). Os gestores, integrantes da ASSEDISA Centro-Sul, intercalavam os encontros entre os 13 Municípios, possibilitando que todos pudessem ser contemplados, ao mesmo tempo em que todos conheciam a realidade do seu vizinho. Apenas um dos 13 Municípios não sediou reunião da ASSEDISA Centro-Sul, sendo que o gestor desse não participava das reuniões e parecia mais fechado em relação à Região. Dos demais, foi possível observar, que houve um maior número de reuniões nos Municípios em que havia mais representação nas mesmas. Dessa forma, o grupo deteria poder político e poderia exercer influência política⁽³⁰⁾ nos demais fóruns.

Remetendo-se à discussão da parceria da Coordenadoria junto à ASSEDISA Centro-Sul, no relato do entrevistado AM1, pode-se observar a diferença existente entre elas e a caracterização das duas, em estudo, como muito ruins, além de ressaltar a importância dos COGEREs que, segundo ele, estavam conseguindo alinhar, por posição dos gestores municipais.

As Coordenadorias também são diferentes em todo o Rio Grande, algumas muito boas, algumas mais ou menos e algumas muito ruins. As nossas Coordenadorias estão no hall das ruins, não conseguem se articular, não sabem quem é referência de quem, muito ruim, muito ruim! Os COGEREs que estão conseguindo alinhar, mas por posição dos gestores municipais. O COGERE foi uma boa com o Pacto (AM1).

Nesse sentido, o entrevistado AM14 referiu que a Coordenadoria é quem deveria estar diretamente ligada às discussões regionais e dar o tom pelo Estado, porém ressaltou, como o AM1, as disparidades entre elas, quanto ao atendimento e suporte técnico aos Municípios. Relatou que existiriam algumas muito atuantes e outras que não auxiliavam, nem operacionalizavam as necessidades dos Municípios aos quais estavam vinculadas. Referiu que existiam Municípios que não recebiam orientação de sua Coordenadoria sobre como acessar a Central de Marcação de Porto Alegre, da existência e acesso à Comissão de Saúde, além do Disque Onco que teria o atendimento priorizado.

O ator estadual AE1, também gestor municipal, referiu o descontentamento com as Coordenadorias, pontuando importantes questões para isso: o despreparo e desmotivação das pessoas, falta de recursos financeiros na CRS e má coordenação, devido ao fato de os cargos serem políticos e, seus ocupantes, algumas vezes, sem perfil técnico para o desempenho das funções de coordenador. Referiu que a 2ª CRS parecia estar sendo uma parceira dos Municípios, porém fez críticas à 3ª CRS, pontuando que, nos últimos tempos, nenhum dos coordenadores conseguiu se envolver com os problemas dos Municípios e dar sentido ao que a CRS deveria fazer. Relatou como facilidade ao processo, o empenho dos Municípios em prol da regionalização e mencionou que houve contatos entre a ASSEDISA Estadual e o novo Secretário de Saúde do Estado para tratar da estruturação das CRS, pois, segundo ele, se permanecessem desta forma, elas poderiam, inclusive ser extintas.

Quanto ao papel da Coordenadoria, o entrevistado AM4 referiu que ela é quem coordena e concentra o poder de decisão, definição, solicitações, além das **estratégias** de planejamento, coordenação e acompanhamento de tudo o que passa por ela. O entrevistado AM5 a colocou com o papel central nas discussões e relatou que as estratégias deveriam partir da CRS. Referiu-se também ao exemplo das referências, que deveriam ser discutidas junto aos Municípios, demais Coordenadorias e a SES.

O AM7 manifestou um papel mais burocrático da Coordenadoria, pontuando questões tais como o credenciamento de prestadores de saúde e de passar as questões necessárias nas reuniões do COGERE e da CIB. Também relatou o esforço da Coordenadoria em prol da regionalização em Saúde. Salientou a necessidade de a CRS realizar o levantamento dos

serviços disponibilizados nos Municípios e fazer com que o recurso fique mais próximo, credenciando o prestador de serviços.

Outros atores municipais (AM3, 6, 8 e 11-13), assim como o entrevistado AM7, também pontuaram a parceria e a atuação por parte da Coordenadoria, além de sua disponibilidade na resolução de problemas, inclusive por parte do entrevistado AM11, da 3ª CRS. Os relatos apontaram que a 2ª CRS vinha tentando aprimorar os atendimentos, por exemplo, no Hospital de Camaquã (AM3); auxiliar os Municípios na gestão (AM8) e resolução dos problemas (AM6 e 11-12), inclusive com disponibilidade em qualquer horário do dia (AM3). O entrevistado AM6 manifestou a necessidade de a Coordenadoria ser resolutiva e ter o papel fiscalizador, o que, segundo ele, acontecia na então gestão [2010], porém estava preocupado com a transição de governo, pois afirmou que a coordenação da CRS é um cargo político.

Essa parceria manifestada pelos atores municipais não esteve refletida na reunião da ASSEDISA Centro-Sul, de agosto de 2007. Conforme o registro em ata, houve queixas à “delegada” da CRS quanto à dificuldade de se contatar com a Coordenadoria. Já na sequência da reunião, a “delegada” solicitou o planejamento dos programas aos Municípios, devido à baixa adesão, já impondo o poder do Estado sobre os Municípios.

[A coordenadora] abre a reunião, explicando à delegada as dificuldades dos Municípios para contatos com a 2ª CRS, após apresentação de todos os Secretários à delegada, ela diz que mesmo com todos os trabalhos empenhados por todas as Secretarias, diz que encontra baixa adesão de programas nos Municípios, solicitando planejamentos desses programas. Por parte dos Secretários foi feita a solicitação de capacitação de internação domiciliar aos enfermeiros (Ata 007/07 ASSEDISA Centro-Sul).

O entrevistado AM9 demonstrou novamente um pouco de desconhecimento em relação à gestão estadual, referindo-se a um coordenador quando na verdade, era uma mulher quem coordenava a CRS, na época da entrevista. Mesmo assim, pontuou que a Coordenadoria vinha sendo atuante, orientadora e parceira do Município.

Outro ator municipal (AM15) teceu uma crítica à Coordenadoria, pontuando que em outra época, do início das discussões a respeito da regionalização, tinha um papel muito forte e que foi abandonado nos últimos 8 anos. Referiu que a Coordenadoria teria de ser o ente protagonista no processo de regionalização, pois se dependesse dos Municípios, isso não iria acontecer. Segundo esse ator, o processo de regionalização avançou em outras Regiões e na Centro-Sul, não. Ressaltou a necessidade de a Coordenadoria impulsionar os gestores para

que eles se movimentem nesse sentido. Já o entrevistado AM5 via a 2ª CRS como enfraquecida e não enxergava uma força política que funcionasse junto à Secretaria de Estado.

O ator regional AR2 manifestou a dificuldade de relacionamento entre os Municípios e a 3ª CRS, a falta de informações do que acontece na Região e o poder que a ASSEDISA Zona Sul vinha incorporando ao longo dos últimos 4 anos, inclusive no COGERE e na CIB. Segundo ele, a Regional não estava presente na CIB e a ASSEDISA passava a ter informações de que a CRS não dispunha, demonstrando seu **poder técnico**. Ressaltou que eram tomadas decisões, saiam resoluções no COGERE e que deveriam ir à CIB, porém os gestores diziam que nem tudo precisava passar pela CIB, não existindo esta preocupação. O **poder técnico na forma administrativa** se mostra nessa situação, pois os gestores detêm o poder da informação administrativa que “serve de base para as decisões habituais no setor saúde”^(31:95) e não as dividem com a CRS.

Esse ator também pontuou que a falta de discussão era um obstáculo que a CRS enfrentava no processo de regionalização. Afirmou que a forma de fazer regionalização estava estruturada, só faltava ser utilizada. Acreditava que a “delegada” teria de resgatar isso, bem como a questão dos Municípios e da ASSEDISA Zona Sul, dividir o poder dessa Associação com o Estado que entregou essa posição. Segundo ele, a Coordenadoria perdeu seu papel e ressaltou que um dos gestores da Região verbalizou que a CRS não teria nenhuma função, que as decisões poderiam ser tomadas em outros fóruns. Porém, enfatizou que houve omissão da coordenação da CRS permitindo que essa situação acontecesse.

Já o ator regional AR3 manifestou o suporte da 2ª CRS aos Municípios na questão do processo de regionalização e o bom relacionamento desta com os Municípios. Também reforçou a necessidade de o Município atender adequadamente à atenção básica, o que, em sua opinião, ajudaria para que o processo de regionalização ocorresse efetivamente. Relatou ser fundamental a parceria do Município e da CRS, sendo que uma das questões apontadas foi a prestação de serviços. Segundo ele, o Município precisa acompanhar se os serviços estão se responsabilizando pelas atividades a que se propõe, pois a liberação do pagamento é da CRS.

O entrevistado AE2 preferiu não especificar a Coordenadoria, mas falar no geral. Pensava na necessidade de reestruturá-las, melhorando sua capacidade de planejamento, estando mais próximas aos Municípios e os auxiliando e intermediando as questões e discussões necessárias. Acreditava que uma Coordenadoria ativa poderia auxiliar os Municípios na resolução de seus problemas. Ressaltou que hoje a própria Coordenadoria tem o papel de encaminhador e que falta estrutura para essa reorganização do sistema.

Eu posso, não especificamente da segunda, mas eu posso falar das Coordenadorias Regionais. Que é isso que a gente tem discutido com o Estado. Tem de haver uma reestruturação nessas Coordenadorias, em todas elas, porque elas têm uma capacidade de planejamento. [...] E, eu vejo esse mesmo papel das Coordenadorias Regionais de Saúde, eles têm de fazer o contato com os Municípios, eles têm de estar próximos, eles têm de estar auxiliando, eles têm de ser aquela assessoria técnica que, muitas vezes, não tem, e eles têm de também estar intermediando esta questão de estrutura e investimentos, transferência de pacientes, auxiliar nesse processo. Porque, não tem como a gente pensar que o Estado, numa parte centralizada, vai resolver isso da mesma forma que Municípios maiores. Porto Alegre, é impossível a Secretaria aqui, centralizada aqui, ela administrar todo o seu universo. Então, eu acho que é uma pena que ao longo do tempo nós viemos perdendo um pouco essa capacidade de planejamento, de operacional, de articulação das Coordenadorias. Eu acho que o Estado, e me parece que eles estão pensando nisso, ele tem de buscar isso novamente. Porque, uma Coordenadoria ativa [ênfase] no processo, ela ajuda muito os Municípios, ela consegue manter essa relação, ela consegue conversar, ela consegue ajudar, ela consegue resolver problemas que se tem, não simplesmente de encaminhamento de pacientes, mas é que o SUS, ele tem uma gama de atividades que é muito mais que a própria questão assistencial. Então, é necessário, para mim, eles têm um papel fundamental e, eles têm de ter esse entendimento do papel, porque, muitas vezes, o que acontece é que a própria Coordenadoria, por uma falta de estrutura, ela acaba sendo mais um encaminhador [ênfase] de processos para outros locais. Eu acho que eles têm de ter um repensar aí, que eles não são simplesmente um encaminhador, porque, aí, às vezes, o próprio Município direto com a central, com a Secretaria Estadual aqui em Porto Alegre, ele vai mais rápido do que fazer passar pela Coordenadoria, ou seja, têm várias instâncias que foram criadas, a própria questão do COGERE, aonde as Coordenadorias participam, os Municípios participam como sendo uma articulação, ou seja, é um espaço [ênfase] de você fazer um debate com cada Município, só que este debate entre Municípios, ele tem de ser intermediado por alguém, que não pode ser os próprios Municípios. Então, essa função da Coordenadoria é que ela é importante. E, se por um baixo investimento principalmente em reposição de recursos humanos, tu acabou perdendo um pouco, então eu acho que, se nós conseguíssemos investir melhor, colocar pessoas qualificadas, mais pessoas trabalhando, até dizer pessoas qualificadas, pois é, então as pessoas que estão não são qualificadas, então, não é isso, até porque eu não conheço as pessoas, mas eu digo, nós termos um certo profissionalismo nesse processo com um papel bem entendido, ou seja, e os Municípios poderem de fato se apoiar nas Coordenadorias, isso ajuda, é fundamental para esse rearranjo todo de sistema e, regulação e atendimento funcionarem de forma adequada (AE2).

O entrevistado AE3 também via o papel da Coordenadoria como fundamental, sendo o braço executivo do gestor estadual. Relatou que se a CRS não der o suporte necessário aos Municípios, estes não têm como avançar. Referiu que sabia que algumas CRS tinham deficiências e que, quando ele estava na gestão estadual, ouvia muitas queixas da 3ª CRS por parte dos gestores municipais. Relatou que, um dos gestores participantes do estudo, cobrava

bastante e como tinha um cargo na diretoria da ASSEDISA Estadual, discutia essas questões também na CIB.

Essas queixas eram quanto ao efetivo papel de capacitar, promover uma discussão mais detalhada do processo de planejamento, que teria de ser ascendente, iniciando no Município, ir para o nível regional e migrar no nível estadual. Relatou uma grande alternância de coordenadores, o que poderia ter dificultado sua aproximação com os técnicos que, segundo ele, eram bons. Manifestou que os Municípios não estão isolados; por exemplo, numa discussão de PPI, o Município possui sua referência em outro, portanto a CRS faria o papel articulador e mediador no processo de negociação e planejamento em saúde. Quanto à 2ª CRS, acreditava que houvesse um papel maior na inserção junto aos Municípios.

O AE3 relatou também que as Coordenadorias se queixavam, referiu-se ao grande número de funcionários que foram se aposentando ao longo do tempo e a falta de funcionários capacitados para assumirem o papel de capacitadores na ponta do processo. Mencionou como positiva a contratação de novos funcionários, no Estado, no ano de 2010 e, pelo novo Governo em 2011 de alguns concursados que restavam, o que viria somar nesse processo, auxiliando na reorganização das estruturas estaduais em Saúde. Acreditava na revigoração e oxigenação do serviço, com a experiência do funcionário antigo e o ânimo do novo.

Ao analisar o papel e a participação das CRS nas discussões junto aos gestores da ASSEDISA Centro-Sul, pode-se observar que tanto os atores municipais quanto os regionais e estaduais concordaram que essa tem um papel fundamental no planejamento e na consolidação do processo de regionalização. Porém, as falas e a análise das atas permitem inferir que as CRS não estão conseguindo dar conta dessa importante atribuição junto aos Municípios da ASSEDISA Centro-Sul. Pode-se observar que, muitas vezes, a CRS fica na dependência de respostas da SES e essas não acontecem. Portanto, há a necessidade da CRS se colocar no efetivo papel de planejadora regional, porém com parceria do Estado e dos Municípios na tomada de decisões e na execução das ações.

Quanto à participação da SES junto aos gestores da ASSEDISA Centro-Sul, foi possível observar, ao longo do estudo, que, a maioria dos gestores, apontou dificuldades em relação a essa Secretaria. O entrevistado AM1 ressaltou que a SES deveria melhorar sua postura, deixando de ser cartorial e acompanhando a execução das ações, sendo parceira dos gestores municipais, inclusive na hora de cobrar do prestador de serviços. Porém, também relatou que houve avanços, que está melhor do que anteriormente.

O entrevistado AM5 também pontuou questões organizacionais e mencionou que, nos últimos 4 anos, não houve uma efetiva atuação da SES; ainda teceu uma crítica à forma como

foram sendo implementados os programas. Segundo ele, o Ministério da Saúde e o Estado chamavam os Municípios, davam a formação e deixavam a execução por conta do Município, sem o repasse de verba. Então, retomou a questão de que o Município estaria repassando além dos 15% previstos na EC 29/2000. Nesse sentido, o entrevistado AR1 referiu-se ao poder que a Secretaria Estadual de Saúde mantinha sobre os Municípios na centralização do orçamento, logo, na dependência do Município em relação ao Estado. Mas acreditava que cerca de 90% dos Municípios aceitariam gerenciar o dinheiro e resolver seus problemas de saúde. Relatou que acompanhava a situação da saúde no Estado desde 1995 e, a partir de então, ressaltou que a linha do Estado era a centralização para mandar e criar dependência. Pensa-se que esse tipo de estratégia no jogo político provoque o atraso das ações pela falta de poder político, técnico e administrativo dos Municípios.

O entrevistado AM6 fez uma longa crítica à gestão estadual da Saúde, apontando as dificuldades de operacionalizar as ações, as reuniões, muito teóricas e pouco práticas, inclusive citando que as reuniões mais práticas eram na ASSEDISA Centro-Sul. Referiu-se à imposição de programas, com verbas que não os custeavam e atrasos, cancelamentos ou interrupção nos repasses, obrigando o Município a assumir essa responsabilidade. Também criticou o ex-Secretário de Saúde do Estado e a estrutura estadual, especialmente à forma como fazia política e lidava com os Secretários Municipais de Saúde. Segundo esse ator, o ex-Secretário Estadual utilizou a mortalidade infantil como “cavalo de batalha”, também a implantação do SAMU Salvar e da ESF, junto ao Governo Federal.

A análise de algumas falas permite inferir que

o estilo de governo dominante deixa pouco espaço para a previsão e esgota todas suas energias para gerar respostas imediatistas aos problemas já acumulados que ameaçam a estabilidade da relação de forças dominantes. A função de apaga-incêndios anula a capacidade de concentrar-se no cumprimento das promessas políticas. A carga acumulada de desgoverno e o realismo político tomam lugar dos ideais da campanha eleitoral. A baixa capacidade de governo passa a primeiro plano, enquanto a habilidade crítica gestada na oposição carece já de espaço prático^(28:192).

Quanto ao SAMU Salvar, o entrevistado AM6 relatou as dificuldades desse programa, pois os Municípios não conseguiam dar conta de sua manutenção. Inclusive referiu ter se manifestado em uma reunião quanto às dificuldades da implantação no Município e o próprio ex-Secretário Estadual teria lhe respondido que se ele não queria, outros queriam. O entrevistado ainda ressaltou que vereadores e deputados vinham trabalhando para se oportunizar essas conquistas aos Municípios, mas pensavam em seu ganho político e não na

manutenção e no planejamento para se dar conta desse tipo de programa. Corroborando as declarações desse ator municipal, o entrevistado AM15, sugeriu a necessidade de criação de um eixo regional para o programa SAMU Salvar, por exemplo, dividindo a Região em norte e sul pela BR116, trabalhando com os extremos, contando com atendimento de PS em Pelotas e em Porto Alegre. Também demonstrou seu descontentamento quanto ao ex-Secretário, relatando que esse havia sido um bom gestor de atenção básica, mas não de Saúde Estadual.

Eu digo para todo mundo, nós tivemos o Secretário da Saúde Osmar Terra, é um grande político, só que ele na administração da saúde, usou muito política. As reuniões que a gente fazia em Porto Alegre tanto com ele quanto com o delegado e coisas a grande maioria se objetivava a conversa, ou seja, só objetivo político, prático? Muito pouco. Aí quando a gente ia nas reuniões da ASSEDISA ali na nossa Coordenadoria é onde a gente fazia reunião prática. [...] Isso é uma crítica que eu não estou fazendo só a ele e sim a estrutura, daqui há pouco é muita gente interessada em que se divulgue coisas e não se faça quase nada [...] , numa reunião com o Secretário Osmar Terra, e a tristeza é minha eu não sei se eles gravaram aquela reunião, com os Municípios de várias outras delegacias, lá em Porto Alegre, ele, para falar sobre SAMU Salvar e eu pedi a palavra, depois de muito tempo me deram a palavra eu fui e disse nós em [Município] não temos condições de ter uma equipe de 24 horas SAMU Salvar, dois ou três, porque nós não conseguimos os médicos nem para o atendimento básico, imagina para o atendimento numa ambulância. E ele foi e disse, olha a resposta dele, se [Município] não quer, outros querem. Só isso, não me deu, não me abriu uma alternativa, simplesmente a resposta dele foi essa, as pessoas ficaram olhando [...]. Ah pára aí, eu aí fiquei quieto, eu poderia ser preso. Se [Município] não quer outros querem. Está acontecendo em Dom Feliciano, está com a ambulância escondida lá porque tentaram até apedrejar, porque eles não conseguiram. [...] Os vereadores, os deputados querem, porque quanto mais eles trabalharem e trouxerem para o Município mais eles aparecem, que bom que ajudam só que essa parte tanto de gasto quanto de administração eles não têm o foco da coisa, como é feito e a gente tem que gastar saliva explicando, porque a gente não (AM6).

Ao final da entrevista, o ator municipal (AM6) ressaltou a importância de os gestores e representantes estaduais conhecerem a opinião dos gestores municipais e enfatizou que sua crítica foi a uma pessoa e a sua forma de governar, sendo que teceu elogios ao longo da entrevista, mas também cobranças. Portanto, demonstrando sua insatisfação com a forma com que o ex-Secretário Estadual atuava no jogo político e a imposição do poder político estadual nesse espaço. O entrevistado AM13 também trouxe uma crítica ao ex-Secretário e apontou que era sua substituta quem realmente operacionalizava a gestão, sendo mais técnica e ele o mais político. Segundo ele, o ex-Secretário era um “extremo agente político” e que tinha “discursos bonitos”, já sua adjunta, era a “cabeça do governo”, que operacionalizava o governo.

O entrevistado AE2 pontuou algumas questões que o Estado deveria dar conta, tais como ter o papel protagonista e responsabilizar-se pelo processo de regionalização, auxiliando na autonomia dos Municípios, mapeando as necessidades locais, a capacidade instalada e reorganizando as referências. Segundo ele, o Estado precisaria trazer essa responsabilidade para si e não ser mero espectador, culpabilizando Porto Alegre pelos problemas.

O ator estadual (AE2) também referiu que no ano anterior [2009], houve um sério problema, sendo chamado, diversas vezes, pelo Estado, pelo fato de os Municípios estarem reclamando que o Município não estaria recebendo os usuários. Segundo ele, a capacidade instalada desse não teria condições de atender a tudo, mas aos maiores níveis de complexidade tecnológica. Ressaltou a necessidade da responsabilização do Município sobre o seu munícipe, não podendo se eximir de sua responsabilidade, assim como o gestor dos Municípios de referência e o Estado que seria o interlocutor entre os Municípios. Segundo ele, o Estado deveria assumir o papel de facilitador, não ficando de fora do processo, ainda mais que existem graus de variação de investimentos diferentes entre os Municípios, pois não estariam todos em gestão plena.

Afirmou entender a razão do Município, mas referiu não poder existir uma lógica de cada um tentar resolver o seu problema, pois não se consegue, mesmo porque o próprio desenho das redes dificulta essa consolidação. O Estado entraria como mediador e articulador das políticas, de intermediar e organizar o processo de uma forma mais tranquila, trabalhando num mesmo sistema, melhorando, dessa forma, o atendimento à população, com equidade no acesso, a partir de uma ferramenta de tecnologia da informação que possibilite medir as necessidades individuais dos usuários. Mencionou se ter um bom caminho a trilhar, mas desabafou que, nos 12 anos em que vinha trabalhando na Área da Saúde, foi a primeira vez que se conseguiu fazer esse nível de discussão e se trabalhar esse processo em parceria com o Estado.

O papel institucional do Estado, na evolução histórica, demonstra certa fragilidade em sua definição, chegando, inclusive a serem consideradas suas atribuições as que não seriam do Município nem da União. Isso limita o avanço do SUS, sendo necessário estabelecer “uma verdadeira gestão compartilhada do sistema”^(156:105). Pensa-se que “a esfera estadual tem um papel intransferível, de aperfeiçoar e fazer a vigilância da universalidade, obtida pela descentralização e municipalização das ações e serviços de saúde e garantir a integralidade e equidade no SUS”^(156:122). A conquista dessas diretrizes

depende da integração de esforços, otimizando e racionalizando os recursos existentes, construindo uma rede regionalizada e hierarquizada de serviços, que atenda às questões de saúde relevantes de um ponto de vista epidemiológico de cada região, para a qual o gestor estadual tem papel imprescindível^(156:122).

Já outro ator estadual (AE3) reiterou a questão de que as CRS são as responsáveis pela relação do Estado com os Municípios e precisariam assumir esse papel. Mencionou as dificuldades de algumas regionais e pontuou que o Estado tentava solucionar essas questões.

Ao longo do presente estudo, várias vezes, o Estado foi apontado pelos atores municipais e mesmo na análise das atas, como um dificultador no processo de regionalização, especialmente quanto ao **uso do poder administrativo**. Esse tipo de poder no setor saúde se resume, quase totalmente, às formas de financiamento, “que é o elemento central organizador dos diversos subsetores do setor saúde”^(31:98). O Estado vem claramente se eximindo do financiamento em saúde proposto pela EC29 e deslocando responsabilidades aos Municípios que se desdobram para dar, cada vez mais, conta de questões em que seriam necessárias parcerias estaduais e regionais. Nesse sentido, o financiamento não chega “a produzir mudanças radicais que modifiquem a estrutura social, porém muito próximas dos aspectos substanciais dos conflitos de classe”^(31:99).

Logo, os gestores municipais deixaram claro o receio em aceitar programas oriundos do MS ou SES, pois recebiam a formação e as informações, porém estavam sozinhos na sua execução e seu financiamento. Nessa medida, os Municípios e a Região vinham perdendo importantes programas que poderiam auxiliar em muito a atenção em saúde, a ESF, SAMU Salvar, entre outros.

Essa dificuldade do Estado também é percebida na consolidação da regionalização, sendo que, na Área da ASSEDISA Centro-Sul, houve uma mobilização dos Municípios para construir um Consórcio e tentar resolver o problema da MC na Região, porém sem o efetivo apoio da SES. Durante 4 anos, os gestores municipais se organizaram em sua Associação, contaram, algumas vezes, com a presença de representação da 2ª CRS, porém não conseguiram levar adiante a discussão da Região, havendo um esvaziamento do grupo.

Cabe ao Estado uma reorganização do sistema, um sistema regulado, pensado regionalmente, auxiliando na execução das estratégias regionais e alocando recursos a partir das necessidades das regiões e acontecendo nas próprias regiões. Dessa forma, será possível, efetivamente, concretizar o processo de regionalização no Estado, bem como uma qualificação da ABS.

O entrevistado AM3 trouxe, ainda, o lado do poder do Ministério da Saúde e referiu os obstáculos e empecilhos que dificultam o pedido de verbas pelos Municípios, além de remeter-se à fala do assessor do Ministro aos gestores da Região, culpabilizando-os por não conseguir acessar essas verbas. Porém, também pontuou que o pedido de novos programas deveria ser muito bem avaliado no Município, porque depois serão o Prefeito e o Secretário que responderão junto ao Tribunal de Contas. Outra questão ressaltada pelo ator municipal foi a época em que houve a referida reunião, véspera de eleição. Revelando seu cunho político, foi mencionada a disponibilidade de verbas para os Municípios.

Pensando-se em SES e MS, tem-se a ideia de **estratégia programática** que “se refere à implementação de uma política (proposta de distribuição de poder) por meio da realização de um programa”^(30:74). A estratégia é implementada no espaço setorial, cuja discussão das políticas é ideológica e os atores são diferentes do espaço global, que decidem as políticas. Dessa forma, a implementação da política pode se dar de maneira contraditória⁽³⁰⁾. Além do problema apontado por Testa, ainda há, no Brasil, a questão de os programas estarem fortemente vinculados ao financiamento e seus obstáculos.

Já o entrevistado AM9 acreditava que o poder era para ser bem exercido e não estava ocorrendo na Região. Também se referiu à necessidade de haver uma união entre ASSEDISA, Secretaria Estadual de Saúde e Ministério da Saúde. O entrevistado AM7 chamou a atenção para o fato de alguns gestores estarem olhando mais para a sua população e não para a questão regional, segundo ele, isso tem um reflexo político e é uma questão de poder.

Alguns gestores direcionaram a questão de poder para a política partidária desenvolvida na Região por alguns políticos, especialmente vereadores e deputados, estaduais e federais. O entrevistado AM6 trouxe, em sua fala, dados sobre uma reunião com um deputado federal que pontuou que nenhum político, deputado ou senador, aprovaria a EC 29, pois iria repercutir muito politicamente, pois só não aprovam algum projeto de interesse de todos, quando há prejuízo político, dessa forma, demonstrando o forte poder político implicado em questões nacionais que afetam diretamente o Município e a microrregião. O AM6 foi além, quando ressaltou que muitos desses políticos “furam” a fila do SUS para conseguir vagas para quem interessa a eles. Porém, enfatizou a criação da Central de Leitos e da Comissão de Saúde para tentar dirimir esses problemas. Acreditava que teria que melhorar a disponibilidade de leitos, exames e consultas de MC e AC, porque a situação estava difícil.

Quanto à EC 29, o entrevistado AM13 também trouxe a questão do posicionamento político partidário e de possíveis prejuízos políticos, porém ressaltou a necessidade de uma mobilização apartidária, contando com a participação na discussão de conselhos profissionais

da Área da Saúde, especialmente da Enfermagem e da Medicina. Ressaltou a importância dos técnicos da Área nessa discussão e não apenas dos políticos.

Esse ator municipal (AM13) também expôs sua preocupação em relação às atividades dos deputados que acabavam direcionando verbas e projetos para as Regiões onde tiveram votação visando à manutenção do poder político. Nesse sentido, parece que

quando se tem poder político e se está disposto a utilizar muita força – equivalente a colocar em jogo uma boa parte dos recursos de poder aos quais se tem acesso – existe então a capacidade para se situar no espaço social global, que se corresponde com a decisão política, em particular a que se exerce a partir das estruturas de governo (mas não somente destas)^(30:97).

O AM13 ainda reforçou questões de incentivos a grandes empresas que se encontram na Região Norte do Estado e algumas utilizavam o porto de Rio Grande para escoar a produção. Além do fato de acreditar que a Região Norte possuía cerca da metade dos deputados estaduais, muitos estariam divididos pela Região Metropolitana, sendo muito poucos da Metade Sul do Estado. O entrevistado AM4 também pontuou a questão de os legisladores se preocuparem com o seu “nicho eleitoral” e votarem a favor de projetos de grupos de seu interesse, colocando o interesse pessoal acima do coletivo.

Matus aponta, em sua terceira tese sobre a prática de governo, que “os **partidos políticos**, com seu estilo de liderança tradicional, assistemático e primitivo, geram em seu seio as futuras equipes de governo, e transferem ao Estado esses vícios e limitações, quando assumem o poder”. Logo, o “estilo tradicional, iletrado, distraído e descentrado de fazer política limita drasticamente a possibilidade de fazer um governo eficaz e responsável”^(28:200).

Cabe salientar que “o partido é, antes de mais nada, um instrumento e uma forma de organização do Poder”^(196:12-3) e, para compreendê-lo “é necessário saber a quem esse partido representa, saber quem são os cidadãos, quais os seus interesses no poder, quais as suas divergências”^(196:13).

Nesse sentido, o ator estadual AE3 complementou as falas concluindo que “sempre há disputa de poder”, porque as forças políticas se movem no campo das três esferas de governo. Também relatou que a disputa partidária entra nas organizações e referiu que a política partidária influencia as relações das instituições representativas, bem como as pactuações.

Apesar de, historicamente, o poder ter vinculação com o Estado, “menciona-se o poder como uma categoria que contém uma ação, o uso de um instrumento ou recurso, a razão que legitima essa ação e o procedimento ou a norma que deve ser cumprida para levá-la a cabo”^(30:36). Nessa proposta, na caracterização do poder do Estado não aparece, em sua

descrição, o objetivo ao qual essa ação se destina⁽³⁰⁾. Por ser um espaço social, o setor saúde se redefine permanentemente, “como espaço onde se disputa o poder cotidiano e como espaço em que se disputa o poder societal”^(30:68).

Pensa-se que a ASSEDISA Centro-Sul, assim como as demais Regionais, são espaços de extrema importância para se articular e promover a discussão da Região, além de realizar o planejamento regional em saúde, a médio e longo prazo, não apenas resolvendo problemas pontuais. Testa traz o curto prazo como a operação cotidiana, enquanto o longo prazo como “o lapso de preparação da transformação: a busca de condições favoráveis”^(30:41). Porém, na realidade, não se tomam apenas extremos, portanto deve-se considerar o médio prazo, como sendo

o período que transforma as atividades de curto prazo nas de longo prazo. Ou seja, trata-se de um lapso de tempo durante o qual as instituições intermediárias operam como forma de mediação entre umas e outras atividades – ou como transformação do instrumento em objetivo – revelando-se, assim, a coerência necessária entre metodologia e conteúdo dos processos^(30:41).

Esse planejamento deve acontecer com auxílio dos parceiros da Associação, especialmente os municipais e os regionais. Na fala de alguns atores (AM1, 2-15) houve uma mescla de diferentes tipos de parceiros, podendo-se separá-los em sete grupos: 1) espaços de discussão e decisão (Prefeituras; FAMURS; Secretarias de Saúde vizinhas – ASSEDISA Centro-Sul; ASSEDISA Estadual; Coordenadorias; Conselhos, Municipais e Nacional, de Saúde; CONASEMS); 2) parceiros políticos; 3) prestadores de serviços de saúde, hospitais e Consórcio; 4) órgãos de suporte (Conselho Tutelar); 5) ligados à sociedade civil organizada (Banco de Alimentos; Liga Feminina de Assistência à Saúde; ROTARY; LIONS); 6) Conselhos Profissionais da Área da Saúde; 7) SUS e Sistemas de Informação em Saúde.

A questão da parceria, que os gestores apontaram, das Prefeituras, das Secretarias dos Municípios vizinhos, da FAMURS, da ASSEDISA Centro-Sul e a Estadual, os Conselhos de Saúde, tanto Municipais quanto o Nacional, o CONASEMS, demonstra sua inclinação ao planejamento regional com os parceiros regionais, estaduais e nacional, buscando a construção e a implementação de estratégias, em conjunto, na Região, em prol do processo de regionalização.

A parceria junto aos prestadores de serviços, hospitais e Consórcio, além do SUS e SIS, a necessidade de o Município se colocar como gestor do sistema de saúde para consolidação desse processo. A busca por órgãos de apoio, conselhos profissionais e órgãos

ligados à sociedade civil organizada, demonstra que outros órgãos podem contribuir junto ao(s) Município(s) no planejamento local e regional. Já a citação dos parceiros políticos demonstra a força política que há na Saúde e a importância de se ter vereadores, deputados, governadores e presidente em sintonia com o processo de regionalização, auxiliando nas necessidades dos Municípios.

Pensa-se que “o poder do tipo político é de um nível diferente dos outros dois [técnico e administrativo], de uma qualidade diferente, que o hierarquiza sobre eles”, sendo que “isso se manifesta no fato de que, em algum momento da dinâmica do poder, os poderes administrativo e técnico ficam submersos no poder político”^(31:103).

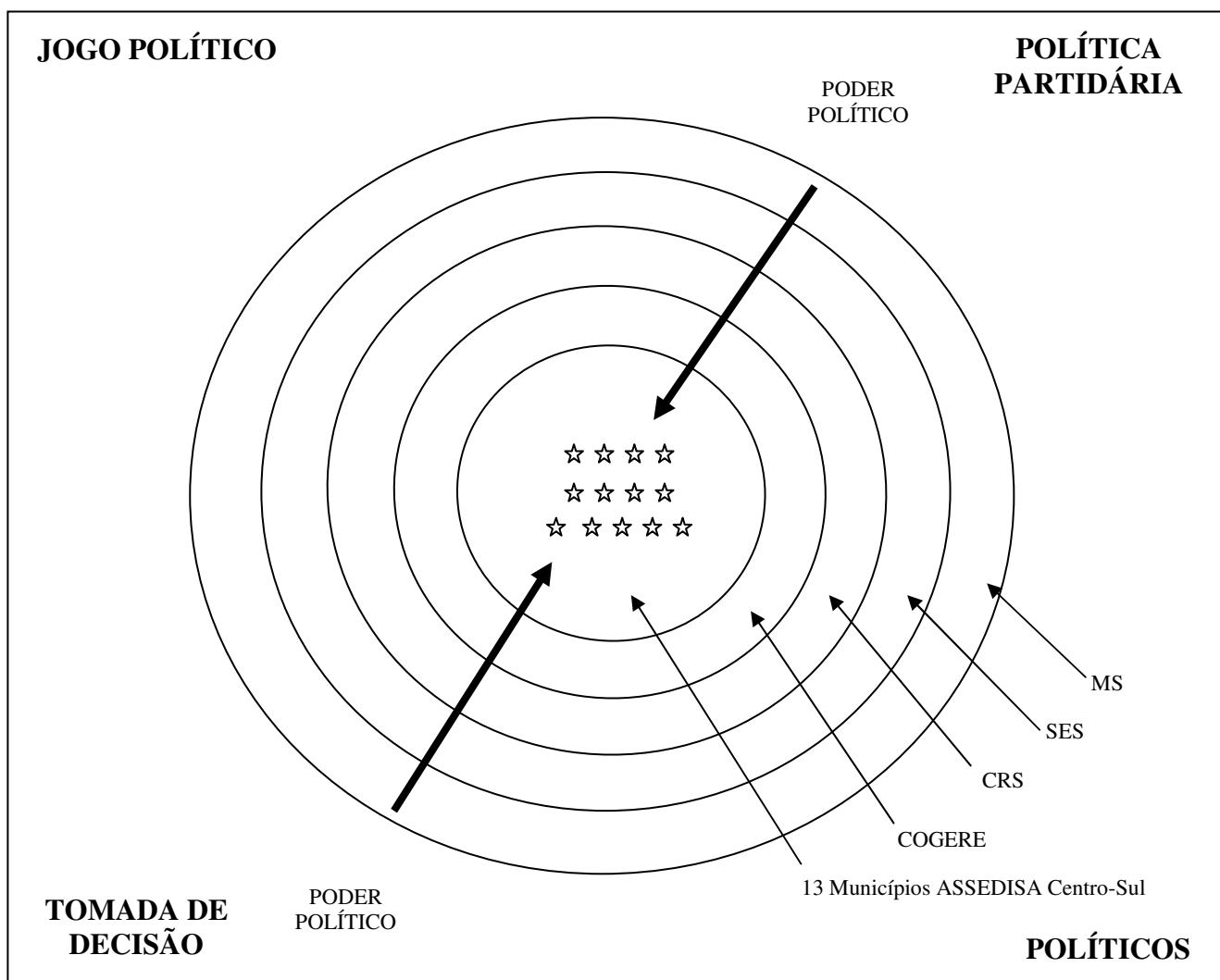
O poder no espaço da ASSEDISA Centro-Sul, configura-se de forma bastante enfraquecida pela (des)união dos atores municipais, sendo consequência da falta de uma nova liderança regional e da desmotivação em relação ao que impulsionou a consolidação dessa Associação Regional que foi o CICS. Essa situação reduz o poder político regional dos atores municipais, demonstrando um enfraquecimento no jogo político nas discussões do COGERE que vem se mostrando como o principal espaço decisório, inclusive pelo seu reduzido número em relação às demais Regiões. Os atores parecem estar mais voltados aos seus Municípios, mergulhados nas dificuldades cotidianas e buscando dar conta, sozinhos, de problemas complexos, apenas resolvendo-os, momentaneamente. Porém não estão isolados, visto que referiram articulações paralelas com Municípios circunvizinhos, tentando buscar respostas junto à CRS e SES.

A CRS parece ter realmente perdido seu papel de articulador regional, mostrando-se frágil junto às demandas municipais, especialmente pelas dificuldades enfrentadas pela SES, dentre elas, o financiamento em saúde. Porém, cabe a seu coordenador a presidência do COGERE, espaço em que efetivamente são tomadas as decisões, ao mesmo tempo em que, unido ao MS, auxilia na efetiva propagação dos programas de saúde, mostrando seu poder nas estratégias programáticas e institucionais. Nesse sentido, apesar de 100% dos Municípios e Estados brasileiros serem os responsáveis pela saúde de sua população, o MS é quem os rege, deixando pouca liberdade de gestão, sendo demonstrado um centralismo no financiamento por programas⁽¹⁵⁾.

Para finalizar, a análise dos dados permite demonstrar a forma como se configura o poder no espaço decisório do processo de regionalização na ASSEDISA Centro-Sul (figura 9). Os 13 Municípios em questão, sendo a maioria de pequeno porte, estão no centro, sofrendo a força e a pressão do poder político de outros espaços decisórios, o COGERE, a CRS, a SES

e, especialmente, do MS, além da interferência da política partidária e dos políticos na tomada de decisão nesse jogo político.

Figura 9 – Configuração do poder no espaço decisório do processo de regionalização na ASSEDISA Centro-Sul



Fonte: Roesse, 2012.

O estudo demonstra que o MS é o protagonista da arena decisória e orienta o eixo das políticas públicas no Brasil. Observa-se que os Municípios não se sentem contemplados nas discussões, apenas cobrados pelas suas responsabilidades. Cabe salientar, também, que é necessário fazer com que as coisas aconteçam, logo o MS se coloca no jogo político com meios estratégicos que consolidem as estratégias em saúde e, de certa forma, centralizando o poder decisório.

Cabe destacar, que “a regionalização implica numa mudança no exercício de poder (redistribuição do poder) no interior da política de saúde, o que se traduz pela introdução de

novos atores, objetos, normas e processos, governados/liderados por diferentes orientações/ideologias”^(165:20).

Logo, infere-se que o Município seja o ente mais frágil e responsabilizado nesse jogo político, tendo por consequência o receio de assumir o Pacto de Gestão que impõe mais responsabilidades. Pensa-se que isso se deve por duas questões, uma, a centralização do poder de decisão no MS e outra o sub-financiamento em saúde. A efetiva cooperação, solidariedade e corresponsabilização das três esferas de governo podem auxiliar na transformação desse cenário e, por conseguinte, efetivar o processo de regionalização em saúde com planejamento ascendente.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O estudo sobre a regionalização em saúde sob a ótica dos atores sociais envolvidos na gestão, em instâncias municipais, regionais e estaduais, foi desenvolvido com o intuito de analisar as estratégias e a configuração de poder que se estabelecem no planejamento relativo à regionalização, compreendido no espaço geográfico dos Municípios que compõem a ASSEDISA Centro-Sul no Estado do Rio Grande do Sul, além do poder que se constitui nos espaços decisórios.

As pesquisas já desenvolvidas pelo grupo, bem como a inserção dos pesquisadores na área empírica, propiciaram a construção da problemática em questão. Infere-se que a **política** como organizadora/direcionadora do espaço decisório esteja atrelada a um **espaço geográfico** (operacionalizador do processo de decisão) que não possui a mesma lógica do espaço das relações sociais onde perpassam as relações de poder, no qual se encontram os executores do processo, os **atores sociais**. São dois “espaços” (o normativo e as relações de poder) que se sobrepõem e que dificultam a operacionalização do processo de regionalização da saúde. A temática do estudo foi estruturada a partir desses três eixos que perpassaram a análise teórica e dos resultados, visto que o contexto político organiza as políticas nacionais implementadas no espaço geográfico, por e para diferentes atores sociais.

Pensa-se que os resultados do presente estudo possam contribuir aos gestores da Região no processo de regionalização da saúde, e que seu retorno aos mesmos possa refletir-se em novas propostas de pesquisa que venham a auxiliar a consolidação do planejamento regional. Porém, cabe salientar como limitação do presente estudo, a impossibilidade de observação nas reuniões da ASSEDISA Centro-Sul, no ano de 2010, pelo fato de não terem ocorrido.

O perfil dos atores municipais entrevistados, no presente estudo, apontou uma formação vinculada, especialmente à Área da Saúde ou de Administração/Contabilidade e uma busca por cursos de Pós-Graduação que estivessem ligados à gestão nessa Área, demonstrando a busca pela qualificação técnica dos gestores.

A escolha pelo cargo, para alguns, pareceu separar o lado técnico do político, enquanto outros apontaram a união de ambos os aspectos. Cabe destacar as condições básicas ao gestor em saúde: sendo elas ter vontade política, ter definição de recursos, ter os instrumentos de gestão implementados e ter capacidade de negociação. Essas condições estão imbricadas aos dois lados trazidos pelos gestores, salientando que se pensa que a escolha sempre tenha o fator

político, pois esse é o ato de articular-se com outras pessoas com um fim comum e sendo exercido algum tipo de poder.

O lado político não necessariamente deve ser partidário, mas, apesar de ter surgido timidamente, em poucas entrevistas, infere-se que esse seja fundamental para as escolhas, especialmente em Municípios de pequeno porte. Outra questão bastante relevante é o fato de o Prefeito enfrentar duas dificuldades ao realizar essa escolha: primeiro, discutir quais são as condições básicas para a pessoa que irá assumir o cargo e, posteriormente, se dispõe de pessoas com esse perfil para a Secretaria de Saúde, além de algo que não foi relatado e nem questionado, mas que certamente deva ser uma realidade, também municipal, que são os “acertos” de cargos com os partidos coligados e “cabos” eleitorais.

A escolha do gestor, a partir de condições básicas para o exercício do cargo pressupõe que ele esteja preparado para enfrentar os obstáculos impostos à Secretaria de Saúde. Na discussão sobre o processo de descentralização nos Municípios, a municipalização figurou na discussão, parecendo que a descentralização não estava sendo pensada de forma ascendente, mas sim, fragmentada entre os processos de municipalização e de regionalização.

Porém, o principal problema trazido, quanto à descentralização da saúde, foi o financiamento, especialmente quanto ao não cumprimento da EC 29 pelos demais entes federados. Pensa-se que existe uma força por trás dessa questão, pois os Municípios cumprem o repasse, inclusive ultrapassando o que lhes cabe, na busca da atenção a seus munícipes. Isso acontece devido ao fato de seus parceiros, o Estado e a União, não cumprirem com a sua porcentagem nas verbas em Saúde. Muitos gestores reclamaram que são obrigados a realizar o mínimo dos repasses para não sofrerem com as medidas legais, enquanto que os demais financiadores não sofrem com as imposições da lei.

Um dos atores estaduais referiu que nenhum governo estadual cumpriu com o mínimo exigido, nem na época em que era 10% e referiu que o Ministério Público já entrou na Justiça contra o Estado e esse já perdeu, mas sempre recorre da decisão, com a justificativa de que as contas foram aprovadas pelo Conselho Estadual de Saúde. O Estado deveria repassar 12% de sua arrecadação e passa menos de 6%, o restante é complementando o repasse para o IPÊ e a CORSAN que não são de acesso universal. O Governo Federal, principal financiador, também é acusado de não cumprir a sua parcela no financiamento em saúde. Aliás, cabe destacar a dificuldade em saber a porcentagem real de repasse que deveria ser realizada pela União, pois está vinculada ao PIB nacional.

Outra questão levantada foi quanto à forma como os Municípios vinham utilizando as verbas que mencionaram, pois atores regionais e estaduais apontaram problemas nesses

gastos, especialmente na compra de serviços a preço de mercado. Portanto, pode-se observar um grande obstáculo quando se fala em financiamento em saúde, porém ressalta-se a necessidade de uma reorganização dos gastos a partir de uma análise situacional que apontaria as necessidades locais e regionais, de capacidade instalada, de demanda, de profissionais, de tempo de atendimento e de referência.

A aprovação da lei que regulamenta a EC 29 é bastante recente e difícil de avaliar a real responsabilização dos Estados e União a partir desta, mas mesmo com seu cumprimento, há a necessidade de uma forte reorganização do Sistema de Saúde, em todos os níveis, pensando na otimização dos recursos disponíveis e no planejamento ascendente, especialmente, quanto à efetiva implementação da microrregião. Essa reorganização requer a união dos elementos técnicos e políticos a fim de instrumentalizar os gestores para que suas escolhas sejam vinculadas à construção de estratégias em busca do planejamento municipal, regional e estadual na Área da Saúde. Pensa-se que a negociação cooperativa seja um meio que auxilie essa reorganização proposta.

Pode-se inferir que os gestores municipais vêm se sentindo bastante pressionados pelo poder que outras esferas, especialmente do Estado e da União, vêm impondo aos Municípios. Uma questão que afeta diretamente a qualidade da assistência em saúde no Município é a Lei da Responsabilidade Fiscal que, segundo um ator estadual, seu cumprimento vinha sendo bem mais rigoroso no Estado e acabou se tornando um forte impeditivo para o avanço do SUS. A dificuldade de contratação de mais profissionais vinha obrigando alguns Municípios a descredenciar a ESF ou nem assumi-la por receio de não dar conta. Obviamente a perda política deve ser levada em consideração nessa decisão do Município, pois, dificilmente, um político irá assumir, junto à população, um compromisso que não possa cumprir.

A consequência disso, apontada por alguns gestores, é a falta de vínculo dos usuários, ocasionando um maior uso dos serviços de MC, aumentando a fila e apertando cada vez mais o “nó” da MC no Estado, necessária ou desnecessariamente. Nem mesmo a promessa feita na extinção do INAMPS, de apoio do Governo Federal às contratações, ao longo do tempo, foi cumprida. Essa situação não se consolidou e os Municípios ainda têm de dar conta da LRF que abarca todo o funcionalismo municipal, não apenas os da Saúde que, geralmente, são em grande número.

O aumento da demanda por MC tem uma forte consequência política no Município, devido a uma maior pressão por parte da população, pois a fila por consulta e procedimento especializado, além da cirurgia eletiva é muito lenta. Pensa-se que isso possa gerar duas questões importantes, a necessidade de o Município dar conta, por estar na ponta do Sistema,

além de participar do sofrimento do usuário e a, segunda questão, é quanto ao ganho de poder político. A segunda questão não foi mencionada no estudo, porém acredita-se que o fato de o usuário receber um atendimento especializado, em outro Município, sendo levado com carro/ambulância da SMS, possa ter um importante papel na escolha do governante, mais, inclusive, do que um qualificado atendimento em ABS.

Nessa discussão, salienta-se que representantes mencionaram a má gestão da ABS em alguns Municípios, inclusive utilizando-se verbas dessa para a compra de serviços em MC. Também foi mencionada a força do modelo assistencial vigente no País, ou seja, médico-privatista que valoriza a atenção de pronto-atendimento, voltado para a doença e aos que lucram com a doença. Unido a isso, os Municípios têm muita dificuldade na contratação do profissional médico, tornando-se um obstáculo a mais para a consolidação de uma boa ABS. Essa problemática surgiu em algumas falas de atores municipais e, caracteriza-se como um dos problemas enfrentados cotidianamente nas Secretarias de Saúde. Uma questão interessante é quanto ao número de médicos por habitante, no Brasil, que tinha um nível considerado bom, agora em declínio, porém esses profissionais não estão nos Municípios do Interior e nem mesmo na ABS.

De que forma ter uma ABS qualificada e uma diminuição do custo social e financeiro na Área da Saúde? Será que é essa a ABS que o Brasil almeja? Não se culpa o profissional, mas o que é preciso fazer para tornar os Municípios e a ABS atrativa ao profissional médico? O SIMERS tem uma proposta de carreira sendo iniciada no Interior, mas será que adiantaria? Será que “roubando” sonhos teremos uma ABS adequada? E o vínculo efetivamente ocorreria? No ano de 2011 houve uma mudança na forma de contratação desse profissional pela ESF, podendo-se contratar por menos de 40 horas, mas retoma-se a questão do vínculo e das atividades inerentes à estratégia.

Outro problema enfrentado pelos gestores diz respeito à Judicialização da Saúde, mas parece que, na Região, conseguiu-se realizar acordos junto ao Judiciário, mantendo um diálogo sobre as responsabilidades dos Municípios frente às questões demandadas. Essa questão trouxe à tona o fato de que os atores municipais acreditavam que apenas a atenção básica seria de sua responsabilidade. Esse discurso parece ter iniciado à época da municipalização da saúde, com as habilitações propostas pelas NOBs. Porém, hoje, com o Pacto de Gestão trazendo a solidariedade entre os entes federados, por meio da microrregionalização cooperativa, sobrepõe a municipalização autárquica impregnada nessas normas e traz a gestão plena do SUS.

O cenário desse jogo político parece apontar para a necessidade de uma transformação, pois os Municípios estão tendo dificuldade em enxergar o planejamento regional como responsabilidade de todos e de forma ascendente. Isso se deve ao fato de como o processo de descentralização foi conduzido no Brasil, fragmentando-o. Nesse sentido, o Município, de pequeno porte, não vê a possibilidade de ser o condutor do seu Sistema de Saúde, sendo mais seguro pensar na responsabilização pela atenção básica, mesmo porque é difícil de aceitar uma vinculação com parceiros (MS e SES) que não vêm cumprindo sua parcela no investimento na Área. Dessa forma, o questionamento de que a “descentralização foi descentralizada” diz respeito a essa situação que o próprio protagonista da tomada de decisões, o MS, provocou ao centralizar as definições em Saúde.

Para pensar como vinha ocorrendo a discussão a respeito do processo de regionalização no Município e na Região, utilizaram-se conceitos de fixos e fluxos propostos por Milton Santos. Dessa forma, infere-se que os fluxos pensados pela Área da Saúde sejam, na verdade, fixos, pois são redes desenhadas no papel e que efetivamente não foram totalmente colocadas em prática. Nesse sentido, o território e as estratégias apontadas para a utilização dos serviços de saúde são considerados, no presente estudo, como fixos.

Cabe remeter-se às dificuldades apontadas quanto aos desenhos planejados para o território de saúde. Os recortes do território são bastante diferentes quando se pensa em COSEMS ou ASSEDISAs Regionais, COGEREs/CRSs, micro e macrorregiões. Infere-se que essa situação interfira no planejamento em saúde, visto que os Municípios participam de diferentes arranjos, provocando uma desorganização e descontinuidade no processo decisório. A consequência disso se mostra nas relações individuais entre os Municípios, arranjos por conveniência e não pelas necessidades da população, além de resultar em imposição de relações de poder sobre os Municípios.

Na Área de estudo, os dois Municípios vinculados à 3ª CRS parecem conseguir dar conta dos atendimentos, usufruindo das vantagens de ambas as CRSs, visto que pertencem a uma e à microrregião de outra. Por outro lado, o poder de negociação e articulação do gestor é ressaltado para que essa situação seja interessante a eles.

A capacidade instalada, em média complexidade, foi apontada pelos atores municipais a partir de como realizavam os encaminhamentos dos usuários de seus Municípios e não como estão desenhadas as RAS pelo Estado, pois eles as conheciam dessa forma. Todos os atores municipais entrevistados mencionaram o encaminhamento de usuários para consultas e procedimentos especializados para Porto Alegre ou Grande Porto Alegre pela Central de

Marcação. Esses atores apontaram a Capital como sendo sua referência, porém o número de procedimentos disponibilizados não demonstrava isso.

Já alguns atores regionais e estaduais apontaram a necessidade de os Municípios pensarem estratégias para a organização da microrregião, deixando de depender tanto de Porto Alegre para realizar média complexidade. Inclusive, apontou-se a implantação da regulação da saúde na Capital como um instrumento que iria provocar os Municípios a promover a organização regional, pois as necessidades passariam a ser avaliadas e reguladas, não bastando o Município acessar a Central, via telefone.

Logo, mostra-se a necessidade de Camaquã e Guaíba se colocarem como polos regionais e efetivarem a questão microrregional. A maioria dos entrevistados mencionou essa necessidade, porém o foco da média complexidade ficou nos hospitais regionais, sendo que poucos se referiram às consultas e procedimentos especializados. Portanto, cabe salientar a necessidade de se discutir, regionalmente, a capacidade instalada de cada Município para auxiliar na organização do sistema regional de saúde.

Pensando-se na área hospitalar, os municípios de Barra do Ribeiro, Tapes, Guaíba, Amaral Ferrador e Camaquã possuíam instituições hospitalares. Infere-se que alguns deles poderiam se vincular ao programa de HPP, utilizando essa capacidade já instalada como suporte à atenção básica e absorvendo parte da assistência de MC. Além de atender casos como, por exemplo, na Área de saúde mental da Região, excetuando-se o de Amaral Ferrador, já cadastrado como HPP, que atendia à população municipal e seu acesso geográfico não seria viável para os demais Municípios.

Apesar de o referencial pontuar a necessidade de hospitais regionais, pensa-se que a estrutura já existente deva ser utilizada, sendo inadmissível o critério de mínimo de habitantes, nesses casos. O município de Barra do Ribeiro, por exemplo, possui um “elefante branco”, herança do ex-Prefeito e ex-Ministro da Saúde, Carlos César de Albuquerque. Na época não havia esses critérios ou ganhou o poder político? Por que em 1998 podia e agora não? Força política, imposição, coação, quem sabe? É óbvio que um Município com 12 mil habitantes não necessitaria de uma Instituição hospitalar, tampouco com 50 leitos, mas já que ela existe se poderia trabalhar regionalmente e suprir parte das necessidades da Região, em Áreas básicas. Por que não? O que impede? O mesmo desenho das redes de saúde? Cabe ressaltar que o Município possui fácil acesso geográfico e é muito próximo aos municípios de Cerro Grande do Sul, Guaíba, Mariana Pimentel, Sentinela do Sul, Sertão Santana e Tapes. Aliás, a maioria dos 13 Municípios, para acessar Porto Alegre, passa a cerca de 10 km da cidade. É só sair da BR116, seguir por uma RS asfaltada e rapidamente se chegaria a esse

serviço. Porém, para consolidar essa situação é necessário apoio estadual, da 2ª CRS, mas principalmente do Estado, não só sinalizando com a viabilidade política, mas também com a questão financeira.

Outra situação inaceitável é em relação à UTI do Hospital de Camaquã que, ao estar pronta, não se conseguiu entrar em funcionamento por questões financeiras. A Região não possui esse tipo de serviço, esse resolveria boa parte da demanda na própria microrregião, mas não se entende porque não houve um efetivo apoio na sua concretização. É importante destacar que foi mencionado um aporte financeiro do Estado para hospitais regionais, dentre eles o de Camaquã e de Guaíba, para ofertar serviços regionalizados.

O SUS encontra-se numa crise hospitalar, porém o custo de manutenção desse tipo de Instituição é bastante oneroso aos cofres públicos. Por outro lado, os gestores municipais não conseguem qualificar sua atenção básica, entre outros pela LRF e, ao mesmo tempo, os casos de MC se agravam pela diminuta cota de serviços prestados. Não parece óbvia a necessidade de se investir numa menor densidade tecnológica? Mas e o jogo político? O poder do voto e da constante abordagem do tema “Saúde” nas campanhas eleitorais? Resolver o problema com organização e otimização dos recursos poderá acabar com a indústria em que se tornaram as eleições, nos três níveis da Federação, especialmente, no que se refere à Saúde e Educação.

Outra estratégia citada pelos atores municipais é quanto à utilização da Santa Casa de Rio Grande para os casos de traumatologia-ortopedia. O serviço não era referência para a maioria dos Municípios do estudo, porém o Estado optou por permitir essa questão pelo fato de não ter se atingido o mínimo de população. Essa situação permite inquirir sobre o porquê de Rio Grande poder realizar isso e as instituições hospitalares da Região em estudo, não. Cabe repensar a flexibilização das estratégias de regionalização, no Estado, promovendo um maior e melhor acesso da população aos serviços regionais.

Uma estratégia bastante discutida pelos atores, nesse sentido, e que os motivou a se organizarem na Associação Regional foi o CICS. Porém, apesar de seu empenho nessa construção, o resultado não foi o esperado pelos gestores da Região, mostrando-se mais como um facilitador às Prefeituras para compras sem licitação, especialmente na Área de Meio Ambiente. Os gestores de saúde acreditavam que haveria apoio estadual para a compra de serviços de média complexidade, porém isso também não se efetivou. Logo, a maioria deles, estava utilizando os serviços do Consórcio quando considerava conveniente, por necessidades, por exemplo, de prazo para pagamento, compra de alguns serviços mais emergenciais, como a tomografia computadorizada e algumas consultas em especialidades de difícil acesso pela Central de Marcação.

Por outro lado, a compra de serviços de média complexidade pelos Municípios acarreta um alto gasto ao Município que poderia investir mais na atenção básica se as redes pensadas estivessem sendo efetivadas. O panorama atual demonstra uma desqualificação desta, por diversos motivos, pontuados ao longo do presente estudo, que tem por consequência um aumento da demanda por serviços de média complexidade. A dificuldade em atender à atenção básica e à média complexidade poderá acarretar, inclusive, um aumento de demanda à alta complexidade, o que, além de onerar ao erário público, causa um alto custo social desnecessário se o sistema fosse melhor gerido e otimizado, em todos os níveis.

As discussões trazidas pelos atores municipais, regionais e estaduais, ao longo do estudo, pontuaram enfaticamente a necessidade da consolidação da microrregião. Todos querem, mas não se consegue pôr em prática. Pensa-se que a necessidade de reorganização do sistema de saúde seja premente e que realmente não adianta pensar em aumento de recursos sem que seja feito o levantamento das necessidades de saúde locais e regionais. Porém, não é viável fazer a MC funcionar se o valor da tabela não cobrir o mínimo de gastos do prestador de serviços. Por outro lado, é necessário avaliar o que realmente é preciso, por exemplo, o número de exames, no País, citado por um ator regional, devido muito à falta de vínculo do profissional com o usuário. As falas dos entrevistados deixaram claro que a AC não é problema no Brasil, mas sim a ABS e, especialmente, a MC, considerada o grande “nó” ou “gargalo” do Sistema de Saúde. Infelizmente a resolução desses problemas depende, em muito, de decisões políticas, não apenas de aumento de recursos, mas de melhor redistribuição deles, sendo necessário, para isso, que os atores sociais se utilizem de estratégias, meios estratégicos, negociação, cooperação, análise do tempo e ferramentas que permitam o planejamento ascendente e a construção de RAS, mas que estas promovam realmente fluxos, com interdependência municipal e não desenhos fixos que estão apenas no papel e não colocados em prática.

Nesse sentido, alguns mecanismos para a construção desses fluxos são importantes na discussão de planejamento regional, tais como a PPI, a regulação em saúde e o Pacto pela Saúde. A PPI foi bastante discutida por alguns atores, especialmente os regionais, estaduais e os municipais envolvidos em outros fóruns. Salientou-se novamente a necessidade de se conhecer a situação local e regional, por meio de uma PPI da realidade, mas que essa seja efetivamente construída nos Municípios e na Região, apontando as reais necessidades, não sendo apenas um aglomerado de dados coletados em Sistemas de Informação ou tabelas que só aparecem nos Plano de Saúde Municipais. Isso permitirá a construção da PPI estadual e a

cooperação e negociação entre os entes federados, permitindo o desenvolvimento de estratégias conjuntas para a resolução dos problemas na Área.

Outro mecanismo importante, que vem sendo utilizado pelo município de Porto Alegre, considerado referência para a maioria dos Municípios do estudo, é a regulação da saúde. Um dos atores estaduais discutiu com profundidade a questão de como esse processo vinha sendo desenvolvido. Foram pontuadas questões muito importantes para a regionalização no Estado, tais como o Município ser referência, especialmente, à alta complexidade, pois este vinha sendo referência para Municípios que dispunham de capacidade instalada para atender aos casos de MC na sua Região. Logo, é urgente se consolidar a microrregião como estratégia para se estruturar e organizar o acesso aos serviços de saúde, além de melhorar o atendimento à saúde da população.

Porém, cabe à SES assumir a regulação da saúde estadual e seu papel de mediadora para que os Municípios esgotem sua capacidade instalada e de sua Região para então acessar a Capital e essa, efetivamente, tenha a função de referência. Dessa forma, otimizando o sistema e oportunizando que as pessoas que realmente precisem de um atendimento de maior densidade tecnológica consigam acessá-lo com mais facilidade e em menor tempo. Assim, os Municípios acessariam as cotas disponíveis para o Interior, conforme a PPI estabelecida no Estado e que, inclusive, já estariam no sistema informatizado. Foi enfatizada a questão de o Município conhecer suas necessidades e, com o sistema efetivamente regulado, a demanda, parada em papéis de referência e contrarreferência seria qualificada e analisados os pontos críticos e estrangulamentos, portanto havendo investimento nas reais necessidades da população. Essa reorganização do sistema possibilitaria a construção de novos desenhos, mais dinâmicos, considerando a territorialidade e a força viva do território, conseguindo-se, então, alcançar a efetiva consolidação dos **fluxos**.

Para tanto, o Pacto de Gestão se coloca como um importante mecanismo nesse processo ao propor o estabelecimento de acordos entre as esferas de governo e sua solidariedade e cooperação. Porém, a maioria dos atores ressaltou que os Municípios se tornarão responsáveis pela saúde de seus munícipes. A não assinatura do Pacto, pela maioria dos Municípios gaúchos, segundo alguns entrevistados, deveu-se ao posicionamento crítico em relação à aplicação dos recursos financeiros, especialmente, do Estado, pois se comprometeriam com a saúde de sua população juntamente com um parceiro que já não vinha cumprindo com suas responsabilidades.

Por outro lado, o MS está vinculando a adesão a alguns programas à assinatura do Pacto, o que, em pouco tempo, irá impô-la aos Municípios. Os da Área de estudo, até janeiro

de 2012, ainda não haviam assinado, mas pensa-se que seja uma questão de tempo. O processo de regulação, já colocado em andamento pelo município de Porto Alegre, também vem pressionando os demais Municípios a se posicionarem como responsáveis pelos seus usuários, não apenas em ABS. Entretanto, infere-se que esse processo irá promover o diálogo com o Estado e a formação de parcerias entre os Municípios, na microrregião, Região, macrorregião e Estadual, pois não haverá mais habilitações para os Municípios, mas sim parcerias em prol da saúde do cidadão. Atenta-se ao fato de haver algumas dificuldades inerentes ao Município de pequeno porte, tais como as condições para promover monitoramento, avaliação e ouvidoria em seu Município. Pensa-se que essa questão seria resolvida com a parceria da microrregião, com apoio estadual e flexibilização das normas.

A discussão de como vem se dando a discussão a respeito de processo de regionalização no território de saúde, em estudo, sendo esse implicado pelos fixos e pelos mecanismos para efetivamente se consolidar os fluxos, conforma-se no jogo político. Nesse espaço de produção social, os atores envolvidos no processo podem discutir e tomar decisões a partir da permanente análise situacional da Região, promovendo, portanto, um efetivo planejamento regional. No entanto, é necessária a efetiva participação desses atores nas discussões regionais para se levantarem as demandas e, as encaminhar, aos demais fóruns, regionais e estaduais.

Apesar de questões políticas e político-partidárias estarem bastante envolvidas no processo de descentralização, cabe ao Município promover a discussão e utilizar-se da estratégia da interdependência municipal para efetivar a microrregião e a distribuição do poder político, fugindo da “prefeiturização” em Saúde.

Logo, a ASSEDISA Centro-Sul é o principal espaço decisório na microrregião e a inserção e participação dos gestores municipais é essencial no jogo político para que se tenha o poder político nesse cenário e em outros espaços decisórios. Cabe ressaltar que um ator municipal foi o responsável pela união do grupo, para pensarem juntos o planejamento regional e o processo de regionalização. Este e outro ator foram figuras importantes nas discussões microrregionais, regionais e estaduais, além de serem citados por outros atores municipais, regionais e estaduais, demonstrando seu poder político na Região, liderança, poder de articulação e uso de meios como a cooperação e a negociação.

Os atores municipais não mencionaram a existência de disputas de poder entre eles, havendo um perfil suprapartidário na Região, inclusive atores, regional e estadual, também fizeram referência aos municipais pertencerem ao “partido da saúde”, parecendo estar vinculados a ideologia da Saúde. As análises das atas e as entrevistas realmente demonstram o

engajamento, em níveis diferentes, de todos em prol da Região, porém deve-se ressaltar que o cargo de Secretário foi uma escolha, inevitavelmente, política e que esse responde ao Prefeito o que acaba também envolvendo questões partidárias, em muitos casos.

Uma questão bastante relevante é o fato de que a ASSEDISA Centro-Sul não estaria muito atuante, sendo que os atores municipais estavam sentindo falta da presença da Associação, especialmente, na preparação e discussão dos temas para a reunião do COGERE que acabava sendo, neste momento, o principal espaço decisório. Infere-se que essa situação se deva ao fato da desmobilização provocada pela saída da coordenação, que atuou durante todo o período da ASSEDISA Centro-Sul, até abril de 2010, bem como a desarticulação nas eleições municipais de 2008 em que os gestores se voltaram mais aos seus Municípios, além de algumas trocas de gestores, em virtude ou não da referida eleição. A dificuldade de mobilização pode ter ocorrido pela dificuldade em acompanhar o jogo político em razão dos obstáculos que encontraram no caminho, especialmente quanto à frustração da implementação do CICS e de se encontrar outra liderança regional.

Cabe salientar a importância do apoio da ASSEDISA Estadual nesse processo, não só com ganho político, como mencionado por alguns, mas com aporte técnico e político ao gestor municipal, inclusive auxiliando a Regional a se reencontrar como Região de Saúde, o que certamente facilitaria o processo de consolidação da microrregião e o planejamento regional.

O COGERE é uma das mais importantes instâncias de pactuação do Estado, sendo apenas levado para a CIB, o que foi aprovado nesse Colegiado. O COGERE parece ter trazido muitos avanços à gestão, porém alguns atores pontuaram dificuldades nesse processo decisório, tais como: decisões prontas, cumprimento de normatizações estaduais, gestores que não compareciam, faziam-se representar ou não utilizavam o espaço para participar das discussões, não o valorizando, trocas de gestores; ainda, conflitos ou disputas em função de todos os Municípios pertencentes à CRS participarem desse espaço, sendo 41 na 2ª CRS. Nesse sentido, um importante obstáculo é o fato de os Municípios pertencentes à Centro-Sul serem em menor número do que os de outras Regiões da Coordenadoria, havendo uma situação desigual entre as Regiões, dificultando a aprovação de projetos da Centro-Sul, por consequência, tornando-a mais desprotegida. Retoma-se, então, a questão do território em saúde e dos recortes regionais que não respondem às necessidades cotidianas dos Municípios e devem ser repensadas e flexibilizadas a partir da territorialidade que parece estar mais presente na união dos gestores pelas ASSEDISAs Regionais.

Outra questão trazida pelos atores municipais é o fato de a presidência do COGERE pertencer ao Coordenador da CRS, o que poderia impor o poder estadual e interferir nas decisões. Houve sugestão de que esse cargo seja intercalado entre os gestores municipais e a representação do Estado, apesar de ser diferente na 3ª CRS em que os gestores municipais parecem estar se impondo à CRS pela falta de poder político da então Coordenadora. Essa situação também já pode ter se modificado em função da troca de governo e de coordenação. Pensa-se que a CRS deva ser um agente mediador e facilitador dos processos junto aos Municípios, não podendo se sustentar, nem a apatia dos Municípios e nem o confronto direto destituindo o poder estadual, mas sim cada um com suas atribuições e construindo junto, as estratégias de regionalização.

Apesar das dificuldades encontradas nessa relação, cabe destacar que, com o COGERE, todos os Municípios participam do espaço decisório regional, não sendo mais por representação, o que aumenta em muito o poder político da microrregião, além de possibilitar o uso de meios como a mediação, a negociação e a cooperação nesse jogo político. Porém, as atas não demonstram esse poder, não havendo discussão do que havia sido tratado nessas reuniões. Pensa-se que a estratégia utilizada pela ASSEDISA Zona Sul, de haver reuniões entre o SETEC e o COGERE para haver um posicionamento dessa Associação, dessa forma, exercendo seu poder político na Região, seja interessante, mas, para isso, é necessário um engajamento e comprometimento de todos e não apenas de alguns líderes.

Outra situação apontada é quanto à CIB que o Secretário Estadual da Saúde o preside e dá estrutura para seu funcionamento, demonstrando o forte poder político que a SES exerce no jogo político no espaço estadual e regional.

As CRS parecem ser bastante diferentes, no Estado, havendo disparidades quanto ao atendimento, planejamento e suporte técnico aos Municípios, muito vinculadas ao perfil dos coordenadores e à falta de profissionais que parece estar sendo suprida desde 2010. Porém, são elas que estão diretamente ligadas às discussões regionais e devem auxiliar e impulsionar os Municípios, como representantes do Estado, no processo de regionalização, sendo necessário que assumam seu papel de articuladoras e mediadoras no processo de negociação e planejamento em saúde entre os Municípios e entre esses e o Estado, deixando de ser encaminhadoras e burocratizadoras como vêm sendo nos últimos anos. Deve-se atentar ao fato das dificuldades que as CRSs enfrentam, como a falta de pessoal e a perda de poder no Estado, especialmente, do poder administrativo devido ao sub-financiamento do Estado.

Os atores municipais também apontaram dificuldades quanto a sua relação com a SES. Foi pontuada a questão de que o Estado estaria centralizando para criar dependência e manter

o poder político. Nesse sentido, a relação com o MS também seguia esse caminho, pois os atores relataram a estratégia programática com a imposição de programas, mas com dificuldades em acessar as verbas, por atrasos, cancelamentos ou interrupção dos repasses, deixando-os sob responsabilidade integral do Município e este se sentia sozinho em sua execução e financiamento, além do fato de se começar a vincular alguns à assinatura do Pacto pela Saúde, o que acaba sendo uma forma que o MS encontrou para efetivar essa política. O ex-Secretário Estadual de Saúde foi mencionado também e havia referência ao seu poder no jogo político, utilizando meios estratégicos que não eram bem vistos pela administração municipal.

Infere-se que seja necessário a SES, especialmente, por meio das CRSs, assumir seu papel de mediador e articulador das políticas, de auxiliar os Municípios na busca de sua autonomia, na reorganização das referências, na regulação estadual, no uso de ferramentas de tecnologia da informação que possibilite medir as necessidades individuais e coletivas da população. Dessa forma, poder-se-á pensar regionalmente, na alocação de recursos, a partir das reais necessidades e no sentido de reorganizar o sistema de saúde estadual, regional, microrregional e municipal, com a qualificação da ABS. Logo, pensa-se que se conseguirá efetivamente concretizar o processo de regionalização no Estado, contando-se, para isso, com diferentes parceiros nas instâncias citadas e com os gestores municipais pensando a Região e não apenas seu Município.

Também é importante salientar a questão de ganho político por parte de vereadores e deputados que trabalhavam para levar conquistas ao Município, porém não pensando na manutenção do programa e em seu planejamento e, algumas vezes, até prejudicando. Por outro lado, reforçou-se a falta de representação política da Região, o que poderia estar dificultando novas conquistas regionais, pois os políticos acabavam direcionando verbas e projetos para seus “nichos eleitorais” pela manutenção de seu poder político, colocando o interesse pessoal acima do coletivo.

É possível concluir que o MS é o protagonista da arena decisória, centralizando o poder decisório e, dessa forma, orientando o eixo das políticas públicas de saúde no Brasil. Salienta-se a importância da divisão desse poder entre os três entes federados, com um olhar especial ao Município, ator que se mostra mais fragilizado com o processo de descentralização que vem sendo implementado no País. Cabe, portanto, uma efetivação da parceria das diferentes instâncias de decisão e parceiros para se concretizar o processo de regionalização, pensado a partir do planejamento ascendente.

A atual concepção de território da saúde, com muitas divisões territoriais, tem propiciado uma fragmentação territorial, pois há diferentes distribuições dos Municípios, dependendo da configuração de determinado nível de organização do sistema. O fato de, em uma divisão administrativa o Município pertencer à determinada Área, e, em outra divisão, a uma distinta, contribui para fragmentar o território e acirrar as relações de poder, sendo um obstáculo à capacidade de negociação e cooperação nas Regiões.

Por fim, ressalta-se a dificuldade da implementação efetiva dos fluxos, devido à forma como os fixos estão configurados. Os desenhos propostos para consolidar os fluxos no território são muito diversos e proporcionam a consolidação de diferentes relações de poder e, por consequência, uma dificuldade na construção de estratégias e possibilidades de negociações entre os atores. Pensa-se que sempre vão existir diferentes formas de relação de poder, porém a busca de maneiras mais flexíveis ajudarão a dar conta dos fluxos em saúde. Dessa forma, pensar o território a partir, efetivamente, dos fluxos, proporcionaria a configuração de outras formas de relações de poder, por consequência da tomada de decisão no jogo político. Assim, os atores dos diferentes entes federados poderiam também ser sujeitos atuantes na arena decisória, influenciando a política em seu espaço geográfico e em outros espaços, ampliando sua capacidade de atuação no jogo político.

REFERÊNCIAS

- 1 Roese A. Fluxos e acesso de usuários a serviços de saúde de média complexidade no município de Camaquã, RS [dissertação]. Porto Alegre: Escola de Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 2005.
- 2 Roese A, Gerhardt TE. Fluxos e utilização de serviços de saúde: mobilidade dos usuários de média complexidade. *Rev Gaúcha Enferm.* 2008;29(2):221-9.
- 3 Ministério da Saúde (BR). Portaria 1.101, de 12 de junho de 2002: dispõe sobre os parâmetros de cobertura assistencial no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS. *Diário Oficial da União, Brasília (DF) 2002 jun 13; 139 (112) Seção 1: 36-42.*
- 4 Gerhardt TE, Lima MADS, Roese A, Lima MCR, Riquinho DL, Pinto JM, et al. Relatório final do projeto: “Fluxos e utilização de serviços de saúde: mobilidade e necessidades em saúde de usuários e novos desafios para a integralidade em saúde pública”. Porto Alegre: Escola de Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 2009. (Edital MS/CNPq/FAPERGS – PPSUS II – nº 06/2006 - processo nº 0700319.)
- 5 Gerhardt TE, Pinto JM, Riquinho DL, Roese A, Santos DL, Lima MCR. Utilização de serviços de saúde de atenção básica em municípios da metade sul do Rio Grande do Sul: análise baseada em sistemas de informação. *Ciênc Saúde Colet.* 2011;16 (Supl 1):1221-32.
- 6 Ministério da Saúde (BR), Gabinete do Ministro. Norma Operacional de Assistência à Saúde – NOAS-SUS 2002. Atualizada em 27/09/2004. Brasília (DF); 2004.
- 7 Gerhardt TE, Roese A, Pinto JM, Riquinho DL, Rodrigues F, Lima MCR. Fluxos de utilização e acesso a serviços de saúde de Média Complexidade em 13 Municípios da Metade Sul do Rio Grande do Sul. Porto Alegre: Escola de Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 2009. No prelo.
- 8 Secretaria Estadual da Saúde (RS). Plano Diretor de Regionalização da Saúde. Porto Alegre: SEGRAC Editora; 2002.
- 9 Pinto JM. O uso da informação na gestão da atenção básica à saúde: “informação para quem mesmo?” [trabalho de conclusão de curso]. Porto Alegre: Escola de Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 2009.
- 10 Lima MCR. Fluxos de utilização de serviços hospitalares: análise do perfil das internações e mobilidade de usuários em municípios da Metade Sul do RS à luz da regionalização [dissertação]. Porto Alegre: Escola de Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 2010.
- 11 Elias PEM. Das propostas de descentralização da saúde ao SUS: as dimensões técnica e político-institucional [tese]. São Paulo: Faculdade de Medicina, Universidade Federal de São Paulo; 1996.
- 12 Mendes EV. O processo social da distritalização da saúde. In: Mendes EV, organizador. *Distrito Sanitário: o processo social de mudança das práticas sanitárias do Sistema Único de Saúde.* 3ª ed. São Paulo; Rio de Janeiro: Hucitec; Abrasco; 1995. p. 93-158.
- 13 Presidência da República (BR). 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. *Diário Oficial da União, Brasília (DF) 1990 set 20; 128 (182) Seção 1: 18055-9.*

- 14 Vieira FS. Avanços e desafios no planejamento do Sistema Único de Saúde. *Ciêns Saúde Colet.* 2009;14(5):1565-77.
- 15 Santos L, Andrade LOM. SUS: o espaço da gestão inovada e dos consensos interfederativos: aspectos jurídicos, administrativos e financeiros. Campinas: Instituto de Direito Sanitário Aplicado; 2007.
- 16 Jovchelovitch M. *Municipalização e saúde: possibilidades e limites.* Porto Alegre: Editora da Universidade; 1993.
- 17 Bobbio N, Matteucci N, Pasquino G. *Dicionário de política.* 13ª ed. Brasília: Editora Universidade de Brasília; 2009. (Descentralização e centralização v. 1.; p. 329-35.)
- 18 Ministério da Saúde (BR), Gabinete do Ministro. Portaria nº 545, de 20 de maio de 1993: estabelece normas e procedimentos reguladores do processo de descentralização da gestão das ações e serviços de saúde, através da Norma Operacional Básica – SUS 01/93. Brasília (DF); 1993.
- 19 Ministério da Saúde (BR). Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde/NOB-SUS96. Brasília (DF); 1997.
- 20 Huertas F. *O método PES: entrevista com Matus.* São Paulo: Fundap; 1996.
- 21 Mattos RA. Repensando a organização da rede de serviços de saúde a partir do princípio da integralidade. In: Pinheiro R, Mattos RA, organizadores. *Razões públicas para a integralidade em saúde: o cuidado como valor.* Rio de Janeiro: IMS/Uerj; Cepesc; Abrasco; 2007. p. 369-83.
- 22 Misoczky MC. Distrito sanitário: desafio de descentralizar com democracia. *Saúde Deb.* 1991;33:54-60.
- 23 Mercadante OA. Evolução das políticas e do sistema de saúde no Brasil. In: Finkelman J, organizador. *Caminhos da saúde pública no Brasil.* Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2002. p. 235-313.
- 24 Ministério da Saúde (BR), Gabinete do Ministro. Norma Operacional de Assistência à Saúde – NOAS-SUS 01/2001. Brasília (DF); 2001.
- 25 Matus C. *Estratégias políticas: Chimpanzé, Maquiavel e Gandhi.* São Paulo: Fundap; 1996a.
- 26 Matus C. Carlos Matus e o planejamento estratégico situacional. In: Rivera FJU, organizador. *Planejamento e programação em saúde: um enfoque estratégico.* São Paulo: Cortez; 1989. p. 105-49.
- 27 Matus C. *Teoria do Jogo Social.* São Paulo: Fundap; 2005.
- 28 Matus C. *Adeus, Senhor Presidente: governantes governados.* São Paulo: Fundap; 1996b.
- 29 Testa M. *Pensar em Saúde.* Porto Alegre: Artes Médicas; 1992.
- 30 Testa M. *Pensamento estratégico e lógica de programação – o caso da saúde.* São Paulo; Rio de Janeiro: Editora Hucitec; Abrasco; 1995.
- 31 Testa M. Mario Testa e o pensamento estratégico em saúde. In: Rivera FJU, organizador. *Planejamento e programação em saúde: um enfoque estratégico.* São Paulo: Cortez; 1989. p. 57-104.

- 32 Ministério da Saúde (BR), Secretaria-Executiva, Coordenação de Apoio à Gestão Descentralizada. Diretrizes operacionais para os pactos pela vida, em defesa do SUS e de gestão. Brasília (DF); 2006.
- 33 Arretche M. A política da política de saúde no Brasil. In: Lima NT, organizador. Saúde e democracia: história e perspectiva do SUS. Rio de Janeiro: Editora da Fiocruz; 2005. p. 285-306.
- 34 Presidência da República (BR). 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. Diário Oficial da União, Brasília (DF) 1990 dez 31; 128 (249) Seção 1: 25694-5.
- 35 Silva SF. Municipalização da saúde e poder local: sujeito, atores e políticas. São Paulo: Hucitec; 2001.
- 36 Ministério da Saúde (BR), Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Sistema Único de Saúde. Brasília (DF); 2011.
- 37 Carvalho G. A inconstitucional administração pós-constitucional do SUS através de normas operacionais. Ciên Saúde Colet. 2001;6(2):435-44.
- 38 Noronha JC, Lima LD, Machado CV. O Sistema Único de Saúde – SUS. In: Giovanella L, Escorel S, Lobato LVC, Noronha JC, Carval AI, organizadores. Políticas e sistema de saúde no Brasil. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2008. p. 435-72.
- 39 Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz. Gestão de saúde: curso de aperfeiçoamento para dirigentes municipais de saúde: programa de educação à distância. v. 1. Rio de Janeiro: FIOCRUZ; Brasília: Editora Universidade de Brasília; 1998.
- 40 Levcovitz E, Lima LD, Machado CV. Política de saúde nos anos 90: relações intergovernamentais e o papel das Normas Operacionais Básicas. Ciên Saúde Colet. 2001;6(2):269-91.
- 41 Lowi TJ. Four Systems of Policy, Politics, and Choice. Public Administ Review. 1972;32(4):298-310.
- 42 Frey K. Políticas públicas: um debate conceitual e reflexões referentes à prática da análise de políticas públicas no Brasil. Planej Polít Públ. 2000;21:211-59.
- 43 Souza C. Federalismo, desenho constitucional e instituições federativas no Brasil pós-1988. Rev Sociol Polít. 2005;24:105-21.
- 44 Souza C. Governos e sociedades locais em contextos de desigualdades e de descentralização. Ciên Saúde Colet. 2002;7(3):431-42.
- 45 Souza RR. A regionalização no contexto atual das políticas de saúde. Ciên Saúde Colet. 2001;6(2):451-55.
- 46 Nascimento VB. SUS: pacto federativo e gestão pública. São Paulo: Aderaldo & Rothschild; Santo André: Cesco; 2007.
- 47 Paim JS. A reforma sanitária e os modelos assistenciais. In: Rouquayrol MZ, Almeida Filho N, organizadores. 5ª ed. Rio de Janeiro: Medsi; 1999. p. 473-87.
- 48 Bourdieu P. O poder simbólico. 11ª ed. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil; 2007.
- 49 Oliveira EXG, Carvalho MS, Travassos C. Territórios do Sistema Único de Saúde – mapeamento das redes de atenção hospitalar. Cad Saúde Pública. 2004;20(2):386-402.

- 50 Souza RG. Poder local e implementação da política de saúde: dilemas da gestão descentralizada [tese]. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública da Fundação Oswaldo Cruz; 2005.
- 51 Monken M, Peiter P, Barcellos C, Rojas LI, Navarro MBMA, Gondim GMM et al. O território na saúde – construindo referências para análises em saúde e ambiente. In: Barcellos C, organizador. Território, ambiente e saúde. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2008. p. 23-39.
- 52 Guimarães RB. Regiões de saúde e escalas geográficas. *Cad Saúde Pública*. 2005;21(4):1017-25.
- 53 Unglert CVS. Territorialização em sistemas de saúde. In: Mendes EV, organizador. Distrito sanitário: o processo social de mudança das práticas sanitárias do Sistema Único de Saúde. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Abrasco; 1995. p. 221-35.
- 54 Costa BP. A condição homossexual e a emergência de territorializações [dissertação]. Porto Alegre: Instituto de Geociências, Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 2002.
- 55 Fleury S, Ouverney AM. Gestão de redes: a estratégia de regionalização da política de saúde. Rio de Janeiro: Editora FGV; 2007.
- 56 Sacardo DP, Gonçalves CCM. Território: potencialidades na construção de sujeitos. In: Fernandez JCA, Mendes R, organizadores. Promoção da saúde e gestão local. São Paulo: Aderaldo & Rothschild; Cepedoc; 2007. p. 111-29.
- 57 Raffestin C. Por uma geografia do poder. São Paulo: Ática; 1993.
- 58 Santos M. Metamorfoses do espaço habitado – fundamentos teóricos e metodológicos da geografia. São Paulo: Editora Hucitec; 1988.
- 59 Moraes ACR. Geografia – pequena história crítica. 4ª ed. São Paulo: Hucitec-Vip; 1985.
- 60 Sack RD. Human territoriality: its theory and history. Cambridge: Cambridge University Press; 1986.
- 61 Misoczky MCA. (Re) encontrando o espaço do território nas estratégias de organização da atenção à saúde. In: Misoczky MCA, Beck J, organizadores. Estratégias de organização da atenção à saúde. Porto Alegre: Dacasa Editora; Programa de Desenvolvimento da Gestão em Saúde; 2002. p. 77-87.
- 62 Cara RB. Territorialidade e identidade regional no sul da província de Buenos Aires. In: Santos M, Souza MAA, Silveira ML, organizadores. Território: globalização e fragmentação. 5ª ed. São Paulo: Hucitec-Anpur; 2002. p. 261-9.
- 63 Gomes PCC. O conceito de região e sua discussão. In: Castro IE, Gomes PCC, Corrêa RL, organizadores. Geografia: conceitos e temas. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil; 1995. p. 49-76.
- 64 Britto LN. Política e espaço regional. São Paulo: Nobel; 1986.
- 65 Santos M. Espaço e método. São Paulo: Nobel; 1985.
- 66 De Toni JS, Klarmann H. Regionalização e planejamento: reflexões metodológicas e gerenciais sobre a experiência gaúcha. *Ensaio FEE* 2002;23(Esp):517-38.
- 67 Boudeville JR. Os espaços econômicos. São Paulo: Difusão Européia do Livro; 1973.
- 68 Jacometti EJM, Stephan-Souza AI. Espaço, território e região: conceitos-chave para a compreensão da atratividade de Juiz de Fora no processo de regionalização da saúde na Macrorregião Sudeste de Minas Gerais. *Rev APS*. 2010;13(Sup11):15-25.

- 69 Travassos C, Martins M. Uma revisão sobre os conceitos de acesso e utilização de serviços de saúde. *Cad Saúde Pública*. 2004;20(Supl2):190-8.
- 70 Gerhardt TE. Situações de vida, pobreza e saúde: estratégias alimentares e práticas sociais no meio urbano. *Ciêns Saúde Colet*. 2003;8(3):713-26.
- 71 Heimann LS, Castro IEN, Junqueira V, Ibanhes LC, Luiz OC, Kayano J, et al. *Gestão regional do SUS – São Paulo: rumo ao Pacto de Gestão*. São Paulo: Instituto de Saúde; 2007.
- 72 Mendes EV. *Os grandes dilemas do SUS: tomo II*. Salvador: Casa da Qualidade Editora; 2001.
- 73 Ministério da Saúde (BR). *Descentralização: Consórcios em Saúde* [Internet]. Brasília (DF); 2009a [citado 2010 janeiro 04]. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/saude/profissional/visualizar_texto.cfm?idtxt=28638.
- 74 Ministério da Saúde (BR). *Descentralização: Consórcio Público* [Internet]. Brasília (DF); 2009b [citado 2010 janeiro 04]. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/saude/profissional/visualizar_texto.cfm?idtxt=28763.
- 75 Ministério da Saúde (BR). *Descentralização: Consórcio Público e o Pacto pela Saúde* [Internet]. Brasília (DF); 2009c [citado 2010 janeiro 04]. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/saude/profissional/visualizar_texto.cfm?idtxt=28724.
- 76 Ministério da Saúde (BR), Secretaria-Executiva, Departamento de Apoio à Gestão Descentralizada. *Colegiado de gestão regional na região de saúde intraestadual: orientações para organização e funcionamento*. Brasília (DF); 2009d.
- 77 Guimarães RB. Rumos da regionalização da saúde brasileira. In: Barcellos C, organizador. *A geografia e o contexto dos problemas de saúde*. Rio de Janeiro: Abrasco; Iciçt; Epsjv; 2008. p. 231-41.
- 78 Rivera FJU. Por um modelo de formulação de políticas de saúde baseado no enfoque estratégico da planificação. In: Rivera FJU, organizador. *Planejamento e programação em saúde: um enfoque estratégico*. São Paulo: Cortez; 1989. p. 151-76.
- 79 Ministério da Saúde (BR). *Sistema de Planejamento do SUS (Planeja SUS): uma construção coletiva – trajetória e orientações de operacionalização*. Brasília (DF); 2009e.
- 80 Merhy EE. Planejamento ascendente: será que os municípios têm algo a dizer sobre isso, para a montagem do SUS? *Saúde Deb*. 1993;39:23-8.
- 81 Ministério da Saúde (BR), Secretaria Executiva, Subsecretaria de Planejamento e Orçamento. *Sistema de planejamento do SUS (uma construção coletiva): estudo sobre o arcabouço legislativo do planejamento da saúde*. Brasília (DF); 2007.
- 82 Fernandez JCA, Mendes R. Gestão local e políticas públicas para a qualidade de vida. In: Fernandez JCA, Mendes R, organizadores. *Promoção da saúde e gestão local*. São Paulo: Aderaldo & Rothschild; Cepedoc; 2007. p. 41-60.
- 83 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* [tese]. Santa Cruz do Sul: Universidade de Santa Cruz do Sul; 2006.
- 84 Kunrath AAF, Kantorski IC, Borges RA. Organização regional da Coordenação de Atenção Integral à Saúde. In: Ferla AA, Fagundes SMS, organizadores. *O fazer em Saúde Coletiva: inovações da atenção à saúde no Rio Grande do Sul*. Porto Alegre: DaCasa; 2002. p. 57-74.

- 85 Lotufo M, Miranda AS. Sistemas de direção e práticas de gestão governamental em secretarias estaduais de saúde. *RAP*. 2007;41(6):1143-63.
- 86 Mendes HWB. Regionalização da assistência à saúde: análise de demanda ao Serviço de Urgência/Emergência de um Hospital Universitário. *Interface – Com, Saúde*, 2003-2004;8(14):187-8.
- 87 Akerman M. Saúde e desenvolvimento local: princípios, conceitos, práticas e cooperação técnica. São Paulo: Hucitec; 2005.
- 88 Gómez CN. Gobernanza en el ámbito local. In: *Anais VII Congreso Internacional del CLAD sobre a la reforma del Estado y de la Administración Pública*; 2002 oct 08-11; Lisboa, Portugal. Lisboa: CLAD; 2002. p. 1-9.
- 89 Silva SF. Desafios para o aperfeiçoamento das redes de atenção à saúde no SUS no contexto da implantação do Pacto pela Saúde. In: Silva SF, organizador. *Redes de atenção à saúde no SUS: o pacto pela saúde e redes regionalizadas de ações e serviços de saúde*. Campinas: Idisa; Conasems; 2008. p. 117-48.
- 90 Evangelista MJ (facilitadora 2) . Gestão e cooperativa – desafios para a consolidação do SUS. In: Ministério da Saúde (BR), Secretaria Executiva, Departamento de Apoio à Descentralização. *Café com idéias: as idéias do café*. v. 3. Brasília (DF); 2006. p. 119-55.
- 91 Silva SF (facilitador 3). Gestão solidária e cooperativa – desafios para a consolidação do SUS. In: Ministério da Saúde (BR), Secretaria Executiva, Departamento de Apoio à Descentralização. *Café com idéias: as idéias do café*. v. 3. Brasília (DF); 2006. p. 119-55.
- 92 Couto W. A governabilidade local da saúde ainda é um desafio? In: Ministério da Saúde (BR), Secretaria Executiva, Departamento de Apoio à Descentralização. *Café com idéias: as idéias do café*. v. 3. Brasília (DF); 2006. p. 91-4.
- 93 Miranda AS. Questões evidenciadas pelos estudos. In: Ministério da Saúde (BR), Departamento de Apoio à Descentralização. *Gestores dos SUS: olhares e vivências*. Brasília (DF); 2005a. p. 179-92.
- 94 Santos L, Andrade LOM. Rede interfederativa de saúde. In: Silva SF, organizador. *Redes de atenção à saúde no SUS: o pacto pela saúde e redes regionalizadas de ações e serviços de saúde*. Campinas: Idisa; Conasems; 2008, p. 35-65.
- 95 Fleury S. El desafío de la gestión de las redes de políticas. *Rev Instituc Desar [Internet]*. 2002 [citado 2010 janeiro 07]. Disponível em: www.ebape.fgv.br/academico/asp/dsp_professor.asp?cd_pro=36.
- 96 Silva SF, Magalhães Junior HM. Redes de atenção à saúde: importância e conceitos. In: Silva SF, organizador. *Redes de atenção à saúde no SUS: o pacto pela saúde e redes regionalizadas de ações e serviços de saúde*. Campinas: Idisa; Conasems; 2008, p. 69-85.
- 97 Merhy EE. Em busca da qualidade dos serviços de saúde: os serviços de porta aberta para a saúde e o modelo tecno-assistencial em defesa da vida (ou como aproveitar os ruídos do cotidiano dos serviços de saúde e colegiadamente reorganizar o processo de trabalho na busca da qualidade das ações de saúde). In: Cecílio LCO, organizador. *Inventando a mudança na saúde*. 3ª ed. São Paulo: Hucitec; 2006. p. 117-60.
- 98 Silva Junior AG, Carvalho LC, Silva VMN, Alves MGM, Mascarenhas MTM. Avaliação de redes de atenção à saúde: contribuições da integralidade. In: Pinheiro R, Mattos RA, organizadores. *Gestão em redes: práticas de avaliação, formação e participação na saúde*. Rio de Janeiro: Cepesc; 2006. p. 61-89.

- 99 Silva Junior AG, Alves CA, Alves MGM. Entre tramas e redes: cuidado e integralidade. In: Pinheiro R, Mattos RA, organizadores. Construção social da demanda: direito à saúde, trabalho em equipe, participação e espaços públicos. Rio de Janeiro: Cepesc/Uerj; Abrasco; 2005. p. 77-89.
- 100 Pinheiro R, Ferla AA, Mattos RA. Gestão em redes: tecendo os fios da integralidade em saúde. Rio de Janeiro: EdUCS ; IMS/UERJ ; Cepesq; 2006.
- 101 Miranda AS. Introdução. In: Ministério da Saúde (BR), Departamento de Apoio à Descentralização. Gestores dos SUS: olhares e vivências. Brasília (DF); 2005b. p. 9-14.
- 102 Ferla AA, Souza DY, Freitas MEM, Pelegrini MLM, Antunes VH. Regionalização da atenção à saúde na experiência de gestão estadual do SUS no Rio Grande do Sul. In: Ferla AA, Fagundes SMS, organizadores. O fazer em Saúde Coletiva: inovações da atenção à saúde no Rio Grande do Sul. Porto Alegre: DaCasa; 2002. p. 13-29.
- 103 Ferla AA, Geyer LMC, Prytoluk LB, Breunig M. Descentralização da gestão da saúde no Rio Grande do Sul: implementando a legislação para garantir saúde de verdade e com qualidade para todos os gaúchos. In: Ferla AA, Fagundes SMS, organizadores. Tempo de inovações: a experiência da gestão na saúde do Rio Grande do Sul. Porto Alegre: DaCasa; Escola de Saúde Pública; 2002. p. 15-35.
- 104 Ferla AA, Ceccim RB, Pelegrini MLM. Atendimento integral: a escuta da gestão estadual do SUS. In: Pinheiro R, Mattos RA, organizadores. Construção da integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde. Rio de Janeiro: Uerj/IMS; Abrasco; 2007. p. 63-90.
- 105 Ministério da Saúde (BR). PDR e PDI disponíveis [Internet]. Brasília (DF); 2009f [citado 2009 dezembro 29]. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/saude/profissional/visualizar_texto.cfm?idtxt=30814.
- 106 Secretaria Estadual da Saúde (RS), Departamento de Coordenação das Regionais. Mapas [Internet]. Porto Alegre; 2009 [citado 2009 novembro 12]. Disponível em : <http://www.saude.rs.gov.br/wsa/portal/index.jsp?menu=organograma&cod=1351>.
- 107 Ministério da Saúde (BR), Secretaria-Executiva, Departamento de Apoio à Gestão Descentralizada, Coordenação-Geral do Desenvolvimento de Políticas de Descentralização. Composição dos Colegiados de Gestão Regional, nome, código IBGE e população dos Municípios do Estado do Rio Grande do Sul [Internet]. Brasília (DF); 2009g [citado 2010 janeiro 04]. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/cgr_rs_2710.pdf.
- 108 Consórcio Intermunicipal Centro-Sul (RS). Consórcio Intermunicipal – CI – Centro-Sul: Estatuto Social. Sertão Santana; 2005.
- 109 Consórcio Intermunicipal Centro-Sul (RS). Edital de chamamento público – chamamento público nº 01/2006 para credenciamento de profissionais pessoas jurídicas da área médica. Camaquã; 2006.
- 110 Consórcio Intermunicipal Centro-Sul (RS). Planilha 1 – Relatório do Consórcio Intermunicipal Centro-Sul. Camaquã; 2009.
- 111 Minayo MCS. O desafio do conhecimento – pesquisa qualitativa em saúde. 12ª ed. São Paulo: Hucitec; 2010.
- 112 Pope C, Mays N. Pesquisa qualitativa na atenção à saúde. 3ª ed. Porto Alegre: Artmed; 2009.
- 113 Flick U. Desenho da pesquisa qualitativa. Porto Alegre: Artmed; 2009a.

- 114 Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão (BR), Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE. IBGE Cidades@ [Internet]. Brasília (DF); 2012 [citado 2012 maio 27]. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/cidadesat/topwindow.htm?1>.
- 115 Federação das Associações de Municípios do Rio Grande do Sul. Informações Municipais. 2012 [citado 2012 maio 27]. Disponível em: <http://www.famurs.com.br/index.php/municipios/informacoes-municipais>.
- 116 Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento. Índice de Desenvolvimento Humano – Municipal, 1991 e 2000: todos os municípios do Brasil. 2012 [citado 2012 maio 27]. Disponível em: <http://www.pnud.org.br/atlas/tabelas/index.php>.
- 117 Triviños ANS. Introdução à pesquisa em ciências sociais: a pesquisa qualitativa em educação: o positivismo, a fenomenologia e o marxismo. São Paulo: Atlas; 1987.
- 118 Polit DF, Beck CT, Hungler BP. Fundamentos de pesquisa em enfermagem – métodos, avaliação e utilização. 5ª ed. Porto Alegre: Artes Médicas; 2004.
- 119 Lopes MJM. Les Soins: images et réalités – le quotidien soignant au Brésil [tese]. Paris: Université de Paris VII Denis Diderot; 1993.
- 120 Flick U. Qualidade na pesquisa qualitativa. Porto Alegre: Artmed; 2009b.
- 121 Bardin L. Análise de conteúdo. Ed. rev. ampl. São Paulo: Edições 70; 2011.
- 122 Ministério da Saúde (BR), Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 196, de 10 de outubro de 1996: dispõe sobre as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos. Brasília (DF); 1996.
- 123 Conselho das Secretarias Municipais de Saúde do Rio Grande do Sul (RS). Quem somos [Internet]. Porto Alegre; 2011a [citado 2011 agosto 29]. Disponível em: <http://www.cosemsrs.org.br/?menu=quemsomos>.
- 124 Conselho das Secretarias Municipais de Saúde do Rio Grande do Sul (RS). Regionais [Internet]. Porto Alegre; 2011b [citado 2011 agosto 29]. Disponível em: <http://www.cosemsrs.org.br/?menu=regionais®ional=22>.
- 125 Secretaria Estadual de Saúde (RS), Departamento de Coordenação das Regionais. Coordenadorias Regionais de Saúde [Internet]. Porto Alegre; 2011a [citado 2011 setembro 27]. Disponível em: <http://www.saude.rs.gov.br/wsa/portal/index.jsp?menu=organograma&cod=1336>.
- 126 Secretaria Estadual de Saúde (RS). Comissão intergestores Bipartite (CIB) [Internet]. Porto Alegre; 2011b [citado 2011 setembro 27]. Disponível em: <http://www.saude.rs.gov.br/wsa/portal/index.jsp?menu=organograma&cod=1097>.
- 127 Castro JL, Castro JL, Vilar RLA. Quem são os gestores municipais de saúde no Rio Grande do Norte? Um estudo sobre o perfil [Internet]. Natal: Observatório RH do Núcleo de Estudos em Saúde Coletiva; Universidade Federal do Rio Grande do Norte; 2006 [citado 2011 agosto 07]. Disponível em: http://www.observarh.org.br/observarh/repertorio/Repertorio_ObservaRH/NESC-RN/Quem_sao_%20gestores_RN.pdf.
- 128 Lovato MH, Perez SMS. Avaliação das políticas municipais de saúde para a efetivação do SUS: um olhar dos gestores municipais da 14ª Coordenadoria Regional de Saúde de Santa Rosa, RS. Bolet Saúde. 2004;18(1):157-67.
- 129 Ferreto LE, Betiatto R, Santanna C, Canterle NMG, Zanamaria N. Administração da Saúde Pública: o discurso dos gestores da região sudoeste do Paraná. Rev Adm Saúde. 2007;9(36):78-84.

- 130 Organização Pan-Americana da Saúde (BR). Metodologia para análises funcionais da gestão de sistemas e redes de serviços de saúde no Brasil. Brasília (DF); 2003.
- 131 Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão (BR), Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE, Diretoria de Pesquisas, Coordenação de População e Indicadores Sociais. Perfil dos Municípios Brasileiros – Cultura – Pesquisa de Informações Básicas Municipais. Brasília (DF); 2006.
- 132 Ministério da Saúde (BR), Conselho Nacional de Secretários de Secretários de Saúde. Regulação em Saúde. Brasília (DF); 2011b. (Coleção para Entender a Gestão do SUS 2011; 10).
- 133 Silva B. Dicionário de Ciências Sociais. Rio de Janeiro: Editora da Fundação Getúlio Vargas; 1986. Política; p. 921-2.
- 134 Ribeiro JU. Política; quem manda, por quem manda, como manda. 2ª ed. Rio de Janeiro: Nova Fronteira; 1986.
- 135 Azambuja D. Introdução à ciência política. 7ª ed. Rio de Janeiro: Globo; 1989.
- 136 Bobbio N, Matteucci N, Pasquino G. Dicionário de política. 13ª ed. v. 2. Brasília: Editora Universidade de Brasília; 2009. Política; p. 954-62.
- 137 Stephan-Souza AI, Chebli JMF, Jacometti EJM, Paiva MG. Regionalização sob a ótica dos gestores: uma abordagem dialética. Rev APS. 2010;13 Supl 1:35-45.
- 138 Ministério da Saúde (BR). Portaria n. 4.279, de 30 de dezembro de 2010: estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial da União, Brasília (DF) 2010 dez 31; 147 (251) Seção 1: 88-93.
- 139 Machado CV, Baptista TWF, Lima LD. Responsabilidade do Estado, papel e relações entre Poderes na saúde: duas ou três coisas que sabemos disso. In: Pinheiro R, Mattos RA, organizadores. Razões públicas para a integralidade em saúde: o cuidado como valor. 2ª ed. Rio de Janeiro: CEPESC; IMS/UERJ; ABRASCO; 2009. p. 41-62.
- 140 Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão (BR), Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Censo Demográfico 2010 [Internet]. Brasília; 2011 [citado 2011 agosto 31]. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/censo2010/default.shtm>.
- 141 Carvalho G. Financiamento da saúde pública no Brasil no pós-constitucional de 88. Tempus – Actas de S Colet. 2008;2(1):39-51.
- 142 Gomes FBC. Regulamentação da Emenda Constitucional 29 [Internet]. Brasília; 2011 [citado 2011 novembro 03]. Disponível em: http://www2.camara.gov.br/documentos-e-pesquisa/publicacoes/estnottec/tema19/2011_3713.pdf.
- 143 Piola SF. Orçamento Público e Financiamento da Saúde [Internet]. São Paulo; 2010 [citado 2011 novembro 03]. Disponível em: http://www.valor.com.br/sites/default/files/valor_piola_junho.pdf.
- 144 Secretaria Estadual da Habitação e Saneamento (RS), Companhia Riograndense de Saneamento. Saneamento [Internet]. Porto Alegre; 2011 [citado 2011 outubro 01]. Disponível em: <http://www.corsan.com.br/node/53>.
- 145 Tribunal de Contas do Estado (RS). Aplicação de recursos na saúde nos últimos cinco anos - 2006 a 2010 (proporcionalmente ao seu orçamento) [Internet]. Porto Alegre; 2011 [citado 2011 setembro 19]. Disponível em: https://portal.tce.rs.gov.br/portal/page/portal/noticias_internet/textos_diversos_pente_fino/Aplicacao_%20Saude2006_2010_0.pdf.

- 146 Federação das Associações de Municípios do RS. Radiografia do TCE-RS - Quanto os Municípios investem na Saúde [Internet]. Porto Alegre; 2011a [citado 2011 novembro 03]. Disponível em: http://www.famurs.com.br/index.php?option=com_content&view=article&id=581:radiografia-do-tce-municipios-atingem-meta-de-saude&catid=55:saude &Itemid=92.
- 147 Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (BR). Primavera da Saúde [Internet]. Rio de Janeiro; 2011 [citado 2011 novembro 03]. Disponível em: <http://www.abrasco.org.br/ad.php?x=364>.
- 148 Ministério da Saúde (BR), Conselho Nacional de Saúde. Deputados federais votam contra novo imposto para financiamento da saúde [Internet]. Brasília; 2011 [citado 2011 novembro 03]. Disponível em: http://conselho.saude.gov.br/ultimas_noticias/2011/21_set_deputado_novo_imposto.html.
- 149 Federação das Associações de Municípios do RS. Emenda 29: FAMURS considera regulamentação um avanço [Internet]. Porto Alegre; 2011b [citado 2011 dezembro 11]. Disponível em: http://www.famurs.com.br/index.php?option=com_content&view=article&id=797:famurs-considera-positiva-regulamentacao-da-emenda-29&catid=55:saude.
- 150 Presidência da República (BR). Lei Complementar n. 141, de 13 de janeiro de 2012: regulamenta o § 3º 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 n^{os} 8.080, de 19 de setembro de 1990, e 8.689, de 27 de julho de 1993; e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília (DF) 2012 jan 16; 169 (11) Seção 1: 1-4.
- 151 Saúde com Dilma. Blog Saúde com Dilma – um espaço de debate dos rumos do SUS no Brasil. Presidenta Dilma sanciona lei que regulamenta a EC29 [Internet]. [S.l.]; 2012 [citado 2012 janeiro 17]. Disponível em: <http://www.saudecomdilma.com.br/index.php/2012/01/16/vetos-da-lei-8-080-se-repetem-com-a-ec-29/>.
- 152 Carvalho G. Blog Saúde com Dilma – um espaço de debate dos rumos do SUS no Brasil. Presidenta Dilma sanciona lei que regulamenta a EC29 [Internet]. [S.l.]; 2012 [citado 2012 janeiro 17]. Disponível em: <http://www.saudecomdilma.com.br/index.php/2012/01/17/gilson-carvalho-vetos-da-presidenta-dilma-enterram-a-lei-que-regulamenta-ec-29/>.
- 153 Mendes EV. O SUS que temos e o SUS que queremos. In: Conselho Nacional de Secretários de Saúde (BR). Convergências e divergências sobre gestão e regionalização do SUS. Brasília: CONASS; 2004. p. 28-61.
- 154 Presidência da República (BR), Casa Civil, Subchefia para Assuntos Jurídicos. Lei Complementar n. 101, de 04 de maio de 2000: estabelece normas de finanças públicas voltadas para a responsabilidade na gestão fiscal e dá outras providências. Brasília (DF); 2000.
- 155 Queiroz CH. Lei de Responsabilidade Fiscal – A Lei de Responsabilidade Fiscal no contexto da Reforma do Estado. Brasília: Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão; Ministério do Desenvolvimento, Indústria e Comércio Exterior; 2001.
- 156 Barata LRB, Tanaka OY, Mendes JDV. 15 anos do SUS: desafios e perspectivas. In: Conselho Nacional de Secretários de Saúde (BR). Convergências e divergências sobre gestão e regionalização do SUS. Brasília: CONASS; 2004. p. 87-103.

- 157 Conselho Nacional de Secretários de Secretários de Saúde (BR). Relatório final do 1º Seminário do CONASS para a construção de Consensos: preocupações e prioridades dos Secretários Estaduais de Saúde quanto à organização, gestão e financiamento do SUS. Brasília (DF); 2003.
- 158 Ministério da Saúde (BR). Saúde da Família: uma estratégia para reorientação do modelo assistencial. Brasília (DF); 1997.
- 159 Alfradique ME, Bonolo PF, Dourado I, Lima-Costa MF, Macinko J, Mendonça CS et al. Internações por condições sensíveis à atenção primária: a construção da lista brasileira como ferramenta para medir o desempenho do sistema de saúde (Projeto ICSAP – Brasil). Cad. Saúde Públ. 2009;25(6):1337-49.
- 160 Gerhardt TE, Bellato R, Araújo LFS, Costa ALRC, Duarte ED, Lopes TC. Critérios sensíveis para dimensionar repercussões do cuidado profissional na vida de pessoas, famílias e comunidades. In: Pinheiro R, Silva Junior AG, organizadores. Por uma sociedade cuidadora. Rio de Janeiro: CEPESC; IMS/UERJ; ABRASCO; 2010. p. 293-306.
- 161 Merhy EE. Saúde – a cartografia do trabalho vivo. 3ª ed. São Paulo: Hucitec; 2007.
- 162 Andrade EIG, Machado CD, Faleiros DR, Szuster DAC, Guerra Junior AA, Silva GD et al. A judicialização da saúde e a política nacional de assistência farmacêutica no Brasil: gestão da clínica e medicalização da justiça. Rev Med Minas Gerais. 2008;18 Supl 4:46-50.
- 163 Araújo LFS, Bellato R, Corrêa GHLST, Mufato LF, Nepomuceno MAS. Análise da demanda do direito à saúde e as possibilidades de mediação entre o Tribunal de Justiça do Mato Grosso. In: Pinheiro R, Martins PH, organizadores. Usuários, redes sociais, mediações e integralidade em saúde. Rio de Janeiro; Recife: CEPESC; IMS/UERJ; Editora Universitária UFPE; ABRASCO; 2011. p. 185-92.
- 164 Chieffi AL, Barata RB. Judicialização da política pública de assistência farmacêutica e equidade. Cad. Saúde Públ. 2009;25(8):1839-49.
- 165 Viana ALA, Lima LD. O processo de regionalização na saúde: contextos, condicionantes e papel das comissões Intergestores Bipartites. In: Viana ALA, Lima LD (organizadoras). Regionalização e relações federativas na política de saúde do Brasil. Rio de Janeiro: Contra Capa; 2011. p. 11-24.
- 166 Lima LD, Viana ALA. Descentralização, regionalização e instâncias intergovernamentais no Sistema Único de Saúde. In: Viana ALA, Lima LD (organizadoras). Regionalização e relações federativas na política de saúde do Brasil. Rio de Janeiro: Contra Capa; 2011. p. 39-63.
- 167 Goulart FAA. A organização dos serviços no sistema unificado e descentralizado de saúde (SUDS): a visão do município. Saúde Deb. 1988;20:61-4.
- 168 Pestana M, Mendes EV. Pacto de Gestão: da municipalização autárquica à regionalização cooperativa. Belo Horizonte: Secretaria de Estado de Saúde; 2004.
- 169 Organização Pan-Americana de Saúde (BR). A atenção à saúde coordenada pela APS: construindo as redes de atenção no SUS: contribuições para o debate. Brasília (DF); 2011.
- 170 Barata LRB, Tanaka OY, Mendes JDV. O papel do gestor estadual no Sistema Único de saúde. In: Conselho Nacional de Secretários de Saúde (BR). Convergências e divergências sobre gestão e regionalização do SUS. Brasília (DF); 2004. p. 104-24.

- 171 Santos M. O retorno do território. In: Santos M, Souza MAA, Silveira ML, organizadores. Território: globalização e fragmentação. 5ª ed. São Paulo: Hucitec-Anpur; 2002. p. 15-20.
- 172 Confederação Nacional de Municípios (BR). Demanda reprimida SUS gaúcho [Internet]. Brasília; 2011 [citado em 2011 novembro 03]. Disponível em: www.famurs.com.br/attachments/article/652/DemandaReprimida-RS_2011.10.17%5B1%5D.ppt.
- 173 Mendes EV. As redes de atenção à saúde. Brasília: Organização Pan-Americana da saúde; 2011.
- 174 Schneider A. Os Consórcios Intermunicipais de Saúde no Estado do Rio de Janeiro. *Physis: Rev Saúde Colet.* 2001;11(2):51-66.
- 175 Machado JA. Políticas públicas descentralizadas e problemas de coordenação: o caso do Sistema Único de Saúde [tese]. Belo Horizonte: Universidade Federal do de Minas Gerais; 2007.
- 176 Ribeiro JM, Costa NR. Regionalização da assistência à saúde no Brasil: os consórcios municipais do Sistema Único de Saúde (SUS). *Planej Pol Públ.* 2000;(22):173-220.
- 177 Correia MVC. Por que ser contra aos novos modelos de gestão no SUS. In: Bravo MIS, Menezes JSB, organizadoras. Saúde na atualidade: por um sistema único de saúde estatal, universal, gratuito e de qualidade. Rio de Janeiro: UERJ; Rede Sirius; 2011. p. 44-49.
- 178 Araújo EF, Machado HOP, Carvalho EF. Gestão Intermunicipal da Saúde: modalidades e tendências de conformação. In: Carvalho EF, organizador. Municípios: a gestão da mudança em saúde. Recife: Editora Universitária da UFPE; 2004. p. 143-74.
- 179 Ministério da Saúde (BR), Secretaria Executiva, Departamento de Apoio à Descentralização, Coordenação de Integração programática. Regionalização Solidária e Cooperativa. Brasília (DF); 2006.
- 180 Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Regulação, Avaliação e Controle de Sistemas. Diretrizes para a programação pactuada e integrada da assistência à saúde. Brasília (DF); 2006.
- 181 Almeida HM, Villas-Bôas J, Mesquita M, Nunes N. A descentralização e a regionalização na organização do sistema estadual de saúde. In: Conselho Nacional de Secretários de Saúde (BR). Realidades e perspectivas da gestão estadual do SUS. Brasília (DF); 2010. p. 41-50.
- 182 Chebli JMF, Paiva MG, Stephan-Souza AI. A regionalização: desdobramento da descentralização? *Rev APS.* 2010;13.Supl 1:84-94.
- 183 Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Regulação, Avaliação e Controle de Sistemas. Diretrizes para a implantação de complexos reguladores. 2ª ed. Brasília (DF); 2010.
- 184 Ministério da Saúde (BR). Portaria GM nº 1.559, de 01 de agosto de 2008: institui a Política Nacional de Regulação do Sistema Único de Saúde – SUS. Brasília (DF); 2008.
- 185 Paiva MG, Stephan-Souza AI, Bustamante-Teixeira MT, Chebli JMF. Acesso e regionalização em saúde: análise de um serviço ambulatorial de média complexidade. *Rev APS.* 2010;13 Supl 1:3-14.
- 186 Dourado DA, Elias PEM. Regionalização e dinâmica política do federalismo sanitário brasileiro. *Rev Saúde Públ.* 2011;45(1):204-11.

- 187 Ferreira PF, Dini NP. Tipologia nacional dos colegiados de gestão regional. In: Viana ALA, Lima LD, organizadoras. Regionalização e relações federativas na política de saúde do Brasil. Rio de Janeiro: Contra Capa; 2011. p. 67-80.
- 188 Machado CV, Baptista TWF, Lima LD. O planejamento nacional da política de saúde no Brasil: estratégias e instrumentos nos anos 2000. *Ci Saude Col* 2010;15(5):2367-82. Ver
- 189 Secretaria Estadual de Saúde (RS). Pacto pela Saúde. Quadro de Adesões ao Pacto [Internet]. Porto Alegre; 2012 [citado 2012 fev 14]. Disponível em: <http://www.saude.rs.gov.br/wsa/portal/index.jsp?menu=servicos&cod=5228>.
- 190 Viana ALA, Ibañez N, Elias PEM, Lima LD, Albuquerque MV, Iozzi FL. Novas perspectivas para a regionalização da saúde. *São Paulo em Perspect*. 2008;22(1):92-106.
- 191 Cecílio LCO. É preciso politizar o SUS – debatedores. *Ciênc. SC*. 2010;15(5):2276-80.
- 192 Mielitz Netto CGA, Raynaut C, Beck FL, Souza GC, Almeida J, Miguel LA et al. Desenvolvimento rural na ‘Metade Sul’ do Rio Grande do Sul: sistemas de relações, mecanismos e dinâmicas sociais e naturais [relatório de pesquisa]. Porto Alegre: Programa de Pesquisa Interdisciplinar, Programa de Pós-Graduação em Desenvolvimento Rural, Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 2008.
- 193 Perroux F. A economia do século XX. Lisboa: Herder; 1967.
- 194 Brasil. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Censo 2010 [Internet]. Brasília; 2011 [citado 2011 novembro 27]. Disponível em: http://www.censo2010.ibge.gov.br/primeiros_dados_divulgados/index.php?uf=43.
- 195 Medeiros CRG. Rede de Cuidados em Saúde: o Dilema dos Pequenos Municípios [projeto de tese]. Porto Alegre: Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 2011.
- 196 Ferreira Neto EL. Os partidos políticos no Brasil. 2ª ed. São Paulo: Contexto; 1989.

APÊNDICE A – Roteiro de entrevista com os gestores municipais de saúde

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
ESCOLA DE ENFERMAGEM
CURSO DE PÓS-GRADUAÇÃO – DOUTORADO EM ENFERMAGEM
DOUTORANDA ADRIANA ROESE
ORIENTADORA: PROFA. DRA. TATIANA ENGEL GERHARDT**

PLANEJAMENTO REGIONAL ASCENDENTE E REGIONALIZAÇÃO: ATORES E ESTRATÉGIAS DA ORGANIZAÇÃO DOS FLUXOS DE UTILIZAÇÃO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE

Entrevistado: _____

Data entrevista: ___ / ___ / _____

Idade: _____

Sexo: () F () M

Escolaridade: _____

Área de formação: _____

Há quanto tempo está/esteve na gestão de saúde? _____

É a primeira vez? () sim () não

Se não, foi no mesmo Município? Outro próximo? Ou outro local?

Como foi a sua escolha para este cargo (político, técnico,...)?

Você participa de algum outro Órgão (Associação, sindicato, comissão, colegiado, entidade representativa...)?

Total de habitantes do Município: _____

Como você analisa a implementação do processo de descentralização em seu Município?

De que forma está ocorrendo a discussão do processo de regionalização em seu Município?

Como você enxerga a evolução dessa discussão no decorrer do tempo em que se encontra(ou) na Secretaria de Saúde?

Pensando no atendimento de média complexidade, de que formas os usuários de seu Município são atendidos? Existem redes de atenção consolidadas ou seguidas pelos encaminhamentos? Quais são?

Esta(s) forma(s) iniciou em seu mandato ou já vinha ocorrendo? Mesmo governo? Em outras gestões municipais se utilizavam as mesmas estratégias?

Você acredita que a referência dá conta da média complexidade? Por quê?

Como ocorreu sua inserção na ASSEDISA Centro-Sul?

Como é/foi a sua participação nesta associação?

Em sua opinião, a ASSEDISA Centro-Sul realiza planejamento regional? De que forma?

Você acredita que se está conseguindo trabalhar com a perspectiva de microrregião proposta pelo PDR?

Quais são os principais parceiros desta Associação e dos Municípios quando se fala em regionalização?

Qual o papel da CRS no processo de regionalização?

Qual o papel da COGERE no processo de regionalização?

Como você vê a inserção de um Consórcio de Saúde na sua Região de Saúde?

Você utiliza(ou) seus serviços? Em quais casos? Por quê?

Em sua opinião, de que forma se poderia pensar o processo de regionalização? Como ele poderia efetivamente funcionar?

Você acredita que o Pacto de Gestão irá auxiliar a resolução dos problemas na atenção especializada? De que forma?

Como você enxerga a configuração de poder no processo decisório em relação à regionalização, em seu Município e na região de saúde?

Você gostaria de relatar algo mais sobre atenção de média complexidade e regionalização?

APÊNDICE B – Roteiro de entrevista com o gestor de saúde de um Município de grande porte do estado do Rio Grande do Sul

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
ESCOLA DE ENFERMAGEM
CURSO DE PÓS-GRADUAÇÃO – DOUTORADO EM ENFERMAGEM
DOUTORANDA ADRIANA ROESE
ORIENTADORA: PROFA. DRA. TATIANA ENGEL GERHARDT**

PLANEJAMENTO REGIONAL ASCENDENTE E REGIONALIZAÇÃO: ATORES E ESTRATÉGIAS DA ORGANIZAÇÃO DOS FLUXOS DE UTILIZAÇÃO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE

Entrevistado: _____
Data entrevista: ___ / ___ / _____
Idade: _____
Sexo: () F () M
Escolaridade: _____
Área de formação: _____
Há quanto tempo está/esteve na gestão de saúde? _____
É a primeira vez? () sim () não
Se não, foi no mesmo Município? Outro próximo? Ou outro local?
Como foi a sua escolha para este cargo (político, técnico,...)?
Total de habitantes do Município: _____

Como você analisa a implementação e como vem ocorrendo a discussão sobre o processo de regionalização no município de Porto Alegre?

O que significa Porto Alegre ser referência? É referência para todas as especialidades e procedimentos, para estes Municípios?

Pensando no atendimento de média complexidade (especialmente consultas e procedimentos especializados), de que formas os usuários dos Municípios que têm Porto Alegre como sua referência, são atendidos? Existem redes de atenção consolidadas ou seguidas pelos encaminhamentos? Quais são?

Em sua opinião, porque há dificuldade de usuários de municípios que têm Porto Alegre como referência, em acessarem os serviços do Município?

Qual o papel da Secretaria Estadual de Saúde no processo de regionalização?

Qual o papel da 2ª Coordenadoria Regional de Saúde no processo de regionalização?

Como está ocorrendo o processo de regulação no Município? Por que esta secretaria sentiu esta necessidade? De que forma está ocorrendo esta discussão junto a SES e a 2ª CRS?

Você acredita que o Pacto de Gestão irá auxiliar a resolução dos problemas na atenção especializada? De que forma?

Em sua opinião, de que forma se poderia pensar o processo de regionalização? Como ele poderia efetivamente funcionar?

Como você enxerga a configuração de poder no processo decisório em relação à regionalização?

Você gostaria de relatar algo mais sobre atenção de média complexidade e regionalização?

APÊNDICE C – Roteiro de entrevista com os representantes da regionalização nas Coordenadorias Regionais de Saúde responsáveis pelos Municípios em estudo

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
ESCOLA DE ENFERMAGEM
CURSO DE PÓS-GRADUAÇÃO – DOUTORADO EM ENFERMAGEM
DOUTORANDA ADRIANA ROESE
ORIENTADORA: PROFA. DRA. TATIANA ENGEL GERHARDT**

PLANEJAMENTO REGIONAL ASCENDENTE E REGIONALIZAÇÃO: ATORES E ESTRATÉGIAS DA ORGANIZAÇÃO DOS FLUXOS DE UTILIZAÇÃO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE

Entrevistado: _____

Data entrevista: ___ / ___ / _____

Idade: _____

Sexo: () F () M

Escolaridade: _____

Área de formação: _____

Já foi gestor de saúde? Quando? Qual nível de gestão? _____

Como foi a sua escolha para este cargo (político, técnico,...)?

Você participa de algum Órgão (Associação, sindicato, comissão, colegiado, entidade representativa...)?

Como você analisa a implementação do processo de descentralização dos Municípios participantes do estudo, pertencentes a esta CRS?

De que forma vem evoluindo a discussão do processo de regionalização nesses Municípios? Como se dá a participação da CRS nessa discussão?

Pensando no atendimento de média complexidade, com que formas os usuários desses Municípios são atendidos? Existem redes de atenção consolidadas ou seguidas pelos encaminhamentos? Quais são?

Em outras gestões municipais se utilizavam as mesmas estratégias ou houve modificações?

Você acredita que a referência dá conta de atender à média complexidade nestes Municípios? Por quê?

Como você percebe o papel da ASSEDISA Centro-Sul na implementação da regionalização?

Como você percebe o papel do COGERE na implementação da regionalização?

Você acredita que se está conseguindo trabalhar com a perspectiva de microrregião proposta pelo PDR (entre os Municípios em estudo e com outros)? Como?

Qual o papel da CRS no processo de regionalização?

Como se dá a interação da CRS e os gestores dos Municípios em estudo?

Quais são os obstáculos e as facilidades que a CRS enfrenta no processo de regionalização?

Como você vê a inserção de um Consórcio de Saúde na Região de Saúde a que os Municípios em estudo pertencem?

Em sua opinião, de que forma se poderia pensar o processo de regionalização? Como ele poderia efetivamente funcionar?

Você acredita que o Pacto de Gestão irá auxiliar na resolução dos problemas na atenção especializada? De que forma?

Você enxerga alguma disputa de poder envolvendo o processo decisório, nos Municípios em estudo ou Região de Saúde? De que forma?

As relações no campo político estão impondo, na Região, as condições de regionalização?

Você gostaria de relatar algo mais sobre atenção de média complexidade e regionalização?

**APÊNDICE D – Roteiro de entrevista com o representante da regionalização na
Secretaria Estadual de Saúde**

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
ESCOLA DE ENFERMAGEM
CURSO DE PÓS-GRADUAÇÃO – DOUTORADO EM ENFERMAGEM
DOUTORANDA ADRIANA ROESE
ORIENTADORA: PROFA. DRA. TATIANA ENGEL GERHARDT**

**PLANEJAMENTO REGIONAL ASCENDENTE E REGIONALIZAÇÃO: ATORES E
ESTRATÉGIAS DA ORGANIZAÇÃO DOS FLUXOS DE UTILIZAÇÃO DOS SERVIÇOS DE
SAÚDE**

Entrevistado: _____

Data entrevista: ___ / ___ / _____

Idade: _____

Sexo: () F () M

Escolaridade: _____

Área de formação: _____

Há quanto tempo é gestor de saúde? _____

É a primeira vez? () sim () não

Se não, foi em qual Município?

Como foi a sua escolha para este cargo (político, técnico,...)?

Como você analisa a implementação do processo de descentralização dos Municípios participantes do estudo?

De que forma vem evoluindo a discussão do processo de regionalização nesses Municípios? Segue o padrão dos demais Municípios do Estado?

Como se dá a participação da Secretaria Estadual de Saúde nessa discussão junto aos Municípios em estudo? Qual o papel da CRS neste processo?

Como você vê o funcionamento do atendimento de média complexidade no Estado, especificamente, na Área dos Municípios em estudo?

Você acredita que a referência dá conta de atender à média complexidade nestes Municípios? Por quê?

Você acredita que se está conseguindo trabalhar com a perspectiva de microrregião proposta pelo PDR (entre os Municípios em estudo e com outros)? Como?

Como você percebe o papel da ASSEDISA Centro-Sul ou estadual na implementação da regionalização?

Como você percebe o papel do COGERE na implementação da regionalização?

Como se dá a interação entre Estado, CRS e os gestores dos Municípios em estudo?

Quais são os obstáculos e as facilidades que os Municípios em estudo enfrentam no processo de regionalização?

Quais são os obstáculos e as facilidades que a CRS enfrenta no processo de regionalização?

Como você vê a inserção de um Consórcio de Saúde na Região de Saúde a que os Municípios em estudo pertencem?

Em sua opinião, de que forma se poderia pensar o processo de regionalização? Como ele poderia efetivamente funcionar?

Você acredita que o Pacto de Gestão irá auxiliar na resolução dos problemas na atenção especializada? De que forma?

Você enxerga alguma disputa de poder envolvendo o processo decisório, nos Municípios em estudo, Região de Saúde, CRSs? De que forma?

As relações no campo político estão impondo, na Região, as condições de regionalização?

Você gostaria de relatar algo mais sobre atenção de média complexidade e regionalização?

**APÊNDICE E – Roteiro de entrevista com o responsável pelo Consórcio Intermunicipal
Centro-Sul**

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
ESCOLA DE ENFERMAGEM
CURSO DE PÓS-GRADUAÇÃO – DOUTORADO EM ENFERMAGEM
DOUTORANDA ADRIANA ROESE
ORIENTADORA: PROFA. DRA. TATIANA ENGEL GERHARDT**

**PLANEJAMENTO REGIONAL ASCENDENTE E REGIONALIZAÇÃO: ATORES E
ESTRATÉGIAS DA ORGANIZAÇÃO DOS FLUXOS DE UTILIZAÇÃO DOS SERVIÇOS DE
SAÚDE**

Entrevistado: _____

Data entrevista: ___ / ___ / _____

Idade: _____

Sexo: () F () M

Escolaridade: _____

Área de formação: _____

Já ocupou cargo de gestor da saúde? _____

É a primeira vez? () sim () não

Se não, qual foi o Município?

Como foi a sua escolha para este cargo (político, técnico,...)?

Como você analisa a implementação do processo de descentralização dos Municípios do RS?

De que forma vem evoluindo a discussão do processo de regionalização na área do CICS?

Como você vê o funcionamento do atendimento de média complexidade neste local?

Você acredita que a referência dá conta de atender à média complexidade? Por quê?

Você acredita que o Estado está conseguindo trabalhar com a perspectiva de microrregião proposta pelo PDR?

Como você percebe o papel das Associações de Secretários Municipais de Saúde na implementação da regionalização?

Como você percebe o papel do COGERE na implementação da regionalização?

Em sua opinião, quais são os obstáculos e as facilidades que os Municípios e o Estado enfrentam no processo de regionalização?

Como você vê a inserção do Consórcio de Saúde na Região de Saúde a que os Municípios em estudo pertencem?

De que forma que os Municípios utilizam os serviços proporcionados pelo CICS?

Em sua opinião, de que forma se poderia pensar o processo de regionalização? Como ele poderia efetivamente funcionar na área de estudo?

Você enxerga alguma disputa de poder envolvendo esse processo, nos Municípios em estudo, Região de Saúde, CRSs, no Estado do RS? De que forma?

As relações no campo político estão impondo, no Estado, as condições de regionalização?

Você gostaria de relatar algo mais sobre atenção de média complexidade e regionalização?

APÊNDICE F – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

_____, ____ de _____ de 201__.

Declaro que, assinando esse documento, estou ciente de que dou o meu consentimento para ser entrevistado(a) pela Doutoranda Adriana Roesse, aluna do Curso de Doutorado da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, sob a orientação da Profa. Dra. Tatiana Engel Gerhardt. O estudo desenvolvido é intitulado “**Planejamento regional ascendente e regionalização: atores e estratégias da organização dos fluxos de utilização dos serviços de saúde**”, cujo objetivo é analisar as estratégias (institucionais e programáticas) e a configuração de poder que se estabelecem no planejamento relativo à regionalização, compreendido no espaço geográfico dos Municípios que compõem a ASSEDISA Centro-Sul no Estado do Rio Grande do Sul, sob a ótica de atores institucionais e da gestão governamental.

Estou ciente de que a coleta de dados ocorrerá junto a atores sociais envolvidos no processo decisório, quanto à regionalização. Os entrevistados responderão a uma entrevista para aprofundar a questão da regionalização em Saúde. A entrevista será gravada e registrada, posteriormente, por escrito, sendo a mesma descartada cinco anos após a defesa da Tese. Cada entrevista corresponderá a um número, não havendo identificação do entrevistado.

Fui informado(a) também de que, mesmo após o início da entrevista, posso, a qualquer momento, recusar-me a responder a qualquer pergunta ou encerrá-la, sem que isso venha a meu prejuízo, pois trata-se de livre participação. Declaro que me foi assegurado o anonimato das informações, por mim fornecidas, bem como a garantia de que elas serão mantidas e utilizadas somente para fins de pesquisa.

Considerando-me esclarecido em relação à proposta da pesquisa, concordo em participar da mesma.

Assinatura da pesquisadora
Doutoranda Adriana Roesse

Assinatura do participante ou
representante legal

ANEXO A – Adesão dos Estados ao Pacto pela Saúde

UF (1)	Total de Municípios na UF		Regiões de Saúde no PDR		Adesão ao Pacto pela Saúde				Colegiados de Gestão Regional - CGR Constituídos e Informados à CIT				Consórcios em Saúde - Conforme Respostas das Secretarias de Estado de Saúde à Circular MS/SE/GAB nº 06 de 21/02/2008						Territórios da Cidadania - Conforme Informações do Programa			
					Municipal - Pactuação na CIB		Municípios que Compõem CGR		Modalidades de Consórcios em Saúde			Municípios que Integram Consórcios em Saúde (6)			Municípios Participantes dos Territórios da Cidadania (7)							
	Nº	Ano	Estadual - Homologação na CIT	Total	% de Municípios que Adariam ao Pacto na UF	Nº de CGR	Nº	% de Municípios que compõe CGR na UF	Nº de Consórcios	Público Público	Público Privado	Administrativo	Nº	% de Municípios que integram CS na UF	Nº de TC (7)	% de TC existentes por UF	Nº	% de Municípios que participam de TC na UF	% de Mun na UF em relação ao Total no Brasil que participam de TC			
AC	22	2	2003	11/dez/08	4	18,2%									1	1,7%	5	22,7%	0,5%			
AL	102	5	2007	28/abr/07	57	55,9%	5	102	100,0%						3	5,0%	36	35,3%	3,8%			
AM	62	19	2003	30/out/08	0	1,6%									3	5,0%	23	37,1%	2,4%			
AP	16	3	2008	9/nov/06	0	0,0%	3	16	100,0%						1	1,7%	3	18,8%	0,3%			
BA	417	28	2008	21/jun/07	90	21,6%	28	417	100,0%						4	6,7%	88	21,1%	9,2%			
CE	184	22	2008	14/dez/08	180	97,8%	22	184	100,0%	2	0	0	2	13	7,1%	3	5,0%	60	27,2%	5,2%		
DF (1)	1	7	2007	25/out/07											1	1,7%	1	100,0%	0,1%			
ES	78	8	2007	14/fev/08	75	96,2%	8	78	100,0%	8		4	4	63	80,8%	1	1,7%	17	21,8%	1,8%		
GO	246	16	2007	22/mar/07	109	44,3%	16	246	100,0%						1	1,7%	23	9,3%	2,4%			
MA	217	32	2007 (2)	14/dez/06	97	44,7%									4	6,7%	65	25,3%	5,7%			
MG	853	75	2008	25/out/07	797	93,4%	75	853	100,0%	65	3	0	62	679	79,6%	4	6,7%	67	10,2%	9,1%		
MS	78	3	2007 (3)	22/mar/07	78	100,0%	3	78	100,0%						2	3,3%	23	29,5%	2,4%			
MT	141	16	2006	25/out/07	90	63,8%	16	141	100,0%	15	8	4	3	126	89,4%	2	3,3%	31	22,0%	3,2%		
PA	143	19	2009	14/fev/08	12	8,4%	19	143	100,0%	3	0	0	3	23	16,1%	5	8,3%	67	39,9%	5,9%		
PB	223	25	2008	28/ago/08	71	31,8%	25	223	100,0%	7	0	0	7	63	28,3%	3	5,0%	53	23,8%	5,5%		
PE	185	11	2008	27/nov/08	10	5,4%	11	185	100,0%						3	5,0%	65	29,7%	5,7%			
PI	224	11	2003 (4)	26/mar/09	3	1,3%	9	168	74,1%						4	6,7%	68	43,8%	10,2%			
PR	399	22	2006	13/dez/07	393	98,5%	22	399	100,0%	24	4	9	11	397	99,5%	2	3,3%	27	6,8%	2,8%		
RJ	92	9	2009	25/out/07	35	38,0%	9	92	100,0%	6	0	0	6	71	77,2%	1	1,7%	9	9,8%	0,9%		
RN	167	8	2009	25/out/07	160	95,8%	8	167	100,0%	3	0	0	3	28	16,8%	3	5,0%	46	27,5%	4,8%		
RO	52	6	2006	13/dez/07	42	80,8%	6	52	100,0%						1	1,7%	13	25,0%	1,4%			
RR	15	1	2004	25/out/07	8	53,3%									1	1,7%	4	26,7%	0,4%			
RS	496	19	2007	30/ago/07	0	0,0%	19	496	100,0%	16	0 (5)	0 (5)	0 (5)	166	33,5%	1	1,7%	25	5,0%	2,8%		
SC	293	16	2009	29/mai/08	157	53,6%	16	293	100,0%	10	4	5	1	142	48,5%	1	1,7%	29	9,9%	3,0%		
SE	75	7	2009	31/jul/08	0	0,0%	7	75	100,0%						2	3,3%	18	24,0%	1,9%			
SP	645	64	2008	13/dez/07	644	99,8%	64	645	100,0%	17	0	0	17	158	24,5%	2	3,3%	57	8,8%	5,9%		
TO	139	15	2009	27/jun/06	47	33,8%	15	139	100,0%						1	1,7%	25	18,0%	2,6%			
Brasil	5565	469		27	3160	56,8%	406	5190	93,3%	176	19	22	119	1929	34,7%	60	958	17,2%				

Fonte: CGDPO/DAGD/SEMS. Elaborado com informações dos Planos Diretores de Regionalização (PDR) disponíveis no DAGD, da STICIT e DATASUS

- 1) O DF, devido a não possuir Municípios, possui uma situação especial para análise
- 2) A divisão regional do Maranhão equivale às regiões de planejamento criadas em Lei Estadual, não constando aprovação CIB.
- 3) O Estado do Mato Grosso do Sul possui 11 microrregiões e 3 macros e optou por constituir os CGR nas macrorregiões, representando a totalidade de seu território.
- 4) O Estado do Piauí constituiu CGR para nove das onze regiões de saúde constantes do PDR.
- 5) O Estado do RS não informou a modalidade jurídica dos consórcios
- 6) O Estado do Rio Grande do Sul, não informou de forma completa a lista de seus municípios integrantes em consórcios em saúde
- 7) Contagem com os 60 primeiros Territórios da Cidadania

ANEXO B – Consórcios em Saúde do Estado do Rio Grande do Sul

Consórcio em Saúde	Código IBGE	Município	População
Cis Centro Sul	430085	Arambaré	3.931
Cis Centro Sul	430190	Barra do Ribeiro	11.779
Cis Centro Sul	430350	Camaquã	62.556
Cis Centro Sul	430517	Cerro Grande do Sul	9.714
Cis Centro Sul	430544	Chувиска	5.102
Cis Centro Sul	430605	Cristal	7.328
Cis Centro Sul	430650	Dom Feliciano	15.151
Cis Centro Sul	430930	Guaíba	96.467
Cis Centro Sul	431198	Mariana Pimentel	4.136
Cis Centro Sul	432035	Sentinela do Sul	5.536
Cis Centro Sul	432055	Sertão Santana	6.077
Cis Centro Sul	432110	Tapes	17.143
Cicres		Não enviada	
Codis Santana da Rosa	430030	Alecrim	7.380
Codis Santana da Rosa	430045	Alegria	4.834
Codis Santana da Rosa	430220	Boa Vista do Buricá	6.655
Codis Santana da Rosa	430370	Campina das Missões	6.419
Codis Santana da Rosa	430430	Cândido Godói	6.762
Codis Santana da Rosa	430673	Doutor Maurício Cardoso	5.513
Codis Santana da Rosa	430960	Horizontina	19.013
Codis Santana da Rosa	431040	Independência	6.775
Codis Santana da Rosa	431301	Nova Candelária	2.800
Cis do Vale do Rio Pardo	430420	Candelária	30.369
Cis do Vale do Rio Pardo	430690	Encruzilhada do Sul	25.032
Cis do Vale do Rio Pardo	430915	Gramado Xavier	4.084
Cis do Vale do Rio Pardo	430957	Herveiras	2.891
Cis do Vale do Rio Pardo	431215	Mato Leitão	3.773
Cis do Vale do Rio Pardo	431395	Pantano Grande	9.913
Cis do Vale do Rio Pardo	431407	Passo do Sobrado	6.237
Cis do Vale do Rio Pardo	431570	Rio Pardo	38.908
Cis do Vale do Rio Pardo	431680	Santa Cruz do Sul	121.168
Cis do Vale do Rio Pardo	432067	Sinimbu	10.669
Cis do Vale do Rio Pardo	432253	Vale do Sol	11.216
Cis do Vale do Rio Pardo	432252	Vale Verde	3.363
Cis do Vale do Rio Pardo	432260	Venâncio Aires	67.136
Cis do Vale do Rio Pardo	432270	Vera Cruz	23.702
Ciscaí	430165	Barão	5.444
Ciscaí	430235	Bom Princípio	11.532
Ciscaí	430265	Brochier	4.846
Ciscaí	430468	Capela de Santana	11.478
Ciscaí	430955	Harmonia	3.777
Ciscaí	431179	Maratá	2.531
Ciscaí	431240	Montenegro	59.110
Ciscaí	431403	Pareci Novo	3.236
Ciscaí	431848	São José do Hortêncio	4.103
Ciscaí	431935	São Pedro da Serra	3.270
Ciscaí	431950	São Sebastião do Cai	21.142
Ciscaí	431650	Salvador do Sul	7.036
Ciscaí	431861	São José do Sul	1.988
Ciscaí	431975	São Vendelino	1.873
Ciscaí	432225	Tupandi	3.843

Cis São Luiz Gonzaca	430250	Bossoroca	7.880
Cis São Luiz Gonzaca	430635	Dezesseis de Novembro	2.974
Cis São Luiz Gonzaca	431455	Pirapó	3.016
Cis São Luiz Gonzaca	431595	Rolador	2.872
Cis São Luiz Gonzaca	431630	Roque Gonzales	7.438
Cis São Luiz Gonzaca	431770	Santo Antônio das Missões	12.089
Cis São Luiz Gonzaca	431890	São Luiz Gonzaga	35.184
Cis São Luiz Gonzaca	431920	São Nicolau	6.006
Cis São Luiz Gonzaca	431510	Porto Xavier	11.145
Cis rodeio bonito	430050	Alpestre	9.017
Cis rodeio bonito	430064	Ametista do Sul	8.440
Cis rodeio bonito	430185	Barra do guarita	3.062
Cis rodeio bonito	430340	Caiçara	5.276
Cis rodeio bonito	430515	Cerro Grande	2.656
Cis rodeio bonito	430607	Cristal do sul	3.081
Cis rodeio bonito	430632	Derrubadas	3.424
Cis rodeio bonito	430642	Dois Irmãos das Missões	2.438
Cis rodeio bonito	430730	Erval Seco	8.294
Cis rodeio bonito	430850	Frederico Westphalen	28.295
Cis rodeio bonito	431085	Jaboticaba	4.238
Cis rodeio bonito	431344	Novo tiradentes	2.391
Cis rodeio bonito	431380	Palmitinho	7.122
Cis rodeio bonito	431445	Pinhal	2.412
Cis rodeio bonito	431470	Planalto	10.796
Cis rodeio bonito	431590	Rodeio bonito	5.872
Cis rodeio bonito	432020	Seberi	11.131
Cis rodeio bonito	432132	Taquarçu do Sul	2.927
Cis rodeio bonito	432140	Tenente portela	14.273
Cis rodeio bonito	432370	Vista Gaúcha	2.799
Cis rodeio bonito	432350	Vista alegre	2.940
Cis rodeio bonito	430215	Boa Vista das Missões	2.110
Cis rodeio bonito	431230	Miraguaí	4.995
Cis rodeio bonito	431050	Iraí	8.593
Cis rodeio bonito	431449	Pinheirinho do Vale	4.597
Concisa		Não enviada	
Coniza	430050	Alpestre	9.017
Coniza	430195	Barra funda	2.434
Coniza	430692	Engenho Velho	1.530
Coniza	430912	Gramado dos Loureiros	2.414
Coniza	431160	Liberato Salzano	6.210
Coniza	431295	Nova Boa vista	2.125
Coniza	431270	Nonoai	12.632
Coniza	431555	Rio dos Índios	4.243
Coniza	431610	Ronda Alta	9.891
Coniza	431620	Rondinha	5.775
Coniza	432010	Sarandí	21.504
Coniza	432195	Trindade do sul	6.093
Coniza	432185	Três Palmeiras	4.486
Condesus 4º Colonia		Não enviada	
Cis litoral norte	430105	Arroio do Sal	7.109
Cis litoral norte	430163	Balneário Pinhal	11.440
Cis litoral norte	430463	Capão da Canoa	39.928
Cis litoral norte	430467	Capivari do Sul	3.492
Cis litoral norte	430471	Caraá	7.500
Cis litoral norte	430545	Cidreira	11.615
Cis litoral norte	430655	Dom Pedro de Alcântara	2.834
Cis litoral norte	431033	Imbé	15.936

Cis litoral norte	431065	Itati	2.733
Cis litoral norte	431173	Mampituba	2.987
Cis litoral norte	431177	Maquiné	7.626
Cis litoral norte	431244	Morrinhos do Sul	3.291
Cis litoral norte	431250	Mostardas	12.334
Cis litoral norte	431350	Osório	41.161
Cis litoral norte	431365	Palmares do Sul	11.901
Cis litoral norte	431600	Rolante	20.094
Cis litoral norte	431760	Santo Antônio da Patrulha	39.302
Cis litoral norte	432135	Tavares	5.293
Cis litoral norte	432143	Terra de Areia	10.232
Cis litoral norte	432150	Torres	33.686
Cis litoral norte	432160	Tramandaí	42.863
Cis litoral norte	432166	Três Cachoeiras	10.891
Cis litoral norte	432183	Três Forquilhas	3.141
Cis litoral norte	432380	Xangri-lá	11.402
Cis vale do jacui	430120	Arroio do tigre	13.126
Cis vale do jacui	430513	Cerro branco	4.642
Cis vale do jacui	432070	sobradinho	14.675
Cis vale do jacui	430300	cachoeira do sul	86.750
Cis vale do jacui	431406	passa sete	5.225
Cis vale do jacui	430975	ibarama	4.448
Cis vale do jacui	430690	Encruzilhada do sul	25.032
Cis vale do jacui	431123	Lagoa bonita do sul	2.733
Cis vale do jacui	431339	Novo Cabrais	3.926
Cis vale do jacui	430280	çaçapava do sul	33.235
Cis vale do jacui	430781	Estrela Velha	3.772
Comaja Alto Jacuí		Não enviada	
Cisa Ijuí	430020	Ajuricaba	7.411
Cisa Ijuí	430150	Augusto pestana	7.408
Cisa Ijuí	430185	Barra do Guarita	3.062
Cisa Ijuí	430222	Boa vista do cadeado	2.522
Cisa Ijuí	430237	Bom progresso	2.446
Cisa Ijuí	430258	Bozano	2.361
Cisa Ijuí	430260	Braga	3.878
Cisa Ijuí	430400	Campo novo	5.545
Cisa Ijuí	430500	Catuípe	9.674
Cisa Ijuí	430540	Chiapetta	4.134
Cisa Ijuí	430570	Condor	6.843
Cisa Ijuí	430587	Coronel Barros	2.518
Cisa Ijuí	430590	Coronel bicaco	8.021
Cisa Ijuí	430600	Crissiumal	15.116
Cisa Ijuí	430632	Derrubadas	3.424
Cisa Ijuí	430745	Esperança do sul	3.498
Cisa Ijuí	430970	Humaitá	5.024
Cisa Ijuí	431020	Ijuí	79.412
Cisa Ijuí	431041	Inhacorá	2.347
Cisa Ijuí	431115	Jóia	8.546
Cisa Ijuí	431230	Miraguaí	4.995
Cisa Ijuí	431333	Nova Ramada	2.490
Cisa Ijuí	431390	Panambi	38.249
Cisa Ijuí	431430	Pejuçara	3.972
Cisa Ijuí	431449	Pinheirinho do Vale	4.597
Cisa Ijuí	431540	Redentora	10.054
Cisa Ijuí	431780	Santo agosto	13.910
Cisa Ijuí	431910	São martinho	5.953
Cisa Ijuí	431973	São Valério do Sul	2.722
Cisa Ijuí	432023	Sede nova	3.019
Cisa Ijuí	432147	Tiradentes do Sul	7.044
Cisa Ijuí	432140	Tenente portela	14.273

Cisa Ijuí	432190	Três Passos	24.000
Cisa Ijuí	432350	vista alegre	2.940
Cisa Ijuí	432370	Vista Gaúcha	2.799
Cis Carbonifera		Não enviada	
Consim	430215	Boa Vista das Missões	2.110
Consim	430515	Cerro Grande	2.656
Consim	430260	Braga	3.878
Consim	430580	Constantina	10.165
Consim	430590	Coronel bicaco	8.021
Consim	430692	Engenho velho	1.530
Consim	431085	Jaboticaba	4.238
Consim	431142	Lajeado do Bugre	2.632
Consim	431349	Novo barreiro	3.981
Consim	431370	Palmeira das Missões	34.456
Consim	431610	Ronda alta	9.891
Consim	431642	Sagrada Família	2.669
Consim	431845	São José das Missões	3.038
Consim	431936	São Pedro das Missões	2.029
Consim	432185	Três Palmeiras	4.486

Fonte: CGIP/DAD/SE/MS. Elaborado com informações da Secretarias de Estado da Saúde em resposta a CIRCULAR GAB/SE nº 8 de 21 de fevereiro de 2008. da ST/CIT e DATASUS

ANEXO C – Aprovação no Comitê de Ética da UFRGS



PRÓ-REITORIA DE PESQUISA
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA
CARTA DE APROVAÇÃO

proxpesq

O Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Rio Grande do Sul analisou o projeto:

Número : 2006634

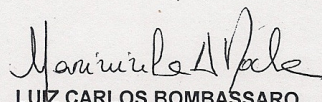
Título : FLUXOS E UTILIZAÇÃO DE SERVIÇOS DE SAÚDE: A MOBILIDADE DE USUÁRIOS E OS NOVOS DESAFIOS PARA A SAÚDE PÚBLICA

Pesquisador (es) :



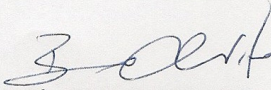
<u>NOME</u>	<u>PARTICIPAÇÃO</u>	<u>EMAIL</u>	<u>FONE</u>
TATIANA ENGEL GERHARDT	PESQ RESPONSÁVEL	tatiana.gerhardt@ufrgs.br	33085421
ADRIANA ROESE	PESQUISADOR	adiroese@terra.com.br	33085421
DEISE LISBOA RIQUINHO	PESQUISADOR	deiselis@terra.com.br	33085421
JULIANA MACIEL PINTO	PESQUISADOR	ju_pinto1@yahoo.com.br	
MARIA ALICE DIAS DA SILVA LIMA	PESQUISADOR	malice@enf.ufrgs.br	33085421
MARISTELA CORRÊA RODRIGUES DE LIMA	PESQUISADOR	maristelarl@bol.com.br	

O mesmo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UFRGS, reunião nº 13, ata nº 79, de 23/11/2006, por estar adequado ética e metodologicamente e de acordo com a Resolução 196/96 e complementares do Conselho Nacional de Saúde.

Porto Alegre, sexta-feira, 27 de abril de 2007


 P/ LUIZ CARLOS BOMBASSARO
 Coordenador do CEP-UFRGS

ANEXO D – Aprovação do adendo ao projeto no Comitê de Ética da UFRGS

 <p>UFRGS UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL</p>	<p>PRÓ-REITORIA DE PESQUISA COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA CARTA DE APROVAÇÃO/ADENDO</p>		
<p>O Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Rio Grande do Sul analisou o projeto:</p>			
<p>Número : Adendo ao projeto 2006634</p>			
<p>Título : Planejamento Regional Ascendente e Regionalização: Atores e Estratégias da Organização dos fluxos de Utilização dos Serviços de Saúde</p>			
<p><u>Pesquisador (es)</u></p>			
<u>NOME</u>	<u>PARTICIPAÇÃO</u>	<u>EMAIL</u>	<u>FONE</u>
<p>TATIANA ENGEL GERHARDT ADRIANA ROESE DEISE LISBOA RIQUINHO Juliana Maciel Pinto MARIA ALICE DIAS DA SILVA LIMA MARISTELA CORRÉA RODRIGUES DE LIMA</p>	<p>PESQ RESPONSÁVEL PESQUISADOR PESQUISADOR PESQUISADOR PESQUISADOR PESQUISADOR</p>		
<p>O mesmo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UFRGS em 14/10/2010 , por estar adequado ética e metodologicamente e de acordo com a Resolução 196/96 e complementares do Conselho Nacional de Saúde.</p>			
<p>Porto Alegre, 16 de novembro de 2010</p>			
 <p>2) JOSÉ ARTUR BOGO CHIES Coordenador do CEP-UFRGS</p>			