

Saúde em Debate

ISSN: 0103-1104

revista@saudedebate.org.br

Centro Brasileiro de Estudos de Saúde
Brasil

Silveira Carneiro, Pedro; Cassanho Forster, Aldaísa; Braga Barros Ferreira, Janise
A dinâmica de três colegiados de gestão regional: um olhar sobre a regionalização e
pactuação

Saúde em Debate, vol. 38, núm. 100, enero-marzo, 2014, pp. 57-68

Centro Brasileiro de Estudos de Saúde
Rio de Janeiro, Brasil

Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=406341754007>

A dinâmica de três colegiados de gestão regional: um olhar sobre a regionalização e pactuação

The dynamics of three committees of regional management: a look at regional health planning and pactuation

Pedro Silveira Carneiro¹, Aldaísa Cassanho Forster², Janise Braga Barros Ferreira³

RESUMO: Este estudo teve por objetivo compreender a dinâmica dos Colegiados de Gestão Regional do Departamento Regional de Saúde XIII (Ribeirão Preto-SP) no que diz respeito à dinâmica e relação entre os entes federados ali representados. Utilizou-se a abordagem qualitativa, por meio de entrevistas semiestruturadas e análise de conteúdo. Surgiram questões pertinentes às relações entre os entes, com a presença de lógicas e relações por vezes solidárias e por vezes marcadas pelas diferenças de poder. Capturaram-se as diferentes visões e perspectivas dos diversos atores em cena, ressaltando a importância do planejamento em situação de poder compartido para a construção da regionalização e do SUS.

¹Mestre em Saúde da Comunidade pela Universidade de São Paulo (USP) – Ribeirão Preto (SP), Brasil.
pscarmeiro@gmail.com

²Livre-docente pela Universidade de São Paulo (USP) – Ribeirão Preto (SP), Brasil. Professora Associada do Departamento de Medicina Social da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo (USP) – São Paulo (SP), Brasil.
acfoste@fmrp.usp.br

³Doutora em Enfermagem em Saúde Pública pela Universidade de São Paulo (USP) – Ribeirão Preto (SP), Brasil. Professora do Departamento de Medicina Social da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo (USP) – São Paulo (SP), Brasil.
janise@fmrp.usp.br

PALAVRAS CHAVE: Gestão em saúde; regionalização; descentralização.

ABSTRACT: The present study aimed at understanding the dynamics of the Committees of Regional Management of the XIII Regional Health Department in Ribeirão Preto-SP in respect to the relations between the federative agents therein represented. A qualitative approach was employed by means of semi-structured interviews and content analysis. The results raised elements inherent to the dynamics among the actors of regional health planning, showing relations either of solidarity or that reflected power differences. Different views and perspectives of the various actors were brought up, highlighting the planning importance in a situation of shared power towards the construction of SUS and regional health managing.

KEYWORDS: Health management; regional health planning; decentralization.

Introdução

Já no nascimento do Sistema Único de Saúde (SUS) brasileiro, a descentralização e a regionalização foram entendidas como elementos essenciais para que as políticas de saúde e os princípios do sistema pretendidos se tornassem realidade. Na Constituição de 1988, foram incluídos os princípios de descentralização com direção única e de participação da comunidade, princípios defendidos pelo Movimento de Reforma Sanitária que mais tarde contribuiriam fortemente para a forma que o sistema de saúde tomaria (BRASIL, 1998).

Estava lançada a ideia da regionalização a partir do pensamento de racionalidade econômica sistêmica, pelo qual se entendia que para haver integralidade na atenção nem todos os municípios teriam tudo no que se refere a serviços, surgindo a ideia de níveis de atenção e hierarquização. A implantação dessa diretriz teria, no entanto, que respeitar o princípio federativo de direção única em cada esfera. Em outras palavras, era necessário respeitar a governabilidade dos atores em cena.

No entanto, apesar da previsão, desde o início, da descentralização e regionalização com gestão compartilhada e planejamento ascendente e participativo, não era essa a realidade vivida pelos entes federados: os municípios acabavam de entrar na gestão do sistema e os dispositivos de controle social e participação começavam a se organizar. Apesar das diretrizes previstas para o sistema sobre descentralização e regionalização, não existiam instrumentos por meio dos quais o planejamento desses movimentos sistêmicos pudesse ocorrer.

Os instrumentos para atuação dos municípios no sistema surgem com a edição das Normas Operacionais Básicas (NOB) e posteriormente das Normas Operacionais de Assistência à Saúde (NOAS). Segundo Bueno e Mehry (1996), a NOB 91 apresentou importantes retrocessos ao manter a lógica de financiamento por procedimento e de forma

convenial, ferindo fortemente a autonomia de gestão pretendida dentro do princípio de descentralização. Ainda segundo esses autores, a NOB 93 tentou recuperar essa prerrogativa ao adotar como questão central a municipalização dos serviços e estabelecer situações transitórias de gestão incipiente, parcial e semi-plena que encaminhassem uma situação mais definitiva onde o município pudesse assumir o papel de gestor pleno do sistema.

É nesse momento que os municípios passaram a gestores do sistema de saúde, a partir do qual foram criados mecanismos importantes de gestão. O financiamento passou a ser baseado em repasses automáticos fundo a fundo, constituíram-se a Comissão Intergestores Bipartite (CIB) e a Comissão Intergestores Tripartite (CIT), importantes instâncias colegiadas de decisão na lógica federativa do então incipiente Sistema Único de Saúde (FERREIRA; FORSTER, 2011). Nelas se relacionam, respectivamente, municípios e estados (CIBs) e entes federativos dos três níveis, Federal, Estadual e Municipal (CIT).

A função de gestor da saúde do município é consolidada com a NOB 96, que responsabiliza esse nível de gestão pela situação de saúde da população, afirmando também a centralidade da Atenção Básica na organização do sistema (FERREIRA; FORSTER, 2011). No entanto, apesar de a NOB 96 ser um instrumento inegavelmente importante, representativo mesmo dos avanços na consolidação do SUS, apresenta equívocos no seu processo de construção que poderiam retardar efetivos avanços na qualidade da assistência e na construção de um novo modelo assistencial que privilegie a vida e a construção da cidadania (BUENO; MEHRY, 1996).

Concretamente, a adesão a essas normativas se processou com diversas lacunas, com habilitação burocrática que pouco contribuiu para a efetiva descentralização; critérios conflitantes entre município e estados na organização do funcionamento do sistema; financiamento baseado na lógica da oferta mediante apresentação de série histórica;

desenvolvimento insuficiente do planejamento ascendente como obstáculo na organização do sistema; e Atenção Básica com baixa capacidade de resolução (FERREIRA; FORSTER, 2011).

As NOAS são editadas e lançadas em 2001 e 2002. Foram direcionadas para ajustes ainda no processo de descentralização, agregando instrumental de ordenamento, teoricamente, na busca pela equidade do sistema. Nesse novo cenário, a descentralização, que é um dos temas centrais das NOAS, passa a ser direcionada para as estratégias de construção de um regionalismo muito vinculado às ações da assistência em cada região. Em outros termos, essas novas normas procuraram evitar uma excessiva fragmentação e ampliar a racionalidade econômica sistêmica, estabelecendo articulações institucionais por meio de módulos assistenciais (COSEMS-SP, 2008).

As NOAS enfatizaram o processo de regionalização e a ampliação do acesso da população à atenção especializada em saúde por meio da organização de sistemas e fluxos de referência intermunicipal e interestadual. Entretanto, as diversas realidades loco-regionais colocaram os gestores da saúde frente a enormes desafios na busca da garantia à atenção integral, os quais não podiam ser superados, sobretudo, em função da rigidez com que foram criadas essas normativas (SILVA; DOBASHI, 2006). A regionalização, nesse contexto, acaba se tornando um processo engessado e cartorial, baseado em critérios excessivamente técnicos e tecnocráticos.

Em 2006, publicou-se o Pacto pela Saúde como um movimento de mudança que não é considerado uma norma operacional, mas um acordo interfederativo que articula três dimensões: o Pacto pela Vida, o Pacto em Defesa do SUS e o Pacto de Gestão. O Pacto pela Saúde introduziu o sentido de gestão pública por resultados e de responsabilização sanitária, estendeu a discussão da saúde além dos limites setoriais e aprofundou a descentralização do SUS para estados e municípios de forma compartilhada (BRASIL, 2007). No âmbito da regionalização, o Pacto propõe que:

As Regiões de Saúde são recortes territoriais inseridos em um espaço geográfico contínuo, identificadas pelos gestores municipais e estaduais a partir de identidades culturais, econômicas e sociais, de redes de comunicação e de infraestrutura de transporte compartilhada no território. A Região de Saúde deve organizar a rede de ações e serviços de saúde a fim de assegurar o cumprimento dos princípios constitucionais de universalidade no acesso, equidade e integralidade do cuidado. A organização da Região de Saúde deve favorecer a ação cooperativa e solidária entre gestores e o fortalecimento do controle social (BRASIL, 2006A, P.19).

Assim, apresenta-se como um novo momento na regionalização brasileira, dado que resgata o conteúdo político desse processo ao mesmo tempo em que define que a organização territorial do sistema deve levar em conta a diversidade na busca pela complementariedade de ações (MACHADO ET AL., 2010).

Juntamente com as novas Regiões de Saúde, nascem os Colegiados de Gestão Regional (CGR), que passam a ser espaço fundamental de articulação da regionalização, implementado por meio da reunião entre secretários municipais de saúde e representantes do(s) gestor(es) estadual(ais):

O Colegiado de Gestão Regional constitui-se num espaço de decisão através da identificação, definição de prioridades e de pactuação de soluções para a organização de uma rede regional de ações e serviços de atenção à saúde, integrada e resolutiva. O Colegiado deve ser formado pelos gestores municipais de saúde do conjunto de municípios e por representantes do(s) gestor(es) estadual(ais), sendo as suas decisões sempre por consenso, pressupondo o envolvimento e comprometimento do conjunto de gestores com os compromissos pactuados. O Colegiado deve instituir processo de planejamento regional, que

defina as prioridades, as responsabilidades de cada ente, as bases para a programação pactuada integrada da atenção à saúde, o desenho do processo regulatório, as estratégias de qualificação do controle social, as linhas de investimento e o apoio para o processo de planejamento local (BRASIL, 2006A, P.21).

Assim, o CGR passa a ser o espaço que consolida a dinâmica política entre os entes federados no nível das regiões de saúde, a exemplo do papel cumprido pelos CIBs e CIT em seus respectivos níveis (ELIAS; DOURADO, 2011).

Levando isso em consideração, pode-se dizer que novos instrumentos vêm ao auxílio das necessidades do sistema de saúde brasileiro, ao mesmo tempo que o CGR surge como espaço privilegiado de viabilização da cooperação entre os gestores, gerando pactuações profundamente necessárias para que novos avanços – em especial no sentido da integralidade – sejam possíveis.

Dessa forma, cabe investigar se o CGR tem sido capaz de cumprir com suas atribuições e em que medida reproduz as dificuldades e os vícios dos momentos anteriores e como os supera ao gerar novas relações entre os atores participantes.

Para este estudo, utilizou-se como referencial teórico Matus (1992), que caracteriza as práticas em que a definição de objetivos, recursos e ações não surgem a partir do comportamento social concreto, mas a partir de um modelo tecnocrático de decisão que superpõe a ele normas técnicas, feito por técnicos de forma abstrata num mundo ideal, como planejamento normativo. Ao modelo tecnocrático, o autor contrapõe o planejamento estratégico situacional, no qual ‘planeja quem faz’, incorporando o caráter interativo da planificação. Assim, o elemento governabilidade passa a fazer parte do pensamento estratégico. Nas palavras do próprio Matus “A planificação situacional refere-se à arte de governar em situação de poder compartido” (MATUS, 1992, P.107).

Testa (1995, P.49), em intenso diálogo com Matus, desenvolve a ideia de que existem atores, individuais e coletivos, que desenrolam o ‘drama estratégico’ em um cenário. “Um ator individual é um sujeito que tem interesses no setor saúde e que ocupa uma posição que o coloca em situação de peso dentro do mesmo”. Esses atores, interagindo a partir da ação social, constituem o espaço social onde se desenrola essa ação.

Mas que atores seriam esses, nesse caso? No caso brasileiro, o Estado, a partir da Constituição de 1988, está organizado em um federalismo cooperativo, com o ingresso dos municípios como entes federados, com a transferência para o poder local de encargos e recursos para o provimento de bens e serviços aos cidadãos. Junto com os estados federados e a União, os municípios compõem a estrutura particular de federação, opção adotada pelo Brasil. De fato, no caso da saúde, a Lei 8080 prevê que a descentralização ocorrerá com “ênfase na descentralização dos serviços para os municípios” (ELIAS; DOURADO, 2011).

Assim, entende-se como atores do processo de regionalização no CGR os entes federados ali representados pelos seus respectivos gestores. Estes estariam aqui colocados como sujeitos sociais na concepção de Testa (1995) “indivíduo que possui – é possuído por – uma ideologia”. É a partir dessas premissas que este estudo irá se desenvolver.

Com relação ao cenário onde se desenvolve esse ‘drama’, pode-se dizer que os vários processos organizativos para o sistema de serviços de saúde, desencadeados a partir da Lei 8080, foram deslocando sua centralidade para os municípios (a partir das NOB) e regiões (principalmente a partir das NOAS), ampliando o papel dos municípios no planejamento, execução e avaliação da política de saúde (FERREIRA ET AL., 2011).

Nesse mesmo período, pode-se registrar a incorporação, na política de planejamento do SUS, de um conjunto de pontos prioritários para o funcionamento desse planejamento:

Adoção das necessidades de saúde da população como critério para o processo de planejamento no âmbito do SUS; Integração dos instrumentos de planejamento, tanto no contexto de cada esfera de gestão como no SUS como um todo; Institucionalização e fortalecimento do Sistema de Planejamento do SUS, com adoção do processo planejamento, neste incluído o monitoramento e a avaliação, como instrumento estratégico do SUS (ROCHA, 2011, P.271).

E, não menos importante, “Cooperação entre as três esferas de gestão para o fortalecimento e a equidade no processo de planejamento no SUS” (ROCHA, 2011, P.271), reafirmando o que foi colocado em diversas passagens acima, o espaço regional parece ser o espaço privilegiado para a concretização dessa cooperação, a partir de uma lógica mais solidária e articulada.

Material e método

Este artigo apoia-se em material qualitativo referente às relações entre os entes federados representados nos CGR. Utilizou-se a entrevista semiestruturada como instrumento para a coleta de dados, gravada e aplicada aos representantes participantes do colegiado segundo roteiro pré-determinado.

Para a construção do roteiro, separaram-se temáticas existentes na regulamentação relativa aos CGR (BRASIL, 2006A, 2007), com o uso de afirmações constantes nas portarias relativas aos papéis previstos para os CGR. Abordam-se neste artigo as falas dos participantes relativas à relação interfederativa. Utilizou-se para tratamento dos dados qualitativos a análise temática (dentre as possibilidades metodológicas da análise de conteúdo). (BARDIN, 1995, P.153).

Realizou-se a pesquisa de campo nos Colegiados de Gestão Regional pertencentes à região do Departamento Regional de Saúde de número 13 - DRS-XIII, cujo pólo é o

município de Ribeirão Preto (SP). A região se organizou em três CGR para atender os 26 municípios dessa regional de saúde: Horizonte Verde, com nove municípios; Aquífero Guarani, com dez; e Vale das Cachoeiras com sete.

Os participantes do estudo são membros dos CGR, representantes dos municípios e o representante da gestão estadual, somando 27 sujeitos. Adotou-se como critério de inclusão dos participantes ser representante da gestão municipal ou estadual nos CGRs, objetos do estudo, e como critérios de exclusão apresentar assiduidade menor que 50% às reuniões do ano de 2011, ou fração, no caso de o representante ter iniciado a participação no Colegiado há menos de um ano; compor o Colegiado há menos de três meses do início do período de estudo; e estar impossibilitado de participar da entrevista.

Participaram da entrevista todos os representantes que concordaram e cumpriram os critérios de inclusão. Para tal, assinaram Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, sendo garantidas a confidencialidade e a possibilidade de desistência da pesquisa a qualquer momento.

Para a análise dos dados, transcreveram-se as entrevistas na íntegra e analisaram-se os transcritos, procedendo-se inicialmente à identificação de unidades de significado, que posteriormente foram categorizadas em temáticas e exploradas analiticamente tanto por meio da análise das convergências como das divergências (MAYKUT; MOREHOUSE, 1994).

Para evitar a exposição da identidade dos participantes, as falas citadas foram referidas por números atribuídos aleatoriamente para cada participante da pesquisa de campo, sendo essa atribuição de conhecimento somente do pesquisador. Dentre os 27 participantes possíveis para o estudo, de acordo com os critérios de inclusão e exclusão, foram entrevistados 21.

Resultados e discussão

Com relação ao acesso à definição das pautas das reuniões, há consenso de que ele ocorre de forma organizada nos colegiados e que é possível realizar pedidos de pauta. No entanto, existe a percepção por parte dos participantes de que há alguns ‘interditos’, assuntos que não são absorvidos para a pauta ou que não recebem a mesma prioridade que outros assuntos que são percebidos como mais importantes. Assim, começa a surgir a forma como se processam os distintos interesses dos distintos atores. Essa ‘interdição’ está associada, no discurso, à coordenação realizada pelo DRS.

Participante 2: “*Bom a pauta... a pauta, ela é pré definida, vem por e-mail, a ata anterior, os assuntos. Nessa reunião preparatória [do apoio] nós temos possibilidade de adentrar a pauta da reunião do Colegiado, então eu acho que funciona perfeitamente bem. Apenas... tem alguns assuntos que a gente tem dificuldade.*”

Participante 14: “*(...) não são muito aceitas certas coisas que a gente discute lá, ou que a gente tenta expor lá no Colegiado. (...) Parece que, barram a gente, eu sinto isso.*”

Participante 10: “*(...) [Alguns assuntos] chegam para nós como simples tarefas. Como se a gente tivesse que cumprir no tempo que eles [o DRS] determinam, sem o questionamento se o município vai dar conta de fazer isso ou não, (...) eu entendo que eles têm prazos, eles têm também algumas exigências do governo estadual, mas entendo que eles repassam isso pro município de uma forma que não é muito legal.*”

Participante 10: “*(...) assuntos que eu não vejo tanta importância, eles ficam ali martelando, toda reunião a mesma coisa, e deixam alguns, que eu julgo importantes, (...), eles deixam meio de lado.*”

Participante 9: “*(...) eu sinto da parte do DRS um exagero no seu papel como um todo, no sentido de transformar o papel condutor numa espécie de papel indutor, né, das*

decisões (...). Isso eu vejo como uma dificuldade de composição dos entes federativos, que é mais ou menos natural, né? Todos são entes diferentes, autônomos, e em algum momento pode haver conflito nas suas concepções e nos seus interesses.”

Essa percepção parece corroborar a questão levantada por Paim e Teixeira (2007) de que existem disparidades de informação e comunicação entre as três esferas, em parte decorrente das diferenças no grau de desenvolvimento institucional existente e de estrutura entre secretarias municipais e estaduais.

Nesse sentido, surgiram em todas as questões do instrumento falas por parte dos gestores municipais de que a responsabilidade pela condução e andamento do Colegiado se concentraria na coordenação do DRS, embora não esteja prevista na regulamentação. Por outro lado, há, a percepção da necessidade dos gestores municipais se apropriarem mais intensamente dos processos de regionalização, mais próxima de uma perspectiva onde todos são atores ativos.

Participante 16: “*A questão da coordenação do DRS, é uma coordenação que não tem tanta autoridade, melhorou bastante (...) a autoridade do DRS acaba sendo muito grande, justamente por causa dos gestores municipais. (...) A gente não consegue unir o Colegiado e fazer ele ficar forte na questão municipal.*”

Participante 13: “*Há a necessidade de haver uma independência dos municípios perante o Estado, ou seja, situar muito bem o conselho de representantes do COSEMS e o DRS. Até para que a gente assegure o diálogo, a discussão, (...) eu acho que há um reconhecimento hoje prático tanto no COSEMS quanto na SES que as [discussões na nossa região] têm sido bastante maduras, e queremos que nessa ampliação de rede [Rede Regional Assistência à Saúde], a gente consiga manter esse tipo de perfil.*”

Participante 15: “*Por parte do DRS, da nossa direção, eu acho que funciona direitinho, o que não funciona é... (...) alguns municípios não enviam seus secretários ou seus*

secretários não comparecem à reunião nossa, (...) sempre ficando algumas... eu digo assim... algumas lacunas que depois elas têm que ser preenchidas.”

Essa questão está presente também nas falas relativas ao acompanhamento das pautas, com a percepção de que o acompanhamento se concentra no DRS e não ocorre de forma homogênea e satisfatória em todos os assuntos. Também aqui se colocam a concentração de responsabilidades na coordenação e a necessidade de apropriação pelos municípios enquanto atores.

Participante 5: “É... a questão de levar os assuntos para frente, a gente muitas vezes quer, a gente leva na pauta (...), mas depois muitas coisas que a gente leva a gente não tem uma resposta.”

Participante 5: “Quanto à condução, a questão do Estado, eu acho que ele deixa a desejar por isso, ele pega com alguns compromissos de alguns municípios, um é conduzido e de alguns... (...) eles deixam meio que parado.”

Participante 16: “(...) quando você fala, ah, os encaminhamentos são feitos, é, supõe que sim, supõe que aquilo sai e vira alguma coisa, a gente supõe. Os colegiados não têm uma secretaria executiva que acompanhe isso. (...) É o DRS que faz esse encaminhamento. É o Estado, não é o Colegiado. (...) Então é um Colegiado que precisava melhorar um pouco na questão de puxar para si a questão regional”.

Participante 12: “(...) eu acho só que a nossa voz é ouvida muito baixo, certo? A partir do momento que se fortalecer os colegiados, entende-se que cada região teria uma voz. Não aconteceu. A nossa voz continua sendo o DRS”.

Assim, o funcionamento dos colegiados, previsto para ocorrer mediante a definição de “uma estrutura de apoio ao CGR para as providências administrativas e técnicas de correntes das reuniões” (BRASIL, 2007, p.38) parece se apoiar muito no gestor estadual, com consequências carregadas de certa ambiguidade. A ideia de cogestão, onde “deve-se identificar a necessidade e promover uma negociação entre as instituições envolvidas,

definindo-se claramente as atribuições, compromissos e deveres de cada uma delas” (BRASIL, 2009b) parece ficar prejudicada em alguma medida.

Também está presente nas falas a questão da responsabilização da coordenação como diferenciada, tanto em percepções positivas como negativas. É comum nas falas onde há essa percepção o uso da expressão ‘eles’ para responder às perguntas relativas ao Colegiado, referindo-se, em verdade, à coordenação de Colegiado realizada pelo DRS. Novamente, a questão surge de forma heterogênea, com a perspectiva da responsabilização tanto da coordenação como dos municípios.

Participante 15: “(...) às vezes eles [o DRS] não conhecem a realidade do município porque eles não participam, as pessoas não participam. Mas eles tentam sim. Eles contribuem e tentam entender, sim, os problemas de cada município.”

Participante 14: “Eles [o DRS] não discutem dentro da realidade de cada região, de cada município.”

A partir das falas, parece que a perspectiva regulamentar de que o CGR exerce o papel no “reconhecimento e na apropriação, pelos gestores, dos espaços locais e das relações da população com os mesmos” (BRASIL, 2007, p.17) ocorre de forma parcial e heterogênea, o que tem a ver com a dinâmica ali colocada pelos atores em cena (TESTA 1995), a partir de suas limitações e das relações que constroem, conforme se depreende das falas.

Diversas falas remetem a como se processa a dinâmica de poder compartido. Com relação à questão das responsabilidades, há falas heterogêneas, tanto no sentido de uma maior clareza e transparência na assunção de responsabilidades como no sentido contrário.

Participante 1: “[O Colegiado] contribui [para a definição de responsabilidades]. (...) o gestor sabe que ele é responsável pelo município dele, pelos prestadores daquele município, e que ele ali no Colegiado ele tem voz e que ele vai ser responsável pelo que vier para a região dele de saúde então, quer dizer, ele tem que se

comprometer, e eu acho que o Colegiado facilitou muito isso.”

Participante 15: “(...) eu acho que teria que ter mais responsabilidade, teria que ser cobrado maior responsabilidade (...) tem alguns que são mais... cuidam mais do seu município e largam os outros, (...) [em] parte dos municípios, acho que existe uma falha aí, das responsabilidades.”

Com relação à cooperação nos colegiados estudados, reporta-se à crítica de Machado (2010) de que a expectativa de solidariedade, mais do que o planejamento, é a base sobre a qual se constrói a cooperação, e essa expectativa nem sempre se concretiza, conforme observado nas falas.

Surge nas falas a questão, com certa ambiguidade, da relação com o ente estadual, que concentra a função de regulação em alguma medida, novamente remetendo a uma determinada dinâmica desigual entre os atores, desigualdade essa que não ocorre somente em relação ao Estado, mas também aos municípios maiores.

Participante 16: “(...) ainda isso é muito função do Estado, do DRS sozinho, não função do Colegiado (...), não vejo isso como uma questão do Colegiado, eu vejo isso como questão do Estado estar fazendo para a região, por que não consideram que o município maior faça isso sozinho ou em cogestão com o Estado. (...) Na questão de regulação de assistência então... na verdade é a oferta que acaba fazendo com que esses fluxos sejam estabelecidos, não é pensado em necessidade, é pensado onde tem o serviço? Onde tá a oferta do serviço? Vamos botar lá. Então, nunca, nunca, conseguimos fazer com que as nossas necessidades realmente aparecessem pra gente, fazer com que o fluxo seja estabelecido em cima da nossa necessidade, mas sim em cima de ofertas de serviços que já existem.”

Participante 13: “Alguns municípios têm uma melhor capacidade de resolução, outros menores, nem tanto. Então nós estamos já pacificando direcionamento, fluxos para esses serviços. Então essa cooperação sem a presença do

Estado hoje nos estariamos aí... bastante soltos, sem nenhuma pactuação mais objetiva.”

Participante 9: “(...) a questão da regulação dos fluxos de... de assistência, principalmente em especialidades, em urgência e emergência, é... não passa pelos colegiados como deveria, né? Ela acaba... sendo solucionada em outras instâncias, muitas vezes na própria Secretaria Estadual e nos municípios maiores que concentram serviços (...) o Colegiado precisa... se apropriar desse tema pra solucionar com mais... propriedade e eficiência, principalmente agora que estamos construindo as redes, né? Redes de assistência que... é preciso que os municípios se manifestem. A própria experiência de... de formulação, de elaboração das redes têm mostrado isso, os municípios ficam muito distantes.”

Também foram feitas diversas críticas com relação à lógica como são alocados os recursos vindos das esferas federal e estadual, de uma forma não discutida com os municípios e que não contempla as necessidades, remetendo mais uma vez a formulações de caráter normativo, onde não planeja quem faz.

Participante 3: “(...) isso já vem de cima para baixo, o que cada município tem direito, o que cada município vai receber, e aí cada um adere, e isso só passa para aprovação lá [no Colegiado], eles não falam nada... não palpitam sobre isso. Sobre a parte financeira do município.”

Participante 12: “Infelizmente, na área federal, eles mandam pra gente, oferecem pra gente o dinheiro que eles querem, não o que nós necessitamos. Eu estou há quatro anos precisando de ambulância, o município ta com dificuldade de aquisição, e deputados colocam emendas, emendas, emendas... o que eu posso comprar com essas emendas? Computador, mesa, cadeira, estante.”

Participante 16: “Os recursos estaduais, eles nunca são debatidos no Colegiado e nunca foram, eles sempre vieram, estabeleceram o que eles achavam que deviam, (...) o recurso estadual, ele não é pactuado regionalmente. Ele vem e é colocado.”

Participante 9: “(...) não sabemos quanto

há de recursos do Estado, não participamos, o Colegiado não participa da definição da distribuição desses recursos, não participa da definição de prioridades, (...) nós vivemos uma situação quase que surrealista de ter que acomodar as nossas demandas à oferta do principal, é o principal fornecedor de serviços aqui na região que é o Estado.”

Houve também diversas falas no sentido de não ocorrer um financiamento solidário em nenhuma esfera, ou seja, os municípios participam da região, porém privilegiando seus municípios, inclusive por limites colocados pelas administrações municipais, conforme explorado anteriormente. O único exemplo concreto de financiamento solidário que surge nas falas é o SAMU regional.

Participante 15: “(...) eu acho que tá longe de... dessa desigualdade aí estar arrumada, mas acho que nós estamos começando (...) o que falta mais é essa participação dos municípios, (...) sempre os mesmos que pegam as mesmas coisas, que conseguem deslanchar. Os outros ficam ali, ‘não tenho isso, não tenho aquilo’. O paciente migra pra cidade que tem e fica ali atrás, quando a gente poderia estar fazendo um trabalho bom, cada um no seu município.”

Participante 16: “(...) na verdade, cada município usa o seu recurso internamente no seu espaço, né? Não existe uma questão de recursos entre municípios, agora que a gente vai ter o primeiro que é o SAMU, (...) talvez esse consórcio do SAMU regional, ele funcione como um disparador de fluxos entre municípios e na questão de financiamento entre um município e outro.”

Surge também nas falas a questão da capacidade de trabalhar com o financiamento, segundo as quais ainda há diversas e importantes dificuldades técnicas e dúvidas não sanadas, novamente com comentários que parecem indicar uma fragilidade na incorporação de tecnologias de gestão que viabilizariam os processos (PAIM; TEIXEIRA, 2007).

Participante 5: “(...) muitas vezes, a gente tem dúvidas no que eu posso gastar o que, não

só eu, mas vários... eu posso pagar recursos humanos? Quanto por cento eu posso pagar RH? Eu posso pagar material de consumo ou material permanente? Então isso daí muitas vezes a gente tem que buscar no COSEMS ou até mesmo no Ministério (...) isso daí a gente não tem muito claro.”

Participante 10: “(...) algumas outras questões que o município demanda para [o DRS], eles não respondem (...) seria o caso do financiamento, que parece que ele é jogado no SUS e ninguém é dono, todas as dúvidas ficam meio perdidas.”

Nessas falas também surge a questão da dinâmica entre os atores no que diz respeito à percepção do papel do ente estadual enquanto coordenação, com a concentração da expectativa de responsabilidade nesse ente.

Considerações finais

O trabalho não pretende esgotar os caminhos ou descaminhos da implantação e prática dos CGR ou da regionalização na região nem chegar a conclusões fechadas sobre o cumprimento ou não de determinadas regulamentações. Se o trabalho tiver contribuído, mesmo que modestamente, para iluminar algumas questões não resolvidas, já se pode considerar que cumpriu parte de seus objetivos.

Chamou atenção, no decorrer do estudo, algo que surgiu nas falas dos sujeitos como uma das questões mais valorizadas, a relação ambígua entre os entes municipais e a representação estadual.

Com relação a essa questão, emergiu a dificuldade dos atores sociais ali colocados de construir uma relação isonômica (TESTA, 1995). Essa dificuldade não é exclusiva da relação entre os gestores municipais e a gestão estadual; os municípios também não são isonômicos entre si.

Especificamente com relação à relação entre os gestores municipais e a representação estadual, parece interessante frisar o surgimento nas falas de uma forte

expectativa, nem sempre cumprida, de que o ente estadual dê apoio técnico aos diversos processos de gestão.

Além disso, no campo político, não é de se surpreender que haja um tensionamento com o ente estadual em relação aos processos decisórios, dado que, pelo colocado nas falas, não incorporam as necessidades e expectativas regionais. Não parecem incorporar, também, lógicas de planejamento que levem em conta o poder necessariamente compartido, remetendo a práticas características do planejamento normativo (MATUS, 1992). Novamente, é importante ressaltar que isso também é verdadeiro na relação entre os entes municipais.

Resta saber se a resolução dessa questão estadual ocorrerá a partir da satisfação das expectativas de apoio pelo DRS/SES ou a partir do ‘crescimento do protagonismo dos municípios’ nos processos de regionalização, tendo em mente, claro, que essas duas perspectivas não são excludentes, já que, inclusive, surgem nas falas de forma simultânea, e que o encaminhamento da questão depende fundamentalmente dos atores sociais em cena (TESTA, 1995).

Posta a questão, é importante salientar que esteve muito presente nas falas o ganho enxergado nos processos, tanto de gestão como intersubjetivos, após a criação dos CGR. Apesar disso, parece ainda predominar uma lógica fundamentalmente antissolidária na regionalização. É pouco realista a expectativa de solidariedade em uma situação de financiamento e oferta insuficientes frente às demandas, onde os poderes municipais estão mais interessados em reserva de capital político do que em soluções republicanas para os problemas.

Isso não significa, nem de longe, que o sistema está fadado ao fracasso. No entanto, os processos de planejamento e gestão que poderiam se contrapor a essa tendência surgem nas falas como processos ainda em desenvolvimento. Segundo as falas dos sujeitos, os processos organizativos ainda encontram muita dificuldade para se desenvolver e o financiamento insuficiente se agrava com as dificuldades técnicas existentes para a sua execução. ■

Referências

- BARDIN, L. *Análise de conteúdo*. Lisboa: Edições 70, 1995. 226p.
- BRASIL. *Constituição (1988)*. Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília, 1988.
- _____. Lei federal n.o 8080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. *Diário Oficial da União*, Brasília, 19 set. 1990a.
- _____. Lei federal n.o 8142, 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 da outras providências. *Diário Oficial da União*, Brasília, 29 dez. 1990b.

_____. _____. Secretaria executiva. Coordenação de apoio à gestão descentralizada. *Diretrizes operacionais para os Pactos pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão*. Brasília. Editora do Ministério da Saúde, 2006a. p. 19 e 21.

_____. _____. *Diretrizes para a implantação de Complexos Reguladores* / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Regulação, Avaliação e Controle de Sistemas. Brasília: Ministério da Saúde, 2006b.68 p. – (Série A. Normas e Manuais Técnicos).

_____. _____. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Regulação, Avaliação e Controle de Sistemas. *Diretrizes para a programação pactuada e integrada da assistência à saúde* / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Regulação, Avaliação e Controle de Sistemas.– Brasília : Ministério da Saúde, 2006c.148 p. – (Série B. Textos Básicos de Saúde).

_____. _____. Secretaria-Executiva. Departamento de Apoio à Descentralização. *Regionalização solidária e cooperativa: orientações para sua implementação no SUS*. Brasília, 2007. 48 p. – (Série A. Normas e Manuais Técnicos) (Série Pactos pela Saúde; v. 3)

_____. _____. Secretaria-Executiva. Subsecretaria de Planejamento e Orçamento. *Sistema de Planejamento do SUS: uma construção coletiva: organização e funcionamento*. 3. ed. Brasília : Ministério da Saúde, 2009a.

_____. _____. *O SUS de A a Z: garantindo saúde nos municípios* / Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2009b, 3. ed.344 – (Série F. Comunicação e Educação em Saúde)

_____. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para assuntos Jurídicos. DECRETO n.o 7.508, de 28 de junho de 2011. Regulamenta a Lei no 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências.

BUENO, W.S.; MERHY, E.E. Os equívocos da NOB 96: uma proposta em sintonia com os projetos neoliberalizantes? CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE ON-LINE, UMA PROPOSTA EM CONSTRUÇÃO. *Anais eletrônico...* 1996. Disponível em: <<http://www.uff.br/saudecoletiva/professores/merhy/artigos-14.pdf>> Acesso em: 10 dez. 2011.

CONSELHO DE SECRETÁRIOS MUNICIPAIS DE SAÚDE DO ESTADO DE SÃO PAULO (COSEMS-SP). Cadernos de Regionalização. *O olhar municipal: Desafios da implantação do Pacto pela Saúde e da regionalização solidária e cooperativa em São Paulo*. Vol. 1 2008.

ELIAS, P.E.M., DOURADO, D. de A. Sistema de saúde e SUS. In: IBAÑEZ, N.; ELIAS, P.E.M.; SEIXAS, P.H.D. (Orgs). *Política e Gestão Pública em Saúde*. São Paulo: Hucitec, 2011. p.102-125.

FERREIRA, J.B.B.; FORSTER, A. C. Epidemiologia e políticas de saúde. In: FRANCO, L. J.; PASSOS, A. D. C. (Orgs). *Fundamentos de Epidemiologia*. 2. ed. Barueri, SP: Manole, 2011. p. 319-337.

FERREIRA, J.B.B. et al. O processo de descentralização e regionalização da saúde no estado de São Paulo. In: IBAÑEZ, N.; ELIAS, P. E. M.; SEIXAS, P. H. D. (Orgs). *Política e Gestão Pública em Saúde*. São Paulo: Hucitec, 2011. p. 731-762.

MACHADO, C.V. et al. O planejamento nacional da política de saúde no Brasil: estratégias e instrumentos nos anos 2000. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 15 n. 5, p. 2367-2382, 2010.

MAYKUT, P., MOREHOUSE R. *Beginning Qualitative Research: a philosophic and practical guide*. The Farmer Press Teacher's Library: 6. RoutledgeFalmer, London, 1994.

MINAYO, M.C. de S. (org). *Pesquisa Social: teoria, método e criatividade*. 22. ed. Rio de Janeiro: Vozes, 2003.

MATUS, C. Carlos Matus e o planejamento estratégico situacional. In: RIVERA, F. J. (Org.) *Planejamento e Programação em Saúde: um enfoque estratégico*, 2. ed., São Paulo: Cortez, 1992.

MATUS, C. *Política, planejamento e governo – Tomo 1*. Brasília: IPEA, 1993.

PAIM, J.S.; TEIXEIRA, C.F. Configuração institucional e gestão do Sistema Único de Saúde: problemas e desafios. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v.12 suppl. Nov. 2007.

POPE C.; MAYS N. *Qualitative Reasearch in Health Care*, BMJ Books London 2000.

RIVERA, F.J. (Org.) *Planejamento e Programação em Saúde: Um enfoque estratégico*, 2. ed. , São Paulo: Cortez, 1992.

RIVERA, F.J.U.; ARTMANN, E. Planejamento e gestão em saúde: histórico e tendências com base numa visão comunicativa. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 15 n. 5, p. 2265-2274, 2010.

ROCHA, J.S.Y. Do Cedes-Opas ao planejaSUS: teoria e prática do planejamento em saúde no Brasil. O processo de descentralização e regionalização da saúde no estado de São Paulo. In: IBAÑEZ, N.; ELIAS, P. E. M.; SEIXAS, P. H. D. (Orgs). *Política e Gestão Pública em Saúde*. São Paulo: Hucitec, 2011. p. 261-284.

SCATENA, J.H.G.; TANAKA, O.Y. Os instrumentos normalizadores (NOB) no processo de descentralização da saúde. *Saúde e Sociedade*. v. 10 n. 2, São Paulo, 2001. p. 47-74.

SILVA, S.F. DOBASHI, B.F. Um novo Pacto no SUS. *Revista Divulgação em Saúde para Debate*. Série CO-NASEMS/CEBES. Rio de Janeiro. n. 34, p. 9-17, maio 2006.

VIANA A.L.D., MACHADO C. V. Proteção social em saúde: um balanço dos 20 anos do SUS. *Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 18 n. 4 : 645-684, 2008.

TESTA, M. *Pensamento estratégico e a lógica de programação: o caso da saúde*. São Paulo: Hucitec, 1995. p. 15 – 97.

Recebido para publicação em novembro de 2013

Versão final em janeiro de 2014

Conflito de interesses: inexistente

Supporte financeiro: não houve