

**MARIA MADALENA COLLA**

**O OLHAR DOS GESTORES  
SOBRE O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS):  
UM ESTUDO EXPLORATÓRIO NOS MUNICÍPIOS DE  
BAGÉ E DOM PEDRITO (RS)**

**PORTO ALEGRE, DEZEMBRO DE 2001**

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL  
ESCOLA DE ADMINISTRAÇÃO  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ADMINISTRAÇÃO  
CONVÊNIO UNIVERSIDADE DA REGIÃO DA CAMPANHA**

**O OLHAR DOS GESTORES SOBRE  
O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS):  
UM ESTUDO EXPLORATÓRIO NOS MUNICÍPIOS DE  
BAGÉ E DOM PEDRITO (RS).**

**MARIA MADALENA COLLA**

**ORIENTADORES: PROF. DR. RONALDO BORDIN**

**PROF. DR. ROBERTO COSTA FACHIN**

Dissertação de Mestrado, apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Administração da Universidade Federal do Rio Grande do Sul como requisito para a obtenção do título de Mestre em Administração.

**PORTO ALEGRE, DEZEMBRO DE 2001**

*"Não é fácil romper com a inércia e a tradição,  
mas tudo algum dia tem seu começo, e a  
partir de pequenas mudanças"  
(Carlos Matus, 1997).*

## **Dedico e Agradeço**

*Ao meu filho, **Tales Arthur**,  
Pela energia da vida, pelo ensinamento que amar  
também é dividir, pela paciência e carinho que  
carrega em seu ser, que soube respeitar  
minhas ausências e isolamento.*

*Ao **Amor de minha vida**,  
Pela sensibilidade e audácia, presteza  
e dedicação de "estar junto"  
materializando o nosso  
cotidiano e conduzindo  
o nosso amanhã.*

## AGRADECIMENTOS

A *Deus*, força máxima do Universo, em nossa fé repousa a base para a concretização de nossos sonhos, ideais e planos.

Aos *Docentes do Programa de Pós-Graduação em Administração (PPGA/UFRGS)*, que contribuíram para a expansão de minha percepção para um repensar em saúde.

À *Universidade da Região da Campanha – URCAMP-Bagé (RS)*, pelo crédito depositado, viabilizando esta capacitação.

À *Secretaria Municipal de Saúde e Meio Ambiente de Bagé (RS)*, à *Secretária Municipal de Saúde e Meio Ambiente de Dom Pedrito (RS)*, pela gentileza no fornecimento das informações solicitadas, e à *7ª Coordenaria Regional de Saúde (RS)*, na pessoa de *Lúcia Azambuja Saraiva Vieira*, um especial agradecimento pela contribuição e atenção dispensada.

Aos *Gestores Municipais de Saúde e Conselheiros Municipais de Saúde de Bagé e Dom Pedrito*, e *Gestores Regionais de Saúde*, atores sociais deste estudo, sem os quais não seria possível a realizá-lo;

Aos meus orientadores, *Prof. Dr. Roberto Costa Fachin* e, em especial, ao *Prof. Dr. Ronaldo Bordin*, por sua disponibilidade, compreensão e atenção, apoio e comentários, e pela valiosa paciência e incentivo, dizer obrigado torna-se muito pouco.

A *todos aqueles* que contribuíram, direta ou indiretamente, para a realização dessa dissertação, seja por gesto, olhar, palavra ou pensamento.

## RESUMO

Este estudo delimita a concepção dos gestores sobre os pressupostos e diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS), contextualizando-a no processo de estruturação deste Órgão nos municípios de Bagé e Dom Pedrito (RS). A partir de uma abordagem sobre a realidade da Região da Campanha (RS), que abrange a 7ª Coordenadoria Regional de Saúde (7ª CRS-RS), reflete sobre a importância do tema gestão para efetivar a saúde como uma prática social com um enfoque profissional. Neste sentido, identifica as concepções dos gestores dos SUS dos municípios de Bagé e de Dom Pedrito (RS) quanto aos pressupostos e diretrizes do SUS; caracteriza o processo de estruturação do SUS nestes municípios; enumera os elementos da prática administrativa, considerados restritores ou facilitadores pelos gestores no seu processo de estruturação, sistematiza as concepções futuras quanto ao processo de consolidação do SUS na região em estudo. O retorno de informações e reflexões, aqui delineadas, poderão subsidiar novos estudos, discussões e ações entre os atores sociais envolvidos no processo de efetivação do SUS, numa tentativa de uma aproximação mais adequada da realidade loco-regional com as políticas de saúde e políticas sociais.

## ABSTRACT

This study tries to uncover the managerial conception about the presuppositions and guidelines of the Brazilian Health Care System (Sistema Único de Saúde — SUS) as seen by managers of the health care system in the cities of Bagé and Dom Pedrito (State of Rio Grande do Sul). Based on a study about the reality of the Southern region of the state, which includes the seventh health care zone (7<sup>a</sup> CRS-RS), this project reflects on the importance of management to make health care a real social practice with a professional focus. Therefore, this study characterizes the construction process of SUS in these cities, lists the elements involved in the administrative practice which are considered by managers either to restrict or to facilitate the construction process, and systematizes the concepts regarding the future process of consolidation of SUS in the region under study. The feedback here presented may foster new studies, discussions and actions on the side of the social actors involved in the process of turning SUS into a more effective system by trying to bring appropriately health and social policies closer to regional reality.

# SUMÁRIO

<b>AGRADECIMENTOS</b> .....	5
<b>RESUMO</b> .....	6
<b>ABSTRACT</b> .....	7
<b>INTRODUÇÃO</b> .....	12
<b>1 OBJETIVOS</b> .....	17
1.1 Objetivo Geral.....	17
1.2 Objetivos Específicos.....	17
<b>2 CONTEXTUALIZAÇÃO DO TEMA</b> .....	19
2.1 A Concepção do Processo Saúde-Doença e Organização dos Serviços de Saúde: Uma Breve Revisão Histórica.....	19
2.2 A Saúde no Brasil Pós-1970.....	30
2.3 A Gerência na Saúde a partir do Sistema Único de Saúde.....	45
<b>3 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS</b> .....	58
3.1 Caracterização do estudo.....	58
3.2 População.....	60
3.2.1 O universo da pesquisa.....	60
3.2.2 Caracterização da 7 <sup>a</sup> CRS/RS.....	63
3.3 Instrumento de Pesquisa.....	68
3.4 Análise dos Dados.....	71
<b>4 DISCUSSÃO E RESULTADOS</b> .....	74
4.1 Contextualização Histórica.....	74
4.1.1 Processo de conformação da proposta do SUS.....	74
4.1.2 Definição do SUS.....	77
4.1.3 Percepção do SUS.....	80
4.2 Estruturação.....	85

4.2.1 Estruturação do SUS na microrregião (7ª CRS) – Região da Campanha (RS) .....	86
4.2.2 Estruturação do SUS na instância municipal – municípios de Bagé e Dom Pedrito (RS).....	93
4.2.3 Processo de consolidação do SUS.....	100
4.2.3.1 <u>Primeiro marco explicativo: a questão do controle social</u> .....	102
4.2.3.2 <u>Segundo marco explicativo: a questão dos recursos humanos</u> .....	110
4.2.3.3 <u>Terceiro marco explicativo: a questão do financiamento</u> .....	116
4.2.3.4 <u>Quarto marco explicativo: a questão da gestão</u> .....	120
4.3 Contextualização Futura.....	143
4.3.1 Primeiro cenário: o futuro do SUS.....	143
4.3.2 Segundo cenário: fatores pendentes à efetivação do SUS.....	146
<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS</b> .....	151
<b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS</b> .....	161
<b>ANEXOS</b> .....	170
<b>ANEXO A – MAPA DO RS – SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE DO RS – 19 COORDENADORIAS REGIONAIS DE SAÚDE DO RS</b> .....	184
<b>ANEXO B – MAPA DO RIO GRANDE DO SUL (RS) – 7ª COORDENADORIA REGIONAL DE SAÚDE (CRS)</b> .....	186
<b>ANEXO C – MAPA DO RIO GRANDE DO SUL (RS) – 7ª COORDENADORIA REGIONAL DE SAÚDE (CRS), ATUALIZADA A PARTIR DE 01.01.2001</b> .....	188
<b>ANEXO D – ROTEIRO PARA ENTREVISTA SEMI-ESTRUTURADA</b> .....	190
<b>ANEXO E – ORGANOGRAMA DA 7ª COORDENADORIA REGIONAL DE SAÚDE (RS)</b> .....	193

## LISTA DE SIGLAS

<b>ABRAMGE</b>	Associação Brasileira de Medicina de Grupo
<b>ABRASCO</b>	Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva
<b>AIDS</b>	Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
<b>AIH</b>	Autorização de Internação Hospitalar
<b>AIS</b>	Ações Integradas de Saúde
<b>CEBES</b>	Centro Brasileiro de Estudos da Saúde
<b>CES</b>	Conselho Estadual de Saúde
<b>CFB</b>	Constituição Federal Brasileira
<b>CIB</b>	Comissão Intergestores Bipartite
<b>CIEFAS</b>	Comitê de Integração de Entidades Fechadas de Assistência à Saúde
<b>CMS</b>	Conselho Municipal de Saúde
<b>CNS</b>	Conselho Nacional de Saúde
<b>CONASP</b>	Conselho Consultivo de Administração de Saúde Previdenciário
<b>CONASS</b>	Conselho Nacional de Secretários de Saúde
<b>CONASEMS</b>	Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde
<b>CRS</b>	Coordenadoria Regional de Saúde
<b>DP</b>	Dom Pedrito
<b>EPS's</b>	Entidades promotoras de Saúde
<b>ESSE's</b>	Empresas Sociais do Estado
<b>FBH</b>	Federação Brasileira dos Hospitais
<b>FNS</b>	Fundo Nacional de Saúde
<b>GSP</b>	Gestão Semiplena
<b>IBGE</b>	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
<b>INAMPS</b>	Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social
<b>IPS's</b>	Instituições Prestadoras de Serviços
<b>LOS</b>	Lei Orgânica da Saúde
<b>MI</b>	Mortalidade Infantil

<b>MS</b>	Ministério da Saúde
<b>NOAS</b>	Norma Operacional Básica de Saúde
<b>NOB</b>	Norma Operacional Básica
<b>OPAS</b>	Organização Pan-americana de Saúde
<b>OMS</b>	Organização Mundial de Saúde
<b>PAB</b>	Plano Assistencial Básico
<b>PAB (Canadá)</b>	Plano de Atenção Básica
<b>PACS</b>	Programa de Agentes Comunitários de Saúde
<b>PAM'S</b>	Posto de Assistência Médica
<b>PIB</b>	Produto Interno Bruto
<b>POS</b>	Plano Obrigatório de Saúde
<b>PREV-SAÚDE</b>	Programa Nacional de Serviços Básicos de Saúde
<b>PS</b>	Pronto Socorro
<b>PSF</b>	Programa de Saúde da Família
<b>RS</b>	Rio Grande do Sul
<b>SAS</b>	Secretaria de Assistência à Saúde
<b>SES</b>	Secretaria Estadual de Saúde
<b>SESB/PR</b>	Secretaria de Saúde e Bem Estar Social do Paraná
<b>SILOS</b>	Sistemas Locais de Saúde
<b>SINERGISUL</b>	Sindicato de Energia do Rio Grande do Sul
<b>SMS</b>	Secretaria Municipal de Saúde
<b>SSMA/RS</b>	Secretaria de Saúde e Meio Ambiente do Estado do RS
<b>SUS</b>	Sistema Único de Saúde
<b>SUDS</b>	Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde
<b>UFPel</b>	Universidade Federal de Pelotas
<b>UNICEF</b>	Fundo das Nações Unidas para a Infância
<b>Un.</b>	Unidade
<b>URCAMP</b>	Universidade da Região da Campanha

# INTRODUÇÃO

Torna-se necessário, neste momento, dizer que o objetivo de realizar este Mestrado em Administração e, principalmente, da escolha do tema para a dissertação, foi o de buscar caminhos diferentes para observar e analisar melhor a questão da saúde de maneira a poder aplicar os resultados como elemento qualificador no exercício de minha profissão como trabalhadora de saúde, pois acredito que não basta apenas saber quais cuidados terapêuticos devem ser adotados para determinado problema de saúde. É preciso muito mais, é necessário encontrar *nexos causais* para gerar mudanças de comportamento profissional e social.

A questão saúde no Brasil, nas duas últimas décadas, passa por um processo contínuo de mudanças em função das transformações que vêm ocorrendo nas dimensões econômica, social, cultural, demográfica, política e tecnológica. A operacionalização prioritária deste processo consta na Constituição Federal Brasileira (CFB)/88, que preconizou, para a saúde brasileira, um modelo de atenção à saúde materializado via Sistema Único de Saúde (SUS) e determinou a sua estrutura de forma democrática, descentralizada, hierarquizada e regionalizada, com atendimento integral e participação da comunidade. O processo de implementação do SUS definiu que a estruturação dos serviços e das ações de saúde deve ocorrer

através da municipalização, a fim de fortalecer as diretrizes e princípios deste sistema, melhorando as condições de saúde do cidadão brasileiro.

CECÍLIO, MERHY e MINAYO *et al.* relatam que, *“nos últimos anos, diversos municípios já conseguiram alterar sensivelmente suas situações de saúde, obtendo respostas positivas tanto da população quanto dos serviços de saúde”* (CECÍLIO, 1994; MERHY, 1994; MINAYO *et al.*, 1990 apud TANAKA, 1999: 220). Outros registros surgiram apresentando informações sobre o processo de municipalização, como os relatórios da *VIII Conferência Nacional de Saúde* (1992), *IX Conferência Nacional de Saúde* (1994) e *X Conferência Nacional de Saúde* (1996). MISOCZKY e FERREIRA (1997) ressaltam que questões como dimensões sócio-geográfica-político-financeiras denotam pontos relevantes para a efetivação de melhorias na assistência à saúde do brasileiro.

Muitos estudos têm sido realizados para compreender e indicar caminhos alternativos para que o SUS se concretize, realmente, como um sistema de saúde. Entretanto, MENDES (1999), MERHY (1996) e TANAKA (1999), ao apresentarem uma proposta para melhorar ou *"sair da crise"* na qual se encontra a saúde brasileira, indicam pontos relevantes para a análise de um sistema de saúde, a saber:

- a) o modelo sanitário, ainda, dominante é o assistencial; o ser humano (doente) é percebido na sua unidade individual (psicobiológica), relegando, ou até mesmo desconsiderando, a sua unidade social (sócio-econômico-político-cultural);
- b) a categoria epidemiológica ainda é compreendida sob os *“olhos”* da estatística, tornando-se de maior relevância, como indicadores de saúde, os

dados que denotam o número de doenças, o número de óbitos que ocorreram;

- c) a tecnologia em saúde expressa-se somente como um instrumento (equipamentos) e, sob este enfoque, grande parte dos recursos financeiros destinados à saúde é investida em alta tecnologia, mas o número de casos que necessitam dessa tecnologia é bem menor do que aqueles que não os requerem;
- d) a principal responsabilidade da comunidade, como elemento participante no processo de municipalização via representatividade no Conselho Municipal de Saúde, se restringe ao controle dos recursos financeiros;
- e) a responsabilidade dos gestores dos órgãos municipal e estadual engloba a administração e a gerência (modelo técnico e racional) como atos isolados de decidir, dirigir e comandar;
- f) a formação dos gestores locais tem sido foco de análise e objeto de investimento, em função da necessidade de informação e formação em conhecimentos e alternativas de organização e gestão dos serviços e modelos assistenciais, tecnologias e definição de prioridades, para aplicar modelos diversos de organização da atenção, com articulações complexas entre os setores e áreas;
- g) as principais características das atividades dos gestores municipais baseiam-se no poder técnico e político.

MENDES considera que a "*crise da saúde*" tem dois determinantes: o externo, "*reflexo da crise do Estado brasileiro*", e o interno, "*que tem raiz na incoerência entre*

*os métodos e estruturas do SUS vigentes em seus gestores (Ministério da Saúde, Secretaria Estadual e Municipal de Saúde) e o novo objeto instituído", considerando que o objeto proposto envolve "valorização da construção da cidadania na saúde e a mudança no paradigma da prática sanitária" (MENDES, 1999:106).*

Observa-se que discussões nas instâncias colegiadas, relatórios de saúde e estudos analíticos ficam centrados em temas estruturais dos sistemas e serviços de saúde, como indicam DUSSAULT (1992), MENDES (1982 e 1999), CECÍLIO (1994), MERHY (1994) e MINAYO (1990) CAMPOS (1992), FLEURY (1997) e VECINA NETO (1990), que trazem para a pauta de discussão várias questões, como a gestão dos serviços, compreendendo como um ponto indicativo para analisar o SUS visto que este não se encontra efetivamente consolidado, conforme a proposição inicial em virtude, principalmente, da falta de critérios normatizadores para a organização do sistema.

Neste contexto, surge a necessidade de aprofundar, criticamente, a visão da realidade do SUS na Região da Campanha (RS) na tentativa de despertar uma reflexão e uma conscientização coletiva sobre a importância que o tema gestão tem para efetivar a saúde como uma política de saúde e social.

Este estudo propõe, portanto, ampliar os conhecimentos, conhecer a realidade e ver como está se processando a inter-relação das questões norteadoras da operacionalização do sistema de saúde, centrando-se na seguinte questão para investigação: qual a concepção dos gestores sobre os pressupostos e as diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS) quanto ao processo de estruturação deste nos municípios de Bagé e Dom Pedrito (RS)?

Assim, procurando alcançar os seus objetivos de responder a este questionamento, o trabalho apresenta, em sua estrutura, no capítulo 1, os objetivos, geral e específicos.

No segundo capítulo, uma breve revisão histórica do processo saúde e a da organização dos serviços de saúde, a saúde no Brasil pós-1970 e a questão da gerência na saúde a partir do SUS, embasada no arcabouço jurídico do SUS e em estudos de MINTZBERG (1995), DUSSAULT (1992), MATUS (1996), MOTTA (1999), MENDES (1999), dentre outros autores.

No capítulo seguinte, apresentam-se os procedimentos metodológicos – caracterização do estudo e universo da população (gestores municipais e estaduais e conselheiros municipais de saúde); coleta de dados, realizada através de entrevista; a análise dos dados por categoria.

No quarto capítulo, os dados coletados são discutidos e analisados com os atores sociais, que se delimitou como sendo os gestores de saúde, o coordenador regional, os secretários municipais e os conselheiros municipais de saúde do SUS, nos municípios de Bagé e Dom Pedrito, no que diz respeito a percepções sobre o contexto histórico, estruturação e consolidação e perspectivas do SUS, respaldadas no referencial construído.

No último capítulo, tecem-se considerações finais sobre os resultados obtidos, sugerem-se recomendações aos atores sociais do SUS e delineiam-se pontos relevantes para outros estudos.

# **1 OBJETIVOS**

## **1.1 Objetivo Geral**

Delimitar a concepção dos gestores sobre os pressupostos e diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS), contextualizando-a no processo de estruturação deste Órgão nos municípios de Bagé e Dom Pedrito (RS).

## **1.2 Objetivos Específicos**

- Identificar as concepções dos gestores dos SUS dos municípios de Bagé e de Dom Pedrito (RS) quanto aos pressupostos e diretrizes do SUS;
- Caracterizar o processo de estruturação do SUS aos municípios de Bagé e Dom Pedrito (RS), contextualizando-os à realidade da 7ª Coordenadoria Regional de Saúde/RS (7ª CRS/RS);

- Enumerar os elementos da prática administrativa, considerados restritores ou facilitadores pelos gestores no processo de estruturação do SUS nos municípios de Bagé e de Dom Pedrito (RS);
- Sistematizar as concepções futuras quanto ao processo de consolidação do SUS na região em estudo.

## 2 CONTEXTUALIZAÇÃO DO TEMA

### 2.1 A Concepção do Processo Saúde-Doença e Organização dos Serviços de Saúde: Uma Breve Revisão Histórica

Historicamente, existe uma vinculação entre as teorias explicativas do processo saúde-doença e a estruturação dos sistemas de saúde. Tomemos como exemplo a análise realizada por MENDES (1982), com referências em FOUCAULT (1977), que reconstituiu a formação da medicina social através de três etapas (ou “sistemas de saúde”), contextualizando-as ao “paradigmas antecedentes da medicina científica”:

- a) na Alemanha, nos séculos XVII e XVIII, emergiu a concepção de “polícia médica”, voltada a ações na esfera de saúde do bem-estar, entendido como segurança, prosperidade, moral e saúde pública. Esta forma de atuação “*não teve como finalidade a reprodução da força de trabalho ou a socialização do corpo, mas a criação objetiva para consolidação do poder de um Estado normatizador e higienizador, capaz de fazer frente a seus conflitos econômicos e sociais de um modo autoritário e paternalista*” (MENDES, 1982: 21). Desta forma, a saúde era um dever do Estado, mas não necessariamente um direito do cidadão. Mesmo assim, conseguiu garantir a presença suficiente de profissionais de saúde e criar

uma legislação eficiente na área de saúde pública, sendo um dos berços das propostas de sistemas de saúde estatais, de acesso universal e gratuito;

- b) na França, neste mesmo período, estruturou-se outro enfoque de interpretação do processo saúde-doença, voltado à integração dos pobres na esfera produtiva e baseando-se na unificação dos espaços políticos e geográficos urbanos. Neste cenário, *“a cidade é causa de doenças devido à desordem – intrinsecamente médica e social – que a caracteriza e ao projeto de prevenção constante contra o meio, considerado hostil à saúde de seus habitantes”* (MENDES, 1982: 22). Nesta concepção, as práticas de saúde voltavam-se às condições ambientais da cidade, e o sistema de atenção à saúde era dicotômico, com práticas de caráter privado aos setores abastados, e assistenciais de caráter religioso-caritativo aos demais habitantes da cidade, ou seja, a maioria;
- c) no século XIX, o sanitarismo inglês apresentava como objetivo *“o controle da saúde e do corpo das classes mais pobres com a finalidade de reprodução da força de trabalho e do controle sanitário e social”* (MENDES, 1982: 22). Neste momento, acreditava-se que existia uma relação direta entre o indivíduo e o agente causador de determinada doença, sendo excluídos os determinantes sociais. Como consequência, através do registro das primeiras leis para a Saúde Pública, de reivindicações do movimento sanitário, estruturou-se um esquema de saúde com três sistemas médicos superpostos e coexistentes: *“uma medicina assistencial dedicada aos pobres, uma medicina administrativa encarregada de problemas gerais, como a vacinação, epidemias, etc., e uma medicina privada que beneficiava quem tinha meios para pagá-la, tornando-se referência líder para a saúde pública mundial”* (MENDES, 1982: 25).

O final desta época foi marcado pela participação, no poder, de filósofos em busca de um saber mais operativo e técnico, dando início à produção de conhecimentos científicos, bem como à sua difusão, valorizando o campo da ciência, que levou ao desenvolvimento do sistema de saúde médico-científico. Observa-se, assim, uma redução progressiva da compreensão dos determinantes do processo saúde-doença, da estrutura da sociedade para a arquitetura urbana, tencionando uma relação direta do agente causador com o indivíduo.

O paradigma da medicina científica surgiu no período capitalista monopolista, cujo processo de industrialização estava levando à *“deterioração das condições de vida e de trabalho do proletariado urbano”*, necessitando uma organização no trabalho e na sociedade. Paralelamente, a medicina acompanhou a evolução industrial, cada vez mais científica, *“em busca do desenvolvimento da proteção e da restauração do corpo do ser humano quando doente, para que este retorne a ser força de trabalho”*, na chamada Era Progressista ou Estado Moderno. O paradigma da medicina científica *“insere a visão da assistência médica como um sistema de saúde voltada para atender o indivíduo e não o coletivo, através do controle cooptativo (desenvolvendo a dependência do doente por meio da gerência médica através da medicalização) e do controle disciplinar (incentivando o doente a voltar a ser produtivo)”* (MENDES, 1982: 19-28).

A institucionalização deste processo foi fundamentada no *Relatório Flexner* (1910), citado por MENDES (1982) e BREILH (1991), que preconizava e orientava a prática médica através de elementos estruturados, coexistentes e potencializadores: o mecanismo (corpo visto como uma máquina), o biologismo (reconhecimento da história natural da doença), o individualismo, a especialização, a técnica e o curativismo. Dessa maneira, esse paradigma consolidava a medicina como ciência,

com enfoque alopático, urbano e hospitalar, através da hierarquização da formação médica (universidades), da corporação médica associada ao capitalismo vigente, procedendo a seu desenvolvimento nos conhecimentos produzidos por meio de pesquisas e na formalização acentuada desse sistema, corroborando o conceito de saúde como a ausência de doença.

A operacionalização deste paradigma conduziu a um sistema de saúde baseado no incremento dos avanços industriais e na inovação tecnológica da saúde (MENDES, 1982), gerando um processo de medicalização com a introdução de quimioterápicos, como referencia FOUCAULT (1977), além de técnicas avançadas para o diagnóstico de doenças, que necessitam de grandes investimentos financeiros, de especialização dos recursos e de uma organização com enfoque burocrático, centralizador, hierárquico, mantendo a divisão do trabalho em tarefas. Tal fato desencadeou um acesso desigual aos serviços de saúde, aumentando a incidência de doenças ocupacionais e ambientais (poluição), expressadas pelas diferenças de classes sociais.

Este contexto constituiu o período de crise da medicina científica, concentrado na década de 50 e 60, que propiciou um novo espaço para emergir o *“paradigma da medicina comunitária, enfocando um sistema de saúde voltado para a construção social através de uma nova prática sanitária, de vigilância da saúde”* (MENDES, 1999: 243).

BREILH (1991) sistematizou as concepções do processo saúde-doença segundo modelos epidemiológicos, focalizados nas tendências da prática médica oficial – polícia médica, medicina científica, medicina comunitária e epidemiologia hegemônica. Em seus estudos, destaca a evolução do pensamento epidemiológico

como o do contagionista FRANCK: “... a idéia de que a saúde pública é de responsabilidade do Estado...”; de NEWMAN, LEUBUSCHER e VIRCHOW, “... saúde do povo é um assunto que concerne à sociedade como um todo e que as condições econômicas e sociais têm um importante efeito sobre a saúde e a doença, sustentando essas relações...”; de ESPEJO, que argumentou a necessidade do “entrelaçamento da economia, da política e da medicina para um modelo epidemiológico”; que vêm permear a tendência atual da prática epidemiológica hegemônica, na qual BREILH sustenta como um novo debate para a concepção do processo saúde-doença a fim de “construir uma alternativa para a realidade da práxis da saúde” (BREILH, 1991: 129-131) e, assim, tornar operacional o sistema de saúde, sustentando um melhor estado de bem-estar do ser humano.

Ao longo do tempo, várias correntes e modelos emergiram no campo do saber da doença e da saúde, associando-se aos fenômenos históricos e sociais de cada época. Considera-se, então, o processo saúde-doença como um *continuum* na sua prática devido à diversidade, à complexidade e à interação que apresentam, sendo classificados de formas distintas, conforme a visão ou a leitura de alguns estudiosos. LAURELL propõe que

*“é necessário encarar a unidade deste processo e o seu caráter duplo (biológico e social), para que se possibilite a análise e formulação de teorias e categorias com abordagem científica (clínica e epidemiológica) (...) e, para assumir um significado pleno, é preciso articular com a apropriação que o homem faz da natureza em um dado momento, através do desenvolvimento das forças produtivas e das relações sociais de produção”.* (LAURELL apud NUNES, 1992: 155-157)

MENDES (1999) apresenta a organização dos serviços de saúde através das reformas do setor como um movimento universal, destacando alguns destes sistemas segundo os seus modelos:

a) Reformas Sanitárias na Europa, que organizaram estes sistemas segundo quatro modelos básicos, a saber:

- *modelo Beveridge ou Sistema Nacional de Saúde*: datado de 1942, apresenta, como características, financiamento público por meio de impostos, controle parlamentar, universalidade de acesso, gestão pública, provisão por *mix* público/privado;

- *modelo Bismark ou Sistema de Seguridade Social*: inspirado na legislação alemã de 1883, é caracterizado, via financiamento, por quotas obrigatórias (pagas pelos empresários e trabalhadores), via gestão dos recursos financeiros, através de fundos públicos e por contratação de prestadores pelos fundos públicos por meio de orçamento global ou pagamento por atos médico. As relações contratuais são fixadas por negociações bilaterais;

- *modelo Semashko ou Sistema Centralizado*: nos anos 20, caracteriza-se por financiamento estatal, controle governamental mediante planejamento centralizado, universalidade de acesso, prestação por entes estatais e ausência de atividade privada;

- *modelo Seguro Social*: caracteriza-se pela compra de serviços de saúde por indivíduos, famílias ou empresas por financiamento

individual/coletivo e pela prestação privada dos serviços com objetivo de lucro.

Os movimentos de reforma sanitária europeia contemporânea resultam da crise do Estado de Bem-Estar, de pressões externas da crise fiscal do Estado e, internamente, da ação solidária por cortes de gastos no setor saúde. Em maior ou menor grau, apresenta-se uma proposta da competição administrativa (mesmo não sendo consensual) e de compatibilização de mecanismos de mercado com regulação estatal, elementos entendidos como fundamentais à estruturação de um sistema de saúde eficiente e eqüitativo.

Nessa proposta contemporânea da Europa, surge o administrador da competição, criando-se a noção de *agência*. MENDES (1999) destaca três casos paradigmáticos:

- a proposta de mercado interno no Reino Unido, que induz ao ambiente competitivo, centrado na separação do financiamento da provisão dos serviços;
- o modelo sueco da competição pública, que introduz mecanismos competitivos restritos a entes estatais;
- a reforma holandesa, que integra os serviços sociais e de saúde e estabelece a competição administrativa (as seguradoras competem entre si) nos serviços de saúde pela intervenção estatal.

SALTMAN (OMS, 1993 apud MENDES 1999), aponta dois cenários para as reformas sanitárias europeias. O primeiro, no qual todo o financiamento e grande

parte da prestação de serviços permanecem como funções públicas, e, o segundo, com uma fragmentação no financiamento e na prestação dos serviços.

b) Reforma do Sistema de Saúde e de Serviços Sociais do Québec – Canadá,

que é um exemplo de processo democrático, de uma reforma centrada no cidadão e fundamentada em cinco princípios que alicerçam o sistema de saúde: universalidade, integralidade, acessibilidade, gestão pública e possibilidade de direito de atenção em todo o território. Movimentos internos no sistema de saúde e de serviços sociais voltaram a priorizar o nível de saúde em detrimento da atenção médica, ênfase em resultados e impactos, nas políticas de saúde (e não nas políticas de doença), foco na descentralização e na parceria de consumidores e prestadores de serviços, entre outras. Isto levou a reforma quebequense a priorizar os objetivos, colocando o cidadão no centro do sistema; a gerencia do sistema, voltada para soluções de problemas de saúde e bem-estar; a descentralização de responsabilidades e funções nos níveis regional e local; a valorização da contribuição de outros setores que tenham impacto na saúde e bem-estar; o uso eficiente do dinheiro e valorização dos recursos investidos na saúde;

c) Proposta para Região da América Latina e Caribe, que é denominada Saúde

na Transformação Produtiva com Eqüidade (STPE), baseando-se em três valores fundamentais: qualidade, produtividade e eqüidade. Apresenta, como principais características para a organização dos sistemas e serviços de saúde, ampliação de cobertura dos serviços, reformulação dos modelos

assistenciais e oferta de cestas básicas de atenção com reconhecimento das diferenças epidemiológicas, focalizando as ações de saúde nos grupos vulneráveis, na reestruturação dos hospitais públicos como empresas sociais, na implantação de programas de controle de qualidade, na adequação dos recursos humanos técnicos e gerenciais, na descentralização dos papéis dos governos, na diminuição de prestação de serviços dos Ministérios da Saúde, na participação social, na indução à autonomia com responsabilidade, no incremento do financiamento privado, dentre outros;

- d) Reforma da Colômbia, que centra seus princípios na equidade, na obrigatoriedade, na proteção integral, na livre escolha, na autonomia das instituições, na descentralização administrativa, na participação social da concertação e da qualidade através da seguridade social a todos os colombianos. O sistema de saúde passa a ser financiado pelo Estado e a administração da competição entre os prestadores e sua regulamentação é feita pelo Ministério da Saúde. Destaca-se a criação do Plano Obrigatório de Saúde (POS), o Plano de Atenção Básica (PAB) e as Instituições Prestadoras de Serviços (IPS's), oferta de planos complementares através de Entidades Promotoras de Saúde (EPS's), transformação de hospitais públicos em Empresas Sociais do Estado (ESSE's). Esta reforma colombiana é citada como uma perspectiva, reflexa ou tardia, de se transformar em laboratório para a América Latina. Entretanto, é considerada como ousada e cheia de incertezas atuais e futuras por apresentar uma complexa reengenharia institucional e social.

MENDES (1999) diz que estas experiências internacionais no setor saúde servem de referência para o movimento da Reforma Sanitária Brasileira, que surge no processo de redemocratização do Brasil. O autor, em sua análise, apresenta uma diferenciação dessas reformas, considerando cinco aspectos:

- a) aspecto de processo: reformas processuais – derivam de um diagnóstico da crise a ser superada e buscam proposições, sendo resultantes de amplo movimento de discussão e depois legalizadas, caracterizadas nas matrizes européia e canadense; reformas discretas – têm base no diagnóstico da crise, mas estão centradas na supervalorização do pólo tecnocrático, ou do pólo corporativo, com pouca base social, com racionalidade do ponto de vista econômico, caracterizadas na matriz colombiana;
- b) objeto: valorização da construção da cidadania na saúde e da mudança no paradigma da prática sanitária, dedicando-se à racionalidade econômica e aos mecanismos de controle social do sistema (matriz canadense), centra-se na visão racionalista em busca da eficiência do sistema através de estratégias para a crise do financiamento (matrizes européias e latino-americana);
- c) conteúdo: matrizes européia, latino-americana e caribenha, que se fundamentam nos elementos de qualidade, de resultados, de equidade e de racionalização (introduzindo princípios de mercado e estratégias de contenção de custos), e a matriz canadense, que focaliza suas orientações no respeito aos direitos dos cidadãos, na descentralização radical, na promoção da saúde, na prevenção das doenças, na intersectorialidade e na racionalização do sistema;

- d) sentido: a determinação do sentido das reformas é definida pelo jogo político, que pode ser reforma centrífuga, na qual o movimento ocorre de cima para baixo, implantado nacionalmente, em destaque na matriz europeia contemporânea; e reforma centrípeta, na qual o movimento se origina de baixo para cima, através de conjuntos de reformas microeconômicas;
- e) inspiração: racionalizadora, que surge por meio da crise fiscal dos Estados com valorização do elemento eficiência do sistema, presente nas matrizes europeias contemporâneas; a de inspiração político-ideológica, que acompanha as grandes transformações da sociedade, fixando-se em princípios e não em bases materiais; o processo de redemocratização do país.

Em síntese, é possível vislumbrar diferentes momentos do processo saúde-doença através do exercício diário e contínuo, que transmuta, muito lentamente, entre o dualismo de conhecimentos empíricos e científicos, a ciência e a arte, a história e atualidade, a formalidade (técnica) e a informalidade (toque, aproximação), a técnica simplificada e a tecnologia, o individual e o coletivo, o sócio-cultural e o político-econômico, o administrativo formal e informal.

Tanto MENDES (1982 e 1999), quanto BREILH (1991), ao descreverem o processo saúde-doença, tornam compreensíveis diferentes sistemas de saúde, estruturados e legitimados pelo efeito determinante e dominante das mudanças circunstanciais e articuladas ao contexto histórico, social, científico e político. Sob este aspecto, pode-se dizer que o desempenho administrativo dos sistemas de saúde acompanhava as tendências político-organizacionais de cada época.

## 2.2 A Saúde no Brasil Pós-1970

As discussões, no Brasil, acompanhavam, em caráter de dependência, a evolução dos paradigmas dos países desenvolvidos, considerados como referenciais, tais como Inglaterra, Alemanha, França e Estados Unidos.

É interessante observar que:

*“a evolução dos modelos de atenção à saúde no Brasil, prévios a década de 80, encontra-se bem documentada, sob seus mais diversos enfoques, em autores como Luz (1979), Braga & Paula (1981), Cordeiro (1984) e Oliveira & Teixeira (1985). A própria história da recente política de saúde definida como pós-1964 já encontra tentativas de sistematização, salientando-se a proposta de Oliveira (1988), que a divide em três períodos: do Golpe Militar de 1964 a meados dos anos 70; a crise político-financeira do início dos anos 80; e da 8ª Conferência Nacional de Saúde aos dias de hoje”.* (BORDIN, 1999: 17).

Há uma outra sistematização sobre a intervenção do Estado na área da saúde, apresentada por VIANA (1985), que caracterizou estes períodos segundo quatro modelos: o período pré-Constituição de 1988, incorporando os subperíodos da centralização (1974/82) e da transição (1983/87), e o período pós-Constituição de 1988, composto pelos subperíodos da descentralização (1988/90) e da descentralização tutelada (1991/92).

Para fins deste estudo, descrever-se-á o contexto da situação da saúde brasileira a partir da década de 80, fundamentado nos relatórios das Conferências

Nacionais de Saúde, na CFB/88, em leis complementares e publicações que enfocam esta área temática.

Nos anos 80, as medidas econômicas de caráter recessivo, a crise das políticas sociais e a deterioração das condições de vida e de saúde da população configuraram uma disparidade entre o quadro sanitário e o estágio econômico atingido pelo país, além de se tornarem fatores determinantes às dificuldades estruturais e financeiras da Previdência Social, sistema vigente até então, mantido pelo Ministério da Saúde (MS). MENDES diz que *"esta crise refletiu em três vertentes principais: a crise ideológica, que culminou no Plano de Programa Nacional de Serviços Básicos de Saúde (PREV-SAÚDE); a crise financeira; e a crise político-institucional, no âmbito do Conselho Consultivo de Administração Previdenciária (CONASP)"* (MENDES, 1999: 61).

A VII Conferência Nacional de Saúde, ocorrida em 1980, indicou como saída para a saúde do país o PREV-SAÚDE, apontando para a universalidade da atenção primária, a articulação interministerial e a integração das secretarias municipais de saúde. COELHO, WESSTRUPP & VERDI indicam que este programa *"foi inviabilizado pelas mudanças substanciais ocorridas em sua prática, pela intervenção de setores empresariais como a Federação Brasileira dos Hospitais (FBH) e a Associação Brasileira de Medicina de Grupo (Abramge)"*. (COELHO, WESSTRUPP & VERDI, 1997).

A defesa por melhores condições de vida da população brasileira terminou por envolver um determinado grupo de profissionais, originando o *"movimento sanitário"*, acompanhado, paralelamente, por encontros de instituições como o Centro Brasileiro de Estudos da Saúde (CEBES), a Associação Brasileira de Pós-Graduação em

Saúde Coletiva (ABRASCO) e a Secretaria de Saúde e Bem Estar Social do Paraná (SESB).

O Relatório Final da Reunião de Trabalho sobre Ações Integradas de Saúde (ABRASCO/CEBES/SESB, 1984: 23-24) indica que o governo criou, em 1981, o CONASP, que se consolidou um ano após, com a finalidade de reconduzir a assistência previdenciária, prevendo a diminuição de gastos por meio de medidas racionalizadoras, como o modelo de pagamento de contas hospitalares – Sistema de Assistência Médico-Hospitalar da Previdência Social (AIH), a reorganização do serviço ambulatorial (PAM's), hierarquizando-os através do credenciamento no Instituto Nacional da Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS); incentivo ao uso da rede pública e serviços básicos de saúde; e valorização do quadro próprio de recursos humanos. Este mesmo grupo aponta que as Ações Integradas de Saúde (AIS) visavam ao fortalecimento da rede básica ambulatorial, à articulação institucional com serviços municipais, à contratação de recursos humanos e à revisão do papel dos serviços privados, surgidos em 1983. Porém, somente em 1985, as AISs tornam-se uma política oficial do governo.

O Grupo de Trabalho Parlamentar Saúde – PMDB – (ABRASCO/CEBES/SESB, 1985), reunido para apresentar propostas para o setor saúde na Nova República, diz que algumas das dificuldades que a população enfrentava em relação à situação da prestação de serviços de saúde eram:

*"– disponibilidade insuficiente dos serviços, em especial os de nível ambulatorial, na zona rural e nas regiões mais pobres;*

*"– dificuldade de acesso e uso dos serviços, pela distância, horário, filas, falta de informações;*

*"– baixo poder resolutivo dos atendimentos, falta de compromisso dos profissionais da saúde;*

"– excesso de burocracia para obtenção dos serviços;  
 "– dificuldade de realização dos exames nos locais de atendimento;  
 "– grande insuficiência e irregularidade na distribuição dos medicamentos;  
 "– escassa disponibilidade de serviços de emergência;  
 "– inexistência de sistema de comunicação social sobre os serviços de saúde;  
 "– ausência de canais e mecanismos de controle dos serviços pela população". (ABRASCO/CEBES/SESB, 1985)

Esses debates desencadearam as pré-conferências estaduais de saúde que subsidiaram o debate nacional, a *VIII Conferência Nacional de Saúde* (1986), com o tema "*Reorganização da Saúde*", fundamentado em três questões cruciais: "*saúde como dever do Estado e direito do cidadão*", "*reformulação do Sistema Nacional de Saúde*" e "*financiamento setorial*". A plenária era composta por 3.000 delegados, representantes de instituições da área da saúde (públicas, privadas e não-governamentais), com participação da sociedade civil organizada. O relatório final, resultado de um processo político e democrático, tornou-se referência para a Constituinte na questão saúde. Era consenso a conceituação de saúde e seus determinantes, como um direito de cidadania e dever do Estado e a necessidade de criação do Sistema Único de Saúde, entre outras.

Em 1987, a fim de reduzir o controle central do INAMPS, surgiu o Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS), "*tentando integrar várias instituições e buscar uma saúde mais livre da burocracia e do centralismo. Contudo, não conseguiu alterar o modelo assistencial à saúde vigente, permanecendo centrado nos Estados*" (VIEIRA, 1998: 15).

A situação brasileira, política, econômica e social, no final da década de 80, culminou em uma reorganização institucional, materializada na Constituição Federal Brasileira (CFB), promulgada em 1988. A concepção, norteadora do movimento

sanitário em prol da saúde, culminou na VIII Conferência Nacional de Saúde e foi contemplada na Constituinte, no Art. 196:

*"Saúde como um direito de todos e um dever do Estado, garantido através de políticas sociais e econômicas, visando a redução do risco de doença e outros agravos e, ao acesso universal e igualitário a todas os serviços e ações para a promoção, proteção e recuperação da saúde dos indivíduos". (CFB, 1988: Art. 196)*

Assim, foi instituído o SUS a fim de assumir as atribuições definidas na CFB/88 como:

*"Art. 198 – As ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único, organizado de acordo com as seguintes diretrizes:*

- I – descentralização, com direção única em cada esfera de governo;*
- II – atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais;*
- III – participação da comunidade". (CFB, 1988)*

O SUS foi constituído e regulamentado, em 1990, na Lei Orgânica da Saúde nº 8080, indicando caminhos e viabilizando os mecanismos de consecução da Constituinte, quais sejam:

*"Art. 7º – As ações e serviços públicos de saúde e os serviços privados contratados ou conveniados que integram o Sistema Único de Saúde – SUS são desenvolvidos de acordo com as diretrizes previstas no Art. 198 da Constituição Federal, obedecendo ainda aos seguintes princípios:*

- I - Universalidade de acesso aos serviços de saúde em todos os níveis de assistência;*
- II - Integralidade de assistência, entendida como um conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema;*

- III - *Preservação da autonomia das pessoas na defesa de sua integridade física e moral;*
- IV - *Igualdade da assistência à saúde, sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie;*
- V - *Direito à informação, às pessoas assistidas, sobre sua saúde;*
- VI - *Divulgação de informações quanto ao potencial dos serviços de saúde e a sua utilização pelo usuário;*
- VII - *Utilização da epidemiologia para o estabelecimento de prioridades, a alocação de recursos e a orientação programática;*
- VIII - *Participação da comunidade;*
- IX - *Descentralização político-administrativa, com direção única em cada esfera de governo:*
  - a) *Ênfase na descentralização dos serviços para os municípios;*
  - b) *Regionalização e hierarquização da rede de serviços de saúde.*
- X - *Integração em nível executivo das ações de saúde, meio ambiente e saneamento básico;*
- XI - *Conjugação dos recursos financeiros, tecnológicos, materiais e humanos da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios na prestação de serviços de assistência à saúde da população;*
- XII - *Capacidade de resolução dos serviços em todos os níveis de assistência;*
- XIII - *Organização dos serviços públicos de modo a evitar duplicidade de meios para fins idênticos". (LEI ORGÂNICA DA SAÚDE Nº 8080)*

Esta lei foi complementada, no mesmo ano, pela Lei nº 8142/90, que delimitou a seguinte estrutura no SUS:

*"Art. 1º O Sistema Único de Saúde (SUS), de que trata a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, contará, em cada esfera de governo, sem prejuízo das funções do Poder Legislativo, com as seguintes instâncias colegiadas:*

*I – A Conferência de Saúde; e*

*II – O Conselho de Saúde.*

*§ 1º – A Conferência de Saúde reunir-se-á a cada quatro anos com a representação dos vários segmentos sociais, para avaliar a situação*

*de saúde e propor as diretrizes para a formulação da política de saúde nos níveis correspondentes, convocada pelo Poder Executivo ou, extraordinariamente, por esta ou pelo Conselho de Saúde.*

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

*§ 3º – O Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS) e o Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (CONASEMS) terão representação no Conselho Nacional de Saúde.*

*§ 4º – A representação dos usuários nos Conselhos de Saúde e Conferências será paritária em relação ao conjunto dos demais segmentos.*

*§ 5º – As Conferências de Saúde e os Conselhos de Saúde terão sua organização e normas de funcionamento definidas em regimento próprio, aprovado pelo respectivo conselho.*

*Art. 2º Os recursos do Fundo Nacional de Saúde (FNS) serão alocados como:*

*I – Despesas de custeio e de capital do Ministério da Saúde, seus órgãos e entidades, da administração direta e indireta;*

*II – Investimentos previstos em lei orçamentária, de iniciativa do Poder Legislativo e aprovados pelo Congresso Nacional;*

*III – Investimentos previstos no Plano Quinquenal do Ministério da Saúde;*

*IV – Cobertura das ações e serviços de saúde a serem implementados pelos Municípios, Estados e Distrito Federal.*

*Parágrafo único. Os recursos referidos no inciso IV deste artigo destinar-se-ão a investimentos na rede de serviços, à cobertura assistencial ambulatorial e hospitalar e às demais ações de saúde".*

*(LEI Nº 8142/90)*

Através do Decreto nº 99438/90, foi instituída a criação do Conselho Nacional de Saúde (CNS), com base nos princípios e diretrizes do SUS e da Lei nº 8142/90,

dispondo sobre a sua organização e atribuições. O CNS, como um órgão integrante do MS, congrega diversos segmentos da sociedade, tem caráter permanente e deliberativo: pode analisar e deliberar sobre medidas de controle da política de saúde com seus aspectos econômicos e financeiros, definidos em Resoluções, que devem ser adotadas pelo MS. As entidades com representação no CNS foram definidas no Decreto 1.448, de 6 de abril de 1995, com composição paritária a fim de manter equilíbrio dos interesses envolvidos.

VIEIRA (1998) afirma que, para o SUS ser regulamentado e implementado, foi necessário que o governo, em 1991, criasse um instrumento jurídico e institucional, a Norma Operacional Básica (NOB) 01/91, como um pacote de características ideológico-políticas da época, objetivando, também, reorientar, normatizar e centralizar poderes.

O MS homologou a Resolução nº 33/92 do CNS, que recomendou a constituição e estruturação de Conselhos Estaduais e Municipais de Saúde. A criação dos Conselhos de Saúde, estadual e municipal, bem como a sua composição, organização, estrutura e competências deveriam estar estabelecidas em lei estadual ou municipal. Esta Resolução já definia algumas competências quanto ao gerenciamento da saúde, favorecendo a integração interinstitucional, promovendo a ampliação do poder, a autonomia gerencial e assistencial.

Neste período Pós-Constituinte e Pré-Conferência Nacional/92, o país enfrentou um momento crítico na política e na economia, explodindo em denúncias sérias e graves, que levou à revolta e à indignação da população. A saúde, acompanhada da crise ética e política, sofria prejuízos na implementação efetiva do SUS. Dificuldades foram enfrentadas (*Relatório da IX Conferência Nacional de Saúde/92*), entre elas:

veto de vários itens da Lei nº 8142/90, redução dos mecanismos de financiamento do sistema, permissão da participação de representantes civis no gerenciamento do sistema; permanência de doenças evitáveis, crescimento das doenças chamadas “do desenvolvimento” (cardiovasculares, neoplasias, violências), surgimento e ascensão da Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (AIDS).

A IX Conferência Nacional de Saúde, com o tema “Municipalização é o caminho”, ocorrida em 1992, tinha como proposta discutir o cumprimento à efetivação do SUS. O relatório final aprovou a mudança na relação entre estados e municípios com relação ao Estado, a fim de efetivar a descentralização e a distribuição dos recursos do Orçamento da Seguridade Social, e propôs uma forma eficaz de controle social através da participação popular para que a lei fosse cumprida.

O MS homologou a Resolução nº 36/93 do CNS, que complementa a Resolução nº 33/92 do CNS, incluindo as entidades representativas dos empresários à composição dos Conselhos, em âmbito estadual e municipal.

Com a finalidade de implementar o processo de municipalização de saúde, o governo, via NOB 01/93, criou as estruturas para compor as Comissões Integradoras Bipartite e Tripartite, a fim de negociar e decidir sobre as políticas do SUS. Foram, então, definidas, três tipos de condições para implementar a descentralização da gestão do SUS: incipiente, parcial e semiplena. O município necessitaria participar de negociação e de programação para ingressar em um desses tipos de gestão. Porém, apenas a Gestão Semiplena (GSP) torna o município apto a assumir toda a responsabilidade pelas ações em saúde, passando este a receber o total dos

recursos financeiros para custeá-las e aproximando-se dos princípios e diretrizes do SUS (MISOCZKY e FERREIRA, 1997).

A Comissão Organizadora da *X Conferência Nacional de Saúde*, que aconteceu em 1996, com o tema “*SUS – Construindo um modelo de atenção à saúde para a qualidade de vida*”, apresentou um quadro no qual o SUS estava se consolidando, através da municipalização da saúde em vários municípios brasileiros. A Carta da *X Conferência Nacional de Saúde* aponta:

*“O SUS representa a mais importante proposta de democratização do Estado em nosso país (...). Através do processo de descentralização e consolidação da municipalização plena da saúde, o SUS vem permitindo, nas cidades que aplicaram seus princípios e diretrizes em sua totalidade, a reversão de indicadores, a resolução dos problemas de saúde e a satisfação da população, provocando sua viabilidade.” (CARTA DA X CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 1996)*

Entretanto, a própria Comissão desta Conferência reconhecia que a maioria da população brasileira ainda não sentia melhoria na qualidade do atendimento em saúde, havia pouco controle social, dificuldade de repasse de recursos financeiros e fortalecimento da saúde privatizada em alguns municípios de maior porte. O relatório da Conferência enfatizou a necessidade de avaliação do processo de implementação do SUS, buscando seu aprimoramento, via participação e controle social, além da necessidade da definição de mecanismos de financiamento. Assim, lançou estratégias para a construção de um novo modelo de atenção à saúde, objetivando operacionalizar os princípios e diretrizes do SUS. Neste contexto, surge a NOB-SUS 01/96, visando a promover e a consolidar o pleno exercício da função

do gestor da atenção à saúde dos cidadãos, delegando poder e autonomia à esfera municipal, passando a co-responsabilidade às esferas estadual e federal.

*"Item 15: Os municípios podem habilitar-se em duas condições de gestão:*

- a) Gestão Plena da atenção Básica;*
- b) Gestão Plena do Sistema Municipal.*

*Os municípios que não aderirem ao processo de habilitação permanecem, para efeito desta Norma Operacional, na condição de prestadores de serviços ao Sistema, cabendo ao estado a gestão do SUS naquele território municipal, enquanto for mantida a situação de não-habilitado.*

*Item 16: Os Estados poderão habilitar-se em duas condições de gestão:*

- a) Gestão Avançada do Sistema Estadual*
- b) Gestão Plena do Sistema Estadual.*

*Os estados que não aderirem ao processo de habilitação permanecem na condição de gestão convencional, desempenhando as funções anteriormente assumidas ao longo do processo de implantação do SUS.*

*Item 12.1.2: Incentivo aos Programas de Saúde da Família (PSF) e de Programas de Agentes Comunitários de Saúde (PACS):*

*Fica estabelecido um acréscimo percentual ao montante do Piso Assistencial Básico (PAB), (...). Sempre que estiverem atuando integralmente à rede municipal, equipes de saúde da família, agentes comunitários de saúde, ou estratégias similares de garantia da integralidade da assistência, avaliadas pelo órgão Secretaria de Assistência à Saúde (SAS/MS) com base em normas da direção nacional do SUS". (NOB-SUS 01/96)*

O MS, através da Portaria nº 1886/97, aprova as normas e diretrizes do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) e do Programa de Saúde da Família (PSF), a serem desenvolvidos pelas Secretárias Estaduais de Saúde (SES)

e Secretarias Municipais de Saúde (SMS). O ano de 1997 foi instituído como o “*Ano da Saúde no Brasil*”, visando a consolidar o SUS, objetivando implementar plano de ações e metas prioritárias, centradas na prevenção no atendimento básico, na melhoria da qualidade dos serviços de saúde e no mutirão social pela saúde (MS, 1997).

Várias Plenárias – Nacional, Estaduais e Regionais de Conselhos – aconteceram, no ano de 1999, a fim de intensificar as iniciativas de qualificar os Conselhos e Conselheiros de Saúde. O CNS, em reunião ordinária ocorrida em ago./99, discute e aprova as diretrizes para a organização da *XI Conferência Nacional de Saúde* (dez./2000), propondo como tema geral “*Aprofundando o Controle Social*” (CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE ON-LINE, 1999).

Importa salientar que a NOB-SUS 01/96, ao pretender uma reordenação do modelo de atenção à saúde, apresenta três campos de atuação, em nível da *assistência* (individual e coletiva, ambulatorial e hospitalar, e domiciliar); das *intervenções ambientais* e das *políticas externas ao setor saúde*. Como base para o modelo de atenção, deve:

*“resultar na ampliação do enfoque do modelo atual, alcançando-se, assim, a efetiva integralidade das ações. Essa ampliação é representada pela incorporação, ao modelo clínico dominante (centrado na doença), do modelo epidemiológico, o qual requer o estabelecimento de vínculos e processos abrangentes”.* (NOB-SUS 01/96)

O MS, ao aprovar o Norma Operacional da Assistência à Saúde/SUS (NOAS-SUS 01/2001), em janeiro de 2001, considerando a necessidade de dar continuidade nos avanços e desafios do processo de descentralização e organização do SUS e

tendo em vista que a maioria dos municípios do país encontrava-se habilitado nas condições de gestão previstas na NOB-SUS 01/96, resolve que esta norma:

*“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 SUS e procede à atualização dos critérios de habilitação de estados e municípios”.*  
(NOAS-SUS 01/ 2001)

Vale lembrar que as bases do processo de municipalização da saúde e da consolidação do SUS iniciaram no final da década de 70, nos Estados do Rio de Janeiro, São Paulo e Paraná. Entretanto, somente a partir de 1988, com a implementação do SUDS, é que foi possível iniciar o processo de implementação da municipalização da saúde (NORONHA, 1989). Deste período até o momento atual, grandes e rápidos avanços da estruturação e da implementação do SUS ocorreram a fim de procurar desenvolver o sistema de saúde brasileiro numa busca pela legitimação de sua universalização de forma homogênea.

MENDES (1999), ao apresentar o SUS como um processo social em construção, demonstra que a CFB/88 consagra a saúde brasileira no SUS em um sistema plural de saúde, composto por três subsistemas: o público (SUS), a atenção médica supletiva e de desembolso direto, e exercido por um *mix* estatal/privado sob regulação do Estado. Assim, o SUS, considerado como um subsistema público único, delineia-se como um processo, legal e legitimado, em construção, caracterizado pelo aspecto processual, com dimensão política, ideológica e tecnológica, com foco nas diretrizes e princípios apresentados acima, determinando a descentralização dos serviços de saúde, repassando a responsabilidade da gestão

em saúde para cada uma das esferas municipais, centrada nas Secretarias Municipais de Saúde e nos Conselhos Municipais de Saúde.

Entretanto, MENDES (1999) ressalta que o SUS se encontra em processo transitório, deslocando-se do modelo de atenção médica para o de atenção à saúde, da administração pública burocrática para a administração pública gerencial, e do paradigma horizontal-desconcentrado para o estratégico-centralizado. Reconhece, neste último, entretanto, a prevalência das estruturas e métodos organizacionais do paradigma horizontal-desconcentrado, denotando a presença da rigidez da administração burocrática, explicitando que a crise da saúde no Brasil se mascara com uma crise orgânica do Estado.

Cabe, no entanto, referenciar que, nesse processo de consolidação do SUS, algumas experiências, surgidas aleatoriamente, têm-se destacado como novas formas alternativas de gestão nos serviços de saúde, a fim de superar os obstáculos criados pela administração burocrática e em busca da materialização da administração gerencial.

MENDES (1999) analisa essas experiências e elenca alguns elementos indicativos como vantagens nessas novas formas de gestão:

- no campo da saúde hospitalar, figura a autonomia gerencial, constituída pelos resultados na flexibilização administrativa, pelo aumento da produtividade, pelo incremento da qualidade e pela satisfação da clientela; redirecionando o foco para o aspecto conteúdo, retratado no Hospital de Clínicas de Porto Alegre;

- no campo de atenção primária à saúde, a terceirização e a co-gestão comunitária, no contexto do processo de municipalização da saúde, surge como forma de flexibilização administrativa por meio de convênios, nos quais a gestão é de responsabilidade das cooperativas de trabalhadores ou das associações de moradores; e o modelo de médico de família, inspirado no sistema cubano.

CAMPOS (1992), MENDES (1999), ARRETCHE apud GERSCHMAN e VIANNA (1997), e VIANA, QUEIROZ e IBÁÑEZ (1995) destacam a problematização da consolidação do SUS, levando a ponderar que há, ainda, um contexto de heterogeneidade entre os diversos estágios de gestão, diferentes graus de descentralização nos Estados, superposição de responsabilidades e comando entre as três esferas do governo. Paralelo a este quadro, considera-se que há um processo progressivo, e até mesmo obstrutivo, que é a seleção da própria política governamental, retratando um inadequado modelo financeiro, que acaba favorecendo as iniciativas privadas em saúde.

Com base nessas reflexões, considera-se que a crise da saúde tem caráter universal e se manifesta nas dimensões da ineficiência, ineficácia, iniquidade e insatisfação pública, procurando, o pensamento incrementalista, racionalista e estruturalista, justificar esse caos (MENDES, 1999).

A SSMA/RS (1998) destaca que o município deve assumir seu papel na questão da validação do SUS, tendo como pressuposto os princípios e diretrizes deste sistema de saúde, devendo estar em consonância com as necessidades e prioridades da região e ser operacionalizado pelo gestor municipal (Secretário de

Saúde), possuindo o controle através da representatividade do Conselho Municipal de Saúde.

### **2.3 A Gerência na Saúde a partir do Sistema Único de Saúde**

A CFB/88 apresenta a organização, direção e gestão do SUS, uma complementação para os princípios. O Art. 8º diz:

*“Capítulo III: As ações e serviços de saúde, executados pelo SUS, seja diretamente ou mediante participação complementar da iniciativa privada, serão organizados de forma regionalizada e hierarquizada em níveis de complexidade crescente”. (CFB, 1988, Art 8º)*

A questão do planejamento em saúde encontra-se estabelecida na Lei 8080/90, capítulo III, Art. 36 e 37, dispondo sobre a estruturação do planejamento do SUS, compatibilizando as necessidades da política de saúde com a disponibilidade de recursos em planos de saúde dos Municípios, dos Estados, do Distrito Federal e da União e estabelecendo que os planos de saúde serão a base das atividades e programações de cada nível de direção do SUS, consubstanciado nos pressupostos e diretrizes das Conferências de Saúde.

O relatório da OPAS/OMS (1998: 31) caracteriza a organização institucional do sistema de saúde brasileiro como

*“formado por uma rede complexa de provedores e financiadores, que abarca os segmentos público e privado. O segmento público engloba os provedores dos três níveis de governo: nível federal – Ministério da Saúde (gestor nacional do SUS); (...) e os níveis estadual e municipal compreendem a rede de estabelecimentos próprios das respectivas instâncias”.* (OPAS/OMS, 1998: 31)

bem como descreve a condução, regulamentação e provisão do setor saúde do Brasil nos seguintes termos:

*“está estabelecida na NOB 01/96 e define a responsabilidade gestora do SUS em cada nível de governo com fim primordial consolidar o pleno exercício das funções de gestão e de gerência da prestação de serviços aos seus habitantes. (...) Existe as comissões intergestoras para assegurar a articulação entre as três esferas do governo”.* (Ibid.: 32)

Este mesmo relatório (OPAS/OMS, 1998) cita que a articulação dos processos de gestão, compartilhada entre os governos federal, estadual e municipal, é assegurada pelas comissões intergestoras, caracterizadas como instâncias de negociação e acordo entre os gestores do SUS.

Os relatórios da *X Conferência Nacional de Saúde* (MS, 1996) e da OPAS/OMS (1998) aprofundam a questão da gestão do serviço de saúde brasileira na questão do controle social sobre o SUS. Neste contexto, emergem os Conselhos de Saúde como instâncias colegiadas na esfera federal, estadual e municipal a fim de democratizar o SUS por meio de formulação de estratégias para a operacionalização das políticas setoriais e do controle da execução das políticas e ações de saúde, incluindo os aspectos econômicos e financeiros. Além disso, possui caráter deliberativo, autonomia e ato fiscalizador através da participação permanente e coletiva na organização, direção e gestão do SUS.

Espera-se que as Comissões Intergestoras e os Conselhos de Saúde, articulados com os Gestores de Saúde, tenham condições para implementar o SUS no seu arcabouço jurídico-político, determinando que as políticas do setor de saúde se voltem aos determinantes sociais do processo saúde-doença.

Há alguns estudos que abordam a gestão dos serviços de saúde no Brasil. VECINA NETO (1990) aponta que a formação dos gestores desses serviços incide sobremaneira nos programas de pós-graduação e que a maioria aborda mais o campo administrativo, bem poucos se concentrando na concepção da saúde pública. Torna-se, assim, necessário mudar este cenário a fim de que, na formação do gestor de saúde, haja redirecionamento para a questão sanitária, envolvendo, na sua habilitação, a análise ambiental e organizacional e os tópicos sobre o processo de produção de serviços e gerência de recursos.

Já RODRIGUES FILHO aponta que a *“complexidade e as peculiaridades das organizações, no sistema de saúde, criam obstáculos para o desempenho do processo gerencial, (...) e que o grande problema do gerente dos serviços de saúde é a integração e a coordenação das diversas atividades”* (RODRIGUES FILHO, 1994: 72). Evidencia-se, assim, que

*“a gestão em saúde é difícil, por ser complexo este setor em função dos problemas a resolver e da natureza dos serviços a produzir, (...), mas que é possível alcançar uma gestão eficaz e eficiente, compreendendo a relação da organização com a dos recursos, usando estratégias para organizar e gerir os serviços de forma congruente com as peculiaridades e exigências da produção de serviços profissionais públicos, a fim de atingir resultados para melhorar o bem-estar dos indivíduos e das comunidades”* (DUSSAULT, 1992:18).

O relatório do MS, ao fazer referência sobre o modelo de gestão da assistência observada no processo de programação integrada, indica que se deve "*reforçar as diferenças conceituais entre os temas de gestão e gerência tal vêm sendo utilizada, sendo que gerência se refere à administração interna e gestão diz respeito à assunção plena pela secretaria de Saúde de uma dada instância, de suas atribuições*" (MS, 1997).

Desta forma, a abordagem do setor saúde sob a perspectiva administrativa deve enfatizar o aprimoramento na qualidade de seus serviços e na importância de seus consumidores.

A estrutura dos serviços de saúde, na proposta de municipalização destes serviços, já era foco de estudo desde a década de 80. KUSCHNIR *et al.* afirmam que as alternativas de tamanho e complexidade das unidades da rede de serviços, para que haja conformidade, deve ser diferenciada de acordo com a região, considerando como "*critérios fundamentais, a base populacional e a forma como essa população se distribui e as condições de acesso aos serviços*"; entretanto, a "*concepção assistencial e a articulação funcional devem ser a mesma*". (KUSCHNIR *et al.*, 1989: 51).

A questão da gestão em saúde, a partir da implantação da NOAS-SUS 01/ 2001, passa a ter uma maior ênfase na regionalização, contemplando uma "*lógica de planejamento integrado*" com noção de territorialidade, ampliação do acesso e da qualidade da atenção básica, qualificação das microrregiões com referência intermunicipal através da definição de um conjunto mínimo de procedimentos de serviços de média complexidade; e "*a garantia de acesso aos serviços de alta complexidade é de responsabilidade solidária entre o MS e SES*"; fortalecendo,

assim, a capacidade de gestão dos municípios, das CRS e SES. (NOAS-SUS 01/2001)

Alguns autores como RODRIGUES FILHO (1994), VIANA, QUEIROZ e IBAÑEZ (1995), e MENDES (1999) apontam estar a questão gerencial da saúde em crise, enumerando os seguintes fatores como condicionantes dessa crise: os interesses profissionais estão acima dos interesses organizacionais (conflitos entre médicos e administradores); o aumento do nível de especialização e de tecnologias médicas; a desordenação da política salarial; a falta de critérios claros para definir as prioridades e os investimentos; a falta de controle organizacional; a falta de uma política de recursos humanos na área gerencial (pouca qualificação dos gerentes dos serviços de saúde, pois não possuem adequado treinamento ou formação para o exercício da função gerencial); e a pouca importância dada para a fonte de informações gerenciais existentes, entre outras.

Nesta perspectiva, pode-se visualizar que as possibilidades de estruturação e consolidação do SUS enfrentam desafios, necessitando de uma (re)estruturação do sistema de saúde em suas diversas dimensões, como a estrutural, a política e a técnica.

MINTZBERG (1995), DUSSAULT (1992) e RODRIGUES FILHO (1994) apresentam as organizações de saúde conceituando-as como organizações profissionais em virtude de suas configurações e filosofias seguirem rumos diferentes das organizações comerciais e industriais. Sobre a questão da análise estrutural da organização, MINTZBERG define a estrutura da organização:

*“... simplesmente, como a soma total das maneiras pelas quais o trabalho é dividido em tarefas distintas e como é feita a coordenação*

*dessas tarefas a fim de se obter os resultados propostos; (...) e as partes básicas da organização englobam a cúpula estratégica, a linha intermediária, o núcleo operacional, a tecnoestrutura e a assessoria de apoio". (MINTZBERG, 1995: 10 e 19)*

Afirma o autor, também, que organizações profissionais, como as organizações de saúde, evidenciam um grau elevado de complexidade e variabilidade no processo de trabalho, centrado no núcleo operacional, onde o trabalho é executado por especialistas produzindo serviços, que requerem autonomia de prática, para atender a necessidades variadas, e o uso de mecanismos de coordenação. Isso permite uma determinada padronização de habilidades e estrutura altamente descentralizada, com controle direto de seus profissionais e de seus clientes, o que se torna difícil de avaliar, e, em valores éticos, desempenham papel significativo nas decisões. Dessa maneira, essas organizações geram exigências particulares, em termos de organização e de gestão, nas quais *"os administradores profissionais assumem papéis importantes entre os profissionais de dentro e as partes interessadas de fora da organização"*, o que implica *"reais fontes de poder, caracterizado autoridade de natureza profissional – poder de perícia"*. O autor indica, ainda, que estas organizações profissionais *"não podem se apoiar grandemente na formalização do trabalho profissional ou em sistemas para planejá-los ou controlá-los"* (MINTZBERG, 1995: 189-212).

DUSSAULT (1992) contextualiza as organizações de serviços públicos, dizendo que estas possuem um grau maior de dependência do ambiente sócio-político do que as demais organizações, uma tendência de uniformidade nas condições e organização de trabalho, não são submetidas às regras do mercado e podem sobreviver mesmo quando não são eficientes, sendo mais vulneráveis à interferência política. Denota-se, então, uma *"tendência à centralização das decisões visto que*

*seus dirigentes são responsáveis perante uma autoridade externa ao sistema dessas organizações"* (MINTZBERG apud DUSSAULT, 1992: 13).

KLIKSBERG (1993), ao analisar a gerência do final do séc. XX frente às mudanças aceleradas nas organizações ocorridas na década de 90, caracterizadas em função da complexidade, da instabilidade e da incerteza, aponta como elementos chaves de uma organização, os aspectos de descentralização, rodízio e visão compartilhada. Neste cenário, o processo mental do gerente, centrado no modelo tradicional, necessita mudar, pois o novo gerente deve *"aprender a gerenciar a complexidade"*, legitimando a realidade, estimulando e ampliando a flexibilidade, a cooperação e a participação dos recursos humanos, através de formulação de estratégias, de gerência desses recursos, de negociador e de orientação para o mercado, a fim de reestruturar o processo organizacional. CARVALHO (1995) faz uma referência semelhante, porém, destaca que esse processo de aprender deve ser contínuo e que os programas de desenvolvimento gerencial constituem-se *"pacotes fechados"*, servindo-se, ainda, de modismos centrados nas teorias organizacionais e na alienação do contexto. Esta dimensão contribui para acentuar os problemas típicos no desempenho organizacional e gerencial do setor de saúde brasileiro (DUSSAULT, 1992).

Baseado nestas considerações, MENDES destaca:

*"a organização profissional exige formas de gestão, com elas coerentes, em que se reconheça o papel central dos profissionais, em que se crie um clima de trabalho mais centrado nas responsabilidades que em ordens, em que as decisões sejam mais colegiadas e baseadas na formação de consensos, em que a gerencia deva ser orientada para o ambiente externo e adaptável às mudanças demográficas, epidemiológicas, culturais, econômicas e*

*sociais, em que se valorize o trabalho interdisciplinar, tudo isso seja perpassado por uma ética que privilegie o interesse dos cidadãos".*  
(MENDES, 1999: 137)

Enfocando a questão da gestão, MOTTA apresenta-a como *"um termo genérico, que engloba a administração e a gerência, dando a idéia de dirigir e de decidir"*; induzindo que o dirigente *"podia ser eficaz simplesmente pela especialidade nos objetivos da organização e pela capacidade de planejar sistematicamente, comandar e coordenar um trabalho coletivo, originário de uma formação racional e técnica"* (MOTTA, 1999: 15-21). Salienta, ainda, que, através da evolução da gestão, na gerência moderna, o dirigente, por fazer parte de processo decisório organizacional, deve, em suas ações, possuir uma grande capacidade analítica, por meio da arte de pensar e julgar; deve agregar conhecimentos novos e apreendidos na experiência individual profissional (interna e externa à organização); ser capaz de interagir com a dimensão cognitiva, analítica, comportamental, mostrando habilidade de ação; e ter a capacidade de desenvolver estratégias de negociação e de integração, de liderança, de soluções para conflitos e riscos.

Desta maneira, vários estudos começam a ter maior ênfase na questão gerencial da saúde, com foco, por exemplo, no planejamento e na política como instrumentos essenciais no processo de tomada de decisão, sendo este considerado como um elemento administrativo. BORDIN, ao mencionar as atividades do processo decisório organizacional, indica que profissionais que já auxiliaram ou estiveram na chefia de serviços de saúde podem identificar que o gestor de saúde *"não detém o controle do ambiente a intervir (...) e dedica a maior parcela do seu tempo para "apagar incêndios", ao invés de centrar-se no planejamento a médio e longo prazo"* (BORDIN, 1999: 63-64).

Nesta concepção, MOTTA afirma que planejamento é:

*"uma atividade de decisão e de opção de estratégias (...) capaz de formular políticas empresariais, a fim de modelar ações posteriores (...) e que planejamento e implementação constituem, em essência, o mesmo processo de tomada de decisões em um contexto organizacional, e ambos geram impactos nas estratégias, e compreendendo-os como processos integrados é o que garantirá o êxito na elaboração e na execução das diretrizes empresariais".*  
(MOTTA, 1999: 98)

MATUS (1996) afirma que o plano media a relação entre o saber e a ação, e indica que, nas diversas técnicas de planificação, é necessário o consenso entre técnicos, profissionais e usuários para privilegiar a seleção e hierarquização dos problemas e, assim, compreender-se o planejamento como um instrumento que visa à operacionalização de ações.

No período da segunda metade dos anos 70 surgiram críticas ao planejamento tradicional em função da ampliação do grau de incertezas das organizações em relação ao ambiente. Iniciou-se, então, uma busca pela recuperação do planejamento através da incorporação do conceito de estratégia. A área da gestão da saúde foi influenciada pelo *"planejamento estratégico através do enfoque do planejamento estratégico em saúde* (TESTA, 1983), *da planificação estratégico-situacional* (MATUS, 1992) e *pela vertente do enfoque estratégico da programação em saúde da Organização Panamericana em Saúde, voltado à programação local e às metas da Saúde para Todos no Ano 2000"* (RIVERA, 1992 apud BORDIN 1999: 39).

MENDES, sobre as três correntes do planejamento estratégico, diz que embora tenham *"muitos elementos comuns, no Brasil, a que mais tem sido utilizada é a do*

*planejamento estratégico situacional (...) e os estudos de caso apresentados por diversos municípios adotam o sistema matusiano"* (MENDES, 1995:14).

Do meu ponto de vista, o planejamento é um instrumento ou atividade do processo decisório organizacional do gestor, deve ter um enfoque metodológico que vise a oferecer não apenas um roteiro, mas uma visão de como viabilizá-lo, de forma dinâmica e flexível, para que alcance as proposições e transformações organizacionais.

Outro ponto substantivo de análise de alguns estudos do processo decisório nas organizações é o enfoque político, considerado por LUKES (1980) apud CARVALHO (1998), MOTTA (1999), entre outros autores. BORDIN contextualiza o enfoque político através, por exemplo, dos "*trabalhos de LORSCH et al. (1978), que estabeleceu uma tipologia do processo de formulação de decisões estratégicas (modo do planejamento, empreendedor e adaptativo) e de LINDBLOM (1972) e a tomada de decisão pelo ajustamento que resulta das negociações e a questão do poder"* (BORDIN, 1999: 61-62).

CARVALHO (1998) apresenta o poder, o conflito e o controle nas organizações como parte de categorias analíticas necessárias para compreender a estrutura organizacional e analisa este tema, principalmente, sob a questão dos fenômenos sociais que dependem da concepção, comportamento e interesses dos indivíduos ou grupos e da capacidade de agir e de se relacionarem. LUKES (1980) apud CARVALHO (1998) ressalta que o poder simétrico pode ser percebido através da desigualdade, da relação de dependência e aquiescência ou controle nas relações entre os indivíduos ou grupos, compatível com a abordagem weberiana sobre o poder (que implica o uso da força) e a autoridade (uso do poder sem a força). HALL (1984) apud CARVALHO (1998) diz que as ações dos processos organizacionais

são conseqüências estabelecidas nas relações de poder, que envolvem a divisão hierárquica do trabalho nos níveis de autoridade e controle, estabelecendo diferenciação no plano horizontal e vertical, podendo surgir na relação de grupos ou de departamentos da organização a questão do conflito. CARVALHO (1998), por seu turno, vislumbra o poder sob a ótica da ciência política, pois observa uma inter-relação na estrutura política e econômica das organizações, gerando as coalizões e os jogos de interesse entre os indivíduos e os grupos da organização. MORGAN (1997) apud CARVALHO (1998) afirma que as fontes de poder devem ser consideradas no processo organizacional e que a autoridade formal é a fonte mais notória do poder (com visão unitária, pluralista e radical), implicando um jogo de interesses, determinado por objetivos diferentes, que produz situações de conflito e negociações.

No contexto da relação entre os atores, a democratização pressupõe não apenas maior interação entre atores governamentais e não governamentais, mas, também, maior equilíbrio nas relações de poder entre os próprios atores governamentais na tomada de decisões. No caso dos atores governamentais, implica uma maior diluição/distribuição do poder entre o executivo, o legislativo, o judiciário e a burocracia. A gestão deve ser de fato democrática, os setores implicados precisam ser organizados, fortes e representativos para que possam participar das decisões e avaliações de maneira que interfiram na gestão da política e sejam atendidos as demandas e os interesses representados dos vários setores (BLOCH e BALASSIANO, 1999).

MATUS (1996) aborda a questão política conduzindo a uma reflexão sobre o estilo atual de se fazer política que contém muito de soberba e auto-satisfação e pouco profissionalismo e o planejamento tradicional, tecnocrático e economicista.

Dessa maneira, o autor propõe uma nova maneira de fazer política, com a utilização do planejamento estratégico situacional (capaz de promover mudanças), através do pensar e do fazer governo por meio dos sistemas criativos ("*é a relação iniciativa-resposta que gera o juízo estratégico e ação interativa*"), no qual o modelo do jogo político (jogo de pressão) entra como uma técnica, possibilitando desenvolver o cálculo interativo em processos criativos de universo teórico desconhecido, ("*que permite estabelecer a interdependência das decisões e mais eficazes e o mútuo condicionamento das incertezas*"). Assim, o jogo torna-se uma ferramenta (tentativa de cálculo) de análise para o planejamento, mas, no entanto, não segura para a perspectiva de um processo social.

Neste contexto, MATUS (1996) apresenta o processo de produção social como um jogo competitivo entre desiguais, sujeito a regras que regulam as vantagens adquiridas no qual, por definição, alguns ganham e outros devem perder. Nesse jogo de interesses entre os jogadores, ou seja, os atores sociais, pode-se estabelecer negociações e, assim, assumir um espaço de produção possível e real, que vai ter como resultante a política.

CHAMPAGNE *et al.* (1992) apud CONILL (2000) indica que deve haver combinações entre os três principais pólos de poder que influenciam a configuração do sistema de saúde: o pólo tecnocrático, o profissional e o dos usuários. SILVA (2000) diz que o sucesso de uma política de saúde consiste em uma parceria que as instituições de saúde devem estabelecer com o poder político, administrativo e técnico.

Considerando-se que as prerrogativas do sistema de saúde brasileiro encontram-se previstas no arcabouço jurídico-político do SUS, e que o

gerenciamento da saúde possui uma relação de combinação de medidas administrativas e assistenciais, pressupõe-se que as mudanças ocorridas nas últimas duas décadas nas políticas de saúde brasileira trouxeram um novo padrão de organização e gerenciamento de suas ações. Neste estudo, então, procura-se delimitar a concepção dos gestores (secretários municipais, coordenador regional e presidente dos Conselhos Municipais de Saúde) sobre os pressupostos e diretrizes do SUS, contextualizando-a no processo de estruturação deste órgão nos municípios de Bagé e Dom Pedrito (RS).

### **3 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS**

Como já foi referido anteriormente, o objetivo deste trabalho é investigar a concepção dos gestores das secretarias municipais, coordenadoria regional e conselhos municipais de saúde sobre os pressupostos e diretrizes do Serviço Único de Saúde (SUS), contextualizando-a no processo de estruturação deste órgão nos municípios de Bagé e Dom Pedrito (RS).

#### **3.1 Caracterização do Estudo**

Trata-se de estudo exploratório, baseado na realização de entrevistas semi-estruturadas, de carácter qualitativo, complementado por pesquisa em fontes secundárias (documentos legislativos, indicadores de gestão, etc.). Os dados obtidos foram sistematizados em categorias de análise, a fim de compreender a concepção dos gestores das Secretarias Municipais, Coordenadoria Regional e Presidência dos Conselhos Municipais de Saúde sobre os pressupostos e diretrizes do SUS, contextualizando-a no processo de estruturação deste órgão nos municípios de Bagé e Dom Pedrito (RS).

Opta-se por este tipo de estudo por “*descrever ou caracterizar a natureza das variáveis que se quer conhecer, sendo mais trabalhado nas ciências sociais*” (KÖCHE, 1997: 126).

LAKATOS e MARCONI apresentam dois processos, como técnicas, para proceder à coleta de dados numa pesquisa: a documentação indireta e a direta. A primeira compreende a pesquisa documental e bibliográfica, que neste estudo foi usado como fonte secundária, e a pesquisa direta, que pode ser por observação intensiva e extensiva. Neste estudo, optou-se pela observação direta intensiva através de entrevista, visto que esta técnica, ao usar “*a conversação, face a face, proporciona ao entrevistador verbalmente, a informação necessária*” (LAKATOS e MARCONI, 1992: 107).

RODRIGUES e LEOPARDI (1999) destacam os principais autores que desenvolveram o método de análise de conteúdo. Entre eles, selecionou-se BARDIN como método de referência, uma vez que conceitua análise de conteúdo como:

*"um conjunto de técnicas de análise das comunicações que visa, através de procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, obter indicadores, quantitativos ou não, que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção destas mensagens"* (BARDIN, 1977 apud RODRIGUES e LEOPARDI, 1999: 6).

Esse método “*é indicado para estudos das motivações, atitudes, valores, crenças e tendências*” (RODRIGUES e LEOPARDI, 1999: 22). Para TRIVIÑOS (1992), a sua utilização permite desvendar as ideologias que podem existir nos dispositivos legais.

Considerando que este estudo tem como pressuposto confrontar o arcabouço jurídico-legal (ideal) do SUS (fonte documental) e o apresentado pelo discurso dos entrevistados (fonte primária), procura-se, através da categorização na análise de conteúdo, apresentar a conexão entre a concepção e a prática dos gestores do SUS nos municípios de Bagé e Dom Pedrito (RS). Assim, confronta-se a realidade percebida pelos atores em cargo de gestão do sistema, através de seus discursos, com as diretrizes e pressupostos do SUS.

## **3.2 População**

### **3.2.1 O universo da pesquisa**

O universo deste estudo é a Região da Campanha (RS), composta pelos gestores do SUS em sua esfera estadual (regional) e municipal.

A representação da esfera regional é a 7ª Coordenadoria Regional de Saúde/RS (7ª CRS/RS), que era constituída, em 31 de dezembro de 2000, por sete (7) municípios: Bagé, Candiota<sup>1</sup>, Dom Pedrito, Hulha Negra<sup>2</sup>, Lavras do Sul, Pinheiro Machado e São Gabriel (ANEXO B). Com o processo de emancipação de municípios

---

<sup>1</sup> Município emancipado de Bagé em 1992.

<sup>2</sup> Município emancipado de Bagé em 1992.

no RS, a 7ª CRS/RS sofreu alteração, passando a ser constituída, a partir de 01 de janeiro de 2001, pelos municípios de Aceguá<sup>3</sup>, Bagé, Caçapava do Sul<sup>4</sup>, Candiota, Dom Pedrito, Hulha Negra e Lavras do Sul (ANEXO C), mantendo-se com um total de sete (7) municípios.

O gestor de saúde no nível regional, a 7ª CRS/RS, é composto pelo Coordenador Regional de Saúde e sua equipe gestora, organizado conforme apresentação do organograma (ANEXO E). Salienta-se que não existe a instância colegiada regional, o Conselho Regional de Saúde.

A estrutura do SUS, no nível municipal, conta com o gestor em saúde, com a Secretaria Municipal de Saúde e Meio Ambiente (SMSMA), que é constituída por seus Secretários com suas equipes gestoras, e com a instância colegiada, o Conselho Municipal de Saúde (CMS), constituído por uma Diretoria (Presidentes e assessores) e seus conselheiros.

Considerando esta estrutura do SUS, regional e municipal, da Região da Campanha (RS), o universo da população para este estudo foi delimitado para dois municípios da 7ª CRS/RS, Bagé e Dom Pedrito (RS), prendendo-se aos seguintes critérios:

- possuir maior porte populacional;
- pertencer à mesma região administrativa de gestão em saúde, ou seja, integrar a 7ª CRS/RS;

---

<sup>3</sup> Município emancipado em 2001.

<sup>4</sup> Município que estava lotado na 8ª CRS.

- estar enquadrado no mesmo tipo de gestão, a Gestão Plena da Atenção Básica.

Desta forma, os sujeitos envolvidos foram assim definidos:

- a) 7ª Coordenadoria Regional de Saúde/RS (7ª CRS/RS): o Coordenador Regional de Saúde e o Coordenador Adjunto; representando a esfera estadual no contexto regional;
- b) Secretaria Municipal de Saúde e Meio Ambiente (SMSMA-Bagé (RS)): quatro (4) sujeitos, representando a esfera municipal, a saber:
  - o Secretário Municipal de Saúde da gestão anterior (1997-2000) e um (1) membro da equipe;
  - o Secretário Municipal de Saúde da gestão atual (2001-2004) e um (1) membro da equipe, que é constituída por coordenadores de programas ou áreas;
- c) Secretaria Municipal de Saúde e Meio Ambiente (SMSMA-Dom Pedrito (RS)): quatro (4) sujeitos, representando a esfera municipal, a saber:
  - o Secretário Municipal de Saúde da gestão anterior (1997-2000) e um (1) membro da equipe;
  - o Secretário Municipal de Saúde da gestão atual (2001-2004) e o Secretário Adjunto;
- d) Conselhos Municipais de Saúde (CMS): quatro (4) sujeitos, representando a instância colegiada da esfera municipal:

– o Presidente e um (1) Conselheiro do CMS-Bagé;

– o Presidente e um (1) Conselheiro do CMS-Dom Pedrito.

As SMS de Bagé e Dom Pedrito (RS) foram representadas por quatro (4) membros cada uma, sendo que dois (2) da gestão anterior e dois (2) da atual. A inclusão de membros da gestão anterior justifica-se pelo fato de que, entre o período da proposta deste estudo e a realização das entrevistas, ocorreu o pleito eleitoral para o Executivo e Legislativo Municipal, ocasionando a troca de gestores municipais nas SMS. Nas demais instâncias pesquisadas, permaneceram os mesmos gestores, o que possibilitou manter dois (2) entrevistados de cada.

### 3.2.2 Caracterização da 7ª CRS/RS

O RS possui uma área de 269.153,90 Km<sup>2</sup>, tendo 9.637.682 habitantes, com densidade demográfica de 43,17 hab./Km<sup>2</sup>. O Estado possui 467 municípios, distribuídos em 22 regiões (IBGE, 1997). Com o processo de emancipação, a partir de 01 de janeiro de 2001, o Estado passou a contar com 497 municípios, com 10.187.798 habitantes, distribuídos numa área de 281.734 Km<sup>2</sup> (IBGE, 2000).

A Secretaria Estadual de Saúde do RS (SES/RS) é o órgão gestor e agrupa administrativamente os municípios em 19 regiões, de acordo com características específicas e distâncias regionais, denominadas de Coordenadorias Regionais de Saúde (CRS) (ANEXO A).

O RS, em relação aos demais estados do Brasil, como os estados das regiões Norte e Nordeste, apresenta diferenças marcantes e uma certa primazia no setor saúde, fortalecida pelos aspectos econômicos, sociais, educacionais e geográficos. A transparência dessa situação encontra-se nos indicadores demográficos e de saúde do RS, que têm alcançado, nas últimas décadas, uma redução significativa nos indicadores de saúde, como a taxa de mortalidade infantil, de fecundidade total, de neonatal, materna e de desnutrição, e tem elevado o coeficiente da esperança de vida ao nascer, que se reflete, também, no aumento da expectativa de vida (OPAS/OMS, 1998).

A Região da Campanha (RS), comparativamente a outras do Estado, apresenta uma das maiores extensões territoriais, com uma população total de 187.147 habitantes e densidade demográfica em torno de 10 hab/km<sup>2</sup> (estimativa do IBGE para 1999). Possui um cenário econômico centrado na atividade primária (agropecuária), assentado numa estrutura fundiária com o predomínio de propriedade com mais de 500 hectares (IBGE, 1997; IBGE, 2000).

A versão preliminar do relatório de gestão de 1999 da SES/RS (2000) registra a 7ª CRS/RS com 6 municípios habilitados pela NOB-SUS 01/96 no ano de 1998, dado que permaneceu no ano de 1999. A partir de 01 de janeiro de 2001, esta Coordenadoria sofreu alteração devido ao processo de emancipação de municípios da Região, havendo inclusão e exclusão de municípios. Mas manteve o número de sete (7) para realizar sua gestão.

Os indicadores de saúde (SSMA/RS, 1997) da região de cobertura da 7ª CRS/RS indicam uma posição inferior em relação às demais regiões do Estado. Dados dos últimos cinco (5) anos mostram que certos indicadores, como mortalidade

infantil, mortalidade neonatal, perinatal I, II e III, se encontram numa curva de declínio, mas sempre se mantendo superiores à média estadual. Também encontram-se elevados índices de mortalidade proporcional por grupo de causas, sendo mais comuns os óbitos ligados às doenças do aparelho circulatório, de neoplasias e do aparelho respiratório.

Bagé (RS), um dos dois municípios deste estudo, possui 5.669 Km<sup>2</sup>, com 118.747 habitantes, densidade de 11,8 hab./km<sup>2</sup>, dos quais 81,91 % são residentes na área urbana, e 18,09 %, na área rural (IBGE, 2000). O município possui um perfil econômico centrado no setor do comércio (34,45 %) e agricultura (32,28 %), sendo eminentemente voltado para a agropecuária, concentrando suas principais atividades na agricultura (orizicultura), no comércio (agropecuária) e na indústria (beneficiamento de laticínio). Bagé (RS) é considerada a "*cidade pólo da metade sul do Estado, atraindo a população das cidades vizinhas, não só na busca dos serviços aqui oferecidos, incluindo a saúde, mas na procura de emprego*" (PLANO MUNICIPAL DE SAÚDE DE BAGÉ/RS, 1997/2000).

O diagnóstico da realidade do município de Bagé (RS) aponta os principais problemas distribuídos em cinco (5) grupos:

- *demográficos*, causados pela evolução populacional vegetativa e a migratória;
- *sócio-econômicos*, destacando o desemprego, devido à falta de indústrias e ao aviltamento do setor agropecuário, que tem levado ao empobrecimento da população e à "*condições de marginalidade cultural*";
- *educacionais*, relacionados à precariedade de rede e evasão escolar;

- *meio ambiente*, que destaca assoreamento dos cursos de águas, contaminação dos recursos hídricos (por agrotóxicos e esgoto), queimadas, saneamento básico ineficiente e má distribuição do abastecimento de água; e
- *organização social*, com acentuado distanciamento social. (PLANO MUNICIPAL DE SAÚDE DE BAGÉ/RS, 1997-2001)

Os serviços e ações de saúde de Bagé (RS) encontram-se organizados e distribuídos na rede hospitalar com três (3) hospitais (um considerado regional, um militar e um universitário, localizados na sede do município) e na rede pública com a responsabilidade da SMSMA-Bagé (RS), com 20 unidades sanitárias. Os principais problemas, nos serviços e ações de saúde de Bagé (RS), estão localizados na rede hospitalar e na rede pública com carências de especialidades médicas, diagnóstico e tratamento, falta de verbas para a infra-estrutura e para os recursos humanos (PLANO MUNICIPAL DE SAÚDE DE BAGÉ/RS, 1997-2001).

Dom Pedrito (RS), o outro município deste estudo, possui 5.190 Km<sup>2</sup>, com 40.410 habitantes, densidade de 7,79 hab./km<sup>2</sup> dos quais 88,58 % são residentes na área urbana e 11,42 %, na área rural (IBGE, 2000). O município possui um perfil econômico e social centrado nos setores de agropecuária e comércio, sendo que as maiores contribuições residem no campo do beneficiamento da orizicultura e no da pecuária de corte – bovino e ovinocultura e empresas frigoríficas (PLANO MUNICIPAL DE SAÚDE DE DOM PEDRITO/RS, 1999/2002).

O diagnóstico da realidade do município de Dom Pedrito (RS) destaca, como principais problemas sociais, a pobreza, com formação de cinturão de miséria, o êxodo rural, a evasão escolar, a degradação familiar, a violência e a dependência química (em crescimento); o abigeato; o meio ambiente poluído (assoreamento,

resíduos e produtos de lavoura lançados nos rios e arroios); a falta de saneamento básico (deficiência na rede de esgotos, abastecimento e tratamento de água); a economia centrada na produção primária; a baixa geração de emprego neste setor, bem como na produção secundária (comércio) (PLANO MUNICIPAL DE SAÚDE DE DOM PEDRITO/RS, 1999-2002).

Na dimensão da saúde em Dom Pedrito, os serviços e ações encontram-se organizados e distribuídos em *"um hospital, três unidades sanitárias, um pronto socorro e a SMSMA/DP"*, e uma unidade móvel. Os principais problemas de saúde pública envolvem a desnutrição da população da periferia, o alto índice de adolescentes gestantes/mães e mortalidade infantil, a insuficiência de infra-estrutura de saneamento pelos dejetos lançados no Rio Santa Maria (principal fonte de abastecimento de água). Na prestação da assistência médica, mantêm-se os índices de mortalidade infantil (MI), desnutrição, anemia e sarampo (diminuíram em 1998), mas permanece em crescimento o índice de doenças como tuberculose, tumores malignos, hipertensão, dependência química e doenças crônico-degenerativas. Além destes problemas, são listadas algumas dificuldades com relação ao número reduzido de exames para a demanda, filas de pacientes para a marcação de consultas, difícil acesso à zona rural pela distância, más condições de estrada, pouca conscientização da população sobre cuidados de saúde (PLANO MUNICIPAL DE SAÚDE DE DOM PEDRITO/RS, 1999-2002).

A caracterização destes municípios, quanto ao perfil sócio-econômico-cultural e de saúde, indica uma similaridade, tanto nas questões de produção como nas dos problemas; e apresentam como diferencial a disparidade no número populacional e na procura e oferta de serviços e ações em saúde.

No contexto da região, os índices de saúde encontram-se, ainda, em desigualdade em relação às demais regiões do Estado, caracterizando um problema não só de saúde, mas também social. Alguns problemas de saúde desta Região apontam para a área da saúde pública, permitindo buscar uma análise desta situação com enfoque nos serviços e ações de saúde através da dimensão e significados do atual processo de municipalização no contexto do SUS. Este estudo delimita-se, então, na concepção dos gestores sobre os pressupostos e diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS), contextualizando-a no processo de estruturação do mesmo nos municípios de Bagé e Dom Pedrito (RS).

### **3.3 Instrumento de Pesquisa**

A pesquisa documental empregou os dados existentes na Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), via consulta local e pela Internet, na Constituição Federal Brasileira/88, nas Leis Orgânicas de Saúde, nas legislações posteriores neste campo temático e nos Planos Municipais de Saúde dos municípios de Bagé e Dom Pedrito (RS).

O instrumento de pesquisa para a coleta dos dados consistiu na realização de entrevistas semi-estruturadas, composta por perguntas de caracterização aberta, aplicáveis aos gestores do SUS, definidos na população deste estudo.

Como testagem, foi realizada uma entrevista com um dos gestores de saúde que abrange a 7ª CRS/RS, a fim de melhor definir a estrutura da mesma (tempo de duração, formas de questionamento, etc.).

O roteiro da entrevista (ANEXO D), já com nova elaboração, apresentou questões de caracterização abertas, voltadas a captar dados de *identificação do entrevistado* e as *formas de definição, estruturação, conformação e consolidação, visualização e projeção quanto ao SUS por parte dos mesmos*.

A seguir, nova testagem do roteiro da entrevista foi realizada para precisar o tempo dispensado para as entrevistas, para a transcrição e para análise. Esta entrevista foi considerada entre as quatorze 14 entrevistas deste estudo e denominada *E1*. A duração da entrevista foi de 45 min, com interrupção de 30 min, e na transcrição foram gastas, aproximadamente, 2 h e 30 min.

O procedimento para agendar as entrevistas ocorreu via telefone, diretamente com a maioria dos entrevistados, esclarecendo o propósito deste estudo. O tempo de agendamento variou de um a vinte dias, havendo a concordância, entre o entrevistado e o entrevistador, de um contato telefônico prévio para a confirmação da data da agendada. Cabe destacar que cinco (5) entrevistas foram realizadas no primeiro agendamento, quatro (4) foram novamente agendadas duas vezes e uma (1), sete vezes; com os demais quatro (4) sujeitos foram realizados de dois a quatro contatos, pessoalmente e via telefone, para agendar as entrevistas. A recusa de ser entrevistado ocorreu, via telefone, em três casos, sendo que dois deles argumentaram não terem tempo e um alegou ter que pegar as leis para ler e responder, pedindo para ser deixado de fora. O quarto sujeito havia solicitado que se aguardasse o seu chamado para conceder a entrevista, pois dependia de tempo

disponível, o que não ocorreu. Assim, foram realizadas mais duas tentativas de contato, sem retorno.

Torna-se relevante ressaltar que dentre os quatorze (14) sujeitos deste estudo, quatro (4) representam a instância colegiada da esfera municipal, o Conselho Municipal de Saúde. Entretanto, dois (2) desses encontram-se entre os que se recusaram. Um destes conselheiros foi substituído por outro sujeito, membro do Plenário.

Ao final das quatorze (14) entrevistas previstas, onze (11) foram efetivamente realizadas. Não foram entrevistados um membro do CMS, um Secretário Municipal de Saúde (atual) e um membro da gestão passada.

O período de agendamento da primeira entrevista e o da realização da última foi de 12 de abril a 06 de julho de 2001, ou seja, 87 dias. A previsão inicial era de 45 dias, prazo que foi expandido em virtude da dificuldade em agendar as entrevistas devido à disponibilidade de tempo dos sujeitos deste estudo.

O tempo de duração das entrevistas variou de 90 a 120 min, extrapolando a entrevista de testagem (45 min). Alguns sujeitos permaneceram conversando sobre o assunto após a entrevista ser concluída, muitas vezes incluindo a participação de assessores diretos, socializando o estudo para terceiros.

No início de cada entrevista, era apresentado o propósito do estudo, solicitava-se a liberação para realizar a gravação da fala e informava-se que os entrevistados não seriam identificados por seu nome. Fez-se necessário realizar anotações durante a realização das entrevistas, para que subsidiassem as próprias perguntas

do roteiro semi-estruturado, visto que os entrevistados, ao responder sobre uma questão, entrelaçavam dados de outras questões do referido roteiro.

Utilizou-se como critério para referenciar os sujeitos entrevistados, na análise dos dados, a ordem cronológica da realização das entrevistas, de 1 a 11, precedido de "E", representado o entrevistado.

A transcrição das entrevistas foi realizada logo a seguir a sua realização, fazendo-se uma leitura dessas para, então, iniciar o processo de análise dos dados colhidos.

### **3.4 Análise dos Dados**

MINAYO diz que, na análise de um estudo, o emprego de categorias tem por objetivo classificar os dados obtidos na coleta, tendo como referência os "*elementos ou aspectos com características comuns ou que se relacionam entre si, para configurá-los em um conceito ou em um tema*" (MINAYO, 1994: 70).

Os dados colhidos no primeiro momento da entrevista constituem as características de cada um dos entrevistados, idade, sexo, grau de instrução e formação acadêmica, capacitação, experiência em gestão e o órgão que representa.

No segundo momento da entrevista, que constitui o foco deste estudo, realizou-se uma série de questionamentos sobre o SUS, a saber, definição, estruturação,

conformação e consolidação, visualização e projeção para o SUS nas três esferas, municipal, estadual e federal.

A operacionalização do método de análise de conteúdo deu-se em três momentos básicos – pré-análise, exploração do material e tratamento dos resultados –, independentes da técnica utilizada (BARDIN, 1977 apud RODRIGUES e LEOPARDI, 1999). Dessa maneira, o discurso dos entrevistados, consubstanciado com o disposto no arcabouço jurídico-político do SUS e nas referências teóricas de autores como DUSSAULT (1992), MINTZBERG (1995), MOTTA (1999), MATUS (1996), MENDES (1999) constitui a discussão e o processo de análise dos dados. Assim, delineia as considerações deste estudo sobre a concepção dos gestores sobre os pressupostos e diretrizes do SUS, contextualizando-a ao processo de estruturação do SUS nos municípios de Bagé e Dom Pedrito (RS).

Nesse processo de contextualização do SUS, estabeleceram-se três momentos para análise dos dados nos municípios de Bagé e Dom Pedrito (RS), assim definidos:

- a) momento 1: definição do SUS, identificada nas concepções dos gestores dos SUS dos municípios de Bagé e Dom Pedrito (RS);
- b) momento 2: situação do SUS na esfera municipal e microrregional, caracterizada no processo de estruturação do SUS dos municípios de Bagé e Dom Pedrito (RS) e pelos elementos da prática administrativa, considerados restritores ou facilitadores pelos gestores destes dois municípios;
- c) momento 3: percepção futura do SUS. Este momento surgiu das falas dos sujeitos no transcorrer da entrevista.

Os elementos destes momentos foram analisados para, então, serem definidas as categorias de análise apresentadas a seguir, no item discussão e resultados.

## **4 DISCUSSÃO E RESULTADOS**

Neste capítulo, abordam-se algumas questões referentes às concepções dos gestores do SUS nos municípios de Bagé e Dom Pedrito (RS) quanto a seus pressupostos e diretrizes; à caracterização do processo de estruturação (levantando elementos facilitadores e restritores) da prática administrativa dos gestores nestes municípios e na microrregional; e à percepção futura destes quanto ao sistema de saúde em estudo.

Após transcrição e análise das entrevistas, seus elementos constituintes foram agrupados em uma série de categorias, muitas vezes interpenetrantes e complementares, abaixo sistematizadas.

### **4.1 Contextualização Histórica**

#### **4.1.1 Processo de conformação da proposta do SUS**

Este momento da entrevista direcionou-se para a identificação da percepção dos gestores para o processo desencadeador da proposta que culminou no SUS. As

entrevistas permitiram identificar dois marcos explicativos à conformação desta proposta. Um primeiro grupo de entrevistados identificou a questão do fortalecimento da sociedade e a demanda da questão saúde como princípio de cidadania, evidenciadas nas falas abaixo:

"penso que a participação das pessoas como um todo e, principalmente, no início, começou toda a discussão a partir dos trabalhadores de saúde, que tinham uma visão diferente e que almejavam uma nova construção de sistema. Acho que foram determinantes, até, para a abertura e, claro, que as questões políticas e econômicas, também, deixaram ou proporcionaram que isso acontecesse, como a abertura, a transição democrática. Isso foi determinante, mas não foi uma coisa apenas. Tem-se que pensar que era preciso uma economia, economizar algumas coisas e, também, precisava mudar, (...) tinha que mudar o sistema, porque do jeito que estava não poderia sobreviver" (E1);

O segundo marco estava mais centrado em processos racionalizadores, gestados no seio do próprio Estado:

"... havia a questão dos Ministérios. A Previdência Social e a Saúde eram um único Ministério; o SUS começou, eu penso, não sei se é verdade, com a necessidade de desmembrar as duas coisas. Daí, veio o SUDS primeiro, o Sistema Único e Descentralizado de Saúde; antes disso houve as CIMS, Comissões Municipais (...) creio que foi justamente isso, eles começaram a descentralizar em função da aglutinação, da quantidade de funcionários, públicos e federais, uma folha alta, o descontrole pelas distâncias; é impossível que alguém consiga controlar, em Brasília, o que acontece aqui em Dom Pedrito. Outros fatores devem ter contribuído para descentralização. O SUS, como um todo, já existia antes, porque que é o atendimento integral à saúde, que, no Brasil, sempre foi. Quando era o INAMPS, era único também, não modificou, modificaram meios, nomes, o processo, mas a essência continua a mesma. O Ministério da Saúde é que disponibilizava tudo e era único, era um só" (E7).

Esta situação, inclusive, foi contextualizada à realidade local:

"racionalizar os serviços para economizar, isso que é racionalidade. Acho que tem a ver com a incorporação; tínhamos três esferas do governo fazendo coisas parecidas, ou, às vezes, com as mesmas pessoas, em locais muitas vezes um ao lado do outro, como se tem exemplos aqui, em Dom Pedrito, o Posto de Saúde ao lado do Posto de Atendimento Médico (PAM). A Secretaria de Saúde é do lado do Posto de Saúde; uma esfera federal, outra municipal e, ainda, outra estadual, fazendo as mesmas coisas com a mesma população para ter um mesmo fim, então, racionalidade, eu digo isso" (E1).

Dos onze (11) entrevistados, sete (7) pontuaram as questões acima, enquanto que dois (2) referiram não ter conhecimento das bases históricas de conformação do SUS; outros dois (2) tomaram como base referencial ao surgimento do sistema a data da promulgação da CFB/88.

Observam-se aqui elementos como participação e discussão dos trabalhadores de saúde e população, descentralização e racionalização dos serviços de saúde, apontados pelos entrevistados para contextualizar o processo de conformação do SUS, já consubstanciados na análise de alguns autores. Por exemplo, MENDES afirma que:

*"a Reforma Sanitária Brasileira é de inspiração político-ideológica, já que surge dentro de um movimento maior que foi o processo de redemocratização do País e, o SUS, muito diferente das propostas alternativas que vêm sendo apresentadas, quase todas, resultado de elaboração tecnocrática e acolhidas por grupos de interesses e apresentadas dentro da cultura nacional de planos mágicos. Nesse sentido, o SUS segue a melhor tradição de reformas democráticas, negociadas nas sociedades (...) é inegável que o SUS vem constituindo-se num espaço privilegiado de construção de cidadania". (MENDES, 1999: 51, 64 e 70)*

Num contexto mais amplo, BLOCH & BALASSIANO apresentam "*a saúde como a área de políticas sociais em que o processo de descentralização foi mais amplamente aplicado principalmente com a criação do SUS*" (BLOCH & BALASSIANO, 1999), indicando que é um processo resultante de um intenso movimento de luta em defesa de alguns princípios fundamentais, estabelecidos na CFB/88.

Percebe-se a relevância da área da saúde no campo das políticas sociais através de citações realizadas por DEMO que "*ressalta três faces ou eixos fundamentais da política social (sócio-econômico, assistencial e política)*" (DEMO, 1999: 6-14). O entendimento do autor é que a política social "*expressa o reconhecimento de que a viabilidade de uma sociedade depende da capacidade de reduzir suas desigualdades sociais a níveis considerados toleráveis pela maioria*" (Ibid.: 6-14) e, assim, permite compreender que o processo de conformação do SUS, na década de 70 e 80, avolumou-se, substancialmente, pela participação e pela discussão, fundamentadas na consciência das desigualdades sociais, a respeito das preocupações com as políticas de saúde, nutrição, saneamento.

#### 4.1.2 Definição do SUS

A inserção da questão saúde no contexto legal do Brasil encontra-se registrada na CFB/88, no Art.196, sendo entendida como um direito de todos os cidadãos e um dever do Estado, garantido pelas questões sociais e econômicas, devendo ser

concretizada pelo Sistema Único de Saúde (SUS), como bem definido no Art. 198. Constitui-se numa rede regionalizada e hierarquizada de ações e serviços públicos de saúde, possuindo como foco a descentralização da direção para cada uma das esferas do governo, o atendimento integral centrado na prevenção da assistência e a participação da sociedade.

Estas atribuições do SUS são melhor viabilizadas a partir de sua constituição e regulamentação na Lei Orgânica da Saúde nº 8080/90. Para melhor caracterizar a operacionalização do SUS, o MS complementou esta lei com a Lei nº 8142/90, delimitando, para cada esfera do governo, Federal, Estadual e Municipal, as instâncias colegiadas representadas pela Conferência de Saúde e pelo Conselho de Saúde (de caráter permanente e deliberativo). A lei também instituiu o Fundo Nacional de Saúde (FNS) como depositário dos recursos da saúde.

Quando solicitou-se aos gestores uma definição do SUS, a maioria dos entrevistados fez referência ao arcabouço legal (CFB/88 e Lei 8080/90), ainda que de forma segmentada:

"é um sistema de saúde que temos no país. Todas as demandas em saúde pública, em nível de Municípios, Estados, País, estão dentro dessa política nacional que é o SUS, uma política relativamente nova da década de 80, regulamentada pela Constituição Federal 88 (...) e pela lei do SUS 8080 de 29 de dezembro de 90" (E2).

Entretanto, observou-se, no decorrer das entrevistas, que os gestores empregaram termos distintos para melhor qualificar suas definições de SUS. Assim, vários níveis conceituais foram referenciados como sistema, programa, serviço, setor, processo social e política:

"é o Sistema Único de Saúde, que deve ser um sistema integrado, regionalizado e hierarquizado, que dê conta das ações de saúde de toda a população" (E1);

"... o Sistema Único de Saúde compreende todos os serviços interligados (...) é um processo que não é estanque, é constantemente renovado..." (E7);

"... é um processo social em construção, porque o setor que mais tem avançado nas políticas sociais, acredito, seja esse setor saúde" (E8).

Tais níveis conceituais conduziram a compreensões distintas do que seria a proposta de um sistema único no tocante às formas de atuação dos serviços nele compreendidos:

"o Sistema Único de Saúde compreende todos os serviços interligados, municipal, estadual e federal, todos eles com um sistema de referência e contra referência e funcionando harmonicamente. Deveria ter harmonia entre os níveis e entre os serviços, e as pessoas deveriam, a população deveria receber o atendimento, pelo menos o básico, garantido, de forma fácil e descomplicada, ter acesso às informações, ter acesso aos serviços de maneira a evitar ter que pedir uma coisa que é seu de direito" (E7).

As conseqüências deste fato se farão presentes na esfera da estruturação e consolidação dos serviços locais de saúde da região. Quanto à definição do que vem a ser o SUS, as falas dos gestores e dos membros dos CMS foram semelhantes, evidenciando avanço na elaboração conceitual, mesmo que as contextualizações históricas à conformação deste sistema tenham sido distintas.

#### 4.1.3 Percepção do SUS

Apesar da homogeneização no campo de sua definição (centrado na legislação), o SUS não perdeu sua caracterização quando os entrevistados foram questionados quanto a sua percepção, pois é referenciado como um processo e uma utopia:

"... eu diria que é um processo de transformação, sempre com a idéia de que o sistema é um processo dinâmico, não é estanque ... essa estabilidade não é inerente ao próprio sistema, o sistema é evolutivo, uma vez que ele busca *in loco* os problemas a serem resolvidos, a serem encarados, enfrentados (...) Para mim, a princípio, um sonho, tem um pouco de utopia, ainda, assim, meio difícil, pelo menos no momento, visualizar a transformação dessa utopia, a perda dessa condição utópica (...)" (E3);

"eu acredito que melhorou bastante (...) de lá para cá, a evolução houve e foi grande, só que muito lenta, as necessidades são muito maiores do que o processo, o processo não consegue evoluir, não consegue acompanhar as demandas" (E7).

Estas falas retomam a situação já apontada por FLEURY sobre o processo da reforma sanitária, que *"pressupunha um modelo de democracia baseado na formulação de uma utopia igualitária à garantia da saúde como direito individual e a construção de um poder local fortalecido pela gestão social democrática"* (FLEURY, 1997: 33).

Por outro lado, MENDES enfatiza que:

*"quando se fala de SUS, se quer referir, de fato, não a um sistema único, mas ao subsistema público único, parte de um sistema plural. (...) e sua trajetória denota o caráter processual, porque é legal (legalização pela institucionalização na CFB/88 e leis) e legítimo*

*(legitimidade pela discussão ampla da sociedade há longo tempo) e, também, um processo em marcha, portanto inacabado". (MENDES, 1999: 63-64)*

Todos os entrevistados expressaram a sua percepção positiva do processo de estruturação do SUS, resgatando uma noção de progressividade.

Apenas um entrevistado, uma secretária de saúde, em duas gestões, não referenciou esta situação, baseando a sua fala em elementos nitidamente operativos, isto é, ações realizadas no âmbito da SMS.

"... aumentou a crença pela rede, pois se procurou não deixar descoberta; a redução nos índices de mortalidade infantil (MI) significa um trabalho muito grande em postos de periferia, assim como aumentou o número de consultas de pré-natal, é preciso tudo isso, mas é preciso da farmácia, e aqui, hoje, não temos a farmácia em funcionamento; conseguimos deixar 23 postos em funcionamento" (E4).

Os entrevistados contextualizaram, ainda, a questão político-partidária e a de recursos financeiros, nas instâncias estadual e federal, dando propriedade restritiva à descentralização no estágio de estruturação do SUS:

"Tem vários entraves políticos, econômicos, muitas vezes, que influenciam mais que os próprios políticos, interesse de que não funcione, mas penso que, aos poucos, vem se fortalecendo, vem se fortificando" (E1);

"... existem alguns ajustes que estão fazendo. A cada ano, mais um ajuste é feito; essa descentralização é complicada, então é preciso ajustar cada vez mais, eu penso que está se conseguindo isso, operacionalizar o sistema. (...) é outro ensinamento e tem sido maior, vem ultrapassando interesses pequenos, inclusive políticos" (E8);

"são três esferas de governo e partidos diferentes, de visões diferentes, tentando organizar o setor, repassar recursos, organizar cada um deles. Cada um tem a sua parcela de responsabilidade e suas diretrizes..." (E8).

Este pano de fundo é, então, contextualizado, novamente, à instância municipal:

"... há ainda falhas muito grandes na municipalização da saúde. Eu acredito que o município ainda precisa sanar problemas graves no atendimento, mas eu vejo uma coisa altamente positiva, por quê? Porque as decisões estão ali dentro da Secretaria, o Conselho pode ir lá, conversar com o Secretário, a população pode interferir através dos mecanismos... o sistema não é fácil, tem que ser todo repensado, mas vejo pontos muito positivos, o problema agora é nosso" (E10).

Tais falas expressam a situação anteriormente consolidada por MENDES:

*"a ineficiência dos sistemas de saúde tem sua face visível na crise do financiamento, determinada, de um lado, por um constante e incontrolável crescimento dos custos em atenção médica e, de outro, numa irracionalidade na alocação dos recursos decorrente, e, grande parte, da força política e ideológica do modelo médico hegemônico".*  
(MENDES, 1999: 15)

Os entrevistados reconhecem que o SUS, no contexto administrativo das esferas federal, estadual e municipal, encontra-se, ainda, em processo de estruturação da municipalização da saúde, processo esse caracterizado como transitório e evolutivo:

"... há uma diferença nítida de cinco anos atrás para hoje, o avanço foi significativo, e até o próprio Ministério está se organizando para operacionalizar o SUS, já que nem eles sabiam como seria. (...) Então, acho que isso tem avançado" (E8).

Sob esta percepção, VALLA & STOTZ apontam que *"um problema do processo reformista desloca-se para o enfrentamento das dificuldades da construção do novo perfil estrutural-funcional do Sistema Nacional de Saúde, onde se busca a centralização descentralizada, ou comando único em cada esfera de governo"* (VALLA & STOTZ, 1996: 133).

A metade dos entrevistados percebeu a questão da desconcentração do sistema de saúde e da transferência de gestão, momento em que, mesmo havendo a municipalização de suas ações, não exime a percepção de que alguns problemas continuam a existir:

"até acho que em curto espaço de tempo a maioria dos municípios não tem condição de entrar na gestão plena, porque no momento em que entrar, a parte de recursos humanos tem que ser aumentada. E as pessoas têm que estar preparadas para isso. Inclusive agora pelo que o governo decidiu, as diversas esferas têm que passarem da gestão plena para a gestão ampliada (estudando a NOAS) (...)" (E6);

"... é um sistema único bom, descentralizou, foi para o município, nós agora podemos, estamos com a bola na mão, podemos decidir que tipo de saúde queremos. E o que fazemos com ele? Acabaram as filas do PAM? Não..." (E10);

Por outro lado, persiste o reconhecimento da dependência municipal à estadual ou federal na questão do financiamento e dos mecanismos de planejamento das ações de saúde:

"... o fato de ser implementado o SUS, eu já falei anteriormente, foi uma revolução na saúde pública no Brasil (...) eles já estão vinculando a alimentação do sistema... com o fornecimento das verbas, se você não alimenta, não recebe. Mas esse ponto eu não considero que seja uma imposição negativa, é uma imposição positiva" (E6).

Em síntese, percebe-se que gestores municipais e membros do CMS de Bagé e Dom Pedrito (RS) mantêm, quanto à visualização do SUS, um discurso comum, com noção de progressividade do sistema; incorporam um apego à legislação, à compreensão do processo com desconcentração dos serviços e ações e a consciência da responsabilidade municipal, com expressões de positividade e negatividade na estruturação municipal e regional do SUS.

No âmbito da saúde brasileira, MENDES, em suas reflexões sobre o SUS, reconhece-o, ainda, "*centrado na inspiração político-ideológica da reforma sanitária brasileira, com sobrevalorização dos princípios e descuido da economicidade e da qualidade do sistema, semelhante a experiências internacionais*", mas procura "*demonstrar que o SUS deve ser entendido como processo social em construção, é proposta que merece ser continuada porque vem constituindo-se em espaço de reforma do aparelho do Estado e de formação de cidadania*", demonstrando que há uma necessidade de reconversão no seu processo de materialização, que "*depende de um conjunto de transformações, tanto gerenciais quanto assistenciais*" (MENDES, 1999: 12-13).

A situação destacada pelos entrevistados corrobora o contexto da saúde brasileira, abordado no capítulo 3 deste estudo. Alguns autores indicam a existência de problemas como CONTANDRIOPOULOS expressa, afirmando que "*o sistema de saúde está em crise, visualizando quatro dimensões para esta situação: financiamento, regulação, valores e conhecimento*" (CONTANDRIOPOULOS apud HORTALE, PEDROZA & ROSA, 2000: 232) . Em consonância com esta posição, MENDES afirma que o "*caos da saúde não se constitui um privilégio do Brasil, é universal*" (MENDES, 1999: 15). Entretanto, as dimensões relacionadas são manifestadas, como diz o autor,

*"pelas dimensões da ineficiência (visível na face do financiamento), da ineficácia (medida pelo incremento de gastos e seu impacto nos padrões sanitários da população), da iniquidade dos sistemas de saúde (manifestada na forma como se distribuem os recursos em saúde) e da insatisfação da opinião pública (determinada pela correlação entre a satisfação dos usuários com os gastos per capita)". (MENDES, 1999: 15-17)*

Todas as dimensões acima, de forma direta ou indireta, encontram-se nas falas dos entrevistados, referendando este autor.

## **4.2 Estruturação**

Este item abrange sete questionamentos realizados aos entrevistados a fim de que caracterizassem as suas percepções sobre o processo de estruturação do SUS no contexto da instância regional da saúde, a 7ª CRS/RS da SES/RS (ANEXO B), descrita resumidamente no início deste capítulo, conhecida por Região da Campanha (RS), na instância municipal (municípios de Bagé e Dom Pedrito), e o processo de consolidação do SUS (enumerando elementos facilitadores, restritores e administrativos).

#### 4.2.1 Estruturação do SUS na microrregião – Região da Campanha (RS)

Os textos da LOS 8080/99 e NOB-SUS 01/96 esclarecem as funções de cada esfera de governo e delimitam os papéis em relação ao conjunto de competências concorrentes para constituir o SUS de forma organizada, respeitando a diretriz de descentralização. Dentre estes dispositivos legais, e em termos gerais, à esfera estadual cabem quatro papéis básicos:

*"exercer a gestão do SUS, no âmbito estadual; promover as condições e incentivar o poder municipal para que assuma a gestão da atenção à saúde de seus municípios; assumir em caráter transitório a gestão da atenção à saúde daquelas populações pertencentes a municípios que ainda não tomaram para si esta responsabilidade; e ser promotor da harmonização, da integração e da modernização dos sistemas municipais". (NOB-SUS 01/96)*

A NOB-SUS 01/96, ainda sobre o papel do gestor estadual, numa dependência do pleno funcionamento do Conselho Estadual de Saúde (CES) e da Comissão Intergestores Bipartite (CIB), viabiliza o exercício deste gestor estadual através

*"da configuração de sistemas de apoio logístico e de atuação estratégica, caracterizadas nos sistemas de: informação informatizada; financiamento; programação, acompanhamento, controle e avaliação; apropriação de custos e avaliação econômica; desenvolvimento de recursos humanos; desenvolvimento e apropriação de ciência e tecnologia; e comunicação social e educação em saúde". (NOB-SUS 01/96)*

Apenas dois (2) entrevistados da 7ª CRS/RS contextualizaram claramente a questão da estruturação do SUS na microrregião:

"tem sempre que analisar no contexto global, (...) Mas no geral, penso que as pessoas estão bem atendidas pelo Sistema Único ..."  
(E5).

Os entrevistados enfatizaram algumas questões que estão em consonância com o disposto na legislação. Entretanto, estas mesmas questões, como a descentralização/regionalização da saúde e o nível de relação/interação da municipalização da saúde, a relação de município pólo, os recursos financeiros, a gestão da instância regional, a instância colegiada – Conselho Regional de Saúde (CRS), a informação e a questão político-partidária, inferem um contexto ainda problemático à consolidação do SUS.

A maioria dos entrevistados destacou a preocupação dos municípios em centrar seus esforços na estruturação do sistema local, ainda que certas dificuldades persistam:

"... cada um fica, ainda, pensando no seu 'pitaco' (pedaço) e não consegue pensar mais que isso (...) mas nunca se pensa no regional. É, penso que tem a ver com centralismo, também, da cabeça das pessoas, de pensar só o seu micro (...) as pessoas não têm essa disponibilidade de pensar mais macro..." (E1).

Houve conformidade entre os entrevistados ao reconhecerem Bagé (RS) como município pólo da microrregião, relacionando-o à oferta dos serviços e ações em saúde tanto de baixa como de média complexidade:

"a operacionalização do SUS, em Bagé, tem sido uma determinante para consolidar o sistema de saúde na região macro ..." (E2);

"o papel que desempenha a Santa Casa como hospital regional, que dá suporte para toda a região, apesar de todos os sacrifícios que a gente tem para conseguir fazer com que ele se comporte como um prestador do Sistema Único, tanto em nível hospitalar quanto em

nível ambulatorial, porque se sabe que, quando chega o final de semana, feriado, sábado e domingo e à noite, quem dá o atendimento básico é o Pronto-Socorro da Santa Casa, ele atende toda a região..." (E5).

Os entrevistados atrelaram a esta consideração dois pontos explicativos e de desconformidade, que pontuam o nível de interação e municipalização da saúde na microrregional à questão da regionalização como diretriz do SUS. O primeiro entrevistado destacou a dependência dos demais municípios a Bagé, manifestada nas seguintes falas:

"... os outros municípios, principalmente esses menores, da volta, que se municipalizaram de Bagé, acham que Bagé sempre pode definir as coisas por eles, tem que pensar neles também, porque eles saíram de Bagé. Isso talvez seja uma das coisas que não se conseguiu ainda fazer no conselho regional" (E5);

O segundo diz respeito à questão dos recursos que se encontram mais alocados no município sede:

"... Bagé conseguiu muito para si, os demais municípios da região não fazem por si, precisam de ajuda do Ministério da Saúde e da Secretaria Estadual de Saúde; os municípios não são pólo, pois não têm o mínimo de recursos para a atenção básica..." (E4);

"... uma determinada solicitação que foi feita e era regional, o município sede simplesmente monopolizou o serviço depois de instalado (...) foi uma solicitação, foi contemplada a região e não o município. Isso tudo é muito confuso..." (E7).

A condição da situação da regionalização da saúde e, conseqüentemente, hierarquização dos serviços no contexto da região da Campanha foi destacada através das seguintes falas:

"... Bagé está sobrecarregada com as coisas mais simples, e teria que ficar as coisas mais complexas para eles" (E6);

"... se a gente for analisar assim, especificamente município isolado, às vezes, falta muita coisa mesmo, em alguns com um ponto de estrangulamento, sem dúvida..." (E5).

Observou-se distinção entre as falas dos representantes da instância municipal sobre a atuação da instância gestora regional. Dos representantes do município de Bagé, um não fez nenhuma menção, enquanto que os outros dois apresentaram a falta de acesso à informação como um elemento limitador no processo de descentralização e regionalização da saúde, como está transcrito na fala abaixo:

"... é essa grande região que nós temos aqui... acho que estão um pouco truncadas as informações da Coordenadoria da nossa região, (...) uma das falhas consiste nas novas informações, o acesso a resoluções e portarias etc. Eu acho que deveria haver mais informações concretas, com mais rapidez para que então os municípios pudessem se adequar..." (E9).

Entretanto, os representantes do município de Dom Pedrito apresentaram positividade na relação com a gestão da regional, caracterizada na fala:

"com relação à Coordenadoria, sim, porque todas as nossas ações são fiscalizadas e cobradas, tem-se que apresentar tal relatório, tal coisa, em tal prazo, existe esse programa aqui, como é que vocês estão aí... Nesse ponto, a relação é boa, a gente vai lá, eles vêm aqui, então quer dizer, existe uma cooperação, independente, digamos assim, da questão política, pelo menos eu sinto assim;... Existe também a Coordenação, funciona de fato como uma Coordenadoria, coordena as ações desses municípios e também ampara os conflitos que podem existir entre o município pólo e outros municípios..." (E6).

Na contextualização da estruturação do SUS, quanto à questão da instância colegiada na esfera regional, a maioria dos entrevistados reconheceu a inexistência e a necessidade do Conselho Regional de Saúde (CRS):

"... acho que o Conselho Regional, sem dúvida, é uma coisa que tem que existir. Na medida em que houver Conselho Regional, se conseguirá, de forma melhor, fazer consórcio, fazer negociações entre municípios e intermunicipais" (E5);

"... não lembro de nunca ter participado de uma reunião interconselhos, conselhos da região. Deveria haver um encontro entre os conselhos..." (E10).

A questão política esteve presente nas falas dos entrevistados, com relação à estruturação do SUS na microrregião, o que possibilitou identificar três fatores influenciadores no processo de estruturação do SUS. O primeiro referenciou a troca de legislatura como um retrocesso neste processo:

"muitas coisas que estavam mais consolidadas noutra gestão e agora mudam, mudam as pessoas, mudam as cabeças, mudam os pensamentos e parece que há um retrocesso. Esse primeiro ano de administração é meio complicado" (E1).

O segundo fator relacionou uma união das forças políticas municipais no planejamento de serviços, mas uma centralização na implementação dos mesmos para o município pólo. Tome-se, como exemplo, a questão da farmácia regional, referida por todos os entrevistados:

"a farmácia em Bagé seria uma farmácia regional. Eles usaram uma força política, de todos os municípios, para criar uma farmácia regional. Só que na hora de colocar no papel, ficou uma farmácia Municipal de Bagé" (E3).

A independência da questão política, numa visão geral, foi o terceiro fator apontado:

"o pessoal tem trabalhado bastante nos dois municípios e, independente de governo que tenha passado, eles buscam auxiliar a Coordenadoria, buscam melhorar o seu serviço, aumentar o número de atendimento; o trabalho das Secretarias Municipais, normalmente, tem se encaminhado para isso. Na implementação do SUS e independente de sigla partidária, cada um quer fazer, cada um faz de um jeito, claro que tem a política no meio, a política partidária, mas penso que eles têm encaminhado, avançado bastante nessa questão de implementar as suas ações" (E5).

Neste item, os entrevistados configuraram o processo de consolidação da estruturação do SUS na esfera estadual, que tem como gestor a SES-RS, com exercício direto através da 7ª CRS/RS, constatando que, em seu processo de descentralização das ações e de serviços de saúde, prevalece ainda centrado nos esforços de estruturação do SUS em cada sistema local (município), na dependência da operacionalização do sistema de saúde do município pólo com centralização na implementação das ações, denotando um caráter desarticulador no processo de regionalização da saúde.

A compreensão deste contexto, percebido pelos entrevistados, permite resgatar alguns autores como MISOCZKY (1999), MENDES (1999) e SILVA E LABRA (2001), que comentam sobre o gestor estadual delimitado na NOB-SUS 01/96, não deixando bem definido o seu papel ao propor a descentralização. Isto se caracteriza por uma "*crise de identidade*" das SES, em função do redimensionamento de seu papel de atuação, pois, de executoras de serviços e ações em saúde, passaram a ter a atribuição de programadoras, reguladoras, coordenadoras e fiscalizadoras de todos os aspectos operacionais da política de saúde estadual, agregando o papel de

prestação de assistência técnica e financeira, viabilizando ao município desenvolver, com autonomia, sua política local de saúde. Esta transferência de funções de instância estadual para municipal, segundo MENDES, tem criado um "*um profundo descompasso entre objeto, estrutura e métodos*" dentro da SES, onde ainda "*prevalece o modelo de administração burocrática*" (MENDES, 1999: 125). Assim, há necessidade de uma estruturação desse modelo para possibilitar o fortalecimento do processo de descentralização e municipalização do sistema de saúde brasileira.

No entanto, as falas dos entrevistados corroboram a posição de MISOCZKY (1999), que registra uma relutância dos gestores estaduais em desencadear o processo de cooperação e o estímulo para a efetiva descentralização das ações em saúde. Outro ponto de observância, neste item, é a questão da regionalização das ações de saúde, que não se encontra explicitada na NOB-SUS 01/96, apenas referenciada através dos consórcios de saúde e da formação do Conselho Estadual de Saúde (CES), não concretizada no processo de estruturação do gestor estadual na região deste estudo.

Este contexto teve como principal elemento dependente e influenciador a questão político-partidária, que se torna limitador por causa do interesse de cada gestor municipal em favorecer suas bases, da influência partidária e do poder de veto, das trocas de legislatura e da união de forças políticas intermunicipais somente para a aquisição de recursos financeiros. SILVA e LABRA (2001) dizem que a relação, boa ou ruim, entre as instâncias depende de uma correlação positiva ou negativa entre as forças políticas e da capacidade dos atores em colocar seus interesses para influírem nas decisões. Por sua vez, a atuação da CIB e do CES vai ser incentivada ou inibida, dependendo da forma autoritária ou democrática da SES exercer o poder.

Este quadro indica uma conformidade com a reflexão que MATUS (1996) faz sobre o enfoque político na contextualização atual da política, pois ainda prevalece a influência dos partidos como elemento importante nos rumos das políticas de saúde, e uma correlação de forças na máscara de uma "negociação". Caracteriza-se o poder simétrico com predominância do pólo tecnocrático de determinados gestores municipais para obter mais chance de conseguir recursos e benefícios para as questões de saúde no município pólo (Bagé), indicando que entre os atores que participam do processo de tomada de decisão, na estruturação e consolidação do SUS, na microrregião da Campanha (7ª CRS/RS) e nos municípios em estudo, há uma pequena colaboração e cooperação, denotando uma concorrência e um jogo de pressão em que alguns ganham e outros devem perder. Neste momento da discussão, pressupõe-se que no "olhar" desses gestores de saúde ainda há uma concentração no planejamento (a ser discutido posteriormente) tradicional, dificultando o processo de consolidação do SUS.

#### 4.2.2 Estruturação do SUS na instância municipal – municípios de Bagé e Dom Pedrito (RS)

Da análise do arcabouço jurídico-político do SUS, ao gestor municipal cabe a provisão das ações e serviços de saúde envolvendo a formulação de políticas de âmbito local, sendo o primeiro e maior responsável pelo planejamento, execução, avaliação e controle de ações e serviços de saúde voltadas à garantia de acesso ao atendimento integral do indivíduo, ao coletivo e do ambiente.

As características dos municípios de Bagé e Dom Pedrito (RS), foco deste estudo, foram apresentadas no capítulo anterior e algumas foram resgatadas pela maioria dos entrevistados, com menção a necessidades e problemas como de renda, educação e saúde relacionadas ao processo histórico e cultural da região que se encontram inseridos.

Na questão sobre a estruturação do SUS nos municípios de Bagé e Dom Pedrito (RS), os entrevistados apontaram corretamente que estes se encontram habilitados na condição de Gestão Plena da Atenção Básica, que está definida na NOB-SUS 01/96 para a operacionalização dos princípios e diretrizes do SUS. Nesta abordagem, apenas um membro do CMS teve destaque mencionando "é, e a municipalização é o básico (E11). Quando foi falado o tipo de gestão, o mesmo complementou: *"não estamos familiarizados com esses termos"*.

Nesta questão, os entrevistados centraram a estruturação municipal do SUS nos elementos de infra-estrutura, recursos humanos, serviços e ações em saúde, participação popular e instâncias colegiadas.

Sobre a questão da infra-estrutura houve menção de disparidade entre os municípios, com uma relação direta entre cenário político e esfera local. No caso, Bagé (RS) representaria maior trânsito político:

"... e temos, em termos de estrutura física, uma boa estrutura em relação à grande maioria dos municípios do estado e, se sabe, em termos de país" (E2);

"... notório nessa gestão, pois a gestão anterior fechou os postos da periferia, e a população desembocou no Posto de Atendimento Médico (PAM) (...) foi feito um trabalho muito grande para equipar (...) a Secretaria Municipal de Saúde foi equipada com RX simples,

ultra-sonografia, eletrocardiograma, eletroencefalograma (ECE) com mapeamento a cores, a rede foi informatizada... foi possível montar uma rede básica" (E4).

Nesta situação, Dom Pedrito, que teria menor aporte político nas instâncias regional e estadual, foi assim discutido:

"Dom Pedrito... tem uma coisa muito centralizada, completamente, só tem um Postinho de Saúde, um PAM, e nada mais. O município é grande, uma cidade que não é pequena e é tudo centraliza ali ao lado do hospital e acabou" (E1);

"o pessoal daqui de Dom Pedrito reclama muito; a população deseja um aparelho de ultra-som, mas que funcione via SUS. Não tem, não pelo SUS (...) a Secretaria Municipal de Saúde agora está se informatizando" (E11).

A questão de recursos humanos foi referendada por todos os entrevistados, com o diferencial de que Bagé (RS) *"tem várias equipes, muitos profissionais em vários serviços desenvolvidos"* (E2) e que em Dom Pedrito *"nós não temos uma gama de profissionais de todas as áreas que necessitariam se envolver, nós não temos todos disponíveis no Sistema Único de Saúde"* (E5).

Entretanto, houve um parecer unânime de que nos dois municípios o foco da questão dos recursos humanos se constitui um problema:

"... na questão do quadro do pessoal há pouca discussão até mesmo com os trabalhadores, das pessoas que têm um contrato de trabalho para atender pelo SUS, e alguns nem têm muitos conhecimentos, ou praticamente nenhum conhecimento do que é SUS (...) os trabalhadores da saúde apresentam grande disparidade de salários entre si, dependendo do níveis a que pertençam, seção estadual, federal ou municipal" (E2);

"... os prestadores de serviço ou mesmo gestores não conseguem visualizar a necessidade do nosso usuário (...) eu não recebi nenhum treinamento, nenhuma orientação, cheguei para trabalhar e ninguém me disse nada... nem o local de bater o cartão ponto (...) Movimentamos os serviços, mas eles não se preocupam com a capacitação do pessoal, com a informação disso para o público. Há uma preocupação, mas não é uma coisa bem direcionada nem harmônica..." (E7).

Estas considerações sobre a infra-estrutura e os recursos humanos, apresentados com diferenças entre os dois municípios, conduziram a uma contextualização dos serviços de saúde, retomando a questão da habilitação na gestão Plena da Atenção Básica, relacionada à condição de descentralização, postulada pelo arcabouço-jurídico do SUS. A maioria dos entrevistados pontuou essa questão de forma indireta, representada nas seguintes falas:

"... no Pronto Socorro (PS) são consultas eletivas, que podem ser feitas nos postos (...), por que o Hospital de Clínicas recebe recursos da saúde solidária e não atende pelo SUS? Só há atendimento de urgência e quando é emergência fazem a baixa (...); reduziram o número de leitos, porque a AIH existe, mas não há leitos, (...) temos 70 médicos na rede (...) e se quer implementar o Posto Sanomani (Bagé), mas não se consegue porque, desses 70, ninguém quer atender, e a Secretária não tem como forçar..." (E9);

"... devem ser melhor estruturados os núcleos periféricos, pois as demandas são grandes e aumentaram numa progressão muito maior do que se poderia..." (E3).

Apenas um gestor regional fez uma análise direta de ambos os municípios:

"... sem ter quem opere, quem coordene isso de uma maneira integrada... no seu todo, muitas vezes, não está articulado, cada posto faz uma coisa que não está relacionada a outras ações, pois não tem essa questão de rede que deve ter o SUS, articulada e

regionalizada (...) Há muitos profissionais, mas que estão um pouco centralizados, talvez, aqui no próprio centro, ficando a periferia descoberta (Bagé) (..) e um município (Dom Pedrito) de quase 40 mil habitantes, tem uma sala de vacina para todo município " (E1).

Entretanto, a questão da estrutura dos serviços de saúde nos municípios em estudo foi abordada pela maioria dos entrevistados, quando estes visualizaram a situação do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Dom Pedrito foi referenciado da seguinte maneira:

"a implementação do PACS foi na gestão passada, vai para o terceiro ano, eu acredito (...)muitos desses números melhores que temos hoje também estão relacionados à implementação do PACS" (E6).

Em Bagé (RS), a situação é diferente, pois o PACS foi criado, implementado e extinto. De acordo com a fala de um dos entrevistados:

"... a retomada do PACS que se espera agora para o mês de maio. Para um município que tem PACS é diferente a montagem do sistema do que para outro que não tem. Se busca na comunidade as informações, o controle, a parte mais educativa, se existe o PACS..." (E2).

As considerações realizadas sobre o Programa da Saúde da Família (PSF) denotam:

"... a idéia é fazer um trabalho efetivo com o PACS, um trabalho que tenha um alcance aqui é o que todos esperamos e, então, iniciar o estudo para a implantação do PSF, que é um programa fantástico, um programa que vai servir para desafogar os postos de saúde, o pronto atendimento e que vai servir para resolver, inclusive, os problemas de baixas hospitalares. São aspectos positivos para a consolidação do SUS (em Bagé)" (E9);

"a gente gostaria de implementar (...) mas acredito que o problema maior do PSF reside nos recursos humanos, porque não se pode ter só a filosofia do programa e não se ter a pessoa treinada, de forma apropriada e com vocação, já que é um serviço completamente fora do modelo antigo" (E6).

Nesta contextualização do SUS na esfera municipal, tanto os gestores municipais e regionais, como os membros da instância colegiada, fizeram menção voluntária sobre a participação popular, outra das diretrizes do SUS. Os entrevistados concordaram que a população tem sido mais participativa, mas que esta desconhece o seu direito, o próprio sistema de saúde e o seu poder dentro do processo de estruturação e consolidação do SUS municipal.

O Conselho Municipal de Saúde (CMS), de ambos os municípios, foi considerado como em evolução. Mas delineou-se que, em Bagé (RS), *"está mais fortalecido e têm acontecido muitas discussões, informações são trocadas"* (E9). Para Dom Pedrito, foi dito que *"o Conselho não é muito atuante"* (E3), *"que não sabe tudo, é extremamente desinformado"* (E11), melhor caracterizado na fala:

"o Conselho Municipal de Bagé evoluiu muito, já vem evoluindo, assim, há um tempo bem grande. E eles, então, vão atrás, trabalham esses dados, investigam, formam comissões. Hoje, se vê, nas reuniões do conselho municipal, pessoas que não são conselheiros, e isso é uma coisa boa, que valoriza o Conselho (...) Dom Pedrito é uma cidade ainda muito fechada, existindo uma dificuldade maior; ouvem-se queixas de conselheiros que não conseguem atuar como deveriam. O Conselho ainda não funciona como o de Bagé, que funciona melhor. O Conselho de Dom Pedrito evoluiu muito, mas pelo próprio perfil da cidade, aqui é mais difícil de conseguir" (E5).

Os membros do CMS de Bagé (RS) traçaram algumas considerações quanto a sua composição e regimento:

"... há sindicatos dentro do Conselho, como o SINERGISUL, que é particular. Por outro lado, como é a representação de um senhor que mora lá no fim da Damé, que tem 48 anos, que quebrou uma perna, que não é aposentado, que não trabalha, que não têm carteira assinada? Ele não é representado, então tem uma falha séria na participação popular organizada. Temos grandes problemas, também, como, por exemplo, o Presidente da Associação de Bairro, que é eleito por três ou quatro pessoas e a população do bairro é de quatro a cinco mil pessoas..." (E9);

"... na verdade, o conselho tem uma representação capenga, para usar uma expressão bem nossa, por quê? (...) Mas Bagé ainda não tem Distrito Sanitário, então, temos o quê? Temos um conselho com representação de classe" (E10).

Em uma concepção geral, o SUS, no município de Dom Pedrito, foi caracterizado como *"um processo complicado"* (E5), *"é muito lento (...), mas melhoraram as condições de saúde de Dom Pedrito"* (E3), *"ainda não conseguimos enxergar a totalidade das necessidades, mas está caminhando muito bem, já é um processo"* (E7); enquanto que em Bagé (RS) *"foi feito um trabalho muito grande"* (E4), *"sistema desorganizado, mas tem capacidade de atendimento básico"* (E9) e *"o processo de consolidação do SUS é lento, mas avança"* (E8).

O processo de estruturação do sistema local de saúde, nestes dois municípios, pautou-se nos elementos de infra-estrutura, recursos humanos, serviços e ações em saúde, participação popular e instâncias colegiadas, mas tiveram a sua efetivação de maneira desigual, mesmo considerando que as características geopolíticas e sociais destes sejam semelhantes. O quadro apresentado neste item entra em consonância com o quadro delineado no item anterior sobre a estruturação do SUS na esfera regional, com características de disparidade nas dimensões da infra-estrutura, recursos humanos e ações e serviços, estando mais consolidado no

município de Bagé. Porém se percebe, ainda, uma dissociação no princípio de hierarquização e de rede regionalizada, revelada através da operacionalização dos serviços de saúde em função da forma fragmentada e pouco sistemática na distribuição do atendimento, dos programas oferecidos e do número de recursos humanos disponíveis. Esta abordagem, também, teve como pano de fundo para subsidiar o processo de estruturação local do SUS, o cenário político com maior trânsito e atuação no município de Bagé (RS) bem como maior fortalecimento de seu CMS.

#### 4.2.3 Processo de consolidação do SUS

Neste item do estudo, apresenta-se a percepção dos gestores estaduais e municipais e membros do CMS da Região da Campanha (RS) quanto ao processo de consolidação do SUS. Esta etapa corresponde à segunda apresentada na análise do Ministère de la Santé et des Services Sociaux (MSSS, 1997 apud CONILL, 2000) sobre as mudanças recentes do sistema de saúde canadense, que divide a trajetória do sistema quebequense em três etapas: implementação, consolidação e implementação das atuais transformações.

Buscando uma contextualização destas etapas à realidade loco-regional do SUS, cinco questionamentos foram realizados aos gestores de saúde e membros do CMS envolvidos neste estudo, a saber:

- quais são os elementos determinantes;
- quais os elementos facilitadores;
- quais os elementos restritores;
- como o gestor tem operacionalizado o SUS; e
- quais os elementos administrativos usados por ele que são determinantes para esta operacionalização e para a consolidação do SUS.

As respostas destes questionamentos encontram-se, respectivamente, abaixo relacionadas e, pela conformidade com que quatro questões se destacaram, foram consideradas como marcos explicativos: a questão do controle social, dos recursos humanos, do financiamento e da gestão no processo de consolidação do SUS. Estes quatro marcos explicativos são analisados por autores, como DEMO (1999), FLEURY (1997), MENDES (1999), MINTZBERG (1995), DUSSAULT (1992), VEIGA apud SPINK & CLEMENTE (1997), ROEMER (1991) e CONTRANDIOPAULOS (1986) apud HORTALE, PEDROZA & ROSA (2000), CONILL (2000), SILVA (2000), e SILVA e LABRA (2001).

Cabe ressaltar que os entrevistados, no momento do questionamento sobre os elementos administrativos, denotaram uma certa incompreensão de seu significado e importância no contexto do processo de trabalho, que aqui envolve o processo de consolidação do SUS, como retrata a fala abaixo:

"não sei o quê que poderia considerar como administrativo ou não administrativo... se a gente trabalha na coordenação com assessoria, basicamente, não se executa, se assessora. Assim, o administrativo é tudo, não sei se entendo assim... se o administrativo está separado de outras coisas... acredito que está intrínseco, no agir

como um todo. Porque não se pode dizer agir administrativamente, agir tecnicamente..." (E1).

A maioria dos entrevistados mencionou, numa concepção geral, que estes marcos explicativos podem ser tanto facilitadores como restritores para a consolidação do SUS:

"... os mesmos elementos facilitadores agem como restritores à medida que existem reservas e resistências. São restritores somente a essa medida, uma vez que existem focos, digamos idéias que não aceitam, que são céticas quanto ao Sistema Único de Saúde" (E3).

#### 4.2.3.1 Primeiro marco explicativo: a questão do controle social

O primeiro marco explicativo do processo de consolidação do SUS constitui-se na questão do controle social através de elementos fundamentais como a informação e a participação dos profissionais de saúde, da população e dos membros do CMS.

Observe-se que este primeiro marco explicativo já foi referido no item 4.1.1, revelando que a participação, a discussão e o acesso a informações fizeram parte do processo de conformação do SUS. Estas duas questões, também, adquirem papel importante, vinculando-se às questões de gestão e do processo de tomada de decisão para operacionalizar e consolidar o processo de municipalização das ações e serviços de saúde, tendo como conseqüência maior a materialização das políticas sociais no processo de democratização da sociedade, como indicam DEMO (1999), FLEURY (1997), MENDES (1999), dentre outros autores.

As prerrogativas do sistema de saúde brasileiro encontram-se previstas no arcabouço jurídico-político do SUS, no qual a participação da comunidade é uma diretriz, caracterizada com poder decisório da comunidade (usuários) e dos trabalhadores da saúde na formulação, gestão, controle e fiscalização das políticas de saúde. A informação deve, também, ser considerada como um dos princípios do SUS.

No contexto geral dos elementos determinantes da formulação de políticas de âmbito local para a consolidação do SUS, houve homogeneidade nas respostas de dez (10) entrevistados sobre a participação dos profissionais de saúde através da discussão de forma consciente e com compreensão do que é o SUS, sendo que apenas um (1) entrevistado (E4) não fez referência direta.

"... se eles não estimulassem essa discussão, não se consolidava como está se consolidando. Claro que teve que sair do controle técnico ou só da questão de ser trabalhador, teve que ir para esfera, mais ampla, como a política e até econômica para poder se consolidar. Mas acho que foi importante a questão da participação dos trabalhadores de saúde, de técnicos, que tinham uma visão diferenciada (...), está inserido na visão da democracia e da participação" (E1).

A participação do profissional de saúde como elemento facilitador no processo de consolidação do SUS reafirmou este contexto de conhecimento e discussão na fala de cinco (5) dos onze (11) entrevistados:

"a participação, o envolvimento do profissional de saúde, e, como diria, o envolvimento da população no processo através de conferências, pré-conferências de saúde, Conselho de Saúde" (E3);

"... o conhecimento, a informação, isso que faz o profissional mais inteiro... Estão se dando conta que se ficar só fazendo o trabalho

dele, do cotidiano e não fazer parte do todo, se não contextualizar a prática dele, se torna um profissional marginalizado, não consegue fazer parte, e ele está se apossando dessas informações... Os profissionais estão se dando conta que a discussão é lá dentro do conselho, que lá acontecem todas as coisas, passam todas as informações dos programas, dos recursos" (E8).

Retoma-se, aqui, a questão da informação como princípio de gestão. No caso, informação como elemento de cidadania e instância promotora de consciência sanitária.

Quando da abordagem dos elementos restritores, a questão da participação dos trabalhadores não divergiu da importância e necessidade reconhecidas pelos entrevistados para consolidar o SUS. Entretanto, foi reconhecida uma deficiência:

"às vezes, até muitos trabalhadores da saúde não tem incorporado que aquele serviço é nosso, é da comunidade, é público mesmo, que é de todos... que posso até opinar sobre o atendimento, ou elogiar; a participação pode ser alavanca, ou ser restritora, se não for exercida...." (E1);

"... da falta de pessoal técnico, a desinformação dos próprios profissionais da área ..." (E7).

Cinco (5) entrevistados destacaram a participação da população com palavras como "*consciência e unida*", "*conhecimento e organizada*", retratadas nas seguintes falas:

"... e a população está tomando conhecimento do que é o processo de saúde pública, o conhecimento da sua necessidade de participação, responsabilidade e seus direitos..." (E3);

"... acho que o fator principal para que o sistema se incorpore de fato e de direito é a população ir bater na porta, bater na mesa, eu quero

que o sistema funcione... é a participação popular organizada..." (E9).

Novamente, vincula-se a participação popular à questão da informação na contextualização dos elementos facilitadores:

"... as pessoas estão tendo uma consciência, a população está se apossando dos seus direitos e tendo conhecimento das leis, e isso, está fazendo com que ocorram muitas modificações nos hospitais, nos serviços públicos, na gestão... (...) a população precisa se informar mais ainda, mas já está tomando consciência do lugar dela, se não participar desse processo, não vai haver mudanças..." (E8).

Frente aos elementos restritores, a participação popular esteve relacionada, também, à participação social e ao acesso da informação:

"... a comunidade jamais se sentiu inserida nesse contexto, até porque não tinha mecanismos de participação. Hoje existem os mecanismos e, com raras exceções, eles não funcionam, por quê? Porque a população não foi educada ou não foi re-educada para participar" (10).

Esta participação também foi associada ao perfil da população, representada, como se pode ver, nas falas de um gestor regional e de um membro do CMS:

"... velha mania que todos temos de pensar assim: antes nem tinha consulta, mas agora posso ir para fila à meia-noite, ficar toda a noite na fila, e no outro dia vou consultar. Então, já é muito bom e esta é a realidade que se tem...; existe também aquele perfil da pessoa que não é doente e acha que é, então, essa é a que mais gasta. Por outro lado, tem aquela pessoa que é doente e não sabe que é, ou, por achar difícil a procura de assistência, não se trata. Mais tarde, quando for em busca de tratamento, vai gastar mais ainda" (E5).

Ainda sobre a participação, foi consagrada a questão do controle social nos três questionamentos realizados, sendo que os elementos determinantes da consolidação do SUS, resgatando a legislação com foco na existência da instância colegiada via CMS e Conferências, foram assim contextualizados:

"a questão do controle social, certamente, é fundamental para consolidação do SUS, que é a garantia do controle social e a valorização do controle social ... isso aí interfere diretamente na política de saúde (...) Então, nesse sentido, esse poder de participar da discussão e da decisão facilita o acesso da população em geral como parte decisória e ajuda a incrementar" (E2);

"Penso que é importante, sempre, o controle externo. À medida em que a constituição, essas leis federais e os próprios decretos estaduais vão fortalecendo os Conselhos Municipais de Saúde tem-se um ganho muito grande, vê-se aí o fortalecimento do controle social" (E5).

Neste mesmo contexto, foram considerados como elementos potencializadores a capacitação técnica dos membros do CMS e a questão política, assim lembrados:

"a paridade, que é uma das exigências, para mim é importante, além da questão dos conselhos, como conselho da saúde, e dos próprios trabalhadores. Dependendo da própria política, em nível local e estadual, facilita-se também o acesso desse pessoal para a discussão" (E2);

"a gente tem buscado trabalhar bastante nesse sentido, de capacitar conselheiros municipais de saúde, estaduais, e de fazer, ao mesmo tempo, que os gestores consigam entender que a função do conselho não é a de acatar as ordens dele, e, sim, de discutir junto com eles e achar o caminho em conjunto..." (E5).

Quanto aos elementos complicadores, os entrevistados centraram a participação na relação da representação do usuário do SUS junto ao CMS:

"No entanto, esses presidentes se dizem representantes da comunidade. Não quero generalizar, mas há alguns, e a gente sabe disso, que usam a representação politicamente, usam de tudo que é forma a posição de líder de bairro... (...) outro fator, e dentro dessa preocupação que a gente vê, reside nas pessoas que têm medo de comparecer num grupo desses (CMS), porque lá todos os técnicos estão reunidos..." (E9);

"... se uma presidente da associação de moradores, que deve ter uma consciência maior de participação, não participa do Conselho Saúde, e foi lá para relatar um caso pessoal, como esperar que a comunidade vá lá e participe. Então, não temos o hábito de participação, primeiro, porque não tínhamos os mecanismos, agora, porque não temos a cultura..." (E10).

Em relação ao perfil do membro do CMS, quatro (4) entrevistados destacaram como limitador a falta de conhecimento, de envolvimento, de consciência do poder de participação e de discussão:

"... Mas, na grande maioria, esses conselheiros não conhecem o poder que eles têm, então os conselheiros municipais não estão instrumentalizados para fazer o papel deles (...) dentro dos elementos restritores da implementação do SUS é a falta de capacitação dos conselheiros, a falta de conhecer o trabalho deles, de estar discutindo junto com o gestor, de não ficar só acatando" (E5);

"... o administrador desconhecia um artigo da legislação do Conselho (...) sabe o que é a outra política, mas não sabe a política de saúde ou desconhece totalmente a legislação e, também, se conhece a legislação, sabe que é por ali, mas não se envolve (...) a questão do desconhecimento, por parte daqueles agentes administrativos, dos órgãos conveniados com o SUS, conveniados e contratados com o SUS..." (E9).

"... quando há uma eleição no Conselho, ninguém quer assumir porque ninguém quer se incomodar, se envolver. Quem acaba

assumindo, muitas vezes, é aquele que não está preparado, aquele que tem boa vontade. Só que, às vezes, a boa vontade não basta (...) é uma questão de cultura; (...) diria que tem conselheiro que se abstém de votar, porque (...) ele não entendeu (...) desconhece o sistema, os mecanismos, o próprio regimento" (E10).

Ainda neste primeiro marco explicativo, oito (8) entrevistados contemplaram a participação como um elemento administrativo no processo de consolidação do SUS, através do elemento reunião com o grupo de profissionais da saúde, associando à questão da interação e da discussão sobre o sistema de saúde. As seguintes falas denotam este contexto:

"reuniões formais e informais, mas mais informais do que formais, eu procuro estar sempre em contato (...) então tem muitas coisas que depende de muitas vezes de a gente fomentar, senão elas não acontecem..." (E6);

"uma das questões é a formação de equipes, a gente está sempre buscando discutir com todas as equipes, tem procurado ouvir os trabalhadores, quais as dificuldades que eles têm (...) já fizemos três reuniões, porque justamente temos visão que uma das grandes falhas do município é a questão da capacitação. Sabe-se que para melhorar a qualidade no atendimento é a maneira como esses profissionais se relacionam com um usuário" (E2).

Nessa questão, também, foi demonstrada a necessidade de participação, com reuniões e discussões sobre o SUS, juntamente com outros gestores e segmentos de saúde:

"... outra coisa é fazer o processo de discussão com todos segmentos, não só com o Conselho, mas todos, principalmente as instituições mais fechadas que trabalham com o SUS, que são os hospitais (...) acho que a maior a estratégia da Secretaria tem sido, se aliar ao Conselho de Saúde no sentido de poder discutir com eles,

dar poder, compartilhar poder, co-responsabilizar segmentos da sociedade que fazem parte desse Conselho e são estratégias da Secretaria" (E8).

Os elementos participação, informação e controle social, pontuados como positivos ou negativos à consolidação do SUS, destacaram-se como um primeiro marco explicativo à situação, tencionando esta diretriz do SUS.

Entende-se que o elemento participação foi pontuado como positivo à conformação do SUS, e se torna um elemento pertinente ao controle social, representado pela instância colegiada correspondente a cada um dos três gestores (municipal, estadual e federal), no âmbito político-administrativo, e constituído pela sociedade civil, organizada e ativamente participante, tem a competência para atuar na formulação de estratégias e no controle sobre as políticas de saúde e é compreendido por vários autores, como MENDES (1999), SILVA e LABRA (2001), como sendo o elemento fundamental para efetivar o processo de consolidação deste sistema.

MINTZBERG, ao caracterizar a estrutura administrativa de uma organização profissional, faz uma indicação da participação através da palavra controle, na qual os *"os profissionais não somente controlam seu próprio trabalho como também buscam controle coletivo sobre as decisões administrativas que os afetam"* (MINTZBERG, 1995: 196). No contexto da gestão dos serviços de saúde, DUSSAULT aborda a questão da participação *"como sensato associar a comunidade à identificação das necessidades e à avaliação dos serviços, de maneira a assegurar a adaptação desses serviços"* (DUSSAULT, 1992: 15) e indica que esta participação pode acontecer de modo variado nas decisões estratégicas para que possam receber os serviços conforme suas necessidades.

Considerando a política de saúde como uma das áreas da política social, resgata-se DEMO, quando este reconhece que o "o eixo político da política social centra-se no fenômeno participação" (DEMO, 1999: 12). É possível fazer uma associação da questão participação ao acesso à informação e, na compreensão de VEIGA, este é um pressuposto ao exercício da cidadania: "*cidadãos bem informados estariam mais bem qualificados para exigir uma prestação de serviço público que se oriente por parâmetros universalistas, de eficiência e de qualidade*" (VEIGA apud SPINK & CLEMENTE, 1997: 75). E, assim, estes três elementos, numa interdependência, constituem-se em facilitadores ou restritores da efetivação do processo de consolidação do SUS como uma política social.

#### 4.2.3.2 Segundo marco explicativo: a questão dos recursos humanos

O segundo marco explicativo para a consolidação do SUS foi a questão dos recursos humanos em saúde. Todos os entrevistados consideraram a capacitação e o treinamento dos profissionais da saúde como elemento fundamental, tanto impulsionador como limitador, à consolidação do SUS e os associaram à participação, interesse e conhecimento do sistema:

"É estanque, o profissional de saúde está se capacitando..." (E3);

"pessoas que trabalham exclusivamente para o SUS estão muito bem, as pessoas que usam o SUS como bico para aumentar sua renda mensal estão sempre reclamando..." (E5);

"... precisa-se também de outros funcionários sejam capacitados para atuar, porque a forma de alimentação de dados é complexa" (E6).

Na fala sobre os elementos facilitadores, a capacitação e treinamento foram colocados de forma direta e necessária para concretizar o SUS:

"... se ele (o gestor) tem uma boa equipe, se são bem instrumentalizados, bem treinados, para buscar nos meandros das leis, das portarias, dos regulamentos e regimentos todas as possibilidades, das necessidades de saúde em seu município, ele dança, canta, ri com a maior facilidade, porque tem como fazer isso" (E7).

Os entrevistados enfatizaram a questão dos recursos humanos como elemento restritor na consolidação do SUS, utilizando um tempo maior em suas falas e centrando em quatro pontos: a capacitação/treinamento e número de profissionais, formação e perfil do profissional em saúde. O primeiro ponto indicou que ainda há carência quanto à capacitação/treinamento, mesmo havendo oferta de cursos de capacitação:

"... mas falta qualificar (...) temos um concurso em uma determinada área, mas quando a pessoa começa a trabalhar, as secretarias não fazem um período de adaptação, de capacitação" (E7);

"... ele faz o treinamento, mas o treinamento é muito curto e não é suficiente para quebrar com todas as maneiras de agir anteriores" (E6).

O segundo ponto restritor à consolidação do SUS foi apontado por três (3) entrevistados, que assim contextualizaram a falta de recursos humanos na saúde:

"o principal é a falta de pessoal técnico; é um elemento que mais restringe, e tudo como consequência da falta de pessoal técnico..." (E7).

Cinco (5) dos onze (11) entrevistados reconheceram como terceiro ponto restritor a questão da formação do profissional, centrada no modelo médico-assistencial e não preparando o profissional para trabalhar em saúde pública, indo de encontro ao modelo de saúde preconizado pelo arcabouço legal do SUS, explicitado nas seguintes falas:

"os nossos cursos não formam um médico sanitaria, nem enfermeiro sanitaria, não forma para esse tipo de coisa, forma para a tecnologia..." (E5);

"... o que se tem é um modelo antigo, médico-assistencial, e prepondera agora mais a atenção (...) isso é uma transição que temos que passar, porque tem que mudar a cabeça do profissional, porque teve uma formação de trabalhar de uma maneira; nota-se que muitos já estão se adaptando a essa circunstância, outros têm mais dificuldade" (E6).

O quarto ponto restritor da questão dos recursos humanos centra-se no perfil do profissional de saúde, que foi contextualizado em várias características apresentadas por nove (9) entrevistados. Estas características compreendem um profissional técnico, individualista e corporativista, conforme as falas abaixo:

"... que as pessoas se insiram nos seus contextos sociais, no geral, não fiquem na questão da individualidade. Deve-se ver como um todo, ver a comunidade geral, estar inserido num contexto, que pode ser tanto facilitador como restritor" (E1);

"que permanecem principalmente embasadas no favorecimento de grupo... costumamos a abrir a mente para aceitar um processo que exige que se abra mão do conhecimento técnico e do conhecimento do SUS enquanto sistema, da política de saúde em si,... parece que temem o conhecimento da população nesse sentido. Então, detêm enquanto possível" (E3).

Entre as características do perfil do profissional de saúde, quatro (4) entrevistados indicaram como problema a desmotivação devido às diferenças salariais entre os servidores municipais, estaduais e federais, a despreocupação com a proposta e a qualidade de trabalho do SUS relacionada à remuneração destes profissionais:

"o fato de se trabalhar com pessoas que fazem a mesma função e recebem valores diferentes, porque trabalhamos com funcionários federais, estaduais e municipais, dentro da mesma Secretária, do mesmo setor (...) e vê que muitas vezes acaba desmotivando muita gente em função das diferenças" (E6);

"... Nós entramos numa situação que ficou muito cômoda para quem era gestor, já que o gestor brincava de pagar e o prestador brincava de prestar um serviço. Aí, começou a ocorrer todas aquelas histórias, o exame do SUS não precisa muita coisa, vai pela metade; daqui a pouco, o gestor se deu conta, ele jogou a isca, eu vou pagar mal para ele fazer um serviço mal feito. E quando ele começou a fazer mal feito veio o problema, eu não te pago porque o serviço não presta, virando no que virou " (E5).

Ainda neste contexto dos recursos humanos, cinco (5) respondentes (nenhum gestor municipal direto) caracterizaram as habilidades do gestor relativas ao conhecimento e a sua capacitação como elementos determinantes na consolidação do SUS, tendo representatividade nas seguintes falas:

"os gestores têm que conhecer em profundidade e a legislação, a filosofia e tudo do sistema" (E6);

"... SUS é um sistema muito bom e depende dos gestores, depende da capacidade dos gestores de consolidar realmente a política (...) o gestor dentro da prefeitura, dentro da secretaria municipal, é o executor das ações..." (E9).

Quanto ao questionamento sobre os elementos facilitadores, apenas dois (2) entrevistados referenciaram o contexto do gestor:

"... a visão de gestor, isso facilita a implementação..." (E2);

"... e fazer ao mesmo tempo com que os gestores consigam entender que a função do Conselho não é acatar as ordens dele, é discutir junto com eles e achar o caminho juntos..." (E5).

Neste segundo marco explicativo, sete (7) entrevistados enfatizaram os recursos humanos como um elemento administrativo no processo de consolidação do SUS. Este elemento foi constituído através da abordagem sobre a valorização, o conhecimento, a capacitação/ treinamento dos profissionais e gestores de saúde:

"essa nova forma de relação entre trabalhador e gestor é valorizar o profissional, que todo profissional possa perceber a sua importância e a intenção do gestor, que ele assuma esse papel, para que se sinta valorizado" (E2).

"... tentei valorizar muito o profissional, tentei possibilitar treinamento profissional, centralizei bastante nisso, a nossa atividade, no treinamento, na capacitação e na valorização..." (E3).

Em relação ao elemento capacitação, o destaque foi tanto para os profissionais de saúde como para os membros do CMS:

"acho que o maior investimento que a secretaria está fazendo, é a capacitação profissional, e a idéia é que se traga, se façam encontros aqui (...) sempre defendi a idéia de que se deveriam fazer, no mínimo, seminários, coisas práticas. Não depende só do Conselho, o Conselho levanta as questões, articula, mas e o recurso? Depende do executivo, está na lei, para a saúde sempre sai cursos de capacitação e o que nós vamos fazer? Vamos implementar" (E8).

Dentro deste contexto da capacitação, os entrevistados resgataram o conhecimento, considerando-o como um elemento, relacionando-no ao planejamento:

"... conhecimento da realidade para poder planejar" (E6);

"... qualquer cargo que se assumo, embora não se seja da área, e não tenhas conhecimento técnico, tem que ter um mínimo de planejamento..." (E10).

Para contextualizar a questão dos recursos humanos na área da saúde, torna-se relevante lembrar MINTZBERG (1995) e a referência sobre as organizações de saúde, considerando-as como organizações profissionais, pois baseiam-se no trabalho de especialistas produzindo serviços e dependem, fundamentalmente, de seus operadores que se sobrepõem, em importância relativa, aos decisores estratégicos, aos gerentes intermediários e à tecnoestrutura.

Sob este ponto de vista, os recursos humanos, como segundo marco explicativo do processo de consolidação do SUS, adquirem papel central dentro das organizações de saúde, reconhecem que os profissionais de saúde e os gestores compõem o quadro principal dos atores.

CONTRANDIOPAULOS (1986) e ROEMER (1991) apud HORTALE, PEDROZA & ROSA (2000) e MENDES (1999) elencam a questão dos recursos humanos configurando-a como elemento operacionalizado no processo de consolidação e transformações no sistema de saúde. CONILL (2000) caracteriza que para a fase das implementações das transformações do modelo quebequense é proposta uma nova dinâmica de poder em três níveis, está em um destes o nível dos recursos humanos (distribuição, formação, negociação). Sob o contexto dos entrevistados, os

recursos humanos (formação, perfil, visão e capacitação), operadores e gerente, estão adquirindo o seu espaço dentro da organização de saúde e tornando-se um impulsionador do processo de consolidação do SUS.

#### 4.2.3.3 Terceiro marco explicativo: a questão do financiamento

O terceiro marco explicativo referente à consolidação foi construído sobre a questão do financiamento do SUS que "*é de responsabilidade das três esferas de governo e cada uma deve assegurar o aporte regular de recursos, ao respectivo fundo de saúde*" (NOB-SUS 01/96). Os serviços de saúde são financiados pelos recursos públicos, arrecadados do povo, provenientes dos orçamentos – impostos da esfera Federal, Estadual e Municipal – e de contribuições sociais destinadas à seguridade social. O Fundo de Saúde, em cada esfera, recebe seu orçamento, de transferência intergovernamental, e viabiliza conhecer as fontes da receita, seus valores, data de ingresso, despesas realizadas, rendimentos das aplicações financeiras, elaborando o orçamento de cada esfera bem como facilita o controle social e a autonomia na aplicação exclusiva dos recursos na saúde. Isto demonstra que os serviços de saúde são um direito de todos e dever do Estado, mas não indica que são gratuitos (CFB/88).

MENDES (1999) destaca que a questão do financiamento da saúde ocupa destaque nas discussões setoriais, com preocupações voltadas aos crescentes custos dos serviços de saúde, à constatação do baixo impacto que esses recursos têm tido nos níveis de saúde das populações. As discussões sobre este tema no Brasil divergem, havendo a prevalência de que é preciso aumentar os recursos para

a saúde e a outra posição que questiona esse aumento, visualizando um mau uso dos recursos disponíveis. Os entrevistados manifestaram suas concepções frente à questão do financiamento e dos gastos em saúde, apontando uma conformidade com aquelas duas posições divergentes.

Três (3) entrevistados contextualizaram, no questionamento sobre os elementos determinantes para a consolidação numa relação com a remuneração do profissional, a prestação de contas do gestor e a existência de recursos:

"as pessoas que trabalham exclusivamente para o SUS estão muito bem; aquelas que usam o SUS como "bico", para aumentar sua renda mensal, essas estão sempre reclamando, nós vamos ter que modificar isso aqui..." (E5);

"... hoje em dia toda a verba que vem, tanto da esfera federal ou da esfera estadual, é vinculada à prestação de conta do gestor (...) o PAB, é o Piso de Atenção Básica, que a maioria dos municípios tem, depende das ações locais, então esse município pode ter esse recurso. Para tanto, tem-se que cumprir tais e tais metas, e todos vão procurar fazer isso para ter o recurso... " (E6).

O quesito "repasso de recursos" foi apontado, por quatro (4) entrevistados, de forma positiva quanto à transferência para o Fundo Municipal de Saúde (FMS). Mas estes não demonstraram conhecimento da estrutura dos recursos financeiros para gerir a saúde:

"a questão dos repasses também de fundo a fundo; tendo a verba direta no fundo fica mais fácil..." (E2);

"... hoje, a ênfase, até por questão dos recursos, é maior para a atenção básica, os índices de saúde dos municípios está se modificando (...) É uma questão que chamamos de financiamento tripartite; tem essas verbas todas, federais, estaduais e municipais

(...) Inclusive, nesses programas todos, já existe a participação de cada um, de cada uma das esferas..." (E6).

Contudo, dois (2) entrevistados apontaram este quesito relacionado à prestação de contas através de relatórios das ações realizadas, evidenciado na fala a seguir:

"... o Ministério da Saúde transfere recursos, mas exige prestação de contas, técnica, por boletins, e, se não houver esta prestação, corta os recursos; os recursos estão sendo muitos..." (E4).

Na questão restritora dos recursos financeiros à consolidação do SUS, a metade dos entrevistados referiu três pontos. O primeiro, destacou o elemento remuneração por produção e a falta de reajuste dos valores da tabela do SUS destes procedimentos:

"o Ministério ainda está remunerando por produção alguns setores,... essa remuneração por produção, já foi visto, que não tem mais condições, esgotou... que é restritor, em todos sentidos (...) a atenção básica da saúde está vinculada aos setores públicos, e a alta e a média complexidade está nos setores privados. O Ministério remunera melhor o setor privado, os valores da tabela do SUS, para média e alta complexidade, são muito melhores que para a atenção básica... vê-se que o Ministério inverteu o processo, isso é um restritor. isso também acaba limitando a questão da saúde? (...) o acesso diminui, centraliza" (E8);

"hoje principalmente, em nível médio de complexidade dos serviços é a questão das tabelas que há muito tempo não mudam os valores, e isso dificulta muito, então, os prestadores não têm interesse de serem do SUS..." (E2).

O segundo ponto centrou-se na questão de que os municípios, na representação de seus gestores de saúde, buscam os serviços e ações de saúde que são melhores remunerados pelo SUS:

"claro que o Ministério da Saúde tentou nortear, como dando incentivo para os municípios (...) Cada vez mais os municípios vão atrás do alto custo, eles buscam as coisas que são melhor remuneradas pelo sistema único, e a parte básica vai ficando. Então, esse é um dos problemas que a gente identifica... Infelizmente, as pessoas buscam mais o retorno financeiro dentro do sistema único do que a realidade o atendimento à população" (E5).

A forma com que os entrevistados apresentaram a questão do financiamento indica um conhecimento restrito sobre este terceiro marco explicativo para o processo de consolidação do SUS. A abordagem centrou-se em preocupações com os gastos na saúde, limitados à remuneração do profissional, remuneração por produção e a falta de reajuste dos valores da tabela do SUS, prestação de contas do gestor através de relatórios e a busca pelos serviços e ações de saúde que melhor são remunerados pelo sistema.

Este posicionamento é complementado por SILVA e LABRA (2001) ao reiterarem que *"a maior preocupação dos atores envolvidos no processo de consolidação do SUS é a questão do financiamento, devido ao aumento da demanda por recurso e um estancamento dos investimentos e dos cortes orçamentários"*. CONILL (2000) afirma que este discurso é amplo e que para o sistema quebequense não é recomendado o aumento do financiamento na saúde e, sim, uma revisão das relações com o governo federal e uma análise na contenção de custos.

A análise de MENDES (1999) sobre o contexto da crise do financiamento na saúde brasileira possui uma abrangência maior do que a apresentada pelos entrevistados, como a imprevisibilidade de recursos financeiros do MS, dependência dos recursos federais, baixo nível de gastos em saúde, relacionado com as

necessidades sanitárias da população, uma concentração de gastos na atenção secundária e terciária em detrimento da atenção primária, com privilégio da atenção hospitalar e ambulatorial especializada, e concentração em grandes centros urbanos.

#### 4.2.3.4 Quarto marco explicativo: a questão da gestão

A gestão no processo de consolidação do SUS constituiu o quarto marco explicativo. Entretanto, esta questão não foi explicitamente apontada pelos entrevistados. As falas destes possibilitaram constituir três grupos: informação, operacionalização dos serviços e processo de tomada de decisão.

- *Primeiro grupo: a informação*

A informação já esteve referenciada no item da estruturação do SUS na microrregião (4.2.1), denotando falta de acesso a informações. Neste primeiro grupo deste marco da gestão, a informação foi destacada com um enfoque mais instrumental, sendo relacionada à implementação do cartão do SUS, e compreendeu elementos como *conhecimento da realidade e das necessidades do município*, através de mecanismos como ter um banco de dados informatizado deste conhecimento, destacado nas falas:

"com essa questão do cartão do SUS, eu creio que a gente dá um salto. É uma necessidade que a gente sente há muito tempo, uma maneira, um banco de dados do município...precisamos informatizar, precisamos de um banco de dados, saber quem estamos atendendo e porque, qual é a demanda, qual a necessidade real..." (E7).

Na apresentação do fator restritor à consolidação do SUS, um (1) entrevistado delineou indiretamente a informação através das sucessivas e súbitas alterações no contexto municipal da saúde impostas pelas instâncias superiores:

"a esfera Federal como a esfera Estadual mandam algumas alterações de forma quase constante e, em função disso, encontramos extrema dificuldade de estruturar, de manter a estrutura do organograma; então, as coisas foram sendo feitas muito na base do imediatismo" (E3).

Ainda neste quarto marco explicativo, o grupo da informação foi lembrado como elemento administrativo no processo de consolidação do SUS, sendo apresentado por seis (6) entrevistados que relacionaram o repasse e a troca de informações, informatização, banco de dados:

"penso que uma das coisas importantes é socializar as informações que a gente recebe, o conhecimento mesmo em relação àquelas práticas para concretizar o SUS. Administrativamente, é repassar isso para os trabalhadores, gestores, as coisas que a gente recebe, o que vem mudando, pois muda muita coisa e temos que ficar atualizados" (E1);

"... mantendo meu trabalho em dia, as informações que se tem que remeter, ao nível central, procurando qualificá-las (...) uma das questões fundamentais que o município tem é manter, alimentar o sistema de informação. Então, enquanto eu trabalho, enviando essas informações, eu estou colaborando e efetivamente trabalhando para que a coisa se consolide" (E7).

Este primeiro grupo da informação, sob a ótica do arcabouço jurídico-político, é considerado como um dos princípios do SUS: "*direito à informação, às pessoas assistidas sobre sua saúde*" e "*divulgação de informações quanto potencial dos serviços de saúde e a sua utilização pelo usuário*" (LOS 8080/90).

RODRIGUES FILHO afirma que a "*principal fonte de informações em saúde é o prontuário do paciente*" (RODRIGUES FILHO, 1994: 72) e STUMPF & FREITAS concordam com esta afirmação e introduzem o "*prontuário eletrônico como um banco de dados fundamental ao sistema (...) a envergadura e a estrutura do sistema de informações permite aos usuários a movimentação entre atendimentos, instituições e programas e encoraja a efetiva e eficiente operação, gerência e administração do sistema de saúde*" (STUMPF & FREITAS, 1996: 8 e 11). Os entrevistados reconheceram esta posição ao mencionarem a necessidade da implantação do "cartão do SUS e informatização do sistema".

Em um contexto mais atual, STUMPF *et al.* (1998) inferem que, em organizações com maior complexidade, como a da saúde, a informação adquire uma importância maior, tornando-se um mecanismo de suporte para suprir as necessidades da organização como no caso do SUS, e assim, possibilita a continuidade e fornecimento de elementos necessários para a tomada de decisão, controle e avaliação. BORDIN observa que, em consideração com a densidade de dados existentes, "*um sistema de informação em saúde deva viabilizar instrumentos à superação de três fatores: conhecimento da situação local de saúde, a criação de bases institucionais para a gestão do SUS, e a constituição da gestão democrática no sistema*". (BORDIN, 1999: 32-33)

Entretanto, os entrevistados destacaram a problemática do processo de consolidação do SUS através da questão informação numa relação direta com a inexistência de um banco de dados do usuário, a falta de sistematização das informações e o baixo nível de repasse de informações entre os gestores e o CMS, bem como entre os profissionais de saúde e entre estes e os usuários do sistema. Percebe-se, através destas inferências, que esta "*desinformação*" da saúde da

Região da Campanha se reflete na desorganização do processo de consolidação do SUS no que diz respeito ao processo de participação social, controle social, e pouca contribuição na consolidação da cidadania.

- *Segundo Grupo: Operacionalização dos Serviços*

O segundo grupo deste quarto marco explicativo, a operacionalização dos serviços, foi decomposto em três elementos: a descentralização/municipalização; os serviços e ações de saúde e a estruturação do município em distritos sanitários.

A descentralização/municipalização foi referenciada como primeiro elemento determinante e facilitador à consolidação do SUS:

"... o que leva, hoje, a implementar cada vez melhor o SUS no Brasil é o município ter se tornado forte em relação às outras esferas, no sentido de comandar, comandar as ações, pressão coletiva no sentido de fazer a descentralização, a maioria dos serviços públicos melhoraram muito" (E6);

"... cada município poderá julgar suas necessidades e descobrir suas falhas e orientar, até porque estamos falando de Brasil, que tem tantas diferenças regionais, são realidades muito diversas; tudo é em função dessa desigualdade, o social, o cultural e o econômico (...) descentralizando, as decisões daqui do município serão tomadas por pessoas daqui do que convivem com usuários" (E7).

Três (3) entrevistados apresentaram a questão da descentralização na relação da municipalização da saúde como ponto positivo à consolidação do SUS, facilitando a tomada de decisão na gestão da saúde:

"... de uma certa forma a organização da municipalização dos serviços é que facilita até para dar esse controle..." (E2);

"... grande mudança em relação a todo o modelo anterior, porque hoje em dia a esfera municipal tem mais autonomia, tem poder de decidir (...) eu acredito que vem a fortalecer o município que descentralizou" (E6).

A descentralização político-administrativa como princípio do SUS, consolidada na NOB-SUS 01/96, outorga a responsabilidade e autonomia de gestão para o município tanto para realizar as ações básicas como para gerir os recursos financeiros, e a regionalização e hierarquização de rede de serviços de saúde para o Estado tanto para coordenar como buscar/ofertar estratégias para articular e mobilizar os municípios para implementar as políticas de saúde.

No entanto, a Secretaria Executiva do MS (1993) explicita uma unidade conceitual e operacional para o processo de descentralização através de pressupostos:

- é um processo de transformação que envolve a redistribuição de poder e de recursos, redefinindo papéis das esferas governamentais, reorganização institucional, reformulação de práticas, restabelecimento de relações intergovernamentais e controle social;
- envolve discussões, negociações e pactuação entre os atores para legitimar as decisões no contexto ideário;
- utiliza a flexibilização e gradualidade de forma contínua para reorganizar a operacionalização do processo, constituindo-se em um período de transição com prazo definido.

Vários autores reconhecem a descentralização como princípio universal dos sistemas de saúde e caracterizam-na como uma categoria para discutir a

operacionalização do processo de consolidação desses sistemas. HORTALE, PREDROZA & ROSA (2000), SILVA e LABRA (2001), CONILL (2000), PESSOTO, NASCIMENTO & HEIMANN (2001) enfatizam, direta ou indiretamente, que a descentralização é uma condição necessária para o processo de consolidação na medida em que fortalece os poderes locais e aprofunda a prática em saúde por meio de decisões intermediárias através do envolvimento/colaboração intergovernamental. Os entrevistados deste estudo apresentaram conformidade com este posicionamento e não apresentaram elementos restritores à descentralização.

Para CONTRANDRIOPOULOS, a descentralização, como componente fundamental à reforma do sistema de saúde, se constitui "*numa das idéias mestras para a saúde sair da crise que passa*" (CONTRANDRIOPOULOS, 1994 apud HORTALE, CONILL & PEDROZA, 1999: 86). Entretanto, VIANNA aponta "*que o modelo inicial de descentralização, centrado na reforma fiscal de 1988 que proporcionou diferenças na distribuição de investimentos para a saúde dos municípios brasileiros, levou a desigualdades no processo de implementação do SUS*" (VIANNA, 1996 apud LIMA, 2000: 986).

Estudos analisando a situação do SUS, como de CAMPOS (1992), MENDES (1999), ARRETCHE apud GERSCHMAN e VIANNA (1997), VIANA, QUEIROZ e IBAÑEZ (1995), MISOCZKY (1999), SILVA (2000) e SILVA & LABRA (2001), ponderam a problematização da consolidação do SUS frente ao contexto de heterogeneidade entre os diversos estágios de gestão, diferentes graus de descentralização nos Estados, indicando que seu processo foi efetivado, mas de maneira desigual nas diferentes regiões do país, e isto se reflete no processo de regionalização e municipalização da saúde.

A consolidação do SUS nos municípios de Bagé e Dom Pedrito (RS), que possuem características semelhantes nas dimensões geopolíticas e sociais e se encontram habilitados na Gestão Plena da Atenção Básica, contextualizada, até o momento, pelos entrevistados, indica, indiretamente, vários entraves à descentralização e municipalização com conotação de um processo lento e desarticulado no seu ideário.

Esta compreensão permite introduzir a questão dos serviços e ações de saúde, que constituiu o segundo elemento, centrando na municipalização das ações de saúde.

Três (3) entrevistados destacaram que o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) tem sido ponto determinante à consolidação do SUS, denotando uma progressiva ampliação na sua cobertura, buscando efetivar o princípio da universalidade de acesso aos serviços de saúde:

"... o começo do trabalho do PACS, que também fez diferença, em termos de informação, e a demanda cresce imediatamente, em termos de consulta, exames, medicamentos. Isso é positivo, muito positivo" (E7).

No contexto dos elementos facilitadores à consolidação do SUS, dois (2) entrevistados enfatizaram a questão da responsabilidade de cada instância para a organização dos serviços de saúde:

"... a organização do serviço, em nível de responsabilidade dentro da gestão que o município se encontra: quais são os serviços da sua responsabilidade, quais são as áreas que devem abranger, quais as questões de abrangência do Ministério da Saúde?..." (E2).

Quanto aos elementos restritores à consolidação do SUS, três (3) entrevistados indicaram que a questão das ações em saúde encontra dificuldade na sua implementação pelo próprio contexto de sua organização e da responsabilidade de cada instância:

"alguma demora na efetividade dos serviços que são de responsabilidade estadual e federal, de uma certa forma dificultam porque muitas vezes o município termina assumindo responsabilidade..." (E2);

"as ações sofrem descontinuidade" (E4);

"... a maioria dos municípios, pelo menos os gaúchos, têm todas as condições de fazer o atendimento básico, mas... quando é de maior complexidade...depende do encaminhamento..." (E6).

Cabe, neste momento, lembrar que CONTANDRIOPOULOS (1990) que considera, como um dos componentes do sistema de saúde, os serviços de saúde que têm a responsabilidade pela gerência eficiente dos recursos empregados pela sociedade, contemplando regras e valores da organização para atender às necessidades e expectativas de forma que contribuam para a melhoria da saúde da população. Este se constitui num dos cinco determinantes do estado de saúde da população e que a operacionalização dos "*serviços de saúde se dá através de ações e interações inter e intra-organizacionais, consideradas como elementos estruturantes deste serviço, configurando-se como fenômenos complexos*" (CONTANDRIOPOULOS, 1990 apud HORTALE, CONILL & PEDROZA, 1999: 85-86).

As considerações realizadas pelos entrevistados sobre os serviços e ações de saúde ficaram centrados na referência do tipo de gestão (Gestão Plena da Atenção

Básica) e em comentários favoráveis sobre a contribuição dos programas (PSF e PACS) à consolidação do SUS. Como problemática neste campo, foram delineadas as questões de demora na efetividade e na delimitação da capacidade e responsabilidade das esferas na operacionalização dos serviços, bem como na descontinuidade de suas ações. Entretanto, três (3) dos onze (11) entrevistados fizeram uma abordagem sobre a última Norma Operacional da Assistência à Saúde/SUS (NOAS-SUS 01/2001), inferindo que esta vêm para mudar um pouco a questão da gestão sobre a resolutividade que deverá ter cada região, à medida que entrar em vigor.

Percebe-se que esta concepção infere uma compreensão limitada sobre a relevância e amplitude que têm os serviços e as ações de saúde como componentes do sistema de saúde e fatores determinantes para o estado de saúde da população.

Referente, ainda, à questão das ações de saúde, VALLA & STOTZ dizem que no ponto focal para o planejamento das proposições destas ações "*há uma seleção de fatores apontados, listando que o acesso a serviços de saúde aparece em primeiro plano*" (VALLA & STOTZ, 1996: 132).

A questão do acesso já foi delimitada pelos entrevistados ao caracterizarem a estruturação do SUS (item 4.2) na microrregião e na esfera municipal através de restrição à oferta dos serviços e ações de saúde e ao acesso à informação. O princípio da universalidade de acesso aos serviços de saúde em todos os níveis de assistência (LOS 8080/90) foi caracterizado pelos entrevistados como limitador ao processo de consolidação do SUS, mas de forma indireta, através do credenciamento dos serviços pelo SUS que apresenta um limite na sua oferta:

"... muitas vezes a pessoa tem o acesso digamos ao atendimento, mas a coisa, às vezes, fica pouco segura em relação aos procedimentos, já que os serviços credenciados têm um limite, e isso eu acho um contra-senso, uma vez que o acesso teria que ser universal..." (E6).

O princípio acesso é considerado por alguns autores como fundamental para operacionalizar e analisar os sistemas de saúde e, na dimensão social, é compreendido como categoria que deve funcionar no modelo como uma categoria-valor, ou seja, uma referência a ser atingida em qualquer serviço e ser orientador de todas as políticas (HORTALE, PEDROZA & ROSA, 2000) e "*pode descrever a capacidade que um serviço tem de dar cobertura a uma determinada população ou o obstáculo a sua utilização, caracterizando uma interação que ocorre em um processo de serviços*" (HORTALE, CONILL & PEDROZA, 1999: 87). Uma outra descrição para a categoria acesso diz que "*consiste na utilização de um serviço, não simplesmente na sua existência*" (ADAY & ANDERSEN, 1992 apud HORTALE, CONILL & PEDROZA, 1999: 87).

Frente a estas concepções sobre a categoria acesso, percebe-se que os entrevistados apresentaram uma percepção conceitual de forma restrita.

Ainda no grupo operacionalização dos serviços e, em conformidade com a legislação, o terceiro elemento envolveu a questão da estruturação do município em distritos sanitários como facilitador à consolidação do SUS, restringindo-se à fala de dois (2) membros de CMS de Bagé:

"... a legislação fala em conselho local que formaria plenária do conselho municipal de saúde, seriam os distritos, cada distrito formando um conselho local, está na lei (...) que são os conselhos de

saúde locais (...) Então, teríamos uma participação de lá do bairro, da vila, onde as pessoas realmente têm os maiores problemas..." (E10).

RODIGUES & GOIHMAN (1990) afirma que "*a proposta de municipalização da saúde é coerente com a perspectiva de fortalecimento dos Sistemas Locais de Saúde (SILOS) como instrumento de uma profunda mudança na prática de saúde*" (RODIGUES & GOIHMAN, 1990 apud BORDIN, 1999: 30) e mudanças já têm acontecido, como propostas quanto aos mecanismos de adscrição geográfica (distritos sanitários), embora ainda não consolidadas. Assim, esta discussão ainda está no plano teórico.

- *Terceiro Grupo: o processo de tomada de decisão*

Este grupo, constituído pelo processo de tomada de decisão, envolveu quatro elementos: articulação; planejamento e metas, controle e avaliação; questão político-partidária.

O primeiro elemento, a articulação, foi apresentado através de mecanismos de parceria, apoio ou negociação como elemento restritor à consolidação do SUS, referendado por apenas dois (2) entrevistados (gestor municipal). Um destacou que "*há pouca articulação entre os setores*" (E4) de saúde. O segundo considerou que o acesso aos serviços e o repasse de recursos financeiros para atender a uma demanda externa constitui-se, também, num limitador na relação entre os municípios:

"... também, surgem problemas intergestores, porque há cidades que são pólo e dizem assim: não, nós recebemos uma verba que é para atender uma determinada população e a gente acaba atendendo uma população que vem referenciada para nós" (E6).

Entretanto, a articulação teve maior destaque quando seis (6) gestores municipais (três da atual gestão) entrevistados apresentaram a questão dos elementos administrativos para a consolidação do SUS que envolveu mecanismos de parceria e apoio dos órgãos da própria Prefeitura, Instituições de Ensino e outros municípios/gestores. Como, por exemplo, indica as falas abaixo :

"a gente entende não só em nível de Secretaria de Saúde, mas em nível de prefeitura tem que ter uma relação que aponte, que nos leve a relações com outros órgãos da prefeitura (...) buscando um fortalecimento em nível regional e também a troca de experiências com os gestores" (E2);

"... um trabalho de estagiários de psicologia com as equipes da Secretaria Municipal de Saúde de Dom Pedrito, e tivemos oportunidade através da URCAMP, que possibilitou uma modificação da visualização que o trabalhador, seja administrativo seja técnico, na Secretaria de Saúde tem da sua própria atividade, uma mudança de enfoque, nos deixou claro que traria um salto de qualidade desse serviço oferecido" (E3).

O mecanismo negociação deste elemento articulação foi referido pela maioria dos entrevistados na percepção do SUS quanto a sua consolidação. Mas, neste momento, enquanto elemento administrativo foi destacado por apenas um (1) dos entrevistados:

"... a gente tem que negociar as cotas, acho que isso precisa de uma negociação constante, penso que os outros municípios também têm que ter direito a uma participação" (E6).

Tais falas expressam uma situação de compartimentalização e desarticulação da municipalização da saúde nos municípios em estudo. Entretanto, quatro (4) entrevistados contextualizaram esta questão de articulação intra e intermunicipal e

intersectorial quando apresentaram a estruturação do SUS na microrregião e na esfera municipal (item 4.2), fazendo referência a ações conjuntas com instituições locais e ausência do CES e à formação de consórcios intermunicipais.

A LOS 8080/90 e a Lei nº 8142/90 instituem a criação dos consórcios, que são considerados no contexto da regionalização e hierarquização da rede de serviços da NOB-SUS 01/96, como uma estratégia de articulação e de mobilização para os municípios desenvolverem as suas ações de saúde dentro do processo de municipalização, podendo-se, assim, considerar como um importante instrumento de organização e gestão do processo de consolidação do SUS.

SPINK & CLEMENTE registram alguns projetos, programas ou atividades de administração desenvolvidos no Brasil e indicam "*vários pontos em comum, mas que nenhum destes projetos teria sido bem sucedido se não fosse pelo engajamento dos funcionários públicos envolvidos*" (SPINK & CLEMENTE, 1997: 10). A maioria destas experiências de gestão pública aponta que, ao desenvolver ações na comunidade, se deve estabelecer parcerias com os diferentes tipos de atores, tanto do governo como de Organizações Não-Governamentais (ONGs), e com "*a participação da população, potencializou o processo de construção de políticas públicas*" (GRAZIA, 1997 apud SPINK & CLEMENTE, 1997: 52). Este contexto demonstra que a parceria com atuação dos atores de forma articulada permite potencializar o debate, discussão de novos modelos/projetos, buscar alternativas inovadoras para enfrentar a necessidade de fortalecer o caráter coletivo, bem como o surgimento da "co-responsabilidade" e melhoria das condições de vida.

Experiências como estas foram enfatizadas por MENDES ao ressaltar que "*com resultado positivo, ainda surgem aleatoriamente, em nichos de criatividade e*

*ousadia*" (MENDES, 1999: 148). Entretanto, os entrevistados indicaram indiretamente que novas práticas de gestão não têm surgido na Região da Campanha (RS), mas estes mantêm a expectativa:

"vai ter que, necessariamente, acontecer a negociação intergestores, a formação até de consórcios, com participação, necessitará um repasse diferenciado para determinadas áreas, porque elas são referência. Então, para manter o serviço, isso vai surgir em decorrência da implementação do cartão" (E6).

Entretanto, MENDES enfatiza que *"os consórcios intermunicipais de saúde surgem espontaneamente, das necessidades dos municípios em resolver problemas e, não como resultado de políticas nacionais ou estaduais deliberadas. Só recentemente o Estado de Minas colocou o consórcio como política de governo"* (MENDES, 1999: 287). LIMA (2000) cita que em apenas três anos o Estado de Minas criou 52 consórcios do total de 91 existentes no Brasil, mostrando a necessidade de se pensar na conjuntura política na qual os consórcios estão sendo estruturados e que, segundo o autor,

*"a figura jurídica adotada pela maioria dos consórcios, apesar de agilizar os processos democráticos da gestão, torna-os alvo fácil de interesses clientelistas de gestores inescrupulosos, facilitando a contratação de pessoal sem concurso, aquisição de materiais sem licitação e outras práticas que ameaçam a transparência da utilização de recursos públicos, o que deve ser alvo de constante vigilância por parte da população organizada".* (LIMA, 2000: 994)

Percebe-se que os entrevistados enfatizaram esta questão da articulação como restritora ao processo de consolidação do SUS, apontando, também, como uma necessidade de que se torne em mecanismo de mobilização, envolvimento e comprometimento para que a regionalização e hierarquização da rede de serviços e

ações de saúde se materializem. Entretanto, denota-se que estes entrevistados não possuem uma compreensão de como realizar a articulação como uma prática de gestão dentro do SUS.

Neste terceiro grupo surge a questão do planejamento e metas como o segundo elemento que constitui o grupo processo de tomada de decisão. Este elemento já foi abordado anteriormente nas falas dos entrevistados, quando estes apresentaram suas concepções sobre a percepção e estruturação municipal do SUS, delineando uma relação do planejamento às questões do financiamento, à união das forças políticas municipais e à capacitação dos recursos humanos. Entretanto, a abordagem do planejamento apareceu como elemento administrativo, e somente três (3) dos onze (11) entrevistados (dois gestores do Município de Dom Pedrito e um conselheiro do CMS de Bagé) fizeram referência direta:

"Hoje não, hoje ele tem que apresentar um projeto, o planejamento, para em cima dele receber os recursos" (E3);

"um mecanismo para operacionalizar a atuação do gestor é o planejamento (...) eu tenho que planejar..." (E10).

Estas falas denotam três pontos a serem considerados e de destaque para o processo de planejamento: o momento de diagnóstico, que caracteriza a identificação da realidade; a relação do planejamento com a disponibilidade do financiamento, que implica as questões de recursos; e, como terceiro ponto, o entendimento de que o planejamento é um instrumento de gestão em saúde.

Permite-se inserir, neste momento, a questão das metas, que apareceu somente nas falas dos entrevistados quando do questionamento sobre os elementos administrativos para o processo de consolidação do SUS. Cinco (5) dos onze (11)

entrevistados destacaram este elemento centrado na capacitação, nos programas de saúde e valorização dos profissionais, representado na fala abaixo:

"as metas que nós temos para a secretaria de saúde? Uma delas é a qualificação dos trabalhadores do serviço e, através da qualificação e da capacitação, capacitação de trabalhadores e da própria valorização (...) o município pretende também, talvez ainda esse ano, aderir ao PSF" (E2).

Estas referências dos entrevistados inferem a consciência da necessidade de traçar metas para suas ações e serviços de saúde no âmbito municipal, mas não delinearam nenhuma correlação com a questão do controle e avaliação.

Cabe, neste momento, referendar PESSOTO, NASCIMENTO & HEIMANN que, na pesquisa realizada nos municípios habilitados na gestão semiplena, em 1996, indicam que:

*"o processo de planejamento e programação não pode ser tomado como indicador da permeabilidade do estado em relação à participação, por ser peça frágil nos municípios estudados. Não encontramos planos de saúde em que constassem objetivos e metas que pudessem ser acompanhados regularmente. Esses documentos de governo ... mais se aproximam a relatos descritivos da rede e das ações dos serviços do que propriamente planos e relatórios de gestão estruturados". (PESSOTO, NASCIMENTO & HEIMANN, 2001: 94)*

Ao observar os planos municipais de saúde dos municípios de Bagé e Dom Pedrito, percebe-se que em seus conteúdos apesar de constar objetivos e metas para as ações traçadas, esses planos centram-se em relatos descritivos da rede e das ações dos serviços, com pouca ou nenhuma referência para o controle e avaliação das ações municipais de saúde.

Estas concepções apresentadas pelos entrevistados sobre os elementos planejamento e metas denotam uma conformação com a afirmação de MOTTA:

*"os dirigentes simplesmente reprimem ou dificultam as oportunidades que surgem para debater e analisar metas, como formas de garantir o seu ponto de vista, e assim, "reforçam os planos existentes, apesar do pessoal técnico da empresa possuir evidências sobre a necessidade de modificações (...) o planejamento tende a ser analisado gerencialmente mais no sentido de se evitar males do que se alcançar objetivos". (MOTTA, 1999: 100-101)*

Dessa maneira, o contexto, deste segundo elemento do processo de tomada de decisão, destacou a questão do planejamento e das metas, ainda, como apenas uma preocupação dos gestores e conselheiros de saúde, não se constituindo como um real instrumento da prática da gerência da saúde nos municípios em estudo.

O terceiro elemento do processo de tomada de decisão na gestão constituiu-se sobre a questão do controle e avaliação. Esta questão encontra-se definida no arcabouço jurídico-político do SUS, no qual o controle e a avaliação dos serviços e das ações de saúde são de competência comum dos três gestores (federal, estadual e municipal) e a cada um cabe a definição de suas instâncias e mecanismos próprios de atuação, com poder de deliberação e de fiscalização dos conselhos de saúde nas instâncias correspondentes . A NOB-SUS 01/96 aponta que:

*"ações de controle devem priorizar os procedimentos técnicos e administrativos, prévios à realização de serviços e à ordenação dos respectivos pagamentos, com ênfase na autorização de internações e procedimentos ambulatoriais, com critério fundamental a necessidade do usuário, e o rigoroso monitoramento da regularidade e fidedignidade dos registros de produção e faturamento de serviços";*

*"acompanhamento da execução das ações programadas é feito permanentemente pelos gestores e periodicamente pelos respectivos Conselhos de Saúde, com base em informações sistematizadas, que devem possibilitar a avaliação qualitativa e quantitativa destas ações. A avaliação do cumprimento das ações programadas em cada nível de governo deve ser feita em Relatório de Gestão Anual, seguindo roteiro do MS". (NOB-SUS 01/96, item 11.2)*

Dos onze (11) sujeitos entrevistados neste estudo, apenas dois (2) inseriram, em suas falas, o elemento controle e avaliação como fator restritor à consolidação do SUS:

"... às vezes, o gestor diz não, nosso serviço está bom, nós cumprimos com nossas metas, nossas proposições. Mas ele não tem nenhum mecanismo de controle e de avaliação eficaz disponível, não existe isso dentro do SUS, em nenhum nível (...) Nós não temos nenhuma proposta de mecanismo de avaliação, não se consegue em nenhum lugar. Uma das coisas que dificulta sua implementação é essa falta de mecanismos de avaliação. Até que ponto o nosso trabalho está valendo a pena ... só os indicadores é que nos dizem isso? É pouco, há coisas que escapam disso (...) nós trabalhamos com a orientação correta ou nós eramos no nosso trabalho, nós oferecemos de mais ou de menos, isso aí não existe. A gente fica perdido, pensa bem se não é restrito..." (E7).

Da mesma forma, apenas três (3) entrevistados fizeram referência à questão da avaliação no contexto dos elementos administrativos deste terceiro elemento do processo de tomada de decisão na gestão:

"... a avaliação é informal por enquanto, uma avaliação maior, precisa de um tempo maior" (E2);

"A Secretaria fez um convênio de repasse de recursos, mas a condição fundamental, uma exigência formalizada, tem que ter um conselho gestor avaliando o processo de trabalho..." (E8).

Ao mesmo tempo, a questão da prestação de contas foi enfatizada numa relação direta com relatórios, e se fez presente na fala de um (1) entrevistado (E6):

"centrei meu foco, primeiro, na da prestação de contas, porque nós estávamos, inclusive, com valores bloqueados do valor do Estado, em função de que não existia um relatório de atividades, financeiro, estava confusa essa questão. Agora, tenho, periodicamente, aqui na minha mesa, toda a nossa conta..." (E6).

Este contexto apresentado pelos entrevistados entra em conformidade com o estudo sobre controle e avaliação realizado por SILVA, CARBONI & PIRES, em 98 municípios gaúchos, indicando que:

*"para os gestores de saúde, controlar e avaliar significa fixar-se apenas no controle numérico das AIHs ou no controle da verba repassada ou da assistência ambulatorial, esquecendo-se da saúde como um todo (...), e que maioria não tem claro como estruturar esse setor (...) praticamente inexistente, na maioria dos municípios, sistema de informação em saúde que possa subsidiar o planejamento, controle e avaliação do SUS (...), o município não está totalmente habilitado a desempenhar suas atribuições nessa área (...) e as esferas estadual e federal até o momento não delimitaram claramente suas próprias competências na área de controle e avaliação do SUS (...), e aos gestores falta a conscientização da necessidade de estruturação de seus serviços de planejamento, controle e avaliação, e as ações de controle e avaliação devem estar voltadas para a qualidade das ações e serviços do sistema de saúde e principalmente para a viabilização do controle social sobre as mesmas". (SILVA, CARBONI & PIRES apud BORDIN, FACHIN, KLERING & GOLDIM, 1996: 44-48)*

Dessa maneira, pode-se resgatar a análise de RODRIGUES FILHO (1994), VIANA, QUEIROZ e IBAÑEZ (1995) e MENDES (1999) que indica a falta de controle organizacional como um dos fatores condicionantes da crise gerencial da saúde. E,

assim, outros autores destacam o controle e avaliação do sistema em seus estudos. HORTALE, PEDROZA e ROSA indicam que é necessário considerar "*um valor pelo qual se possa avaliar o sistema, pois toda avaliação pressupõe um ideal a ser atingido*" (HORTALE, PEDROZA e ROSA, 2000: 234) e destacam a referência de SICOTTE *et al.* (1996) sobre "*os tradicionais modelos de avaliação dos serviços que refletem diferentes concepções de meios, fins, gerências e estruturas (ou seja, diferentes modelos organizacionais), não podendo haver um modelo universal*" (SICOTTE *et al.*, 1996 apud HORTALE, PEDROZA e ROSA, 2000: 234: 234)

MENDES ao estabelecer uma agenda de reformas para o SUS que permita sua consolidação com eficiência, eficácia e equidade, privilegia a sua racionalização e, ao pontuar um novo desenho institucional para o SUS, alicerçado nos papéis de cada uma das três esferas, postula o modelo de gestão descentralizada regionalizada, na qual:

*"as SES deverão desenvolver sistemas de avaliação e controle que se destinem a medir resultados e qualidade das ações do sistema de saúde, ou seja, implantando mecanismos de avaliação e controle com base na epidemiologia e na qualidade e, não mais, exclusivamente, em termos contábeis e financeiros ou em atos médicos finais, como se faz no momento. Estrategicamente, pode começar-se com a construção do Sistema Estadual de Auditoria".*  
(MENDES, 1999: 129-130)

No entanto, vale ressaltar que os entrevistados deste estudo não inferiram claramente, em nenhum momento, a existência de um setor ou mecanismos para estruturar o sistema de controle e avaliação, fiscalização e auditoria do SUS, mas indicam uma consciência de que o controle e a avaliação podem e devem ser das

mais importantes atividades inerentes à gestão do sistema de saúde, permitindo tanto a detecção de qualquer insuficiência ou erro quanto à realização da meta.

O quarto elemento explicativo do processo de tomada de decisão constitui-se na questão político-partidária e foi compreendida como um elemento influenciador tanto facilitador como restritor à consolidação do SUS. Vale lembrar que esta questão foi referendada pelos entrevistados, denotando uma certa dependência do cenário político local para determinar as condições da estruturação do SUS na microrregião (item 4.2.1) e na esfera municipal (item 4.2.2).

Três (3) entrevistados apresentaram a questão político-partidária como fundamental na determinação à consolidação do SUS:

"... a influência da política no sistema de saúde, a meu ver deve chegar a superar a bandeira política, a nossa opção ideológica. Então, no momento, que isso acontecer, existe a possibilidade de que desapareça expressão utopia que eu coloco a respeito do SUS" (E3);

"tem-se em nível federal um determinado partido com uma tendência, em nível estadual outra tendência, outra coligação, e municipal, uma terceira. Assim, dentro de cada tendência política, cada coligação, existem vários segmentos, várias correntes de pensamento. Então me parece que o que pode realmente consolidar é o controle social..." (E7).

Quanto aos elementos facilitadores, apenas dois (2) entrevistados indicaram que as condições de saúde têm uma relação de dependência com a questão político-partidária, local e estadual:

"... facilita também o acesso da discussão desse pessoal..." (E2);

"... vontade política em querer assumir a saúde, alguns pensam na parte financeira..." (E4).

Entretanto, a metade dos entrevistados explicitou uma relação de influência e de dependência das situações de tomada de decisão na saúde frente à questão político-partidária, considerando-a como limitadora à consolidação do SUS, como exemplifica a fala abaixo:

"... quando começou a municipalização, assim em alguns municípios que a gente nem diz que são municipalizados, são prefeiturizados, as prefeituras assumiram o que convinha para pegar o recurso, não se sentiam na obrigação de dar a um retorno em saúde (...) não era interessante que tivesse conselheiro capacitado. Então, no momento, que se capacita alguém que possa questionar e que tenha poder de deliberar, se perde o poder de decisão, não valia a pena ter um conselho municipal instruído. A gente tem municípios, ainda, em que o presidente do Conselho Municipal de Saúde e o Secretário de Saúde, na nossa região, ainda, têm isso" (E5).

A contextualização dos entrevistados apresentou a questão político-partidária como um elemento fundamental e influenciador, tanto facilitador como restritor, dependendo do cenário político local, ao processo de consolidação do SUS. É possível perceber, também, que na relação entre as instâncias da região deste estudo, ainda, existe uma demonstração da influência do sistema político sobre o processo de tomada de decisão nas ações e serviços de saúde, devido a posições estratégicas adotadas na arena política no município pólo (Bagé), às orientações partidárias e à capacidade que os atores têm para colocar seus interesses e influírem nas decisões. Este é um quadro indicativo de uma certa concentração do poder político, envolvendo uma luta ideológica, político-partidária, utilizada para referendar ou vetar uma linha de ação em saúde. Entretanto, os entrevistados

inferem uma consciência de que o veículo capaz de superar este contexto é uma abertura de canais para discussão e fortalecimento dos Conselhos de Saúde, configurando o controle social para a consolidação do SUS.

O enfoque político inferido pelos entrevistados encontra-se em conformidade com a contextualização de estudos apresentados por alguns autores, como LUKES (1980), HALL (1984) e MORGAN (1996) apud CARVALHO (1998), MATUS (1996), já apresentado no item 2.3, onde a dimensão política e o significado de seus elementos devem fazer parte de categorias analíticas, necessárias para compreender a estrutura organizacional, tendo em vista que a estreita inter-relação existente entre o sistema político e o processo de tomada de decisões no contexto da gestão dependem da concepção, do comportamento e dos interesses dos diversos atores ou grupos e da capacidade de agir e de se relacionarem para conduzir a operacionalização das ações organizacionais.

Em síntese, neste subcapítulo, os sujeitos deste estudo, gestores e conselheiros de saúde, contextualizaram a estruturação do SUS e o processo de consolidação do mesmo na Região da Campanha (RS). Os elementos destacados na estruturação da microrregião (item 4.2.1) e na instância municipal de Bagé e Dom Pedrito (item 4.2.2.) reapareceram como elementos indicativos e fundamentais, tanto restritores como limitadores, para operacionalizar o processo de consolidação do SUS, que foi organizado em quatro marcos explicativos: controle social, recursos humanos, financiamento e gestão (informação, operacionalização dos serviços e processo de tomada de decisão). Esta pauta de elementos, no contexto geral das respostas, foi inferida como condutores no processo de descentralização e municipalização do SUS e a forma de consolidar as práticas de saúde, deliberadas no arcabouço jurídico-político do SUS, encontram-se ainda com dificuldade de organização e

operacionalização, tendo em vista a dificuldade de informações, a falta de planejamento e de controle e avaliação e a prevalência de interesses do sistema político vigente no cenário local.

Estas mesmas questões destacadas pelos entrevistados são pontuadas por MINTZBERG, MATTOS, DUSSAULT, MATUS, MENDES, entre outros autores já citados neste estudo, e adquirem papel relevante na análise da estrutura organizacional, necessitando redimensionar seu papel, visto que, na proposição do sistema de saúde, as instâncias Federal, Estadual e Municipal adquirem uma nova dimensão e significados na operacionalização e validação no processo político-administrativo dos serviços de saúde.

### **4.3 Contextualização Futura**

No momento final da entrevista, procurou-se delinear a percepção dos entrevistados envolvidos neste estudo quanto à perspectiva do SUS. As falas dos entrevistados possibilitaram delinear dois cenários: a percepção futura e os fatores pendentes à efetivação do SUS.

#### **4.3.1 Primeiro cenário: o futuro do SUS – um processo e uma utopia**

O primeiro cenário resgata a percepção dos entrevistados no item da definição do SUS quando o referenciaram como um processo e uma utopia. Neste contexto, dos onze (11) entrevistados, dois (2) identificaram o SUS como um processo, aqui representado na fala:

"mas tem muito que crescer ainda, porque é um processo, tem que ser forte o suficiente para resistir à mudança política do país, e o SUS só vai existir em Dom Pedrito se ele existir no país, não é uma coisa dissociada (...) não é só na questão de saúde, é geral, uma coisa é consequência da outra. E me parece, também, que o SUS sozinho, o atendimento de saúde, não vai longe, se não houver crescimento industrial, se não houver crescimento econômico, não é, se não houver mudança também" (E7).

Nesta percepção futura, o SUS foi encenado como uma utopia, mas com uma percepção divergente por dois (2) entrevistados, resgatando o contexto apresentado na contextualização histórica da percepção atual do SUS (item 4.1.3):

"a minha utopia é que ele seja perfeito, que funcione perfeito e que todo mundo realmente possa usá-lo, que a qualidade seja boa. Claro que alguma coisa não vai ser, mas eu acho que busco um sistema para todo mundo mesmo, sem restrições" (E1);

"... em caráter genérico, em termos de Brasil, eu sou pessimista. O sistema de saúde jamais será um atendimento à altura das necessidades da população, porque quando ele for, quem pode pagar, não vai pagar, vai usar o SUS então o SUS, lamentavelmente, a gente tem que chegar a essa conclusão terá que ser sempre uma prestação de serviços aquém das necessidades, tanto em termos de qualidade quanto em termos de quantidade (...) não tem como transformar o SUS no sistema de saúde de acordo com a Constituição... não tem como" (E10).

Numa análise das "*categorias: manter a universalidade da cobertura e o acesso dos serviços, graças a um financiamento público do sistema; e descentralizar as decisões para organização e o funcionamento do sistema de saúde, a reforma dos sistemas de saúde foi considerada como utópica*" (CONTANDRIOPOULOS, 1994 apud HORTALE, PEDROZA & ROSA, 2000: 233).

MENDES traz como indicativo de que o SUS aconteceu, independente do caos da saúde e da crise orgânica do Estado e, dessa forma, "*impõe-se reiterar o caráter processual do SUS e a necessidade de dar tempo e condições a esse processo social que, por envolver mudança paradigmática, transformação cultural, portanto, será, por natureza, de maturação lenta*" (MENDES, 1999: 67).

A inferência dessa mudança paradigmática, de caráter duradouro, é caracterizada, por VIANNA apud MS (1998), como um dos dois pressupostos de análise do processo de implementação do SUS. O segundo pressuposto é o da manutenção da aspiração social regida pela imagem-objetiva centrada nos princípios e diretrizes do SUS. Sob a ótica desses dois pressupostos, no embasamento do papel das previsões, principalmente do sistema político, que permite antecipar decisões e provocar mudanças, o autor aponta três cenários alternativos para o processo de implementação do SUS:

a) *otimista* (preserva a concepção do modelo original, com consolidação do processo de descentralização da gestão da saúde);

b) *intermediário* (ocorrerá o processo de descentralização político-administrativa na maioria dos municípios, na modalidade de gestão integral, o que não ocorrerá nas mais avançadas de gestão); e

c) *pessimista* (pouca adesão de municípios na modalidade de gestão integral do sistema local de saúde e consórcios).

Neste primeiro cenário, percebe-se que a maioria dos entrevistados apresenta o SUS como um processo em construção e mantendo uma certa credibilidade, e apenas três (3) dos onze (11) entrevistados visualizaram-no como um cenário utópico, impossível de implementá-lo conforme suas premissas legais de forma que todos os usuários possam receber uma assistência à saúde eficiente e eficácia de acordo com suas necessidade.

#### 4.3.2 Segundo cenário: fatores pendentes à efetivação do SUS

Neste segundo cenário, sete (7) entrevistados, incluindo os quatro (4) citados anteriormente, visualizaram o futuro do SUS com boas perspectivas, com tendência a se consolidar, mas atrelaram à dependência do que precisa ser feito para que se efetive, como destacam as falas:

"Em algumas regiões maiores e até em nível de micro regionalização está se organizando (...) a tendência dele é caminhar;... eu acredito que podemos ter um SUS legal e real... antes havia um SUS legal aqui e um real lá, hoje ele já está bem mais próximo, e penso que a gente consegue fechar isso aí" (E5);

"tenho esperança que o sistema possa ser implementado por alguns e esforçados, agora está em cada município, cada município terá o SUS que conseguir implementar...." (E10).

Entretanto, salientaram-se duas falas que apresentaram restrições a esta expectativa positiva do SUS:

"... a expectativa é que a gestão plena de atenção básica precisa ser aprimorada (...) mas não acho bom que a Secretaria Municipal de Saúde assuma a gestão plena, pois os recursos que vêm não dariam conta" (E4).

Os entrevistados enfatizaram a dependência na efetivação do SUS à questão dos recursos humanos, profissionais de saúde e gestores, que entrou em conformidade com os elementos restritores à consolidação do SUS, já apresentados pelos mesmos:

"... acho que depende de interesses da gente (...) se os próprios gestores tiverem uma clareza do querem para os seus municípios, aí está o futuro. Se são mal intencionados, o futuro é péssimo, se são bem intencionados, o futuro pode ser muito promissor. Então vai depender das idéias e da consciência, acho que de cada um, para que se gere esse sistema..".(E1);

"grandes perspectivas, principalmente, no fator humano. A gente, à medida que convive com as pessoas envolvidas, percebe que essas pessoas enxergam, se propõem, se dispõem, são capazes de modificar" (E3).

Foram lembrados também outros fatores pendentes à efetivação do SUS:

"... seria a organização realmente do sistema como um todo, juntando a parte ambulatorial e hospitalar, com uma resolutividade maior" (E5);

"depende muito dos poderes políticos (...) que o controle social tem sido fator determinante para que se seja mais rápido, se avance mais rapidamente no processo" (E8).

Neste subcapítulo, quando os gestores e conselheiros de saúde dos municípios de Bagé e Dom Pedrito apresentaram uma percepção positiva para o SUS, inferiram que seu avanço se encontra atrelado a alguns fatores, ainda, pendentes para efetivar sua consolidação como sistema de saúde e, assim, resgataram de forma indireta, os elementos facilitadores, restritores e administrativos já citados pelos mesmos no subcapítulo (4.2.3) do processo de consolidação do SUS, através de três dos quatro marcos explicativos: controle social, recursos humanos e gestão. No entanto, a abordagem dos entrevistados foi mais enfática na questão dos recursos humanos, referendando um posicionamento dos atores do sistema – profissionais, gestores e conselheiros de saúde – mais comprometidos, humanizados e capacitados; assim como agregaram a esta perspectiva uma dependência de interesses, da consciência e da atuação de cada um desses atores e da influência político-partidária local.

Permite-se, então, reportar para a análise de DUSSAULT sobre o tipo de gestão das organizações de serviços de saúde, em que "*o mais adequado é o consensual-colegiado, caracterizando o estilo democrático*", em que as ações estratégicas dos gestores devem focar a questão dos recursos humanos, ponto essencial à constituição de organizações de saúde capazes de adaptar-se a seu ambiente. Assim, "*reconhecendo o papel central dos profissionais e associando ao processo gerencial; e que o maior desafio da gestão destas organizações consiste em responsabilizar esses profissionais pela criação de um ambiente propício ao trabalho multiprofissional e pela integração da participação dos usuários no processo de produção dos serviços*" (DUSSAULT, 1992: 15). Mantendo o mesmo enfoque, mas com abordagem diferente, MATUS (1996), ao contextualizar o processo social como um jogo competitivo entre desiguais e o planejamento como um instrumento para a

operacionalização de ações, refere a necessidade de consenso entre os atores sociais, os técnicos, profissionais e usuários para o estabelecimento de negociações e para, assim, alcançar uma produção possível e real.

Para as organizações de saúde, DUSSAULT (1992) lembra que não é produtivo formalizar o processo de produção nem instituir mecanismos autoritários na relação de trabalho dos profissionais, e em função de sua natureza, problemas próprios e das peculiaridades do seu ambiente, propõe que a estrutura organizacional viabilize a descentralização e a flexibilização, podendo, assim, enfrentar as mudanças das necessidades e das expectativas de sua clientela, capazes de responder às exigências mutáveis, com capacidade autônoma de tomar decisões rápidas.

Dessa maneira, MENDES corrobora para o processo de consolidação do SUS, quando diz:

*"quase todas as reformas têm acontecido por resultante de movimentos discretos e são, nada mais, do que meras reformas administrativas, ora impostas por uma racionalidade externa ora por idealizações de grupos de interesses (...) mais que novos ordenamentos jurídicos, o campo da saúde necessita de vontade política, clareza estratégica, paciência histórica e competência técnica para ir construindo, na prática social, o SUS (...) é tempo de construir uma nova agenda (resultante de discussões) que, sem rejeitar os generosos princípios do SUS, reconheça que sua materialidade depende de um conjunto de transformações, tanto gerenciais quanto assistenciais, referidas por um novo paradigma sanitário". (MENDES, 1999: 12-13 e 113)*

Entretanto, quando MENDES (1999) menciona transformações, redesenhando o SUS, ele prioriza estratégias racionalizadoras, que envolvam mudanças políticas, culturais, cognitivo-tecnológicas e gerenciais, centradas em três categorias (a

concepção do processo saúde-doença, o paradigma sanitário e a prática sanitária). A adoção de uma nova estrutura do sistema deve, então, privilegiar a adoção do paradigma estratégico-descentralizado, que redefinirá métodos e estrutura do MS, da SES e SMS através do modelo federalismo cooperativo, com articulação entre o MS, estados e municípios; destacando o modelo de gestão descentralizada-regionalizada para a SES, com implementação de dois âmbitos regionais (micro e macrorregião), onde *"os estados e municípios são aliados potenciais juntamente com representações de usuários, que normalmente propugnam a descentralização"* (MENDES, 1999:118).

Os novos papéis implicarão um processo de construção social de um novo sistema de saúde, firmando-se como espaço da saúde. Sob a ótica de MENDES (1999), pode-se dizer que o cenário para o SUS se encontra embasado no somatório dos dois pressupostos delineados por VIANNA apud MS (1998). Entretanto, foi um conselheiro municipal de saúde que encenou o futuro do SUS: *"estamos com a faca e o queijo na mão, por assim dizer, só que a questão que eu coloco é: sabemos lidar com isso?"* (E10).

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Torna-se necessário, primeiramente, manifestar a relevância que teve este Mestrado e estudo, não somente como um elemento qualificador para a minha formação, mas por permitir que refletisse e compreendesse o significado que tem a ciência da administração no contexto geral do processo de trabalho e no cotidiano da prática em saúde, principalmente a partir do tema escolhido para esta dissertação, pois materializou muitas de minhas suposições prévias, vindas ao encontro de minhas expectativas que permeiam minha prática como trabalhadora de saúde.

A proposição do SUS é regular as ações e serviços públicos de saúde através de uma rede regionalizada e hierarquizada, tendo como foco a descentralização em uma gestão político-administrativa, voltada à municipalização da saúde, a fim de consagrar o atendimento integral e a participação da comunidade, pautado em princípios e normas, bem como institui responsabilidades para cada um dos gestores, federal, estadual e municipal de comum acordo com as instâncias colegiadas. A resultante desta proposição permite que o sistema de saúde brasileiro incorpore ao modelo clínico dominante o modelo epidemiológico, encenando para um novo enfoque no modelo de assistência à saúde.

Entretanto, decorridos treze anos da instituição do SUS, observa-se que discussões nas instâncias colegiadas, relatórios de saúde e estudos analíticos são indicativos de que o SUS não se encontra efetivamente consolidado conforme a proposição inicial, em virtude, principalmente, da falta de critérios normatizadores para a organização do sistema. Este quadro aponta uma necessidade de definição de prioridades e mecanismos para operacionalizar as ações de saúde.

Neste contexto, surge a necessidade de olhar criticamente a realidade desta região, na tentativa despertar para uma reflexão e uma conscientização coletiva da importância que o tema gestão para efetivar a saúde como uma prática social, além do enfoque profissional.

Neste sentido, este estudo delimitou-se a explorar a concepção dos gestores de saúde sobre o SUS na microrregião da 7ª CRS-RS e nos municípios de Bagé e Dom Pedrito (RS). A coleta de dados constituiu-se numa entrevista semi-estruturada, aplicada aos gestores, regionais e municipais, e conselheiros municipais de saúde. Os resultados obtidos foram sistematizados e discutidos, em três momentos de análise – contextualização histórica, estruturação e perspectivas do SUS –, tendo como pressuposto o arcabouço jurídico-político do SUS e reflexões de autores que enfocam o tema abordado.

Três subcategorias constituíram a contextualização histórica do SUS. A primeira, o processo de conformação da proposta do SUS, apontou a participação e a discussão dos trabalhadores de saúde e da população, a necessidade de descentralização e de racionalização dos serviços de saúde como elementos desencadeadores do processo, do fortalecimento da sociedade e da demanda em saúde, inferindo, assim, o princípio de cidadania. A definição e percepção do SUS

estabeleceram a segunda e terceira subcategoria, denotando um discurso comum, situações de positividade e negatividade na estruturação municipal e regional e modelando uma progressividade do sistema. Esta situação é reconhecida por MENDES (1999), que compreende o SUS como um processo em construção, que necessita ser materializado por meio de transformações tanto gerenciais quanto assistenciais.

A segunda categoria, também, foi composta por três subcategorias: a estruturação do SUS na microrregião (7ª CRS-RS), na instância municipal de Bagé e Dom Pedrito (RS), e o processo de consolidação do SUS. O processo de estruturação do sistema local de saúde, nestes dois municípios, se pautou pela disparidade nos elementos infra-estrutura, recursos humanos e ações e serviços, participação popular e instâncias colegiadas, estando mais estruturado no município de Bagé, no qual discussões e troca de informações têm ocorrido com maior frequência. No município de Dom Pedrito, o processo foi caracterizado como complicado e lento, mas em avanço.

Quanto à estruturação do SUS na esfera regional, percebeu-se, ainda, uma dissociação no princípio de hierarquização e de rede regionalizada, revelada através da operacionalização dos serviços de saúde, tendo em vista a forma fragmentada e pouco sistemática na distribuição do atendimento, dos programas oferecidos e dos recursos humanos disponíveis e capacitados. MISOCZKY (1999), SILVA e LABRA (2001) e MENDES (1999) fazem uma alusão sobre o redimensionamento do papel do gestor estadual e da regionalização das ações de saúde que não estão bem definidas na legislação, gerando um desajuste entre objeto, estrutura e métodos dentro da SES, predominando, ainda, o modelo de administração burocrática.

Quatro questões circunscrevem o processo de estruturação loco-regional do SUS, mostrando Bagé como município pólo: um cenário político com maior trânsito e atuação, um maior fortalecimento de seu CMS, concentração das ações e serviços, e despreparo dos recursos humanos. Observam-se que estas questões, novamente, estiveram presentes na terceira subcategoria – o processo de consolidação do SUS – sintetizada em quatro marcos explicativos pela conformidade, interpenetração e complementaridade das respostas obtidas, determinando-os como condutores no processo de descentralização e municipalização do SUS e essenciais à consolidação de suas ações: o controle social, os recursos humanos, o financiamento e a gestão.

A terceira categoria destacou a perspectiva do SUS, que elegeu dois cenários: o futuro, inferindo uma percepção positiva para o SUS, e o segundo, encenando que o seu avanço se encontra, ainda, atrelado a alguns fatores pendentes. Os elementos destacados corroboraram, de forma indireta, os três dos quatro marcos explicativos do processo de consolidação do SUS: controle social, recursos humanos e gestão. No entanto, a abordagem dos entrevistados foi mais enfática na questão dos recursos humanos, referendando que o posicionamento dos atores do sistema precisa ser mais comprometido, humanizado e capacitado. Da mesma forma, agregaram a esta perspectiva uma dependência de interesses, da consciência, da atuação de cada um desses atores e da influência político-partidária local.

No contexto da primeira e da segunda categorias, as questões pontuadas e caracterizadas como condutoras, tanto positiva como negativamente, no processo de descentralização e municipalização do SUS, foram "*jogadas*" para a terceira categoria, demonstrando um cenário com perspectiva positiva, enfatizando uma dependência nas habilidades dos atores para o processo de consolidação das

práticas e políticas de saúde brasileira. Ao mesmo tempo, demonstraram características de utopia quanto aos princípios e diretrizes do SUS, como inacessível de ser materializado na totalidade quanto à universalidade de acesso, integralidade de ações, e municipalização das ações básicas em saúde, pautado na dependência e limitação dos elementos político-administrativos, como a manutenção da submissão do financiamento, indefinição de mecanismos de gestão dificultando o controle social.

Do ponto de vista dos entrevistados, a região em estudo demonstrou apresentar problemas de saúde que são estruturais e conjunturais; desigualdades que começam no próprio município; índices de saúde (locais) que têm que melhorar muito; profissionais de saúde que, ao atenderem, devem registrar e alimentar o sistema e, assim, possibilitando identificar a demanda e facilitar as ações; informação como um elemento limitador em função da dificuldade de acesso ocasionada por algumas pessoas e instâncias que procuram monopolizá-las; inexistência de sistema de informação; ausência de Conselho Estadual de Saúde; interesses profissionais e políticos prevalecendo no cenário local em detrimento de práticas de saúde e sociais; falta de mecanismos de controle e avaliação; pouca humanização no atendimento; gestores de saúde mantêm um distanciamento da população e seu meio, implicando, assim, o real desconhecimento das necessidades e prioridades em saúde.

A questão do planejamento tornou-se relevante neste estudo, primeiramente, por ser apontada como um instrumento essencial no processo de tomada de decisão de uma estrutura organizacional (MATUS, 1996; MINTZBERG, 1992; MOTTA, 1999; e MENDES, 1999); enquanto que os entrevistados associaram sua importância diretamente à questão da gestão em saúde, conferindo uma certa concentração ou

falta de planejamento; muitas discussões e planejamentos para pouco envolvimento e ação dos profissionais; planeja-se para se obter o financiamento/recurso. Em segundo, porque prevalece o discurso ideológico em detrimento do praticado, visto que o planejamento não está constituído como um real instrumento da prática da gerência nos municípios em estudo e, sim, apenas como uma preocupação dos gestores e conselheiros de saúde.

Neste contexto, fez-se presente a questão do Plano Municipal de Saúde, que foi referida apenas por três (3) dos onze (11) entrevistados, vislumbrando um "*descaso*" para o plano. BORDIN indica a relevância do Plano Municipal de Saúde, pois "*é o instrumento que materializa as políticas municipais de saúde em ações programáticas de intervenção sobre a realidade sanitária identificada*" (BORDIN, 1999: 51). Na análise documental destes planos, observou-se que o texto infere um destaque maior para o diagnóstico da realidade do município, apontando uma série de problemas no âmbito da saúde e enumerando algumas prioridades, mas com pouco conteúdo e até uma indefinição para os instrumentos, mecanismos e estratégias de seus planos de ação.

Da análise do arcabouço jurídico-político do SUS, cabe ao gestor municipal a provisão das ações e serviços de saúde envolvendo a formulação de políticas de âmbito local, sendo o primeiro e maior responsável pelo planejamento, execução, avaliação e controle de ações e serviços de saúde voltadas à garantia de acesso ao atendimento integral do indivíduo, ao coletivo e do ambiente. Entretanto, cabe ressaltar que os entrevistados, no momento, do questionamento sobre os elementos administrativos, denotaram uma certa incompreensão de seu significado e importância no contexto do processo de trabalho, como inferiu o E10: "*falta um pouco em competência nossa, do município*".

Esta concepção geral, corroborada com reflexões de MATUS (1996) e MENDES (1999), considerando-se os cinco aspectos analíticos do processo de redemocratização (processo, objeto, conteúdo, sentido e operação), retrata que o contexto político-administrativo do SUS, no cenário loco-regional em estudo, centra-se, ainda, em discussões no plano tático-operacional em detrimento de discussões e ações no plano tático-estratégico, denotando uma prevalência das estruturas e métodos do paradigma horizontal-descentralizado e do modelo médico, transitando muito pouco para o modelo de atenção à saúde.

Tendo em vista o contexto apresentado pelos entrevistados, pode-se afirmar que o processo de efetivação do SUS ainda encontra dificuldades de organização e operacionalização. As questões elencadas pelos entrevistados, neste estudo, são pontuadas por MINTZBERG (1995), MATTOS (1999), DUSSAULT (1992), MATUS (1996) e MENDES (1999), assumindo papel relevante na análise da estrutura organizacional, necessitando redimensionar seu papel, visto que, na proposição do sistema de saúde, as instâncias, Federal, Estadual e Municipal adquirem uma nova dimensão e significados na operacionalização e na validação do processo político-administrativo dos serviços de saúde.

MENDES (1999) ressalta que a reordenação do SUS deva priorizar estratégias racionalizadoras, que envolvam mudanças políticas, culturais, cognitivo-tecnológicas e gerenciais, centradas em três categorias (a concepção do processo saúde-doença, o paradigma sanitário e a prática sanitária), bem como uma redefinição dos métodos e estrutura do MS, da SES e SMS através do modelo federalismo cooperativo.

Em síntese, e resgatando os três objetivos e as três categorias de discussão e análise deste estudo, figura uma concordância entre os pólos centrais na

consolidação do SUS (controle social, recursos humanos e gestão), tendo como fatores limitadores a influência do sistema político no cenário loco-regional, o atrelamento e a dependência de resolutividade da legislação, com indefinição de mecanismos de gestão e uma participação ainda que crescente mas muito lenta no processo de tomada de decisão, o despreparo e o desinteresse do profissional e do gestor e a desinformação da população quanto a seu papel no processo de consolidação do SUS. Esta concepção tem suscitado um estado de tensão permanente, que ora facilita ora restringe o atendimento das diretrizes e dos princípios do SUS, demonstrando a manutenção do enfoque político-ideológico e tático-operacional na efetivação das ações em saúde.

Como resultado deste estudo, recomenda-se aos gestores e conselheiros de saúde que:

- promovam discussões/estudos/pesquisa entre os atores sociais e a comunidade loco-regional, envolvendo os pólos centrais de consolidação do SUS, (controle social, recursos humanos e gestão) com os fatores limitadores já relacionados, aferidos nestes estudos;
- façam do Plano Municipal de Saúde um instrumento permanentemente capaz de materializar as políticas municipais de saúde em ações programáticas de intervenção sobre a realidade sanitária identificada;
- busquem estratégias de organização da atenção básica e dos níveis de atenção secundária e terciária da saúde;
- promovam a participação dos atores sociais do SUS de forma efetiva no processo de capacitação em gestão;

- utilizem nos cursos de capacitação uma metodologia embasada em estudos de casos loco-regionais, capazes de utilizar o diagnóstico da realidade e contribuïrem para a planificação das ações;
- criem e fomentem um sistema de informação, viabilizando o acesso e a troca de informações entre as esferas governamentais e as instâncias colegiadas, disponibilizando-as à comunidade;
- promovam a troca de experiências entre os gestores municipais e as instituições de ensino e de pesquisa;
- busquem e apliquem instrumentos e mecanismos estratégicos no processo de tomada de decisão (como o planejamento, metas, controle e avaliação) e de consolidação das políticas de saúde e sociais.

Emergem deste estudo pontos relevantes a serem considerados em outras pesquisas, como, por exemplo, analisar:

- os elementos dos planos municipais de saúde, correlacionando-os com relatórios, financiamento e dados epidemiológicos;
- a participação dos atores sociais no processo de tomada de decisão da gestão em saúde;
- a formação, capacitação e habilidades gerenciais e assistenciais dos atores sociais do sistema de saúde;
- o modelo sanitário e o paradigma organizacional, como proposta para a produção social em saúde;

- os fatores limitadores na efetivação das políticas de saúde e sociais;
- a influência do sistema político no cenário loco-regional da saúde;
- as estratégias articuladoras para o processo de consolidação do sistema de saúde.

Os resultados deste estudo serão enviados aos gestores dos municípios da Regional e Secretaria Estadual de Saúde. Acredita-se que o retorno das informações e reflexões aqui delineadas, possam subsidiar novos estudos, discussões e ações entre os atores sociais envolvidos no processo de efetivação do SUS, na tentativa de uma aproximação mais adequada da realidade loco-regional com as políticas de saúde e sociais. Espera-se, também, que, em um pensar estratégico, auxiliem para que as questões elencadas se tornem não meros elementos de discussão e, sim, instrumentos mediadores para o saber e o agir, e a participação seja uma condição necessária para eclodir a cidadania.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ABRASCO/CEBES/SESB-PR. Relatório final da reunião de trabalho sobre ações integradas de saúde. Curitiba, 27-29 ago. 1984. *Revista Saúde em Debate*. Paraná: CEBES, p. 23-24, jul. 1985.

BAGÉ (RS). Secretaria Municipal de Saúde e Meio Ambiente. Plano Municipal de Saúde. Gestão 1997-2000.

BLOCH, Renata Arruda de; BALASSIANO, Moisés. A democratização da Gestão Pública: as relações entre gestor, inovação e porte demográfico do Município. *Anais do 23º ENANPAD*, 1999.

BORDIN, Ronaldo; FACHIN, Roberto Costa; KLERING, Luis Roque; GOLDIM, José Roberto (Org.). *Práticas de gestão em saúde: em busca da qualidade*. Porto Alegre: DaCasa, 1996.

BORDIN, Ronaldo. *Sistemas Locais de Saúde: Os Conselhos Municipais de Saúde e os critérios para hierarquização de prioridades*. Tese de Doutorado. Porto Alegre: Universidade Federal do Rio Grande do Sul, 1999.

BRASIL, MS (Ministério da Saúde). *Relatório da VII Conferência Nacional de Saúde*, 1980.

BRASIL. *Constituição da República Federativa do Brasil* de 5 de out. 1988. Brasília, DF: Senado Federal.

BRASIL, MS (Ministério da Saúde). Reorganização da Saúde. *Relatório da VIII Conferência Nacional de Saúde*, 1986.

BRASIL. Lei n. 8.080 de 19 de setembro de 1990. Lei Orgânica de Saúde. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes, e dá outras providências. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, v. 128, n. 182, 20 de set. 1990, Seção I, pt. 1.

BRASIL. Lei n.8.142 de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde, e dá outras providências. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 31 de dez. 1990.

BRASIL, MS (Ministério da Saúde). Decreto n. 99438/90. Dispõe sobre a deliberação da criação do Conselho Nacional de Saúde (CNS). *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 1990.

BRASIL, MS (Ministério da Saúde). Conselho Nacional de Saúde. *Resolução n. 33* de 23 de dez. 1992. Dá recomendações para a constituição e estruturação dos Conselhos Estaduais e Municipais de Saúde. Brasília, dez.1992.

BRASIL, MS (Ministério da Saúde). *Relatório Final da IX Conferência Nacional de Saúde*. “Municipalização é o caminho”. Brasília-DF: ago. 1992.

BRASIL, MS (Ministério da Saúde). Conselho Nacional de Saúde. *Resolução n. 36* de 4 de fev. 1993. Resolve incluir na composição dos Conselhos, na representação dos usuários as entidades representativas dos usuários. Brasília, fev. 1993.

BRASIL, MS (Ministério da Saúde). Portaria GM nº 545, de 20 de maio de 1993. Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde – NOB-SUS 01/93. *Diário Oficial da União*. Brasília, DF, 24 de maio 1993, Seção 1.

BRASIL, MS (Ministério da Saúde). *Decreto nº. 1.448*, de 6 de abr. 1995. Dispõe sobre a composição paritária das entidades representativas no Conselho Nacional de Saúde. Brasília, abr. 1995.

BRASIL, MS (Ministério da Saúde). Portaria GM nº 2.203, de 05 de nov. de 1996. Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde – NOB-SUS 01/96. *Diário Oficial da União*. Brasília, DF, 06 de nov. 1996, Seção 1.

BRASIL, MS (Ministério da Saúde). *Relatório da X Conferência Nacional de Saúde. SUS: "Constituindo um modelo de atenção à saúde para a qualidade de vida"*. Brasília, 1996.

BRASIL, MS (Ministério da Saúde). *O ano da saúde no Brasil – Ações e metas prioritárias*. Brasília, 1997.

BRASIL, MS (Ministério da Saúde). *Portaria nº 1886 de 1997*. Aprova as normas e diretrizes do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) e do Programa de Saúde da Família (PSF). Brasília, 1997.

BRASIL, MS (Ministério da Saúde). *Saúde no Brasil 1997*. Assessoria Técnico-Gerencial/Gabinete do Ministro. Brasília: Brazil/Printed in Brazil, 1998.

BRASIL, MS (Ministério da Saúde). *Reforma do Estado e Cenários Alternativos no Sistema de Saúde. Regulação e gestão de recursos humanos em saúde na perspectiva da Reforma do Estado. Relatório Final*. Brasília: MS/UnB, 1998.

BRASIL, MS (Ministério da Saúde). *Portaria GM Portaria nº 95, de 26 de janeiro de 2001*. Norma Operacional da Assistência à Saúde do Sistema Único de Saúde – NOAS-SUS 01/2001.

BREILH, Jaime. *Epidemiologia: economia, política e saúde*. São Paulo: UNESP/HUCITEC, 1991.

CAMPOS, Gastão Vagner de Souza. *Reforma da reforma: repensando a saúde*. São Paulo: HUCITEC, 1992.

CAMPOS, Rosana Onocko. *Análise do planejamento como dispositivo mediador de mudanças institucionais com base em um estudo de caso*. *Cadernos de Saúde Pública*. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz, v.16, n.4, out./dez. 2000 [Capturado em 2001, maio 11]

CARVALHO, Cristina Amélia. *Poder, conflito e controle nas organizações modernas. Série Apontamentos 25*. Maceió: EDUFAL, 1998.

CARVALHO, Maria do Socorro M. Vieira. Desenvolvimento gerencial no setor público: velhas questões e novos desafios. *Revista de Administração Pública*. Rio de Janeiro, v. 29, n. 4, p. 27-37, out./dez 1995.

CECÍLIO, L. C. O. (Org.) *Inventando a mudança na saúde*. São Paulo: Hucitec, 1994.

COELHO, Elza; WESSTRUPP, Maria Helena; VERDI, Marta. Da velha e a da nova república. A evolução das políticas de saúde no Brasil. In: *Momento I do Curso de Especialização em Projetos Assistenciais de Enfermagem*. Santa Catarina: ESPENSUL, 1997 (Digitado).

COMITÊ DE INTEGRAÇÃO DE ENTIDADES FECHADAS DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE (CIEFAS), (Org.). *A história da autogestão em saúde no Brasil*. São Paulo: OESP Gráfica S. A., 2000.

CONILL, Eleonor Minho. A recente reforma dos serviços de saúde na província do Quebec, Canadá: as fronteiras da preservação de um sistema público. *Cadernos de Saúde Pública*. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz, v. 16, n. 4, out./dez. 2000, [Capturado em 2001 maio 11].

CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE ON-LINE. Uma Proposta em CONSTRUÇÃO. *Diretrizes para a Organização da 11ª Conferência Nacional de Saúde*. 89ª Reunião Ordinária. 1999, Agosto, 4 e 5. [capturado 1999 outubro 24] Disponível na Internet em <http://www.datasus.gov.br/cns/11Conferência/Diretrizes%20para%2011.htm>.

DEMO, Pedro. *Participação é conquista: noções de política social participativa*. 4. ed. São Paulo: Cortez, 1999.

DOM PEDRITO (RS). Secretaria Municipal de Saúde e Meio Ambiente. Plano Municipal de Saúde. Gestão 1999-2002.

DUSSAULT, Gilles. A gestão dos serviços públicos de saúde: características e exigências. *Revista de Administração Pública*. Rio de Janeiro, v. 26, n. 02, p. 8-19, abr./jun. 1992.

FLEURY, Sonia (Org). *Saúde e democracia: a luta do CEBES*. São Paulo: Lemos Editorial, 1997.

FOUCAULT, Michel. História de la medicación. *Educación médica y salud*. v.11, n.1, p. 5-23, 1997.

GERSCHMAN, S.; WERNECK VIANNA, M. L. (Org.). *A miragem da pós-modernidade – democracia e políticas sociais no contexto da globalização*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1997.

GONÇALVES, Ernesto Lima. (coord.). *Hospital e a visão administrativa contemporânea*. São Paulo: Pioneira, 1983.

GRUPO DE TRABALHO PARLAMENTAR EM SAÚDE – PMDB. A Nova República e o Setor de Saúde: propostas. Brasília, dez. 1985. *Revista Saúde em Debate*. Paraná: CEBES, p. 42-48, 1985.

HORTALE, Virgínia Alonso; CONILL, Eleonor Minho; PEDROZA, Manoela. Desafios na construção de um modelo para análise comparada da organização de serviços de saúde. *Cadernos de Saúde Pública*. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz, v. 15, n. 1, p. 79-88, jan./mar. 1999.

HORTALE, Virgínia Alonso; PEDROZA, Manoela; ROSA, Maria Luiza Garcia. Operacionalizando as categorias acesso e descentralização na análise de sistemas de saúde. *Cadernos de Saúde Pública*. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz, v. 16, n. 1, p. 231-239, jan./mar. 2000.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). 1997. *Contagem da população/96*. [Capturado 2000, maio 28] Disponível na Internet em <http://www.ibge.gov.br/estatística/população/contagem/rscont97.shtm>

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). *Censo Demográfico 2000*. [Capturado 2000, maio 28] Disponível na Internet em <http://www.ibge.gov.br/estatística/população/censo2000/brasil2000.shtm>

KLIKSBERG, Bernardo. A gerência no final do século XX. *Revista de Administração Pública*. Rio de Janeiro, v. 27, n. 2, p. 1183-201, abr./jun. 1993.

KÖCHE, José Carlos. *Fundamentos de metodologia científica: teoria da ciência e prática da pesquisa*. 14. ed. rev. e ampl. Petrópolis, RJ: Vozes, 1997.

KUSCHNIR, Rosana C.; KESTEMBERG, David; SANTOS, Helder A.; CARAMÉZ, Maria José O.; TEIXEIRA, Maria Regina S.; LOCH, Selma. Metodologia para programação de atividades e cálculo dos valores de financiamento da rede municipal. *Divulgação para debate em saúde*. Paraná, p. 55-54, set./89.

LAKATOS, Eva Maria; MARCONI, Marina de Andrade. *Metodologia do trabalho científico*. 4. ed., rev. e ampl. São Paulo: Atlas, 1992.

LIMA, Ana Paula Gil de. Os Consórcios intermunicipais de Saúde e o Sistema Único de Saúde. *Cadernos de Saúde Pública*. Rio de Janeiro: v. 16, n. 4, p. 985-996, out./dez. 2000.

MATUS, Carlos (Trad. Riego, Luis Felipe Rodríguez del). *Adeus, Senhor Presidente – Governantes e Governados*. 3. ed. São Paulo: FUNDAP, 1996.

MENDES, Eugene Vilaça. *A evolução da prática médica, suas implicações no ensino, na pesquisa e na tecnologia médicas*. Belo Horizonte/MG: PUC/Finepe, 1982.

MENDES, Eugene Vilaça e Col. *Distritos Sanitários*. São Paulo/Rio de Janeiro: HUCITEC/ABRASCO, 1995.

MENDES, Eugene Vilaça. *Uma agenda para a saúde*. São Paulo: UNESP/HUCITEC, 1999.

MERHY, Emerson Elias. O SUS e um dos seus dilemas: mudar a gestão e a lógica do processo de trabalho em saúde (um ensaio sobre a micropolítica do trabalho vivo). *Saúde e Democracia – A luta do CEBES*, p. 125-141, 1996.

MINAYO, Maria Cecília de Souza et al. Programa de Agentes de Saúde do Seara: estudo de caso. Fortaleza: UNICEF, 1990.

MINAYO, Maria Cecília de Souza (Org.). *Pesquisa social: teoria, métodos e criatividade*. 12. ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 1994.

MINTZBERG, Henry. *Criando organizações eficazes: estruturas em cinco configurações*. São Paulo: Atlas, 1995.

MIZOCZKI, Maria Ceci; FERREIRA, Marcos Fischborn. *SUS: Estratégia de implantação e desigualdades* [capturado em 1999, junho 25]; Porto Alegre: UFRGS. Disponível na Internet em <http://www.pdgsaúde.ea.ufrgs.br>

MIZOCZKI, Maria Ceci. *A institucionalização do Sistema Único de Saúde (SUS) sob a ótica das relações entre as esferas de governo da Federação*. 1999 [capturado em 2001, abril 16]; Porto Alegre: UFRGS. Disponível na Internet em <http://www.pdgsaúde.ea.ufrgs.br/principal.htm>

MOTTA, Paulo Roberto. *A ciência e a arte de ser dirigente*. 10. ed. Rio de Janeiro: Record, 1999.

NORONHA, José Carvalho. A municipalização no SUDS-RJ: uma opção radical pela descentralização. *Divulgação para debate em saúde*. Paraná, p. 03-05, set./89.

NUNES, Everardo Duarte (Org). *Medicina social: aspectos históricos e teóricos. Textos 3*. Global, 1992.

OPAS/OMS (ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE). *A saúde no Brasil. Capítulo do Relatório La Salud em las Américas*. Escritório de Representação no Brasil. Brasília, nov./98 [capturado em 2000, julho 20] Disponível na Internet em <http://www.opas.org.br/download/Textos/sdbras.htm>.

PESSOTO, Umberto Catarino; NASCIMENTO, Paulo Roberto; HEIMANN, Luiza Stermann. *Gestão semiplena e a participação popular na administração da saúde. Cadernos de Saúde Pública*. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz, v. 17, n. 1, p. 89-97, jan./fev. 2001.

RODRIGUES FILHO, José. A crise gerencial no sistema de saúde. *Revista de Administração Pública*. Rio de Janeiro, v. 28, n. 4, p. 65-75, out./dez. 1994.

RODRIGUES, Maria Socorro Pereira; LEOPARDI Maria Tereza. *O método de análise de conteúdo: uma versão para enfermeiros* Fortaleza: Fundação Cearense de pesquisa e Cultura, 1999.

SECRETARIA DA FAZENDA DO ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL. *Portaria n. 166*, de 30 de setembro de 1999. Porto Alegre: Diário Oficial do Estado, p. 3-17, 1999.

SES/RS (Secretaria Estadual de Saúde do Rio Grande do sul). *Relatório anual de gestão do SUS/RS 1999* (versão preliminar). Porto Alegre, mar./2000.

SILVA, Ionara Ferreira da; LABRA, Maria Eliana. As instâncias Colegiadas do SUS no Estado do Rio de Janeiro e o processo decisório. *Cadernos de Saúde Pública*. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz, v. 17, n. 1, jan./fev. 2001.

SILVA, Ligia Maria Vieira da. Uma agenda para investigação em políticas e sistemas de saúde no Nordeste. *Cadernos de Saúde Pública*. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz, v. 16, n. 3, jul./set. 2000.

SMSMA/BAGÉ (Secretaria Municipal de Saúde e Meio Ambiente de Bagé). *Plano Municipal de Saúde/Bagé 1997-2001*.

SMSMA/Dom Pedrito (Secretaria Municipal de Saúde e Meio Ambiente de Dom Pedrito). *Plano Municipal de Saúde/Dom Pedrito 1999-2002*. Dom Pedrito, dez. 1998.

SPINK, Peter; CLEMENTE, Roberta (Org.). *20 experiências de gestão pública e cidadania*. Rio de Janeiro: Fundação Getúlio Vargas, 1997.

SSMA/RS (Secretaria da Saúde e do Meio Ambiente do Rio Grande do Sul). *Estatística de Saúde: Mortalidade 1997*. Porto Alegre: Núcleo de Informação em Saúde, v.23, 1998.

SSMA/RS (Secretaria da Saúde e do Meio Ambiente do Rio Grande do Sul). Descentralizando e democratizando o conhecimento. *Coletânea de legislação do Sistema único de Saúde*. Porto Alegre: Nova Prata, s.d.

STUMPF, M. K.; FREITAS, Henrique M. R de. A gestão da informação em um hospital universitário: em busca da definição do 'Patient Core Record' do Hospital de Clínicas de Porto Alegre. *Anais do 20º ENANPAD*, Angra dos Reis, RJ, set. 1996.

STUMPF, M. K.; FISHER, Paul Douglas; FREITAS, Henrique M. R de; BECKER, João Luiz. Um modelo de integração de informações para o apoio à decisão na

gestão da assistência à saúde. *Série Documentos para Estudos*. Porto Alegre, RS: PPGA/UFRGS, nº 07/98, jun. 1998, 20 p.

TANAKA, Oswaldo *et al.* Formação de gestores locais de saúde: processos para identificar estratégias de atuação. *Journal of Public Health. Revista Saúde Pública*. São Paulo: Ed. Plano A e Ed. Gráfica Ltda. Universidade de São Paulo, v. 33, n. 3, p. 219-229, 1999.

TRIVIÑOS, Augusto N. S. *introdução à pesquisa em Ciências Sociais*. São Paulo: EPU, 1992.

VALLA, Victor Vicent; STOTZ, Eduardo Navarro (Org.). *Educação, saúde e cidadania*. 2. ed. Petrópolis: Vozes, 1996.

VECINA NETO, Gonzalo. A formação de administradores para o setor saúde: algumas considerações sobre o atual momento brasileiro e a responsabilidade da universidade. *Revista de Administração Pública*. Rio de Janeiro, v. 24, n. 4, p. 95-99, ago./out. 1990.

VIANA, A. L. *Modelos de intervenção do Estado na área da saúde*. Rio de Janeiro: UERJ/IMS, Série Estudos em Saúde Coletiva, 118, 1985.

VIANA, A. L.; QUEIROZ, M. S.; IBÁÑEZ, N. Implementação do Sistema Único de Saúde: novos relacionamentos entre os setores público e privado do Brasil. *Revista de Administração Pública*. Rio de Janeiro, v. 29, n. 3, p. 17-32, 1995.

VIEIRA, Lúcia Azambuja Saraiva. Evolução histórica da saúde pública. *Revista da Saúde*. Bagé: URCAMP, v. 2, n. 1, p. 10-16, Jan./Jun., 1998.

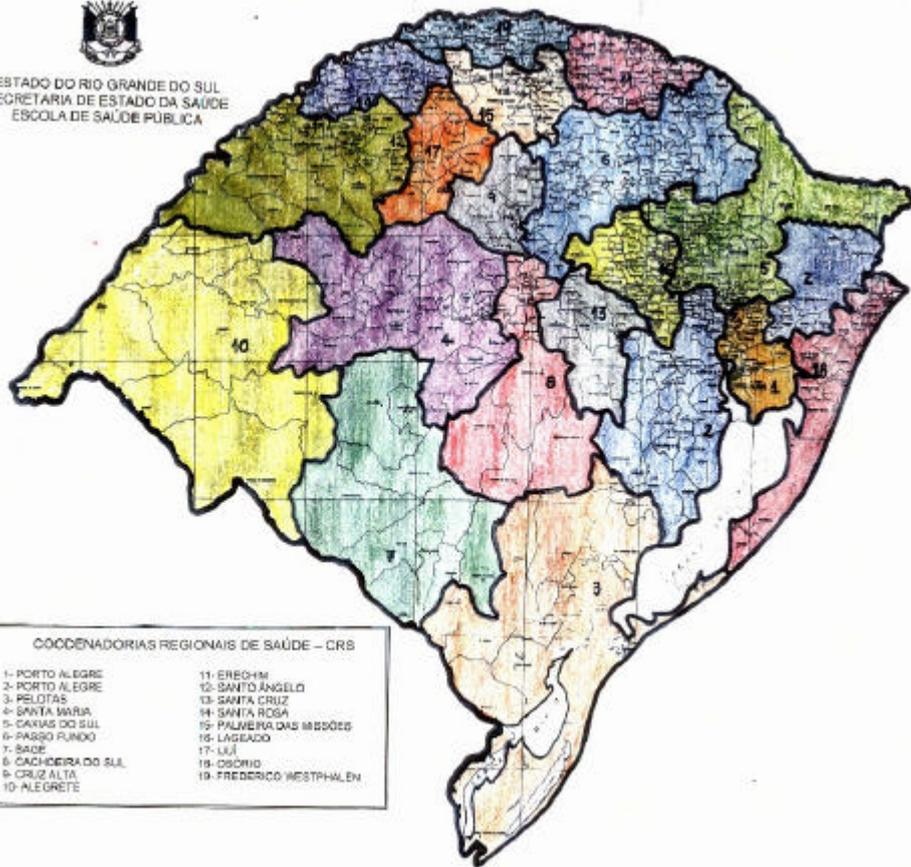
# **ANEXOS**

## **ANEXO A**

**MAPA DO RS – SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE  
DO RS – 19 COORDENADORIAS REGIONAIS DE  
SAÚDE DO RS**



ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL  
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE  
ESCOLA DE SAÚDE PÚBLICA

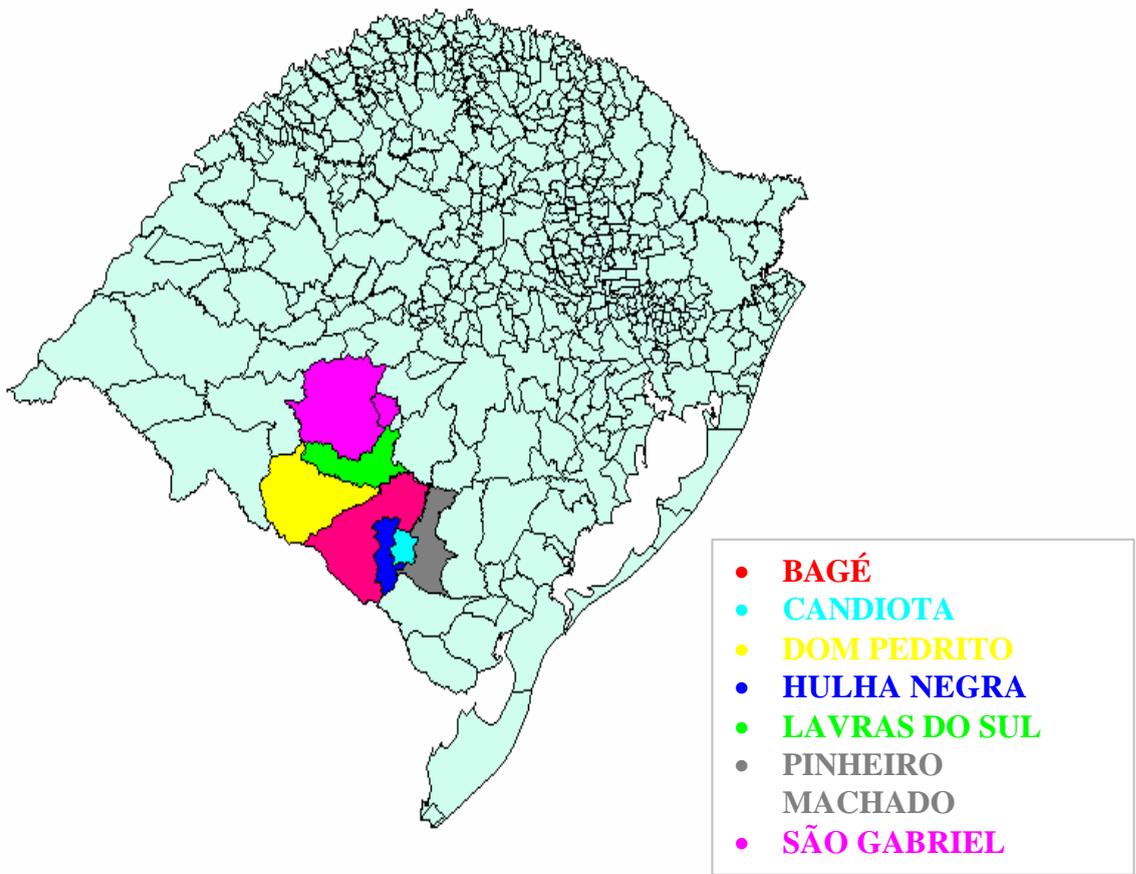


COORDENADORIAS REGIONAIS DE SAÚDE - CRS	
1- PORTO ALEGRE	11- ERECHIM
2- PORTO ALEGRE	12- SANTO ANGELO
3- PELotas	13- SANTA CRUZ
4- SANTA MARIA	14- SANTA ROSA
5- CAXIAS DO SUL	15- PALMEIRA DAS MESSEES
6- PASSO FUNDO	16- LAGEADO
7- SAO DE	17- LUIZ
8- CACHOEIRA DO SUL	18- OSORIO
9- CRUZ ALTA	19- FREDERICO WESTPHALEN
10- ALEGRETE	

## **ANEXO B**

**MAPA DO RIO GRANDE DO SUL (RS)**

**7ª COORDENADORIA REGIONAL DE SAÚDE (CRS)**



Fonte: 7ª CRS – modificado

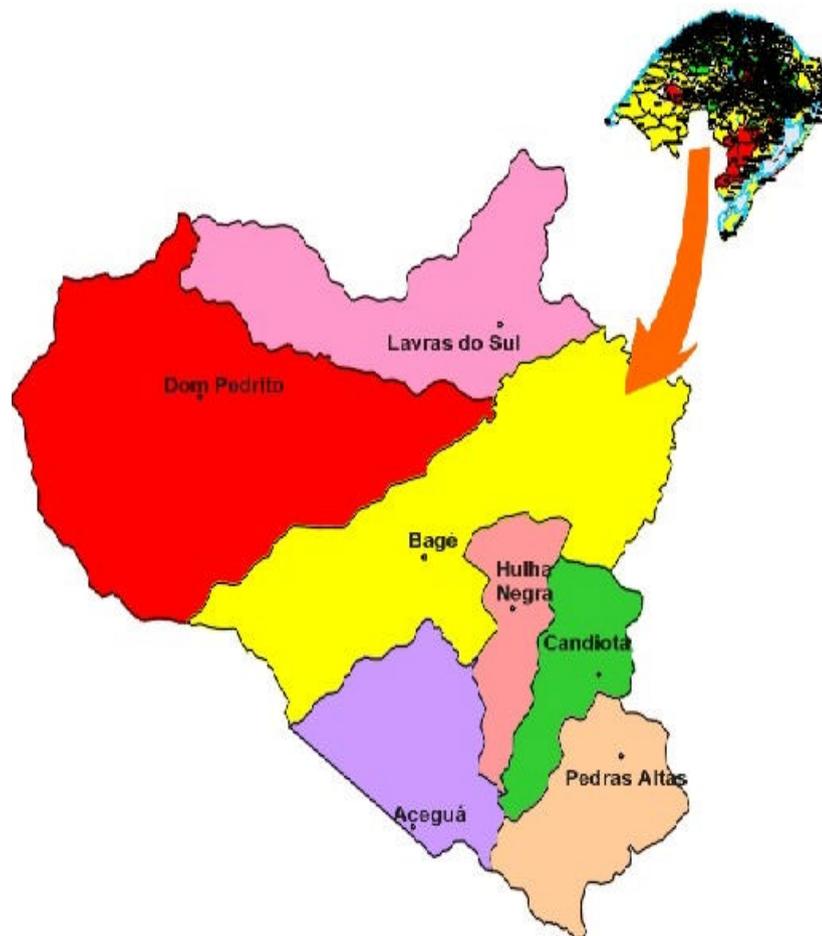
## **ANEXO C**

**MAPA DO RIO GRANDE DO SUL (RS)**

**7ª COORDENADORIA REGIONAL DE SAÚDE (CRS),**

**ATUALIZADA A PARTIR DE 01.01.2001**

7ª COORDENADORIA  
REGIONAL DE SAÚDE  
- Bagé, RS -



## **ANEXO D**

### **ROTEIRO PARA ENTREVISTA SEMI-ESTRUTURADA**

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL  
ESCOLA DE ADMINISTRAÇÃO  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ADMINISTRAÇÃO  
CONVÊNIO UNIVERSIDADE DA REGIÃO DA CAMPANHA  
Dissertação de Mestrado: O OLHAR DOS GESTORES  
SOBRE O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS):  
UM ESTUDO EXPLORATÓRIO NOS MUNICÍPIOS DE  
BAGÉ E DOM PEDRITO (RS).**

## **ENTREVISTA**

\* Solicita-se liberação para gravar a entrevista.

### **1 Identificação:**

1.1 Nome: \_\_\_\_\_

1.2 Sexo: ( ) Feminino ( ) Masculino

1.3 Idade: \_\_\_\_\_

1.4 Formação acadêmica (graduação): \_\_\_\_\_

1.5 Formação específica/período (especialização/mestrado/....): \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

1.6 Capacitação/período: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

1.7 Experiência na área administrativa gestão:

Função	Local	Tempo de experiência

1.8 Município de atuação: \_\_\_\_\_

1.9 Função atual: \_\_\_\_\_

### **2. Sobre o SUS:**

2.1 Defina o SUS.

- 2.2 Relacione os elementos determinantes à incorporação. O que significa cada um?
- 2.3 Relacione os elementos determinantes à consolidação do SUS. O que significa cada um?
- 2.4 Há elementos facilitadores à implementação do SUS? Quais?
- 2.5 Há elementos restritores à implementação do SUS? Quais?
- 2.6 Caracterize o SUS aqui em Bagé (Dom Pedrito). (Como está sendo operacionalizado?)
- 2.7 Apresente o organograma funcional da estrutura do Sistema de saúde no município.
- 2.8 Esta operacionalização tem determinado sua consolidação na região macro? Como? Através de que elementos?
- 2.9 Apresentam-se dificuldades/problemas para esta consolidação? Quais?
- 2.10 Como o gestor (Coordenador Regional/Secretário Municipal/Presidente do CMS) tem operacionalizado o SUS?
- 2.11 Quais os elementos administrativos usados pelo gestor que são determinantes para esta operacionalização?
- 2.12 Como você visualiza o SUS?
- 2.13 Qual(ais) expectativa(s)/ perspectiva(s) de futuro para o SUS?

# **ANEXO E**

## **ORGANOGRAMA DA 7ª COORDENADORIA REGIONAL DE SAÚDE (RS)**

SECRETARIA DA SAÚDE E DO MEIO AMBIENTE  
ORGANOGRAMA DAS DELEGACIAS RECIOONAIS DE SAÚDE

