

**FACULDADE DE SERVIÇO SOCIAL
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO
DOUTORADO EM SERVIÇO SOCIAL**

LISLEI TERESINHA PREUSS

**O PACTO PELA SAÚDE NAS CIDADES-
GÊMEAS DA FRONTEIRA DO RIO GRANDE
DO SUL COM A ARGENTINA E O URUGUAI**

**Porto Alegre
2011**

LISLEI TERESINHA PREUSS

**O PACTO PELA SAÚDE NAS CIDADES-GÊMEAS
DA FRONTEIRA DO RIO GRANDE DO SUL
COM A ARGENTINA E O URUGUAI**

Tese apresentada como requisito parcial para obtenção do grau de Doutor em Serviço Social pelo Programa de Pós-Graduação da Faculdade de Serviço Social da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul.

Orientadora: Profa. Dr. Idilia Fernandes

Co-orientadora: Profa. Dr. Vera Maria Ribeiro Nogueira

Porto Alegre

2011

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)

P943p Preuss, Lislei Teresinha

O pacto pela saúde nas cidades-gêmeas da fronteira do rio grande do sul com a Argentina e o Uruguai. / Lislei Teresinha Preuss. – Porto Alegre, 2011.

178 f.

Tese (Doutorado em Serviço Social) – Faculdade de Serviço Social, PUCRS.

Orientação: Profa. Dra. Idília Fernandes.

Co-orientação: Profa. Dra. Vera Maria Ribeiro Nogueira.

1. Serviço Social. 2. Política Social de Saúde. 3. Sistema Único de Saúde. 4. Pacto pela Saúde. 5. Saúde Pública - Aspectos Sociais. I. Fernandes, Idília. II. Nogueira, Vera Maria Ribeiro. III. Título.

CDD 360

614.098

Bibliotecária Responsável

Cíntia Borges Greff – CRB 10/1437 – norma.abnt@gmail.com

LISLEI TERESINHA PREUSS

**O PACTO PELA SAÚDE NAS CIDADES-GÊMEAS
DA FRONTEIRA DO RIO GRANDE DO SUL
COM A ARGENTINA E O URUGUAI**

Tese apresentada como requisito parcial para obtenção do grau de Doutor em Serviço Social pelo Programa de Pós-Graduação da Faculdade de Serviço Social da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul.

Aprovada em:.....de.....de 2011.

BANCA EXAMINADORA:

Orientadora: Profa. Dr. Idilia Fernandes
PUCRS

Co-Orientadora: Profa. Dr. Vera Maria Ribeiro Nogueira
UFSC/UCPEL

Profa. Dr. Jussara Maria Mendes
URGS

Profa. Dr. Keli Regina Dal Prá
UFSC

Profa. Dr. Maria Isabel Barros Bellini
PUCRS

Dedico esta Tese, com o coração cheio de saudades, ao meu avô Alberto Stein, (in memoriam), carinhosamente “vovô da barca”, sábio carpinteiro, me ensinou a construir minha vida com humildade, simplicidade, determinação, perseverança e bondade.

AGRADECIMENTOS

Fazendo uma retrospectiva do processo de doutoramento, agora na reta final desta caminhada, é momento de agradecer. Se for citar nomes, enchei páginas e para não correr o risco de esquecer alguém, portanto, a todos que fizeram parte desta caminhada, direta e indiretamente, muito obrigada!

E em especial: À Deus pela vida!

A minha família: Mauro e Maria, meus pais, Ravine minha irmã, Gustavo cunhado, a Vitória, minha sobrinha e afilhada. Especialmente a minha mãe Maria que, parafraseando Milton Nascimento, incansavelmente me diz: “filha é preciso ter força, é preciso ter raça, é preciso ter gana, é preciso ter graça, é preciso ter sonho e sempre ter fé na vida”.

Mãe obrigada pela vida, amor, colo, abraço, incentivo, apoio, bilhetinhos carinhosos “surpresas” deixados no meu apartamento quando das visitas feitas que quando os achava rendiam lágrimas e muitas. Sem você o doutorado seria impossível.

À família Spies pelo apoio e incentivo de sempre. A Tia Kika que desempenhou e ainda desempenha inúmeros papéis: foi minha babá para que minha mãe pudesse estudar, minha mãe e tia quando da estadia em Floripa na graduação e mestrado e minha comadre – nosso Thom! Ao Tio Airton pela importante referência acadêmica em minha vida e por instigar-me sempre em busca do crescimento profissional;

A Geney (in memoriam) pelo amor à profissão – Serviço Social;

Aos entrevistados que contribuíram para a pesquisa e assim realização desta tese;

À Profa. Dr. Idília, pelo acolhimento e orientação deste trabalho, pela fundamental condução e presença durante a elaboração do mesmo;

À Profa. Dr. Vera Maria Ribeiro Nogueira, pela co-orientação e por ter despertado em mim, desde a graduação nas aulas de pesquisa social, a paixão pela pesquisa, que aprofundou-se no mestrado e no doutorado; pelas indicações bibliográficas, pela leitura apurada, pelos valiosos comentários e apontamentos precisos. É muito bom contar contigo;

Às Professoras Dr. Jussara Rosa Mendes (com a qual aprendi que uma Tese se constrói todos os dias, incansavelmente), Dr. Keli Regina Dal Prá, Isabel pelo aceite ao convite para serem examinadoras nas bancas de qualificação e defesa da tese de doutoramento - contribuindo de forma significativa para o “produto final”;

À Juliana, Secretária do Programa de Pós-Graduação em Serviço Social da PUCRS, pelas orientações, esclarecimentos nas mais variadas dúvidas durante a vida acadêmica nessa instituição;

À UNIJUI, e seu quadro qualificado de técnicos, professores, funcionários por ter-me possibilitado e facilitado a organização da minha vida acadêmico-profissional contribuindo para as complexas (e árduas) tarefas de ensino, pesquisa e extensão e também por terem proporcionado viagens agradáveis no trânsito entre os campi Santa Rosa – Ijuí (Viviane, Sílvia, Cléia, Aloísio, Maidi, Sandra, Ste, Lu, Felipe, Márcio...).
Estendo aos meus queridos alunos (impossível aqui nomeá-los), estagiários (Alana, Danielas, Denise, Isete, Lenir, Tatiele) bolsistas de iniciação científica (Carol) e de extensão (Alana e Tati) por mesmo saberem de que sendo “sem fronteiras”, se propuseram a realizar estágio, pesquisa e extensão sob minha orientação.

A colega de doutoramento que se tornou grande amiga Mari, pelo acolhimento, chimarrões, cafés, conversa, quebra-galho; à Geusina amiga e colega do grupo de estudos e pesquisa sobre fronteiras, compartilhava comigo do sonho de sermos aspirantes (grandes pesquisadoras)!

Em especial aos colegas e amigos: Larry pela valiosa leitura e contribuição para além da ortografia, Professor Dr. Ariosto por possibilitar a incursão à Administração, através da disponibilidade de seu tempo e de seu acervo bibliográfico a mim e a Fabiane, a nossa “Chica” que sempre quando perdía o rumo, me inseria novamente na rota!

A CAPES pela concessão da bolsa de estudo para o doutoramento!

*“Não há fim para as coisas que podem ser conhecidas e sabidas.
O mundo dos saberes é um mundo de somas sem fim.
É um caminho sem descanso para a alma”*

(RUBEM ALVES, 2003).

RESUMO

Este estudo avalia o processo de implementação do Pacto pela Saúde, na dimensão Pacto de Gestão do Sistema Único de Saúde (SUS), junto aos sistemas locais de saúde das cidades-gêmeas na linha de fronteira do Brasil, no Rio Grande do Sul (RS) com a Argentina e o Uruguai, área geográfica designada pelo Ministério da Integração Regional (MIR) como compondo parte da Fronteira Arco Sul (2005). O Pacto pela Saúde, em seus três componentes - Pacto pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão, é considerado um grande avanço na gestão e nas relações entre os entes federativos. Estabelece as responsabilidades de cada ente de forma a diminuir as competências concorrentes e a tornar mais evidente suas responsabilidades, contribuindo com o fortalecimento da gestão compartilhada e solidária no SUS. A situação encontrada nas cidades-gêmeas sinaliza para uma lacuna entre as proposições da normativa, que permite lançar a hipótese analisada nesta pesquisa, que a descentralização e a regionalização previstas no Pacto de Gestão, não garantiram maior autonomia aos governos locais, não havendo, assim, transferência efetiva de poder decisório na gestão. A partir das categorias teóricas - território e fronteira, saúde, gestão, resgata-se o histórico acerca dos fundamentos de gestão, os paradigmas tradicionais e contemporâneos e definem-se gestão e gestão em saúde. Aborda a política social e a gestão da saúde no Brasil, tendo como baliza a Constituição Federal de 1988, enquanto processos contraditórios estabelecem diretrizes, planos e programas de saúde e contemplam questões de criação e de utilização de meios para concretizar os princípios de organização desta política. Por fim, trata-se de discutir o objeto da investigação buscando apreende-lo a partir dos olhares dos sujeitos entrevistados. As descobertas da pesquisa apontam que as estratégias de descentralização e regionalização preconizadas no Pacto pela Saúde podem ser importantes ferramentas para a melhoria do provimento de serviços e garantia de direitos à saúde, porém a implementação tem sido falha, desde o processo de adesão, repercutindo mais uma vez para o acirramento das desigualdades nas cidades-gêmeas da fronteira entre estado do Rio Grande do Sul com a Argentina e o Uruguai.

Palavras-chave: Política Social de Saúde. Sistema Único de Saúde. Pacto pela Saúde. Gestão. Fronteira.

ABSTRACT

This study discusses the implementation and uptake of the Pact for Health under the Brazilian Unified Health System (SUS) approach, by local health systems of the twin-cities at the border of the Brazilian Rio Grande do Sul State with Argentina and Uruguay. In 2005, this region was strategically designated by the Ministry for Regional Integration (MIR), as being part of the Southern Border Arc. The objective of the study was to evaluate the process of implementation of the Pact for Health in this region. The Pact for Health, in its three components - Pact for life, Pact for the Sustainability of SUS, and Pact for Management, is considered a major breakthrough in the management and relations between the federal, state and municipal governments. The Pact establishes the responsibilities of each entity, so as to reduce the competing powers and to set clear responsibilities, therefore contributing to the strengthening of solidarity and shared management of the SUS. The situation found at the border of the twin-cities region reveals a gap between the propositions of the Pact and the reality of health services available to the population, which allows to launch the hypothesis examined in this research, that decentralization and regionalization proposed by the Pact, did not ensured greater freedom to local governments, and thus no effective transfer of decision-making power in the management process occurred. Under four theoretical categories-territory, borders, health and management, the study rescues the history of management principles, contemporary and traditional management paradigms to analyze the theoretical categories of management and health management. Discusses social policy and health management in Brazil, from the 1988 Federal Constitution perspective, while conflicting processes, establishes guidelines, plans, and health programs and includes issues of creating and using resources to implement the principles of organization of this policy. Finally, discusses the process of health agreement in Rio Grande do Sul, with the twin-cities, analyzing it from the survey respondents' perspective and responding to the issues and objectives of the research. The research findings suggest that regionalization and decentralization strategy envisaged in the Pact for Health can be an important tool for improving the provision of services and guarantee of rights to health, but the implementation has been a failure, contributing to the growing inequalities in the twin-cities at the border between the State of Rio Grande do Sul with Argentina and Uruguay.

Keywords: Social Health Policy. Unified Health System (SUS). Pact for Health. Management. International Border.

LISTA DE SIGLAS

AIDS	- <i>Acquired Immune Deficiency Syndrome/Síndrome da</i> Imunodeficiência Adquirida
ANVISA	- Agência Nacional de Vigilância Sanitária
APAC	- Autorização de Procedimentos de Alta Complexidade/Custo
APO	- Administração por Objetivos
AVC	- Acidente Vascular Cerebral
CEBES	- Centro Brasileiro de Estudos em Saúde
CF	- Constituição Federal
CGR	- Comitê Gestor Regional
CIB	- Comissão Intergestora Bipartite
CIT	- Comissão Intergestora Tripartite
CMS	- Conselhos Municipais de Saúde
CNPQ	- Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico
CNRAC	- Central Nacional de Regulação da Alta Complexidade
CNRS	- Comissão Nacional da Reforma de Saúde
CNS	- Conselho Nacional de Saúde
CONASEMS	- Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde
CONASS	- Conselho Nacional de Secretários de Saúde
COSEMS	- Conselho de Secretários Municipais de Saúde
CREMERS	- Conselho Regional de Medicina do Estado do Rio Grande do Sul
CRM	- Conselho Regional de Medicina
DF	- Distrito Federal
DST	- Doenças Sexualmente Transmissíveis
EC29	- Emenda Constitucional 29
ESF	- Equipes de Saúde da Família
FAE	- Fração Assistencial Especializada
FAEC	- Fundo de Ações Estratégicas e Compensação
FAMURS	- Federação das Associações dos Municípios do Rio Grande do Sul
FES	- Fundo Estadual de Saúde
FHC	- Fernando Henrique Cardoso
FMI	- Fundo Monetário Internacional

FMS	- Fundo Municipal de Saúde
FNS	- Fundo Nacional de Saúde
FUNED	- Fundação Ezequiel Dias
GASE	- Gestão Avançada do Sistema Estadual
GM	- Gabinete do Ministro
GPABA	- Gestão Plena da Atenção Básica Ampliada
GPSE	- Gestão Plena do Sistema Estadual
GPSM	- Gestão Plena do Sistema Municipal de Saúde
HIV	- <i>Human Immunodeficiency Virus</i> /Vírus da Imunodeficiência Humana
IBGE	- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IDH	- Índice de Desenvolvimento Humana
INAMPS	- Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social
LOS	- Lei Orgânica da Saúde
M1	- Média Complexidade 1
MAC	- Atenção de Média e Alta Complexidade
MERCOSUL	- Mercado Comum do Sul
MIN	- Ministério da Integração Nacional
MIR	- Ministério da Integração Regional
MS	- Ministério da Saúde
NOAS	- Norma Operacional de Assistência à Saúde
NOB	- Norma Operacional Básica
OMS	- Organização Mundial de Saúde
OPAS	- Organização Pan-Americana de Saúde
PAB	- Piso de Atenção Básica
PABA	- Piso de Atenção Básica de Saúde Ampliada
PAC 2	- Programa de Aceleração do Crescimento
PACS	- Programa de Agente Comunitário de Saúde
PCCS	- Plano de Carreira, Cargos e Salários
PDI	- Plano Diretor de Investimentos
PDR	- Plano Diretor de Regionalização
PIB	- Produto Interno Bruto
PMS	- Plano Municipal de Saúde
PPI	- Programação Pactuada e Integrada
PROS	- Programação e Orçamento da Saúde

PSF	- Programa Saúde da Família
PUCRS	- Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul
RS	Rio Grande do Sul
SAMU	- Serviço de Atendimento Móvel de Urgência Médica
SENAC	- Serviço Nacional de Aprendizagem Comercial
SENAI	- Serviço Nacional de Aprendizagem Industrial
SES	- Secretaria Estadual de Saúde
SIA	- Sistema de Informações Ambulatoriais
SIAB	- Sistema de Informação da Atenção Básica
SIH	- Sistema de Informações Hospitalares
SIS FRONTEIRA	- Sistema Integrado de Saúde das Fronteiras
SMS	- Secretaria Municipal de Saúde
SS	- Sistemas de Saúde
SUDS	- Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde
SUS	- Sistema Único de Saúde
TCG	- Termo de Compromisso de Gestão
TQC	- Controle de Qualidade Total
TQM	- Gerenciamento da Qualidade Total
UCA	- Unidade de Cobertura Ambulatorial
UCPEL	- Universidade Católica de Pelotas
UERJ	- Universidade Estadual do Rio de Janeiro
UF	- Unidade da Federação
UFSC	- Universidade Federal de Santa Catarina
UPA	- Unidade de Pronto Atendimento

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 - Mapa da Faixa de Fronteira do Brasil.....	33
Quadro 1 - Informações sobre a área de pesquisa de campo, sujeitos entrevistados e situação do município em relação à adesão ao pacto	36

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	14
1.1 HIPÓTESE PARA O ESTUDO	20
1.2 OBJETIVOS	21
1.3 QUESTÕES DE PESQUISA	21
2 PERCURSO METODOLÓGICO	27
2.1 ASPECTOS METODOLÓGICOS NORTEADORES	27
2.2 AS SINGULARIDADES E A OPERACIONALIZAÇÃO DA PESQUISA.....	31
2.2.1 Delimitação geográfica	31
2.2.2 Inserção e interação da pesquisadora no campo de estudos e coleta de dados	34
3 PARADIGMAS FORMADORES DOS MODELOS DE GESTÃO	39
3.1 ASPECTOS TRADICIONAIS DE GESTÃO.....	40
3.2 ASPECTOS CONTEMPORÂNEOS DE GESTÃO	45
3.3 A GESTÃO NO BRASIL	52
3.4 A TEORIA DA GESTÃO E SUA APLICAÇÃO NA ADMINISTRAÇÃO DA SAÚDE.....	59
4 A GESTÃO DA SAÚDE PÚBLICA NO BRASIL	74
4.1 A CONSTITUIÇÃO FEDERAL DE 1988 E O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE.....	75
4.2 FUNDAMENTAÇÃO LEGAL DA SAÚDE PÚBLICA NO BRASIL	85
5 O PACTO PELA SAÚDE ENTRE OS ENTES FEDERADOS DO BRASIL	103
5.1 CONTEXTUALIZAÇÃO DO PACTO PELA SAÚDE.....	104
5.1.1 O Pacto pela Vida	110
5.1.2 O Pacto em Defesa do SUS	113
5.1.3 O Pacto de Gestão	114

6 O PROCESSO DE PACTUAÇÃO NO RS: RESULTADOS E DISCUSSÃO	124
7 CONCLUSÃO.....	149
REFERÊNCIAS	155
APÊNDICES	168
APÊNDICE A - Termo de Compromisso para Utilização de Dados	169
ANEXOS	170
ANEXO A - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	171
ANEXO B - Carta de apresentação	172
ANEXO C - Resumo do Projeto	173
ANEXO D - Termo de Doação	176
ANEXO E - Roteiro Entrevista Projeto SIS Fronteiras e Pacto pela Saúde	177
ANEXO F - Aprovação do Comitê de Ética	178

1 INTRODUÇÃO

Esta tese, resultante da pesquisa do doutorado reporta-se a um estudo sobre a atenção em saúde em áreas fronteiriças, abordando o processo de adesão e pactuação do Pacto pela Saúde, na dimensão Pacto de Gestão do Sistema Único de Saúde (SUS), junto aos sistemas locais de saúde das cidades-gêmeas na linha de fronteira do Brasil, no Rio Grande do Sul (RS) com a Argentina e o Uruguai, área geográfica designada pelo Ministério da Integração Regional (MIR) como compondo parte da Fronteira Arco Sul (2005).

A proposição desta tese é contribuir para ampliação do debate sobre integração de ações e serviços de saúde na região fronteiriça, especificamente sobre o processo de pactuação da política de saúde no Brasil e, assim, possibilitar a concretização de ações conjuntas, locais e regionais, nos países foco desse estudo, Argentina e Uruguai.

O objeto de estudo é inédito, pois aborda a implementação de um programa ministerial em cidades-gêmeas sobre o qual, ainda, não foram realizados estudos de quaisquer natureza, atendendo assim a um dos requisitos essenciais de teses de doutoramento. Ainda são poucos os estudos empíricos e incipientes a produção e acúmulo acadêmico, buscando compreender como se efetiva, no contexto do SUS, a pactuação dos municípios e os processos de implementação do Pacto pela Saúde. A temática é emergente e contribui para ampliar saberes e práticas sobre as garantias do direito à saúde nesse espaço geográfico, dentre tantas particularidades, o desafio das gestões locais em integrar ações que promovam, de fato, o acesso à saúde em municípios fronteiriços.

Para além da área acadêmica e considerando a contribuição da produção científica para a sociedade, esta tese, ao construir conhecimento novo sobre uma região carente de produção a respeito, pode subsidiar os gestores, nas três esferas de governo, e qualificar os três níveis de gestão, além de colaborar com profissionais de saúde ao detalhar as especificidades da proposta governamental.

A tese é um recorte do projeto¹ “A implementação dos Programas SIS FRONTEIRAS e PACTO PELA SAÚDE – perspectivas para a ampliação do direito à saúde aos usuários estrangeiros na Fronteira Arco Sul” que integra a linha de pesquisa MERCOSUL (Mercado Comum do Sul), fronteiras e direitos sociais, vinculado ao Núcleo de Estudos Estado

¹ Projeto de pesquisa coordenado pela Professora Doutora Vera Maria Ribeiro Nogueira, financiado pelo Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico/CNPQ, na área e subárea do Serviço Social/Serviço Social da Saúde.

Sociedade Civil, Políticas Públicas e Serviço Social, da Universidade Federal de Santa Catarina - UFSC, criado em 2005. Integra, igualmente, as linhas de pesquisa Seguridade Social, Direitos Sociais e Fronteiras, junto ao Núcleo de Estudos Políticas Sociais, Cidadania e Serviço Social do Programa de Pós-Graduação da Universidade Católica de Pelotas – UCPEL e Serviço Social e Políticas Sociais, do Núcleo de Estudos e Pesquisa em Violência, Ética e Direitos Humanos da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, PUCRS, área de concentração Serviço Social, Políticas e Processos Sociais.

Atualmente, com os processos de integração regional em curso e os impactos do fenômeno de globalização, a fronteira tornou-se um foco interessante para a agenda econômica e política. A dimensão social da integração e, em especial, a proteção social à saúde, vêm sendo enfatizadas merecendo destaque os programas na faixa de fronteira.

De acordo com Guimarães e Giovannella (2005, p. 18), a intensificação dos intercâmbios entre as nações provoca na região de fronteira, uma situação de dubiedade – diferença *versus* integração. Além das diferenças de língua e cultura, há a convivência cotidiana “entre sistemas políticos, monetários, de segurança, de proteção social, etc. distintos, geradores de tensões e contradições entre as realidades local, regional e o conjunto das instituições, normas e práticas dos países”. Os extensos limites internacionais do Brasil com os demais países da América Latina, e especialmente os integrantes do MERCOSUL, vêm sendo objeto de preocupações, pois afetam todo o país e, sobretudo, as regiões fronteiriças.

O tema atenção à saúde em áreas fronteiriças² surgiu no debate na primeira metade da década do século XXI, orientado pela Organização Mundial de Saúde (OMS) (ASTORGA, PINTO, FIGUEROA, 2004). O tema entrou na agenda internacional devido às conseqüências do reordenamento econômico (globalização, formação dos blocos econômicos), e não pela insatisfação e demanda dos gestores e população residente na área. Há, entretanto, o reconhecimento do aumento dos fluxos e intercâmbios de pessoas, serviços e produtos decorrentes dos processos de integração regional, repercutindo diretamente nos indicadores sanitários e demográficos das cidades fronteiriças, que se tornam corredores econômicos (GIOVANELLA, 2004).

² A Constituição brasileira de 1988 define como faixa de fronteira a área compreendida dentro de 150 quilômetros perpendiculares à linha do limite do território brasileiro. Atualmente se estabeleceu o uso do termo linha de fronteira, que seria o território municipal que compõe a divisa nacional. Cidades-gêmeas são as que se defrontam com outras de outro país, sem limites físicos marcantes.

A partir deste período é que se identifica um maior número de estudos sobre a questão, notadamente em regiões onde os conflitos sociais são mais candentes ou com maior visibilidade, como o limite entre o México e os Estados Unidos. Na América Latina, observa-se que nos últimos anos deste século, houve um relativo adensamento da produção, mais voltada para aspectos epidemiológicos e de vigilância sanitária (PÉREZ; NOGUEIRA, 2008).

Abordando a temática globalização e sistemas de saúde³, entende-se que existem diferenças nos processos de reordenamento econômico entre os países, sendo os de economias nacionais periféricas mais frágeis e dependentes do mercado externo. O agravamento da situação social, decorrente da reorientação econômica e da valorização do capital financeiro, elimina postos de trabalho, causando desemprego e a inserção no mercado informal, incidindo na situação sanitária da população, aguça ainda mais as disparidades entre os países ao longo da fronteira. O pauperismo de uma população já empobrecida, aviva as iniquidades em saúde, ocasionando, assim, situações difíceis de serem solucionadas pelos gestores.

Consideram-se também, nessa construção, o descompasso entre a globalização econômica⁴ e a globalização social⁵. Estabelece-se, assim, igualmente o nexo entre saúde e as desigualdades territoriais, tanto as já existentes entre os países quanto às novas demandas relativas às necessidades devido ao impacto da nova ordem mundial (NOGUEIRA; SILVA, 2009).

Reconhecem-se, nesse aspecto, os problemas próprios dos sistemas de saúde dos países latino-americanos, devido às assimetrias na distribuição de serviços sanitários, além da diversidade de concepções, componentes valorativos da população sobre as questões que dizem respeito à saúde. Isto agrava as desigualdades sociais e iniquidades nas regiões situadas ao longo da linha da fronteira. A procura pelos serviços de saúde por parte dos estrangeiros, nestas situações, transita para o campo das relações internacionais (GIOVANELLA, et al. 2005).

Esta área tem despertado interesse, pois, além do aspecto econômico, há um significativo número de pessoas estrangeiras que procuram pelos serviços e ações de saúde no Brasil, conforme revelado em pesquisas realizadas (NOGUEIRA, V. M. R., 2003; DALPRÁ, 2006, PREUSS, 2007). Estas apontam para um fato: as pessoas que ali transitam não possuem titularidade formal de cidadania e os gestores dos sistemas locais de saúde sentem-se

³ É importante diferenciar “os sistemas de saúde (SSs) dos sistemas de serviços de saúde, uma vez que os primeiros são mais abrangentes e se referem à saúde em sentido amplo, isto é, à manifestação objetiva das condições de vida de uma população determinada, o que é resultante da ação intersetorial de diferentes sistemas, mais ou menos complexos. Quanto aos sistemas de serviços de saúde, integram os SSs, mas sua ação se efetua nas instituições prestadoras de serviços, eminentemente internas ao setor [...]” (VIACAVA et al. 2004, p. 713).

⁴ Relacionada ao desenvolvimento econômico internacional, a livre concorrência, ao aumento do capital financeiro impulsionando a economia.

⁵ Relacionada ao desenvolvimento e a integração social, a democracia e justiça social.

pressionados a atender a população fronteiriça. Estes, muitas vezes, não contam com condições técnicas e disponibilidade financeira para tanto. Faltam recursos humanos especializados, equipamentos para procedimentos de média e alta complexidade, havendo, ainda uma expressiva distância entre os municípios e os centros de referência. Prover o acesso à saúde de maneira universal e integral, como preconizado pela Constituição Federal de 1988, em municípios fronteiriços é uma tarefa complexa e dificultada por estas (e tantas outras) particularidades loco-regionais.

Tradicionalmente tratada como local de peculiaridades culturais, caracterizada pelo baixo desenvolvimento sócio-econômico e balizada por profundas iniquidades sociais é, justamente, nas regiões de fronteira que existe uma significativa procura pelos serviços públicos de saúde no Brasil, seja pela facilidade e/ou qualidade de atendimento, seja pela ineficiência do sistema dos países vizinhos, seja pela urgência e/ou emergência do tratamento (PREUSS, 2007).

Os estudos de Nogueira, V. M. R. (2003), Gallo e Costa (2003), Guimarães e Giovanella (2006) também destacam a articulação de esforços entre os governos na busca de um desenvolvimento comum e na integração da saúde dos países do MERCOSUL. Apesar de os municípios não registrarem a procura e o atendimento à população estrangeira (NOGUEIRA, V. M. R., 2005), os gestores municipais assinalam a existência de um volume significativo de demanda por parte da população dos municípios de outros países que integram o MERCOSUL.

Além da persistência de antigas questões relacionadas à faixa de fronteira, como a discrepância na proteção social entre os países, os fenômenos de intensificação do livre comércio apresentam reflexos sobre o setor social. No que se refere à saúde, o país busca garantir o cumprimento dos princípios constitucionais do SUS, entretanto, os gestores municipais de saúde defrontam-se com realidades distintas do outro lado da fronteira.

A região da Faixa de Fronteira⁶ caracteriza-se geograficamente por ser uma faixa de até 150 km de largura ao longo de 15.719 km da fronteira terrestre brasileira, que abrange quinhentos e oitenta e oito municípios de onze estados: Acre, Amapá, Amazonas, Mato Grosso, Mato Grosso do Sul, Pará, Paraná, Rio Grande do Sul, Rondônia, Roraima e Santa Catarina. Essa área corresponde a 27% do território brasileiro e reúne uma população estimada em dez milhões de habitantes, ou seja, 19% da população brasileira. O Brasil faz

⁶ A Lei nº 6.634, de 1979 é a norma que identifica a faixa de fronteira como região estratégica ao Estado e encontra-se em harmonia com os ideais de justiça e desenvolvimento na referida região (BRASIL, 2009).

fronteira com dez países da América do Sul e busca a ocupação e a utilização dessa Faixa de forma compatível com sua importância territorial estratégica (BRASIL, 2009).

A fronteira com os demais países do MERCOSUL é integrada por sessenta e nove municípios e uma população estimada em 1.438.206 habitantes (IBGE, 2011). O Rio Grande do Sul é o Estado que possui maior número de municípios na fronteira (42,6%), totalizando vinte e nove municípios, sendo dez na fronteira com Uruguai e dezenove na fronteira com a Argentina. Em segundo lugar, está o Estado do Paraná com dezoito municípios (26,5%) sendo nove na fronteira com a Argentina e nove na fronteira com o Paraguai. O Estado de Mato Grosso do Sul possui onze municípios (16,2%) na fronteira com o Paraguai e o Estado de Santa Catarina dez municípios (14,7%) na fronteira com a Argentina. Na fronteira com a Argentina estão localizados trinta e oito municípios brasileiros (55,9%), na fronteira com o Paraguai vinte municípios (29,4%) e na fronteira com o Uruguai dez municípios (14,7%). Em termos populacionais há certa correspondência, pois o RS agrega 45,4% da população total dos municípios da linha de fronteira do Brasil com o MERCOSUL, seguido do Estado do Paraná com 32,1%, do Estado de Mato Grosso do Sul com 17,7% e do Estado de Santa Catarina com apenas 4,9% da população total. Com referência aos países, há uma inversão quando à fronteira brasileira com o Paraguai. Esta assume o primeiro lugar no contingente populacional, correspondendo a 42,7%. A Argentina está em segundo lugar com 33,8% e o Uruguai com 23,6%.⁷

Gadelha e Costa (2007) reiteram os dados apresentados e acrescentam que 27% do território brasileiro localizam-se em faixa de fronteira e o perfil de porte populacional desses municípios é variável. Em geral, são pequenas cidades: do total de municípios da linha de fronteira 73% têm até vinte mil habitantes e 50% têm até dez mil. Apenas três municípios da linha de fronteira têm mais de cem mil habitantes: Foz do Iguazu no Paraná, Bagé e Uruguaiana no Rio Grande do Sul. Há uma tendência de que os piores indicadores de saúde se concentrem nas fronteiras (OPAS/OMS, 2002).

Mesmo assim, os dados disponíveis sobre estes municípios são insuficientes para traçar-se um perfil adequado com referência à temática do acesso aos serviços de saúde (CESALTINA, 2006). Entretanto, eles sinalizam situações que confirmam as diferenças da fronteira, nos aspectos populacionais e sociais, bem como na oferta de serviços e assistência à saúde prestada.

⁷ Projeto de Pesquisa “A implementação do Programa SIS FRONTEIRAS e do Pacto pela Saúde – perspectivas para a ampliação do direito à saúde aos usuários estrangeiros na Fronteira Arco Sul”, sob coordenação da professora Doutora Vera Maria Ribeiro Nogueira, 2009.

Diante deste cenário, esta dificuldade foi reconhecida pelo Ministério da Saúde (MS) que, em parceria com o Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS) e o Conselho Nacional dos Secretários Municipais de Saúde (CONASEMS), formulou o Pacto pela Saúde – firmado em 2006 entre os gestores (União, Estados e municípios) em três dimensões: pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão para Consolidação do SUS. Publicado na Portaria/GM nº 399, de 22 de fevereiro de 2006, ele aprova suas respectivas diretrizes operacionais. O Pacto é estabelecido com base nos princípios e diretrizes do SUS, considerando a diversidade e a realidade de cada região e Estado brasileiro, enfatizando as necessidades de saúde da população.

Sua implementação se dá por meio da adesão de municípios, Estados e União ao Termo de Compromisso de Gestão (TCG). Este substitui os anteriores processos de habilitação - normas reguladoras, denominadas Normas Operacionais Básicas (NOB), criadas para operar as transformações previstas na Constituição e na Lei Orgânica da Saúde: NOB-SUS 01/91, NOB-SUS 01/92, NOB-SUS 01/93, NOB-SUS 1996, NOAS-SUS 2001, NOAS-SUS 2002, e também estabelece metas e compromissos para cada ente da federação. No que se refere à transferência dos recursos, estes passam a ser divididos em seis blocos de financiamento: Atenção Básica, Média e Alta Complexidade da Assistência, Vigilância em Saúde, Assistência Farmacêutica, Gestão do SUS e Investimentos em Saúde.

A criação do bloco Gestão do SUS é a primeira iniciativa concreta aprovada, que estabelece financiamento destinado ao custeio de ações relacionadas com a organização do sistema de saúde: regulação, controle, avaliação e auditoria; planejamento e orçamento; programação; regionalização; participação e controle social; gestão do trabalho; educação em saúde e implementação de políticas específicas.

O Pacto pela Saúde avança nesta perspectiva ao apontar a regionalização como o eixo estruturante da Gestão do SUS, contemplando, também, as regiões de fronteira. A regionalização objetiva reduzir as desigualdades sociais e territoriais através da identificação das regiões de saúde. Dentre seus pressupostos, destacam-se a territorialização e a flexibilidade. A territorialização é situada enquanto apropriação dos espaços locais, das relações estabelecidas com os sujeitos, das situações regionais e de suas peculiaridades. A flexibilidade no respeito à diversidade, a heterogeneidade territorial brasileira que revela as especificidades estaduais, regionais, municipais e suas dinâmicas distintas, como as regiões de fronteira.

A inclusão de financiamento diferenciado no Pacto dá-se para o desenvolvimento de ações e serviços sanitários, nos municípios de fronteira e tem um caráter inovador. Frente a isso, é importante pesquisar sobre os seus processos de adesão favorecendo os ajustes exigidos e identificando se os objetivos, metas e propostas estão realmente sendo viabilizados.

A preocupação com o processo de adesão e pactuação do Pacto pela Saúde origina-se dos patamares distintos de adoção, pelos gestores, das inovações institucionais previstas no SUS nos últimos anos, e as concepções de cidadania restritas à dimensão civil. As práticas políticas em alguns municípios sinalizam a manutenção de um padrão personalista na oferta dos serviços e ações de saúde aos não brasileiros. Estes fundamentam-se em critérios que se afastam das necessidades de saúde, diversos de região para região e, até mesmo, de município para outro. Tais questões apontam para a importância do processo avaliativo também como imperativo de ordem ética (AGUSTINI, 2008; NOGUEIRA, PÉREZ, 2008).

Os municípios brasileiros, com distintas dimensões geográficas, apresentam estrutura econômico-social heterogênea, especificidades no que se refere à região, ao porte, à capacidade de gestão e distância a um centro regional ou capital⁸. Tais características repercutem diretamente em ações, serviços e na gestão da saúde. Esse quadro aponta para a importância da descentralização das políticas públicas e a autonomia do governo local.

Embora descentralização e autonomia da gestão local sejam termos muito genéricos, estes dizem muito pouco quanto à natureza dos arranjos institucionais sob os quais a gestão local das políticas pode ocorrer (ARRETCHE, 2003).

1.1 HIPÓTESE PARA O ESTUDO

O Pacto pela Saúde em seus três componentes: Pacto pela Vida, Pacto em Defesa do SUS e Pacto de Gestão, é considerado um grande avanço na gestão e nas relações entre os entes federativos. O Pacto estabelece as responsabilidades de cada ente federativo de forma a diminuir as competências concorrentes e a tornar mais evidente que devem fazer o quê, contribuindo com o fortalecimento da gestão compartilhada e solidária no SUS.

O Pacto de Gestão ao estabelecer as diretrizes para a gestão do sistema – descentralização, regionalização, financiamento, planejamento, programação pactuada e integrada, regulação, participação e controle social, gestão no trabalho e educação na saúde, inova ao reconhecer, na regionalização, as áreas de fronteiras.

A situação encontrada nas cidades-gêmeas, região da fronteira do RS, Brasil, com a Argentina e o Uruguai sinalizam para uma lacuna entre as proposições do Pacto, que permite

⁸ Da capital do Estado do RS, Porto Alegre a: São Borja – 707 km; Itaqui – 722 km; Uruguaiana – 630 km; Barra do Quaraí – 697 km; Quaraí – 631 km; Santana do Livramento – 530 km.

lançar a hipótese analisada nesta pesquisa. A hipótese deste estudo é especificamente a ideia de que “a descentralização e a regionalização previstas no Pacto de Gestão, pela Saúde, não garantiram maior liberdade aos governos locais, não havendo, assim, transferência efetiva de poder decisório na gestão”.

1.2 OBJETIVOS

Considerando as questões apontadas e adicionadas à escassa produção bibliográfica sobre a temática, e tendo em vista que os municípios do RS foram os últimos na adesão ao Pacto pela Saúde, a construção desta tese pode contribuir para ampliar o conhecimento do processo de pactuação e a gestão da política de saúde na região fronteiriça.

A delimitação definida para o estudo busca alcançar o seguinte objetivo geral: “avaliar o processo de adesão do Pacto pela Saúde – Gestão do SUS nas cidades-gêmeas da fronteira do Brasil com a Argentina e o Uruguai”.

Os objetivos específicos delimitados que conduziram a pesquisa são:

- a) identificar a apreensão dos gestores acerca das proposições do Pacto pela Saúde;
- b) identificar a apreensão dos gestores e profissionais de saúde locais acerca das negociações e arranjos efetivados, o nível de participação e da qualificação dos atores sociais envolvidos no processo de pactuação;
- c) identificar as iniciativas dos sistemas locais de saúde na direção da concretização do Pacto pela Saúde;
- d) analisar se as iniciativas dos sistemas locais são compatíveis com as diretrizes e os objetivos do Pacto de Gestão do SUS;
- e) identificar se a partir da regionalização, eixo estruturante do Pacto de Gestão do SUS, ampliou-se o acesso à saúde aos brasileiros e estrangeiros.

1.3 QUESTÕES DE PESQUISA

O elemento central da pesquisa busca responder à seguinte pergunta: “Como ocorre o processo de adesão e pactuação do Pacto pela Saúde – Gestão do SUS nas cidades-gêmeas delimitadas e qual a sua eficácia no acesso de brasileiros e estrangeiros aos serviços de saúde?”

Esta questão central é seguida das questões norteadoras:

- a) Qual é o nível de apreensão dos gestores acerca do Pacto pela Saúde?
- b) Qual é a apreensão dos gestores e profissionais de saúde locais acerca das negociações e arranjos efetivados, do nível de participação e da qualificação dos atores sociais envolvidos no processo de pactuação?
- c) As iniciativas dos sistemas locais de saúde contribuem para a concretização do Pacto pela Saúde?
- d) As iniciativas dos sistemas locais são compatíveis com as diretrizes e os objetivos do Pacto de Gestão do SUS?
- e) A partir da regionalização, eixo estruturante do Pacto de Gestão, ampliou-se o acesso à saúde aos brasileiros e aos estrangeiros?

As respostas ao conjunto desses questionamentos motivaram a realização da pesquisa e a construção da tese.

A primeira tarefa delineada da pesquisa foi um trabalho extenso de pesquisa bibliográfica, permitindo ampliar e aprofundar o conhecimento sobre a temática delimitada e verificar a existência ou não de estudos semelhantes. Neste sentido, resgataram-se aportes bibliográficos com diferentes pontos de vista e ângulos para estabelecer definições, conceitos e mediações, destacando-se as categorias centrais referentes à temática estudada.

Neste sentido, é uma pesquisa social, qualitativa e de abordagem dialética, pois insiste na relação dinâmica entre o sujeito e o objeto, no processo de conhecimento, valorizando e estimulando a contradição dinâmica do fato observado e a atividade criadora, do sujeito que observa as oposições contraditórias entre o todo e a parte, e os vínculos do saber e do agir com a vida social dos homens (CHIZZOTTI, 1998). As categorias do método historicidade, totalidade, contradição, trabalho e mediação serviram de ponto de partida e de base para a construção da tese.

Por isso, caracteriza-se por ser um estudo de casos multicêntrico, em razão da heterogeneidade de experiências que deram contornos singulares à investigação acerca do processo de pactuação nas cidades-gêmeas do Rio Grande do Sul.

O trabalho teve como campo de pesquisa as seguintes cidades: São Borja – *Santo Tomé*, Itaqui – *Alvear*, Uruguaiana – *Paso de Los Libres*, Barra do Quaraí – *Monte Caseros* -

Bella Unión, Quaraí - Artigas, Santana do Livramento – Rivera. A coleta de dados deu-se a partir de dois instrumentos: entrevista semi-estruturada e observação assistemática.

As entrevistas, do lado brasileiro, foram realizadas com os gestores, Secretários Municipais de Saúde, profissionais e diretores e/ou coordenadores responsáveis por setor, área e/ou programa específico. Do outro lado da fronteira, entrevistaram-se profissionais responsáveis pela política de saúde, mencionados como referências nas entrevistas com os brasileiros. Durante a realização das entrevistas, procurou-se “compreender a experiência que eles têm, as representações que formam e os conceitos que elaboram” (CHIZZOTTI, 1998, p. 84). Tais questões constituem o núcleo de referência para a análise e interpretação dos dados.

A observação assistemática, relacionada ao objeto de estudo e registrada em diário de campo, teve como foco os seguintes pontos:

- a) agendamentos e contatos com os gestores, técnicos e profissionais que trabalham no sistema de saúde;
- b) a receptividade dos entrevistados;
- c) o grau de disponibilidade para a entrevista, as resistências;
- d) o local onde se realizou a entrevista e;
- e) a interação da equipe. Essas informações forneceram elementos valiosos e significativos para a leitura e interpretação posterior, bem como para a compreensão do campo investigado.

A título de esclarecimento do tema, e considerando a natureza do objeto de estudo, destacam-se as categorias teóricas que permitiram maior aprofundamento do objeto estudado que são exploradas no corpo da tese. As primeiras categorias são território e fronteira. Assim julga-se necessário situar as concepções de território e de fronteira utilizadas na tese. O território é apreendido em seu sentido dinâmico, revelador de diferenças, de condições de vida da população e a fronteira, a partir dos processos que resultam de interação das sociedades perante o impacto da integração e do MERCOSUL sobre estas. Numa dimensão socioantropológica, fronteiras são espaços de interações múltiplas entre sociedades, de relações sistemáticas que geram configurações *sui generis* (ABÍNZANO, 2004), compreendidas enquanto trocas socioculturais, políticas e econômicas de grande profundidade e, simultaneamente, de um intenso caráter histórico e temporal (PREUSS; MENDES; NOGUEIRA, 2009).

A fronteira é resgatada em seus desdobramentos na vida cotidiana. Para ser entendida em suas determinações, exige uma visão mais abrangente, superando a visão tradicional, de limite territorial e área de segmentação política e social. A noção de território, formulada por

Santos (2000), é fundamental para a análise da linha da fronteira. As regiões de fronteiras são territórios complexos e consideradas espaços limites, no âmbito jurídico formal, e de convivência no âmbito cotidiano, pois nelas existem elementos de integração e de conflitos. Ao abordar esta temática, leva-se em conta que nesses lugares, as políticas sociais e econômicas implementadas, afetam diretamente a população.

Linha ou zona de fronteira assinala

um espaço de interação, uma paisagem específica, com espaço social transitivo, composto por diferenças oriundas da presença do limite internacional, e por fluxos e interações transfronteiriças, cuja territorialização mais evoluída é a das cidades gêmeas (BRASIL, 2005, p. 21).

A segunda é a saúde enquanto política social, estabelecida a partir da Constituição Federal de 1988. Nas experiências locais encontrou-se um contexto adverso à consolidação dos preceitos constitucionais de gestão descentralizada, um descompasso entre os princípios e diretrizes estabelecidas e a realidade concreta. Em municípios de pequeno porte para efetivar a gestão do sistema municipal de saúde, através da descentralização, o descompasso é ainda maior. O projeto de regionalização, reforçado com o Pacto de Saúde, desempenha papel importante nesse sentido. Pois, ao contemplar regiões fronteiriças este objetiva, além de assegurar o cumprimento dos princípios constitucionais universalidade, a equidade e integralidade das ações e serviços de saúde e ampliar a capacidade operacional dos municípios.

A terceira é a gestão. Gestão do sistema de saúde é um instrumento essencial para se efetivar ou transformar um determinado processo de produção de ações de saúde, através de distintas técnicas, mecanismos e instrumentos de gerência dos serviços. Devido à especificidade dos municípios brasileiros não é possível tratar do tema da gestão municipal de uma maneira geral. Existem inúmeras possibilidades de gestão municipal da saúde. Há desde formas mais autoritárias e centralizadoras, identificadas em alguns discursos de gestores e profissionais de saúde, até formas mais democráticas e participativas. Sabe-se, ainda, que a gestão é permeada por atributos como capacidade econômica, grau de desenvolvimento urbano e localização geográfica, discussão esta aprofundada no terceiro capítulo. Destaca-se, ainda, o entendimento de política de saúde enquanto uma política social pública, com traços históricos determinantes, decorrentes de situações problemáticas e constitutivas de desigualdades econômico-sociais.

A análise temática do conteúdo das falas identificou como categorias emergentes: “regionalização”, “autonomia municipal” e “descentralização”. Tais categorias bem como as teóricas do estudo, mencionadas acima, são abordadas no decorrer desta tese.

A tese construída está assim constituída: num primeiro momento, apresentam-se as escolhas metodológicas e o caminho percorrido para realização da pesquisa e consequentemente da tese; os aspectos e concepções, as técnicas utilizadas para coleta, análise de dados e a inserção da pesquisadora no campo de pesquisa.

Na sequência, considerando ser o objeto deste estudo, O Pacto pela Saúde – Gestão do SUS, o tema gestão ocupa lugar central na tese e faz-se uma breve incursão à área da administração. Resgata-se, de maneira sucinta, o histórico acerca dos fundamentos de gestão abordando-se os paradigmas tradicionais e contemporâneos e, a partir dessa contextualização, busca-se definir as categorias teóricas gestão e gestão em saúde.

No quarto capítulo é abordada a política social e a gestão da saúde no Brasil, tendo como baliza a Constituição Federal de 1988. Para construção desse capítulo, foram elencadas três categorias analíticas centrais: a Constituição Federal de 1988, a política e a gestão de saúde no Brasil. A Constituição Federal é marco legal e um divisor de águas no sistema de gestão da saúde pública no Brasil; a política e a gestão de saúde, enquanto processos contraditórios estabelecem diretrizes, planos e programas de saúde e contemplam questões de criação e de utilização de meios para concretizar os princípios de organização desta política.

O quinto capítulo da tese versa sobre o Pacto pela Saúde nas suas três dimensões, o Pacto pela Vida, o Pacto em Defesa do SUS e o Pacto de Gestão. A partir desta contextualização, no sexto capítulo contemplam-se o processo de pactuação no Rio Grande do Sul, no caso, as cidades-gêmeas delimitadas, tratando de discutir o objeto dessa investigação, buscando apreendê-lo a partir dos olhares dos sujeitos entrevistados e respondendo assim às questões e objetivos da pesquisa.

Por fim, são apresentadas as considerações finais da tese, produto da reflexão feita ao longo de todo o processo de doutoramento e em torno dos conceitos, das categorias teóricas e emergentes aqui abordadas e desenvolvidas, e, de suas relações com as questões norteadoras e com os objetivos traçados no estudo. Como resultado, enquanto produto de construção do conhecimento sabe-se das suas limitações e do não esgotamento da temática estudada.

No referencial, consta a relação de bibliografias utilizadas para o embasamento teórico e construção da tese. Nos anexos e apêndices, o rol de documentos atinentes a realização da pesquisa: (Anexo A) - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para entrevista com Informante-chave; (Anexo B) - Carta de Apresentação da pesquisadora; (Anexo C) – Resumo

do Projeto de Pesquisa “A implementação do Programa SIS Fronteiras e do Pacto pela Saúde – Perspectivas para a Ampliação do Direito à Saúde aos Usuários Estrangeiros na Fronteira Arco Sul”; (Anexo D) – Termo de Doação dos dados; (Anexo E) – Roteiro de Entrevistas do Projeto; (Anexo F) – Aprovação do Projeto de Pesquisa no Comitê de Ética. Nos Apêndices (Apêndice A) – Termo de Compromisso para Utilização dos Dados.

2 PERCURSO METODOLÓGICO

Este capítulo apresenta o desenho da pesquisa realizada: as escolhas metodológicas, as abordagens, os sujeitos, os instrumentos e técnicas de coleta e análise de dados, o campo de pesquisa e a inserção da pesquisadora nessa realidade social.

Eleger políticas de saúde como objeto de investigação pressupõe também desvendar suas conexões, diretrizes políticas e sua operacionalização. Tal posicionamento requer a leitura e análise da realidade de forma crítica. O método dialético orientou este estudo, situando-se assim as categorias do método: totalidade, historicidade, contradição, trabalho e mediação. Estas são categorias implícitas e explícitas na abordagem e discussão, tencionadas no contexto histórico das relações sociais, a partir das novas configurações da sociedade contemporânea e da rearticulação mundial do capital com a formação dos blocos econômicos e do acesso à saúde nas regiões de fronteiras.

2.1 ASPECTOS METODOLÓGICOS NORTEADORES

Conforme consta na Introdução, este estudo faz parte de uma pesquisa mais ampla, denominada “A implementação do Programa SIS FRONTEIRAS e do Pacto pela Saúde – perspectivas para a ampliação do direito à saúde aos usuários estrangeiros na Fronteira Arco Sul”. A existência dessa pesquisa ampla permitiu o uso de sua base dados como fonte de dados secundários no que concerne às informações referentes ao Pacto pela Saúde. Esses dados haviam sido obtidos por meio de entrevistas com gestores, Secretários Municipais de Saúde, profissionais e diretores e/ou coordenadores responsáveis por setor, área e/ou programa específico dos quais privilegiou-se a fala dos atores. A opção por esses sujeitos se justifica, pois são eles, os responsáveis na instância local, pela gestão da política da saúde. Também buscou-se dados constantes em sistemas de informações oficiais (sites, planos municipais de saúde, planilhas municipais acerca da pactuação, dentre outros).

Como fonte de dados primários a pesquisa buscou dados de campo por meio de observação assistemática relacionada ao objeto de estudo e registrada em diário de campo. Nesse sentido, exploraram-se tais informações para identificar as características dos serviços

de saúde dos municípios que compuseram o universo da pesquisa, documentos acerca da pactuação, entre outras referências.

O estudo situa-se no campo da pesquisa social, de abordagem qualitativa, por meio de elementos teóricos e instrumentais. Isto fundamenta o processo de desvelamento do objeto aqui delimitado - o processo de implementação do Pacto pela Saúde, nas regiões fronteiriças, no caso as cidades-gêmeas da fronteira Arco Sul, Brasil – RS, Argentina e Uruguai.

Para Minayo (2010, p. 42-3), pautar-se nesta perspectiva,

Significa enfrentar o desafio de manejar ou criar (ou fazer as duas coisas ao mesmo tempo) teorias e instrumentos capazes de promover a aproximação da suntuosidade e da diversidade que é a vida dos seres humanos em sociedade, ainda que de forma incompleta, imperfeita e insatisfatória.

Na intenção de atingir os objetivos propostos e com base nos elementos teóricos que sustentaram esta pesquisa, entre outras razões, o método adotado,

Considera a realidade intrinsecamente contraditória, porque sua dinâmica é tipicamente contrária. Não existe a dinâmica linear, que vai de ponto a ponto em linha reta, ou a dinâmica circular, que gira em torno de ponto de modo uniforme, mas sobretudo a complexa e não linear, que, mesmo manifestando regularidades, é dinâmica por causa das irregularidades (DEMO, 2008, p. 14).

A opção pelo aporte da teoria crítica já está manifesta no conteúdo deste trabalho que, da mesma forma, reafirma a intenção que norteia a investigação, ou seja, ser uma investigação reflexiva e propositiva, que ultrapasse a dimensão da interpretação da realidade e avance na dimensão da transformação, ao demonstrar a importância desta temática: o processo de pactuação e a sua incidência para a integração de ações e serviços de saúde na região fronteira.

A estratégia metodológica escolhida, para realização desta pesquisa, foi a de estudo de múltiplos casos (casos múltiplos ou coletivos). Sabe-se da impossibilidade de estudar um único caso considerando o universo da pesquisa e também que a área da saúde abarca uma diversidade de enfoques e propostas de gestão, organização, ações, serviços, etc..

De acordo com Yin (2010, p. 41) os estudos de caso (entende-se aqui múltiplos) têm um lugar diferenciado na pesquisa de avaliação, podendo ser aplicado em quatro situações diferentes:

O mais importante é *explicar* os presumidos vínculos causais nas intervenções da vida real que são demasiado complexos para as estratégias de levantamento ou experimentais. Uma segunda aplicação é *descrever* uma intervenção e o contexto da vida real no qual ela ocorreu. Em terceiro lugar, os estudos de caso podem *ilustrar* determinados tópicos em uma avaliação, novamente em um modo descritivo. Em quarto lugar, a estratégia de estudo de caso pode ser usada para *explorar* as situações em que a intervenção sendo avaliada não possui um único e claro conjunto de resultados. (Grifo nosso).

Para investigar o processo de implementação do Pacto pela Saúde nas cidades-gêmeas do RS, a pesquisadora explorou, conjuntamente, seis casos. Cada cidade-gêmea foi sujeito de um estudo de caso individual. Porém o estudo, em sua totalidade, abordou todas, o que necessariamente envolveu mais recursos, tempo e pesquisadores, permitindo, assim, a descrição detalhada das experiências e levantando informações necessárias para a análise (COSTA; SILVA; BIASOTO, 2008).

Assim, o estudo caracteriza-se por ser multicêntrico. Foram realizadas coletas de dados em diferentes locais - nas cidades de São Borja, Itaqui, Uruguaiana, *Paso de Los Libres*, Barra do Quaraí, *Bella Unión*, Quaraí, *Artigas*, Santana do Livramento, *Rivera* e nos países Brasil, Argentina e Uruguai. Isto envolveu, também, um grupo de pesquisadores na coleta e análise dos dados nos demais Estados contemplados para o estudo. Alguns cuidados foram tomados, no que se refere à condução e à uniformidade dos procedimentos de pesquisa em cada uma destas cidades onde se realizou a coleta dos dados, tudo visando assegurar a validade dos resultados, considerando ainda as especificidades dos contextos locais, como: a utilização do roteiro de entrevista padrão; conciliação das abordagens, dos procedimentos de coleta e sistematização das informações um coordenador em cada universidade, com a função de “apoio”⁹ (DAHAI, 2006).

As categorias totalidade, historicidade, contradição, trabalho e mediação permeiam o estudo. Totalidade como estrutura significativa, processo no qual se cria, realmente, o conteúdo objetivo e o significado de todos os seus fatores e partes (KOSIK, 2002). E se apreende, também, o objeto deste estudo, o processo de implementação do Pacto pela Saúde – Gestão do SUS nas cidades-gêmeas da fronteira do Brasil com a Argentina e o Uruguai, em suas diferentes dimensões e articulações, contemplando suas especificidades através da compreensão de todas as suas mediações, conexões e correlações. E, assim, “não se trata de um todo já pronto, que se recheia com um conteúdo, com as qualidades das partes ou com as

⁹ Projeto de Pesquisa “A implementação do Programa SIS FRONTEIRAS e do Pacto pela Saúde – perspectivas para a ampliação do direito à saúde aos usuários estrangeiros na Fronteira Arco Sul”, sob coordenação da professora Doutora Vera Maria Ribeiro Nogueira, 2009.

suas relações. A própria totalidade é que se concretiza e esta *concretização não é apenas criação no conteúdo mas também criação do todo*” (KOSIK, 2002, p.59). (Grifo do autor).

Para tanto, se fez necessário “ir às raízes”, no sentido de buscar a discussão teórica acerca do que é gestão, a gestão da saúde pública no Brasil tendo como referência a Constituição Federal de 1988, a estrutura de gestão e, por fim, o Pacto pela Saúde e o processo de pactuação nas cidades-gêmeas delimitadas no estudo.

A historicidade, enquanto processo abrangente, permitiu avaliar os antecedentes da experiência de gestão, a descentralização da política de saúde no Brasil, seu impacto sobre a gestão da saúde e o processo de pactuação, abrangendo as características determinantes da adesão desta inovação; a cultura política e interesses dos atores políticos envolvidos com a iniciativa; as determinações históricas reconhecidas nas experiências esclarecendo a realidade atual, na coerência entre a proposição e adesão do Pacto pela Saúde, o Pacto de Gestão e a sua efetivação, dando concretude às intencionalidades dos gestores. Neste contexto, também perpassam as categorias contradição, trabalho e mediação.

O interesse desta tese não é com os resultados efetivos da adesão ao Pacto de Saúde; logo, não se realiza aqui uma avaliação de impacto, pois o tempo de concretização e desempenho dos resultados é curto. O ponto central é a pactuação dos municípios pesquisados, com os processos de implementação e sua incidência na concretização dessa inovação ministerial.

Em relação às exigências éticas da pesquisa, conforme diretrizes da Resolução do Conselho Nacional de Saúde - CNS 196/1996 (BRASIL, 1996), o Projeto de Pesquisa supracitado foi submetido à apreciação e aprovação do Comitê de Ética da Universidade Católica de Pelotas, RS – UCPEL (Anexo G). Considerando o objeto dessa pesquisa, este não apresenta riscos para seus participantes e garantiu o direito aos sujeitos de decidir livremente quanto à participação, após explicação pormenorizada sobre a natureza da pesquisa, objetivos, métodos e possíveis resultados. Preservou-se o anonimato dos entrevistados, utilizando-se códigos e função ocupada, como critérios para apresentação de seus relatos, conforme o próximo subitem. Os resultados desta pesquisa serão socializados através de artigos científicos a serem publicados em curto prazo.

2.2 AS SINGULARIDADES E A OPERACIONALIZAÇÃO DA PESQUISA

As singularidades da pesquisa estão no recorte do objeto Pacto pela Saúde – Gestão do SUS nas cidades-gêmeas do RS, e conseqüentemente, no universo pesquisado, bem como no escopo geográfico e na inserção e interação da pesquisadora no campo.

2.2.1 Delimitação geográfica

Delimitaram-se, como campo de pesquisa, as cidades-gêmeas do Rio Grande do Sul:

- a) São Borja¹⁰;
- b) Itaqui¹¹;
- c) Uruguaiana – *Paso de Los Libres*;
- d) Barra do Quaraí – *Bella Unión*;
- e) Quaraí – *Artigas*;

f) Santana do Livramento - *Rivera*. As cidades “são consideradas zonas de fronteira cuja territorialização é a mais evoluída, pela dinamicidade dos fluxos” e demandas de usuários estrangeiros ao SUS (BRASIL, 2005, p. 21).

Para entender-se o conceito de cidade-gêmea é importante ter a noção de zona de fronteira. Em linhas gerais, a zona de fronteira é composta pelas “faixas” territoriais de cada lado do limite internacional, caracterizadas por interações que, embora internacionais, criam um meio geográfico próprio de fronteira, apenas perceptível na escala local/regional das interações transfronteiriças. Na escala local/regional, o meio geográfico que melhor caracteriza a zona de fronteira é aquele formado pelas cidades-gêmeas. Estes adensamentos populacionais cortados pela linha de fronteira – seja esta seca ou fluvial, articulada ou não por obra de infraestrutura – apresentam grande potencial de integração econômica e cultural, assim como manifestações “condensadas” dos problemas característicos da fronteira, que nesse espaço adquirem maior densidade, com efeitos diretos sobre o desenvolvimento

¹⁰ Em São Tomé, Argentina, cidade-gêmea de São Borja não foi realizada a pesquisa pelo fato de que o trânsito de pessoas não é tão intenso e significativo como nos demais municípios.

¹¹ Em Alvear, Argentina, cidade-gêmea de Itaqui, também não se realizou a pesquisa, pois, além do trânsito de pessoas não ser intenso e significativo, nesta cidade, do país vizinho, o acesso se dá por balsa, o que dificultou o trânsito devido aos horários de travessia.

regional e a cidadania¹² (BRASIL, 2010b, p. 21).

Justifica-se tal escolha pelo fato do RS ser o Estado que possui maior número de municípios em faixa de fronteira (num total de cento e sessenta e oito), em linha de fronteira (dezenove municípios) e, concentra também, o maior número de cidades-gêmeas (dez cidades num total de vinte e nove) no país. Além disso, buscando responder às questões centrais e norteadoras desta pesquisa, seguindo a perspectiva qualitativa, preocupou-se mais com o aprofundamento da temática e menos com a sua generalização, portanto as escolhas não estão engessadas. Com base no mapa da tipologia das sub-regiões da faixa de fronteira apresentado na Figura 1 é possível identificar estas informações, “utiliza-se deste valioso recurso visual, pois uma imagem ou mapa vale mil palavras” (HARVEY, 2005, p. 213).

¹² O Ministério da Integração Nacional (MIN) (BRASIL, 2010b) destaca três aspectos que devem ser ressaltados na geografia das cidades-gêmeas na fronteira brasileira. O primeiro é que a posição estratégica em relação às linhas de comunicação terrestre e a existência de infraestrutura de articulação, embora expliquem a emergência de muitas cidades-gêmeas, não é condição para o crescimento e a simetria urbana dessas, muitas vezes constituem-se de pequenos povoados locais ou a cidades de diferentes portes urbanos. O segundo, resultante do primeiro, é que a disposição geográfica das cidades e seu tamanho urbano são dependentes da ação dos governos em atender suas prioridades políticas institucionais. O terceiro aspecto é a disjunção entre o tipo de interação predominante na linha de fronteira e o tipo de interação que caracteriza a cidade-gêmea nela localizada.

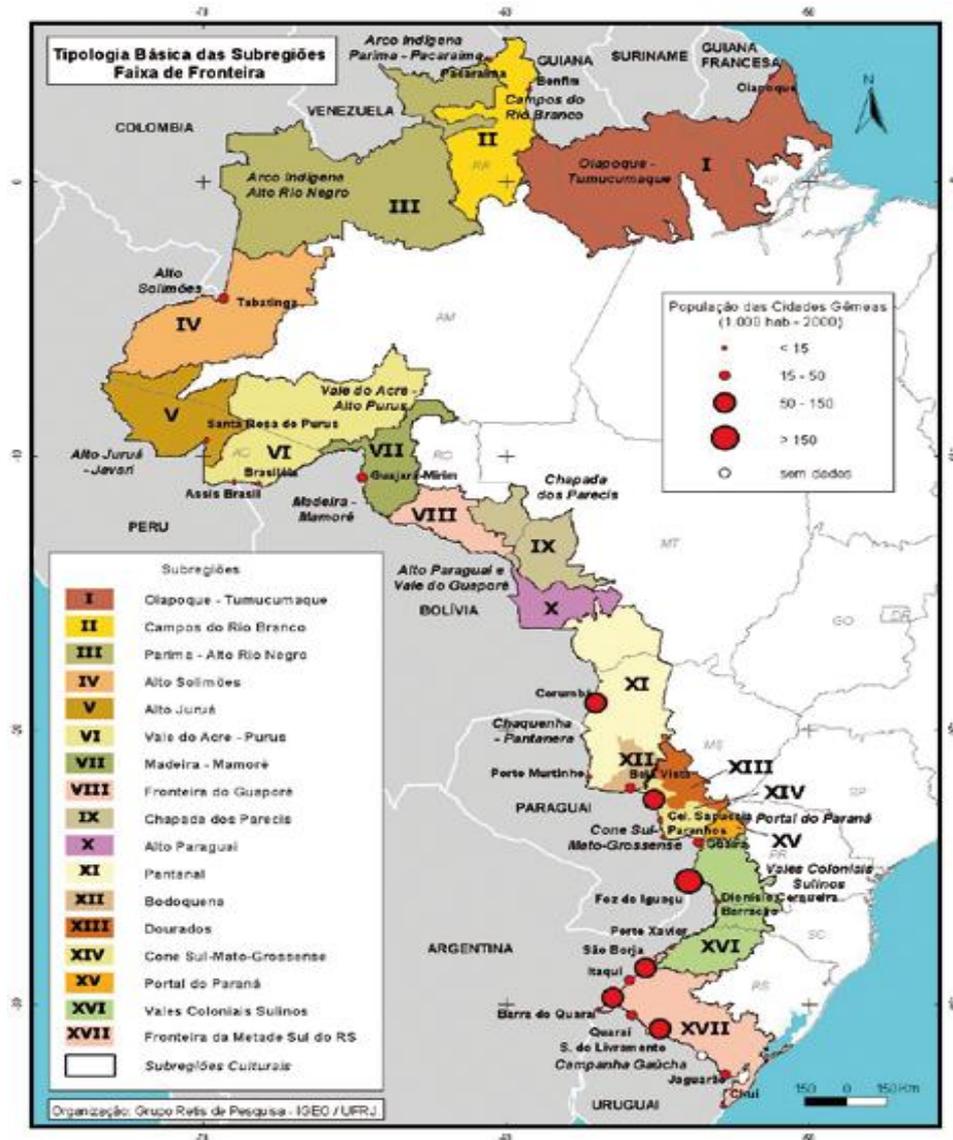


Figura 1 - Mapa da Faixa de Fronteira do Brasil

Fonte: Brasil (2005, p. 23).

A partir da ideia de que “cada objeto percebido, observado ou elaborado pelo homem é parte de um todo, e precisamente este todo não percebido explicitamente é a luz que ilumina e revela o objeto singular, observado em sua singularidade e no seu significado” (KOSIK, 2002, p. 31) inserimo-nos no campo para a coleta de dados.

2.2.2 Inserção e interação da pesquisadora no campo de estudos e coleta de dados

Para a aplicação dos instrumentos coleta de dados, os primeiros contatos foram realizados por *e-mail* enviado aos gestores de saúde, no segundo semestre de 2010. Neles se expunha o tema e os objetivos da pesquisa. Não se obteve sucesso. Apenas dois gestores responderam aos *e-mails* e manifestaram concordância e apoio à realização da pesquisa. Decidiu-se, então, realizar contatos telefônicos com os gestores, igualmente expondo a proposta da pesquisa e, novamente, não se obteve sucesso. As ligações passavam de ramais a ramais, raras vezes chegavam até os gestores e muitas vezes as ligações “caiam”. Houve muitas resistências e pouca receptividade.

Frente a essas dificuldades apontadas, optou-se em realizar a abordagem diretamente no campo, através de visitas aos municípios e aos gestores. A primeira entrevista foi realizada no dia 14.01.2011, via telefone, com gestor de uma das cidades-gêmeas, uma vez que este estaria em férias, e teve a duração, aproximada, de 30 min. A inserção no campo propriamente dita ocorreu entre 18 a 25 de janeiro de 2011. No dia 18.01.2011 em São Borja; 19.01.2011 Itaquí; 20 e 21.01.2011 Uruguai; 21.01.2011 Barra do Quaraí e; 24.01.2011 nos municípios de Quaraí e Santana do Livramento.

Do “outro lado” da fronteira, ultrapassando os limites geográficos, realizaram-se visitas de campo em quatro cidades - *Paso de Los Libres, Bella Unión, Artigas e Rivera*, objetivando conhecer o contexto local da política de saúde e identificar possíveis estratégias de integração e regionalização, respectivamente na Argentina, nos dias 20 e 21.01.2011 em *Paso de Los Libres* e no Uruguai nos dias 22.01.2011 em *Bella Unión*, 24.01.2011 em *Artigas* e 25.01.2011 em *Rivera*.

Os contatos realizados foram:

- a) Departamento de Saúde e Assistente Social do Hospital em *Paso de Los Libres*, Argentina;
- b) Médico, Diretor do Hospital em *Bella Unión*; Enfermeira, Diretora Departamental de Saúde, *Artigas*; Médica, *Rivera*, Uruguai respectivamente.

Para essa etapa, dois instrumentos foram utilizados: entrevista e observação assistemática. Na coleta de informações para compor o banco de dados utilizou-se a entrevista semi-estruturada, orientada por um roteiro (Anexo E), contendo perguntas sobre os dois eixos da pesquisa: SIS Fronteiras e Pacto pela Saúde sendo que todas foram gravadas e posteriormente transcritas por outra pesquisadora. As entrevistas tiveram, em média, duração de 50min.

Além da entrevista, foi desenvolvida observação assistemática, relacionada ao objeto de estudo, sintetizada e registrada em diário de campo. Esta teve como foco os seguintes pontos: agendamentos e contatos com os gestores, técnicos e profissionais que trabalham no sistema de saúde, a receptividade dos entrevistados, o grau de disponibilidade para a entrevista, as resistências, o local onde se realizou a entrevista e a interação da equipe. Essas informações forneceram elementos valiosos e significativos para a leitura e interpretação posterior, bem como para a compreensão do campo investigado. Registraram-se também, no diário de campo, apontamentos relativos à inserção no campo, e que foram incorporadas a este estudo. Cabe lembrar que a pesquisa não se esgotou nessa atividade. Ela consistiu em apenas uma das etapas desse processo.

Os arquivos das transcrições foram entregues pela coordenadora da pesquisa a mim, conforme os Termos de Doação e de Termo de Compromisso para Utilização de Dados (Anexo D e Apêndice A).

Os sujeitos entrevistados - gestores, Secretários Municipais de Saúde, profissionais e diretores e/ou coordenadores responsáveis por setor, área e/ou programa específico, foram devidamente esclarecidos e convidados a participarem da coleta de dados.

A dinâmica das entrevistas consistiu em:

- a) apresentação das pesquisadoras, dos propósitos da pesquisa e da documentação: Após serem informados sobre o que consiste a pesquisa decidiram, em pleno conhecimento, pela participação da pesquisa. Além da Carta de Apresentação das pesquisadoras (Anexo B) foi disponibilizado a cada entrevistado um resumo do Projeto de Pesquisa (Anexo C), onde constam os objetivos e procedimentos a serem realizados nesta, obedecendo às normatizações de pesquisa em saúde do CNS 196/1996. Utilizou-se também o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Anexo A);
- b) metodologia da entrevista: as questões feitas seguiram o roteiro estabelecido e de acordo com as informações disponibilizadas e quando necessário buscava-se aprofundar a temática relatada.

É oportuno destacar que, nesse processo, foram identificadas várias resistências¹³ por parte de alguns gestores, profissionais e técnicos materializadas na dificuldade e morosidade no agendamento da entrevista e principalmente por ser um período de férias. Em decorrência

¹³ Acredita-se que as resistências estão relacionadas ao exercício da gestão e da apreensão por sentirem-se avaliados.

desses fatos, foram entrevistados vinte e dois sujeitos, sendo onze do sexo masculino e onze do sexo feminino, dezanove com formação superior, a maioria (dez) na área da saúde:

- a) Gestores, Secretários Municipais de Saúde (compreendendo seis gestores, dois adjunto-substitutos, assim denominados G1, G2, G3, G4, G5, G6);
- b) Profissionais (compreendendo quatro da área da Enfermagem, um da Farmácia, dois da Psicologia, um da Medicina, um da Medicina Veterinária, um técnico em enfermagem, denominados respectivamente P1, P2, P3, P4, P5, P6, P7, P8, P9, P10);
- c) Diretor e/ou Coordenador responsáveis por setor, área e/ou programa específico (um da área da Administração, cinco com funções de Assessoria e Secretaria Executiva denominados C1, C2, C3, C4, C5, C6).

No quadro 1, a seguir, seguem informações complementares a cerca do campo da pesquisa – as cidades-gêmeas, o número de habitantes, o número de entrevistas realizadas por município, a formação profissional, cargos ocupados dos entrevistados e adesão ao Pacto com a respectiva portaria ministerial.

Cidades-Gêmeas/ População	Nº de entrevistas realizadas	Gestor	Sujeitos	Adesão ao Pacto/ Portaria MS- GM/Data
São Borja/61.671	03	Superior incompleto	Enfermagem; Biologia – Diretor de Planejamento, Orçamento e Projetos	0003/ 04/01/10
Itaqui/38.159	05	Adjunto – substituto Enfermagem	Administração; Enfermagem (2); Psicologia – Presidente do CMS	581 / 28/03/11
Uruguaiana/125.435	05	Administração	Farmácia; Psicologia; Ciência Contábil – Diretor; Professora – Diretora Assistente Social	-----
Paso de Los Libres/51.000	02	Enfermagem	Professor – Secretário; Enfermagem;	581 / 28/03/11
Barra do Quaraí/ 4.012	03	Adjunto – substituto Vice- prefeita / Auxiliar de enfermagem	-----	
Bella Unión/15.300	02	Medicina		
Quaraí/23.021	02	Direito	Medicina Veterinária	581 / 28/03/11
Artigas/78.019	01	Enfermagem	-----	
Santana do Livramento/82.464	05	Economia	Medicina; Técnica em Enfermagem; Assessor	581 / 28/03/11
Rivera/104.921	01	Medicina	-----	

Quadro 1 - Informações sobre a área de pesquisa de campo, sujeitos entrevistados e situação do município em relação à adesão ao pacto

Fonte: Diário de Campo (2011); IBGE (2011); Governo do Estado do Rio Grande do Sul (2011).

Foi frequente a indicação, dos próprios entrevistados, para realização de entrevistas coletivas, objetivando a interação e complementação das informações. Cabe salientar que alguns documentos foram disponibilizados pelos entrevistados, no momento das entrevistas.

Em todos os municípios visitados questionou-se sobre a inserção do Assistente Social no quadro de funcionários. Com exceção de Quaraí e Barra do Quaraí, que não contam com esse profissional na Secretaria de Saúde, nos demais municípios o Assistente Social não participou do processo de pactuação e assim não operacionalizou a normativa.

As falas dos entrevistados foram analisadas e interpretadas a partir da análise de conteúdo temática. Esta técnica possibilita encontrar núcleos de sentido que compõem uma comunicação cuja presença ou frequência (de palavras, frases, conceitos e representações) são significativas para o alcance dos objetivos traçados nesta pesquisa. A análise temática ligada à noção de tema pesquisado permitiu identificar a compreensão de gestores, profissionais e técnicos entrevistados acerca do processo de pactuação, os significados manifestos e latentes nessas falas.

Segundo Bardin (1994) a técnica consiste em três etapas:

a) Pré-análise

Na exploração do material e tratamento dos resultados obtidos ou interpretação. É o trato inicial das entrevistas, e pode ser decomposta nas seguintes tarefas:

- a) leitura flutuante: leitura do material, de maneira exaustiva, deixando-se impregnar pelo seu conteúdo;
- b) constituição do corpus: organização do material, contemplando todos os aspectos levantados no roteiro;
- c) formulação de hipóteses em relação ao material a ser analisado.

Nessa fase, definiu-se a unidade de registro (palavra-chave ou frase), a unidade de contexto (delimitação do contexto de compreensão da unidade de registro), os recortes, a forma de categorização, a modalidade de codificação e os conceitos teóricos mais gerais que nortearam a análise. As categorias de análise do estudo são: Pacto pela Saúde, processo de pactuação, gestão do SUS, regionalização.

b) Exploração do material

Consistiu na operação de decodificação, transformando os dados brutos e objetivando alcançar o núcleo de compreensão do texto, permitindo assim uma maior aproximação e aprofundamento ao conteúdo das entrevistas.

c) Tratamento dos resultados obtidos e interpretação

Nesta etapa, realizaram-se inferências e interpretações de acordo com o quadro teórico da tese – compreendendo as categorias escolhidas:

- a) Pacto pela Saúde/processo de pactuação;
- b) Gestão do SUS/regionalização, mas sem deixar de considerar outras que emergiram a partir da leitura do material.

Da análise temática, do conteúdo das falas, extraíram-se as categorias: “regionalização”, “autonomia municipal” e “descentralização”. Estas categorias são abordadas no decorrer desta tese.

É importante ressaltar, ainda, algumas das limitações deste estudo. A primeira limitação, e mais significativa, relaciona-se a disponibilidade de tempo, parcial, desta pesquisadora para realização do doutoramento, da pesquisa e construção da tese. Além do tempo, a distância foi outra limitação: a pesquisadora reside a aproximadamente 500 km da capital do estado onde se localiza a instituição na qual realizou o doutoramento. Também em virtude da distância, não foi possível a coleta de dados em todas as cidades-gêmeas do RS.

Algumas limitações do estudo podem ser indicadas, sendo tanto de ordem pessoal como decorrente do próprio objeto de estudo. No primeiro caso, embora soubesse de antemão das dificuldades relativas à disponibilidade de tempo e da distância da instituição onde se realizou o doutoramento, não há dúvida que interferiram na qualidade da tese. As limitações derivadas do objeto de estudo ocorrem em função da dificuldade que se tem, no Brasil, de realizar quaisquer pesquisas avaliativas. Aliada à esse persistente receio outro aspecto diz respeito à posição reticente dos gestores, que se sentem ameaçados e entendem as questões como pessoais e não como próprias de um gestor público.

3 PARADIGMAS FORMADORES DOS MODELOS DE GESTÃO

O contexto mundial atual caracteriza-se por uma série de profundas mudanças, nos campos científicos e tecnológico, entre eles destacam-se a integração em rede. Os resultados destas mudanças influenciam as áreas produtivas, econômicas, sociais e políticas. No que tange à saúde estas mudanças, sob influência das organizações produtivas como, por exemplo, o taylorismo e fordismo, introduzem inovações nos modos de organização dos processos de trabalho, de produzir saúde e de prestar os serviços.

Considerando o objeto desse estudo, O Pacto pela Saúde – Gestão do SUS, na intenção de avaliar o processo de implementação deste dispositivo governamental incidente sobre a proteção sanitária em regiões fronteiriça, no caso as cidades-gêmeas da fronteira Arco Sul, Brasil – Rio Grande do Sul, Argentina e Uruguai, o tema gestão¹⁴ ocupa lugar privilegiado nesta discussão, tornando-se, assim, imprescindível uma aproximação ao seu referencial teórico, que se deu a partir de leituras de obras oriundas da área da administração.

Nessa incursão, num primeiro plano, resgata-se, de maneira sucinta, o histórico acerca dos fundamentos de gestão abordando os paradigmas tradicionais e contemporâneos dessa. Num segundo plano, a partir dessa contextualização, busca-se definir as categorias teóricas gestão e gestão em saúde. Para tanto, tem-se, também, o entendimento que,

Daí não segue que definir é coisa irrelevante. Muito ao contrário. Segue que precisamos definir com tanto maior cuidado, buscando termo médio entre definições que apenas simplificam, e outras que apenas complicam. Eis o desafio árduo: simplificar, de um lado, para ver melhor, complicar de outro, para ser justo com a riqueza do fenômeno (DEMO, 2008, p. 14).

Há que se deixar claro que o objetivo central do capítulo não é aprofundar o debate e tampouco realizar uma análise crítica acerca das teorias administrativas. Trata-se de uma incursão ao seu referencial, de modo a sustentar a discussão e análise aqui realizada e, da tentativa de identificar quais os paradigmas que têm sido adotados, implícita e explicitamente, no campo da gestão em saúde. Acredita-se que os paradigmas adotados, retratam o contexto

¹⁴ Não há uma distinção significativa entre gestão e administração. Observa-se que esta distinção relaciona-se à divisão do trabalho nas organizações, responsável por criar as categorias, em virtude da complexidade e características de cada função: gerente, diretor, chefe, etc. (NOGUEIRA, A. M., 2007; OLIVEIRA; SILVA, 2006).

das organizações, nos sistemas de saúde e o modo como são incorporados e reproduzidos no discurso dos entrevistados.

3.1 ASPECTOS TRADICIONAIS DE GESTÃO

A tarefa de revisão história acerca dos principais fundamentos de gestão, no âmbito das teorias tradicionais e clássicas do pensamento administrativo, encontra-se até meados de 1960, uma perspectiva estratégica de negócios e princípios da administração científica.

De acordo com Nogueira, V. M. R. (2007) são considerados paradigmas formadores da administração, os denominado técnico-administrativo, compostos pelas contribuições de Taylor, Ford e Fayol, humanista e comportamental, formado pelas contribuições iniciais de George Elton Mayo e pelas abordagens psicológicas e sociais que influenciam as noções de motivação e liderança e, por fim, o organizacional, que agrega teorias e estudo do poder, das modalidades e da dinâmica das organizações.

A administração científica, formulada por Frederick Taylor, foi à primeira teoria da administração. Seu esforço voltou-se para o desenvolvimento de princípios e técnicas de eficiência, que possibilitassem resolver os problemas enfrentados pelas organizações industriais. O processo desenvolvido por Taylor envolvia o estudo sistemático de tempo, a definição dos tempos-padrões e a criação de um sistema de administração de tarefas (OLIVEIRA; SILVA, 2006).

A organização racional do trabalho se fundamenta na análise e fragmentação das tarefas, no estudo dos tempos e movimentos e na especialização do funcionário. Buscava-se a eliminação do desperdício, da ociosidade operária e a redução dos custos de produção. A forma de conseguir a colaboração dos funcionários foi o apelo aos planos de incentivos salariais e aos prêmios de produção, com base no tempo-padrão [...] e na convicção de que o salário constitui a única fonte de motivação [...] para conciliar os interesses da organização em obter maior lucratividade com o interesse dos funcionários em maiores salários. O desenho de cargos e tarefas enfatiza o trabalho simples e repetitivo das linhas de produção e montagem, a padronização e as condições de trabalho que assegurem a eficiência (OLIVEIRA; SILVA, 2006, p. 74).

Henry Ford também foi um dos precursores das teorias tradicionais de gestão. Ford desenvolveu e aperfeiçoou o sistema de trabalho em linhas de montagem por meio da fabricação em série do Ford “bigode preto”, em larga escala e a baixo custo, permitindo a popularização dos

automóveis na época. As inovações de Ford possibilitaram eliminar quase todos os movimentos desnecessários das ações dos funcionários, através das organizações das tarefas, de forma a utilizar o menor consumo de força e esforço mental (OLIVEIRA; SILVA, 2006).

Considerada o primeiro passo da evolução do pensamento administrativo, a administração científica volta-se aos problemas técnicos e neste sentido, a essência da organização está na metodologia racional da divisão do trabalho. Henri Fayol foi o pioneiro da administração clássica juntamente com Taylor, é considerado um dos fundadores da moderna administração. Para Fayol a boa prática da administração segue certos padrões que podem ser identificados e analisados, “com previsão científica e métodos adequados de administração, os resultados satisfatórios eram inevitáveis” (FAYOL, 1950 *apud* OLIVEIRA; SILVA, 2006, p. 76).

De acordo com os autores supracitados, Fayol dividiu as operações empresariais em seis grupos de atividades inter-relacionadas:

- a) técnica: produção, fabricação, transformação;
- b) comerciais: compras, vendas e trocas;
- c) financeiras: procura e gestão de capitais;
- d) segurança: proteção de bens, de coisas e de pessoas;
- e) contábeis: inventários, balanços, custos, estatísticas;
- f) *administrativas: previsão, organização, comando, coordenação e controle* atividades de gestão (grifo nosso).

Ao definir o que é administração, Fayol (1950 *apud* OLIVEIRA; SILVA, 2006) de maneira implícita, definiu os elementos que a compõem e assim a separação entre os administradores – gerentes, gestores e os executores – subordinados, funcionários. Nesta visão, administração é sinônimo de direção. Para além de Fayol, outros autores clássicos construíram seus modelos, porém, não se afastando da concepção fayoliana.

A administração clássica, uma das bases da moderna teoria administrativa, formula uma teoria de gestão tendo como base a Administração Científica. Com ênfase na estrutura, “considera a organização como a disposição das partes (órgãos) que a constituem, sua forma e o inter-relacionamento entre essas partes” (OLIVEIRA; SILVA, 2006, p. 79). A organização deve caracterizar-se por uma divisão do trabalho e por uma especialização das partes que a constituem. Esta divisão pode ser vertical, considerando os níveis de autoridade, e/ou na horizontal, observando os critérios de departamentalização. A partir da divisão do trabalho e especialização há a coordenação para garantir a harmonia do conjunto e a eficiência da organização.

Considerando o padrão de acumulação capitalista, em sua fase monopolista, a Administração Clássica compreende o período caracterizado como regime de Acumulação Fordista/Keynesiano, entre 1945, segundo pós-guerra, e a nova fase de crise capitalista, década de 1970, caracterizado por um conjunto de práticas no processo de produção (taylorismo e fordismo), de controle do trabalho (gerência científica), de novas tecnologias, de hábitos de consumo e das configurações de poder político-econômico. Neste regime, tem-se o surgimento, consolidação e ampliação do monopolismo e do imperialismo, através dos avanços promovidos pelo desenvolvimento técnico-científico, da potencialização e aumento da produtividade. As propostas de gerenciamento científico (Taylor e Fayol) e posteriormente a produção em série (Ford) encontram sustento material para tal. Tem-se, também, a produção em massa, o novo tipo de organização e gerenciamento da produção, através da introdução das inovações e princípios da “Administração Científica” de Taylor, da “Administração Industrial” de Fayol e de Henry Ford - que introduziu o dia de 8 horas e 5 dólares para o trabalhador adquirir disciplina, renda e tempo para consumir, promoveu um processo produtivo de crescente quantidade de mercadorias padronizadas numa linha de montagem, ampliando o investimento e diminuindo o custo de produção por unidade (MONTAÑO; DURIGUETTO, 2010).

Ainda segundo os autores, este tipo de produção baseia-se na intercambiabilidade das peças, na padronização dos produtos e conseqüentemente foi incorporada ao processo produtivo a separação, entre a concepção e a execução de tarefas, a criação da linha de montagem em série (determinado o tempo de sua atividade) e a fábrica autossuficiente (processo produtivo integralmente dentro da corporação).

A base do lucro na produção taylorista/fordista está assentada na redução dos custos de produção por unidade, na padronização da produção que, produzindo cada vez mais possibilita, através do desenvolvimento tecnológico e da organização do trabalho, o aumento da mais-valia relativa.

Tendo-se uma produção em massa, é necessário um mercado de consumo para esta produção, ou seja, se a ideia é de produzir cada vez mais, é necessário, também, vender cada vez mais. Para dar conta desta realidade, surge o trabalhador especializado, um novo tipo de trabalhador que não é recrutado pelos seus conhecimentos, mas apenas para cumprir uma única tarefa simples, padronizada e mecânica, substituindo o trabalhador qualificado pelo especializado, processo em que o trabalhador perde ainda mais o controle do seu trabalho sobre o processo produtivo e sobre seu produto, subordinando-se ao capital.

Para Harvey (2005, p. 121):

O que havia de especial em Ford (e que em última análise, distingue o fordismo do taylorismo) era a sua visão, seu reconhecimento explícito de que a produção de massa significava consumo em massa, um novo sistema de reprodução da força de trabalho, uma nova política de controle e gerência do trabalho, uma nova estética e uma nova psicologia, em suma, um novo tipo de sociedade democrática, racionalizada, modernista e populista.

Ainda, de acordo com Harvey (2005) consolida-se, neste contexto, um tipo de racionalidade moderna, ocidental, instrumental, segmentadora da realidade, denominada de razão positiva, separando a realidade em diferentes esferas (e consideradas autônomas – política, social, cultural), o conhecimento de ação, o saber do fazer, a teoria da prática. E se incorporam novas funções no âmbito estatal, constituindo o Estado de Bem-Estar Social. Observa-se, nesta ótica, uma articulação entre o fordismo e keynesianismo, contribuindo para o desenvolvimento da sociedade capitalista monopolista.

A administração das relações humanas, combinando dimensões de tarefas com teorias motivacionais, voltou-se para reformulação dos princípios e formas de administrar uma organização, buscando corrigir a tendência a desumanização no trabalho, através de métodos rigorosos, pautados em estudos científicos, aos quais os funcionários eram submetidos. Conceitos clássicos como racionalização do trabalho, de autoridade passaram a ser contestados, abordando soluções dos problemas de administração focalizados na motivação dos indivíduos para a consecução das metas organizacionais (OLIVEIRA; SILVA, 2006).

Esta proposta de administração aproximou-se dos pressupostos teóricos sobre o comportamento humano, entendendo que o funcionário além de ter condições físicas para o trabalho, deve estar “ajustado” para maior eficiência. Além disso, a realização de trabalhos simples e repetitivos é monótona para a motivação do funcionário e também para o nível de produção. Deve-se “incentivar o funcionário a se interessar pela produtividade e qualidade do que desenvolve”, através de tarefas estimulantes (OLIVEIRA; SILVA, 2006, p. 81). Para tanto, estimula-se a liderança, a importância da comunicação e o relacionamento entre as pessoas, a participação nas decisões (através de uma comunicação de baixo para cima), estimula-se a iniciativa dos funcionários e aumenta-se a produtividade empresarial. Dentre os precursores desta organização destacam-se George Elton Mayo, que a partir de estudos em fábrica introduz a abordagem das relações humanas na administração; e Alfred Marrow, especializado em psicologia industrial, propunha a criação de um clima de trabalho agradável, para satisfação das necessidades dos funcionários (OLIVEIRA; SILVA, 2006).

É em meados da década de 1940 que surge a administração burocrática. Segundo Oliveira e Silva (2006) o pensamento burocrático surgiu da necessidade de criar um modelo

organizacional que considerasse todos os aspectos organizacionais, ou seja, humanos e estruturais. Serviram de inspiração para esta nova teoria administrativa o modelo burocrático de Max Weber e o crescimento e a complexidade das tarefas das organizações

Esta preconiza princípios rígidos e disciplinadores para o desempenho eficaz tanto do funcionário como da organização: divisão de tarefas, baseando-se em regras e regulamentos; os funcionários têm direitos e deveres delimitados por regras e regulamentos; hierarquia determinada por regras, sendo as prerrogativas de cada cargo e funções definidas legalmente, regulando o exercício da autoridade e seus limites; recrutamento realizado por meio de regras estabelecidas previamente, garantindo assim a igualdade formal na contratação; remuneração igual para o exercício de cargos e funções semelhantes, promoção e avanço na carreira devem ser regulados através de normas e baseados em critérios objetivos estabelecidos e não em relações pessoais. A utilização de regras, normas, procedimentos na administração burocrática, permite, dentre outras coisas, um maior controle das atividades à distância, a impessoalidade, legitima a sanção (OLIVEIRA; SILVA, 2006).

Surgindo em 1947, nos Estados Unidos, a administração comportamental que caracteriza-se pela mais profunda influência das ciências do comportamento na administração. “Assenta-se em novas proposições acerca da motivação humana, campo no qual a teoria administrativa recebeu volumosa contribuição” (OLIVEIRA; SILVA, 2006, p. 85).

Um dos principais teóricos da administração comportamental é Herbert Simon (*apud* OLIVEIRA; SILVA, 2006), que propõe a teoria do “homem administrativo”, a “teoria da tomada de decisão e solução de problemas”, destacando o conceito de “homem satisfatório”. O autor ressalta que o objetivo da administração não deve ser maximizar e/ou otimizar a atividade, mas alcançar a condição que a satisfaça. Ou seja, deve-se adotar uma direção da ação que seja bom em todos os pontos de vista.

A administração estruturalista, enquanto uma teoria de transição e mudança em direção à administração sistêmica, buscava sintetizar as proposições das correntes administrativas até então existentes à consideração das organizações como sistemas abertos, em interação com o ambiente.

Conforme Oliveira e Silva (2006, p. 89):

A administração estruturalista surgiu por volta da década de 1950, como um desdobramento das análises dos autores voltados para a administração burocrática que tentaram conciliar as teses propostas pela visão clássica (a administração científica e a administração clássica) e pela administração das relações humanas.

As proposições desta teoria deram origem à administração do desenvolvimento organizacional em 1960. A administração do desenvolvimento organizacional contempla três aspectos que configuram a atividade empresarial, ou seja, são os elementos que compõem e caracterizam uma organização: estrutura, tecnologia e comportamento. Estes elementos, segundo Oliveira e Silva (2006), são interdependentes e estão em interação.

Esta teoria considera a dinamicidade do ambiente organizacional e a importância da sua “capacidade de monitorar a mudança em seu ambiente e internalizá-la, por meio de um processo planejado de alterações estruturais e culturais que atenda à necessidade de competitividade a que ela está sujeita” (OLIVEIRA; SILVA 2006, p. 93).

Por fim, a administração sistêmica entende a organização como um conjunto de unidades internas e externas, integradas num todo. É resultante da Teoria Geral dos Sistemas, desenvolvida por Ludwig Von Bertalanffy, onde as organizações são abordadas como sistemas abertos e integrados por diversas partes ou unidades relacionadas entre si, trabalhadas em mútua harmonia, com a finalidade de alcançar os objetivos propostos, da organização e dos participantes. Nesta administração é visível a matriz conservadora (mais significativo que nas demais), na medida em que afirma que as organizações estão sempre procurando um estado, um ponto de equilíbrio (OLIVEIRA; SILVA, 2006).

3.2 ASPECTOS CONTEMPORÂNEOS DE GESTÃO

As teorias consideradas modernas de gestão, vêm sendo definidas nas últimas décadas. Nogueira, A. M. (2007) classifica os paradigmas contemporâneos da administração em sistêmico e estratégico, compostos pela teoria dos sistemas, pela administração estratégica e pela abordagem sociotécnica, da qualidade e da participação e constituídos pela administração da qualidade total, pela administração participativa e pelo modelo japonês de administração. Isto sintetiza de forma eficaz as duas noções, no que se refere a resultados operacionais para o mundo global dos negócios, e, reestruturação flexível, sendo uma extensão do modelo japonês para o mundo por meio da reestruturação produtiva, da busca pela flexibilidade organizacional e da competitividade como diretriz estratégica.

Nas palavras de Montañó e Duriguetto (2010) o regime fordista-keynesiano, deveria ser substituído por uma nova estratégia hegemônica, permitindo a superexploração do

trabalho e invalide as conquistas trabalhistas. Em relação a estes aspectos e a nova fase do capitalismo,

o regime de acumulação flexível, a partir da crise capitalista (1973-1974) até os dias atuais, que, como resposta aos efeitos dela, se apóia na flexibilidade dos processos de trabalho, dos mercados de trabalho, dos contratos e direitos trabalhistas (com precarização das condições de trabalho e retração dos salários), das fronteiras nacionais para a circulação de capital e de mercadorias (contra o protecionismo fundamentalmente dos países periféricos), dos produtos e padrões de consumo (mercados desregulados e não controlados pelo Estado), e das formas de regulação e de intervenção social estatal, mediante políticas sociais (MONTAÑO; DURIGUETTO 2010, p. 138).

A Administração por Objetivos – APO surgiu a partir da década de 1950, em função de exigências ambientais e internas organizacionais. Peter Drucker, seu precursor, destacou a importância do estabelecimento de objetivos claros e mensuráveis, incentivando a importância do planejamento para as organizações (OLIVEIRA; SILVA, 2006).

A administração por objetivo assenta-se sobre o estabelecimento de objetivos, consiste numa técnica participativa de planejamento e avaliação, por meio da qual, conjuntamente, gerentes e subordinados definem e estabelecem objetivos (entendidos como resultados) a serem alcançados, “em um determinado período e em termos quantitativos, dimensionando as respectivas contribuições (metas), além de possibilitar o acompanhamento sistemático do desempenho (controle) dos resultados, procedendo às correções necessárias” (OLIVEIRA; SILVA 2006, p. 100).

A Administração Contingencial é considerada uma das mais recentes teorias administrativas. Sua abordagem destaca que nada é absoluto nas organizações ou na teoria administrativa, estas precisam ser sistematicamente ajustadas às condições ambientais. Esta administração tem propiciado reflexões para o entendimento dos relacionamentos entre fatores que influenciam a estrutura, a administração e a operação das atividades das organizações (OLIVEIRA; SILVA, 2006).

É na década de 1960 que a Administração Estratégica ocupa espaço no mundo empresarial, em razão dos obsoletos métodos de planejamentos e a dificuldade desses instrumentos se adaptarem a um ambiente em constante mutação. O enfoque no planejamento estratégico, a partir de 1980, ganha maior amplitude e complexidade, dando origem à administração estratégica. Surgindo como uma ferramenta no enfrentamento aos desafios de um ambiente turbulento do ponto de vista político, social e econômico, “a administração estratégica não é somente um novo método para refletir sobre os problemas, mas requer

também novas competências e culturas gerenciais, capazes de traduzir o pensamento em ação estratégica” (OLIVEIRA; SILVA, 2006, p. 106).

A Administração Participativa consiste em compartilhar as decisões que afetam a organização como os funcionários, clientes, usuários, fornecedores, dentre outros envolvidos. A meta desta administração é construir uma organização com maior interface entre seus agentes. Envolve mudanças nas dimensões comportamental, estrutural e interfaces, podendo ser utilizadas diferentes estratégias para sua implementação. Esta ideia vem se consolidando e adquirindo espaço nas pautas das organizações (OLIVEIRA; SILVA, 2006).

Na Administração da Qualidade o enfoque volta-se para a qualidade, enquanto questão estratégica. O conceito de Controle de Qualidade Total (TQC) de Armand Feigenbaum trouxe o cliente como ponto de partida para a organização definir serviços e produtos: “qualidade depende do fator humano, que procura garantir a satisfação do cliente e, ao mesmo tempo, os interesses econômicos da organização” (OLIVEIRA; SILVA, 2006, p.112).

Esse conceito, de acordo com os autores supracitados, evoluiu para o Gerenciamento da Qualidade Total (TQM), direcionando aos funcionários a responsabilidade pelo alcance de padrões de qualidade. Neste sentido, são os funcionários, e não os gerentes, os responsáveis pelo alcance dos padrões de qualidade.

A Administração Japonesa é classificada como um modelo de gestão embasado na participação direta dos funcionários, principalmente, participação na produtividade e eficiência voltada para a tarefa. Este modelo pode ser considerado uma versão qualificada das técnicas e proposições ocidentais sobre a administração, tornando-se um modelo universal importante na sustentação da competitividade em uma economia globalizada. Sua essência se apóia no sistema de produção desenvolvido na Toyota Motor Co., denominado Sistema Toyota de Produção, sendo Taiichi Ohno seu idealizador.

Inicialmente, nos anos 1950, dado o diminuído desenvolvimento industrial do Japão, somado a força de trabalho barata, a um retraído mercado local e à crise financeira do país, sua expansão industrial precisou, articuladamente com o capital financeiro e o Estado, desenvolver um sistema que envolvesse menores investimentos, menores volumes de trabalhadores estáveis e mais baratos, menor conflitividade e menores estoques. Era necessário, assim, criar um processo produtivo que fosse flexível e adaptado às flutuações do mercado (MONTAÑO; DURIGUETTO, 2010, p.182).

O modelo de produção, mais enxuto, mais flexível, de menor investimento e riscos, denominado, portanto de “Toyotismo” ou “Modelo Japonês”, foi considerado o mais adequado para a concorrência mundial no contexto de crise. Destaca-se como característica *just-in-time*, a

sincronização do fluxo da produção, dos fornecedores aos clientes visando reduzir ao mínimo o tempo de fabricação e o volume dos estoques (OLIVEIRA; SILVA, 2006).

O processo produtivo reorganiza-se, a partir dos postulados de Ohno, segundo as filosofias inspiradas no *kanban e just in time*, adequando a produção ao consumo, reduzindo estoque próximo a zero. Altera-se o funcionamento da linha de montagem fordista, da esteira rolante, desenvolvendo o trabalho em ilhas de produção. O trabalhador taylorista (uni) especializado é substituído por um “novo” trabalhador (dito) polivalente, na verdade (pluri) especializado, controlando várias máquinas simultaneamente e mais flexível para desenvolver diferentes tarefas (MONTAÑO; DURIGUETTO, 2010, p. 200-1). (Grifo nosso).

O sucesso deste modelo, de acordo com os autores se deve a um modelo de produção enxuta, à estratégia de atração do capital estrangeiro, à força de trabalho barata, à abundância e o engajamento na empresa da força de trabalho, baixos custos de produção e menor investimento geral, isenção de impostos e da exportação dos produtos.

Administração Empreendedora abrange aspectos culturais, psicológicos, econômicos e tecnológicos. Oliveira e Silva (2006) enfatizam que o espírito empreendedor está relacionado com a satisfação de alguma necessidade, a disposição para enfrentar crises, a exploração de oportunidades, decorrente de uma curiosidade ou do acaso. A capacidade de inovar deve ser um instrumento específico e integrado ao espírito empreendedor. Esta modalidade de administração é considerada uma alternativa para resgatar a capacidade de inovação da organização, mantendo-a competitiva, através da reorganização dos fluxos de trabalho e indicando as necessidades de reestruturação do negócio, em seus processos reais.

Administração Virtual busca encontrar soluções para as pressões, decorrentes do aumento da conscientização, do grau de exigência dos consumidores e do acirramento da concorrência, mediante o emprego de respostas mais ágeis, na busca de maior eficiência, na adoção de maior flexibilidade, com uma redução de custos. “Visa integrar todas as inovações de modelos de administração, desenvolvidas ao longo do tempo, com o processamento de informações em tempo real, permitindo pelo avanço tecnológico e pela crescente valorização do potencial humano” (OLIVEIRA; SILVA 2006, p. 121).

Advém da organização virtual, nova concepção empresarial formulada por Willian Davidow e Michael Malone, que repousa na revolução e domínio da informação, em tempo real, e na confiança dos relacionamentos. Para Oliveira e Silva (2006) não há diferença entre a gerência conhecida hoje e a gerência da organização virtual do futuro, visto que sua função é a produção de resultados - na gestão da saúde há uma tendência de produção de resultados,

por exemplo, através do cumprimento de metas estabelecidas nas campanhas de vacinação, exames de colo uterino, dentre outros.

A Administração do Conhecimento é hábil na gestão do conhecimento organizacional, o aprendizado deve ser intencional, eficaz e conectado ao objetivo e à estratégia da organização, oportuno, flexível e ágil. Esta cultiva uma visão holística dos fatores que fazem com que as organizações complexas funcionem, com mudanças e de como usar a lógica dos sistemas para diagnosticar necessidades, projetando novas ações para que o aprendizado seja eficaz e a mudança permanente.

Para Montañó e Duriguetto (2010), o projeto/processo neoliberal constitui a atual estratégia hegemônica de reestruturação do capital, se desdobrando em três frentes: a ofensiva contra o trabalho, a reestruturação produtiva e a (contra) reforma do Estado. Em relação à ofensiva contra o trabalho, os autores destacam que a conjuntura é favorável ao enfraquecimento das organizações sindicais e trabalhistas, o desprestígio das lutas e das organizações dos trabalhadores perante a opinião pública e a desregulamentação do mercado de trabalho e precarização do emprego.

A reestruturação produtiva tem como finalidade a redução do tempo e custos da produção, a flexibilização da produção fordista. Houve uma incorporação no fordismo dos aspectos mais flexíveis de diversos modelos de administração contemporâneos dentre os quais, o Japonês. Observam-se alterações mais significativas em alguns componentes do fordismo, como a passagem de uma fábrica concebida como auto-suficiente para um modelo de fábrica mínima, flexível ou enxuta.

Desde as últimas décadas do século XX, as ciências sociais e sociais aplicadas estão postas diante do desafio de compreender e gerenciar um novo espaço entre o público e o privado. Para lidar com esta nova realidade teórica da área da administração e de outras ciências sociais vem propondo a idéia de gestão social (ROTTA; PREUSS; TELKA; WILGES; ROBALLO, 2009).

Maia (2005) procurou fazer um mapeamento teórico da utilização do conceito de gestão social nas diferentes áreas do conhecimento. Ela observou que uma das primeiras tendências que a compreensão de gestão social vem assumindo é uma perspectiva da “gestão social contra o social”, emanada da visão neoliberal que se propagou no interior de organizações do terceiro setor, durante a década de 1990. Esta visão é marcada por valores e propósitos do capital, no qual o modelo de gestão é centrado na técnica, especialmente provinda das idéias da “reforma gerencial”, primando pela qualidade, eficiência e competência em vista da obtenção de resultados e não da geração do bem-estar dos cidadãos.

Esta visão da gestão social foi incentivada pelas práticas do mercado e pela própria ação governamental, especialmente durante a década de 1990.

Maia (2005) destaca as seguintes abordagens:

- a) a visão apresentada por Tenório (1998), que concebe a gestão social como um conjunto de processos desenvolvidos pela ação gerencial para viabilizar a articulação entre as necessidades administrativas e políticas postas pelas exigências da democracia e da cidadania; para a potencialização do saber e da competência técnica e para a valorização do poder político da população. Para Tenório, os espaços privilegiados desta elaboração estariam nos programas e nas organizações governamentais;
- b) a compreensão apresentada por Singer (1999), inferindo que a gestão social diz respeito às ações que intervêm nas diferentes áreas da vida social para a satisfação das necessidades da população. Para Singer, os espaços de propagação da idéia de gestão social são as políticas e práticas sociais articuladas e articuladoras das diversas demandas e organizações populares, universidades, organizações não-governamentais e governos;
- c) a visão apresentada por Carvalho (1999), que relaciona a gestão social à gestão das ações públicas, viabilizadas a partir das necessidades e demandas apontadas pela população através de projetos, programas e políticas públicas que assegurem respostas efetivas à realidade das maiorias. O protagonismo desta abordagem estaria na sociedade civil enquanto capaz de identificar as demandas e propor ações e políticas a serem assumidas pelo Estado;
- d) a compreensão assumida por Fischer (2002), indicando que o campo da gestão social é o campo do desenvolvimento social, que se constitui como um processo social, a partir de múltiplas origens e interesses, mediados por relações de poder, de conflito e de aprendizagem. Esta perspectiva de gestão social está especialmente identificada com sujeitos e indivíduos, grupos e coletividades interessadas, mediados por redes ou por interorganizações e, por fim;
- e) a proposta trazida por Dowbor (1999) que remete o tema da gestão social para o contexto de transformações recentes da sociedade, na qual há a necessidade de construção de um novo paradigma organizacional para redefinir as relações entre o político, o econômico e o social. Esta redefinição exigiria a mobilização de todos aqueles que estão envolvidos com uma nova compreensão de desenvolvimento na qual o bem-estar social seria o grande objetivo do desenvolvimento.

Concorda-se com Dowbor (1999) sobre a necessidade da constituição de um novo paradigma organizacional, para entender e para gerir as organizações da sociedade civil e as estruturas de Estado, na direção de orientá-las para a geração do bem-estar e da qualidade de vida dos cidadãos, que são os objetivos últimos de sua ação.

Já na abordagem de Tenório (2002 e 2004), encontram-se os referenciais epistemológicos para a construção de uma nova abordagem da ideia de gestão, no sentido de ser orientada para o “entendimento dos participantes” e não apenas para a execução de fins previamente estabelecidos por um pequeno grupo que controla os empreendimentos. Ao ligar a idéia de gestão social aos herdeiros da tradição da Escola de Frankfurt, Tenório aposta na capacidade dos cidadãos de exporem suas compreensões e buscarem o entendimento através do diálogo; está referindo que a gestão social deve ser determinada pela solidariedade, onde o outro deve ser incluído e a cooperação deve ser o seu motivo.

Da compreensão de Carvalho (1999) é fundamental destacar a lembrança de que a ideia de gestão social nasce da preocupação em encontrar mecanismos e propostas para gerir as demandas e necessidades dos cidadãos e que a política social, os programas sociais e os projetos são canais e respostas a estas necessidades e demandas. É durante o século XX que as necessidades e demandas dos cidadãos são reconhecidas como legítimas, constituindo-se em direitos, praticamente no mundo inteiro. É também durante o mesmo século que os direitos dos cidadãos se apresentam como fundamento da política pública.

Na abordagem de Singer (1999) entende-se como fundamental a preocupação que ele manifesta com os espaços sociais emergentes para “além da mera lógica do mercado”, pois são estes os precursores das novidades e que podem gerar uma cultura de novas relações, que valorizem a solidariedade, a cooperação e o entendimento mútuo.

Wilheim (1999) inspira-nos, também, ao referir que a gestão social deve ser capaz de combater as vertentes nocivas a fim de acelerar sua superação; que as práticas de gestão social, além de inovarem na forma de assumirem papel preponderante no campo da coisa pública, também devem considerar sua importância dentro de uma estratégia de transição da utilização de princípios da gestão empresarial tradicional para a utilização de novos princípios. Algumas tendências que favorecem essa postura podem ser lembradas, pois há bons exemplos já sendo praticados: inovação e experimentação; radicalização de formas democráticas de ação; intercâmbio de experiências; trabalho por meio de redes; descentralização e experimentação de práticas locais e transnacionais.

Enfrentar este espaço de tensão e de construção de referenciais capazes de dar aos empreendimentos sociais e às estruturas de gestão do Estado uma nova forma de organização

e de execução de seus objetivos é uma tarefa que se põe a todos aqueles que procuram novas maneiras de organizar a vida social para além dos critérios do mercado. No diálogo das diferentes visões pensa-se ser possível estabelecer as bases dos consensos necessários que podem se tornar referenciais iniciais para as novas práticas a serem trabalhadas e aprimoradas nestes espaços referidos.

Da construção acima, pode-se sintetizar que estas diferentes abordagens teóricas evidenciam que existem divergências no interior do campo da administração no que concerne ao tratamento do tema da gestão, mas, ao mesmo tempo demonstram a vitalidade da área, a historicidade e a transformação constante procurando responder as demandas postas pela realidade. Observa-se, ainda, que hoje as organizações de saúde são gerenciadas de modo mais coletivo.

Nesta linha, para Rizzotti (2010) jamais seria possível separar as ações e proposições dos sujeitos que as empreenderam. Portanto, as mudanças significativas no campo da gestão só se fizeram com rupturas paradigmáticas e conceituais, no que se refere à política de saúde, no tocante à compreensão do papel do Estado na proteção social e o modelo de gestão que se pretende empreender.

3.3 A GESTÃO NO BRASIL

A partir das considerações acima, este item se propõe a situar a gestão no Brasil. Nogueira, A. M. (2007) contextualiza a história da gestão no Brasil a partir de três períodos: a gestão do contexto colonial e da casa-grande e senzala (1500-1889); a gestão no contexto do liberalismo excludente (1889-1930) e; o da modernização conservadora após 1930.

No primeiro período, de 1500-1889, compreendido como contexto colonial e de casa-grande e senzala, o Brasil funcionou como uma grande empresa mercantil, gerando a acumulação primitiva do capital português. As decorrências da colonização ibérica são várias. Salientam-se a ênfase na colonização, no trabalho escravo, na estrutura familiar patrimonial, o personalismo e o formalismo. O trabalho escravo constituiu a base do núcleo organizado e produtivo da sociedade.

O modo de administrar o trabalho escravo fundamentava-se na violência, na opressão e na intimidação. A casa-grande e a senzala eram o núcleo organizado da produção e da família, sob o comando único do senhor [...]. Os grupos que não faziam parte desse

núcleo central da vida colonial viviam à margem do sistema, fragmentados, desorganizados e abandonados à própria sorte (NOGUEIRA, A. M., 2007, p. 254).

As fazendas produtoras e exportadoras de matérias-primas tinham como referência a gestão da casa-grande e senzala. Lentamente, este modelo do engenho de açúcar foi substituído pelo da fazenda como empresa capitalista. A escravidão no Brasil influenciou significativamente as etapas posteriores da administração brasileira, configurando uma herança nefasta em nossa história. Na transição do senhor de engenho para o empresário rural, o Brasil inventou o coronelismo. O coronel, figura importante, tinha influência no poder local, regional e nacional. Este período de atraso e opressão representou uma herança na história que vai do descobrimento até a República (NOGUEIRA, A. M., 2007).

O liberalismo excludente, período entre 1889 a 1930, foi a principal característica do primeiro período republicano no Brasil, chamado de República Velha. Um dos principais problemas nesse contexto histórico foi substituir a mão-de-obra escrava e encontrar alternativas de organização econômica à produção agrícola voltada à exportação. Neste sentido, o desenvolvimento da gestão acompanhou a expansão dos cafezais levou ao surgimento de contradições próprias do processo capitalista, como a superprodução e as retrações de mercado decorrente da concorrência internacional (NOGUEIRA, A. M., 2007).

O sistema coronelista se manteve durante a fase inicial da industrialização. No modelo da casa-grande e senzala ainda persistia, o desprezo à atividade organizada e às relações de trabalho assalariado, integravam uma estrutura liberal e excludente, pois o que determinava a produtividade eram a exploração e o controle rígido da força de trabalho. Nesta fase adotou-se um modelo paternalista de gestão, combinando medidas de proteção social com autoritarismo e repressão no cotidiano do trabalho (NOGUEIRA, A. M., 2007).

Salienta-se que, na tradição política brasileira, as prefeituras sempre foram domínio (e ainda é possível encontrar hoje, em cidades do interior como, por exemplo, Uruguaiana, tal característica) das oligarquias regionais, o domínio da política por apenas uma ou duas famílias, ocupando alternadamente o cargo de prefeito municipal. Tal situação esboça uma prática cristalizada historicamente e com repercussões atuais.

Para Caccio (1994 *apud* RAMOS, 2007, p. 146):

O uso da máquina administrativa serve como instrumento de controle do eleitorado mediante políticas clientelistas e de apadrinhamento: estas, quando submetidas ao interesse das elites locais, estão orientadas por um único “projeto de desenvolvimento”, baseado em dois elementos: “o uso privado dos equipamentos e serviços públicos em seu proveito e de seus pares; e a manutenção de seu eleitorado cativo”.

Retornando a contextualização histórica, com a Revolução de 1930, Getúlio Vargas chega ao poder e consolida o início da modernização industrial no país, de modo conservador. No Estado Novo, a regularização das relações entre trabalho e capital tornou-se necessárias para a acumulação capitalista industrial, representando um avanço ao garantir direitos sociais, impondo um modelo corporativista e burocrático de controle sobre dinâmica das entidades sindicais e patronais, passando a ser tuteladas pelo Estado. A organização e mobilização dos trabalhadores eram reprimidas pelo governo que preservava interesses do capital agrário, comercial e industrial; a problemática sindical foi tratada como caso de polícia (NOGUEIRA, A. M., 2007).

O processo de gestão brasileiro começou a progredir em função do próprio sistema capitalista, que precisava se expandir pela industrialização. A dinâmica da industrialização assentou-se na expansão industrial, reproduzindo força de trabalho e capital industrial. A modernização do setor privado foi impulsionada pela modernização e expansão do Estado Nacional, abrindo espaço para a ascensão de funcionários e burocratas públicos e para a consolidação de setores da chamada nova classe média (NOGUEIRA, A. M., 2007).

Para acompanhar o padrão internacional de gestão foi preciso adaptar-se às tecnologias exportadas das nações desenvolvidas, no que se refere aos equipamentos para produção, modos de gestão e o conhecimento sobre como operacionalizá-los. Tornava-se ainda necessária a qualificação da mão-de-obra para a expansão capitalista. Para tanto, através de escolas profissionalizantes (SENAI, SENAC) e instituições de ensino superior, formaram profissionais especializados para dar conta das novas demandas (IAMAMOTO, 1983; NOGUEIRA, A. M., 2007).

No regime ditatorial, o programa de desenvolvimento e segurança, garantiu as condições favoráveis à acumulação de capital das empresas estrangeiras, mantendo rígido controle sobre os conflitos trabalhistas. Época conhecida como “milagre econômico”, o Brasil atingiu taxas elevadas de crescimento econômico sem ameaçar a acumulação do capital nacional e estrangeiro, na fase monopolista do capitalismo (NETTO, 1996, 2001; NOGUEIRA, A. M., 2007).

Portanto,

no período militar e de modernização conservadora da economia, expandiram-se as grandes empresas e foi consolidada e ampliada a administração profissional no Brasil. O país havia montado uma estrutura empresarial moderna com o famoso tripé formado por grandes empresas estatais, grandes empresas privadas nacionais e grandes empresas multinacionais. O modelo de desenvolvimento associado e dependente do capital estrangeiro entrou em crise – a crise do milagre brasileiro – e o regime militar foi se desestruturando e cedendo lentamente o poder para os civis. O Brasil conheceu nesse período uma profunda recessão econômica que gerou uma

crise política e social sem precedentes – a chamada “década perdida” (NOGUEIRA, A. M., 2007, p. 270).

Na década de 1980, após a crise de endividamento internacional o tema posto em pauta foi o ajuste estrutural, ou seja, o ajuste fiscal e as reformas orientadas pelo mercado. Essa crise inaugura um novo período de gestão no Brasil, que embora marcado pela crise econômica, afirma o aumento da mobilização social e política pela democracia e cidadania. A palavra de ordem adotada foi modernizar a gestão. Em 1989 a primeira eleição direta para presidência após o regime militar, elege Fernando Collor de Mello presidente do Brasil. Dos dois projetos de país em jogo, Collor representava os interesses do grande capital e da internacionalização da economia, discursando a favor da modernidade competitiva e da reforma do Estado brasileiro. O outro projeto representava os interesses da classe trabalhadora e expressivos setores da esquerda, confrontando os da classe dominante e do capital estrangeiro, pelo Fundo Monetário Internacional (FMI) (NOGUEIRA, A. M., 2007; PEREIRA, 2006).

A pressão do movimento social pela ética na política mobilizou diferentes segmentos da sociedade contra o modo conservador e corrupto de condução da gestão do Estado brasileiro, instaurando o processo de *impeachment* de Collor. Em virtude disso, Itamar Franco, vice-presidente assumiu a presidência e nomeou ministro da fazenda Ciro Gomes e depois Fernando Henrique Cardoso (FHC), responsável pela implementação do Plano Real, plano econômico de estabilização monetária e controle da inflação. Posteriormente FHC foi eleito presidente da República por dois mandatos consecutivos (NOGUEIRA, A. M., 2007).

Sabe-se que a globalização da economia capitalista é resultante de mutações aceleradas e profundas do decorrer das últimas décadas nos âmbitos tecnológico, político, geopolítico, micro e macroeconômico e ideológico. As conseqüências dessa abertura e da inserção competitiva do país na economia mundial foram à reorganização produtiva dos espaços e a Reforma do Estado, validada pelo discurso da descentralização político-administrativa e que objetivava a eficiência na máquina estatal e a maior proximidade da população na gestão das políticas sociais (GOMES, 2007).

Nos dois mandatos de FHC, o Estado brasileiro marchou para a integração ao mercado internacional, com a abertura para o capital estrangeiro e a privatização, posição explicitamente assumida de subordinação às doutrinas do FMI e Banco Mundial. O Brasil ingressou com atraso no cenário da economia globalizada.

Assumindo uma orientação neoliberal, o Estado brasileiro busca a abertura da economia aos fluxos do processo de globalização e empenhou-se na reforma administrativa

do Estado. A questão posta é “redefinir um novo Estado em um mundo globalizado” (PEREIRA, 2006, p. 21).

A reforma do Estado, para Montañó e Duriguetto (2010) fundamenta-se na necessidade do capital liberalizar os mercados e tem como objetivo esvaziar diversas conquistas sociais, trabalhistas e econômicas desenvolvidas ao longo século XX. Como afirmou Behring (2003), ao invés de uma reforma, configura-se um processo de (contra) reforma do Estado.

Tal reforma, para o capital, consiste no ajuste estrutural do Estado e faz-se necessária em função das determinações dos processos de reestruturação produtiva, nas novas necessidades de acumulação do capital financeiro e, por fim, no contexto de esgotamento do Estado de Bem-Estar Social. É preciso ainda, de acordo com esta lógica, reduzir os gastos públicos com políticas e serviços sociais. Neste sentido, prevalecem programas de combate à pobreza, a focalização de ações e o direcionamento de serviços públicos aos comprovadamente pobres, em detrimento das políticas sociais universais e de direito de cidadania (MONTAÑO; DURIGUETTO, 2010).

Nas palavras de Luis Carlos Bresser Pereira (2006, p. 36), ex-ministro da Fazenda (1987), da Administração e da Reforma do Estado (1995-1998) e da Ciência e Tecnologia (1999) a crise do Estado se dá em função do seu excessivo gasto social e o novo Estado resultará de reformas profundas, que o habilitarão a desempenhar as funções que o mercado não é capaz de executar. Este Estado, democrático, deve responder às necessidades de seus cidadãos, “para tanto, são essenciais uma reforma política que dê maior legitimidade aos governos, o ajuste fiscal, a privatização, a desregulamentação [...] e uma reforma administrativa que crie os meios de se obter uma boa governança”.

Ou seja,

A reforma provavelmente significará reduzir o Estado, limitar suas funções como produtor de bens e serviços e, em menor extensão, como regulador, mas implicará também ampliar suas funções no financiamento de atividades que envolvam externalidades ou direitos humanos básicos e na promoção da competitividade internacional das indústrias locais (PEREIRA, 2006, p. 23).

Desde então, a maior preocupação do Estado brasileiro tem sido com a eficiência administrativa e com o equilíbrio fiscal. Em relação aos custos com as políticas sociais, estes vêm sendo gradativamente reduzidos. Entretanto dados do orçamento¹⁵ do governo federal

¹⁵ Consta em nota sobre Redução de Despesas, de 28 de fevereiro de 2011, na Lei Orçamentária do ano de 2011 está previsto uma redução de R\$ 36,2 bilhões de despesas discricionárias. Consta ainda na nota que os

para o ano de 2011 apontam cortes expressivos, mas sem comprometer o Programa de Aceleração do Crescimento (PAC) e os principais programas sociais.

As cidades brasileiras sofrem diretamente os efeitos desta reforma, bem como da reestruturação produtiva e dos processos de mundialização do capital. São nestes espaços territorializados que convivem o mundo da produção e os “outros” mundos (fora do contexto direto da produção, são as estruturas e processualidade, como o governo municipal); o mundo do mercado, (circulação e troca de mercadoria) e o mundo do consumo (RAMOS, 2007).

Na arena de conflitos que permeiam o exercício de governos municipais, onde, sempre, se disputam cargos e poder, se instauram conflitos nos diferentes níveis hierárquicos da estrutura de governo, nas relações entre executivo e legislativo. A cidade, segundo Lefebvre (1999 *apud* GOMES, 2007) materializa as relações de produção e oferece a base para o desenvolvimento dessas relações. A cidade pode ser considerada um fator de produção, na medida em que universaliza a concorrência, transforma o capital em capital industrial e acelera a circulação desses capitais.

Em relação à gestão das políticas sociais, as discussões destacam a modernização da administração pública, incluindo sua capacidade de garantir desenvolvimento com equidade social. Nesta linha, para Rizzotti (2010, p. 175): “O Estado, em seu modo de governar, deveria associar redistribuição de renda e progresso e ter como uma de suas metas a ampliação da democracia e progresso”. Nas áreas da saúde e assistência social, o novo desenho da estrutura de gestão erigiu-se sob a égide de “*sistemas únicos*” (grifo da autora), incluindo as diretrizes de descentralização, universalização e participação popular. Entende-se que sistemas únicos são projetos sociais únicos, materializados através de ações, programas, projetos nessas áreas.

A partir do avanço das políticas sociais na pauta do Estado brasileiro e dos seus governos tornou-se premente a busca por paradigmas de gestão, que respondessem às demandas postas por estas políticas, uma vez que apresentam grande capilaridade e complexidade nos seus objetivos.

Rizzotti (2010) comunga dessa discussão ao afirmar que a gestão pública brasileira pautou-se por diferentes configurações ao longo de sua história, tendo seu modelo firmado no patrimonialismo, burocratismo e gerencialismo. Na atualidade convivem concomitantemente os três modelos de gestão. Têm-se

Traços do patrimonialismo expressos, sobretudo, nas ações de cunho clientelista e na prática anti-republicana que havia nas relações entre os entes federados e nas relações estabelecidas com as organizações não governamentais, em especial no que concerne ao modelo de financiamento e à validação das ações (RIZZOTTI, 2010, p. 177).

A permanência do modelo de gestão estatal que ainda guarda características do burocratismo, cujos efeitos, segundo Rizzotti (2010), podem ser identificados na falta de mobilidade da máquina administrativa para a adoção de novas condutas; na hierarquização de funções e atribuições existentes nas estruturas antigas dos Órgãos Gestores. Cabe salientar que muitos autores (DOWBOR, 1999; ARRETCHE, 2003; CAMPOS, 1989) apontam a dificuldade de superar a burocratização nas estruturas organizativas públicas e privadas e em sua disseminação na sociedade como um todo.

Foi nos anos 90, especificamente no governo de FHC, que implantou-se o modelo gerencial de gestão pública, sob a perspectiva de tornar a máquina pública mais eficaz. No entanto, este modelo manteve a incapacidade do Estado, através da redução da estrutura organizacional e da atribuição ao setor privado de funções próprias deste que, nesse período, comandava um processo agudo de privatizações.

Rizzotti (2010) destaca ainda que os modelos como o de gestão social, responderiam mais adequadamente às demandas de governos que buscam articular o desenvolvimento econômico com o social. Além de mais compatível com as proposições de políticas sociais, os pressupostos desse modelo apontam para a ampliação de direitos sociais e para a intervenção do Estado na proposição e execução das políticas sociais, e por fim, respondem à lógica da articulação do desenvolvimento econômico e social. A gestão social também busca garantir transparência e democratização nos processos de gestão empreendidos. Nesse modelo o desenvolvimento econômico não pode dissociar-se do desenvolvimento social, privilegiando assim a instância política, a organização e as propostas que partilhem de pressupostos do desenvolvimento social e sustentável.

Ainda, assim, de acordo com Rizzotti (2010), a gestão social só pode ter êxito se associada a dois outros pressupostos:

- a) democratização, que abre espaço e responde às reivindicações da sociedade civil organizada; e
- b) descentralização, que permite maior eficiência no equacionamento das demandas da população e na complexidade das realidades locais.

3.4 A TEORIA DA GESTÃO E SUA APLICAÇÃO NA ADMINISTRAÇÃO DA SAÚDE

Neste tópico revisam-se os conceitos de gestão e sua relação com a administração da saúde. Gestão de maneira simples representa o modo de pensar e gerir as organizações, é um modo racional e calculado de ordenar os meios para atingir os resultados. A expressão, no latim *gestio*, é o ato de conduzir, dirigir ou governar. A administração, a partir deste entendimento seria uma aplicação de gestão. Gestor relaciona-se ao cargo máximo de uma organização (NOGUEIRA, A. M., 2007). Constitui-se tarefa do gestor o planejamento, organização, controle dos meios ou recursos materiais e humanos para atingir os resultados.

Foi no início do século XXI que o termo gestão passou definitivamente a ser utilizado para definir o campo da administração e da gerência. É um termo genérico que, segundo Motta (2000), sugere a ideia de dirigir e decidir, sendo sinônimas administração e gerência. Para Motta (2000) o ambiente de turbulência no qual estamos inseridos, de descontinuidades, mudanças rápidas, instabilidade permanente, alta imprevisibilidade, flexibilidade e novas demandas conferem aos gestores um novo jeito de pensar a gestão. Apresentam-se assim novos modelos, os modelos contemporâneos de gestão.

A partir de um levantamento bibliográfico¹⁶ realizado, foram identificados diversos conceitos e abordagens sobre gestão, principalmente no campo da administração e das ciências sociais e políticas. Em consonância com Lins e Cecílio (2007) pode-se observar que tanto o conceito como o entendimento de gestão em e/ou de saúde revela um aprisionamento, por parte dos autores, ao referencial estrutural-funcionalista, mas também, por outro lado possibilita a identificação de novas compreensões acerca da temática.

No campo da administração, o conceito de gestão se aproxima da ideia de gerência, com caráter mais operacional e instrumental ao prevalecer o entendimento de que se trata de uma função organizacional voltada para a coordenação e o controle. A gestão clássica sempre trabalhou a dimensão do gerir. O gerir como ação sobre a ação dos outros, vinculada ao exercício de poder. Pressupõe, assim, produção, pois ela produz o tempo todo. Nesse sentido a gestão tem sido a disciplina do controle por excelência, pois está preocupada sempre com o aumento da produção de mais-valia, de produtividade, e de reprodução do *status quo* (CAMPOS, 2000).

¹⁶ Guimarães (2004); Motta (2000); Pereira e Santos (2001); Lins; Cecílio (2007).

Para Campos (2006, p.147) a gestão é uma questão política, enfrentada através do rompimento com o *status quo* administrativo, pois “[...] mesmo uma gestão honesta, sem corrupção, se baseada nos tradicionais mecanismos de direção, de recorte taylorista e burocratizada, será incapaz de reverter o sentido privatista das ações do Estado brasileiro”.

Campos (2006) observa que a predominância das regras de mercado na produção de serviços obstaculiza o desenvolvimento de técnicas gerenciais voltadas à particularidade do campo da saúde. Isto gera o que se designa como um “primitivismo da gestão”, uma condução sem planejamento, controle da produção e de seus processos, dos recursos e do financiamento, e sem estratégias de avaliação de sua qualidade. Este primitivismo é a outra face da incorporação dos modelos tradicionais da administração, com a taylorização do processo de trabalho nas unidades de saúde configurando, a partir deles, um sistema de gestão voltado para a reprodução do modelo assistencial hegemônico. É um modo de gerir que se organizou, historicamente, com características próximas a do modelo militar e reproduziu, também no setor público, as práticas do privado, com autonomia do corpo clínico nas instituições de assistência médica, sem a contrapartida de efetividade exigida no setor privado. É uma gestão que se reduz a viabilizar as condições de operação do modelo médico-privatista, e, das relações de poder que o instituem. Este modelo de gestão foi identificado em falas dos entrevistados:

Quando se fala em saúde pública os vereadores só têm uma ideia na cabeça: hospital, e quando fala em atendimento a população é médico, o resto é resto para eles. Eles não sabem respeitar as funções dos outros profissionais. Para eles ESF é o posto de saúde. (P1)

A partir do entendimento de que o modelo hegemônico de conformação da atenção da saúde é o da medicina científica e que este se associa a um modelo taylorista de gestão, se entende pertinente a discussão sobre gestão, considerando as diferenças e complexidades dos vários locais que fazem a direção do SUS, como uma política que tem a descentralização como uma de suas diretrizes. Modelos construídos a partir da política de saúde proposta pelo SUS e da complexidade *loco-regional* é pouco reconhecida por governos responsáveis pela implementação das políticas de saúde e por uma grande parcela daqueles que propõem formas de organização de atenção e de gestão (RIGHI, 2003).

Neste sentido,

assumir que a complexidade dos locais não está resumida à concentração de equipamentos de assistência à saúde, mas que implica também mudanças nas instâncias nacional, estadual e regional, alteração de relações, do conteúdo dos seus programas em geral de corte vertical. Urge romper com a história de programas e ações pontuais que pouco ou nada consideram da especificidade dos municípios. Seria reconhecer que a ação de uma instância regional não se resume ao treinamento, mas também ao apoio para aumento da autonomia das redes locais ou municipais. O processo de gestão é produção de sujeitos e de novos lugares, novos modos de funcionamento e de organização dos serviços (RIGHI, 2003, p. 238).

Tradicionalmente, numa visão centralizadora, racional-administrativa, que influenciou as instituições públicas e privadas e os modelos tecnoassistenciais de atenção à saúde, a gestão em saúde, é entendida como administração, planejamento, reportando-se, assim, restritamente aos responsáveis por tal. Deste modo, Pasche (2003) diz que o tema gestão é pouco “atrativo”, sendo comumente transferido para a responsabilidade dos gestores, coordenadores, dentre outras autoridades. O autor refere que a gestão parece não integrar aos processos de trabalho nesta área, pois, o padrão de gestão dos serviços de saúde brasileiro foi marcado pela centralização do poder. É autoritário com poucas modificações e flexibilidade às novas demandas e situações, de viés normativo, hierárquico e burocratizado.

Esse estilo administrativo é também um dos que melhor se coaduna com o estilo de governar que utiliza o clientelismo como uma das formas de reprodução dos esquemas de poder. [...] Tal confluência de determinações – de um lado a dinâmica do mercado e de outro o jogo do fisiologismo no aparelho estatal – fez desse estilo de gestão o padrão hegemônico de administração sanitária no Brasil (CAMPOS, 1989, p. 19).

Na ciência política, aproximando-se também da administração pública, o conceito de gestão incorpora as dimensões políticas, privilegiando a discussão sobre o poder e sua legitimidade, politizando os conflitos presentes no processo de decisão no âmbito das organizações, inclusive nas organizações públicas (GUIMARÃES, et. al., 2004).

Falar sobre gestão em saúde implica, necessariamente, abordá-la em nível teórico-prático, pois gestão em saúde revela uma intrincada relação entre produção de conhecimento e prática social, debates teóricos e atuação dos atores. Sobre esta discussão Campos (2008, 2000, 1991) e Merhy (1992) destacam a necessidade de superar a separação entre as responsabilidades e tarefas ligadas à execução e aquelas identificadas à formulação, planejamento e gerenciamento do processo de trabalho. A horizontalização das relações, o estreitamento das distâncias institucionais, o estímulo à autonomia e à descentralização das decisões são apontados como aspectos estratégicos à democratização da gestão.

Segundo Campos (1991, 1992), a gestão do sistema de saúde, em geral, deve ser conceituada como um meio/instrumento fundamental para se efetivar ou transformar um determinado processo de produção de ações de saúde, utilizando diversas técnicas, mecanismos e instrumentos de gerência dos serviços. Ela tem um papel fundamental na concretização dos princípios e objetivos de justiça social que fundamentam a reforma sanitária. A gestão é, portanto um campo profícuo para engendrar possibilidades de transformação, reprodução e atualização das relações historicamente hegemônicas. Hoje a gestão é um dos elementos centrais para a recuperação dos sistemas de saúde pública e da sua transformação em um instrumento de defesa da vida.

Enfim, pode-se considerar a gestão do SUS como um fator estratégico à reforma sanitária desde que e apenas se a entendermos como um instrumento de exercício de poder, e se estivermos dispostos a reverter o centralismo autoritário do poder de Estado – sempre, no Brasil, exercido segundo interesses privados e em detrimento do bem-estar público -, e fazer com que o jogo da democracia seja utilizado para estimular a criatividade, o empenho transformador dos sujeitos sociais envolvidos com a produção de serviços e com a promoção de saúde, superando sua alienação, derrotando a tradição conservadora da medicina ocidental sem comprometer o acesso de todos às benesses que o desenvolvimento tecnológico e científico colocou à disposição da humanidade (CAMPOS, 2008, p. 126).

A responsabilidade de gestão é compartilhada entre os três gestores dos três âmbitos. O Brasil se institui em um sistema político federativo constituído por três esferas de governo – União, Estados e municípios –, todas consideradas pela Constituição da República de 1988 como entes com autonomia administrativa e sem vinculação hierárquica.

O sistema federativo seria, em linhas gerais, adequado para países marcados pela diversidade e heterogeneidade, por favorecer o respeito aos valores democráticos em situações de acentuada diferenciação política, econômica, cultural, religiosa ou social. Por outro lado, esse tipo de sistema torna mais complexa a implementação de políticas sociais de abrangência nacional, particularmente nos casos em que a situação de diversidade diz respeito à existência de marcantes desigualdades e exclusão social, como no Brasil (BRASIL, 2003, p. 15-6).

Nesses casos, acentua-se a importância da implementação das políticas sociais de redistribuição, redução das desigualdades e iniquidades no território nacional e inclusão social. Além disso, um sistema federativo requer a explicitação das funções das diferentes esferas de governo para cada área da política e a adoção de mecanismos articuladores entre essas esferas, com ênfase em uma lógica de cooperação e complementação. Em relação às políticas de saúde, agrega-se a isso a complexidade inerente a essa área, relacionada a fatores como: múltiplas determinações sobre o estado de saúde da população e dos indivíduos;

diversidade das necessidades de saúde em uma população; diferentes tipos de ações e serviços necessários para dar conta dessas necessidades; capacitação de pessoal e recursos tecnológicos requeridos para atendê-las; interesses e pressões do mercado na área da saúde (no âmbito da comercialização de equipamentos, medicamentos, produção de serviços, entre outros) que freqüentemente tensionam a estruturação de um sistema calcado na concepção de saúde como um direito de cidadania (BRASIL, 2003).

O federalismo brasileiro apresenta algumas especificidades, por suas implicações para a área da saúde.

A primeira diz respeito ao grande peso dos municípios, considerados como entes federativos com muitas responsabilidades na implementação de políticas públicas. A diversidade dos municípios brasileiros – em termos de porte, desenvolvimento político, econômico e social, capacidade de arrecadação tributária e capacidade institucional de Estado –, por sua vez, implica diferentes possibilidades de implementação de políticas públicas de saúde, face à complexidade de enfrentamento dos desafios mencionados. Outro aspecto relevante é que o federalismo brasileiro ainda se encontra de certa forma “em construção”, uma vez que, ao longo de toda a história, foi tensionado por períodos de centralismo autoritário e a redemocratização do País ainda é relativamente recente (BRASIL, 2003, p.16).

Partilhando do entendimento de Arretche e Marques (2007, p. 174), entende-se que a política de saúde constituída para prover bens e/ou serviços públicos de modo descentralizado pode assumir uma diversidade de formatos institucionais. No desenho institucional dessas, variam a extensão da autoridade do governo central e o espaço de autonomia dos governos locais. “Além disso, a análise de sistemas descentralizados mostra que o desenho dos governos locais é, em grande parte, resultado do desenho institucional dos sistemas nacionais”.

O SUS é, por definição constitucional, um sistema público, nacional e de caráter universal, baseado na concepção de saúde como direito de cidadania e nas diretrizes organizativas de: descentralização, com comando único em cada esfera de governo; integralidade do atendimento; e participação da comunidade. Assim, a implantação do SUS não é facultativa e as respectivas responsabilidades de seus gestores – federal, estaduais e municipais – não podem ser delegadas. O SUS é uma obrigação legalmente estabelecida, constituindo-se num exemplo de pacto federativo democrático, no qual as ações são acordadas em instâncias formais com a participação das três esferas de governo e da sociedade.

No entanto, o sistema descentralizado do SUS caracteriza-se por concentrar autoridade no governo federal, assim como por financiar a política de saúde por meio de um sistema de transferências inter-regionais. Este sistema deve por lei ser descentralizado, hierarquizado,

cabendo ao município a responsabilidade de prestar atendimento à população, e aos Estados e à União, respeitando as instâncias, o financiamento, a formulação da política nacional de saúde e a coordenação das ações intergovernamentais. Na distribuição destas funções, estabelecidas pela Constituição e Lei nº 8.080/90, observa-se que é a União quem concentra e toma as decisões mais importantes da política nacional de saúde (ARRETCHE, 2007), o que significa que as políticas dos governos locais são profundamente dependentes das transferências desta instância. Para além da estratégia ministerial de construir um sistema descentralizado, através de uma série de portarias editadas pelo Ministério da Saúde, sugere que é também esta esfera que concentra a autoridade para formular as regras que definem as ações de saúde de estados e municípios.

A gestão da rede de serviços em contexto federativo, associada à descentralização, impõe a necessidade de combinar a autonomia dos entes federados e a cooperação entre eles, de forma a garantir os preceitos constitucionais de universalidade e integralidade da atenção, compatibilizando a localização territorial das pessoas com a da rede assistencial sob a responsabilidade de gestores diversos. O arranjo institucional para construção de uma rede regionalizada de serviços tem avançado, no sentido de resolver os problemas da coordenação, e favorecer a superação dos problemas de ação coletiva de forma a produzir uma relação cooperativa entre os entes federados, buscando-se otimizar a utilização da rede de serviços e ampliar o acesso de forma mais igualitária (BRASIL, 2003).

O processo de institucionalização da gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) pode ser caracterizado como um movimento pendular de descentralização/centralização, regido pelo esforço de se implantar o pacto federativo incorporado à Constituição Federal de 1988. Esse processo tem sido pontuado pela elaboração e implementação de políticas e estratégias que incidem sobre a missão das instituições gestoras em cada esfera de governo, estabelecendo a configuração das relações intergovernamentais.

De acordo Paim e Teixeira (2007, p. 1822):

Esse movimento descentralizador foi iniciado com a implementação das Normas Operacionais Básicas de 1993 (NOB 01/93) e especialmente a Norma Operacional Básica de 1996 (NOB 01/96), que induziram a redefinição de funções e competências das três esferas de governo (federal, estadual e municipal) no que se refere à gestão, organização e prestação de serviços de saúde, através da transferência de recursos financeiros, físicos, humanos e materiais do nível federal e estadual para os municípios.

É a Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde¹⁷ – NOB SUS 01/96 que, portanto, consolida a plena responsabilidade do poder público municipal por ações e serviços de saúde e aprimora a organização do sistema. Ela define gestão como “a atividade e a responsabilidade de dirigir um sistema de saúde (municipal, estadual ou nacional), mediante o exercício de funções de coordenação, articulação, negociação, planejamento, acompanhamento, controle, avaliação e auditoria”. Gerência “é conceituada como sendo a administração de uma unidade ou órgão de saúde (ambulatório, hospital, instituto, fundação etc.) que se caracteriza como prestador de serviços ao sistema”.

Para Paim e Teixeira (2007) o processo de (re)centralização, com ênfase no fortalecimento do papel das Secretarias Estaduais de Saúde (SES), foi desencadeado com a elaboração e implementação da Norma Operacional da Assistência à Saúde (NOAS 2001/2002), instrumento de política que pretendia estimular a regionalização da assistência através da organização de sistemas microrregionais de saúde, capazes de garantir economia na compra de insumos e a integralidade da atenção, a partir da implementação de redes de serviços que articulassem os vários níveis de atenção.

Esse processo foi temporariamente interrompido com a mudança de governo em 2003, instalando-se um debate sobre opção excessivamente “normativa” adotada durante a década de 90, o que culminou com a aprovação dos Pactos da Saúde, em 2006 (PAIM; TEIXEIRA, 2007). Os Pactos da Saúde consistem, então, em um novo instrumento de política. Este Pacto institui um processo de negociação permanente entre gestores das três esferas de governo, no sentido de garantir a implementação de políticas e ações prioritárias, discussão essa abordada no próximo capítulo.

Com isso, o Ministério da Saúde tenta substituir a estratégica adotada anteriormente, de induzir a tomada de decisões no âmbito estadual e municipal, a partir de incentivos financeiros, por outra centrada no compromisso político entre os gestores, a ser construído no espaço das Comissões Intergestores Tripartite (CIT), ao nível nacional, e das Comissões Intergestores Bipartites (CIB), em cada estado, mediante a assinatura de “Termos de Compromisso” pactuados politicamente (PAIM; TEIXEIRA, 2007).

Este Termo de Compromisso passa a ser o instrumento pelo qual os gestores fazem sua adesão ao Pacto. A adesão não é automática e todos os municípios, estados, o Distrito Federal e a União, a partir de discussões com os agentes do controle social e as outras esferas de gestão, estabelecem a adesão. O prazo inicial para adesão dos estados, Distrito Federal e municípios foi

¹⁷ Ministério da Saúde (1996).

de nove meses após a publicação de sua portaria, portanto, até 30 de dezembro de 2006.

Assim, os gestores do SUS são os representantes de cada esfera de governo designados para o desenvolvimento das funções do Executivo na saúde: no âmbito nacional, o Ministro da Saúde; no âmbito estadual, o Secretário de Estado da Saúde; e no municipal, o Secretário Municipal de Saúde. As funções gestoras no SUS podem ser definidas como um conjunto articulado de saberes e práticas de gestão necessárias para a implementação de políticas na área da saúde (SOUZA, 2002).

Neste contexto, o autor também identifica quatro grupos de funções (macro-funções) gestoras na saúde: formulação de políticas/planejamento; financiamento; coordenação, regulação, controle e avaliação (do sistema/redes e dos prestadores públicos ou privados); prestação direta de serviços de saúde. Cada uma dessas macro-funções compreende uma série de sub-funções e de atribuições dos gestores na área da saúde. Dentro de macro-função de formulação de políticas/planejamento estão incluídas as atividades de diagnóstico da necessidade de saúde, identificação das prioridades e programação de ações.

[...] a gestão do sistema de serviços de saúde, no âmbito local é responsabilidade maior dos municípios, ainda que com algumas competências concorrentes com a união e Estados. Esse modelo organizacional constitui a vertente polar da regionalização autárquica. Ainda que apresente algumas fortalezas, [...], é um sistema que, no limite transforma cada município num sistema fechado, o que leva a deseconomias de escala, fragmentação dos serviços e perda de qualidade. É o paradigma que tem prevalecido na construção social do SUS e cujas debilidades, neste momento são inequívocas (MENDES 2001, *apud* LOTUFO, 2003, p.13).

Na discussão realizada por Souza (2009) sobre as estratégias de gestão que aproximem o SUS possível do SUS necessário, pontua-se, primeiramente, a importância de compreender a implantação do SUS como uma luta política. Em segundo lugar, adota-se um conceito amplo de gestão, pois são abrangentes também o escopo do SUS e, principalmente, as atividades dos gestores da saúde. Neste sentido, pode-se assinalar:

- a) uma macrogestão, referida às ações de formulação de políticas;
- b) uma mesogestão, relacionada às atividades de condução de uma organização; e
- c) uma microgestão, relativo à coordenação dos processos de trabalho desenvolvidos em uma organização.

Por último, devem-se considerar os três níveis de gestão nas diferentes dimensões da administração da saúde.

Segundo Souza (2009), as estratégias de gestão adotadas pelos gestores, nos três níveis de governo, podem contribuir ou não para o avanço e efetivação do sistema de saúde universal. As

dimensões, classificadas em quatro grupos, relativos a quatro objetivos de gestão, correspondem às atividades fins que o gestor desenvolve para cumprir seu papel de dirigente, são:

- a) sustentação social do projeto político do SUS;
- b) viabilização institucional do projeto político;
- c) fortalecimento da condução técnica da organização de saúde;
- d) garantia da coordenação administrativa da organização.

Para Souza (2009) a sustentação social do projeto político do SUS, sua dimensão sociopolítica, contempla as ações voltadas para obter o apoio da população às políticas do SUS. É preciso que as pessoas percebam os benefícios que o SUS traz para que se mobilizem em sua defesa. Nesta dimensão, a estratégia fundamental é expandir e melhorar a qualidade dos serviços de saúde. Outra importante estratégia se refere à participação popular. Na perspectiva do SUS ser um projeto democratizante, o gestor não pode negligenciar as ações que visam ao fortalecimento da participação de usuários, trabalhadores da saúde e prestadores de serviços na definição e no acompanhamento das políticas de saúde. O gestor deve contribuir para a abertura de canais institucionais de participação, permitindo assim que os sujeitos influenciem as decisões governamentais.

Buscando contemplar as ações nos três níveis de gestão pode-se, por exemplo, no nível macro alocar cursos para a expansão e a qualificação dos serviços para apoiar a participação; na mesogestão, comandar os diversos setores da instituição – técnica, administrativa, financeira, para executarem as ações e decisões de expandir e melhorar os serviços; e; na microgestão desencadear e acompanhar os processos de trabalho referentes às ações de expansão e melhoria dos serviços: o planejamento e a programação, a elaboração de normas e rotinas técnicas, a contratação de empresas de fornecedores de materiais, a alocação e capacitação dos trabalhadores e a dotação de recursos financeiros. O fortalecimento da participação requer, portanto, que os vários setores da instituição aprendam a contemplá-la nos seus processos de trabalho.

Na viabilização institucional do projeto político, entendida por Souza (2009) como dimensão institucional, a estratégia de gestão mais importante é, a partir da identificação dos interesses comuns, distintos e conflitantes existentes entre as instituições, fortalecer as relações com os aliados e neutralizar os adversários.

O autor aponta, ainda, que as ações nos níveis de gestão relacionam-se ao nível macro para a análise dos interesses de cada instituição; ao meso através da adoção de procedimentos que fortaleçam as alianças; ao micro a importância das adaptações no processo de trabalho visando atender as necessidades postas pelas relações institucionais.

Souza (2009) ressalta que, para o alcance das metas estipuladas, é fundamental o conjunto de esforços das três esferas de governo (União, Estado, Município); a cooperação e uma postura colaborativa das entidades (como Ministério Público, imprensa, etc.) e a gestão dos conflitos.

O fortalecimento da condução técnica da organização de saúde, a dimensão técnico-sanitária tem como principais objetivos: a) conduzir a organização de acordos com os preceitos técnicos da saúde coletiva; b) identificar e priorizar ações de enfrentamento aos problemas de saúde; e c) propor e aplicar os recursos.

De acordo com Souza (2009) esta dimensão confere especificidade à gestão da saúde. No nível macro o maior desafio é formular políticas e programas de saúde consistentes.

Políticas de saúde são respostas, produzidas socialmente e conduzidas pelo aparelho estatal, às necessidades de saúde de toda a população, ainda que não sejam iguais para todos. O conceito de política de saúde, na sua acepção mais técnica, remete à idéia de modelo de atenção à saúde. Por modelo de atenção, entende-se a forma de combinação das tecnologias (conhecimentos, técnicas, equipamentos) disponíveis para atender às demandas ou necessidades de saúde. Se, atualmente, é predominante um modelo biologicista, curativista e individualista, o SUS necessário só se materializará em um modelo de atenção integral, em que sejam oferecidas – considerando-se as necessidades de saúde – tanto as ações curativas e individuais quanto as ações promocionais e preventivas. As díades problema-resposta priorizadas devem, nesse sentido, integrar as ações de promoção e as de assistência (SOUZA, 2009, p. 915).

No nível da mesogestão, a dimensão técnico-sanitária se realiza nas atividades de planejamento e avaliação. São instrumentos dessas atividades: os planos plurianuais de saúde, as programações e os relatórios de gestão.¹⁸ Para Souza (2009), as organizações públicas de saúde têm peculiaridades que dificultam adoção de uma racionalidade técnica. Elas sofrem influência do contexto político, muitas vezes contrário às concepções do SUS. Em segundo, a capacidade de

¹⁸ A Lei nº 8.142/90 prevê em seu artigo 4º, que para receberem os recursos do Fundo Nacional de Saúde, os municípios, os Estados e o Distrito Federal deverão contar com Plano de Saúde e Relatório de Gestão. Os Planos de Saúde são documentos de intenções políticas, de diagnóstico, de estratégias, de prioridades e de metas. Devem ser submetidos na íntegra aos conselhos de saúde correspondentes, em cada nível de gestão do SUS. Consolida em cada esfera o processo de planejamento em saúde para dado período, devendo para tanto incorporar o objeto de programações em saúde. A periodicidade deste instrumento é quadrienal, porém revisto anualmente em função de novas metas de gestão que podem ser incorporadas, bem como em decorrência do processo de programação pactuada e integrada, que também é anual. De acordo com a Lei nº 8.080/90, a União, os Estados, o Distrito Federal e os municípios deverão no que concerne a saúde, pautar-se pelos seus planos de saúde para a elaboração das respectivas propostas orçamentárias anuais. Assim as ações previstas nos Planos de Saúde devem constituir a base sobre a qual será feita a proposta orçamentária para a área da saúde. Os Relatórios de Gestão, nas três esferas, deverão avaliar o cumprimento dos objetivos e das metas explicitadas no Quadro de Metas, bem como da aplicação dos recursos em cada esfera de governo em cada exercício anual, sendo elaborados pelos gestores e submetidos aos respectivos Conselhos de Saúde. Destina-se a sistematizar e divulgar informações sobre os resultados obtidos. Este instrumento deve possibilitar o acompanhamento da conformidade da aplicação de recursos à programação aprovada. Proporciona ainda subsídios para a avaliação e para a confecção das Agendas de Saúde. É elaborado anualmente a partir da matriz de informações constituída pelo Quadro de Metas. Os elementos que constituem o Relatório de Gestão são: o diagnóstico situacional, ao qual se agregam as prioridades estabelecidas; e uma análise estratégica, que permita a comparação crítica entre o previsto e o realizado, mediante a focalização do quadro-síntese das metas e da programação em saúde explicitadas no Quadro de Metas, bem como da aplicação dos recursos financeiros (BRASIL, 2003).

decisão do dirigente é limitada por autoridades externas e estas são obrigadas a seguir normas definidas por outras instâncias ou organizações.

Na microgestão, esta dimensão se apóia nos processos de trabalho dos sanitaristas. Enquanto gestor deve-se assegurar aos sanitaristas os meios necessários à execução de seu trabalho, o que incluiu a autorização para circular pelos diversos setores e acompanhar a atuação de todos os colaboradores da SMS.

E, por fim, na dimensão administrativa, garante-se a coordenação administrativa da organização através de ações de mobilização e de uso eficiente dos recursos humanos, financeiros e materiais. A gestão do trabalho em saúde engloba desde a formulação das políticas de pessoal até as rotinas de trabalho de todos os funcionários e setores. De acordo com Souza (2009), esta dimensão contempla:

Gestão do trabalho: que no nível macro, é preciso articular todos os interessados na questão para discutir uma política de pessoal, identificando o perfil da mão-de-obra necessária, em quantidade e qualidade, para alcançar os objetivos das políticas de saúde; envolvendo processos de negociações. No nível da mesogestão, é preciso ampliar e qualificar o quadro de pessoal, assim como implantar planos de cargos, carreiras e vencimentos. Além disso, oferecer condições adequadas de trabalho, com salários compatíveis com a realidade do mercado e com um ambiente e instrumentos de trabalho apropriados. Na microgestão, o gestor deve ter mecanismos de acompanhamento do trabalho profissional;

Gestão financeira: na macrogestão, a ação mais importante é lutar pela regulamentação em lei da EC-29. O SUS precisa aumentar os recursos financeiros. Na mesogestão, a organização de saúde deve ter autonomia para gerir os recursos. Para Souza (2009, p. 916) envolve uma disputa por poder, dentro da estrutura do governo:

A transferência automática de recursos para a saúde significa uma redução da margem de liberdade do gestor financeiro. Todavia, não se pode desprezar a determinação política de priorizar a saúde, expressa na EC-29, mesmo que implique a limitação do poder de decisão dos gestores financeiros – e dos chefes do Executivo – quanto às prioridades de governo.

Na microgestão o desafio é conseguir que a área financeira administrativa e a técnica trabalhem de maneira coordenada. Para tanto é fundamental a programação participativa e implementar mecanismos de acompanhamento.

Gestão de recursos materiais: envolve as atividades relacionadas à aquisição, conservação e ao uso apropriado de imóveis, equipamentos, veículos e insumos. Aqui, a estratégia é valorizar o conceito de eficiência dentro da organização. No nível macro, é preciso formular uma política de

gestão de materiais; na mesogestão, a principal tarefa do gestor refere-se à definição dos fluxos dos processos administrativos entre os vários setores da instituição, pois o grau de fluidez dos processos é determinante do nível de eficiência da organização.

Gestão de materiais: essa gestão determina a articulação dos processos de trabalho da área administrativa com aqueles das áreas técnicas, haja vista a dependência mútua entre ambas. É tarefa do gestor tornar regulares as práticas de planejamento e avaliação das atividades administrativas.

Nesta direção, Lotufo e Miranda (2007) entendem gestão como organização da operação de tarefas e ações e suas distribuições no trabalho da equipe, para o plano da articulação em rede das atividades de produção de saúde, extrapolando, necessariamente, os limites das equipes e unidades em direção às conexões possíveis com o território produtivo em que se situam. Assim, gestão também está atrelada à criação e utilização de meios que possibilitem concretizar os princípios de organização da política, abarcando estudos de gestão de serviços e sistemas de saúde, gestão de qualidade, gestão estratégica, gestão de recursos humanos, gestão orçamentária e financeira.

A gestão

[...] abarca um conjunto de práticas políticas, técnicas e administrativas que inclui desde a formulação de políticas, o planejamento, a programação e orçamentação, o gerenciamento da execução de planos, programas e projetos até a formação e treinamento de dirigentes (TEIXEIRA; MOLESINI, 1999, *apud* LOTUFO, 2003, p. 35).

De acordo com o Ministério da Saúde (MS), Gestão¹⁹ na saúde, é o conjunto de

atividades e responsabilidades de dirigir um sistema de saúde – municipal, estadual ou nacional, mediante o exercício de funções de coordenação, articulação, negociação, planejamento, acompanhamento, regulação, controle, avaliação e auditoria, gestão do trabalho, desenvolvimento e apropriação de ciência e tecnologia, entre outras (BRASIL, 2007, p. 21).

O conceito implica também no processo de formulação e implementação das políticas e programas dessa área. O conceito de gestão está associado aos princípios e diretrizes da Política Nacional de Saúde e ao conjunto das políticas específicas, as bases financeiras, os processos de planejamento, organização e execução dos serviços.

Schraiber (1999, p. 231) define gestão, como:

¹⁹ Conceito extraído do glossário do Termo de Compromisso de Gestão Municipal, Brasil, 2007.

Um saber capaz de conduzir a planejada forma (organização) de realizar o trabalho em saúde. Claro está, de outro lado, que trabalhos como os de planejamento, administração, gerência ou gestão surgem como necessidade do processo de produção, em razão da complexificação desta produção, como é o caso da especialização do trabalho e da produção em escala. Neste contexto, a fragmentação do processo produtivo exige um trabalho de controle e supervisão que coordene a recomposição de conjunto. Esta será a racionalidade deste trabalho como ação estratégica, realizando sua tecnologia de poder. Nestas circunstâncias planejamento é sinônimo de gerência ou administração.

De acordo com Lotufo e Miranda (2007), o propósito primordial da gestão em saúde é a produção de decisões, que desencadeia o processo de intermediação e implementação das políticas. Há muita complexidade e subjetividade envolvidas nestes processos de gestão. Os sistemas de direção, assim como o processo e os arranjos para a tomada de decisões, envolvem motivações, interesses, racionalidades imbricadas, intuição (e experiência intuitiva), conhecimentos, capacidades cognitivas, habilidades, qualidade estratégica, controle de capitais e recursos (tempo, informações, tecnologias, financiamento). Enfim, características e qualidades de pessoas (sujeitos, agentes, atores institucionais) e não somente de sistemas ou serviços.

A gestão do SUS deve ser estratégica e participativa. Estratégica, porque deve ser capaz de adotar mecanismos permanentes de regulação, controle, acompanhamento, monitoramento e avaliação, garantindo fiscalização e auditoria. Participativa, porque requer decisões compartilhadas entre gestores, trabalhadores e usuários do SUS. O controle social realizado por meio dos conselhos tem relevante papel na gestão participativa do SUS. As ouvidorias têm o papel de retratar permanentemente para os gestores e gerentes dos serviços a situação do atendimento que está sendo oferecido (BRASIL, 2006a, p. 28).

Para Merhy (2002), todo gestor de saúde é um ator em situação de governo, o que significa que é um ator coletivo, portador de um projeto, mesmo que num primeiro momento seja representado por uma só pessoa. Esse projeto tem direcionalidade e vai ser disputado num cenário em que outros atores, que também governam, buscam com os recursos que possuem dar a direcionalidade aos seus projetos. Diante disso, o gestor deve usar sua capacidade de governar para aumentar sua governabilidade. A capacidade de governo representa os recursos que possui enquanto governo e é tudo que contribui para garantir o êxito do projeto do ator: recursos financeiros, conhecimento, tecnologia, ou seja, um conjunto de saber-fazer do agir governamental que aumenta a capacidade de disputa da direcionalidade pretendida pelo gestor.

No caso do SUS, a gestão municipal tem autonomia para o exercício do poder dado pela legislação que estabelece os limites legais do município. Por outro lado, por ser parte integrante do SUS, a gestão municipal tem que considerar as diretrizes políticas emanadas das esferas federal e estadual (MERHY, 2002).

Cabe lembrar que o gestor de saúde vai gerir também processos de trabalho para produção de um valor de uso que é a saúde; mas esse é também um processo de construção de sujeitos (CAMPOS, 2000). Por isso é fundamental que o gestor e os próprios trabalhadores tenham clareza da finalidade do trabalho em saúde. A gestão do SUS nos municípios é a gestão dos processos de trabalho nos distintos tipos de serviços de saúde.

Para Campos (1994), a racionalidade gerencial hegemônica trabalha com o aprisionamento da vontade, do desejo e dos interesses dos trabalhadores, sendo que, para organizar processos de trabalho comprometidos com a defesa da vida dos usuários, é imprescindível experimentar novos modelos de gestão em que os trabalhadores se reconheçam na sua obra; a gestão deve privilegiar as pessoas e não as estruturas.

Sendo assim, Merhy (2002) diz que o gestor de saúde deve compreender o que é marcador do território da saúde e quais são as relações sociais que esse gestor tem capacidade de governar. Segundo ele, tais relações são de naturezas políticas, organizacionais e relações produtivas.

No município enquanto território *loco-regional* e espaço de produção de gestão, através do conjunto das obras bibliográficas revisadas, entende-se que cabe à gestão “gerir a coordenação” dos processos de trabalho e da organização do sistema público de saúde, aspectos relacionados com o planejamento, programação, reorganização do processo de trabalho, sistemas de informação em saúde, capacitação de pessoal, práticas de monitoramento, supervisão e avaliação de sistemas e serviços de saúde, bem como estudos sobre a participação e o controle social do SUS.

Cabe lembrar, todavia, segundo Ramos (2007), que o governo municipal não é independente de outras instâncias de poder na sociedade, e passa ainda pelas determinações do processo de descentralização das políticas antes da responsabilidade do governo federal ou estadual. Mesmo operando com finanças e patrimônio próprios, parte do orçamento do governo municipal é composto de recursos de uma distribuição entre a esfera federal e os demais estados da federação e os que vão ser dividido pelos diversos municípios de um determinado estado. A administração municipal na implementação de políticas públicas e sociais estabelece uma nova distribuição dos seus recursos financeiros entre os grupos sociais, distritos, bairros de seu território. É neste âmbito que se tomam as decisões e posições inclusive no enfrentamento da desigualdade social.

Esta discussão teórica permite uma inserção mais qualificada no universo pesquisado e um “olhar mais apurado” acerca dos modelos de gestão de saúde adotados nos municípios. Nesse contexto, pode-se afirmar que convivem formas tradicionais de gestão com formas inovadoras e contemporâneas: identificadas nos municípios, as formas tradicionais de gestão, estão presentes

na administração burocrática, na racionalidade gerencial, na hierarquia e centralização do poder, das tarefas, da informação, de controle e dominação e na separação entre quem gere de quem executa o trabalho como atividade pré-determinada pelo gestor/organização; as formas contemporâneas no discurso sobre eficiência, recursos econômico-financeiros, capacidade de gestão, autonomia, responsabilização, social.

4 A GESTÃO DA SAÚDE PÚBLICA NO BRASIL

Para uma melhor compreensão do que ocorreu na política de saúde nos últimos anos, torna-se necessário “um mergulho mais profundo” em algumas categorias específicas. Para tanto, três categorias analíticas centrais foram consideradas essenciais na construção deste capítulo: a Constituição Federal de 1988, a política e a gestão de saúde no Brasil.

A Constituição Federal de 1988 trouxe importantes inovações em todas as áreas. No que tange ao campo das políticas sociais, especificamente na saúde, consagrou o direito à saúde e definiu princípios e diretrizes para orientá-la, destaca-se a garantia do acesso universal, igualitário e gratuito às ações e serviços de saúde. O Sistema Único de Saúde (SUS) é a expressão institucional da política de saúde. Isto também redesenha a estrutura do Estado em uma lógica de federação descentralizada, com ênfase no papel dos municípios. O texto constitucional eleva, no seu artigo 18²⁰, estados, Distrito Federal (DF) e municípios a membros integrantes e ativos da Federação, considerando à autonomia política, administrativa e financeira destes, através da descentralização “conferindo aos estados e municípios ampla autonomia para legislar e arrecadar tributos próprios e para orçar, gerir, despender e fiscalizar seus recursos, além de reformar tributos e descentralizar receitas” (PNUD, 2011, p. 57).

Na realidade, esta autonomia proclamada na Constituição é relativa, visto que estados, municípios e o DF são, quase totalmente, dependentes financeiramente da União, concentrando-se, assim, o poder político e decisório das políticas públicas sob sua tutela.

A Constituição Federal também é um marco legal, um divisor de águas no sistema de gestão da saúde pública no Brasil. O conceito de política de saúde aqui adotado abrange questões relativas ao poder e política propriamente dito, envolvendo processos contraditórios e ao estabelecimento de diretrizes, planos e programas de saúde. O conceito de gestão em saúde contempla questões de criação e de utilização de meios para concretizar os princípios de organização desta política. Nesse sentido, com a criação do SUS, o Ministério da Saúde assume a área e, buscando superar as lacunas constitucionais, edita as Normas Operacionais Básicas (NOBs). A NOB 91 explicita o processo de municipalização; a NOB 93 caracterizou-se pela luta quanto ao financiamento do sistema; e a NOB 96 criou os diversos níveis de gestão. As Normas Operacionais de Assistência Social (NOAS) foram responsáveis pela introdução de importantes ferramentas de planejamento e programação em saúde: o Plano

²⁰ A organização político-administrativa da República Federativa do Brasil compreende a União, os Estados, o Distrito Federal e os Municípios, todos autônomos, nos termos desta Constituição (BRASIL, 1988).

Diretor de Regionalização (PDR); o Plano Diretor de Investimentos (PDI) e a Programação Pactuada e Integrada (PPI).

4.1 A CONSTITUIÇÃO FEDERAL DE 1988 E O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

As constituições e convenções reconhecem e estabelecem a proteção jurídica de alguns direitos, consistindo num momento de formalização dos acordos que estruturam a vida de cada uma das sociedades. Considera-se que os direitos têm como objetivo explícito regular as práticas sociais e os vínculos que se estabelecem entre indivíduos, grupos e classes e entre estes e o poder constituído. Enquanto principio regulador se submetem às alterações estruturais e conjunturais, perpassado pelas contradições e movimentos da sociedade civil, o que determina, por sua vez, mudanças nas relações entre esta e o Estado. Tais alterações podem ser identificadas de várias maneiras, sendo uma delas através das Constituições. Nos textos constitucionais podem-se apreender as novas contratualidades entre os diferentes segmentos de classe, parametradas pelas exigências do movimento (SIMIONATTO; NOGUEIRA; GOMEZ, 2004).

O debate sobre as políticas sociais na perspectiva de sua democratização, no Brasil, tem origem no quadro político dos anos 80 com as lutas contra a ditadura militar²¹ e os esforços pela construção democrática do Estado e da sociedade civil. No quadro de redefinições das relações entre Estado e sociedade civil, um amplo e heterogêneo conjunto de forças sociais foi protagonista do debate e das propostas frente à crise social, desaguando no processo constituinte do qual resultou a Constituição Federal de 1988.

Pereira (2002, p.152), destaca que,

Graças à mobilização da sociedade, as políticas sociais tornaram-se centrais, nessa década, na agenda de reformas institucionais que culminou com a promulgação da Constituição Federal de 1988. Nesta Constituição, a reformulação formal do sistema de proteção social incorporou valores e critérios que, não obstante antigos no estrangeiro, soaram, no Brasil, como inovação semântica, conceitual e política. Os

²¹ A ditadura significou para a totalidade da sociedade brasileira a afirmação de uma tendência de desenvolvimento econômico-social e político que modelou um país novo. Os grandes problemas estruturais foram aprofundados, tornando-se mais complexos. Em face da “questão social” no período de 1964 - 74, o Estado utilizou para sua intervenção o binômio repressão-assistência, sendo a política assistencial ampliada, burocratizada e modernizada pela máquina estatal com a finalidade de aumentar o poder de regulação sobre a sociedade, suavizar as tensões sociais e conseguir legitimidade para o regime e servir de mecanismo de acumulação do capital (BRAVO, 2006).

conceitos de “direitos sociais”, “seguridade social”, “universalização”, “equidade”, “descentralização político-administrativa”, “controle democrático”, “mínimos sociais”, dentre outros, passaram, de fato a constituir categorias-chave norteadoras da constituição de um novo padrão de política social a ser adotado no país.

Diante da crise do Estado autoritário, do agravamento da questão social na década de 80 e da luta pela democratização do Estado e da sociedade, intensifica-se o debate sobre as políticas públicas, especialmente as de corte social.

De acordo com Raichelis (2006, p. 5):

Este movimento põe em discussão não apenas o padrão histórico que tem caracterizado a realização das políticas sociais em nosso país - seletivo, fragmentado, excludente e setorizado - mas também a necessidade de democratização dos processos decisórios responsáveis pela definição de prioridades e modos de gestão de políticas e programas sociais.

Vale ressaltar que embora os anos 80 sejam um período de aprofundamento das desigualdades sociais (chamado de década perdida) em função do aumento da pobreza e da miséria, é simultânea e contraditoriamente palco de avanços democráticos dos mais significativos na história política brasileira. A conjuntura favoreceu a redefinição das relações entre democratização e representação dos interesses populares nas decisões políticas (RAICHELIS, 2006).

A Constituição Federal²², promulgada em 1988 inaugura um projeto de Estado democrático e institui o acesso aos serviços de consumo coletivo na área social como direitos básicos e universais de cidadania, através de um leque de direitos sociais²³. A Constituição representou uma ruptura com o modelo de Estado e de cidadania vigente até então; uma profunda transformação no padrão de proteção social brasileiro, consolidando, nesta, as pressões que já se faziam sentir há mais de uma década.

O processo constituinte e a promulgação da Constituição de 1988 representaram no plano jurídico, a promessa de afirmação e extensão dos direitos sociais em nosso país frente à grave crise e às demandas de enfrentamento dos enormes índices de desigualdade social. A Constituição Federal introduziu avanços que buscaram corrigir as históricas injustiças sociais acumuladas secularmente, incapaz de universalizar direitos, tendo em vista a longa tradição de privatizar a coisa pública pelas classes dominantes (BRAVO, 2006, p. 96-7).

²² Esta Constituição foi um ponto de partida para as novas relações entre Estado e Sociedade, um marco na discussão de políticas sociais públicas, recebendo a denominação de “Constituição Cidadã”. Nesta consolidaram-se os conceitos norteadores da constituição de novo padrão de direito social e política social adotado no Brasil.

²³ Expressos no Capítulo da Ordem Social, artigo 6º, são direitos sociais a educação, a saúde, a alimentação, o trabalho, o lazer, a segurança, a previdência social, a proteção à maternidade e à infância, assistência aos desamparados, na forma desta Constituição (BRASIL, 2001, p. 152).

Inaugurou-se, também, um novo período, no qual o modelo da seguridade social passa a estruturar a organização e formato da proteção social brasileira, em busca da universalização da cidadania. Neste modelo, busca-se romper com as noções de cobertura restrita a setores inseridos no mercado formal e afrouxar os vínculos entre contribuições e benefícios, gerando mecanismos mais solidários e redistributivos. Os benefícios passam a ser concedidos a partir das necessidades, com fundamentos nos princípios da justiça social, o que obriga a estender universalmente a cobertura e integrar as estruturas governamentais (FLEURY, 2009).

A Seguridade Social compreende um conjunto integrado de ações de iniciativa dos poderes públicos e da sociedade, destinadas a assegurar os direitos relativos à Assistência Social, à Saúde e à Previdência Social, (Título VIII, Capítulo II, Seção I, art. 194), tornando-os assim partes integrantes da rede de proteção social pública. A Saúde e a Assistência Social são de caráter distributivo e a Previdência Social de caráter contributivo. Os primeiros são financiados com recursos do tesouro nacional e o último com uma base ampliada de contribuições, sobressaindo-se a contribuição dos empregados e empregadores.

A originalidade da seguridade social brasileira está dada em seu forte componente de reforma do Estado, ao redesenhar as relações entre os entes federativos e ao instituir formas concretas de participação e controle sociais, com mecanismos de articulação e pactuação entre os três níveis de governo. A organização dos sistemas de proteção social deveria adotar o formato de uma rede descentralizada, integrada, com comando político único e um fundo de financiamento em cada esfera governamental, regionalizada e hierarquizada, com instâncias deliberativas que garantissem a participação paritária da sociedade organizada, em cada esfera governamental (FLEURY, 2009, p. 746).

Além da consolidação de conceitos norteadores e novos princípios²⁴ políticos pertinentes a uma formulação mais estruturada, a Constituição de 1988 rompe com padrões tradicionais de gestão, introduzindo significativas mudanças no modo de atuação do Estado brasileiro no campo social, a partir das diretrizes constitucionais de descentralização e participação social na organização e gestão das políticas sociais.

Segundo Fleury (2009, p. 745-6):

O novo padrão constitucional da política social caracteriza-se pela universalidade na cobertura, o reconhecimento dos direitos sociais, a afirmação do dever do Estado, a subordinação das práticas privadas à regulação em função da relevância pública das ações e serviços nestas áreas, uma perspectiva publicista de cogestão governo/sociedade, um arranjo organizacional descentralizado.

²⁴ Como universalidade da cobertura e do atendimento, uniformidade e equivalência dos benefícios e serviços a populações urbanas e rurais, seletividade e distributividade na prestação dos benefícios e serviços, irredutibilidade do valor dos benefícios, equidade na forma de participação no custeio, dentre outros (BRASIL, 1988).

A Constituição estabeleceu, também, os conselhos gestores de políticas públicas, que constituem uma das principais inovações democráticas neste campo. Embora não sendo espaços únicos e exclusivos de participação política, pela sua composição paritária entre representantes da sociedade civil e do governo, pela natureza deliberativa de suas funções e como mecanismo de controle social sobre as ações estatais, pode-se considerar que os Conselhos aparecem como um constructo institucional que se opõe à histórica tendência clientelista, patrimonialista e autoritária do Estado brasileiro, desenho de uma nova institucionalidade nas ações públicas, que envolvem distintos sujeitos nos âmbitos estatais e societal (RAICHELIS, 2006).

No tocante à saúde, especificamente, como aspectos fundamentais do texto constitucional, a Seção II – Da Saúde, artigo 198 reza que as ações e os serviços de saúde constituem uma rede regionalizada e hierarquizada de serviços de saúde. Esta conforma um sistema único de saúde, organizado segundo três diretrizes básicas – descentralização; atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas e sem prejuízo dos serviços assistenciais; e participação da sociedade. Destacam-se ainda a adoção de um conceito de saúde como articulação de políticas sociais e econômicas e que não se restringe à assistência médica; o estabelecimento da saúde como direito universal; a caracterização das ações e serviços de saúde como de relevância pública (MENICUCCI, 2007).

Entende-se como política de saúde a resposta social (ação ou omissão) de uma organização (como o Estado) diante das condições de saúde dos indivíduos e das populações e seus determinantes, bem como em relação à produção, distribuição, gestão e regulação de bens e serviços que afetam a saúde humana e o ambiente. Política de saúde abrange questões relativas ao poder em saúde (Politics), bem como as que se referem ao estabelecimento de diretrizes, planos e programas de saúde (Policy). Assim, a palavra política na língua portuguesa expressa tanto as dimensões do poder quanto as diretrizes. Apesar disso, enquanto disciplina acadêmica, a política de saúde abrange o estudo das relações de poder na conformação da agenda, na formulação, na condução, na implementação e na avaliação de políticas. Portanto, política de saúde envolve estudos sobre o papel do Estado, a relação Estado-sociedade, as reações às condições de saúde da população e aos seus determinantes, por meio de propostas e prioridades para a ação pública. Inclui ainda estudo de sua relação com políticas econômicas e sociais, controle social, economia da saúde e financiamento (PAIM; TEIXEIRA, 2006, p.74).

A reforma da política de saúde, que culminou na criação de um sistema público universal²⁵, é explicitada pela confluência da crise do financiamento da assistência e mudanças no contexto político mais amplo. Crise do modelo vigente em razão,

²⁵ De acordo com Trevisan e Junqueira (2007, p. 896) o SUS é o produto mais bem elaborado desse democrático processo de enfrentamento dos excessos da centralização.

principalmente, do esgotamento da capacidade de financiamento do modelo de assistência que prevalecia de alto custo e baixa efetividade. As origens do SUS remontam, portanto, há muito mais tempo, a partir da crise deste modelo, médico assistencial privatista, que se hegemonizou na segunda metade do século XX, induzido pelo processo da industrialização brasileira.

A conjuntura favorável às mudanças, a mobilização popular em torno da 8ª Conferência Nacional de Saúde em 1986, que desembocou na Constituição Federal de 1988 e o contexto de democratização permitiu a constituição e influência no processo decisório de novos atores, portadores de propostas alternativas para a saúde, em uma situação de desequilíbrios institucionais favorável à inovação institucional (MENICUCCI, 2007).

Nessa década, a saúde passa a contar com a participação de novos sujeitos sociais²⁶ na discussão das condições de vida da população brasileira e das propostas governamentais apresentadas para o setor. A saúde deixou de ser interesse apenas de técnicos para assumir uma dimensão política, estando estreitamente vinculada à democracia. Dentre as propostas debatidas por esses sujeitos coletivos, destacam-se:

- a) universalização do acesso;
- b) a concepção de saúde como direito social e dever do Estado;
- c) a reestruturação do setor através da estratégia do Sistema Unificado de Saúde visando um profundo reordenamento setorial com um novo olhar sobre a saúde individual e coletiva;
- d) a descentralização do processo decisório para as esferas estadual e municipal, o financiamento efetivo e a democratização do poder local através de novos mecanismos de gestão – os Conselhos de Saúde (BRAVO, 2006).

A realização da 8ª Conferência Nacional de Saúde, em março de 1986, em Brasília - Distrito Federal teve como temário: I A Saúde como direito inerente a personalidade e à cidadania; II Reformulação do Sistema Nacional de Saúde, III Financiamento setorial. Esta Conferência contou com a participação de cerca de quatro mil e quinhentas pessoas, dentre as quais mil delegados. Diferenciou-se das outras, pois nesta incluíram os usuários dos sistemas de saúde. Os debates saíram dos seus fóruns específicos (CEBES, Medicina Preventiva, Saúde Pública) e assumiram outra dimensão com a participação das entidades representativas da

²⁶ Dos personagens que entraram em cena nesta conjuntura, destaca-se: os profissionais de saúde, representados pelas suas entidades, defendendo questões como a melhoria da situação saúde e o fortalecimento do setor público; o movimento sanitário, tendo o Centro Brasileiro de Estudo de Saúde (CEBES) como veículo de difusão e ampliação do debate em torno da Saúde e Democracia e elaboração de contrapropostas; os partidos políticos de oposição, que começaram a colocar nos seus programas a temática e viabilizaram debates no Congresso para discussão da política do setor e os movimentos sociais urbanos, que realizaram eventos em articulação com outras entidades da sociedade civil (BRAVO, 2006).

população: moradores, sindicatos, partidos políticos, associações de profissionais, parlamento. A questão da saúde ultrapassou a análise setorial, referindo-se à sociedade como um todo, propondo-se não somente o Sistema Único, mas a Reforma Sanitária (BRAVO, 2006).

A 8ª Conferência discutiu e aprovou a unificação do sistema de saúde, o conceito ampliado de saúde, o direito de cidadania e dever do Estado, elaborou novas bases financeiras do sistema e instâncias de participação popular. O relatório final²⁷ desta consolidou as propostas do movimento sanitário acrescidos de outros como os dos secretários municipais de saúde, hoje Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (CONASEMS). A partir desta Conferência, se modificaram as bases de organização, deliberação e representação das Conferências Nacionais de Saúde, configurando o modelo que perdura até hoje (SCOREL, 2008).

Salienta-se ainda que, de acordo com Escorel (2008), um dos principais desdobramentos da 8ª Conferência foi à constituição da Comissão Nacional da Reforma de Saúde (CNRS), responsável pela elaboração da proposta constitucional para o capítulo da saúde, e a configuração da Plenária Nacional de Saúde.

O texto constitucional atende em grande parte às reivindicações do movimento sanitário, não atende aos interesses empresariais do setor hospitalar e não altera a situação da indústria farmacêutica. Destacam-se os principais aspectos aprovados na nova Constituição: o direito universal à saúde e o dever do Estado; as ações e serviços de saúde passaram a ser considerados de relevância pública, cabendo ao poder público sua regulamentação, fiscalização e controle; constituição do Sistema Único de Saúde integrando todos os serviços públicos em uma rede hierarquizada, regionalizada, descentralizada e de atendimento integral, com participação da comunidade; a participação do setor privado no sistema de saúde deverá ser complementar, preferencialmente com as entidades filantrópicas, sendo vedada a destinação de recursos públicos para subvenção às instituições com fins lucrativos; proibição da comercialização de sangue e seus derivados (BRAVO, 2006).

A Assembléia Constituinte com relação à Saúde transformou-se numa arena política em que os interesses se organizaram em dois blocos polares: os grupos empresariais, sob a liderança da Federação Brasileira de Hospitais (setor privado) e da Associação de Indústrias Farmacêuticas (Multinacionais), e as forças propugnadoras da Reforma Sanitária, representadas pela Plenária Nacional da Saúde na Constituinte, órgão que passou a congrega cerca de duas centenas de entidades representativas do setor. A eficácia da Plenária das Entidades, para atingir seus objetivos, foi resultado do uso

²⁷ Este documento, na íntegra, está disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/Relatorios/relatorio_8.pdf>. Acesso em: 2 ago. 2011.

adequado de três instrumentos de luta: a capacidade técnica de formular com antecipação um projeto de texto constitucional claro e consistente; a pressão constante sobre os constituintes; a mobilização da sociedade. A proposta de emenda popular apresentada por Sérgio Arouca, indicado pela plenária de Saúde para defendê-la no Plenário da Constituinte, foi assinada por mais de cinquenta (50) mil eleitores, representando 167 entidades (BRAVO, 2006, p. 10).

Por isso, a partir da década de 1990, dois projetos convivem em tensão: o projeto de reforma sanitária, construído na década de 1980 e inscrito na Constituição Brasileira de 1988, e o projeto de saúde articulada ao mercado ou privatista, hegemônico na segunda metade da década de 1990 (BRAVO, 2006). O projeto de reforma sanitária, abordado anteriormente, tem como uma de suas estratégias o SUS e foi fruto de lutas e da mobilização de profissionais de saúde e articulados ao movimento popular. Concebe o Estado democrático e de direito, sendo responsável pelas políticas sociais, dentre elas, a da saúde.

O projeto saúde articulado ao mercado ou a reatualização do modelo médico assistencial privatista, está pautado na Política de Ajuste que tem como principais tendências a contenção dos gastos com racionalização da oferta; descentralização com isenção de responsabilidade do poder central. A tarefa do Estado, nesse projeto, consiste em garantir um mínimo aos que não podem pagar, ficando para o setor privado o atendimento dos que têm acesso ao mercado. Suas principais propostas são: caráter focalizado para atender às populações vulneráveis através do pacote básico para a saúde, ampliação da privatização, estímulo ao seguro privado, descentralização dos serviços ao nível local, eliminação da vinculação de fonte com relação ao financiamento (COSTA, 1996 *apud* BRAVO, 2006, p.15).

A Constituição de 1988 permitiu que os municípios brasileiros alcançassem uma autonomia, política, administrativa e financeira. Do ponto de vista da técnica legislativa, os municípios conquistaram plena autonomia política para eleger o poder Executivo e Legislativo municipal e legislar sobre os temas de âmbito local. A autonomia administrativa permitiu também o pleno poder decisório para o ordenamento dos serviços públicos locais. A autonomia financeira, a implantação de alguns impostos, definição de alíquotas de outros e liberdade significativa para aplicação das rendas municipais cumpridas as determinações da Lei de Responsabilidade Fiscal.

Contudo, à medida que o processo de municipalização avançou ampliaram-se as responsabilidades e, sobretudo foram atribuídos novos papéis aos gestores municipais no atendimento às demandas, nas mais diversas áreas, exigindo uma maior competência e transparência no trato administrativo e gerencial dos recursos. A partir dos marcos legal nacional - significativo conjunto de leis, portarias ministeriais e ações administrativas, que

define as competências dos municípios, buscando viabilizar o projeto político desenhado na Constituição Federal, a gestão recebe uma maior atenção.

Na saúde, o processo de implantação do SUS colocou, e tem colocado, a gestão como elemento central da implementação de políticas de saúde, o modo concreto de operá-las, mediante o processo de negociação entre gestores das três esferas administrativas – união, estado e município (VILASBÔAS, 2006). O SUS propõe um modelo institucional diferenciado dos modelos anteriormente vigentes no Brasil, ao trazer uma nova articulação entre os diferentes níveis gestores do sistema e fortalecer o controle social sobre as políticas de saúde.

Esse modelo pressupõe uma articulação estreita entre a atuação de: 1) gestores do sistema em cada nível de governo; 2) instâncias de negociação e decisão envolvendo a participação das diferentes esferas de governo, as Comissões Intergestores Tripartite e as Comissões Intergestores Bipartites (uma por Estado); 3) conselhos de secretários de saúde nos âmbitos nacional, estadual e municipal, além da realização periódica de Conferências de Saúde (NORONHA; LIMA; MACHADO, 2008, p. 444).

A Lei nº 8.080 define as atribuições e competências de cada esfera de governo do Poder Executivo. O arcabouço institucional e decisório do SUS é constituído a partir das três esferas de governo na gestão do SUS, com direção única: nacional, estadual e municipal. O colegiado participativo nas mesmas instâncias: os Conselhos Nacional, Estadual e Municipal; a gestão, respectivamente, através do Ministério da Saúde, Secretarias Estaduais e Municipais. Integram ainda este arcabouço as Comissões Intergestores Tripartite e Bipartite (CIT e CIB respectivamente).

[...] nas últimas décadas a gestão local de políticas públicas tem sido portadora de expectativas as mais positivas com relação a resultados desejáveis da ação do Estado. Democratização do processo decisório; eficiência na gestão das políticas públicas; controle social; qualidade da informação entre decisores, provedores e beneficiários estão no topo da lista dos resultados virtuosos da descentralização, em oposição aos vícios e problemas gerados pelas estruturas centralizadas instituídas ao longo do século 20 (ARRETCHE, 2003, p. 332).

Segundo Noronha, Lima e Machado (2008), os gestores do SUS atuam em dois âmbitos, o político e o técnico. O âmbito político se expressa através do relacionamento dos gestores do SUS com outros atores sociais, nos diferentes espaços e instâncias de negociação e decisão existentes; é a interação do gestor com os diferentes órgãos de representação da sociedade civil organizada.

O âmbito técnico consubstancia a atuação do gestor do SUS através do exercício das funções gestoras na saúde. Tais funções podem ser definidas como um conjunto articulado de saberes e práticas de gestão necessárias para a implementação de políticas na área da saúde,

exercidas de forma coerente com os princípios do sistema público de saúde e da gestão pública (NORONHA; LIMA; MACHADO, 2008, p. 445).

Ainda para os autores, identificam-se quatro grupos de funções, gestoras, nos diferentes campos de atenção à saúde, sendo que cada uma delas compreende uma série de atividades específicas, exercidas de forma diferenciada pelos três níveis de gestores. Salienta-se ainda que é a LOS que define e detalha as competências específicas dos gestores do SUS: formulação de políticas e planejamento; financiamento; regulação e; prestação direta de ações e serviços de saúde.

De forma geral, pode-se dizer que,

- os três gestores participam do planejamento dos sistemas de serviços e da formulação das políticas de saúde; da mesma forma, os três gestores são responsáveis pela realização de investimentos voltados para a redução das desigualdades, cada um em sua esfera de atuação (sendo estratégica a ação do governo federal para a redução das desigualdades regionais); e ainda pelo controle e avaliação do conjunto do sistema, incluindo a avaliação de resultados, nas suas respectivas esferas;
- as principais responsabilidades do Ministério da Saúde são a normalização e coordenação geral do sistema no âmbito nacional, o que deve ser desenvolvido com a participação dos estados e dos municípios, para os quais o Ministério da Saúde deve oferecer cooperação técnica e financeira;
- as principais responsabilidades dos gestores estaduais são o planejamento do sistema estadual regionalizado (envolvendo mais de um município) e o desenvolvimento da cooperação técnica e financeira com os municípios;
- o papel principal do gestor municipal é a gestão do sistema de saúde no âmbito do seu território, com o gerenciamento e a execução dos serviços públicos de saúde e a regulação dos prestadores privados do sistema. Os estados e o Ministério da Saúde limitam-se a executar serviços públicos de saúde em caráter temporário e/ou em circunstâncias específicas e justificadas (NORONHA; LIMA; MACHADO, 2008, p. 446-7).

Isto significa que as comissões intergestores são instâncias que propiciam o debate e a negociação entre os três níveis de governo no processo de formulação e implementação da política de saúde. A CIT tem-se constituído num importante canal de debate sobre temas relevantes, promovendo a participação de estados e municípios na formulação da política nacional de saúde. É composta por quinze membros, sendo formada paritariamente por representantes do Ministério da Saúde, representantes dos secretários estaduais de saúde indicados pelo CONASS e representantes dos secretários municipais de saúde indicados pelo CONASEMS.

A CIB é uma instância privilegiada de negociação e decisão quanto aos aspectos operacionais do SUS, destacando os aspectos relacionados ao processo de descentralização no âmbito estadual (BRASIL, 1993). Em cada estado há uma comissão, formada paritariamente

por representantes do governo estadual indicados pelo secretário de estado de saúde e representantes dos secretários municipais de saúde indicados pelo COSEMS de cada Estado.

As comissões reúnem-se mensalmente e discutem questões relacionadas aos desdobramentos de políticas nacionais nos sistemas estaduais de saúde e referentes a agendas e políticas definidas no âmbito de cada Estado. Salienta-se que o processo decisório nessas instâncias se dá por consenso, debate e negociação entre as partes sendo vetada a utilização do mecanismo do voto.

A Lei nº 8.142 indica as Conferências de Saúde e os Conselhos de Saúde como instâncias colegiadas importantes para participação da comunidade, uma das diretrizes do SUS. Essas instâncias concretizam a ideia de controle social e da gestão participativa, rompendo com os padrões tradicionais de gestão das políticas sociais na sociedade brasileira, como o clientelismo. As Conferências de Saúde têm como objetivo principal a definição de diretrizes gerais para a política de saúde, realizada nacionalmente a cada quatro anos e conta com a participação da sociedade, com representantes dos usuários paritários aos demais segmentos, representantes do poder público, dos profissionais de saúde e dos prestadores de serviços. Os Conselhos de Saúde são colegiados de caráter permanente e deliberativo, formados em cada esfera por representantes do governo, profissionais de saúde, prestadores de serviços e usuários, respeitando a proporcionalidade de cada segmento. Suas atribuições são de atuar na formulação de estratégias e no controle da execução das políticas de saúde.

Em relação à esfera municipal, concorda-se com Righi (2002) quando diz que lidar com a ideia de ser o município o local de produção e não apenas de implementação de programas, leva à consideração de que o espaço do município é complexo. A velocidade das transformações globais dá o tom da instabilidade e da complexidade do processo. Como aqui nos interessam as transformações que são sentidas no local, a complexidade é característica, também, do local.

E, se isto é correto, o local não é espaço da simples execução de ações resultantes de decisões em níveis hierárquicos superiores das estruturas organizacionais piramidais. A partir do processo de Reforma Sanitária, é o município (espaço local) o novo intrometido, e ele entra na gestão do SUS carregando a sua principal característica: a complexidade (RIGHI, 2002, p. 91).

Considerando tal ideia, é imprescindível situar esta temática no âmbito da gestão local. Pois, como afirma Santos (2000, p. 52): “[...] o local é a realização possível em um dado momento. Mas, quando encaro o global, vejo outras perspectivas e almejo alcançá-las. Quando as vejo em outros lugares me pergunto: por que não aqui?”

4.2 FUNDAMENTAÇÃO LEGAL DA SAÚDE PÚBLICA NO BRASIL

A partir da Constituição Federal de 1988, da promulgação da Lei Orgânica da Saúde (Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990 e complementada pela Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990) tem-se um novo conceito de gestão e direções de gestão das políticas públicas, sendo a saúde pioneira.

Tais mudanças relacionam-se, segundo Lucchese (2003, p. 440):

Em primeiro lugar, à instituição de processos de deliberação democrática na gestão setorial, tais como 1) a realização de Conferências de Saúde, com representação dos vários segmentos sociais, para a proposição de diretrizes para a política de saúde, 2) a institucionalização dos Conselhos de Saúde como órgãos colegiados permanentes e de caráter deliberativo sobre a política de saúde; e 3) a criação das Comissões Intergestores, nas esferas federal e estadual, como fóruns de negociação e pactuação entre os gestores das três instâncias de direção do SUS para o gerenciamento do processo de descentralização.

Essas mudanças rompem com a tradição histórica de políticas sociais centralizadas, cabendo ao nível central de governo a definição das prioridades e da execução dos serviços de saúde pelos estados e municípios. O marco divisório que representou na história do sistema de gestão da saúde pública no Brasil, se formou a partir de dois elementos essenciais - a universalidade e a descentralização.

Segundo Cohn (2008, p. 242), a descentralização,

desde meados da década de 1970 ela vinha sendo timidamente implementada num contexto de um Estado altamente centralizado. É a partir da década de 1980 que ela ganha força, sobretudo a partir de 1988, quando passa a ser respaldada pela lei maior da sociedade. No entanto, a descentralização da saúde tem várias especificidades e enfrenta várias circunstâncias institucionais nem sempre favoráveis a ela: a primeira delas, a tradição brasileira de um Estado nacional altamente centralizado, o que por sua vez se associa à tradição de políticas de saúde altamente centralizadas e verticalizadas, cabendo aos municípios a mera execução das prioridades e ações ditadas pelo nível central, e em segundo lugar pelo nível estadual. Mas a partir de 1988 os municípios são alçados à condição de entes da federação, [...], e nessa condição integrando a federação brasileira.

A descentralização em saúde no Brasil é político-administrativa. Logo, deve abranger não apenas a transferência da gestão de serviços públicos, mas também de poder decisório, da responsabilidade sobre o conjunto de prestadores do SUS e de recursos financeiros.

Bobbio, Matteucci e Pasquino (2004) definem descentralização como fórmulas que contém princípios e tendências, modos de ser de um aparelho político ou administrativo; são

diretivas de organização e não conceitos operativos. Para os autores existe descentralização quando os órgãos centrais do Estado possuem o mínimo de poder necessário para desenvolver suas atividades. Diferentemente do tipo tradicional onde o poder está distribuído verticalmente, a descentralização propõe uma visão horizontal e ligando-se à temática da liberdade e aos conceitos de democratização e pluralismo.

O SUS foi erigido com base no princípio fundamental da universalização, expresso na Saúde como direito de todos os brasileiros, a ser provida como dever de Estado. Vale lembrar que a instituição de um sistema público universal foi o mote da luta da reforma sanitária brasileira, incorporada na Constituição Federal de 1988. O princípio da universalização caracteriza-se pela oferta a todos os cidadãos, ações e serviços na área da saúde, ou seja, todos os brasileiros têm direito aos serviços do SUS e o acesso universal não pode ser restringido.

De acordo com Campos (1989 *apud* MARQUES; MENDES, 2003) podem-se identificar dois tipos básicos de modalidade de gestão dos sistemas de saúde no contexto brasileiro: a gestão segundo os interesses coletivos, relacionada à vertente de provisão dos serviços pelo Estado em complemento com o setor privado; e a gestão segundo as regras de mercado, relacionada à livre competição entre prestadores e fornecedores de bens e serviços de saúde. Ambas apresentam conteúdos diferenciados, quanto aos perfis dos gestores, aos critérios e mecanismos para alocação dos postos-chave, aos instrumentos técnicos para o planejamento e para a programação de unidades de saúde, dentre outras.

No que se refere à gestão segundo os interesses coletivos, sua prática administrativa se confunde com a organização da produção de serviços de saúde, voltada para todas as necessidades sanitárias de uma coletividade. Essa modalidade de gestão prioriza a realização de diagnósticos coletivos de saúde e adota uma postura de parceria entre saber técnico, interesses sociais e a consciência sanitária dos cidadãos. O critério de avaliação para o desempenho da gestão se constitui da noção de eficácia, como capacidade dos serviços de resolverem problemas de saúde (CAMPOS, 1989 *apud* MARQUES; MENDES, 2003).

Já na gestão segundo as regras de mercado, os princípios que a norteiam apóiam-se em uma visão da administração empresarial. Os meios de produção de serviços de saúde são organizados mediante os critérios da demanda por consumo de ações médicas, de acordo com a lógica da racionalidade econômica, inspirada pela ideia da eficiência (custo-benefício) (CAMPOS, 1989 *apud* MARQUES; MENDES, 2003).

Este último modelo de gestão dos serviços de saúde esteve presente desde os anos de 1930 até 1980, quando a reforma sanitária culminou com a implantação do SUS. Nesse período verifica-se uma intervenção do Estado, baseada no modelo de produção de serviços

médicos, apoiado no mercado e financiamento para instalações de hospitais, aquisição de equipamentos, custeio da atenção médico-hospitalar por meio da compra de serviços ao setor privado (CAMPOS, 1989 *apud* MARQUES; MENDES, 2003).

A Lei Orgânica da Saúde (LOS), nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, definiu no Artigo 18 (com doze incisos), a competência dos municípios no setor de saúde, deixando claro à direção municipal do SUS – compete (Inciso I) “planejar, organizar, controlar e avaliar as ações e serviços de Saúde e gerir e executar os serviços públicos de Saúde”. Tal competência abrange (Inciso II) “participar do planejamento, programação e organização da rede regionalizada e hierarquizada do SUS, em articulação com sua direção estadual”, definindo a extensão de limite dessa competência (Inciso XII) prevendo e autorizando a capacidade de “normatizar complementarmente as ações e serviços públicos de saúde no seu âmbito de atuação”.

No texto desta referida Lei, os artigos 8º, 9º e 10º integram o capítulo III do título, “Da organização, da direção e da gestão”, identificam-se apenas os conceitos de organização e direção. A organização do SUS consiste na estruturação de seus serviços e ações de forma regionalizada e hierarquizada em níveis de complexidade crescente. Quanto à direção, única em todo território nacional, é dirigido em cada esfera de governo – União, Estado, Distrito Federal e município, pelo órgão político-administrativo responsável pela área, o Ministério da Saúde e a Secretaria da Saúde. Cada esfera de governo possui autonomia quanto à organização e à execução dos serviços de saúde. Esta autonomia se expressa na liberdade, responsabilidade e obrigatoriedade em relação aos princípios, diretrizes e bases do SUS. O termo gestão apenas é mencionado no artigo 33, “gestão financeira”

Com a institucionalização do SUS, na década de 1990, o modelo organizacional do sistema de saúde brasileiro perdeu sua tendência ‘estadualista’ desenhada pelo Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde²⁸ (SUDS), passando a ‘municipalização’ a se constituir no eixo condutor do processo de descentralização do sistema. O sistema de alocação de recursos no âmbito do SUS começou a ser desenhado por Normas Operacionais (UGÁ; MARQUES, 2005).

A Norma Operacional Básica (NOB) e a Norma Operacional de Assistência à Saúde (NOAS) estabelecem as diretrizes para a operacionalização do SUS, detalhando a legislação da saúde. A NOB e a NOAS têm como tarefa consolidar o exercício das funções de gestão e

²⁸ Em julho de 1987, através da aprovação de um decreto, criaram-se os Sistemas Unificados e Descentralizados de Saúde (SUDS), visando a descentralização dos serviços de saúde, considerado uma etapa transitória para o SUS (SCOREL, 2008).

do gerenciamento da instituição que disponibiliza os serviços aos seus habitantes. É definida por Comissões²⁹ CIT e CIB, conforme abordado no item anterior, promovendo o processo de descentralização, determinando mecanismos para a transferência automática de recursos federais aos estados e municípios e fortalecendo os processos de gestão compartilhada entre as esferas.

A Norma Operacional Básica é a portaria do governo federal que define objetivos e diretrizes estratégicas para o processo de descentralização e de relações entre as esferas de governo. Esse dispositivo infralegal possui caráter transitório, podendo ser reeditado ou alterado a qualquer momento. Como o sistema é operado por NOBs “federais”, o conceito de descentralização cai em uma espécie de “vácuo decisório” plenamente preenchido pela instância federal porque, enfim, o recurso financeiro, ou melhor, a liberação dele, é sempre um ato “de Brasília” (TREVISAN; JUNQUEIRA, 2007, p. 896).

A NOB 91³⁰, objetivando regularizar o processo de descentralização político-administrativa, estabelece parâmetros para sua garantia, responsabilidades e critérios de financiamento das ações e serviços, instituiu um sistema de alocação de recursos determinada pela capacidade instalada, retirando dos gestores estaduais e municipais do SUS qualquer poder na definição do processo alocativo, estruturado em quatro direções:

- a) o destinado ao financiamento das internações hospitalares, baseado no pagamento direto, pelo Ministério da Saúde, aos prestadores de serviços, públicos e privados, mediante sistema de pagamentos prospectivo por procedimento;
- b) o relacionado ao financiamento de assistência ambulatorial, tendo a base *per capita*, com valores diferenciados entre grupos de estados, multiplicados pelo tamanho da população;
- c) o referente aos recursos destinados a investimentos em equipamentos e ampliação das unidades assistenciais já existentes;
- d) o fator de estímulo à municipalização destinado aos municípios que cumprissem os requisitos estabelecidos pela Norma (UGÁ; MARQUES, 2005).

Esta NOB introduziu a relação direta do Ministério da Saúde com as secretarias municipais de saúde através de “convênios de municipalização”, convênios que transformavam os serviços de natureza pública — municipais — em prestadores ressarcidos financeiramente de

²⁹ Estas Comissões estabelecem, de certa forma, um espaço de harmonização das políticas setoriais entre as três esferas de governo e constituindo-se em mecanismo de democratização do processo decisório.

³⁰ Esta NOB foi editada pela Presidência do INAMPS, foi escrita segundo a cultura prevalente naquela instituição de assistência médica e, portanto, tinha forte conotação centralizadora.

acordo com a produção. Introduziu, também, critérios de transferências de recursos do Ministério da Saúde somente por remuneração da produção de serviços, inibindo a autonomia gestora dos governos locais. Isto porque os recursos de assistência à saúde, quando “creditados” para as unidades ambulatoriais e hospitalares prestadoras de serviços, não podiam ser executados diretamente pelos municípios/secretarias de saúde. Pela NOB 91, os municípios eram transformados em entidades produtoras de procedimentos de assistência médica, igualando-se às aquelas de natureza privada e filantrópica (MARQUES, MENDES, 2003).

A NOB 01/93 estabelece a relação entre o grau de municipalização correspondente à condição de gestão do sistema local de saúde e sua responsabilidade no SUS. Direcionou-se ao resgate do processo de descentralização do sistema ao estabelecer três níveis de autonomia de gestão infranacionais, ou seja, condições de gestão incipiente, parcial e semiplena. Foi pactuado também que a descentralização deveria ser um processo lento e gradual, com liberdade de adesão por parte das unidades federadas e que as instâncias locais de governo se habilitariam institucional e tecnicamente a adquirir maior grau de autonomia de gestão (UGÁ; MARQUES, 2005).

Neste sentido, os municípios³¹ não eram obrigados a passar pelos três tipos de gestão, pois, embora representassem situações progressivas, estas não eram, necessariamente, sequenciais. Poderiam permanecer, de maneira transitória, como não habilitados a nenhuma condição de gestão, até o momento em que deveriam enquadrar-se de forma obrigatória. Os enquadramentos dos municípios às condições de gestão eram aprovados pelas novas arenas de pactuação institucionalizadas pela NOB 93, CIBs, em cada Estado e com representantes seus e do conjunto de municípios, por meio dos Conselhos Estaduais de Secretários Municipais de Saúde (COSEMS), e a CIT, âmbito federal, com representantes do Ministério da Saúde, do conjunto dos estados por meio do Conselho Nacional de Secretários Estaduais de Saúde (CONASS) e dos municípios por meio dos COSEMS (BRASIL, 1993).

Nesta gestão incipiente, os municípios responsabilizavam-se, de forma gradual, pelas seguintes atividades: contratação e autorização do cadastramento; controle e avaliação dos serviços ambulatoriais e hospitalares públicos, privado-filantrópicos contratados no município; distribuição de uma cota de AIH (Autorização de Internação Hospitalar),

³¹ O mesmo princípio é válido para os Estados, com a possibilidade de adotar a condição de gestão parcial ou a semiplena. Na gestão parcial, a Secretaria de Estado da Saúde (SES) deveria responsabilizar-se pela programação com os municípios, incluindo a manutenção e o investimento dos recursos próprios e transferidos; controle e avaliação da rede de serviços, coordenando a rede de referência estadual, as ações de vigilância epidemiológica e das condições de trabalho, hemocentros e laboratórios; e gerir os serviços de alta complexidade. Na semiplena, a SES, além das responsabilidades definidas na situação anterior, assume a prestação de serviços no Estado, abrangendo o pagamento dos prestadores públicos e privados de serviço.

negociada na CIB ou o equivalente a 8% da sua população; gerenciamento das unidades ambulatoriais públicas existentes no município; incorporação das ações de vigilância epidemiológica e sanitária; e desenvolvimento de ações de vigilância em saúde do trabalhador (BRASIL, 1993).

Já na condição de gestão parcial, os municípios responsabilizavam-se, de forma imediata, pelas funções mencionadas na gestão incipiente. Para tanto, deveriam receber mensalmente os recursos financeiros referentes à diferença entre o que foi gasto com o pagamento de custeio direto da esfera federal aos prestadores públicos/privados e o teto financeiro fixado (BRASIL, 1993).

Por fim, na gestão semiplena o município assumia a responsabilidade de todos os serviços de saúde existentes em seu território, garantindo a capacidade gerencial e o reordenamento do modelo assistencial. Transferia aos municípios: possibilidade e as condições de planejar seu sistema de saúde; a competência de se relacionar diretamente com os prestadores ambulatoriais e hospitalares públicos e privado-filantrópicos por meio do cadastramento, contratação, controle e pagamento; o gerenciamento de toda a rede pública existente no município, com exceção das unidades hospitalares estaduais de referência regional; a execução e o controle das ações básicas de saúde, da vigilância epidemiológica, sanitária e em saúde do trabalhador existentes em seu território; e a efetiva gerência de todos os instrumentos técnicos e administrativos de gestão.

Para tanto, os municípios recebiam mensalmente, de forma automática, fundo a fundo (Fundo Nacional de Saúde para o Fundo Municipal de Saúde), o montante de recursos financeiros correspondentes a um teto financeiro estabelecido para o custeio de atividades ambulatoriais, hospitalares, por meio de recursos federais realizados por sua própria rede e pela rede contratada de forma suplementar (BRASIL, 1993).

Essa NOB marca os primeiros passos de uma descentralização administrativa do sistema de saúde. E estabelece formas rígidas de manutenção das estruturas de financiamento, em instância federal. Desde os primeiros momentos da implantação do SUS, consolidou-se o exercício da “descentralização tutelada”, expressão cunhada ainda no início dos anos 90 (TREVISAN; JUNQUEIRA, 2007).

Trevisan e Junqueira (2007) ainda destacam que, a partir da NOB de 1993, o SUS convive com dois instrumentos de gestão. O primeiro é o que estabelece o subsídio à demanda, através de um sistema de pré-pagamento per capita. O segundo mantém o tradicional sistema de manutenção do subsídio à oferta por meio da célebre remuneração por produção. A rigor, esses dois instrumentos de gestão estabeleceram uma divisão operacional:

no primeiro ficou a responsabilidade com a atenção básica e a média complexidade; no segundo, a referência ambulatorial e hospitalar. Na prática, a atenção básica reteve o papel de subsistema de entrada e controle, adotando o sistema inovador de pré-pagamento, enquanto o outro subsistema, que inclui o atendimento de maior complexidade e ambulatorial, manteve a tradicional remuneração por serviço prestado.

A NOB/93, [...] formulada a partir de um amplo processo de debates nos quais municipalistas tiveram destacada participação [...] expressa uma estratégia que leva em consideração a capacidade de veto de estados e municípios à descentralização. A possibilidade de opção entre três distintas condições de habilitação, hierarquizadas de acordo com o grau de complexidade das funções de gestão, permite aos governos locais avaliar os custos e benefícios envolvidos em cada uma delas. A escolha é expressão de um cálculo que considera as próprias capacidades gerenciais, bem como a extensão da responsabilização política pela gestão da saúde que os gestores locais pretendiam assumir. A NOB/ 93 ainda punia a não-adesão com não-recebimento das transferências do Ministério da Saúde, bem como premiava a escolha pela condição de gestão mais próxima dos objetivos da reforma com o recebimento da totalidade das transferências automáticas (ARRETCHE, 2003, p. 240).

Portanto, em relação específica à NOB 01/93, os principais aspectos introduzidos são:

- a) cria transferência regular e automática (fundo a fundo) do teto global da assistência para municípios em gestão semiplena;
- b) habilita municípios como gestores;
- c) define o papel dos Estados de forma frágil, mas esses, ainda assim, passam a assumir o papel de gestor do sistema estadual de saúde;
- d) são constituídas as Comissões Intergestores Bipartite (de âmbito estadual) e Tripartite (nacional) como importantes espaços de negociação, pactuação, articulação, integração entre gestores (BRASIL, 2003).

Na última década do século XX, esses dois instrumentos de gestão tiveram uma história de relacionamento com a burocracia do Estado e com as formas de repasse orçamentárias bem diferenciadas. O subsistema por pré-pagamento foi redimensionado pela NOB de 1996, que as experiências de municipalização da saúde, corretas ou incorretas, ocorreram (TREVISAN; JUNQUEIRA, 2007).

Nesse sentido, a NOB 01/96³², com o intuito de consolidar e aprofundar os avanços na direção da descentralização, reduz a duas as modalidades de gestão³³ de estados e municípios

³² Salienta-se que a NOB/SUS 01/96 foi editada em 05 de novembro de 1996 por meio da portaria GM/MS nº 2.203, onde vários aspectos deveriam ser regulamentados para viabilizar sua implantação, como por exemplo, os requisitos e instrumentos para habilitação, implantação de nova tabela do SIA/SUS, o valor do PAB, o Fator de Ajuste, a PPI, o Cartão SUS, a Vigilância Sanitária, as Ações de Epidemiologia e Controle de

– gestão plena da atenção básica e gestão plena do sistema, para os municípios; e gestão avançada do sistema e gestão plena do sistema, para os estados. A norma introduziu também um processo de programação pactuada e integrada entre as três esferas de governo das atividades de assistência ambulatorial e hospitalar, de vigilância sanitária e de epidemiologia e controle de doenças, construindo um novo modelo de atenção com ênfase à promoção da saúde e à atenção básica (BRASIL, 1996).

Ou seja,

[...] previa duas formas de gestão para o subsistema por pré-pagamento: a gestão plena de atenção básica e a plena do sistema de saúde, que substituiriam todas as disposições anteriores. Para a gestão plena de atenção básica, cabia ao município elaborar a programação municipal dos serviços básicos, gerenciar as unidades laboratoriais próprias, prestar ou acompanhar os serviços relacionados à atenção básica e executar as ações básicas de vigilância sanitária e epidemiológica. Era obrigatório comprovar o funcionamento do Conselho Municipal de Saúde, operar o Fundo Municipal de Saúde e ter um Plano Municipal de Saúde. Satisfeitas tais condições, os benefícios alcançados incluíam a obtenção das transferências diretas dos recursos federais ao município, bem como o de ter as unidades básicas de saúde no território do município, estatais ou privadas, subordinadas à gestão municipal (TREVISAN; JUNQUEIRA, 2007, p. 898).

Doenças, e a data do início de repasse automático fundo a fundo do PAB. No entanto, em dezembro de 1996, houve a substituição do Ministro Adib Jatene pelo Ministro Carlos Albuquerque, gerando uma reorientação na condução do Ministério da Saúde e uma rediscussão sobre alguns conceitos contidos na versão original da NOB/SUS 01/96, principalmente em relação ao PAB e o financiamento necessário para a sua implementação. Assim, a Instrução Normativa 01/97, editada em 15 de maio de 1997, regulamentou o processo, fluxos, requisitos e instrumentos de comprovação para Estados e municípios se habilitarem às novas condições de gestão da NOB/SUS 01/96. Somente em dezembro de 1997 e janeiro de 1998, o Ministério da Saúde publicou um conjunto de portarias regulamentando a implementação da NOB/SUS 01/96. As principais alterações introduzidas na NOB/SUS 01/96 foram: O conceito original do PAB foi modificado. Deixou de ser Piso Assistencial Básico e passou a ser chamado de Piso da Atenção Básica, ampliando sua abrangência; A portaria 1.882/97 definiu uma parte fixa e uma parte variável do novo PAB; O Valor Nacional da Parte Fixa do PAB foi definido em R\$ 10,00 per capita/ano a ser transferido fundo a fundo regular e automática aos municípios habilitados na NOB/SUS 01/96; Foi criado o “valor máximo da Parte Fixa do PAB”, estipulado em R\$18,00 habitante/ano na reunião da CIT de 27 de janeiro de 1998; Foi criada a Parte Variável do PAB que correspondia a incentivos destinados às seguintes ações e programas: a) Programa de Agentes Comunitários de Saúde; b) Programa de Saúde da Família; c) Programa de Combate às Carências Nutricionais; d) Ações Básicas de Vigilância Sanitária; e) Assistência Farmacêutica Básica; f) Ações Básicas de Vigilância Epidemiológica e Ambiental; Como Incentivo às Ações de Vigilância Sanitária foi definido um valor R\$ 0,25 habitante/ano para complementar o custeio das ações já incluídas na parte fixa do PAB; Foi definida uma nova tabela do SIA/SUS (BRASIL, 2003).

³³ Na gestão Avançada do Sistema Estadual, as principais responsabilidades da Secretaria de Estado da Saúde (SES) são: contratação, controle, auditoria e pagamento do conjunto dos serviços, contidos na Fração de Assistência Especializada – FAE (ações de assistência ambulatorial e hospitalar de médio e alto custo e de média e alta complexidade); contratação, controle, auditoria e pagamento dos prestadores de serviços incluídos no Piso de Atenção Básica – PAB dos municípios não habilitados; ordenação dos demais serviços hospitalares e ambulatoriais, sob gestão estadual; e a operação do SIA/SUS e alimentação dos bancos de dados de interesse nacional. Na gestão Plena do Sistema Estadual, a SES deve assumir a contratação, o controle, a auditoria e o pagamento aos prestadores do conjunto dos serviços sob gestão estadual; a operação do SIA/SUS e do SIH/SUS, e a alimentação dos bancos de dados de interesse nacional (BRASIL, 1996).

Nesta forma de gestão, o Ministério da Saúde é quem efetua, ainda, pagamento direto aos prestadores estatais e privados (contratados e conveniados) por serviços realizados conforme programação e mediante prévia autorização do gestor. Referem-se a procedimentos ambulatoriais de média complexidade e tratamento fora do domicílio (BRASIL, 1996).

À gestão plena do sistema municipal cabe elaborar a programação municipal dos serviços básicos, especializados e hospitalares, gerenciar unidades laboratoriais e hospitalares próprias, garantir prestação de serviço até mesmo aos não residentes, conforme a Programação Pactuada e Integrada³⁴ (PPI), exercer o controle público nos serviços ambulatoriais e hospitalares e as ações de vigilância sanitária e epidemiológica. Para tanto, os requisitos incluem o Plano Municipal de Saúde (PMS), o funcionamento do Conselho Municipal de Saúde (CMS) e do Fundo Municipal de Saúde (FMS). As prerrogativas de obter as transferências dos recursos federais e de ter o conjunto das unidades ambulatoriais especializadas e hospitalares de seu território subordinadas à gestão municipal (TREVISAN; JUNQUEIRA, 2007). Nesta condição de gestão, os municípios devem responsabilizar-se por todos os serviços de saúde em seu território, ou seja, todos aqueles que integram o seu sistema de saúde (BRASIL, 1996).

Com esse novo modelo assistencial houve mudanças no sistema de transferências intergovernamentais, através do Piso de Atenção Básica (PAB). Estas consistiram na criação de um valor per capita nacional para o custeio de procedimentos de atenção básica, correspondentes aos procedimentos de assistência básica e na criação de incentivos financeiros para a implantação de programas e ações específicos. Porém, o financiamento de média e alta complexidade ambulatorial, medicamentos e insumos excepcionais mantiveram a estrutura de remuneração por serviços produzidos, exceto para os municípios em gestão plena de sistema que recebiam “fundo a fundo”, nos limites do teto financeiro da assistência para eles estabelecidos, os recursos para este campo de provisão do sistema. Salienta-se ainda que, no âmbito do SUS, é este o modelo de alocação intergovernamental de recursos que vigora até os dias atuais (UGÁ; MARQUES, 2005).

A criação do PAB pela NOB 01/96 inaugurou uma nova forma de distribuição dos recursos dissociada do faturamento dos serviços de saúde. Para Marques e Mendes (2003) o PAB apresentou resultados positivos, se considerada a eficiência demonstrada pelos

³⁴ Segundo a NOB 96, a PPI envolve as atividades de assistência ambulatorial e hospitalar, de vigilância sanitária e de epidemiologia e controle de doenças. O processo de elaboração da programação pactuada, entre gestores, e integrada, entre esferas de governo, deve respeitar a autonomia de cada gestor. O município elabora sua própria programação e o Estado compatibiliza as programações municipais, incorporando as ações sob sua responsabilidade direta (BRASIL, 1996).

municípios na habilitação aos novos tipos de gestão exigidos, e na presteza do governo federal em alocar os recursos necessários para garantir a efetividade da nova política. Isto fortaleceu em maior grau os municípios de menor capacidade instalada na oferta de atenção ambulatorial básica no âmbito do SUS e até na instituição de uma política específica para a atenção básica, contribuindo para os programas considerados estratégicos para o desenvolvimento de um novo modelo de assistência como os Programas de Saúde da Família e de Agentes Comunitários de Saúde.

As ações e serviços de saúde do SUS são financiados com as receitas próprias de cada esfera de governo e com recursos provenientes de transferências intergovernamentais (federais e estaduais), depositados em uma conta especial em cada esfera de governo: o Fundo Nacional de Saúde (FNS), o Fundo Estadual de Saúde (FES) e o Fundo Municipal de Saúde (FMS). Os Fundos de Saúde são geridos pelos órgãos do Poder Executivo (Ministério, Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde), sob a fiscalização dos Conselhos de Saúde, que deliberam sobre a destinação destes recursos para a execução da política de saúde. A participação de recursos financeiros provenientes de impostos e contribuições sociais arrecadados pelo nível federal é majoritária no financiamento do SUS. Os recursos federais são alocados aos estados, na forma de Tetos Financeiros, cujo montante é definido através de negociação na CIT. Em cada Estado, o teto estabelecido é, por sua vez, distribuído entre os municípios, em um processo pactuado na CIB (OPAS, 2001; BRASIL, 1990).

Em termos gerais, o processo de municipalização da saúde se consolidou a partir da NOB/SUS de 1996, que considera o município o responsável imediato pelo atendimento das necessidades e demandas de seu povo e das exigências de intervenções saneadoras em seu território (BRASIL, 1996). Esta NOB ao mesmo tempo em que determina relações de independência do município como gestor pleno, inibe sua autonomia no papel de gestor único do sistema local, ao introduzir a adoção de incentivos, campanhas e recursos financeiros à implantação de programas federais – PACS e PSF, não definidos no âmbito local. Este processo Barros e Barros (2007 *apud* MARQUES, MENDES, 2003) denomina de “recentralização seletiva”.

A elevada taxa de adesão dos governos locais à NOB/96 é, sem dúvida, expressão dos efeitos cumulativos do longo processo de implantação da descentralização na saúde no Brasil, mas também – e principalmente – dos incentivos à adesão envolvidos em suas regras. A possibilidade de escolhas para a habilitação permaneceu, envolvendo a possibilidade de evitar a dimensão mais complexa e conflituosa da gestão local dos serviços de saúde, relacionada à gestão da média e alta complexidade. Além disso, apenas 2% dos municípios tinham um PAB *per capita* superior ao da NOB/96 e, portanto, tiveram perdas com a nova regra de

distribuição das transferências; 66% tiveram ganhos e, para 22%, a mudança da regra foi neutra (Costa et al., 1999). Finalmente, na implementação da NOB/96, o Ministério da Saúde foi capaz de conferir credibilidade ao cumprimento de seus compromissos com os governos locais (ARRETCHE, 2003, p. 241).

Portanto, as principais características da NOB 01/96 referem-se à:

- a) transferência aos municípios habilitados como Plena da Atenção Básica, os recursos financeiros com base *per capita* relativos a esta responsabilidade, criando o PAB (Piso Assistencial Básico), repassado fundo a fundo de forma regular e automática, e com base em valor nacional *per capita* para a população coberta;
- b) reorganização da gestão dos procedimentos de média complexidade ambulatorial (Fração Ambulatorial Especializada - FAE);
- c) reorganização da gestão dos procedimentos de alta complexidade ambulatorial com a criação da Autorização de Procedimentos de Alta Complexidade/Custo (APAC);
- d) incorporação das ações de Vigilância Sanitária, criando o Incentivo para as ações básicas de Vigilância Sanitária;
- e) incorporação das ações de Epidemiologia e Controle de Doenças;
- f) promoção da reorganização do modelo de atenção, adotando-se como estratégia principal a ampliação de cobertura do Programa de Saúde da Família e Programa de Agentes Comunitários de Saúde, com a criação de Incentivo financeiro;
- g) aprimoramento do planejamento e define a elaboração da Programação Pactuada e Integrada (PPI);
- h) definição das responsabilidades, prerrogativas e requisitos das Condições de Gestão Plena da Atenção Básica e Plena de Sistema Municipal de Saúde para os municípios, e Avançada do Sistema Estadual e Plena de Sistema Estadual para os Estados (BRASIL, 2003).

Desta forma, deu-se continuidade à descentralização da gestão de saúde com a edição da Norma Operacional de Assistência à Saúde (NOAS-SUS 01/2001). Essa portaria teve e tem como objetivo aprofundar o processo de regionalização como forma de “garantir o acesso a todas as ações e serviços de saúde necessários, otimizando os recursos disponíveis” (BRASIL, 2001). A questão importante para a operacionalização dessa norma é o avanço no processo de responsabilização dos gestores estaduais e municipais pela atenção integral aos seus cidadãos. Parte-se do pressuposto de que a implementação do SUS, depende da compatibilização de três princípios:

- a) a descentralização, com ampliação da responsabilidade dos municípios sob a gestão de seus sistemas de saúde;
- b) a regionalização, com ênfase no planejamento territorial a partir de uma abordagem supramunicipal; e
- c) a hierarquização, por meio da estruturação de redes assistenciais resolutivas (MARQUES; MENDES, 2003).

Esta Norma está assentada em três estratégias principais a regionalização da assistência; o fortalecimento da capacidade de gestão do SUS; e a atualização dos critérios de habilitação de estados e municípios. Tais estratégias correspondem às seguintes ações:

- a) regionalização da assistência:
 - elaboração do Plano Diretor de Regionalização;
 - ampliação da Atenção Básica;
 - qualificação das microrregiões na Assistência à Saúde;
 - organização da Média Complexidade;
 - estabelecimento de política para a Alta Complexidade;
- b) capacidade de gestão:
 - programação da assistência;
 - garantia de acesso da população referenciada;
 - controle, avaliação e regulação da assistência;
 - hospitais públicos sob gestão de outro nível de governo; e
- c) critérios de habilitação:
 - alterações na NOB – SUS 96 para estados e municípios (BRASIL, 2001).

A NOAS/SUS/01 determina que cabe às secretarias estaduais de saúde elaborar o Plano Diretor de Regionalização para garantir acesso ao cidadão, o mais próximo possível à residência de um “conjunto mínimo de ações e serviços”, estabelecendo também o compromisso entre os municípios para o atendimento de referências intermunicipais. O Plano Diretor de Regionalização obedece alguns pontos básicos como o de “Módulos Assistenciais”, que representam um conjunto de municípios que atuam referenciados a um “município-sede” que está apto a oferecer um elenco de serviços de média complexidade. Há um município-polo que atende os demais do módulo em qualquer nível de atenção. Os módulos constituem regiões e microrregiões de Saúde conforme as suas possibilidades de atendimento. A operacionalização da regionalização pertence às Secretarias Estaduais de Saúde a quem cabe coordenar todas as mudanças (TREVISAN; JUNQUEIRA, 2007, p. 899).

De forma geral, a NOAS/SUS/01 promoveu a redefinição das funções das esferas de governo e fragmentou a gestão do sistema segundo níveis de complexidade da assistência,

diminuindo assim o poder de decisão do gestor municipal sobre determinadas áreas do sistema (MARQUES; MENDES, 2003).

O Plano Diretor de Regionalização³⁵ (PDR) é um instrumento de ordenamento do processo de regionalização da assistência em cada estado e no Distrito Federal, baseia-se nos objetivos de definição de prioridades de intervenção, de acordo com as necessidades de saúde da população e garantia de acesso dos cidadãos a todos os níveis de cuidado. O Estado é a instância de competência para elaboração do PDR, em consonância ao Plano Estadual de Saúde, passando a assumir, assim, uma maior responsabilidade na gestão do SUS (BRASIL, 2001).

Nessa perspectiva, pensamos ser importante chamar a atenção para o fato de que a NOAS/2001 inaugura um rompimento com a lógica anterior, em que o município na gestão plena do sistema era o responsável por todas ações e serviços de saúde sob o seu território e, para tanto, recebia recursos federais “fundo a fundo” para executá-los. É preciso evidenciar essa passagem de alteração significativa entre o conteúdo da gestão municipal plena do sistema antes e depois da vigência da NOAS/2001. Dito de outra forma, essa norma instala uma “quebra” do paradigma iniciado pela NOB 93 e mantido pela NOB 96, no qual a gestão semiplena/plena do sistema é responsável por todas ações e serviços nos três níveis de atenção do sistema — básica, média e alta complexidade — e é contemplada com financiamento para tanto (MARQUES, MENDES, 2003, p. 120).

A partir da organização da regionalização em saúde, à maioria dos municípios brasileiros, coube a elaboração de planos e programas para a assistência à saúde, em bases não coincidentes com o seu território e sua autonomia política administrativa. Portanto, com menor governabilidade sobre esta questão. Através dessa forma de regionalização, estabelecida na NOAS-SUS 01/2001, a autonomia municipal na gestão de saúde acabou reduzida, diferentemente do que consta no artigo 198 da Constituição Federal de 1988 onde as ações e serviços de saúde “integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único” (BRASIL, 2001).

A NOAS-SUS 01/2001 foi aperfeiçoada em alguns aspectos e substituída pela NOAS 01/2002. Tanto a NOAS-SUS 01/2001 como a NOAS-SUS 01/2002 tem o mesmo objetivo:

³⁵ O Plano Diretor de Regionalização (PDR) tem como objetivo definir as diretrizes para a organização regionalizada da assistência, visando a conformação de sistemas de atenção funcionais e resolutivos nos diversos níveis. É coordenado pelo gestor estadual, com a participação dos municípios. Ele deve conter: a) a divisão do território estadual em regiões/microrregiões de saúde, definidas segundo critérios sanitários, epidemiológicos, geográficos, sociais, de oferta de serviços e de acessibilidade; b) o diagnóstico dos principais problemas de saúde e das prioridades de intervenção; c) a constituição de módulos assistenciais resolutivos, formados por um ou mais municípios, que dêem conta do primeiro nível da média complexidade, visando garantir o suporte às ações de Atenção Básica; d) os fluxos de referência para todos os níveis de complexidade e os mecanismos de relacionamento intermunicipal; e) a organização de redes assistenciais específicas. Uma das partes integrantes do PDR é o Plano Diretor de Investimentos (PDI), que visa identificar prioridades e desenvolver estratégias de investimento de forma a promover a equalização da oferta de recursos assistenciais em todos os níveis de complexidade (BRASIL, 2003).

de um lado, efetivar a regionalização do sistema de saúde, fortalecendo o acesso e a integralidade da atenção à saúde, especialmente no tocante à melhoria do fluxo dos níveis de média e alta complexidade; e, de outro, manter a responsabilidade dos serviços de alta complexidade nas “mãos” do governo federal. A NOAS/2002, ao garantir as diretrizes de organização do sistema definidas pela NOAS/2001, oferece alternativas à superação dos constrangimentos e impasses evidenciados no período de implementação entre elas.

A Norma Operacional da Assistência à Saúde 01/02 (NOAS/SUS 01/02) foi instituída pela portaria GM/MS nº 373, de 27 de fevereiro de 2002. É o resultado dos encaminhamentos estabelecidos na reunião da Comissão Intergestores Tripartite realizada em 22 de novembro de 2001. Naquela data, foi firmado um acordo entre o CONASS e CONASEMS contemplando propostas relativas ao comando único sobre os prestadores de serviços de média e alta complexidade e fortalecimento da gestão dos Estados sobre as referências intermunicipais, notadamente no que diz respeito à explicitação e mecanismos de acompanhamento dos recursos federais referentes ao atendimento da população não-residente que busca atendimento no município de referência (BRASIL, 2003, p. 36).

As principais modificações introduzidas por esta Norma são:

a) em relação à gestão³⁶:

- Gestão Plena da Atenção Básica Ampliada (GPABA): os municípios para se habilitarem a esta Gestão assumem as seguintes responsabilidades: Elaboração do Plano Municipal de Saúde, a ser submetido à aprovação do Conselho Municipal de Saúde, que deve contemplar a Agenda de Saúde Municipal, acordada com as agendas nacional e estadual, bem como o Quadro de Metas, mediante o qual será efetuado o acompanhamento dos Relatórios de Gestão; Integração e articulação do município na rede estadual e respectivas responsabilidades na PPI do Estado, incluindo o detalhamento da programação de ações e serviços que compõem o sistema municipal; Gerência de unidades ambulatoriais próprias e de unidades ambulatoriais transferidas pelo Estado ou pela União; Organização da rede de atenção básica, incluída a gestão de prestadores privados, quando houver prestadores privados nesse nível de atenção; Cumprimento das responsabilidades referentes às áreas de atuação estratégicas mínimas; Disponibilização, em qualidade e quantidade suficiente para a sua população do conjunto de procedimentos assistenciais que compõem as ações de Atenção Básica Ampliada; Desenvolvimento do cadastramento

³⁶ No caso dos Estados a NOAS prevê duas condições de habilitação: Gestão Avançada do Sistema Estadual (GASE) e Gestão Plena do Sistema Estadual (GPSE).

nacional dos usuários do SUS, segundo a estratégia de implantação do Cartão Nacional de Saúde³⁷, com vistas à vinculação de clientela e à sistematização da oferta dos serviços; Prestação dos serviços relacionados aos procedimentos cobertos pelo PAB Ampliado e acompanhamento, no caso de referência interna ou externa ao município, dos demais serviços prestados aos seus munícipes, conforme a PPI, mediado pela SES; Desenvolvimento de atividades de: cadastro, contratação, controle, avaliação, auditoria e pagamento aos prestadores dos serviços contidos no PAB-A, localizados em seu território e vinculados ao SUS; Operação do SIA/SUS e do SIAB, quando aplicável, conforme normas do MS, e alimentação junto à SES, dos bancos de dados nacionais; Autorização das internações hospitalares e dos procedimentos ambulatoriais especializados, realizados no município, que continuam sendo pagos por produção de serviços; Manutenção do cadastro atualizado das unidades assistenciais sob sua gestão, segundo normas do MS; Realização de avaliação permanente do impacto das ações do Sistema sobre as condições de saúde dos seus munícipes e sobre o seu meio ambiente, incluindo o cumprimento do pacto de indicadores da atenção básica; Execução das ações básicas de Vigilância Sanitária, de acordo com a legislação em vigor e a normatização da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA); Execução das ações básicas de epidemiologia, de controle de doenças e de ocorrências mórbidas, decorrentes de causas externas, como acidentes, violências e outras, de acordo com normatização vigente; Elaboração do relatório anual de gestão e aprovação pelo Conselho Municipal de Saúde; Firmar o Pacto de Indicadores da Atenção Básica com o Estado (BRASIL, 2003).

- Gestão Plena do Sistema Municipal de Saúde (GPSM): Os municípios para se habilitarem à Gestão Plena de Sistema Municipal, deverão assumir as responsabilidades de: Elaboração do Plano Municipal de Saúde, a ser submetido à aprovação do Conselho Municipal de Saúde, que deve contemplar a Agenda de Saúde Municipal, harmonizada com as agendas nacional e estadual, bem como o Quadro de Metas, mediante o qual será efetuado o

³⁷ O Cartão Nacional de Saúde é um instrumento que possibilita a vinculação dos procedimentos executados no âmbito do Sistema Único de Saúde ao usuário, ao profissional que os realizou e também à unidade de saúde onde foram realizados. Para tanto, é necessária a construção de cadastros de usuários, de profissionais de saúde e de unidades de saúde. A partir desses cadastros, os usuários do SUS e os profissionais de saúde recebem um número nacional de identificação.

acompanhamento dos Relatórios de Gestão, que deverá ser aprovado anualmente pelo Conselho Municipal de Saúde; Integração e articulação do município na rede estadual e respectivas responsabilidades na PPI do Estado, incluindo o detalhamento da programação de ações e serviços que compõem o sistema municipal; Gerência de unidades próprias, ambulatoriais e hospitalares; Gerência de unidades assistenciais transferidas pelo Estado e pela União; Gestão de todo o sistema municipal, incluindo a gestão sobre os prestadores de serviços de saúde vinculados ao SUS, independente da sua natureza jurídica ou nível de complexidade, exercendo o comando único, ressalvando as unidades públicas e privadas de hemonúcleos/hemocentros³⁸ e os laboratórios de saúde pública; Desenvolvimento do cadastramento nacional dos usuários do SUS segundo a estratégia de implantação do Cartão Nacional de Saúde, com vistas à vinculação da clientela e sistematização da oferta dos serviços; Garantia do atendimento em seu território para sua população e para a população referenciada por outros municípios, disponibilizando serviços necessários, conforme definido na PPI, e transformado em Termo de Compromisso para a Garantia de Acesso, assim como a organização do encaminhamento das referências para garantir o acesso de sua população a serviços não disponíveis em seu território; Integração dos serviços existentes no município aos mecanismos de regulação ambulatoriais e hospitalares; Desenvolver as atividades de cadastro, contratação, controle, avaliação, auditoria e pagamento de todos os prestadores dos serviços localizados em seu território e vinculados ao SUS; Operação do SIH e do SIA/SUS, conforme normas do MS, e alimentação, junto a SES, dos bancos de dados de interesse nacional e estadual; Manutenção do cadastro atualizado de unidades assistenciais em seu território, segundo normas do MS; Avaliação permanente do impacto das ações do Sistema sobre as condições de saúde dos seus municípios e sobre o meio ambiente; Execução das ações básicas de média e alta complexidade em Vigilância Sanitária, pactuadas na CIB; Execução de ações de epidemiologia, de controle de doenças e de ocorrências mórbidas,

³⁸ Estabeleceu que cabe aos Estados a gerência de unidades públicas de hemonúcleos/hemocentros e de laboratórios de referência para controle de qualidade, Vigilância Sanitária e Vigilância Epidemiológica e gestão sobre o sistema de hemonúcleos/hemocentros (públicos e privados) e laboratórios de saúde pública.

decorrentes de causas externas, como acidentes, violências e outras pactuadas na CIB; Firmar o Pacto da Atenção Básica com o Estado.

b) no tocante à assistência à saúde:

- média complexidade: criar a expressão “M1 (Média Complexidade 1)” para designar os procedimentos relativos ao conjunto mínimo de serviços de média complexidade ambulatorial.
- alta complexidade: estabelecer que a regulação da referência intermunicipal de alta complexidade será sempre efetuada pelo gestor estadual; responsabilizar o gestor municipal pela regulação quando o município for habilitado em gestão plena do sistema municipal; e responsabilizar o gestor estadual pela regulação quando o município não for habilitado ou estiver enquadrado em outra condição de gestão.

c) no que se refere ao financiamento:

- Determinar que os municípios, que já recebem o PAB fixo em valor superior ao PAB Ampliado — R\$ 10,50 —, não sofrerão modificação no valor *per capita* do PAB Fixo; Transferir os recursos do Ministério da Saúde para as ações referentes ao “M1” das seguintes maneiras: 1) fundo a fundo ao Estado habilitado na NOAS/2002 quando o município estiver habilitado em Gestão Plena da Atenção Básica Ampliada (GPABA) — comando único estadual; 2) fundo a fundo ao município-sede quando ele for habilitado em Gestão Plena do Sistema Municipal de Saúde (GPSM) — comando único municipal; Condicionar o recebimento direto do montante total de recursos federais relativo ao limite financeiro programado para o município no Fundo Municipal de Saúde — compreendendo a parcela destinada ao atendimento da população própria e a destinada ao atendimento da população referenciada — ao efetivo cumprimento do Termo de Compromisso para Garantia de Acesso (da população referenciada, por outros municípios, aos serviços de saúde localizados no município); Estabeleceu que o Limite Financeiro da Assistência de cada Estado, assim como do DF no que couber, independente de sua condição de gestão, deverá ser programado e apresentado: 1) Relação de todos os municípios da UF, independentemente da sua condição de gestão; 2) Condição de gestão do município ou nível de governo responsável pelo comando único de média e alta complexidade; 3) Parcela de recursos financeiros para o atendimento da população residente sob gestão municipal; 4)

Parcela de recursos financeiros para atendimento das referências intermunicipais; 5) Parcela de recursos financeiros para atendimento da população residente sob gestão estadual; 6) Outros recursos sob gestão estadual, alocados nos municípios ou na SES; 7) Limite Financeiro Global da UF - somas dos itens 3, 4, 5, e 6; Foi estabelecida como prerrogativa dos Estados habilitados na NOAS/SUS 01/02 a transferência regular e automática dos recursos correspondentes ao financiamento *per capita* do conjunto mínimo de serviços M1 em regiões ou microrregiões qualificadas, nos casos em que o município-sede do módulo assistencial estiver habilitado em GPABA.

Através desta Norma, o PDR constitui-se num instrumento de organização dos territórios estaduais em regiões e microrregiões e módulos assistenciais; de conformação de redes hierarquizadas de serviços; de estabelecimento de mecanismos e fluxos de referência e contra-referência intermunicipais, com o objetivo de garantir a integralidade da assistência e o acesso da população aos serviços e ações de saúde de acordo com suas necessidades. A partir do PDR, elaboraram-se as PPI anuais (BRASIL, 2002).

Portanto, na década de 2000, além da NOAS 01/2001 foram publicadas as versões 2002 e recentemente, em 2006, as portarias relativas ao Pacto pela Saúde. O Pacto pela Saúde³⁹ contempla o acordo firmado entre os gestores do SUS, em suas três dimensões: pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão. De forma geral, o Pacto pela Saúde estabelece que esse acordo seja feito com base na formalização de compromissos que compreendem responsabilidades sanitárias e de gestão, e a pactuação de metas prioritárias relacionadas a indicadores que possam servir para o controle mutuo, o monitoramento e a avaliação dos compromissos assumidos, discussão esta abordada no próximo capítulo.

³⁹ O Pacto pela Saúde disponível em: <<http://www.saude.gov.br>>. Acesso em: 10 jul. 2010.

5 O PACTO PELA SAÚDE ENTRE OS ENTES FEDERADOS DO BRASIL

O Pacto pela Saúde foi firmado em 2006 para Consolidação do SUS; publicado na Portaria/GM nº 399, de 22 de fevereiro de 2006, contempla o Pacto firmado entre os gestores (União, estados e municípios) do SUS, em três dimensões: pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão. O Ministério da Saúde, o Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS) e o Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (CONASEMS), pactuaram responsabilidades entre os três gestores do SUS, no campo da gestão do sistema e da atenção à saúde (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2011).

Trata-se de um conjunto de reformas institucionais pactuado entre as três esferas de gestão do SUS, com o objetivo de promover inovações nos processos e instrumentos de gestão, a melhoria dos serviços ofertados à população, garantindo assim acesso a todos. Sua implementação se dá por meio da adesão de municípios, estados e União ao Termo de Compromisso de Gestão (TCG⁴⁰), que substitui os anteriores processos de habilitação e estabelece metas e compromissos para cada ente da federação. No que se refere a transferência dos recursos, estes passam a ser divididos em seis blocos de financiamento (Atenção Básica, Média e Alta Complexidade da Assistência, Vigilância em Saúde, Assistência Farmacêutica, Gestão do SUS e Investimentos em Saúde).

Esta implementação apresenta claras mudanças na execução do SUS, dentre as quais se destacam: a Regionalização solidária e cooperativa como eixo estruturante do processo de Descentralização; a Integração das várias formas de repasse dos recursos federais; e a Unificação dos vários pactos hoje existentes.

O Pacto pela Vida, por exemplo, estabelece compromissos para atingir metas sanitárias entre os gestores do SUS, com base na definição de prioridades que resultem em real impacto no nível de vida e saúde da população brasileira. O Pacto em Defesa do SUS estabelece compromissos políticos envolvendo o Estado e a sociedade civil, objetivando

⁴⁰ O TCG um documento que explicita as responsabilidades sanitárias e atribuições do município, do estado, do Distrito Federal e da União. Contém as metas e objetivos do Pacto pela Vida, que definem as prioridades dos três gestores para o ano e os indicadores de monitoramento que integram os diversos momentos de pactuação existentes. A assinatura desse Termo significa a declaração dos compromissos assumidos por parte de cada gestor perante os outros e perante a população sob sua responsabilidade. Com o Pacto de Gestão (abordado nas próximas páginas) e a assinatura do Termo, fica extinto o processo de habilitação de estados e municípios, estabelecido na NOB-SUS 1/96 e na NOAS-SUS 1/2002. Salienta-se ainda que deve ser construído em sintonia com o Plano de Saúde, em negociação com o governo federal, os estados e os municípios e o Distrito Federal, e aprovado no conselho de saúde da respectiva esfera de gestão e na CIB e na CIT (BRASIL, 2006a).

consolidar a Reforma Sanitária Brasileira, nos moldes em que foi inscrito na Constituição Federal. O Pacto de Gestão define as responsabilidades sanitárias das três esferas de gestão (municipal, estadual e federal) para a gestão do SUS, nos aspectos da gestão do trabalho, educação na saúde, descentralização, regionalização, financiamento, planejamento, programação pactuada e integrada, regulação das ações e serviços, monitoramento e avaliação, auditoria e participação e controle social (BRASIL, 2006a).

5.1 CONTEXTUALIZAÇÃO DO PACTO PELA SAÚDE

Os antecedentes da construção do Pacto pela Saúde datam de 2003, com CONASEMS lançando questionamentos à equipe do Ministério da Saúde, que iniciou um movimento interno para rever vários aspectos da gestão do SUS. A Carta de Natal, aprovada no 20º Congresso do CONASEMS, realizado em 2004, apontava para a construção de um novo pacto de gestão, substituindo a normatização excessiva e superando a lógica da habilitação, buscando uma nova forma de pactuação de compromisso com a realização de um conjunto de ações e com seus resultados, conforme a realidade de cada município.

Em 2004 e 2005, as discussões tripartites avançaram e foram definidos sete eixos de discussão do Pacto: Responsabilização Sanitária; Regionalização; Financiamento; Planejamento e Programação; Regulação e Normatização; Gestão Participativa; Gestão do Trabalho.

A diretoria do CONASEMS elaborou, em 2005, um conjunto de questões para orientar a diretoria eleita e dirigir a entidade no período de 2005 a 2007. Estas questões tratam do Financiamento, da Alocação de Recursos, da Gestão do Trabalho, da Municipalização e da Integralidade da Atenção.

A Carta de Cuiabá, aprovada no 21º Congresso do CONASEMS, realizado em 2005, posiciona-se pela desfragmentação dos recursos e pela regulamentação da EC29; pela responsabilidade solidária entre as três esferas de governo; e pela necessidade de um novo Pacto de Gestão.

Segundo Santos (2006), outro fato importante nesse processo foi a realização do 8º Simpósio sobre Política Nacional de Saúde, promovido pela Frente Parlamentar de Saúde e pelo Conselho Nacional de Saúde, realizado na Câmara dos Deputados em junho de 2005, que fortaleceu as proposta do Pacto pela Vida, em Defesa do SUS e da Gestão.

Após dois anos de discussão, foi aprovado na Comissão Intergestores Tripartite do dia 22/02/06, a proposta do Pacto pela Saúde, com três componentes: o Pacto pela Vida, o Pacto em Defesa do SUS e o Pacto de Gestão. Esse pacto foi construído pelo Ministério da Saúde, pelo CONASS e pelo CONASEMS e aprovado pelo Conselho Nacional de Saúde.

A proposta do Pacto de Gestão é extinguir as atuais formas de Gestão Plena do Sistema Municipal ou Estadual de Saúde e a Gestão Plena da Atenção Básica, possibilitando que cada estado ou município assine um Termo de Compromisso, explicitando suas responsabilidades sanitárias, expressas em ações de saúde que irá desenvolver. As referências ambulatoriais e hospitalares regionais serão estabelecidas através da Programação Pactuada e Integrada, que vem sendo proposta desde a NOB/96, estava na NOAS, e agora consta do Pacto de Gestão, porém de forma menos normativa e burocrática.

Em relação ao financiamento, o Pacto de Gestão propõe a redução das cento e trinta formas de transferência dos recursos federais para estados e municípios para cinco grandes blocos: Atenção Básica; Média e Alta Complexidade; Vigilância em Saúde; Assistência Farmacêutica e Gestão.

O processo de construção do Pacto pela Saúde iniciou-se em agosto de 2004, quando foi organizada pelo Ministério da Saúde, uma oficina denominada “Agenda do Pacto de Gestão”, objetivando encetar a discussão sobre a revisão do processo normativo do SUS e estabelecer as diretrizes, conteúdos e metodologia de trabalho para a elaboração de propostas para pactuação de questões fundamentais para o processo de Gestão do SUS. Participaram dessa oficina os representantes do CONASS, CONASEMS e do Ministério da Saúde.

Os primeiros resultados obtidos fazem parte da portaria GM/MS nº 399, publicada em 22 de fevereiro de 2006, com a definição das diretrizes operacionais do Pacto pela Saúde. Na data de 03 de abril de 2006, foi publicada a portaria GM/MS nº. 699 que Regulamenta as Diretrizes Operacionais dos Pactos Pela Vida e de Gestão e a portaria GM/MS nº 698 que instituiu a nova forma de transferência dos recursos federais destinados ao custeio de ações e serviços de saúde em blocos de financiamento. Cabe lembrar que este foi aprovado por unanimidade pelo Conselho Nacional de Saúde.

A partir dessas discussões houve a compreensão pelos gestores federais, estaduais e municipais da necessidade de se pactuar também metas e objetivos sanitários a serem alcançados, bem como da necessidade de envolver a sociedade na defesa do SUS. Para tanto, se estabeleceu a organização de um Pacto pela Saúde, visando respostas concretas aos desafios atuais da gestão e organização do sistema, às necessidades de saúde da população brasileira, e tornar a saúde uma política de Estado. Esse processo de pactuação tem como

finalidade a qualificação da gestão pública do SUS, buscando maior efetividade, eficiência e qualidade de suas respostas.

O Pacto pela Saúde representa uma promessa de mudanças na operacionalização do sistema de saúde. Sugere-se que o contexto de sua construção esteja relacionado ao processo de descentralização, que veio acontecendo de forma burocrática e normatizada, repercutindo, assim, diretamente na autonomia dos municípios no que diz respeito à definição e resolução dos problemas de saúde de sua população.⁴¹

Até então, os processos de gestão do SUS têm sido orientados por NOBs e NOAS, elaboradas a partir da década de 1990 e que hoje não contemplam o atual cenário da política de saúde brasileiro. Como visto no capítulo anterior, essas normas foram de encontro à verdadeira proposta da descentralização, gerando no sistema uma dependência da emissão de portarias ministeriais. Observa-se ainda que privilegiou-se o repasse dos recursos financeiros predestinados, estes somente podem ser usados para determinada atividade, programa ou serviço em saúde, não respeitando e considerando as prioridades locais, sobrecarregando os municípios devido às múltiplas contas com recursos de várias naturezas.

As críticas direcionadas ao sistema de habilitação dos municípios criado por essas normas recaíram sobre as desigualdades de autonomia de gestão entre os municípios, que acentuavam ainda mais as desigualdades em saúde existentes no país. Por outro lado, essas críticas estendiam-se às limitações dos planos municipais de saúde reduzidos à formalidade, uma vez que toda a dinâmica da fragmentação do financiamento fortalecia a verticalização do sistema e o engessamento da gestão. O repasse de recursos fragmentados por programa ou ação de saúde era dependente da adesão dos municípios ao respectivo programa ou ação, aos quais uma determinada modalidade de gestão tinha ou não acesso (BRASIL, 2006a, p. 13).

⁴¹ Os dados disponíveis em relação à adesão ao Pacto informam que até o primeiro trimestre de março de 2010, a União, os Estados, o Distrito Federal e 3.345 municípios haviam aderido ao Pacto pela Saúde, tendo seus respectivos termos homologados pela CIT e publicados. Anterior a isso, em janeiro de 2008, foi realizada em Brasília uma Reunião Ampliada do Grupo Técnico de Gestão da CIT com os objetivos de sistematizar um diagnóstico da situação atual de implantação do Pacto pela Saúde nos estados e municípios, traçar estratégias para superação das dificuldades encontradas neste processo, considerando a situação de adesão dos estados e municípios e apresentar propostas de valorização dos resultados alcançados. Destacam-se alguns dos principais pontos do relatório apresentado à CIT sobre o resultado da reunião técnica realizada que contemplam o objeto de estudo da tese: 1) No que se refere à regionalização, verificou-se que se tem pouca clareza do papel dos Colegiados de Gestão Regional e de sua interlocução com as CIB, além de não ter havido até o momento uma pactuação tripartite quanto à proposta de organização das redes de atenção à saúde; 2) Quanto ao financiamento, o Bloco de Gestão do SUS incorporou nove incentivos, o que ocasionou pouca flexibilidade para a utilização dos recursos dentro desse bloco e no Bloco de Média e Alta Complexidade (MAC) permaneciam as mesmas “caixinhas” na medida em que os valores referentes ao FAEC ainda não tinham migrado para o limite de média e alta complexidade ambulatorial e hospitalar; 3) O processo de monitoramento do Pacto ainda não estava com seus fundamentos normativos totalmente definidos, e as ações previstas no Pacto pela Saúde para a área de participação e controle social ainda estavam em fase incipiente, ressaltando-se entre outros aspectos a baixa mobilização social em torno do Pacto pela Saúde (CONASS, 2011).

Ainda podem ser identificadas outras questões e problemas, como a implantação e a expansão dos programas de agentes comunitários e de saúde da família. Sabe-se que estes programas contribuíram e facilitaram o acesso aos serviços de saúde, mas, ainda, representam pouco para as necessidades de atenção à saúde integral que o SUS requer. A expansão da cobertura da atenção básica criou mais problemas gerenciais para o SUS, atingindo em especial as municipalidades que adotaram estratégias precárias de contratação de pessoal para o desempenho dessas tarefas. Além da precarização das relações de trabalho, o financiamento centrado em procedimentos e o difícil acesso aos serviços especializados, fizeram com que a população tivesse uma avaliação desfavorável do SUS, além da fragilização do processo de controle social, onde conselhos de saúde no exercício da sua função de fiscalizadores ficavam atrelados às inúmeras contas, rubricas e despesas constantes da gestão financeira (BRASIL, 2006a).

Apesar dos avanços e conquistas com a implantação do SUS, ainda persistem os problemas de saúde e gestão, entre outros, em todas as esferas de governo e que precisam ser enfrentados e superados. Para isso, foram estabelecidos e negociados processos que criam inovações no modelo de gestão para o sistema, mudando as formas de financiamento e repasse dos recursos, bem como um apelo para mobilização da sociedade em defesa do direito à saúde e do SUS.

Para Paim, Travassos, Almeida, et al. (2010, p. 28), em artigo sobre o sistema de saúde brasileiro, sua história, avanços e desafios, informam que para superar os desafios enfrentados pelo SUS, será necessária uma nova estrutura financeira e uma revisão das relações público-privadas. Para os autores, o maior desafio enfrentado pelo SUS é político. Questões como o financiamento, a articulação público-privada e as desigualdades persistentes não poderão ser resolvidas apenas na esfera técnica. “As bases legais e normativas já foram estabelecidas e já se adquiriu bastante experiência operacional. Agora é preciso garantir ao SUS sua sustentabilidade política, econômica, científica e tecnológica”.⁴²

As situações apontadas contribuíram para que, em 2003, as demandas trazidas pelos gestores, trabalhadores e usuários fossem

valorizadas e incluídas nas discussões internas do Ministério da Saúde e nos espaços de negociação e pactuação entre os gestores federal, estaduais e municipais do SUS. A partir daí, teve início um amplo processo de discussão e mobilização em defesa do SUS, fortalecido pela realização da 12ª Conferência Nacional de Saúde, em 2003, convocada para discutir o tema “O SUS que Temos e o SUS que Queremos”. Nessa

⁴² Texto original em inglês, traduzido pela autora, disponível em: <<http://www.thelancet.com/>>. Acesso em: 20 ago. 2011.

conferência, foram retomadas as discussões do direito à saúde integrando o Sistema de Seguridade Social e enunciadas propostas para a qualidade dos serviços, a efetividade do controle social, o financiamento, a articulação com outras políticas sociais, a formação e o trabalho em saúde. O Ministério da Saúde convocou as representações dos gestores do SUS – Conass (Conselho Nacional de Secretários Estaduais de Saúde) e Conasems (Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde) no âmbito das instâncias de pactuação entre os gestores (Comissões Bipartites e Tripartite) para a realização de um debate solidário, que foi desenvolvido durante três anos de negociações e resultaram no compromisso público chamado Pacto pela Saúde 2006 (BRASIL, 2006a, p. 13).

Assim, o Pacto pela Saúde é o resultado do processo de negociação entre os gestores das três esferas de governo, na perspectiva de superação de problemas políticos, técnicos e administrativos para uma participação mais efetiva e autônoma dos municípios na gestão do SUS. O Ministério da Saúde, na série de publicações “Dialogando sobre o Pacto pela Saúde, 2006”, conceitua o Pacto pela Saúde como um acordo assumido entre os gestores responsáveis pela implementação do Sistema Único de Saúde, ou seja, os secretários municipais, estaduais, do Distrito Federal e o Ministro da Saúde, com o objetivo de estabelecer novas estratégias na gestão, no planejamento e no financiamento do sistema de forma a avançar na consolidação do SUS, envolvendo ainda o compromisso de ampliar a mobilização popular e o movimento em defesa do SUS.

A finalidade maior do Pacto é promover a melhoria na quantidade e qualidade dos serviços ofertados à população e a garantia do acesso de todos a esses serviços. Nele estão previstas ações de cooperação técnica e solidária entre as secretarias municipais de saúde, as secretarias estaduais de saúde, do Distrito Federal e o Ministério da Saúde, favorecendo a construção de novos mecanismos que ampliem e qualifiquem a gestão pública dos sistemas e serviços de saúde.

O Pacto pela Saúde 2006 é considerado pelo MS uma estratégia de avanço na consolidação dos princípios e das diretrizes constitucionais do SUS e não pretende ser uma norma rígida nem representa uma camisa-de-força para os processos de gestão, apesar da firmeza com a qual serão cobrados os compromissos com as metas sanitárias e de gestão a serem firmadas (BRASIL, 2006a).

Dentre as expectativas e resultados que o Pacto pela Saúde pode trazer, tanto ao SUS como para a saúde da população, destacam-se:

- 1) Condições para que os municípios assumam maior compromisso e tenham autonomia para implantar o Sistema Único de Saúde, de acordo com as necessidades da sua população, a partir de uma visão ampliada de saúde, na perspectiva da integralidade do cuidado;
- 2) Instrumentos para consolidar uma gestão do SUS cooperativa e articulada, respeitando as diferenças regionais, fortalecendo o papel de articulação e negociação

dos gestores municipais, estaduais e federal, mobilizados para elaborar metas, desenvolver ações e assumir responsabilidades no processo de implementação do SUS;

3) Reorganização do financiamento da saúde, possibilitando ao gestor programar com maior autonomia os níveis e modalidades de atenção, contando com blocos de recursos financeiros, de acordo com as necessidades das pessoas e da coletividade;

4) Racionalização do processo burocrático de habilitação de gestão dos municípios e estabelecimento do Termo de Compromisso de Gestão, que define a relação entre os gestores e os conselhos para que realizem o processo do controle social do SUS. Não haverá mais a perversa divisão entre municípios ou estados habilitados e não-habilitados. Todos passam a ser gestores das ações de saúde do município ou do conjunto de municípios que compõem a região de saúde, com responsabilidades e atribuições sanitárias definidas e com metas específicas a cumprir;

5) Possibilidade de participação mais direta da sociedade no processo do controle social em saúde, pois oferece indicadores mais próximos da realidade para o acompanhamento da gestão e define sua avaliação anual pelos conselhos de saúde e pelos gestores da execução dos planos de saúde, tendo como base o que foi acordado no documento Termo de Compromisso de Gestão. Com isso, o Pacto contribui para fortalecer os conselhos de saúde como espaços de debate, qualificação e deliberação das políticas de saúde.

6) Coerência com as necessidades de saúde e com a capacidade de gestão de cada lugar, pois pode ser reformulado nos próximos anos de acordo com os novos desafios que se apresentarem na saúde, tendo como base a pactuação feita de forma dialogada (BRASIL, 2006b, p. 18).

O TCG define para cada esfera de gestão suas responsabilidades e compromissos: da gestão do SUS; na regionalização; no planejamento e programação; na regulação, controle, avaliação e auditoria; na gestão do trabalho; da educação em saúde; na participação e controle social.

Dobashi (2010) destaca algumas mudanças ocorridas após a implementação do Pacto pela Saúde: substituição do processo de habilitação pela adesão solidária aos TCG; início dos processos de regionalização solidária e cooperativa como eixo estruturante da descentralização, de integração das diferentes formas de repasse dos recursos federais e de unificação dos vários pactos até então existentes.

É importante frisar que o Pacto não se efetiva automaticamente no momento da assinatura do termo de compromisso. O TCG não confere segurança jurídica aos compromissos ali assumidos, uma vez que esse título não é suficiente para obrigar os entes federativos quando houver descumprimento dos deveres assumidos (ANDRADE; SANTOS, 2008). Seus objetivos e metas devem ser o norte para que União, Estados e municípios orientem as intervenções e focalizem a alocação dos recursos de acordo com as prioridades estabelecidas. Portanto, após a adesão ao Pacto, todos devem assumir o compromisso de efetivá-lo.

5.1.1 O Pacto pela Vida

Enquanto instrumento do Pacto pela Saúde 2006, representa uma significativa mudança na forma de pactuação do SUS, vigente até agora, pois rompe com os pactos realizados através de normas operacionais (NOB's e NOAS). Essas normas fixavam-se em processos operacionais, distanciando-se de compromissos com resultados sanitários. A instituição do Pacto pela Vida representa duas mudanças fundamentais no desenvolvimento do SUS: substitui os pactos contingenciais por acordos anuais obrigatórios e muda o foco, de mudanças orientadas a processos operacionais para aquelas voltadas para resultados sanitários. Esse Pacto reforça, no SUS, o movimento da gestão pública por resultados. O Pacto pela Vida é permanente. E ao final do primeiro trimestre de um novo ano devem ser avaliados os resultados do ano anterior e pactuadas novas metas e objetivos a serem atingidos no ano em curso.

Prevê-se, também, o monitoramento, de cada ente com relação ao seu próprio âmbito, dos estados com relação aos municípios do seu território, dos municípios com relação ao estado, dos municípios e estado com relação à União e da União com relação aos estados, municípios e Distrito Federal.

Para que não seja apenas mais uma formalização de pactos burocráticos, com poucos resultados sanitários, busca-se operar mudanças nos mecanismos de pactuação, no campo cultural e operacional. No cultural, introduzir a ideia de que o pacto não termina no momento de sua assinatura, mas ali começa. Os objetivos e metas pactuados são referência para que os diferentes entes federados orientem suas decisões estratégicas e focalizem a alocação dos recursos; quando houver convergência entre metas e objetivos pactuados, priorização de ações táticas e alocação de recursos se estarão fazendo pactos reais.

No campo operativo, as metas e objetivos do Pacto pela Vida devem inscrever-se em instrumentos jurídicos públicos, pelos Termos de Compromisso de Gestão firmados. Esses termos têm como objetivo formalizar as responsabilidades e atribuições inerentes às esferas governamentais na condução do processo permanente de aprimoramento e consolidação do SUS. A definição de objetivos deve ser estabelecida através de metas nacionais, estaduais, regionais ou municipais. Neste sentido, os pactos estaduais deverão estar referenciados pelas metas e objetivos nacionais; os pactos regionais e municipais referenciados pelas metas estaduais. O Pacto é negociação entre atores e não imposição de uma das partes sobre a outra.

O Pacto contempla os princípios do SUS previstos na Constituição Federal de 1988 e na Lei nº 8080/90. Estabelece as responsabilidades dos gestores para diminuir as competências concorrentes, contribuindo para o fortalecimento da gestão compartilhada e solidária do SUS.

Avança também na regionalização e descentralização do SUS, a partir da proposição de algumas diretrizes permitindo uma diversidade operativa que respeite as singularidades regionais. Propõe a descentralização de atribuições do Ministério da Saúde para os estados, e para os municípios, acompanhado da desburocratização dos processos normativos. Reforça a territorialização da saúde para organização dos sistemas, estruturando as regiões sanitárias e instituindo colegiados de gestão regional.

Explicita, ainda, as diretrizes para o sistema de financiamento público tripartite em grandes blocos de financiamento federal e estabelece relações contratuais entre os entes federativos.

O Pacto pela Vida visa à melhoria da qualidade e do nível de saúde e de vida da população brasileira, configurando-se como o compromisso maior do SUS. Esse compromisso está firmado no entendimento de que a saúde é determinada por outros fatores que se encontram fora da responsabilidade do setor da saúde, como é o caso da educação, da moradia, do saneamento, do lazer e demais condições que tornam a vida melhor em todos os seus sentidos. A depender do acesso que as populações têm aos benefícios dessas políticas sociais, aumenta ou diminui a chance de as pessoas acumularem mais ou menos saúde. A saúde tem a ver com o modo de vida pessoal e da sociedade como um todo e também depende dos determinantes sociais da saúde das pessoas e das coletividades (BRASIL, 2006a).

Isto reforça no SUS o movimento da gestão pública por resultados estabelecendo um conjunto de compromissos sanitários considerados prioritários. Esses compromissos deverão ser efetivados pela rede do SUS para o alcance das metas pactuadas. Prioridades estaduais, regionais ou municipais podem ser agregadas às prioridades nacionais, a partir de pactuações locais. Os estados e municípios devem pactuar as ações que considerem necessárias ao alcance das metas e objetivos gerais propostos.

Este contexto traz o compromisso do enfrentamento de situações que afetam as populações mais fragilizadas, identificando esses grupos e definindo estratégias para melhorar a sua situação de saúde, promovendo, assim, a equidade em saúde. Baseado nisso, o Pacto pela Vida definiu um conjunto de objetivos e metas prioritárias⁴³ para todo o Brasil, que podem e devem ser ajustadas de acordo com cada situação regional ou municipal que, por sua vez, poderão

⁴³ Portaria GM/MS nº 325, de 21 de fevereiro de 2008, disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/saude/profissional/area.cfm?id_area=1021>. Acesso em: 12 abr. 2011.

adicionar outras prioridades, de acordo com as necessidades de sua população específica: Atenção à saúde do idoso; Controle do câncer de colo de útero e de mama; Redução da mortalidade infantil e materna; Fortalecimento da capacidade de resposta às doenças emergentes e endemias, com ênfase na dengue, hanseníase, tuberculose, malária, influenza, hepatite, AIDS; Promoção da saúde; Fortalecimento da atenção básica; Saúde do trabalhador; Saúde mental; Fortalecimento da capacidade de resposta do sistema de saúde às pessoas com deficiência; Atenção integral às pessoas em situação ou risco de violência; Saúde do homem.

Atenção à Saúde do idoso – em função da longevidade e o aumento do número de idosos, é preciso oferecer suporte para que o risco de adoecer se reduza, a qualidade de vida melhore e se ofereça uma atenção integral à saúde dos idosos. Baseado na Política Nacional do Idoso e Estatuto do Idoso busca-se realizar ações conjuntas entre os órgãos do governo e da sociedade civil para a melhoria da qualidade de vida e a cidadania dos idosos, pois a saúde do idoso não depende somente dos serviços de saúde.

Controle e Redução de mortes por câncer de colo de útero e de mama – através dos exames Papanicolau e mamografia, exames para diagnosticar a doença evitando mortes. O Pacto pela Vida estabelece compromissos e metas das secretarias municipais, estaduais, do Distrito Federal, do Ministério da Saúde e seus órgãos vinculados, para combater o câncer de colo uterino e o de mama e proporcionando mais anos de vida para a população feminina.

Redução da mortalidade infantil e materna - A morte de mulheres em função de gravidez, parto ou puerpério (morte materna) ainda acontece no Brasil; 98% dessas mortes maternas podem ser evitadas pelo atendimento pré-natal, ao parto e ao puerpério. A infância ainda é sinônimo de doenças, violência e abandono para um grande número de crianças. O Pacto pela Vida estabelece um compromisso em desenvolver ações para reduzir a mortalidade infantil e materna em todo o Brasil.

Fortalecimento da capacidade de resposta a doenças emergentes e endemias - a hanseníase, a tuberculose e a malária atingem milhares de brasileiros, colocando o Brasil numa péssima posição mundial em relação ao seu controle e eliminação e outras doenças, como o cólera, a dengue, a influenza, conhecida na sua versão atual como gripe aviária, o Pacto pela Vida estabelece compromissos e metas entre os gestores de municípios, estados, Distrito Federal e o gestor federal para enfrentar, controlar e eliminar essas doenças, representando um salto nas condições sanitárias brasileiras.

Promoção da Saúde - investir nas ações do governo e da sociedade civil que fortalecem e melhoram a qualidade de vida. Por isso, promover a saúde é uma responsabilidade não somente das políticas de saúde, mas também de todas as políticas sociais

e um compromisso da própria sociedade. O Pacto pela Vida propõe a construção de políticas e ações que incentivem hábitos saudáveis na população brasileira como: a prática de atividades físicas; a alimentação saudável; o combate ao tabagismo; o desenvolvimento da consciência da responsabilidade individual e coletiva com a qualidade da própria saúde, mobilizando e produzindo conhecimentos em conjunto com a população; e o combate a práticas e hábitos de vida que produzem doenças.

Fortalecimento da Atenção básica à saúde – refere-se ao fortalecimento da atenção básica. Uma das estratégias de melhoria da atenção básica envolve melhorar o Programa de Saúde da Família (PSF), por meio da estruturação de suas equipes, organização do seu processo de trabalho e formação adequada dos profissionais. É necessário também fortalecer os centros e postos de saúde que são os serviços fixos que realizam a atenção básica. A política de atenção básica requer também clínicas especializadas para os casos mais complexos encaminhados pelo Programa de Saúde da Família e demais serviços básicos. Dessa forma, o município e a região estarão oferecendo serviços de saúde de forma resolutiva e integral.

5.1.2 O Pacto em Defesa do SUS

Por princípio, o Pacto em Defesa do SUS está fundamentado na compreensão de retomada das bases da luta pelo direito à saúde, envolvendo necessariamente a luta pela saúde como integrante da Seguridade Social. Isto reforça o compromisso das três instâncias de governo de fazer do SUS uma política de Estado e de defender os princípios fundamentais dessa política pública, garantidos na Constituição Federal (BRASIL, 2006a).

O Pacto orienta os gestores das três esferas de acordo com as diretrizes:

- a) expressar os compromissos entre os gestores do SUS com a consolidação da Reforma Sanitária Brasileira, explicitada na defesa dos princípios do Sistema Único de Saúde estabelecidos na Constituição Federal; e
- b) desenvolver e articular ações, no seu âmbito de competência e em conjunto com os demais gestores, que visem qualificar e assegurar o SUS como política pública.

O compromisso do Pacto em Defesa do SUS exige a ampliação de oportunidades políticas para iniciativas em defesa dos princípios centrais da Saúde como integrante do Sistema de Seguridade Social e da consolidação do SUS universal, humanizado e de qualidade; o fortalecimento das relações do governo com os movimentos sociais; a ampliação

da discussão com a sociedade, tendo a cidadania e o direito à saúde como estratégia de mobilização social.

Frente a isso, o Ministério da Saúde definiu os direitos dos usuários, que constam da Carta dos Direitos dos Usuários da Saúde, constituindo um instrumento fundamental para envolver o conjunto dos cidadãos na defesa do direito à saúde. De acordo com a Carta dos Direitos dos Usuários da Saúde, todo cidadão tem direito: ao acesso ordenado e organizado aos sistemas de saúde; a tratamento adequado e efetivo para seu problema; ao atendimento humanizado, acolhedor e livre de qualquer discriminação; a atendimento que respeite a sua pessoa, seus valores e seus direitos; também tem responsabilidades para que seu tratamento aconteça de forma adequada; ao comprometimento dos gestores da saúde para que os princípios anteriores sejam cumpridos (BRASIL, 2006a).

O Pacto em Defesa do SUS tem como finalidade:

- a) mostrar a saúde como direito de cidadania e o SUS como sistema público universal garantidor desses direitos;
- b) alcançar a regulamentação da Emenda Constitucional nº 29, pelo Congresso Nacional (curto prazo);
- c) garantir o incremento dos recursos orçamentários e financeiros para a saúde (longo prazo);
- d) aprovar o orçamento do SUS, composto pelos orçamentos das três esferas de gestão, explicitando o compromisso de cada uma delas;
- e) elaborar e divulgar a carta dos direitos dos usuários do SUS.

5.1.3 O Pacto de Gestão

Eixo principal dessa tese, o Pacto de Gestão estabelece, de forma negociada, as responsabilidades das secretarias municipais, estaduais, do Distrito Federal e do Ministério da Saúde, tornando mais evidente as responsabilidades de cada uma dessas esferas contribuindo, assim, para o fortalecimento da gestão compartilhada e solidária do SUS. A gestão do SUS se traduz em políticas e recursos para formar e capacitar pessoas para essas funções e apoiar as melhorias que são necessárias na gestão (BRASIL, 2006a).

Visando dar outra operacionalidade para efetiva descentralização da saúde, constrói-se o Pacto de Gestão.

Integralizar as ações do sistema é, exatamente, construir o “pacto de gestão”. A formulação desse pacto facilita a identificação de situações essenciais tanto para o gestor do sistema, como para os trabalhadores da saúde e, claro, para o usuário da rede. O aspecto mais relevante da arquitetura do pacto de gestão é a que permite identificar critérios de necessidades para o bom funcionamento do sistema. É só no âmbito de um “pacto” que é possível, realmente, perceber, prever e administrar o risco à saúde individual e coletiva. Os determinantes sociais e a visão positiva da saúde emergem com mais eficácia na lógica de um “pacto” e não da gestão por instância de poder, ainda que integradas. É preciso ter absoluta clareza que não existe o doente federal, estadual, municipal ou comunitário. Existe o cidadão que está exercendo o direito constitucional de ter acesso à saúde, que o sistema único deve oferecer (TREVISAN; JUNQUEIRA, 2007, p. 899).

Assim, são prioridades do Pacto de Gestão: Definir de forma clara a responsabilidade em saúde de cada instância gestora do SUS: federal, estadual e municipal e; Estabelecer as diretrizes para a gestão do SUS, com ênfase em: Descentralização; Regionalização; Financiamento do SUS; Planejamento no SUS; Programação Pactuada Integrada (PPI); Regulação da Atenção à Saúde e Regulação Assistencial; Monitoramento e Avaliação da Gestão; Participação e Controle Social; Gestão do Trabalho na Saúde; Educação na Saúde (BRASIL, 2006a). Ou seja, o Pacto define as diretrizes e responsabilidades para a gestão do sistema, contribuindo para o fortalecimento desta, em cada um dos eixos de ação.

a) Descentralização

O grande desafio desta diretriz é promover a autonomia e a capacidade dos estados e municípios para assumirem suas responsabilidades sanitárias. O Pacto qualifica a descentralização, com o fortalecimento das Comissões Intergestores Bipartites (CIBs), instâncias de pactuação que atuam nos estados, e a definição de modelos organizacionais, com base em diretrizes e normas pactuadas por consenso na Comissão Intergestores Tripartite (CIT), a serem apresentadas para deliberação dos respectivos conselhos de saúde. As responsabilidades sanitárias para o gestor municipal, estadual e federal do SUS são estabelecidas no Pacto de Gestão, através do Termo de Compromisso de Gestão.

b) Regionalização

Para melhorar e facilitar o acesso aos distintos serviços de saúde é necessário que sejam criadas as regiões de saúde. Estas devem ser consideradas e definidas de acordo com o cotidiano dos sujeitos e das comunidades, acompanhando a existência dos serviços de saúde no local onde moram e transitam. A criação das regiões de saúde requer negociações que

envolvam as três esferas de governo, cada qual com seus compromissos e responsabilidades atinentes ao seu território e cidadãos.

A regionalização, diretriz do SUS e eixo estruturante do Pacto de Gestão tem como meta orientar a descentralização das ações e serviços de saúde e os processos de negociação e pactuação entre os gestores. Os principais instrumentos de planejamento da Regionalização são o Plano Diretor de Regionalização – PDR –, o Plano Diretor de Investimento – PDI – e a Programação Pactuada e Integrada da Atenção à Saúde – PPI, no documento.

O Plano Diretor de Regionalização (PDR) representa o desenho final do processo de identificação e reconhecimento das regiões de saúde, em suas diferentes formas, em cada estado e no Distrito Federal. O Plano Diretor de Investimento (PDI) apresenta os recursos de investimentos para atender as necessidades pactuadas no processo de planejamento regional e estadual. No âmbito regional, deve expressar as necessidades para a atenção básica e em parte da média complexidade da assistência; na macrorregião, deve atender as demandas da alta complexidade. Deve contemplar também as necessidades da área da vigilância em saúde e ser desenvolvido de forma articulada com o processo da PPI e do PDR. Já a Programação Pactuada e Integrada (PPI) é um processo que visa definir a programação das ações de saúde em cada território e nortear a alocação dos recursos financeiros para a saúde, com base em critérios e parâmetros pactuados entre os gestores. Deve explicitar os pactos de referência entre municípios, gerando a parcela de recursos destinados à própria população e à população referenciada (BRASIL, 2006b).

Os objetivos da regionalização são:

- garantir acesso, resolutividade e qualidade às ações e serviços de saúde cuja complexidade e contingente populacional transcendam a escala local/municipal; Garantir o direito à saúde, reduzir desigualdades sociais e territoriais e promover a equidade, ampliando a visão nacional dos problemas, associada à capacidade de diagnóstico e decisão loco regional, que possibilite os meios adequados para a redução das desigualdades no acesso às ações e serviços de saúde existentes no país; 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; 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; Racionalizar os gastos e otimizar os recursos, possibilitando ganho em escala nas ações e serviços de saúde de abrangência regional⁴⁴ (BRASIL, 2008).

⁴⁴ Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/saude/profissional/area.cfm?id_area=1021>. Acesso em: 12 ago. 2010.

Nesta diretriz são consideradas regiões de saúde os recortes territoriais de 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. De acordo com As Diretrizes Operacionais – Pactos pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão (2006), as regiões podem ter os seguintes formatos:

I. Regiões Intraestaduais, compostas por mais de um município, dentro de um mesmo estado;

II. Regiões Intramunicipais, organizadas dentro de um mesmo município de grande extensão territorial e densidade populacional;

III. Regiões Interestaduais, conformadas a partir de municípios limítrofes em diferentes estados;

IV. *Regiões Fronteiriças, conformadas a partir de municípios limítrofes com países vizinhos* (grifo nosso).

Especificamente, nos casos das regiões fronteiriças, o Ministério da Saúde deve promover articulação entre os países e órgãos envolvidos, na implementação do sistema de saúde e organização da atenção nos municípios fronteiriços, coordenando e fomentando a constituição dessas Regiões e participando do Colegiado de Gestão Regional.

O Pacto pela Saúde, portanto, avança nesta perspectiva ao apontar a regionalização como o eixo estruturante de uma de suas três dimensões - Gestão do SUS, contemplando também as regiões de fronteira. A regionalização objetiva reduzir as desigualdades sociais e territoriais através da identificação das regiões de saúde. Dentre seus pressupostos destacam-se a territorialização e a flexibilidade. A territorialização é situada enquanto apropriação dos espaços locais, das relações estabelecidas com os sujeitos, das situações regionais e de suas peculiaridades. A flexibilidade no respeito à diversidade, a heterogeneidade territorial brasileira que revela as especificidades estaduais, regionais, municipais e suas dinâmicas distintas, como as regiões de fronteira.

A inclusão no Pacto de Saúde, de financiamento diferenciado, para o desenvolvimento de ações e serviços sanitários nos municípios de fronteira tem um caráter inovador. Portanto, é importante avaliar o seu processo de implementação, favorecendo os ajustes exigidos e identificando se os objetivos, metas e propostas estão sendo viabilizados.

As regiões de saúde foram e são criadas para garantir a integralidade da atenção à saúde, garantindo ao cidadão uma rede de proteção e cuidado, na atenção básica, nos ambulatorios, nos hospitais e demais ações e serviços de saúde. Elas são consideradas recortes territoriais inseridas em um espaço geográfico contínuo, identificadas pelos gestores

municipais e estaduais, com base em identidades culturais, econômicas e sociais, de redes de comunicação e infraestrutura de transportes compartilhados do território e da realidade sanitária. As regiões devem organizar a rede de ações e serviços de saúde, a fim de assegurar aos cidadãos o cumprimento dos princípios constitucionais de universalidade do acesso, equidade e integralidade do cuidado, favorecer a ação cooperativa e solidária entre os gestores dos vários municípios que poderão estar envolvidos na região e os gestores estaduais de saúde, bem como o fortalecimento do controle social.

Para melhorar o processo de regionalização, buscando o cumprimento e o aprimoramento dos princípios do SUS, os gestores de saúde da região deverão constituir um espaço permanente de negociação e pactuação, por meio de um colegiado de gestão regional, abrangendo os gestores dos municípios que compõem a região. A denominação e o funcionamento do colegiado devem ser acordados na Comissão Intergestores Bipartite e submetidos à aprovação dos conselhos de saúde. O colegiado de gestão regional se constitui num espaço de decisão no qual são identificados os problemas, definidas as prioridades e pactuadas as soluções para a organização de uma rede regional de ações e serviços de atenção à saúde, integrada e resolutiva (BRASIL, 2006b, p. 31).

O Pacto de Gestão assume o desafio de avançar na regionalização e descentralização do SUS, com base em seus princípios, mas operacionalizando-os de forma a respeitar as especificidades regionais, fortalecendo a solidariedade e cooperação entre os municípios e entre gestores, apoiando e qualificando a participação popular (BRASIL, 2006b).

Nesse processo, cabe ao Ministério da Saúde a proposição de políticas, a participação no co-financiamento, a cooperação técnica, a avaliação, a regulação, o controle e a fiscalização, além da mediação de conflitos porventura existentes (BRASIL, 2006b).

c) Financiamento do SUS

É um dos elementos fundamentais para a gestão do sistema de saúde. O Pacto de Gestão define a responsabilidade das três esferas de gestão – União, estados e municípios – com o financiamento do SUS; busca a redução das diferenças de distribuição de bens e infraestrutura entre as regiões de saúde, definindo se a distribuição se encontra de acordo com as condições locais, consideradas as dimensões étnico-racial e social na inclusão do direito à saúde (BRASIL, 2006a).

Reforça os mecanismos de transferência regular e automática de recursos do Fundo Nacional de Saúde para os fundos estaduais e municipais. Por meio dessa transferência fundo a fundo entre gestores, evita o número de transferências por meio de convênios. Estes tem

prazo para começar e terminar e, geralmente, quando terminam, deixam muitas ações inacabadas e outras sequer iniciadas. A transferência regular automática favorece melhor a avaliação, a fiscalização, a auditoria e o controle social sobre os gastos em saúde. O Pacto representa também o fim da lógica fragmentada do financiamento da saúde, efetivada por meio da transferência de recursos do Ministério da Saúde para estados e municípios. Os recursos predestinados não permitiam ao gestor gastá-lo com outra eventual prioridade do município. Com o Pacto, a transferência de recursos é estruturada em 05 blocos de financiamento, o que reforça o papel da gestão municipal na definição de suas prioridades, com base na análise dos problemas locais, fortalecendo a descentralização: Atenção Básica; Atenção de Média e Alta Complexidade; Vigilância em Saúde; Assistência Farmacêutica e; Gestão do SUS (BRASIL, 2006a).

O bloco de financiamento para a Atenção Básica - de responsabilidade das três esferas de gestão do SUS, sendo que os recursos federais compõem o Bloco Financeiro da Atenção Básica, dividido em dois componentes: o Piso da Atenção Básica, cujo critério é a quantidade de habitantes, e o Piso da Atenção Básica Variável, dependente da adesão do município às seguintes estratégias: Saúde da família; Agentes comunitários de saúde; Saúde bucal; Compensação de especificidades regionais; Fator de incentivo da atenção básica aos povos indígenas; Incentivo à saúde no sistema previdenciário (BRASIL, 2006a).

O bloco de financiamento para a Atenção de Média e Alta Complexidade (MAC) – conhecido no SUS como média e alta complexidade são os procedimentos executados por especialistas, com tecnologia mais sofisticada e realizados em unidades de saúde complexas, como os grandes hospitais. Os recursos correspondentes a este bloco de financiamento compõem o Limite Financeiro da Média e Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar do Distrito Federal e dos estados e municípios, que é resultado do total de recursos necessários para financiar: Procedimentos regulados pela Central Nacional de Regulação da Alta Complexidade (CNRAC); Transplantes; Ações Estratégicas Emergenciais, de caráter temporário, implementadas com prazo predefinido; Novos procedimentos, com cobertura financeira de aproximadamente seis meses, quando da inclusão de novos procedimentos sem correlação com a tabela vigente, até a formação de série histórica para a devida agregação ao MAC (BRASIL, 2006a).

O bloco de financiamento para a Vigilância em Saúde - O Limite Financeiro da Vigilância em Saúde possui dois componentes: a Vigilância Epidemiológica e Ambiental em Saúde e a Vigilância Sanitária em Saúde. Os recursos financeiros correspondentes às ações de Vigilância em Saúde compõem o Limite Financeiro de Vigilância em Saúde dos estados,

municípios e do Distrito Federal e representam o agrupamento das ações da Vigilância Epidemiológica, Ambiental e Sanitária. E o financiamento para as ações de vigilância sanitária deve mudar a maneira de pagamento por procedimento para financiamento do custeio de ações coletivas, visando garantir o controle de riscos sanitários, na perspectiva de avançar no trabalho de regulação, controle e avaliação de produtos, ações e serviços de saúde associados ao conjunto das atividades inerentes direta e indiretamente ao SUS (BRASIL, 2006a).

O bloco de financiamento para a Assistência Farmacêutica - é financiado pelas três esferas de gestão do SUS, devendo agregar a aquisição de medicamentos e insumos e a organização das ações de assistência farmacêutica necessárias, de acordo com a organização de serviços de saúde. Este bloco de financiamento se organiza em três níveis:

- a) básico: financiamento de medicamentos na atenção básica de saúde, definido pelo número de habitantes e o financiamento de ações dos programas de Hipertensão, Diabetes, Asma e Rinite, Saúde Mental, Saúde da Mulher, Alimentação e Nutrição e Combate ao Tabagismo;
- b) estratégico: financiamento de medicamentos para os programas estratégicos, como os de combate a endemias (Tuberculose, Hanseníase, e outras), às DST/AIDS e os relativos a Sangue e Hemoderivados, Imunobiológicos e Insulina;
- c) medicamentos de Dispensação Excepcional: financiamento de medicamentos de acesso mais restrito e de alto custo, que precisam de pactuação entre os gestores e articulação por meio de protocolos que orientam sua utilização, com supervisão do controle e avaliação do SUS (BRASIL, 2006a);

O bloco de financiamento para a Gestão do Sistema Único de Saúde - destina-se ao custeio de ações específicas relacionadas com a organização dos serviços de saúde, a facilitação do acesso da população e a aplicação dos recursos financeiros do SUS, apoiando iniciativas de fortalecimento da gestão, sendo composto pelos seguintes sub-blocos: Regulação, controle, monitoramento, avaliação e auditoria; Planejamento e Orçamento; Programação; Regionalização; Participação e Controle Social; Gestão do Trabalho; Educação em Saúde e; Incentivo à Implementação de Políticas Específicas (BRASIL, 2006a).

d) Planejamento no SUS

Procura estabelecer algumas bases comuns entre os níveis de gestão que permitam desenvolver o monitoramento e avaliação do SUS entre municípios, estados, e governo

federal, de forma tripartite, com vistas ao acompanhamento dos gastos públicos, a transparência e o controle da corrupção; conhecer a contribuição da saúde para a melhoria das condições de vida e o reordenamento dos rumos das políticas de saúde (BRASIL, 2006a).

Para um planejamento dialogado, negociado e pactuado, é preciso que haja uma participação efetiva nos conselhos e conferências. É aconselhável que, ao se iniciar, cada governo consulte a sua população sobre a política local de saúde que pretende desenvolver. É desejável que os coletivos organizados da população sejam considerados no processo de planejamento da saúde. Por outro lado, é importante que as ações de saúde sejam planejadas envolvendo outros setores governamentais, considerando que saúde e doença têm seus determinantes e condicionantes sociais, cuja solução depende da ação de outros setores (BRASIL, 2006a, p. 35).

Um dos instrumentos para o planejamento é o Plano Municipal de Saúde, que orienta a ação do gestor para as prioridades locais e a ação do controle social. Este é construído de acordo com as diretrizes apontadas pela Conferência Municipal de Saúde e aprovado pelo conselho (BRASIL, 2006a).

e) Programação Pactuada Integrada (PPI)

A PPI é o que define a programação das ações de saúde em cada território e orienta a distribuição dos recursos financeiros para a saúde com base em critérios e parâmetros pactuados entre os gestores. A programação deve partir da rede de atenção básica de saúde, por sua maior abrangência e de forma ascendente até as ações mais complexas (BRASIL, 2006a).

f) Regulação da Atenção à Saúde e Regulação Assistencial

Tem como objeto a produção das ações diretas e finais de atenção à saúde, dirigidas aos prestadores de serviços de saúde, públicos e privados. As ações compreendem a Contratação, a Regulação do Acesso à Assistência ou Regulação Assistencial, o Controle Assistencial, a Avaliação da Atenção à Saúde, a Auditoria Assistencial e as Regulamentações da Vigilância Epidemiológica e Sanitária (BRASIL, 2006a).

g) Monitoramento e Avaliação da Gestão

Este eixo refere-se ao acompanhamento, transparente, da gestão do SUS, fornecendo elementos para a ação dos conselhos. Para tanto, foram construídos indicadores, que deverão ser divulgados permitindo que o desempenho do gestor e do processo de gestão seja conhecido para ser aperfeiçoado (BRASIL, 2006a).

h) Participação e Controle Social

A participação social no SUS é um princípio fundamental, assegurado na Constituição e nas Leis nº 8.080/90 e n. 8.142/90. Algumas ações devem ser desenvolvidas para fortalecer o processo de participação social, como: Apoiar os conselhos de saúde e as conferências de saúde, com vistas ao seu fortalecimento para que os mesmos possam exercer plenamente os seus papéis; Difundir informações que promovam a transparência da gestão, favorecendo a ação dos conselhos de saúde; Implantar os conselhos de gestão participativa nas unidades de saúde; Acolher demandas de grupos sociais em situação de desigualdade em relação ao acesso aos serviços de saúde; Apoiar o processo de educação permanente para o controle social no SUS; Estimular a participação dos cidadãos no debate sobre a saúde e na ampliação da consciência sanitária e no direito a saúde; Apoiar os processos de educação popular em saúde, para ampliar e qualificar a participação social no SUS; Apoiar a implantação e implementação de ouvidorias nos estados e municípios, com vistas ao fortalecimento da gestão estratégica do SUS; Apoiar o processo de mobilização social e institucional em defesa do SUS e na discussão do Pacto (BRASIL, 2006a).

i) Gestão do Trabalho na Saúde

Este eixo aborda as necessidades exigidas para a estruturação da área de Gestão do Trabalho, observadas as especificidades da atuação do trabalho em saúde. O Pacto prevê, também, a capacitação e qualificação dos gestores e técnicos na perspectiva do fortalecimento da gestão do trabalho em saúde; o Sistema de Informações, que deve proceder à análise de sistemas de informações existentes e desenvolver componentes de otimização e implantação de sistema informatizado que subsidie a tomada de decisão na nesta área (BRASIL, 2006a).

j) Educação na Saúde

A educação permanente é considerada essencial à política de formação e desenvolvimento dos trabalhadores para a qualificação do SUS. Busca-se implementar a Política Nacional de Educação Permanente, fortalecendo os vínculos entre a formação dos profissionais da saúde, a atenção à saúde oferecida à população, a gestão participativa e o controle social do SUS. Para tanto, prevê a adoção de diferentes metodologias inovadoras de ensino-aprendizagem significativas (BRASIL, 2006a).

Em relação aos recursos financeiros para investimento, obras físicas e equipamentos o Pacto de Gestão determina que devam ser empregados com vistas à superação das desigualdades de acesso e à garantia da integralidade da atenção à saúde. Deverão priorizar a recuperação, a readequação e a expansão da rede física de saúde e a constituição dos espaços de regulação. Os projetos de investimento apresentados para o Ministério da Saúde deverão ser aprovados nos respectivos conselhos de saúde e na CIB, devendo refletir prioridade regional.

São eixos prioritários para aplicação de recursos de investimentos:

- *Estímulo à Regionalização* – deverão ser priorizados projetos de investimentos que fortaleçam a regionalização do SUS, com base nas estratégias nacionais e estaduais, considerando os PDIs (Planos de Desenvolvimento Integrado) ajustados e o mapeamento atualizado da distribuição e oferta de serviços de saúde em cada espaço regional e parâmetros de incorporação tecnológica que compatibilizem o uso inteligente da tecnologia com a equidade no acesso;
- Investimentos para a Atenção Básica – compostos de recursos para investimentos na rede básica de serviços, destinados conforme disponibilidade orçamentária e transferidos fundo a fundo para municípios que apresentarem projetos selecionados de acordo com critérios pactuados na Comissão Intergestores Tripartite (BRASIL, 2006b, p. 39) (Grifo nosso).

6 O PROCESSO DE PACTUAÇÃO NO RS: RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os dados disponíveis referentes a pactuação no RS revelam que dos quatrocentos e noventa e seis municípios gaúchos, apenas oitenta⁴⁵ aderiram ao Pacto pela Saúde com Portaria Publicada no Diário Oficial da União; oitenta e oito municípios com aprovação na CIB e oito na CIT. Do universo da pesquisa, quando da realização da entrevista, em janeiro de 2011, apenas o município de São Borja havia pactuado, sendo que os demais aguardavam publicação no Diário Oficial da União, ou aprovação nas respectivas Comissões e/ou ainda alguns com pendências para resolver e encaminhar⁴⁶.

É necessário apontar algumas particularidades no que se refere ao processo de pactuação no Estado. Uma delas é a orientação dada pela Federação das Associações dos Municípios do Rio Grande do Sul FAMURS⁴⁷ para a não-adesão ao Pacto, conforme informações constantes no discurso dos entrevistados. Salienta-se que esta informação foi fornecida em cinco dos seis municípios pesquisados.

⁴⁵ Número até o momento de construção final da tese, disponibilizado no site oficial da Secretaria do Estado do RS <http://www.saude.rs.gov.br/wsa/portal/index.jsp?menu=servicos&cod=5228>, acesso em 09 de julho de 2011.

⁴⁶ Vale lembrar que, conforme exposto no Quadro I – Informações sobre a área de pesquisa de campo, sujeitos entrevistados e situação do município em relação à adesão ao pacto, nos demais municípios a adesão ocorreu após a realização da pesquisa de campo, conforme as portarias 581/28/03/11, sendo apenas o município de Uruguaiana que não aderiu ao Pacto até o momento de finalização desta tese.

⁴⁷ De acordo com o site www.famurs.com.br, acessado em 20 de julho de 2011, “sempre que a Diretoria da FAMURS entender que há necessidade ou que estiverem em pauta temas polêmicos, são promovidas Assembléias Gerais com a presença de todos os prefeitos dos 496 Municípios gaúchos.” A FAMURS intitula-se “Casa dos Municípios”, sua atuação está voltada a orientar administradores municipais, nas diferentes áreas da administração pública municipal. Representa os municípios gaúchos através das vinte e sete associações regionais. São onze áreas técnicas nas quais a FAMURS presta assessoria: agricultura, assistência social, cultura, educação, jurídico, meio ambiente, receitas municipais, saúde, tecnologia da informação, trânsito, turismo. Em relação à saúde, estabeleceu como principais temas de atuação: busca de soluções para as questões de preconização do trabalho em saúde; defesa dos gestores nas questões em saúde; defesa dos Municípios nos Conselhos da área; luta permanente para que os recursos para a saúde cheguem aos Municípios; luta permanente para que o Estado e a União cumpram com seu percentual legal para a saúde; Programação Pactuada e Integrada – PPI; Aprovação de novos critérios para a certificação da Vigilância Epidemiológica; Criação das Câmaras Técnicas junto aos Conselhos de Saúde; Proposta de regulamentação para os Conselhos Municipais de Saúde; Acompanhamento aos Municípios que apresentaram dificuldades quanto a Lei Municipal de criação dos Conselhos Municipais de Saúde; Plano Estadual de Assistência Farmacêutica Básica; Luta pela regulamentação junto ao Ministério da Saúde e Congresso Nacional para a contratação das Equipes de Saúde da Família e Agentes Comunitários de Saúde. Vincula-se a ASSEDISA - Associação dos Secretários e Dirigentes Municipais de Saúde. Tanto FAMURS como ASSEDISA têm assento em várias Comissões Permanentes, Transitórias e Conselhos do CES - Conselho Estadual de Saúde como de Orçamento e Fiscalização, Saúde do Trabalhador, Saúde Mental, Saúde da Mulher, Capacitação de Conselheiros Municipais e DST/AIDS; SETEC - Secretaria Técnica da Secretaria do Estado da Saúde; CIB – Comissão de Intergestores Tripartite da Saúde.

Esse processo teve grande morosidade, a Federação das Associações de Municípios do Rio Grande do Sul - FAMURS mostrou-se contrária a assinatura do Pacto pelo fato da proposta não estar clara para os municípios, bem como as atribuições a partir do Pacto pela Saúde o que gerou grande embate entre os municípios. No decorrer do processo a FAMURS delegou a decisão para cada município. Na CIB nem todos foram favoráveis a assinatura do Pacto, e nos municípios houve muitas discussões e muitos sujeitos foram contra o programa, mas houve grande empenho da gestão (refere-se à gestão do seu município) para a adesão (G1).

Bom, nós tínhamos uma orientação de não assinar o Pacto, o Rio Grande do Sul, eu acho, que tinha essa cultura, tínhamos a orientação da FAMURS, mas nós aqui tínhamos até ficado “café com leite”, não íamos para cá nem para lá, porque tínhamos essa orientação de não assinar, não tínhamos incentivo também por assinar, aí ficamos esperando para ver como ia ficar. Aqui no Estado mesmo um ou dois municípios assinaram o Pacto, depois ninguém assinou, agora no ano passado começamos a rever isso, é uma coisa que está engatinhando, nós resolvemos que íamos assinar, veio uma orientação da FAMURS que já que não haveria outra forma, então que nós assinássemos. O Prefeito achou que o ideal era que nós assinássemos e daí assinamos, nós recebemos orientação, algumas reuniões do pessoal da Coordenadoria para saber o que era de responsabilidade do município, o que poderíamos assumir depois, o que poderíamos assumir já de momento, como municipal e estadual e estamos ainda engatinhando (G2).

Nós sabemos São Borja que assinou, que está recebendo alguns recursos, está indo bem, mas tem algumas coisas que ele não assumiu. Não assumiu o hospital, assumiu basicamente o que já existia, porque ficou muito nublado, não é claro. Por isso que a FAMURS ficou contra. O problema era o repasse financeiro. O que vamos receber de dinheiro? Isso que nós perguntamos, então a FAMURS não diz nada, não tem resposta até hoje, eles só dizem assina e vamos ver (C3).

As falas⁴⁸ revelam que a FAMURS, instituição de caráter político que se propõe a assessorar os municípios e fortalecer a municipalidade, qualificar seus agentes para a gestão, “compreender e oferecer soluções a tantas realidades diferentes”⁴⁹ exerce um papel determinante representando os interesses de seus associados – os municípios e defendendo interesses que nem sempre representam a coletividade (totalidade dos municípios) e o mais acertado, como o incentivo a não adesão ao Pacto pela Saúde. Posicionou-se contrário à pactuação mesmo não tendo clareza e/ou conhecimento dessa normativa. Obviamente perpassam no interior da instituição interesses e disputas de projetos políticos.

“Foram repetidas reuniões com o Secretário, que eles (FAMURS) convocavam, pedindo que não assinasse o Pacto. Os motivos eram vários, eles colocavam várias situações assustando para que não assinassem o Pacto” (P7).

⁴⁸ Transcreveram-se todas as falas mantendo-as na integralidade, sem preocupar-se com as normas da língua portuguesa.

⁴⁹ De acordo com informações disponíveis em: <<http://www.famurs.com.br>>. Acesso em: 20 jul. 2011.

No Rio Grande do Sul, em relação ao Pacto, a FAMURS, decidiu, em assembléia com os prefeitos em 2007, de não assinarem o Pacto da Saúde, a não ser que o Estado e a União se comprometessem em garantir os repasses dos recursos de 15%, 12% e 10%, que seria a emenda constitucional 29. Os municípios do Rio Grande do Sul ficaram praticamente dois anos sem assinar o Pacto por decisão da FAMURS, dos prefeitos. E também, eu participei de algumas reuniões da FAMURS, muitos prefeitos ficaram chateados de não terem participado. Até porque lá na legislação do Pacto, quem assinava eram os Secretários Municipais de Saúde. Se os Secretários Municipais, que são cargos de confiança nomeados e designados pelos Prefeitos, os Prefeitos se acharam inferiorizados, porque não seriam eles que iriam assinar o Pacto. Foi isso que na verdade ocorreu. Foi empurrado, na verdade, com a barriga a questão do Pacto pela Saúde. Mas, depois disso discutindo com os Secretários, com as Coordenadorias e com o próprio Estado foi se entendendo um pouco mais, que na verdade era isso a legislação, uma unificação e também defini as obrigações, o que é do Estado, o que é da União. [...] Isso dificultou o Pacto pela Saúde no Rio Grande do Sul. Hoje nós temos só um município que assinou o Pacto, que é o São Borja, município próximo daqui. Os demais municípios ainda não assinaram o Pacto. Mudou os Prefeitos. Teve eleição, mudou muitos gestores municipais, alguns foram reeleitos, como é o nosso caso. Nós temos acompanhado dos governos passados e atual governo essa questão do Pacto. Com essas mudanças muitos Prefeitos resolveram descumprir essa decisão da FAMURS e começaram a trabalhar para assinar o Pacto, como é o nosso caso. As Coordenadorias agora organizaram esses encontros, explicaram melhor essa questão das responsabilidades, dos financiamentos, porque antes era vinte ou trinta contas financeiras que eram específicas para cada programa (G6).

[...] do Pacto eu estive a frente toda a conversa desde o começo. Quando saíram as leis em 2006, quando saíram os primeiros pensamentos sobre as leis do Pacto em 2005 eu já tinha conhecimento do que se planejava. [...] estava conversando sobre isso com o Secretário, e aqui tinha muita resistência em assinar ou não assinar o Pacto, resistência política mesmo, porém o Prefeito se convenceu que deveria assinar. O município de São Borja foi contra a vontade política geral de todos os prefeitos do Rio Grande do Sul, perante FAMURS, até olharam atravessado para nós, mas isso não deixou nosso gestor nem um pouco cabisbaixo, ele resolveu, foi e enfrentou, e nós termos assinado favoreceu muito o próprio município, e aí falavam que estão querendo empurrar “goela a baixo” dos municípios, mas quando um município assinou daí sim eles empurraram “goela a baixo” dos outros, e nós sabíamos que isso tinha que acontecer mais cedo ou mais tarde, foi um exercício muito interessante, desde 2007 quando começamos a olhar a documentação do Pacto [...] (P1).

A FAMURS, entidade oficial dos municípios gaúchos, desde 1994, parece interferir, significativamente, em alguns processos políticos. Em relação à determinação da não-adesão ao Pacto pela Saúde, não há nenhum texto legal que subsidiou os posicionamentos e orientação da federação. Hoje está na presidência da Federação o prefeito do município de São Borja (que conforme relato dos entrevistados, posicionaram-se contrários à orientação desta Federação).

Considerando as questões que nortearam a pesquisa e de acordo com os objetivos traçados, apresentam-se as narrativas dos entrevistados a partir de dois eixos de análises – Pacto pela Saúde/Processo de Pactuação e Gestão do SUS/Regionalização. Estes, por sua vez, foram agrupados em questões que sintetizam a abordagem realizada nas entrevistas.

Eixo de Análise I: Pacto pela Saúde/Processo de Pactuação

- a) Iniciativa de proposição, conhecimento, socialização das informações, atores envolvidos e o processo de pactuação nos municípios:

“Tivemos dificuldades de obter informações sobre o que é a pactuação e como pactuar, porque ninguém tinha muita informação sobre esses aspectos” (G1).

O município tem que avaliar item por item para saber se realiza ou não realiza, se realiza plenamente, ou por partes, como que vai realizar, tem que dar prazo, tem que fazer o plano operacional, é uma planilha cheia de coisas, mas é muito complexo aquele pensamento do “Realiza – Não Realiza”, é muito importante. Montamos uma comissão, onde várias pessoas se reuniram, inclusive o Secretário, na época era outro Secretário, e ele participou das reuniões e nós discutimos item por item e a partir de quando enviamos a primeira documentação ainda teve muitas adequações. Também é aprovado pelo Conselho de Saúde e um integrante do Conselho esteve presente em todas as discussões e depois no final foi mostrado para eles e explicado tudo, item por item, e fizemos uma reunião extraordinária só para mostrarmos para eles como era o contrato em si (C1).

O Pacto é um assunto novo aqui também. Gerou bastante discussão no Conselho Municipal de Saúde por que a gestão na Secretaria de Saúde não tem autonomia de gestão em relação a essas coisas de verba. [...] Eu acho que essa coisa de Pacto não “colou” aqui. Não foi feita nenhuma divulgação para os usuários do SUS sobre isso (P2).

[...] era uma solicitação da Coordenadoria também que pediram que os municípios fizessem isso [...]. Essa municipalização que eles querem tanto por um lado pode ser bom porque o dinheiro vai diretamente para o município e o município fará o que quiser, só que vai ter que prestar contas. Não vai mais ter a história de esperar que o Estado mande um pouco, a União mais um pouco e o município complementar, virá diretamente para o município (P7).

Analisando o conjunto das falas é possível verificar que há um entendimento do Pacto pela Saúde enquanto ferramenta, instrumento de trabalho, no qual são traçados metas e objetivos como mote para a direção e desenvolvimento de ações na área. Observou-se ainda falta de clareza no tocante ao dispositivo ministerial, apontando-o em seus aspectos estritamente formais, como do preenchimento de planilhas, dados, informações, etc.. Todos referem à iniciativa de proposição feita pelo Ministério da Saúde, tendo como referência a Coordenadoria Regional de Saúde as quais estão adstritos.

O Conselho Municipal de Saúde é apontado como principal ator envolvido no processo de pactuação nos municípios pesquisados, embora em algumas falas evidenciam-se críticas sobre sua direção e funcionamento; outros o apontaram como órgão “bem atuante”.

Enquanto instância deliberativa, de controle e fiscalização da execução da política social no município, os Conselhos são públicos, compostos por representantes dos governos, dos trabalhadores, da sociedade civil e dos usuários e tem um papel importante nas deliberações sobre os rumos da política, em cada esfera de governo. Embora a aprovação do Pacto no Conselho seja o ponto de partida para sua homologação, não garante por si só o envolvimento, seu acompanhamento e fiscalização. Chama à atenção as falas que informam conselhos municipais pouco atuantes e seguem o modelo autoritário de decisões centradas no poder, com baixa participação popular e grande espaço de interferência do poder executivo: “[...] é muito frágil. O Conselho se reúne só para assinar as coisas que o Secretário pede, os projetos, relatórios de gestão, o Pacto que temos que assinar. Eu faço parte do Conselho, sou conselheiro” (P7).

[...] o Conselho Municipal de Saúde não fiscaliza. Ele tinha que ser mais atuante. Ele tem que fiscalizar. O dinheiro vem, ele é nosso, nós pagamos os impostos. E as verbas vão para os municípios e elas têm de ser aplicadas naquilo para que vieram. A verba veio para tal coisa e tem que ser para tal coisa. Tem que ser fiscalizada essa tal coisa. Se está funcionando. Senão, não adianta vir dinheiro, se estão fazendo de qualquer jeito, sem estar funcionando. e está tudo muito bom. Eu acho que não está correto. O Conselho Municipal de Saúde tinha que ser mais atuante, fiscalizar, ver se tal coisa está funcionando. Se não está, vamos na Secretaria referente a esse órgão ver o que está acontecendo (P3).

O Pacto estabelece um novo patamar em relação à forma de financiamento, definição de responsabilidades, metas sanitárias e aos compromissos entre os gestores da saúde das três instâncias governamentais, consubstanciados em metas e plano operativo. Frente a isso, os gestores, técnicos e/ou responsáveis pela saúde, nos municípios, cada vez mais buscam responder às demandas do Ministério da Saúde, de acordo com suas possibilidades, sendo que a maior preocupação apontada refere-se às questões financeiras. É possível perceber certa tensão entre a implementação das diretrizes políticas definidas na esfera federal, a partir dessa pactuação, e a realidade do município. É consenso para os entrevistados que o Pacto pela Saúde delega mais responsabilidade à gestão municipal, ou seja, há uma maior responsabilização ao município. Os relatos sugerem que o processo de implementação do Pacto pela Saúde – Gestão do SUS nas cidades-gêmeas delimitadas ocorreu de forma induzida pela União, através do Ministério da Saúde, e Estado, pelas Coordenadorias no caso Alegrete e Santo Ângelo.

O Pacto pela Saúde é a transferência da responsabilidade do que é a saúde do Estado para o município. Ou seja, o que hoje o Estado assume, seja em controle, seja em programas, seja em financiamento, vai ser transferido para o município, em sete itens específicos. Somente isso. Os outros programas do Estado são outra

coisa. É diferente. A pactuação são os sete itens que estão bem claros na pactuação (P6).

A dúvida é qual vai ser a responsabilidade que o município vai ter e que recursos virão realmente. Essa é a preocupação, iremos assumir, que o Pacto fala em assumir todas as responsabilidades, que estrutura tem que se criar para isso. Depois nós temos que criar várias auditorias para fazer prestação de contas hospitalares, e o custo disso? Quem paga? Nós não temos essa estrutura. É financiar ou repassar os recursos para esses atendimentos. Por exemplo, nós temos um problema muito sério aqui em Uruguaiana que é na questão hospitalar, na questão obstetrícia no atendimento, há muita cesariana nós vamos ter autonomia para dizer se pode mais ou pode menos. Hoje nós fazemos, o hospital arca com a despesa que é muito elevada, ultrapassa em muito o teto que deveríamos fazer, mas fazendo o Pacto vai piorar ou vai melhorar? Vai ser que política, a do Estado ou da União? Ou teremos a nossa política? São dúvidas que são insegurança. É o que se fala no Estado inteiro, não teve um município que levantou a bandeira que é bom, vamos assinar que vai ser melhor. Todos estão assinando na tentativa (C3).

- b) Implementação, operacionalização e reorganização do sistema local de saúde a partir da adesão ao Pacto pela Saúde:

Trabalhoso, porque nós estamos construindo sem saber, por que não tem quem ensine. No Rio Grande do Sul não tinha quem sabia, estamos aprendendo por conta própria e já estamos até ensinando algumas coisas, nós já participamos de seminário regional, conversamos com outros municípios principalmente para dizer os erros que já cometemos, para que quando eles assinassem não precisassem cometer os mesmos erros que nós cometemos. Nós assumimos de forma integral todas as complexidades e isso está sendo bem complicado. Porque existe um recurso que é Fundo de Ações Estratégicas e Compensação - FAEC, que atende a alta complexidade e esse dinheiro não veio até hoje, o município está arcando com esse gasto, não é pouco dinheiro todos os meses, então ele não foi adequado lá no Ministério da Saúde. Nós sabemos o que estamos fazendo, temos os dados hoje, mas vemos que se pudesse ser repensado isso antes talvez nós não assumiríamos tudo (P1).

[...] o Pacto existe há algum tempo, uma discussão abrangente. Todas as pessoas que estão na Secretaria de Saúde participam dessa discussão. Não é minha área e não tem outra pessoa responsável pelo Pacto na Secretaria, não tem um setor, não tem uma referência. Queriam que eu assumisse a responsabilidade. Os técnicos, enfermeiros ou médicos não estão preocupados se vão ter que fazer mais ou menos. Isso que eu acho que é importante que todos deveriam ter. Tem que partir do gestor. Ele que tem que organizar. Aí todas essas dúvidas que geram no Rio Grande do Sul em especial, acabam dando insegurança. Nós temos outras coisas para fazer antes de nos preocuparmos em assumir outras responsabilidades no escuro. Nós temos que diminuir a mortalidade infantil, no caso de Uruguaiana, por exemplo. Temos que achar mais médicos. Temos que fazer concurso público para preencher vagas. Daqui a pouco teremos que assumir um Pacto que nos dá uma série de obrigações formais, enquanto ainda não são formais embora existe a obrigação. Mas não está escrito em nenhum lugar que é da nossa responsabilidade. Nós vamos passar a ter responsabilidade, mas com que estrutura? De que jeito? Falta realmente uma organização para que se tenha e se queira realmente o Pacto pela Saúde (C3).

Tem trâmites a serem seguidos. Ele é aprovado por uma comissão, pelo Conselho Municipal de Saúde, depois do Conselho ele é mandado para o CGR, que é o conselho regional, depois do CGR ele é aprovado pela CIB aonde está hoje em dia, e para ser aprovado pela tripartite que é a última instância, para depois ser publicado (C6).

Sim, até porque tem a questão de avaliação que hoje não teria essa exigência, teria sim, administrativamente, como gestor. Nós faremos esse acompanhamento, essa avaliação, só que dentro do Pacto tem bloco de financiamento para a qualificação do Conselho Municipal de Saúde e também essa questão da avaliação e monitoramento. Com o Pacto implantado tem condições sim de reorganizar a nossa rede básica e os outros programas que o seguimento de pacientes que necessitam ser encaminhados para a média e alta complexidade (G6).

As experiências municipais, relatadas pelos entrevistados, revelam que o processo de pactuação responde às exigências e obedecem aos trâmites institucionais postos pelas instâncias federal e estadual. No que tange a sua operacionalização, apenas em São Borja, em processo de implementação do Pacto, os entrevistados informaram que, por serem os pioneiros e desconhecerem inicialmente a proposição, pactuaram ações e metas e que, hoje, tem dificuldades para implementá-las. Observa-se ainda que, em relação a pactuação nas cidades-gêmeas, a FAMURS não acompanhou este processo e tampouco prestou alguma assessoria e/ou orientação para esta tarefa.

Os entrevistados referem que haverá alterações e reorganização do sistema de saúde, inclusive a adesão ao Pacto é a expectativa para isso, desde que os recursos financeiros sejam, realmente, repassados aos municípios. Uma das alterações mais significativas introduzidas pelo Pacto são os blocos de financiamento, constituídos por componentes, conforme as especificidades de suas ações e os serviços de saúde pactuados, como exposto anteriormente. Em que pesem os avanços e mudanças que serão proporcionados com esses blocos, há relativa autonomia do ente municipal na gestão orçamentária, pois os recursos passam a ser depositados em conta única para cada bloco. A lógica de distribuição de grande parte dos recursos, não se modificou. Tal informação é reiterada por Andrade e Santos (2008, p. 30) ao afirmarem que o Pacto pela Saúde está ainda contaminado, “contendo o DNA das NOBs e NOAs, com todos os incentivos à indução de políticas de saúde e suas ‘caixinhas de gastos e programações’, ainda que dentro de cinco blocos de atividades e programações”. O repasse só é efetivado mediante a adesão do município ao referido dispositivo e o compromisso da implementação das ações a que se destinam, permanecendo assim limitada a sua autonomia decisória.

c) Pontos positivos e negativos em relação ao pacto pela saúde:

Eu acho que é positivo, ainda mais em município pequeno como o nosso que as mudanças demoram a acontecer, eu acho que estamos caminhando para isso. Em relação ao Pacto nós chegaremos. É importante também porque pressiona o município de tomar suas ações, responsabiliza mais. No meu entender daria para fazer tudo que se propõe só que demora um pouco (P2).

Eu vejo como positivo a questão de você ter mais independência, de poder gerir melhor os seus recursos humanos e financeiros. [...] a questão de referência e contra referência nos serviços de média e alta complexidade eu acho que já dificulta um pouco mais, é o que eu vejo que seja mais difícil (refere-se ao ponto negativo) (P5).

Eu acredito que um ponto positivo seja trazer a discussão e limitar as responsabilidades. “hoje é o município que atende, é o Estado que atende, quem é que atende e que financia?” Acredito que isso seja um ponto positivo. O ponto negativo é que isso não está claro nem no Pacto. A proposta já não diz de quem é a responsabilidade. Só fala que tem que assumir. Nós assumimos, já fazemos e às vezes sem auxílio de ninguém (C4).

Na verdade o Pacto traz mais ônus para os municípios. Traz mais responsabilidades. Muitas ações e questões burocráticas que hoje são administradas pelo Estado ou pela União, estão sendo, através da pactuação, repassadas para aos municípios. Mas a tendência ou pelo menos promessa é que os municípios recebam os recursos. Recursos que hoje são repassados para o Estado para que o Estado possa gerir determinados programas e que hoje o município está pactuando, esses recursos que virão direto os municípios. São questões que a prática vai possibilitar que possamos enxergar melhor esse processo de pactuação. [...] Acredito que o ponto negativo é que o município cada vez mais é responsabilizado pela questão da saúde, só que na medida que se repassam essas responsabilidades, na maioria das vezes, ela não vem com a solução em anexo, ela vem apenas com o problema. Cada vez mais o município acaba comprometendo seu orçamento para execução de ações que muitas vezes deveriam ter a participação tanto do Estado quanto da União, e cada vez mais o município é responsabilizado (G5).

Evidentemente, não há consenso entre os entrevistados sobre os pontos positivos e negativos do Pacto. É oportuno destacar que uma das principais variáveis para isso é a autonomia do município na gestão da saúde. Para alguns, esta autonomia representa responsabilização, comprometimento e até mesmo ônus aos municípios, portanto, um aspecto negativo. Já para outros, autonomia significa emancipação e ampliação do poder local na gestão da política de saúde no município.

O exercício das novas competências, previstas pelo Pacto, para os entrevistados de forma geral, passa pela capacidade efetiva dos municípios exercerem a sua autonomia na gestão da saúde. E, nesse sentido, a gestão está relacionada às questões culturais, sociais, econômicas, demográficas, localização geográfica, competência técnica-administrativa, de disponibilidades de recursos financeiros e tecnológicos para garantir o direito à saúde de seus munícipes. Se por um lado, a autonomia assume uma perspectiva negativa, representando uma preocupação, um problema, por outro, significa contribuição para a eficiência e eficácia da gestão da política de saúde do SUS.

Eixo de Análise II: Gestão do SUS e Regionalização

- a) Responsabilidade de cada instância gestora do SUS, autonomia e capacidade dos estados e municípios para assumirem suas responsabilidades e, no caso das cidades-gêmeas, articulação entre os países e órgãos envolvidos, na implementação e organização da atenção à saúde, nestes municípios fronteiriços:

Sim, nas áreas de fronteira não acontece. Vamos supor que façamos um comitê binacional, não sei se vai ser bom. Brasil e Uruguai fizeram um Comitê Binacional lindíssimo, foi homologado pelo Ministério da Saúde, veio o Ministro de Saúde do Uruguai assinaram e pronto, se resolveu um problema porque sempre médicos brasileiros trabalharam no Uruguai e vice versa, se legalizou essa questão. O município do Chui contratou uma médica Uruguaia, porque não tinha especialista, o Tribunal de Contas veio contra e trancou todo o acordo binacional, estava no papel e não podia fazer. O município ficou sem o serviço e nós sabemos que muito disso é do CREMERS, que não aceita médicos estrangeiros sem a validação do diploma e acabamos entrando num entrave burocrático e eles não vão aceitar porque muitos médicos uruguaios são formados em Cuba e o Brasil nunca aceitou médicos formados em Cuba. A Barra do Quaraí que faz divisa com Bella Unión, está comprando serviços de Bella Unión. Como? eu não sei. O Hospital de Bella Unión tem médicos cubanos, uruguaios que estudaram em Cuba, eu sei porque dois médicos são meus colegas de pós. Eles tem um olhar totalmente diferente, de saúde pública mesmo, e eles trabalham no hospital que em termos de humanização e atendimento é outro mundo. E no Brasil o CRM e o CREMERS não aceitam. [...] De vez em quando temos ações isoladas de integração (P5).

Pela regionalização acho que é isso que eles tem que buscar mais, porque o que vemos são municípios mais individualizados. Desde 2007 ou 2008 tenta se formar os consórcios entre municípios pequenos, Manoel Viana, Maçambará, só que não estão conseguindo, imagino que seria bom esse consórcio para compras. A regionalização também com os serviços sejam eles diagnósticos ou outras coisas (P7).

Um dado interessante a ser destacado, que pode ser considerado como um entrave para a regionalização é o posicionamento contrário, de categorias representativas de profissionais, como no caso da CREMERS, sobre a inserção de trabalhadores, médicos estrangeiros, no SUS. Tal informação revela a influência do modelo médico, de suas relações de poder e a busca de reserva de mercado.

Na atualidade, a região de fronteira muda radicalmente seu papel, passa a representar um território de integração regional, com forte apelo à cooperação, intercâmbio e integração transfronteiriça, porque o mais interessante na atual situação é a maneira como o capitalismo organiza-se através, inclusive, da mobilidade geográfica. E que, segundo Harvey (2005), o acesso a informação, o conhecimento, o saber é uma mercadoria importantíssima e o seu controle implica em vantagens competitivas. Esse é o discurso tão difundido no mundo globalizado. Porém, de acordo com os relatos, tal situação é uma realidade bastante distante

nesses municípios: as ações voltadas à integração são isoladas, informações nem sempre compartilhadas e devido às distâncias com os principais centros decisórios há dificuldades de comunicação, acordos firmados parecem não se concretizar, dentre outras questões aqui apontadas. Ali a fronteira ainda está à margem das políticas centrais de desenvolvimento.

A questão da regionalização, o Rio Grande do Sul está bem avançado internamente. Nós dividimos serviços com os municípios do Estado. Nós somos referência e contra-referência para diversas coisas e isso funciona com facilidade, se recebe, se cobra, se atende, há uma fila de espera, mas acontece e eu acho que é um avanço devido ao Pacto. Na questão internacional esse diálogo não é de qualidade. Eu não vejo com quem falar, quem é responsável, mas a proposta é muito boa. E é repetir o que já se faz aqui, serviços que temos dificuldade de implementar para o atendimento da população, podemos associar com as cidades próximas e com uma atuação maior. Hoje estamos fazendo cardiologia em Rio Grande que é longe de Uruguaiana. Recentemente inauguramos um centro de cardiologia aqui na cidade que vai poder atender a demanda da cidade e da região, isso poderá ser aberto para a fronteira, agora como cobrar nós não sabemos, mas hoje Uruguaiana tem esse serviço e está habilitado no SUS, então atenderá qualquer pessoa. Na emergência será atendido também, mesmo o estrangeiro, mas o Pacto não diz isso com clareza (G3).

Nessa questão não mudou muito, por mais que tenhamos mudado de coordenadoria e as nossas referências e contra-referências em alguns serviços mudaram. O município de São Borja no plano diretor de regionalização é sede de módulo e referência em todos os serviços somente para ele mesmo, ele é referência em algumas coisas para outros municípios, mas são poucos (P1).

Eu acredito que com o Pacto, com o SIS Fronteiras e com o Comitê Binacional de Saúde e ainda com a agregação de outras universidades que já tem projetos tramitando de alguns serviços binacionais, temos essa expectativa que unindo todas as forças e atores tenhamos um avanço muito grande na questão da saúde (G6).

Um mergulho no universo da pesquisa proporcionou a apreensão de cenas do cotidiano dos serviços de saúde das cidades-gêmeas e de situações da rotina institucional. Pode-se visualizar, nestes espaços, que persistem, ainda, modelos de gestão de saúde pautada em formas tradicionais, na racionalidade burocrática, na divisão do trabalho a partir de tarefas, atribuições e cargos e/ou funções ocupadas e na organização normativa, conforme abordado no terceiro Capítulo dessa tese. Foi possível identificar nas falas de alguns dos sujeitos entrevistados elementos que compõem a operação administrativa, a divisão de tarefas a partir desse enfoque. Os relatos a seguir ilustram tal identificação: “Nós, como profissionais da unidade, não temos nenhum poder de decisão. Mas [...] como vou te explicar [...] fazemos o que podemos pelas pessoas que necessitam e passamos para a Secretaria de Saúde, que nos dará o suporte” (P4). “Nós não temos muita autonomia de decidir as coisas e colocar um ponto final. Sempre temos que passar pela aprovação da Secretaria de Saúde” (P3).

Na verdade, nós fazemos dentro das pactuações que são realizadas. Teve uma época que nós não éramos convidados, depois começamos a ser chamados para fazer parte das pactuações até para colocar a realidade da saúde em geral dentro do município, dentro da fronteira. É tudo junto. Tudo é um pacote só. Só que nós acabamos dividindo, na verdade está tudo junto. E às vezes cada um sabe só do seu setor e muitas vezes não tem conhecimento do que está acontecendo na volta, dentro de outras áreas de vigilância, de dados. Eu acredito que precisa ser mais divulgado ainda, que as pessoas tem que buscar participar mais, porque é muito só naquele momento bem pontual assim, na hora da pactuação (P6).

Uma das características desse modelo de administração, identificada nas falas, é a centralização das informações na figura do gestor e/ou coordenador, secretário:

O Pacto pela Saúde, quem faz é a Secretária de Saúde, X. Toda e qualquer informação vocês conseguirão com ela. Nós estamos mais na ponta do atendimento mesmo. Não temos essas informações porque é a Secretária de Saúde que faz todo esse processo (P4).

Eu acredito que há falta de envolvimento da equipe. As pessoas não conhecem o programa e o pouco que eu sei é porque procurei sozinha, porque não tem essa política de integração. Ontem eu lia o texto “Planejamento de saúde para não especialistas” do Jair Paim, e ele fala que quando a informação circula entre os profissionais as ações se tornam mais eficazes. E é aí que eu vejo o porque do fracasso das nossas ações e do nosso planejamento. Trabalhar com saúde tem muitos imprevistos e ações que necessitam imediatismo, mas não pode ficar só nisso, tem que ter um norte, tentar planejar, ter objetivos e avaliar os resultados. Nós não temos o hábito de avaliar, poucos setores que fazem isso, como o setor HIV/AIDS. Talvez pelas obrigações que o Ministério nos pede, e os setores que recebem mais recursos como DST/AIDS, a Vigilância em Saúde seja epidemiológica, ambiental ou sanitária temos essa questão de avaliar, e na verdade nem está avaliando, está verificando se alcançou as metas, agora avaliar qualidade nós não sabemos e tão pouco planejar (P5).

“Com a nova gestão as coisas estão mais complicadas porque é tudo centralizado no Secretário, ele não divulga as coisas” (P7).

O modelo de administração burocrática, a divisão de tarefas, hierarquia, autoridades e limites são os mais difundidos e adotados em organizações públicas e privadas. São também os mais identificados nos discursos dos entrevistados, em relação ao conhecimento sobre o Pacto pela Saúde, *“até hoje nós temos uma burocracia exagerada” (C4).*

[...] Não foi muito repassado para os profissionais que estão na frente dos programas nos postos, nas Unidades Sanitárias, nas Unidades Básicas de Saúde. Não foi falado o que é que nos vem acrescentar e como devemos fazer para ajudar. Simplesmente, eu lembro, que uma vez eu fui convidada a ir na Secretaria de Saúde para fazer uma pactuação, há uns dois anos atrás. E aí teve a discussão dos pacientes de Acidente Vascular Cerebral - AVC, quantos que iríamos pactuar, dos pacientes recém-nascidos, hipertensos, etc. Eu acho que qualquer coisa, para funcionar e atingir seu objetivo, tem que reunir os profissionais. Pergunta para algum médico se ele sabe o que é isso? Do que se trata e o que vai nos acrescentar. Ninguém sabe (P4).

[...] Não chegou a todos. Chegou para os funcionários que cuidam da auditoria e relatórios de gestão, mas nem essas pessoas sabem nos dizer o que é o Pacto. Nós sabemos o que é o Pacto e como funciona porque fomos fazer a pós, porque nem as pessoas que trabalham aqui e são responsáveis pelo Pacto sabem realmente o que é o Pacto e seus objetivos e importância. Ficou assim: - “O Pacto é isso, temos que preencher essas fichas e temos que mandar para Alegrete porque o pessoal de Porto Alegre nos mandou isso. Aquele relatório da pactuação, da PPI, não vai ter mais, agora é o Pacto com essas tabelinhas aqui”. É esse tipo de informação que temos através das pessoas que são responsáveis pelo Pacto (P5).

Tragtenberg (1992), ao abordar o tema da burocracia, afirma que é imprescindível referenciar Weber, um clássico que considera a burocracia como uma forma particularmente racional da dominação. A burocracia para Weber é um tipo de poder, um sistema racional em que a divisão de trabalho se dá racionalmente com vista aos fins. “Para Weber a burocracia implica predomínio do formalismo, de existência de normas escritas, estrutura hierárquica, divisão horizontal e vertical de trabalho e impessoalidade no recrutamento dos quadros” (TRAGTENBERG, 1992, p. 139). Os dados da pesquisa revelam que muitos gestores de saúde seguem a racionalidade instrumental ou normativa: a hierarquia fundada em diplomas credenciadores, o saber especializado, o cargo como profissão, a fidelidade ao cargo.

É oportuno lembrar a complexidade de mudança e assimilação da substituição de um modelo de assistência à saúde, baseado no princípio contributivo e centralizado por um de direito ao acesso gratuito e universal, a ações e serviços de saúde em todos os níveis de complexidade. Nessa área a mudança de paradigma representou a alteração da trajetória histórica da formação do Estado brasileiro, baseado na centralização e na concepção de cidadania assentada na vinculação entre direitos sociais e a inserção no mercado formal de trabalho.

Os conteúdos das falas revelam uma fragilidade no processo de descentralização e, conseqüentemente, na pactuação, na medida em que aconteceram nesses municípios por meio de indução e regulação do processo pelo governo federal. Vale lembrar que, no Brasil, o sistema descentralizado da saúde, como abordado no capítulo anterior, foi construído através de inúmeras portarias - as NOBs, editadas pelo Ministério da Saúde.

Pode-se constatar nos municípios pesquisados que a necessidade de recursos induziu - através de incentivos financeiros, dos chamados *plus*, valor-extra, repassados apenas aqueles que aderiram ao Pacto, à gestão municipal à adesão ao Pacto pela Saúde. Há uma explícita indução do governo federal na determinação da política local através da imposição de condicionantes, no repasse de recursos financeiros condicionado à adesão a programas, interferindo de maneira autoritária e controladora sobre os municípios. A não-adesão caracteriza-se como a penalização no repasse de verbas.

Foi um pouco forçado. O Governo Federal pesou um pouco sobre isso. Ele convenceu alguns integrantes da Secretaria Estadual de Saúde. O município não foi o primeiro, mas foi um dos primeiros a se definir pela adesão ao Pacto. É transferência de responsabilidade para os municípios, o que não é bom. Porque o que está acontecendo? Nós temos situações em que o município está sendo penalizado. Vou dar o exemplo do PABA, Piso de Atenção Básica de Saúde Ampliada é R\$ 18,00 por ano por habitante. É um valor muito baixo. O SUS paga em média a R\$ 10,00 a consulta, você tem uma consulta, um curativo e uma caixa de aspirina e acaba teu dinheiro para aquela pessoa. O PIB do Uruguai é mais ou menos três bilhões e se formos ver o Estado inteiro arrecada 42%. O Estado como um todo, União, Estado e Município arrecada R\$1.260 bilhões. A União nos repassa em torno de R\$ 40 milhões. Então, saí 1 bilhão em impostos e volta 40 milhões, como o Prefeito vai administrar? Eles vem com aquela figura do gestor da saúde pública, querendo crucificar o Secretário de Saúde Pública e não é assim. Agora isso envolve uma discussão mais profunda tal como o SIS Fronteiras, temos que discutir alguns conceitos. Mas a questão do Pacto nos remete a discussão do Pacto federativo, da municipalização. Como que a União arrecada 1 bilhão em um lugar e devolve 50 milhões e quer que o gestor local administre. Tanto que a discussão maior entre os brasileiros é segurança e saúde. A saúde vai na frente da educação. Nós estamos com um sistema de saúde desatualizado, estamos penalizando os municípios. O médico faz que faz e o município faz que paga porque a remuneração é muito baixa. Aí não temos as atividades nos postos, daí tem que ir para os hospitais. Então, temos que começar uma discussão, mas é importante pesquisas como a que vocês estão fazendo para começar a subsidiar essa discussão. Cada realidade é diferenciada (G3).

Eu sei como funciona o Pacto. Não entendo porque nossa Secretaria ainda não aderiu ao Pacto. Ainda não existe adesão. Já mandaram os documentos mas ainda não teve assinatura. Mandaram no último momento, eu acredito que seja pela questão da gestão dos recursos e das responsabilidades sanitárias que acabam implicando em você assinar o Pacto, mas acabamos tendo uma maior retorno. Nós mandamos um projeto para o Ministério da Saúde que tinha um convênio com a Organização Pan-Americana de Saúde - OPAS, porque queríamos fazer uma área de prevenção das hepatites virais e um dos requisitos era ter aderido ao Pacto. Já deixamos de participar de uma linha de financiamento por não ter aderido ao Pacto. Eu não sei porque as pessoas tem esse medo, acredito que sejam as responsabilidades (P5).

“[...] Estávamos esperando uma verba e a verba não chegou. Foi questionado porque não tinha vindo e nos responderam que porque não tínhamos assinado ao Pacto ainda” (P7).

Na verdade, no início os municípios do Rio Grande do Sul não tinham interesse em aderir a pactuação. Pelos dados que temos apenas o Rio Grande do Sul, e se não me engano o Estado do Piauí, não faziam parte do Pacto. Esse ano até em razão do Ministério da Saúde ter um pouco mais de firmeza com os municípios, inclusive falando que ia bloquear algumas verbas dos municípios que não aderissem ao Pacto, aí os municípios do Rio Grande do Sul começaram a trabalhar, inclusive através da Secretaria Estadual da Saúde, por suas coordenadorias, onde participamos de algumas reuniões com outros municípios e a decisão foi que nós também aderíssemos a esse Pacto, até por entendermos ser uma ferramenta interessante para a questão da saúde nos municípios (G5).

A adesão ao Pacto não foi uma decisão consensual na esfera municipal, além da interferência da FAMURS, observa-se mais uma vez a verticalidade nas decisões e

encaminhamentos da política de saúde. Nas palavras de Andrade e Santos (2008, p. 31), atualmente o SUS se constitui numa espécie de concentração descentralizada, ou seja, poderes concentrados e deveres descentralizados; ou poderes concentrados e execução descentralizada.

“Por lei e obrigação nós temos que aderir agora senão perde-se dinheiro. Nós fomos, digamos, pressionados entre aspas. [...] não é que foi imposta (a pactuação). Nós não tivemos outra saída” (C6).

Devido ao fato do Pacto ser estabelecido pelo Governo Federal, os repasses e blocos de financiamento já vem dentro da nova legislação do Pacto, assim como o acesso aos recursos dos programas, convênios, enfim. Então, o Ministério da Saúde colocou como pré-requisito que os municípios tenham assinando o Pacto. Para qualquer bloco de financiamento extra, não os repasses fundo a fundo, até porque os outros já estão direto fundo a fundo, não existe mais aqueles convênios. Os repasses são de fundo a fundo, mas por exemplo recurso para fazer uma unidade básica de saúde, a exigência é o que? Ter equipe Saúde da Família e ter assinado o Pacto; o programa SAMU Salvar para fazer o termo de adesão era um dos pré-requisitos, ter Equipe Saúde da Família e ter o Pacto. Como o Rio Grande do Sul teve esse problema, foi aceito pelo Ministério da Saúde foi um termo de compromisso que em dois anos fosse feita a adesão ao Pacto e que fosse instalado pelo menos 20% de Equipe Saúde da Família. O PAC 2 agora que teve recursos, tanto para área da saúde como para outras Secretarias, tanto da Assistência Social quanto da Educação, era um pré-requisito, como a UPA por exemplo, Unidade de Pronto-Atendimento, nós fizemos o termo de adesão, mas era pré-requisito ter isso. Então, nós tivemos que assinar esses termos de compromisso que assinaríamos o Pacto (G6).

Pensar em políticas públicas exige também considerar o território e no caso do Brasil, marcado por acentuadas diferenças, heterogeneidades regionais e socioculturais, político-administrativas. Exige também um exercício de revisita à história, ao cotidiano, ao universo cultural da população que ali vive e, principalmente, “o reconhecimento pelo Estado das particularidades enraizadas na própria sociedade brasileira, que precisam ser consideradas no processo de desenvolvimento” (KOGA, 2003, p. 26).

Eu acho que nem os projetos Federais dão certo sem conhecer uma realidade local e que isso tudo tem que ser negociado, para ter o conhecimento, você tem que fazer o diagnóstico local. [...]. Nós temos o maior porto seco da América Latina, é um fluxo muito grande de pessoas entrando e saindo, são culturas completamente diferentes. São vários países que estão aqui. Se vocês forem dentro do porto seco é outra realidade, parece que você está em outro mundo, não parece que você está dentro do município, uma quantidade enorme de caminhões, um fluxo de pessoas de várias nacionalidades que estão entrando e saindo do país e que estão passando pelo município, todo um cinturão marginal que se forma ali na volta de prostituição, de drogas, de um monte de coisas que acabam acontecendo. Nos fazemos um trabalho efetivo ali dentro da estação Aduaneira. Você tem que ter esse conhecimento local. Quando vem lá de cima vem porque existe uma verba específica e às vezes você traz, mas aquilo na verdade não está sendo utilizado. Fica subutilizado. Foi construído um laboratório, que na verdade não é um laboratório de fronteiras (P6).

As conclusões desta pesquisa vêm ao encontro das discussões teóricas realizadas por Arretche (2003) a qual informa que os anos 1990 expuseram o poder de indução do Ministério da Saúde sobre as decisões dos governos locais. A trajetória da adesão de estados e municípios às sucessivas NOBs revela esse fato: as NOBs 91/92 obtiveram a adesão de um mil e setenta e quatro (1.074) municípios, um percentual de 22% dos municípios brasileiros em 1993; a NOB/93, respectivamente três mil e cento e vinte sete (3.127) municípios, 63% do total em 1996 e vinte e seis estados foram habilitados; a NOB/96 alcançou a adesão de 99,6% e 12 estados. A referida autora ainda diz que a adesão de 22% dos municípios às NOBs 91/92 não é irrelevante, se considerado que: parte de suas regras contrariavam princípios da LOS, recentemente aprovada; sua estratégia de habilitação feria a autonomia dos municípios; a extensão da modalidade de pagamento por produção aos provedores públicos reduzia o volume de transferências para os gestores locais e; acrescido a isso, “pode-se concluir que uma taxa de 22% naquela ocasião já revelava a capacidade de indução do Ministério da Saúde” (ARRETCHE, 2003, p. 340).

A NOB/93, por sua vez – formulada a partir de um amplo processo de debates nos quais municipalistas tiveram participação, expressa uma estratégia que considera a capacidade de veto de estados e municípios à descentralização. A possibilidade de opção entre três condições de habilitação, hierarquizadas de acordo com o grau de complexidade das funções de gestão, permite aos governos locais avaliar os custos e benefícios envolvidos em cada uma delas. A escolha é expressão de um cálculo que considera capacidades gerenciais, extensão da responsabilização política pela gestão da saúde que os gestores locais pretendiam assumir. A NOB/93 ainda punia a não-adesão com o não-recebimento das transferências do Ministério da Saúde e premiava a escolha pela condição de gestão mais próxima dos objetivos da reforma com o recebimento da totalidade das transferências automáticas (ARRETCHE, 2003).

A elevada taxa de adesão dos governos locais à NOB/96 é expressão dos efeitos cumulativos do longo processo de implantação da descentralização na saúde no Brasil e dos incentivos à adesão. A possibilidade de escolhas para a habilitação permaneceu relacionada à gestão da média e alta complexidade. Na implementação da NOB/96, o Ministério da Saúde foi capaz de conferir credibilidade ao cumprimento de seus compromissos com os governos locais (ARRETCHE, 2003).

[...] a autonomia local para a gestão de políticas cria oportunidades institucionais para que os governantes implementem decisões de acordo com suas próprias preferências, as quais não são necessariamente compatíveis com o interesse público e o bem-estar da população. São as regras institucionais de uma política pública – isto é, regras do processo decisório, mecanismos de controle e punição, arenas

institucionalizadas de representação de interesses, etc. – que propiciam os incentivos ao comportamento dos governos locais (ARRETCHE, 2003, p. 335).

Nesta mesma linha de entendimento, contribuindo para essa discussão, Brêtas e Silva (2010) dizem que o excesso de portarias continua acontecendo e não raro trazendo novas políticas indutórias que muitas vezes se chocam com as diretrizes organizacionais contidas no componente Pacto de Gestão, por serem contraditórias com as mudanças pretendidas.

Algumas portarias já dizem que se você não tem o Pacto não recebe o recurso, isso que está forçando os municípios a fazer sendo que o Estado do Rio Grande do Sul é o último, nos outros funciona ou não, nós não sabemos. Tivemos treinando, mas nunca souberam dizer bem no treinamento. Eles sempre usam os textos que diz o que é o Pacto pela Saúde, Gestão, Pacto pela Vida. São muitos termos técnicos, é o que está nos textos. Vocês tem os indicadores, vocês vão ter que manter os indicadores. Mortalidade infantil não pode subir senão vão cortar uma porcentagem. Mas que recurso? Qual valor? De que viria do programa inteiro? Como vai ser penalizado? Hoje nós temos alguma coisa, nós temos o “pabinho”, que vem um recurso se a mortalidade chegar a ficar inferior a tanto %, 10% vai ser cortado do recurso, se eu não chegar a tantas vacinas na campanha corta tanto de %. Mas isso já vinha, nós preenchemos as planilhas do Pacto há anos, mas só os indicadores e nunca foi cortado recursos financeiros, sempre disseram, mas nunca foi feito assim, agora está começando. Nós nos espelhamos nisso: “agora vai ter o Pacto pela Vida”. Eu vejo a planilha, a minha porcentagem de vacina ou por exemplo, na atenção, onde o mínimo é uma ou duas consultas per capita, se eu não atender vai ter um corte de recursos. Foi indo assim, no raciocínio da 10ª regional, pegar as planilhas que nós trabalhamos há anos e colocar em cima do que estava escrito (C3).

Hoje em dia já tem algumas portarias, algumas coisas que já mencionam, por exemplo, nós vamos ter um aumento de repasse financeiro em relação a atenção, algum projeto que temos que apresentar que tem que ter a assinatura do Pacto. Em cima do projeto vai ter um recurso financeiro. Aí não tem a assinatura do Pacto. Se o município não assina, não recebe. Algum dinheiro que deveria ser direcionado à população não vai receber se não assinar. Isso é bem difícil. Tem algumas coisas do início do ano que já não se recebe recurso (C4).

(refere-se ao Pacto pela Saúde) foi discutido na tripartite, mas como ele começou a nível de Ministério, em discussões com as entidades, ele não foi discutido, ele já saiu, vamos dizer de cima para baixo. Aqui na ponta como não foi discutido, não foi proposto para os prefeitos, ficou a nível de representações. Ele tem o seu mérito, a sua validade mas teve essa dificuldade, especificamente no Rio Grande do Sul, eu sei que nos outros Estados já foi assinado o Pacto, praticamente a maioria dos municípios já assinaram. No Rio Grande do Sul tivemos essa dificuldade devido a esses problemas (G6).

A partir das questões pontuadas pode-se afirmar que o Ministério da Saúde concentrou e ainda concentra o poder. Ele centraliza a autoridade e decisão para formular os princípios e regulamentos que definem as ações de saúde de estados e municípios. Cabe lembrar, ainda, que os três níveis de entes da federação têm autoridade, competências, atribuições e poder de influencia sobre as políticas locais. Se as três esferas cumprirem suas atribuições, previstas no

Pacto, a região de saúde definida para as referências de média e alta complexidade e uma PPI voltada para as realidades e especificidades *loco - regionais*, os municípios terão mais possibilidades de avançar no atendimento das necessidades e na garantia do direito à saúde dos usuários.

Os dados empíricos mostram que esses municípios, principalmente os de pequeno porte, possuem baixa atividade econômica significativa. Dessa forma, como informa Arretche (2003), ao restringir os recursos federais, a descentralização também inibe a política de transferência de recursos das regiões economicamente mais desenvolvidas para as menos desenvolvidas, via ações e recursos federais.

No papel está muito bonito o Pacto, lendo assim: o município assume os serviços de média e alta complexidade, terá o repasse financeiro feito direto fundo a fundo, do Ministério para o município. E que na realidade vai ser assim mas vai ficar muito complicado para o município porque na legislação diz que o Estado tem uma obrigação com o município e ele está abrindo mão disso. Ele está pressionando os municípios a assumirem uma coisa que seria obrigação dele, pela Constituição, União, Federação e Município. O Estado deixa para assumirmos tudo, o hospital, o posto, o repasse financeiro, o pagamento de prestadores privados, tudo vocês vão fazer e nós só vamos observar o que vocês estão fazendo. O dinheiro vai ser repassado se der errado o problema é do município. É isso que eu vejo do Pacto. No papel está bonito, se funcionar será uma coisa boa, se tiver uma estrutura administrativa que funcione, a saúde principalmente e o gestor pegue o recurso e ele use o recurso o Secretário Municipal de Saúde, não o gestor Prefeito, aí sim talvez funcione, eu tenho uma curiosidade de sair do Estado e ver como está funcionando. Eu sempre digo para meus colegas que eu queria ir em um município fora do Rio Grande do Sul para ver como está funcionando esses repasses. Nós temos um orçamento que é o Estado que faz para nós, e como é esse orçamento? Ele é aberto para nós? Esses recursos como ficam? Por isso que a FAMURS ficou contra (C3).

É tudo muito bonito no papel, que vão assinar o Pacto, que vão ter acordos binacionais. É preciso trabalhar questões específicas com cidades de fronteira, não fazer projetos tão amplos. Se você for ler sobre acordos do Mercosul, vai falar de indústria de medicamentos e nenhuma das fronteiras tem indústrias de medicamentos ou derivados de sangue, algumas no Brasil tem unidades de hemoterapia, mas nos outros países não tem. Eu falo de coisas práticas, da pessoa que traz a carne de Libres, a pessoa que usa o medicamento abortivo, vamos pensar uma política para isso, não tão ampla, porque para a fronteira não tem efeito essas coisas muito amplas (P5).

Na verdade a questão do Pacto ficou um pouco confuso. Depois da criação do SUS todas as portarias, leis, decretos, enfim, era uma gama de duzentos ou trezentos, não sei quantificar isso, mas estou fazendo simbolicamente, e o Pacto pela Saúde veio reunir todas essas legislações e definir dentro de uma legislação mais atualizada, vamos chamar assim, e logicamente, colocando alguns regramentos e definindo as obrigações. Só que isso foi feito, discutido e aprovado pelo Ministério da Saúde com participação dos Estados e representações dos municípios, das entidades que representam os Estados e municípios, mas na formatação disso ele não foi discutido com os municípios, e com as mudanças de governo municipal ele foi discutido mais a nível de Secretarias Municipal e Estadual, a nível de prefeitos e gestores municipais. Eu acho que ele não foi bem colocado. Se olharmos as

portarias do Pacto, o que os prefeitos levantaram em 2006 e 2007, foi que o município deve diversas coisas, então eles acharam que era muita responsabilidade, porque a responsabilidade do SUS é tripartite, dos Municípios, do Estado e da União (G6).

Pode-se identificar na literatura brasileira, Monnerat, Senna e Souza (2002); Arretche (2003); Arretche e Marques (2002), voltada para o poder local, duas ordens de discussões que aqui merecem destaque e com as quais concordam-se. A primeira refere-se ao reconhecimento de que se tem vivido ao longo da história brasileira uma tensão permanente entre localismo e centralismo, na qual esses dois formatos de classificação do poder político se alternam, com predominância do centralismo e, ao mesmo tempo, constituem tema de debate entre intelectuais, políticos, dentre outros atores.

A segunda refere-se ao debate sobre a capacidade efetiva dos municípios brasileiros exercerem de fato a sua autonomia para elaborar e executar políticas sociais públicas voltadas ao seu território. Um traço característico da realidade brasileira que reforça esse debate relaciona-se às desigualdades econômicas, sociais e regionais do país. As desigualdades e as heterogeneidades regionais impõem limites à descentralização.

O Pacto pela Saúde são indicadores que o município estabelece um comprometimento em melhorar. Algumas ações que não são melhoradas, o município assume compromisso de fazer mediante prazo de implantação e implementação. Eu acho que isso vem a somar para o município porque, na verdade, as particularidades o próprio município conhece. Mas como eu disse, não adianta apenas o município saber os problemas, porque é diferente uma realidade de fronteira para uma cidade grande. O município aprende a reconhecer suas deficiências e até mesmo os meios para se corrigir isso, só que as vezes o aporte de recursos que vem para o município de fronteira, logicamente pela população, é o mesmo que outro município, acho que tem que ter essa diferenciação. As ações não são as mesmas que serão implementadas no interior do Estado, no interior do país. Acredito que deve ser repensados as questões das demandas e a real necessidade dos municípios de fronteira. É um ponto falho do programa do Pacto, de fazer um pacote único, simplesmente com alguns critérios, como populacional (P8).

Seguindo esta discussão e ainda nesse eixo, uma questão que merece destaque diz respeito à Constituição Federal de 1988 quando esta estabeleceu que as ações e serviços de saúde integrassem uma rede regionalizada e hierarquizada de um sistema único de saúde, descentralizado, com direção única em cada esfera de governo.

A regionalização, enquanto diretriz organizativa é uma estratégia para facilitar e melhorar o acesso aos serviços. É uma promessa, no sentido de avançar na construção das regiões de saúde, de forma mais solidária e menos normativa. Para os municípios, se as questões de financiamento, da gestão do trabalho e da regionalização propostas no Pacto de Gestão forem assumidas, solidariamente, pelos governos estaduais e pelo governo federal,

haverá grande possibilidade de superação das atuais dificuldades, na gestão da saúde, e assim estaremos retomando os caminhos da Reforma Sanitária e a efetivação do SUS constitucional que todos sonhamos (PIMENTA, 2006).

Sendo eixo estruturante do Pacto de Gestão, a regionalização em municípios de menor porte pesquisados – Barra do Quaraí, Quaraí e Itaqui, não há como garantir “acesso a todas as tecnologias que melhorem e prolonguem a vida” no próprio município, pois esses não dispõem de serviços, equipamentos e profissionais capacitados a realizar as ações denominadas, nas normas do SUS, de média e alta complexidade. O atendimento a essas necessidades depende da articulação desses municípios com os municípios de maior porte, que dispõem destes serviços. E, mesmo assim, embora considerados municípios de médio porte, caso de Uruguaiana, São Borja e Santana do Livramento, sendo referência em média e alta complexidade, a população busca atendimento nos países vizinhos.

Em Barra do Quaraí, a referência hospitalar é no município vizinho de *Bella Unión* no Uruguai. Em Uruguaiana é comum realizarem-se exames em laboratórios de *Paso de los Libres*. Em São Borja, os entrevistados referiram que em alguns exames realizados em *Santo Tomé, Província de Corrientes, Argentina*, o resultado é mais rápido:

[...] nossa cidade se tornou endêmica para leishmaniose visceral, porque surgiu nos cães e já tivemos casos em pessoas. Muitos cães com leishmaniose confirmada que foram sacrificados. Nosso resultado do exame laboratorial demora muito tempo para termos nas mãos e ali na Argentina eles fazem o teste rápido, então ele vai lá coleta o sangue, chega no laboratório, faz o teste rápido, se deu positivo ele já sacrifica o cão. Eles cortam a fonte transmissora e aqui não, demora quatro meses para vir o resultado e estamos com aquele cachorro ali contaminando o mosquito e o mosquito contaminando outros cães (P1).

Algumas falas também revelam essa questão “às vezes existe intercâmbio, e daí não é para usuários do SUS, são as pessoas que vão fazer tomografia em São Tomé que é mais perto, é mais barato, o peso está barato, exames em Libres, mas tudo particular” (G2). Nesse município, a Associação Hospitalar é referência apenas na área de hemodiálise. Segundo entrevistado:

Nós temos pacientes que moram no município vizinho, que tem dupla nacionalidade que são atendidos aqui no setor de hemodiálise, é o vínculo mais interessante que temos e eventualmente alguma emergência quando nossos co-irmãos estão na cidade de Itaqui e tem um mal súbito, ou alguma coisa, e são socorridos [...]. Nós temos alguns pacientes de Maçambará. Na hemodiálise temos pacientes de Uruguaiana pela proximidade, porque eles são interior de Uruguaiana, e em relação a Uruguaiana é mais próximo para eles virem até aqui. No município são 38 mil habitantes e ele está localizado entre São Borja e Uruguaiana, que são duas cidades que tem referências maiores. Para Itaqui é mais difícil ser referência para

um ambiente maior que tem muitas especialidades e recursos. Mas se satisfaz as condições locais dentro das clínicas básicas (C2).

A distância foi outro fator apontado, por esse entrevistado, como dificultador para serviços de referência e contra-referência, repercutindo assim na regionalização: *“uma coisa que deve ser ressaltada é que a grande dificuldade do hospital e também do município e região é a distância geográfica em relação aos outros centros maiores e mais desenvolvidos”* (C2).

O relato reitera essa informação:

É muita distância, é um município de fronteira, é bem distante para buscar paciente todo tempo, essa parte da logística, pacientes em hospitais em cidades vizinhas que na maioria dos municípios é vinte ou trinta minutos, nós levamos uma hora, essa é uma de nossas dificuldades, são os acessos [...]. Temos uma paciente que faz hemodiálise aqui no nosso serviço de hemodiálise e ela é uma paciente ali da cidade vizinha, que é mais próximo ela vir aqui do que ir no serviço na cidade dela, é mais viável (G2) .

Em relação à regionalização, segundo entrevistado P1 *“o município de São Borja no plano diretor de regionalização é sede de módulo e referência em todos os serviços somente para ele mesmo, ele é referência em algumas coisas para outros municípios, mas são poucos”*.

O entrevistado (P9) informa que são referência de hemodiálise

[...] nós e Quaraí. Antes Rosário estava junto. Mas a clínica daqui fez uma extensão com a clínica de lá. No caso de traumatologia, nós mandamos para o Rio Grande. Só que a nossa referência é Uruguaiana, mas sempre está lotado. Cardiologia, nossa referência seria Santa Maria. Nós mandamos para Ijuí (P9).

A exemplo, Santana do Livramento dista 507 km de Ijuí, 530 km de Porto Alegre, capital do Estado, e 245 km respectivamente de Santa Maria. A regionalização e descentralização, diretrizes constitucionais e eixos estruturante do Pacto de Gestão, adquirem outra conotação em municípios fronteiriços, sendo necessários novos arranjos e estratégias para a garantia do direito a saúde, enquanto direito universal tão preconizado e defendido por nós. Nesse sentido, o Pacto, em seu aspecto legal, inova ao introduzir a possibilidade de organização e consolidação de Regiões de Fronteiras, a partir de um pressuposto que,

Consiste em respeitar as diversidades regionais próprias a um país de grandes dimensões, como o Brasil, no processo de identificação das Regiões de Saúde. A heterogeneidade territorial brasileira revela-se de muitas formas: nas especificidades estaduais e municipais, nas dinâmicas regionais distintas, e mesmo nas distribuições

desiguais de serviços de saúde. Também é necessário que haja flexibilidade no reconhecimento das melhores conformações para as Regiões de Saúde, tendo em vista que podem ser compostas por municípios pertencentes a um ou mais de um estado; podem ser formadas dentro de um único município ou por diversas municipalidades e, ainda, por municípios de mais de um país, desde que situados em regiões de fronteiras (BRASIL, 2006b, p. 16).

A inclusão no Pacto pela Saúde de financiamento diferenciado para o desenvolvimento de ações e serviços sanitários nos municípios de fronteira é um grande avanço. Em suas três dimensões, o Pacto contempla algumas estratégias já consolidadas pelos gestores do SUS, respeitando as diferenças regionais, além de agregar os pactos já existentes, reforçando a organização das regiões por meio de mecanismos de gestão e planejamento. Especificamente, o item IV do Pacto de Gestão, detalha o caso das regiões fronteiriças, ressaltando a responsabilidade do MS em promover a articulação entre os países e órgãos “na perspectiva de implementação do sistema de saúde e conseqüente organização da atenção nos municípios fronteiriços, coordenando e fomentando a constituição dessas regiões e participando do Colegiado de Gestão Regional” (BRASIL, 2006b, p. 107).

Ou seja, considerando as identidades e características regionais tão diversas é fundamental que haja flexibilidade no processo de configuração das regiões de saúde. Esses arranjos territoriais, portanto, devem possibilitar, também, a estruturação de regiões nas faixas territoriais fronteiriças com outros países latino-americanos, pois conforme o MS, o Brasil possui aproximadamente quatrocentos e quarenta e sete municípios em onze estados que podem constituir regiões bi ou trinacionais. A identificação dessas Regiões de Saúde Fronteiriças deve contar com o envolvimento direto do MS, por implicar, na articulação dos sistemas locais de saúde, ações e decisões diplomáticas e legais (BRASIL, 2006b).

Embora a tese não se proponha avaliar a implementação desse dispositivo, salienta-se que os achados da pesquisa permitem afirmar que existem contradições entre as premissas estabelecidas pelo Pacto e as condições, a capacidade efetiva, desses municípios para implementá-lo. A cooperação entre os povos como princípio constitucional (Art.4º) esbarra na burocracia institucional, nos limites da lei e na visão de gestão - e também na FAMURS, por isso muitos acordos são tecidos apenas verbalmente, sem nenhuma legalidade. Pode-se constatar nos relatos que cooperação e integração entre as cidades-gêmeas ocorrem de forma pontual, através de programas e ações isoladas.

Na Argentina, dados preliminares dos relatos dos entrevistados⁵⁰ e informações no diário da pesquisadora evidenciaram o desconhecimento acerca das normativas ministeriais e do Programa SIS-Fronteiras. Da mesma forma, no Uruguai, os entrevistados afirmaram conhecer superficialmente as proposições e o que sabem são informações prestadas e socializadas no curso Binacional de Especialização em Saúde Pública pela Escola de Saúde Pública. De acordo com os relatos dos entrevistados uruguaios e site oficial⁵¹, este curso é uma parceria da Escola de Saúde Pública com a *Universidad de La Republica* do Uruguai e UNISINOS.

A proximidade, a identidade e a capacidade de governo das municipalidades – operando em cooperação com os governos estadual e federal – são condições necessárias à coesão entre os agentes políticos e sociais de uma Região de Saúde. O fortalecimento da descentralização exige ênfase na importância dos espaços *loco-regionais* e na definição das competências das três esferas de governo, contexto em que estados e municípios assumem relevância estratégica (BRASIL, 2006b).

Pensar nessas regiões pressupõe,

No espaço territorial das fronteiras internacionais, seja linha, área ou faixa de fronteira, e especialmente nas denominadas cidades gêmeas, o questionamento a respeito da cidadania e da garantia de direitos sociais é ampliado por duas razões – são regiões usualmente distantes dos circuitos nacionais e espelham as similitudes e as contradições entre os países. Configuram-se como espaços territoriais onde coexistem a confluência das distinções quanto ao atendimento às condições existenciais básicas, os limites dos direitos pensados em relação aos Estados nacionais decorrentes da precariedade das políticas públicas e pactos inovadores entre os países que colocam em evidência o fenômeno da desnacionalização, como os acordos vicinais e as áreas de livre-fronteira (NOGUEIRA; SILVA, 2009, p.87)

Em função de todos esses elementos apontados nesta tese, cabe afirmar que existe ainda, no Brasil, uma tendência à uniformização na condução, organização e gestão da política de saúde em todo território nacional. Utilizando-se de processos políticos centralizados e mecanismos financeiros de indução para adesão ao Pacto, o MS inibe (mais uma vez) a autonomia dos municípios de operacionalizá-lo de acordo com as especificidades locais, como no caso das fronteiras. Cabe aos gestores “obedecer” às normativas ministeriais.

Em reunião extraordinária realizada para avaliação do Pacto pela Saúde, o MS e os conselhos CONASS e CONASEMS apresentaram suas considerações. Dentre os aspectos avaliados, destacam-se:

⁵⁰ Em virtude dos entrevistados serem estrangeiros as transcrições das entrevistas estão sendo feitas por pesquisadores destes países e tal atividade ainda não foi concluída. Portanto, todas as informações aqui trazidas foram registradas e constam no diário de campo da pesquisadora.

⁵¹ Site <www.esp.rs.gov.br>. Acesso em: 22 jul. 2011.

- a) a não regulamentação da EC29;
- b) *a continuidade do fracionamento do financiamento - apesar das transferências federais terem sido organizadas em blocos de financiamento, ainda existem muitos recursos que são alocados fora destes blocos* (grifo nosso);
- c) insuficiência de recursos humanos;
- d) *a normatização vertical excessiva - o MS ainda tem papel central na definição da política de saúde por meio da transferência de recursos para programas e ações pré-definidos (recursos carimbados)* (grifo nosso);
- e) a permanência da necessidade de discutir o papel do gestor estadual (BRASIL, 2010a).

Em sua avaliação, o CONASS destacou avanços em alguns blocos de financiamento e, também, a criação, em 2009, do Bloco de Investimentos na Rede de Serviços de Saúde, que consolida os mecanismos de transferências fundo a fundo, reduzindo assim os repasses via convênios. Contudo, chama atenção para o fato de que terminou por se incorporar uma série de incentivos que “[...] vão na contramão da proposta original, que era reduzir o chamado número de ‘caixinhas’ de repasse de recursos” (CONASS, 2010) grifo nosso. Para isso, propõe uma revisão do bloco de gestão para unificação dos incentivos e um processo centrado em repasse único de recursos baseado no cumprimento das metas estabelecidas no Pacto pela Saúde.

O CONASS (2010) acrescenta, ainda, a necessidade de se avançar na redução da normatização vertical excessiva, na unificação de incentivos e em um processo efetivo de pactuação baseados em metas, indicadores e resultados. Com relação à pactuação de metas e indicadores, o MS, informa, que esse processo apresenta uma série de problemas (como por exemplo, metas inadequadas aos objetivos e propósitos pactuados) que precisavam ser revistos e, à necessidade de maior clareza nas definições de atribuições de cada ente federado, entre outras.

Estas questões foram problematizadas no XXVII Congresso Nacional de Secretários Municipais de Saúde e VIII Congresso Brasileiro de Saúde, Cultura de Paz e Não-violência, em Brasília, julho de 2011. A temática foi inserida na programação do evento, através de curso denominado Pacto pela Saúde e Relações Interfederativas. Teve como objetivo discutir a implantação do Pacto no Brasil, estabelecer uma relação entre adesão ao Pacto e CGR e seu impacto nos municípios e realizar um balanço sobre até que ponto o Pacto tem sido indutor de fortalecimento da gestão municipal.

O Pacto pela Saúde, estabelecido em 2006, expressa o compromisso firmado entre os gestores para o fortalecimento da gestão compartilhada e solidária do Sistema Único de Saúde (SUS), com base nos princípios constitucionais e ênfase nas necessidades de saúde da população. O Pacto, entretanto, não parece ter sido potente até aqui para transformar de maneira significativa a realidade da gestão. De maneira geral, houve pouca descentralização de recursos de média e alta complexidade para os municípios, como consequência desses não terem assumido a gestão descentralizada dos estabelecimentos de saúde em seu território. Isso, apesar do Pacto afirmar ser o gestor municipal pleno de responsabilidade sobre a saúde da população em seu território e de ter sido, em grande parte, transferida para os municípios a responsabilidade da gestão e execução das políticas de saúde. Consta – se que isto se dá em parte por esse processo ser afetado por escassez de alguns consensos necessários à condução do processo de descentralização nos estados, como as questões relativas ao comando único e compartilhamento de responsabilidades sobre serviços de saúde entre estados e municípios, além da persistência dos obstáculos estruturais e conjunturais, como as grandes amarras burocráticas que dificultam a gestão do trabalho, os processos de compras, contratação de serviços e a realização de investimentos, e dos limites de contratação de pessoal, impostos pela Lei de Responsabilidade Fiscal (CONASEMS, 2011, p. 37).

Tais informações reiteram e contribuem para a defesa da tese aqui apresentada: a descentralização e regionalização preconizadas no Pacto pela Saúde, especificamente no Pacto de Gestão do SUS não te sido efetivadas. O processo de pactuação não ocorreu com a mesma racionalidade como o definido no enunciado teórico e no amparo legal. Além da morosidade e burocracia no processo de adesão, constataram-se, nas entrevistas, resistências e dificuldades de compreensão e socialização da proposta. Observou-se ainda a centralização da União nas decisões, na formulação de programas e projetos e no repasse dos recursos aos municípios.

O relato a seguir, ao recuperar a discussão realizada neste estudo, ilustra a tese defendida:

Nós temos três dimensões do Pacto. Primeiro, Pacto pela Vida, Defesa do SUS e o Pacto da Gestão, que é o que mais eu estou envolvida na Secretaria de Saúde. Então, dentro do Pacto pela Vida estão todos aqueles programas que já existem dentro do Estado e Nacional, que seriam Saúde do Idoso; Controle do Câncer de colo de útero e de mama; Promoção da Saúde; Redução da mortalidade materno-infantil, Fortalecimento da atenção da rede básica [...] e as respostas às doenças emergentes e endêmicas que permanecem à vigilância em saúde. Isso é dentro da primeira parte. Na defesa do SUS, nós temos a repolitização, que é a descentralização, digamos assim, descentralizar, isso entra na repolitização da saúde, a garantia ao financiamento - porque se nós não temos um respaldo financeiro, nós não conseguiremos cumprir. Na teoria fica muito bonito, mas na prática não vai funcionar -, a defesa dos municípios do SUS, que se mantém, a carta dos direitos, que eles precisam conhecer, mas é importante salientar que a Constituição de 1988 diz que é dever do Estado, mas a lei complementar 8080 diz que o usuário tem seus deveres e obrigações tanto com a sua própria saúde e a sua responsabilidade perante a comunidade. Porque as pessoas muito reclamam do direito que elas tem na Constituição mas esquecem da lei 8080. Depois, a saúde que é um direito de todos e a promoção à cidadania. O Pacto em defesa do SUS está relacionado à emenda 29, que não foi aprovada em sua totalidade, então temos algumas diferenças o Estado tinha que ter até 2004, um aumento de no mínimo de

5%, ele não está chegando a 4%. Digo, a União era 5% e o Estado era 12%, ele não chega a 7% como máximo. Os únicos que estão cumprindo os 15% são os municípios. É impossível que a saúde funcione municipalizada se ela não tem o respaldo que sai detrás da lei. Nós temos um Pacto pela gestão, que também tem a descentralização regional, que é uma coisa que estamos discutindo com a 10ª regional, a coordenadoria. Somos onze cidades regionais coordenadas por ela. A maioria dos tratamentos terapêuticos regionalizados e exames clínicos não funcionam. [...] A regionalização não está funcionando, que é outra coisa que o Estado vai ter que fazer funcionar. A definição do Pacto: a atenção básica vai passar a ser um sistema municipalizado. Isso tem uma repercussão econômica [...]. Quais os desafios que temos no Pacto pela Saúde? A incorporação da mudança, que é muito difícil. Propor a mudança no dia-a-dia, principalmente para funcionários públicos. Se é difícil para qualquer empresa privada, imagina para o setor público. Uma construção coletiva (P10).

7 CONCLUSÃO

Partindo dos resultados e das reflexões produzidos a partir da pesquisa busca-se elencar algumas considerações acerca da tese defendida. Para tanto, retoma-se o percurso de sua construção.

Os propósitos desse estudo foram avaliar o processo de implementação do Pacto pela Saúde nas cidades-gêmeas da fronteira do Rio Grande do Sul, Brasil com a Argentina e o Uruguai; Identificar a apreensão dos gestores acerca das proposições do Pacto pela Saúde; Identificar e detalhar a apreensão dos gestores e profissionais de saúde locais acerca das negociações e arranjos efetivados, no nível de participação e da qualificação dos atores sociais envolvidos no processo de pactuação; Identificar as iniciativas dos sistemas locais de saúde na direção da concretização do Pacto pela Saúde; Analisar se as iniciativas dos sistemas locais são compatíveis com as diretrizes e os objetivos do Pacto de Gestão do SUS; Identificar se a partir da regionalização, eixo estruturante do Pacto de Gestão do SUS, ampliou-se o acesso à saúde aos brasileiros e estrangeiros.

A discussão partiu das escolhas teórico-metodológicas da tese. Essas escolhas guiaram a realização da pesquisa – a inserção e interação no campo, a coleta e análise dos dados e a construção da tese. A insuficiência de estudos empíricos que revelassem informações sobre o processo de pactuação e suas repercussões nas políticas de saúde nas cidades-gêmeas do RS, regiões fronteiriças, levou-nos à escolha do objeto deste estudo, de caso múltiplos, com caráter exploratório conforme está justificado no Capítulo 2.

No Capítulo 3 através da incursão aos paradigmas formadores da gestão resgatou-se, de maneira sucinta, o histórico acerca dos fundamentos de gestão abordando os paradigmas tradicionais e contemporâneos desta. Identificaram-se os paradigmas que têm sido adotados, implícita e explicitamente, no campo da gestão em saúde. Os paradigmas adotados pelos gestores retratam o contexto das organizações dos sistemas de saúde e são incorporados e reproduzidos no discurso dos entrevistados.

No Capítulo 4 foram abordadas a Gestão do SUS e a legislação relacionada à saúde no Brasil englobando diversos instrumentos e marcos regulatórios de gestão. Conclui-se que sucessivas normas operacionais induziram a organização do SUS.

Em tese, o Pacto pela Saúde analisado no Capítulo 5, e fundamentado na revisão bibliográfica, visa estabelecer um novo patamar em relação à forma de financiamento, à

definição de responsabilidades, às metas sanitárias e aos compromissos entre os gestores da saúde, consubstanciados em termos de metas e plano operativo.

O Pacto tornou-se o novo instrumento para a gestão compartilhada do SUS, reconhecendo-se a autonomia municipal mediante a extinção das habilitações que, de certa forma, denotavam o “consentimento” do Ministério da Saúde para que municípios ou Estados fossem reconhecidos como gestores da saúde em seus territórios. Em substituição à habilitação, foi instituído o termo de compromisso, instrumento que irá formalizar os acordos e os pactos entre os gestores da saúde. As normas operacionais, que regulamentavam as habilitações, eram regras de organização e financiamento do SUS ditadas e editadas pelo Ministério detalhavam os procedimentos a ser observados pelos estados e municípios interessados nas transferências financeiras federais. Acompanhadas por um conjunto de outras portarias, cada qual com contribuições específicas para os avanços na saúde introduziram-se novas formas de relação entre os gestores e novos formatos de alocação de recursos no setor. Conforme destacado na Tese, a gestão do sistema de saúde brasileiro perpassou por diversas orientações normativas, como a NOB/91, NOB/93, NOB/96, dentre outras.

Assim, as normas operacionais contribuíram para descentralizar as ações e serviços de saúde, contudo também criaram obstáculos aos municípios e à descentralização, pois exigiam o cumprimento de regras nem sempre compatíveis com sua realidade local, bem como não consideravam a diversidade do território brasileiro, suas características locais e regionais, como as regiões de fronteiras. Respondeu-se assim a questão central de estudo, que foi: “Como ocorre o processo de adesão do Pacto pela Saúde – Gestão do SUS nas cidades-gêmeas delimitadas e qual a sua eficácia no acesso de brasileiros e estrangeiros aos serviços de saúde”.

Os resultados da pesquisa realizada para construção da tese, apresentados no Capítulo 6, evidenciaram que a descentralização da política de saúde no Brasil é perpassada por complexas relações entre as três esferas de governo. Os entrevistados apontaram que o Governo Federal exerce um papel indutor, através de mecanismos de transferências de recursos financeiros para os municípios em função de sua adesão ao Pacto pela Saúde. Antes do Pacto, as políticas e programas federais foram reguladas e operacionalizadas por meio de inúmeras portarias atreladas a mecanismos de financiamento.

A análise do contexto local da política de saúde forneceu elementos centrais para afirmar que a pactuação não ocorreu com a mesma racionalidade como foi definido no enunciado teórico e no amparo legal. Além da morosidade e burocracia no processo de adesão, constataram-se resistências e dificuldades de compreensão e socialização da proposta.

Nesse cenário, a resistência está associada a questões políticas e fomentadas pela FAMURS. Há centralização da União nas decisões, na formulação de programas e projetos e no repasse dos recursos aos municípios.

Os dados da pesquisa evidenciam que, em sua maioria, os gestores têm um entendimento superficial acerca das proposições do Pacto pela Saúde, o que fragiliza o processo de pactuação. Identificou-se, ainda, que, isto se deve a centralização das informações e pela falta de um “nivelamento” do conhecimento sobre o Pacto, tanto entre os diferentes níveis de governo, como também, entre os profissionais da área de saúde nos municípios. Nesse sentido, é imprescindível a horizontalidade nas relações entre o conhecimento de todos, para o sucesso do Pacto, uma vez que o documento pretende romper com práticas antigas da normatização do SUS.

Na pesquisa não se identificaram iniciativas dos sistemas locais de saúde na direção da concretização do Pacto de Gestão, uma vez que apenas o município de São Borja operacionalizava-o por ocasião da realização da pesquisa de campo deste estudo. Os demais “aguardavam” por deliberações e repasse dos recursos.

Constatou-se assim, que as negociações e arranjos são efetivados apenas em âmbito local e o nível de participação e a qualificação dos atores sociais envolvidos no processo de pactuação são extremamente limitados.

De acordo com os resultados das entrevistas, as iniciativas dos sistemas locais “pretendem ser” compatíveis com as diretrizes e os objetivos do Pacto de Gestão do SUS. A regionalização, eixo estruturante do Pacto de Gestão do SUS, ainda não foi concretizada, e, assim, não ampliou o acesso à saúde aos brasileiros e estrangeiros. Entende-se que a intenção originária do Pacto é ampliar a capacidade operacional dos municípios, incluindo a população estrangeira nos mesmos patamares de atenção integral e universal garantida nos termos constitucionais aos brasileiros.

As evidências empíricas já mencionadas mostram que as cidades-gêmeas não só estão distantes geograficamente da capital do Estado e de outros centros, há distâncias em comunicação, desenvolvimento, negociação com as demais esferas, cooperação, integração, dentre outras que reforçam ainda mais as desigualdades regionais

Em relação ao Pacto, observam-se elementos de continuidade em relação às orientações e normativas anteriores, principalmente no que se refere ao poder de regulação do Ministério da Saúde, e mudança ao contemplar na regionalização os territórios fronteiriços, permanecendo assim o desafio de reconfigurar o modelo de pactuação até então vigente. Caso contrário, o Pacto será apenas mais um instrumento normativo.

Por apresentar baixo Índice de Desenvolvimento Humano (IDH), as regiões fronteiriças, neste caso, as cidades-gêmeas são alvo de políticas, ações e programas de diferentes áreas por parte do governo federal, como o Sistema Integrado de Saúde nas Fronteiras (SIS-Fronteiras – Ministério da Saúde), o Programa de Desenvolvimento da Faixa de Fronteira (Ministério da Integração Nacional), os Territórios da Cidadania (Ministério do Desenvolvimento Agrário). Porém, programas e ações que muitas vezes não se concretizam e até mesmo não “chegam” no município são frequentes.

Para os estrangeiros, em relação aos serviços de saúde, a situação é ainda mais preocupante. Para a população que ali vive, muitas vezes, o acesso à saúde significa ultrapassar a fronteira: o outro lado da rua, a ponte, ou a balsa. As cidades fronteiriças nos países vizinhos, via de regra, não possuem atividade econômica rentável e podem ser considerados de pequeno e médio porte, sendo carentes em infraestrutura. Para este estudo, os dados sobre as implicações e percepções do Pacto pela Saúde não estiveram disponíveis e, portanto, não foi possível inferir conclusões sobre como gestores e profissionais da saúde dos países vizinhos enxergam a proposta do governo brasileiro.

A tensão histórica e contraditória entre centralização e descentralização ainda está presente no âmbito da gestão da política da saúde. No que se refere à autonomia, pode-se constatar que, embora tenha ocorrido um aumento da capacidade gerencial dos municípios no SUS e as três esferas de governo, autônomas e interdependentes, tenham definido suas competências e responsabilidades, a saúde é responsabilidade do município. Entretanto este ente tem sua autonomia restrita (para não se dizer nula) no âmbito da definição das políticas, ações, programas e serviços. O Ministério da Saúde utiliza-se de mecanismos de financiamento para a indução e adesão ao Pacto pela Saúde, porém essa estratégia não tem se mostrado eficaz.

Há dificuldades de comunicação e socialização das informações referentes ao Pacto, não somente entre as equipes de saúde como também entre os países, implicando em limitações para a regionalização.

Em que pesem os limites da descentralização e do processo de pactuação, o estudo confirma a hipótese lançada de que “a descentralização e a regionalização previstas no Pacto pela Saúde não garantiram maior liberdade aos governos locais, não havendo, assim, transferência efetiva de poder decisório na gestão”. O estudo também confirmou o que inúmeros autores e pesquisadores têm publicado sobre a descentralização: ela vem se configurando como uma transferência de gestão, em seus aspectos burocráticos, administrativos e gerenciais, de forma tutelada e apressada.

Conclui-se, portanto, que a estratégia de descentralização e regionalização preconizadas no Pacto pela Saúde pode ser uma importante ferramenta para a melhoria do provimento de serviços e garantia de direitos à saúde, porém a implementação tem sido falha, desde o início, no processo de adesão, repercutindo mais uma vez para o acirramento das desigualdades nas cidades-gêmeas da fronteira entre estado do Rio Grande do Sul com a Argentina e o Uruguai.

“No balanço final desta construção”, o trabalho realizado aponta para a importância de pesquisas desenvolvidas, como a qual se está vinculada, e a continuidade destas, de pensar novas questões relacionadas ao processo de pactuação em outros territórios brasileiro e sublimar a temática sobre fronteiras, para além da semântica “viver na fronteira é viver nas margens sem viver uma vida marginal” (SANTOS, B., 2000, p. 353). Pode ajudar também a pensar novos caminhos e estratégias para a gestão dos serviços de saúde, a descentralização e a regionalização.

É oportuno destacar que, após a finalização da construção desta tese, no dia 29 de junho de 2011, foi publicado no Diário Oficial o Decreto Presidencial N.º 7.508, regulamentando a Lei N.º 8.080 de 1990, que dispõe sobre a organização, do Sistema Único de Saúde – SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. O Decreto regula a estrutura organizativa do SUS, garantindo maior segurança jurídica para o gestor, definindo as responsabilidades das três esferas de gestão e reafirmando o papel do controle social no estabelecimento de diretrizes para o planejamento no SUS; aspectos estes já preconizados no Pacto pela Saúde. A partir deste Decreto, os serviços de saúde oferecidos devem ser organizados na Região de Saúde, em Redes de Atenção a Saúde.

Buscando fortalecer as ações interfederativas através de princípios para organização da rede regionalizada de serviços de saúde, o Decreto cria dispositivos e introduz novos conceitos⁵² na organização do SUS que visam qualificar a gestão do sistema, dentre eles o da Região de Saúde:

Cap. 2º

I - Região de Saúde - espaço geográfico contínuo constituído por agrupamentos de Municípios limítrofes, delimitado a partir de identidades culturais, econômicas e sociais e de redes de comunicação e infraestrutura de transportes compartilhados, com a finalidade de integrar a organização, o planejamento e a execução de ações e serviços de saúde;

⁵² Conceitos de Contrato Organizativo da Ação Pública da Saúde; Portas de Entrada; Comissões Intergestores; Mapa da Saúde; Rede de Atenção a saúde; Serviços Especiais de Acesso Aberto e; Protocolo Clínico e Diretriz Terapêutica.

O Decreto ordena e ratifica uma nova conformação na organização do Sistema a partir da formatação da Região de Saúde, da definição do que são Portas de Entrada às ações e aos serviços de saúde nas Redes de Atenção à Saúde; e por fim, do acesso universal e igualitário à assistência farmacêutica. Especificamente, no que se refere às regiões fronteiriças, no Art. 4º, § 2º *A instituição de Regiões de Saúde situadas em áreas de fronteira com outros países deverá respeitar as normas que regem as relações internacionais.* (grifo nosso).

De acordo com Odorico Monteiro, secretário de Gestão Estratégica e Participativa do Ministério da Saúde, o SUS, apesar de ser um sistema universal e único, o SUS é gerenciado pelos mais de cinco (05) mil municípios brasileiros, sendo quatro (4) mil de pequeno porte. O cidadão de uma cidade pequena desloca-se para outro município maior quando precisa resolver determinado problema de saúde, e a relação entre essas cidades não estava contemplada e nem estruturada na lei.

O conceito de Região de Saúde abrange uma área que resolve os problemas de saúde da população, uma vez que o município por si só não consegue resolver tudo. O objetivo é articular esses municípios, envolvendo prefeituras, governos estaduais e o Ministério da Saúde, resultando em um sistema de parceria entre os municípios de maneira que seja ofertado à população um atendimento de saúde que contemple desde consultas de rotina até tratamentos mais complexos (MONTEIRO, 2011, *apud* CONASS, 2011) p.(33).

O Decreto é “mais uma” promessa de mudanças para qualificação do SUS. O desafio que se apresenta é possibilitar as condições materiais para operacioná-lo e assim concretizá-lo. Caso contrário poderá virar, juntamente as outras tantas normativas, mera retórica legal.

REFERÊNCIAS

ABÍNZANO, Roberto Carlos. Antropología de los procesos transfronterizos: conocer y actuar en la región de fronteras. **Cuadernos de La Frontera**, Posadas, ano 1, n. 1-2, mar. 2004.

AGUSTINI, Josiane. **A descentralização da política nacional de saúde e sua institucionalidade nos sistemas municipais na linha da fronteira Mercosul**. 2008. 231f. (Dissertação de Mestrado em Serviço Social). Programa de Pós-Graduação em Serviço Social, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2008.

ALVES, Ruben. **Concerto para corpo e alma**. 11. ed. Campinas: Papyrus, 2003.

ANDRADE, L. M. O; SANTOS, L. Redes interfederativas de saúde e o SUS. **Divulgação em saúde para debate**. Rio de Janeiro, n. 42, p. 27-34, abr. 2008.

ARRETCHE, Marta. A agenda institucional. **Rev. bras. Ci. Soc.**, São Paulo, v. 22, n. 64, p. 147-151, jun. 2007. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbcsoc/v22n64/a11v2264.pdf>>. Acesso em: 15 ago. 2010.

_____. Financiamento federal e gestão local de políticas sociais: o difícil equilíbrio entre regulação, responsabilidade e autonomia. **Ciênc. e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro. v. 8, n. 2, p. 331-345, 2003. Disponível em: <<http://www.scielosp.org/pdf/csc/v8n2/a02v08n2.pdf>>. Acesso em: 04 jun. 2009.

_____; MARQUES, Eduardo. Condicionantes Locais da Descentralização das Políticas de Saúde. In: HOCHMAN, Gilberto; ARRETCHE, Marta; MARQUES, Eduardo (Orgs.). **Políticas Públicas no Brasil**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2007. p. 173-204.

ASTORGA, Ignácio J.; PINTO, Ana Maria; FIGUEROA, Marco M. **Estudo da Rede de Serviços de Saúde na Região de Fronteira Argentina, Brasil e Paraguai: 2001-2002**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2004.

BARDIN, Laurence. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 1994.

BARROS, Maria Elisabeth; BARROS, Regina Benevides de. Da dor ao prazer no trabalho. In: SANTOS-FILHO, Serafim; BARROS, Maria Elisabeth Barros de. (Orgs.). **Trabalhador da saúde: muito prazer! Protagonismo dos trabalhadores na gestão do trabalho em saúde**. Ijuí: Unijuí, 2007. p. 61-72.

BEHRING, Elaine Rossetti. **Brasil em contra-reforma: desestruturação do Estado e perda de direitos**. São Paulo: Cortez, 2003.

BOBBIO, Norberto; MATTEUCCI, Nicola; PASQUINO, Gianfranco. **Dicionário de política**. 5.ed. UnB: São Paulo, 2004.

BRASIL. **Conselho Nacional de Secretários de Saúde**. Brasília: CONASS, 2011. 291 p. (Coleção Para Entender a Gestão do SUS 2011).

_____. **Constituição**. Brasília: Senado Federal, 1988.

_____. Ministério da Saúde. **Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990**. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes, e dá outras providências. Brasília: 1990.

_____; _____. **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. Disponível em: <<http://www.senado.gov.br/legislação>>. Acesso em: 12. mar. 2010.

_____; _____. **Conselho Nacional de Saúde**. Documento Parâmetros consensuais sobre a implementação e regulamentação da Emenda Constitucional nº 29, de julho de 2001.

_____; _____. **Portaria nº 2.047, de 05 de novembro de 2002**. Dispõe sobre as Diretrizes Operacionais para a Aplicação da Emenda Constitucional nº 29, de 2000. Disponível em: <<http://www.saude.gov.br>>. Acesso em: 22 nov. 2002.

_____; _____. Portaria GM nº 95 de 26 de janeiro de 2001. Aprova a Norma Operacional da Assistência à Saúde – NOAS-SUS 01/2001 que amplia as responsabilidades dos municípios na Atenção Básica; define o processo de regionalização da assistência; cria mecanismos para o fortalecimento da capacidade de gestão do Sistema Único de Saúde e procede à atualização dos critérios de habilitação de estados e municípios. **Diário Oficial da União 2001**. Brasília, 29 jan.2001.

_____; _____. Portaria GM nº 373 de 27 de fevereiro de 2002. Aprova a Norma Operacional da Assistência à Saúde -NOAS-SUS 01/2002 que amplia as responsabilidades dos municípios na Atenção Básica; estabelece o processo de regionalização como estratégia de hierarquização dos serviços de saúde e de busca de maior equidade; cria mecanismos para o fortalecimento da

capacidade de gestão do Sistema Único de Saúde e procede à atualização dos critérios de habilitação de estados e municípios. **Diário Oficial da União 2002**. Brasília, 28 fev. 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 545, de 20 de maio de 1993. Dispõe sobre a NOB 01/93 – Norma Operacional Básica do SUS. **Diário Oficial da União**. Brasília, 24 maio 1993.

_____; _____. **Portaria nº. 234, de 07 de fevereiro de 1992**, do Secretário Nacional de Assistência à Saúde do Ministério da Saúde e Presidente do Inamps. Aprova a Norma Operacional Básica do SUS – NOB 01/92. Brasília, 1992.

_____; _____. Portaria nº 2.023, de 06 de novembro de 1996. Dispõe sobre a NOB 01/96 – Norma Operacional Básica do SUS. **Diário Oficial da União**. Brasília, 06 nov. 1996.

_____; _____. **Portaria/GM nº. 399, de 22 de fevereiro de 2006**. Divulga o Pacto pela Saúde. Brasília, 2006.

_____; _____. Portaria GM/MS nº. 699, de 30 de março de 2006. Regulamenta as diretrizes operacionais dos Pactos pela Vida e de Gestão. **Diário Oficial da União**. 03 de abril de 2006, Seção I, p. 49. Brasília, 2006.

_____; _____. **Pactos pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão – Diretrizes Operacionais**. Série Pactos pela Saúde 2006. v. 1. Departamento de Apoio à Descentralização/Secretaria Executiva. Brasília, 2006a.

_____; _____. **Regionalização Solidária e Cooperativa. Série Pactos pela Saúde 2006**. v. 3. Departamento de Apoio à Descentralização/Secretaria Executiva. Brasília, 2006b.

_____; _____. **Pacto pela Saúde**. Disponível em <http://portal.saude.gov.br/portal/saude/profissional/area.cfm?id_area=1021>. Acesso em 12 ago. 2010a.

_____; _____. Secretaria Executiva, Departamento de Apoio à Descentralização. **Relatório do Seminário de Avaliação do Pacto pela Saúde**. Brasília, 2010.

_____; _____. Relatórios das Conferências Nacionais de Saúde (CNS). Brasília, 2008. BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Para entender a gestão do SUS/Conselho Nacional de Secretários de Saúde**. Brasília: CONASS, 2003. 248 p.

_____. Ministério da Integração Regional. Secretaria de Programas Regionais. Programa de Desenvolvimento da Faixa de Fronteira. **Proposta de reestruturação do programa de desenvolvimento da faixa de fronteira**: bases para uma política integrada de desenvolvimento regional para a faixa de fronteira. Brasília: Ministério da Integração Regional, 2005.

_____. Ministério da Integração Regional. Ministério da Integração Regional. **Cidades gêmeas**. Disponível em <http://acd.ufrj.br/gruporetis/programafronteira/tiki-index.php?page_ref_id=141>. Acesso em 05 de set. 2010b.

_____. Decreto Federal nº 7.508, de 28 de junho de 2011. Regulamenta a Lei Nº 8.080 de 1990, dispõem sobre a organização, do Sistema Único de Saúde – SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. **Diário Oficial da União**. Brasília, 29 jun. 2011.

BRAVO, Maria Inês Souza. Política de Saúde no Brasil. In: BRAVO, Maria Inês Souza et al. (Orgs.). **Serviço Social e saúde**: formação e trabalho profissional. Brasília: ABEPSS, 2006.

BRÊTAS, Nilo; SILVA, Silvio Fernandes da. Avaliando o pacto pela saúde: uma oportunidade estratégica para promover avanços no SUS. **Divulg. saúde debate**, Londrina, v. 46, p. 27-31, maio 2010.

CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa. **A gestão enquanto componente estratégico para a implantação de um sistema público de saúde**. A saúde pública e a defesa da vida. São Paulo: Hucitec, 1991.

_____. **Ciência e políticas públicas em saúde**: relações perigosas. Saúde em debate. Rio de Janeiro, v. 24, n. 55, p. 82-91, maio/ago. 2000.

_____. Clínica e Saúde Coletiva compartilhadas: teoria Paidéia e reformulação ampliada do trabalho em saúde. In: MINAYO, Maria Cecília de Souza. et al. (Orgs.). **Tratado de saúde coletiva**. São Paulo: Hucitec, 2006. p. 53-92.

_____. Considerações sobre a arte e a ciência da mudança: revolução das coisas e reforma das pessoas: o caso da saúde. In: CECÍLIO, Luiz Carlos de Oliveira. (Org.). **Inventando a mudança na saúde**. 2. ed. São Paulo: Hucitec, 1994.

_____. **Considerações sobre o processo de administração e gerência de serviços de saúde**. Planejamento sem normas. São Paulo: Hucitec, 1989.

_____. Desafios políticos e organizacionais do SUS: vinte anos de política pública. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n.10, p. 220-1, out. 2008. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v24n10/01.pdf>>. Acesso em: 17 jun. 2010.

_____. **Reforma da reforma: repensando a saúde**. São Paulo: Hucitec, 1992.
CARVALHO, Maria do Carmo Brant. Alguns apontamentos para o debate. In: RICO, Elizabeth de Melo; RAICHELIS, Raquel (Orgs.). **Gestão Social: uma questão em debate**. São Paulo: Educ/IEE/PUCSP, 1999, p. 19-29.

CESALTINA, Ana. Pistas da saúde nas fronteiras do Brasil. **Revista Conasems**, Belo Horizonte, v. 2, n. 16, p. 25-31, mar./abr. 2006.

CHIZZOTTI, R. **Pesquisa em Ciências Humanas e Sociais**. 3. ed. São Paulo: Cortez, 1998.

COHN, A. Estado e sociedade e as reconfigurações do direito à saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v. 8, n. 1, 2008.

CONASEMS. Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde. Pistas da saúde nas fronteiras do Brasil. **Revista Conasems**, ano II, n. 16, mar./abr., 2006.

_____. **Congresso do Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde**, 25, 2009, Brasília. Relatório Executivo do Painel Saúde nas Fronteiras e o Processo de Integração Regional.

_____. **XXVII Congresso Nacional de Secretarias Municipais de Saúde**, VIII Congresso Brasileiro de saúde, da cultura de paz e não-violência. Brasília, 2011.

_____. Decreto n. 7.508 que regulamenta a lei n. 8.080/90. **Revista Consensus**, ano I, n.1, jul./ago./set., 2011.

CONSELHO Nacional de Secretários Municipais de Saúde CONASEMS. **Núcleo de gestão do trabalho e da educação em saúde**. Brasília: CONASEMS, 2006.

COSTA, Vera Lucia Cabral; SILVA, Pedro Luz Barros; BIASOTO, Geraldo. (Orgs.). **Efetividade das Políticas de saúde: experiências bem-sucedidas na América Latina**. São Paulo: Biruta, 2008.

COSTA, N. R. et al.. A descentralização do sistema de saúde no Brasil. **Revista do Serviço Público**.1999, 50(3):33-55.

DAHAI, Ames. **Ética na pesquisa**. 2006. Disponível em: <<http://www.wits.ac.za/bioethics/modelos.pdf>>. Acesso em 19 ago. 2010.

DAL PRÁ, Keli Regina. **Transpondo Fronteiras: Os desafios do Assistente Social na garantia do acesso a saúde no MERCOSUL**. 2006. 199f. Dissertação (Mestrado em Serviço Social). Faculdade de Serviço Social, Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul. Porto Alegre, 2006.

DEMO, Pedro. **Metodologia do conhecimento científico**. São Paulo: Atlas, 2008.

DOBASHI, Beatriz Figueiredo. Avaliação do pacto pela saúde e sua implementação nos municípios brasileiros. **Divulg. saúde debate**, Londrina, v. 46, p. 11-19, maio 2010.

DOWBOR, Ladislau. A gestão social em busca de paradigma. In: RICO, Elizabeth de Melo; RAICHELIS, Raquel (Orgs.). **Gestão social: uma questão em debate**. São Paulo: Educ/IEE/PUCSP, 1999.

SCOREL, Sarah. Conselhos de Saúde: entre a inovação e a reprodução da cultura política. **Divulg. saúde debate**, Londrina, v. 43, n. 6, p. 23-29, 2008.

FISCHER, Tania. **Poderes locais, gestão e desenvolvimento**. Salvador: Casa da Qualidade, 2002.

FLEURY, Sonia. Socialismo e democracia: o lugar do sujeito. In: _____; LOBATO, Lenaura de Vasconcelos Costa (Orgs.). **Participação, democracia e saúde**. Rio de Janeiro: Cebes, 2009. p. 24-46.

GADELHA, Carlos Augusto Gorbois; COSTA, Laís. Integração de fronteiras: a saúde no contexto de uma política nacional de desenvolvimento. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, sup. 2, 2007. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v23s2/10.pdf>>. Acesso em: 29 abr. 2010.

GALLO, Edmundo; COSTA, Laís; MORAES, Adnei. A Integração dos Sistemas de Saúde que Atendem a População Fronteiriça dos Países do MERCOSUL – SIS – MERCOSUL. In: _____; _____. (Orgs.). **SIS – MERCOSUL: uma agenda para a integração**. Brasília: OPAS/Ministério da Saúde, 2004. p. 41-54. (Série Técnica – Projeto de desenvolvimento de sistemas e serviços de saúde, v. 9).

GIOVANELLA, Ligia. **Saúde nas fronteiras: estudo do acesso aos serviços de saúde nas cidades de fronteira com países do MERCOSUL**. 2004. Projeto de Pesquisa. Disponível em:

<<http://www.ensp.fiocruz.br/portal-ensp/saudefronteiras/pdf/projeto.pdf>>. Acesso em: 16 nov. 2009.

GOMES, Maria de Fátima Cabral Marques. **Política urbana e serviço social**. Praia Vermelha: estudos de política e teoria social. Rio de Janeiro, v.13, n.17. p. 176-227, jul./dez. 2007.

GOVERNO do Estado do Rio Grande do Sul. **Tabela de Monitoramento de Adesão ao Pacto**, atualizada em 13.07.11. Disponível em: <<http://www.saude.rs.gov.br/wsa/portal/index.jsp?menu=servicos&cod=1128>>. Acesso em: 15 ago. 2011.

GUIMARÃES, Luisa; GIOVANELLA, Lígia. Integração europeia e políticas de saúde: repercussões do mercado interno europeu no acesso aos serviços de saúde. **Cad. Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v. 22, n. 9, p. 1795-1807, set. 2006. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v22n9/03.pdf>>. Acesso em: 15 ago. 2007.

GUIMARÃES, Luisa; GIOVANELLA, Lígia. Processo de integração regional no Mercosul e as repercussões nos sistemas de saúde de cidades fronteiriças. In: Congreso Internacional del CLAD sobre la Reforma del Estado y de la Administración Pública, 10, 2005, Santiago. **Anais**. Santiago: X Congreso del Clad, 2005, p. 18-21.

GUIMARÃES, Maria do Carmo Lessa. et al. Avaliação da capacidade de gestão de organizações sociais: uma proposta metodológica em desenvolvimento. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 6, p. 1642-1650, nov./dez. 2004. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v20n6/23.pdf>>. Acesso em: 22 jun. 2008.

GUIMARAES, Reinaldo. Bases para uma política nacional de ciência, tecnologia e inovação em saúde. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 2, p. 375-387, jun. 2004. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v9n2/20392.pdf>>. Acesso em: 15 ago. 2010.

HARVEY, David. **A produção do espaço capitalista**. São Paulo: Annablume, 2005.

IAMAMOTO, Marilda Vilela; CARVALHO, Raul de. **Relações Sociais e Serviço Social no Brasil**: esboço de uma interpretação histórico-metodológica. 2.ed. São Paulo: Cortez, 1983.

IBGE. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/cidadesat>>. Acesso em: 3 abr. 2011.

KOGA, Dirce. **Medidas de cidades**. Entre territórios de vida e territórios vividos. São Paulo: Cortez, 2003.

KOSIK, Karel. **Dialética do concreto**. 7. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2002.

LINS, Auristela Maciel; CECILIO, Luiz Carlos de Oliveira. Campos de intervenções organizacionais: a contribuição das ciências humanas para uma leitura crítica das propostas de gestão das organizações de saúde. **Interface**, Botucatu, v.11, n. 23, p. 503-514, set./dez. 2007. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/icse/v11n23/a08v1123.pdf>>. Acesso em: 25 mai. 2008.

LOTUFO, Márcia. **Gestão pública em saúde**: análise da capacidade de governo da alta direção da SES - Mato Grosso em 2001. 2003. 153f. Tese. (Doutorado em Saúde Coletiva), Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia. Salvador, 2003.

_____; MIRANDA, Alcides Silva de. Sistemas de direção e práticas de gestão governamental em secretarias estaduais de Saúde. **Rev. Adm. Pública**, v.41, n.6, p. 1143-1163. nov./dez. 2007.

LUCCHESI, Patrícia T. R. Equidade na gestão descentralizada do SUS: desafios para a redução de desigualdades em saúde. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 8, n. 2, p. 439-448 2003. Disponível em <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v8n2/a09v08n2.pdf>>. Acesso em: 9 out. 2010.

MAIA, Marilene. Gestão Social: Reconhecendo e construindo referenciais. **Revista Virtual Textos & Contextos**. Porto Alegre, v. 04, n. 04, dez. 2005, p. 01-18. Disponível em: <<http://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/fass/article/viewFile/1010/790>>. Acesso em: 15 abr. 2010.

MARQUES, Rosa Maria; MENDES, Áquilas. Atenção básica e Programa de Saúde da Família (PSF): novos rumos para a política de saúde e seu financiamento? **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 8, n. 2, p. 403-415, 2003. Disponível em: <<http://www.scielosp.org/pdf/csc/v8n2/a07v08n2.pdf>>. Acesso em: 19 ago. 2010.

MENEZES, Lená Medeiros. Movimentos migratórios e direitos humanos. In: FREIRE, Silene de Moraes (Org.). **Direitos humanos**: violência e pobreza na América Latina Contemporânea. Rio de Janeiro: Letra e Imagem, 2007. p. 208-217.

MENICUCCI, Telma Maria Gonçalves. **Público e privado na política de assistência a saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2007.

MERCOSUL. Disponível em: <<http://www.mercosur.int/home.jsp?contentid=10&seccion=1>>. Acesso em: 27 mar. 2011.

MERHY, Emerson Elias. **A saúde pública como política**: um estudo de formuladores de políticas. São Paulo: Hucitec, 1992.

_____. **Saúde**: cartografia do trabalho vivo. São Paulo: Hucitec, 2002.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. **O desafio do conhecimento**: Pesquisa Qualitativa em Saúde. 12. ed. São Paulo: Hucitec, 2010.

MINISTÉRIO da Saúde. Disponível em: <http://www.saude.gov.br/editora>. Acesso em: 15 set. 2010.

MONNERAT, Giselle Lavinias; SENNA, Mônica de Castro Maia; SOUZA, Rosimary Gonçalves de. A reorganização dos serviços de saúde no cenário local. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v.7, n.3, p. 509-521, 2002. Disponível em: <<http://www.scielosp.org/pdf/csc/v7n3/13028.pdf>>. Acesso em: 13 nov. 2006.

MONTAÑO, Carlos; DURIGUETTO, Maria Lúcia. **Estado, classe e movimento social**. São Paulo: Cortez, 2010.

MOTTA, Paulo Roberto. **Gestão contemporânea**: a ciência e a arte de ser dirigente. 11.ed. Rio de Janeiro: Record, 2000.

NETTO, José Paulo. **Ditadura e Serviço Social**: uma análise do Serviço Social no Brasil. São Paulo: Cortez, 1996.

_____. **Capitalismo monopolista e serviço social**. 3.ed. São Paulo: Cortez, 2001.

NOGUEIRA, Arnaldo Mazzei. **Teoria geral da Administração para o século XXI**. São Paulo: Ática, 2007.

NOGUEIRA, Vera Maria Ribeiro. **Fronteira MERCOSUL**: um estudo sobre o direito à saúde. Florianópolis: UFSC, 2003. Projeto de Pesquisa.

_____. **Fronteira MERCOSUL**: um estudo sobre o direito à saúde. Florianópolis, UFSC, 2005. Relatório.

_____. Tendência das Políticas Nacionais de Saúde nos Países do MERCOSUL. In: **Congresso mundial de saúde pública**, 11, Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva, 8, 2006, Rio de Janeiro. Anais. Florianópolis: Abrasco, 2006.

_____; PÉREZ, Roser Jiménez. Globalización y desigualdades territoriales en salud: Los desafíos de las fronteras. In: Congresso da Associação Latino Americana de Análise de Sistemas de Saúde - ALASSS, 2008, Bruxelas. **Anais do CALASS**. Barcelona: ALASS, 2008.

_____; SILVA, Maria Geusina. **Direitos, fronteira e desigualdade em saúde**. Em Pauta. Rio de Janeiro, v. 6, n. 24, 2009. p. 83-98.

NORONHA, José Carvalho; LIMA, Luciane Dias de; MACHADO, Cristiani Vieira. O Sistema Único de Saúde: SUS. In: GIOVANELLA, Lígia; ESCOREL, Sarah; LOBATO, Lenaura de Vasconcelos Costa; et al. (Orgs.). **Políticas e sistema de saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008. p. 435-72.

OLIVEIRA, Jayr Figueiredo de; SILVA, Edison Aurélio da. **Gestão organizacional: descobrindo uma chave de sucesso para os negócios**. São Paulo: Saraiva, 2006.

OPAS/OMS. **Informe de la Trifrontera**: Estúdio de Red Fronteriza Brasil, Argentina, Paraguai, 2001 e 2002.

PAIM, Jairnilson. et al. *The Brazilian health system: history, advances, and challenges*. **Lancet**, [online], v. 377, p. 1778-97, mai. 2011. Disponível em: <[http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(11\)60054-8/fulltext#article_upsell](http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(11)60054-8/fulltext#article_upsell)>. Acesso em: 22. jul. 2011.

_____; TEIXEIRA, Carmen Fontes. Configuração institucional e gestão do Sistema Único de Saúde: problemas e desafios. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 12, sup., p. 1819-1829, nov. 2007. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v12s0/05.pdf>>. Acesso em: 18 nov. 2010.

_____; _____. Política, planejamento e gestão em saúde: balanço do estado da arte. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 40, n. esp., p. 73-8, ago. 2006. Disponível em: <<http://www.scielosp.org/pdf/rsp/v40nspe/30625.pdf>>. Acesso em: 27 set. 2007.

PASCHE, Dário Frederico. **Gestão e subjetividade em saúde**. 2003. 193f. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva), Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas. Campinas, 2003.

PEREIRA, I. S. S. D. Promoção da saúde: algumas notas. **Revista Desafios Sociais**. Natal, n. 2. p. 126-139, jan./jul. 2002.

PEREIRA, Luis Carlos Bresser; SPINK, Peter (Orgs.). **Reforma do Estado e Administração Pública Gerencial**. 7. ed. Rio de Janeiro: FGV, 2006.

_____; WILHEIM, Jorge; SOLA, Lourdes (Orgs.). **Sociedade e Estado em transformação**. São Paulo: UNESP; Brasília: ENAP, 1999.

PIMENTA, Aparecida Linhares. **Saúde de amparo**: a construção de espaços coletivos de gestão. 2006. 419f. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva), Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas. Campinas, 2006.

PNUD. **Índice de desenvolvimento humano municipal 2011**. Brasília: PNUD; 2011. Disponível em: <<http://www.pnud.org.br/home/>>. Acesso em: 15 mar. 2011.

PREUSS, Lislei Teresinha; MENDES, Jussara Maria Rosa; NOGUEIRA. Proteção social e acesso à saúde: Uma abordagem sobre território, fronteira e MERCOSUL. In: SILVA, Vini Rabassa da; MENDES, Jussara Maria Rosa; FAGUNDES, Helenara Silveira; et al.(Orgs.). **Política Social**: temas em debate. Pelotas: EDUCAT, 2009, v. 1, p. 133-160.

PREUSS, Lislei Teresinha. **O Direito à saúde na fronteira**: duas versões sobre o mesmo tema. 2007. 172f. Dissertação (Mestrado em Serviço Social), Programa de Pós-graduação em Serviço Social, Universidade Federal de Santa Catarina, 2007.

RAICHELIS, Raquel. **Gestão pública e a questão social na grande cidade**. Lua Nova, São Paulo, n. 69, 2006. p. 13-48. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ln/n69/a03n69.pdf>>. Acesso em: 15 ago. 2010.

RAMOS, Maria Helena Rauta. **Teoria social e poder local**: em busca de um quadro de análise. Praia Vermelha: estudos de política e teoria social. Rio de Janeiro, v.13, n.17. p. 126-175, jul./dez. 2007.

RIGHI, Liane Beatriz. **Poder local e inovação no SUS**: estudo sobre a construção de redes de atenção à saúde em três municípios no Estado do Rio Grande do Sul. 2002. 229f. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva), Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas. Campinas, 2002.

RIO GRANDE DO SUL. **Pacto pela saúde/PAVS**. Porto Alegre: Secretaria da Saúde, s.d. Disponível em: <<http://www.saude.rs.gov.br/wsa/portal/index.jsp?menu=servicos&cod=1128>>. Acesso em: 25 jul. 2011.

RIZZOTTI, Maria Luiza do Amaral. **O processo de implantação do SUAS**: uma reflexão sob a ótica da gestão. *Argumentum*, Vitória, v. 2, n. 2, jul./dez. 2010. p. 174-188.

ROTTA, Edeimar; PREUSS, Lislei Teresinha; TELKA, Francine; et al.. Gestão Empresarial, Social e Ambiental: diferenças e possibilidades de aproximação. **Revista FEMA**, Santa Rosa, v. 5, p. 93-104, 2009.

SANTOS, Milton. **A natureza do espaço**: técnica e tempo, razão e emoção. 4. ed. São Paulo: Edusp, 2006.

_____. **O espaço do cidadão**. 5.ed. São Paulo: Studio Nobel, 2000.

SCHRAIBER, L. B. et al. Planejamento, gestão e avaliação: identificando problemas. **Ciênc. saúde coletiva**, São Paulo, v. 4, n. 2, 1999. p. 221-242. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v4n2/7110.pdf>>. Acesso em: 28 abr. 2005.

SIMIONATTO, Ivete; NOGUEIRA, Vera Maria Ribeiro; GOMEZ, Marcela Beatriz. Aspectos Legais do Direito à Saúde. In: SIMIONATTO, Ivete; NOGUEIRA, Vera Maria Ribeiro. (Orgs). **Dilemas do Mercosul**: reforma do estado, direito à saúde e perspectivas da agenda social. Florianópolis: Lagoa, 2004, p.81-94.

SINGER, Paul. Alternativas da gestão social diante da crise do trabalho. In: RICO, Elizabeth de Melo; RAICHELIS, Raquel (Orgs.). **Gestão social**: uma questão em debate. São Paulo: Educ/IEE/PUCSP, 1999, p. 55-66.

SOUZA, Luis Eugenio Portela Fernandes de. O SUS necessário e o SUS possível: estratégias de gestão. Uma reflexão a partir de uma experiência concreta. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 3, mai./jun. 2009, p. 911-918. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v14n3/27.pdf>>. Acesso em: 11 ago. 2010.

SOUZA, Renilson Rehem de. **O Sistema público de saúde brasileiro**. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

TENÓRIO, Fernando Guilherme (Org.). **Gestão de ONG's**: principais funções gerenciais. 6.ed. Rio de Janeiro: FGV, 2002.

_____. **Responsabilidade social empresarial: teoria e prática**. Rio de Janeiro: FGV, 2004.

_____. Gestão social: uma perspectiva conceitual. **Revista de Administração Pública**. Rio de Janeiro, v. 32, n.5, p. 7-23, set./out. 1998.

TRAGTENBERG, M. **Burocracia e ideologia**. São Paulo: Ática, 1992.

TREVISAN, Leonardo Nelmi; JUNQUEIRA, Luciano Antonio Prates. Construindo o pacto de gestão no SUS: da descentralização tutelada à gestão em rede. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.12, n.4, p. 893-90, jul./ago. 2007. Disponível em: <<http://www.scielo.org/pdf/csc/v12n4/08.pdf>>. Acesso em: 27 abr. 2009.

UGÁ, Maria Alicia; MARQUES, Rosa Maria. O Financiamento do SUS: trajetória, contexto e constrangimentos. In: LIMA, Nísia Trindade; GERSCHMAN, Silvia; EDLER, Flavio Coelho; et al. (Orgs). **Saúde e democracia: história e perspectivas do SUS**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005. p. 193-235.

VIACAVA, Francisco. et al. Uma metodologia de avaliação do desempenho do sistema de saúde brasileiro. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 3, p. 711-724, 2004. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v9n3/a16v09n3.pdf>>. Acesso em: 25 ago. 2009.

VILASBÔAS, Ana Luiza Queiroz. **Prática de planejamento e implementação de políticas de saúde no âmbito municipal**. 2006. 129f. Tese (Doutorado em Saúde Pública), Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia. Salvador, 2006

YIN, Robert. **Estudo de Caso: planejamento e métodos**. 4.ed. Porto Alegre: Bookman, 2010.

APÊNDICES

APÊNDICE A - Termo de Compromisso para Utilização de Dados



Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul

PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO

COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

A implementação dos Programas SIS FRONTEIRAS e PACTO PELA SAÚDE – perspectivas para a ampliação do direito à saúde aos usuários estrangeiros na Fronteira Arco Sul.

A pesquisadora do referido projeto de pesquisa se compromete a manter o sigilo dos dados coletados através de entrevistas realizadas nas cidades-gêmeas São Borja, Itaqui, Uruguaiana, Barra do Quaraí, Quaraí, Santana do Livramento. Concordo, igualmente, que estas informações serão utilizadas única e exclusivamente com finalidade científica, preservando-se integralmente o anonimato dos entrevistados.

Porto Alegre, 02 de março de 2011.

Lislei Teresinha Preuss

ANEXOS

ANEXO A - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido



Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para entrevista com Informante-chave.

Você está sendo convidado para participar da pesquisa A implementação do programa SIS FRONTEIRAS e do Pacto pela saúde – perspectivas para a ampliação do direito à saúde aos usuários estrangeiros na Fronteira Arco Sul, desenvolvida junto ao Mestrado em Política Social da Universidade Católica de Pelotas.

Este estudo tem como objetivo avaliar a implementação e identificar as alterações ético-políticas e institucionais decorrentes da implantação de dois dispositivos governamentais incidentes sobre a proteção sanitária em regiões fronteiriças - o Programa Sistema Integrado de Saúde nas Fronteiras – SIS Fronteiras e o Pacto pela Saúde.

Sua participação não é obrigatória e a qualquer momento você pode desistir de participar e retirar seu consentimento. Sua recusa não trará nenhum prejuízo em sua relação com o pesquisador ou com a instituição proponente. Sua colaboração nesta pesquisa consistirá em responder a uma entrevista versando sobre os antecedentes dos programas em análise, a trajetória recente, os atores políticos envolvidos, a institucionalidade atual, o patamar de resultados alcançado e principais obstáculos e facilidades. Sua participação na pesquisa não lhe trará benefícios diretos, contudo contribuirá para melhor conhecimento das experiências de cooperação em saúde ao longo das fronteiras.

Destacamos que as informações obtidas através da pesquisa serão confidenciais e asseguramos o sigilo sobre sua participação. Os dados não serão divulgados de forma a possibilitar sua identificação. No caso de representantes institucionais da área pública solicitamos a permissão para divulgação de suas opiniões.

Você receberá uma copia deste termo onde consta o telefone e endereço do coordenador da pesquisa, podendo tirar suas dúvidas sobre o projeto e sua participação a qualquer momento.

Vera Maria Ribeiro Nogueira

Rua das Acácias, 121, A2 - 203
Florianópolis – SC
Fone: (48) 3233 5992/9116 9776
E-mail: vera.nogueira@pq.cnpq.br

ANEXO B - Carta de apresentação



Pelotas, 19 de janeiro de 2011

Caro (a) Sr. (a) Gestor (a),

Há um consenso que o desenvolvimento das ações de integração no âmbito do MERCOSUL e outras iniciativas paralelas visando a melhoria da atenção à saúde nos municípios de fronteira têm se tornado objeto de preocupação para os gestores em todos os níveis de governo.

Há também um consenso que a área e a linha da fronteira tem sido um espaço pouco privilegiado em termos de estudos e pesquisas, o que dificultam os processos decisórios quanto aos rumos das políticas municipais de saúde. Igualmente é conhecido que os sistemas de saúde localizados na linha da fronteira se debatem com as dificuldades de inclusão não unicamente dos brasileiros, mas de uma demanda que procede dos países vizinhos.

Visando ampliar o conhecimento sobre o tema na região, a Universidade Católica de Pelotas – UCPel - Mestrado em Política Social e o Programa de Pós-Graduação em Serviço Social da Universidade Federal de Santa Catarina, vêm apresentar a pesquisadora **Lislei Terezinha Preuss**, que participa como pesquisadora do projeto **A IMPLEMENTAÇÃO DO PROGRAMA SIS FRONTEIRAS E DO PACTO PELA SAÚDE – PERSPECTIVAS PARA A AMPLIAÇÃO DO DIREITO À SAÚDE AOS USUÁRIOS ESTRANGEIROS NA FRONTEIRA ARCO SUL**. Observo que este projeto conta com apoio financeiro do Conselho Nacional de Pesquisas Tecnológicas - CNPq para sua realização, sendo que deverá ser concluído em dezembro de 2011. Conta, ainda, com o apoio institucional do CONASEMS- Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde.

Nesse sentido, solicito a Vossa Senhoria o apoio possível na entrevista, para que o resultado dessa pesquisa venha a subsidiar a adoção de medidas e ações que permitam a melhoria e o aumento da capacidade de oferta do sistema local de saúde.

Atenciosamente,

Dra. Vera Maria Ribeiro Nogueira
Professora Orientadora

ANEXO C - Resumo do Projeto



Processo CNPq – 473 006/2009-0

A IMPLEMENTAÇÃO DO PROGRAMA SIS FRONTEIRAS E DO PACTO PELA
SAÚDE – PERSPECTIVAS PARA A AMPLIAÇÃO DO DIREITO À SAÚDE
AOS USUÁRIOS ESTRANGEIROS NA FRONTEIRA ARCO SUL

Esta proposta avalia a implementação e identifica as alterações ético-políticas e institucionais decorrentes da implantação de dois dispositivos governamentais incidentes sobre a proteção sanitária em regiões fronteiriças - o Programa Sistema Integrado de Saúde nas Fronteiras – SIS Fronteiras e os Pactos Pela Saúde. Será desenvolvido junto aos sistemas locais de saúde das cidades gêmeas na linha de fronteira entre Brasil e Argentina, Paraguai e Uruguai, área geográfica designada pelo Ministério da Integração Regional como Fronteira Arco Sul. Contando com o apoio institucional do Conselho Nacional das Secretarias Municipais de Saúde – CONASEMS, tem como objeto de estudos o tema sistemas de saúde e fronteiras, buscando ampliar o conhecimento sobre a proteção sanitária e suas intercorrências nos limites territoriais do Brasil, entendendo ser o direito à saúde integral e universal, para além das barreiras fronteiriças.

As questões que orientarão o desenho teórico e metodológico podem ser assim resumidas: qual foi o nível de apreensão dos gestores sobre as proposições? As iniciativas dos sistemas locais são compatíveis com as diretrizes e os objetivos das propostas? A concepção de direito à saúde aos estrangeiros foi ampliada no sentido da universalidade e integralidade? Houve alteração dos discursos dos gestores e profissionais acerca das dificuldades de atenção à saúde dos estrangeiros? Quais as repercussões das inovações sobre os sistemas de saúde dos municípios/departamentos fronteiriços? Favorecem a cooperação entre os sistemas? Face as questões norteadoras, os objetivos a serem alcançados serão os seguintes: - Avaliar o processo de implementação do SIS Fronteiras e Pactos pela Saúde nas cidades gêmeas da fronteira Arco Sul; - Identificar o nível de apreensão dos gestores acerca dos conteúdos – princípios e

objetivos dos programas em estudo; - Caracterizar os sistemas municipais de saúde em termos de apropriação das diretrizes e objetivos do SIS Fronteiras e Pactos pela Saúde; - Identificar as alterações ético-políticas e institucionais iniciais decorrentes da implantação do SIS Fronteiras e Pactos pela Saúde relativos ao nível de competência municipal. Entre as metas previstas destacam-se: a verificação do estágio efetivo de implantação do SIS Fronteiras nas cidades gêmeas da fronteira Arco Sul; a identificação dos mecanismos utilizados e acordos realizados para obter a adesão dos gestores as inovações estudadas; a identificação das dificuldades persistentes em relação ao atendimento ao estrangeiro após a implantação do SIS Fronteiras e Pactos pela Saúde; o mapeamento dos ajustes a serem implementados em termos de organização técnico-administrativa dos sistemas de saúde em função dos dispositivos governamentais em estudo; a identificação das inovações e ajustes em termos institucionais realizados nos sistemas municipais de saúde e a verificação do atendimento aos usuários estrangeiros após a implementação das inovações em estudo.

Os dados empíricos que forneceram subsídios para a análise serão obtidos junto aos Secretários Municipais de Saúde e três informantes qualificados – *policy makers* – em cada uma das cidades gêmeas, considerados estes como os indicados pelos gestores como influentes nas decisões políticas, ocupando ou não posição institucional. Nos municípios que contarem com assistentes sociais serão também sujeitos do estudo. Os instrumentos de coleta das informações serão de duas ordens – entrevistas focais com os sujeitos indicados anteriormente – e análise documental referida ao desenvolvimento do SIS Fronteira e do Pacto pela Saúde. Os locais a serem estudadas são as seguintes: Guaira –Salto do Guairá e Foz do Iguaçu- Puerto Iguazu-Ciudad del Leste - Paraná, Dionísio Cerqueira –Bernardo de Irigoyen - Santa Catarina e São Borja – Santo Tomé, Itaqui – Alvear, Uruguaiiana – Paso de Los Libres, Barra do Quaraí –Monte Caseros- Bella Unión, Quaraí- Artigas, Santana do Livramento-Rivera, Acequá-Acequa, Jaguarão-Rio Branco, Chui-Chuy e Porto Xavier e San Javier - Rio Grande do Sul (MINISTERIO DA INTEGRAÇÃO REGIONAL, 2005). Deverá haver o retorno do relatório para o CONASEMS, para os gestores municipais, provinciais e gestores estaduais e nacionais da região. Em termos de contribuição, o projeto procura responder à solicitação do CONASEMS, no sentido de “analisar como se processa a efetivação dos direitos de cidadania, no que se refere aos mecanismos de proteção social, aos residentes em outro país, pelo seu país de origem”, expresso no Relatório do último evento realizado pelo Conselho (CONASEMS, 2009). A importância do estudo se relaciona também ao reconhecimento das alterações na atenção ao usuário estrangeiro que procura atendimento no SUS, verificando os cumprimentos ou não das proposições do SIS Fronteira e do Pacto

pela Saúde, além dos acordos bilaterais incidentes sobre a questão. Enquanto primeira aproximação possibilitará identificar os ajustes a serem implementados em termos de organização técnico-administrativa dos sistemas, capacidade gerencial dos gestores, indicação ao Ministério e Secretaria Estadual de Saúde do panorama situacional sobre as questões abordadas no projeto. A importância social refere-se ainda ao fortalecimento dos próprios sistemas de saúde ao contribuir para equacionar as situações e problemas nas linhas de fronteira, viabilizando o alcance das diretrizes e princípios nacionais tanto do SUS como dos acordos bilaterais assinados entre Brasil-Uruguai e Brasil-Argentina. Ao subsidiar os processos decisórios quanto à definição de políticas e programas na faixa de fronteira contribuirá na ampliação das interações entre as várias fronteiras, ou seja, reconhecendo as peculiaridades de cada região da fronteira do Arco Sul atende a uma consigna dos Secretários Municipais da região fronteira de se “criar instrumentos e/ou mecanismos para divulgação de experiências exitosas inovadoras desenvolvidas na área de saúde por municípios fronteiriços” (CONASEMS, 2009).

ANEXO D - Termo de Doação



DECLARAÇÃO

Declaro, na qualidade de responsável pelo Projeto *A implementação do Programa SIS FRONTEIRAS e do pacto pela saúde – perspectivas para a ampliação do direito à saúde aos usuários estrangeiros na fronteira Arco Sul*, aprovado pelo Comitê de Ética da Universidade Católica de Pelotas e financiado pelo CNPq - Processo 473 006/2009-0, que o projeto *A implementação do Pacto pela Saúde no Estado do Rio Grande do Sul*, desenvolvido junto ao Programa de Pós-Graduação da Faculdade de Serviço Social da PUCRS, e sob minha co-orientação, pela doutoranda Lislei Teresinha Preuss situa-se como um desdobramento do projeto sob minha coordenação. Diante disso, os dados coletados na pesquisa serão (doados/são doados) são disponibilizados à doutoranda para construção de sua tese, bem como os respectivos termos de consentimento.

Pelotas, 15 de fevereiro de 2011

Vera Maria Ribeiro Nogueira

UCPEL | UFSC

ANEXO E - Roteiro Entrevista Projeto SIS Fronteiras e Pacto pela Saúde

Se conhece o SIS Fronteiras; Informações sobre o Pacto pela Saúde; Historia e trajetória de cada programa; Iniciativa da proposição; Necessidade em saúde que deu origem a proposta; Processo de implementação; Quem operacionaliza; Termos dos acordos/documentos formalizados em nível local; Âmbito de atendimento – competências; Abrangência da proposta em termos geográficos; Atores sociais envolvidos em sua construção e implementação; Interesses presentes e as lutas políticas travadas; Atividades, ações e tarefas desenvolvidas em relação a cada um dos programas; Critérios de acesso da população (local e estrangeira) que demanda atendimento em saúde; Controle social sobre andamento dos programas; Controle técnico-financeiro sobre os programas; Relações com os níveis hierárquicos dos sistemas nacionais de saúde; Reorganização dos sistemas locais de saúde face aos dispositivos acordados; Sistemas de registro e controle das ações executadas; Como compatibilizam princípios distintos que orientam os sistemas nacionais de saúde dos países limítrofes; Como encaminham os aspectos jurídico-administrativos e financeiros; O que contribui para determinar o êxito ou fracasso dos programas; Quais as contribuições que podem oferecer para outras cidades e regiões fronteiriças; Introdução e/ou ampliação de temas específicos sobre saúde nas fronteiras; Sujeitos políticos envolvidos na ampliação ou introdução; As iniciativas favorecem qual concepção de direito à saúde.

Sujeitos a serem entrevistados: Gestor do sistema municipal de saúde; 2 informantes chaves – um indicado pelo gestor e outro aleatoriamente escolhido entre profissionais de saúde; Onde houver assistente social, entrevistar.

Gravar todas as entrevistas, solicitando autorização e assinatura do termo de consentimento.

No início de cada entrevista, solicitar que o entrevistado se apresente, indicando seu cargo e formação profissional. Iniciar a entrevista, com a indicação da data.

ANEXO F - Aprovação do Comitê de Ética



UNIVERSIDADE CATÓLICA DE PELOTAS
PRÓ-REITORIA ACADÊMICA
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA – CEP/UCPel

RESULTADO

O Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Católica de Pelotas analisou o projeto:

Número: 2010/61

Titulo do projeto: *A implementação do programa SIS fronteiras e do pacto pela saúde e a ampliação do direito à saúde em cidades gêmeas na fronteira arco sul*

Investigador(a) principal: Vera Maria Ribeiro Nogueira

O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa – CEP da UCPel, em reunião datada de 16 de dezembro de 2010, ata n.º 10.

A avaliação foi realizada pelos membros do comitê, baseada na análise minuciosa do projeto, apresentada por um dos membros.

Outrossim, informamos que é **obrigatório** a entrega do relatório de conclusão pela coordenação do referido projeto ao Comitê de Ética -- CEP/UCPel, na Secretaria da Pró-Reitoria Acadêmica da Universidade Católica de Pelotas.

Pelotas, 17 de dezembro de 2010



Prof. Ricardo Tavares Pinheiro
Coordenador CEP/UCPel