

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA  
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM**

**MICROPOLÍTICA E GESTÃO REGIONALIZADA DA  
SAÚDE: ESTUDO DE CASO NO COLEGIADO DE  
GESTÃO DA 4ª REGIÃO SANITÁRIA DO ESTADO DO  
RIO GRANDE DO SUL**

**DISSERTAÇÃO DE MESTRADO**

**Sueli Terezinha Goi Barrios**

**Santa Maria, RS, Brasil  
2009**

**MICROPOLÍTICA E GESTÃO REGIONALIZADA DA  
SAÚDE: ESTUDO DE CASO NO COLEGIADO DE GESTÃO  
DA 4ª REGIÃO SANITÁRIA DO ESTADO  
DO RIO GRANDE DO SUL**

**por**

**Sueli Terezinha Goi Barrios**

Dissertação apresentada ao Curso de Mestrado do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM, RS), como requisito parcial para obtenção do grau de  
**Mestre em Enfermagem**

**Orientadora: Prof<sup>ª</sup>. Dr<sup>ª</sup>. Adelina Giacomelli Prochnow**

**Santa Maria, RS, Brasil**

**2009**

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação ( CIP )

B275m Barrios, Sueli Terezinha Goi  
Micropolítica e gestão regionalizada da saúde: estudo de caso no colegiado de gestão da 4ª região sanitária do Estado do Rio Grande do Sul / orientação por Profª. Drª. Adelina Giacomelli Prochnow. – Santa Maria, RS: Universidade Federal de Santa Maria, 2009.  
177p.

1. Sistema Único de Saúde - (SUS) 2. Regionalização da Saúde 3. Tecnologias em Saúde 4. Colegiados de Gestão 5. Enfermagem

I. Título

CDU 614.39

**Universidade Federal de Santa Maria  
Centro de Ciências da Saúde  
Programa de Pós-Graduação em Enfermagem**

A Comissão Examinadora, abaixo assinada,  
aprova a Dissertação de Mestrado

**MICROPOLÍTICA E GESTÃO REGIONALIZADA DA SAÚDE:  
ESTUDO DE CASO NO COLEGIADO DE GESTÃO DA 4ª REGIÃO  
SANITÁRIA DO ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL**

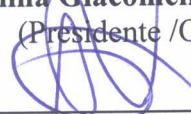
elaborada por  
**Sueli Terezinha Goi Barrios**

como requisito parcial para obtenção do grau de  
**Mestre em Enfermagem**

**COMISSÃO EXAMINADORA:**

  
\_\_\_\_\_

**Adelina Giacomelli Prochnow, Dr<sup>a</sup>**  
(Presidente /Orientadora)

  
\_\_\_\_\_

**Alcindo Antônio Ferla, Dr. (UFRGS)**  
(1º Examinador)

  
\_\_\_\_\_

**Ana Cristina Passarella Brêtas, Dr<sup>a</sup> (UNIFESP)**  
(2ª Examinadora)

  
\_\_\_\_\_

**Carmem Colomé Beck, Dr<sup>a</sup> (UFSM)**  
(Suplente)

Santa Maria, 14 de dezembro de 2009.

Dedico esta dissertação a meu pai, exemplo de bondade e integridade. Do lugar onde está, tem me auxiliado a enfrentar os desafios cotidianos.

Ao João, meu companheiro da vida toda.

Às filhas Sabrina e Jerusa, pela oportunidade de experimentar a dor e o prazer de ser mãe.

## AGRADECIMENTOS

Minha trajetória profissional tem sido construída com muita gente. Confesso que tenho certa dificuldade em pensar projetos solitários, portanto esta dissertação, apesar de grande esforço pessoal, não é só minha, mas é o resultado das contribuições de autores que li, dos professores, colegas e amigos com os quais partilhei ideias, incertezas, conversas, comentários, sugestões, discussões, orientações.

Esta explicação é para justificar que o resultado do que aqui está escrito é de responsabilidade coletiva e compartilhada, especialmente daqueles que participaram e viveram intensamente esta construção, me ajudando intelectual e emocionalmente, aos quais quero agradecer de coração:

Aos gestores que integram o COGERE, e que vivenciam o cotidiano do SUS, enfrentando desafios para torná-lo concreto. Em especial aqueles que confiaram neste trabalho e de pronto aceitaram ser os sujeitos desta pesquisa.

A Roberta, pela sua ajuda como observadora auxiliar das reuniões do COGERE.

A Zeli e a Luana, pelo sorriso acolhedor e a disponibilidade em contribuir.

Aos professores do mestrado que oportunizaram a construção compartilhada de conhecimentos, em especial as Professoras Carmem e Laura, que participaram da banca de qualificação, cujas importantes sugestões foram aqui incorporadas.

Às colegas de mestrado, “da jovem e da velha guarda”, pelas trocas, pela possibilidade de aprender e de ensinar, o velho e o novo.

A Maria do Horto, que, além de me ajudar a olhar o mar, me ensinou os caminhos da metodologia.

A Carla, colega e amiga a quem atribuo a primeira parcela de “culpa” pela realização deste mestrado. Compreendeu minhas ausências, com uma enorme dose de solidariedade.

Aos demais colegas do CEREST, pela paciência com que ouviram as histórias do mundo da academia.

A Maria Denise e a Lisiane, amigas do coração, que mesmo “assoberbadas” se dispuseram a ler meus rabiscos e a dar importantes contribuições para qualificação deste trabalho.

A Luciane, que durante os dois anos do mestrado dividiu comigo as angústias, inquietações, o “estudo de caso”, a banca examinadora, além das longas e prazerosas caminhadas (que, espero, continuem).

Agradecimento especial à minha orientadora, Professora Adelina, por ter se desafiado e aceito orientar uma mestranda um pouco teimosa, e às vezes até rebelde. Agradeço pelos ensinamentos, afeto, pelas horas de leitura gastas com meus escritos.

A Professora Ana Cristina Brêtas, que aceitou vir de longe para participar da banca e compartilhar da construção do conhecimento acadêmico de uma enfermeira militante do SUS que resolve tornar-se mestre.

Ao Professor e amigo Alcindo Antônio Ferla, pela disponibilidade e afeto com que acompanhou minha trajetória, sempre incentivando o ingresso no cenário acadêmico. Agradeço a cumplicidade e acolhida nos momentos de crise (que não foram poucos), e pelas imprescindíveis contribuições, também por ocasião da qualificação do projeto.

À minha família: Começo por minha mãe, que, embora sem entender muito por que eu estudava tanto, compreendia minhas visitas esporádicas, me incluindo sempre em suas orações. Ao meu irmão, que é o melhor que se poderia ter, sempre atento e cuidadoso.

À família Barrios, que me acolheu como filha, em especial a Cecy e ao Valmor com seus “ditos” sempre marcantes.

Ao Jonas, filho emprestado (pela Jane), que participou intensamente das loucuras da vida de duas mestrandas, mediando às vezes os “conflitos intergeracionais”, com paciência carinho e afeto.

Ao João que, por vezes, deve ter detestado a mim e a este trabalho, pois ele sacrificou muitos momentos que poderíamos ter desfrutado juntos, mas sempre incentivou, sempre apoiou e, o melhor de tudo, sempre me cobrou para que eu continuasse e concluísse mais esta etapa de nossas vidas, a qual vamos construindo juntos. Obrigado por fazer parte desta história.

Às minhas filhas: Sabrina e Jerusa. A Sabrina, que do outro lado do mundo tem torcido e me incentivado nesta caminhada e que, desde muito cedo, tem nos ensinando a enfrentar novos e inesperados desafios, se jogando mundo afora em busca de sua felicidade, sem esquecer-se de seu “porto seguro”. E a Jerusa, que tem compartilhado comigo também a tarefa de tornar-se mestre. Durante esses dois anos, me ajudou a operar as máquinas, entendendo minha falta de habilidade em usar a tecnologia “dura” e compreendendo minhas ausências afetivas. Obrigado filha, por estar por perto, sempre atenta, preocupada e cuidadosa, por vezes invertendo os papéis. Amo vocês.

Aos amigos que a vida me presenteou e que torceram pela minha sobrevivência. A todos, resta dizer: Obrigada.

*Se eu pudesse deixar algum presente a vocês,  
Deixaria acesso ao sentimento de amar a vida dos seres humanos,  
A consciência de aprender tudo o que foi ensinado pelo tempo afora...  
Lembraria os erros que foram cometidos, para que não mais se repetissem.  
A capacidade de escolher novos rumos.  
Deixaria para vocês, se pudesse o respeito àquilo que é indispensável...  
Além de pão, o trabalho. Além do trabalho, a ação.  
E quando tudo mais faltasse, um segredo: o de buscar no interior de si mesmo a resposta e a  
força para encontrar a saída.*

***Mahatma Gandhi***



## **RESUMO**

Dissertação de Mestrado  
Programa de Pós-graduação em Enfermagem  
Universidade Federal de Santa Maria

### **MICROPOLÍTICA E GESTÃO REGIONALIZADA DA SAÚDE: ESTUDO DE CASO NO COLEGIADO DE GESTÃO DA 4ª REGIÃO SANITÁRIA DO ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL**

AUTORA: SUELI TEREZINHA GOI BARRIOS

ORIENTADORA: PROFª DRª ADELINA GIACOMELLI PROCHNOW

Data e local da defesa: Santa Maria, 14 de dezembro de 2009.

A presente dissertação tem como objeto de pesquisa a micropolítica do trabalho no espaço do Colegiado de Gestão Regional – COGERE. O Objetivo Geral deste estudo é analisar as tecnologias utilizadas nos processos de trabalho implementados no Colegiado de Gestão Regional, para tomada de decisão dos gestores integrantes do COGERE da 4ª Região Sanitária de Saúde. Este estudo pretende contribuir com o avanço do conhecimento no campo da gestão em saúde e sua aplicação, no caso singular dos colegiados regionais de gestão. O arcabouço teórico utilizado fundamenta-se na análise da Reforma Sanitária Brasileira, legislação do Sistema Único de Saúde, no processo de trabalho em saúde, associando o campo do cuidado com a gestão, em especial a partir das obras de Emerson Elias Merhy e Michel Foucault. A metodologia utilizada traz a abordagem qualitativa e a estratégia de investigação de Estudo de Caso, por tratar-se da análise de uma instância decisória do SUS que é o Colegiado de Gestão Regional da 4ª Região Sanitária do Rio Grande do Sul. Os sujeitos pesquisados foram os integrantes deste colegiado e as técnicas utilizadas para coleta de dados foram as entrevistas, a observação e análise documental. Os achados deste estudo permitem afirmar que as tecnologias utilizadas pelos gestores nos processos de tomada de decisão no espaço do COGERE são, predominantemente, de natureza leve-duras e duras vinculadas às normas, portarias, regras, contratos, conhecimento sistematizado e estruturado, em detrimento das tecnologias leves, as quais deveriam predominar nesse espaço, que tem, como pressuposto teórico, as relações entre os atores, a cogestão, o diálogo, o compartilhamento e a construção coletiva e solidária de processos políticos de gestão e organização de políticas de saúde para 4ª Região Sanitária do RS.

Palavras chaves: Sistema Único de Saúde - SUS (Br); regionalização da saúde; tecnologias em saúde; colegiados de gestão; enfermagem.

## **ABSTRACT**

Master Thesis  
Nursing Department  
Post Graduation Program  
Universidade Federal de Santa Maria

### **MICRO POLITICS AND REGIONAL HEALTH MANAGEMENT: STUDY OF THE DECISION-MAKING PROCESS AT 4TH HEALTH REGION, LOCATED IN THE SOUTH OF BRAZIL**

**AUTHOR: SUELI TEREZINHA GOI BARRIOS**

**ADVISER: PROF<sup>a</sup> DR<sup>a</sup> ADELINA GIACOMELLI PROCHNOW**

Date and place of presentation: Santa Maria, December 14<sup>th</sup>, 2009.

This dissertation regards the research of the micro politics of work, at the "Regional Management School" (Colegiado de Gestão Regional), also known as COGERE. This work's main goal is to analyze the technologies used in the protocols of management and decision making by managers at COGERE 4th Health Region. This study aims to contribute to the knowledge of health management and its practice. The theoretic framework of this dissertation is based on the analysis of the Brazilian Health Reconstruction, the legislation of the "Single Health System" (Sistema Único de Saúde, also known as SUS), the health system work protocols and the association of the fields of care and management. This study is also based on Emerson Elias Merhy's and Michel Foucault's work. The methodology uses the qualitative approach, and the investigative approach is the case study, because we are dealing with the analysis of a SUS decision-making institution, which is the COGERE 4th Health Region, located in the south of Brazil. The subjects researched were the staff of this management school and the data was surveyed through interviews, observation and document analysis. The findings of this study allow us to say that the technologies used by decision-making managers at COGERE, are most likely "light-hard" and "hard" when bound to the standards, ordinances, rules, contracts, technical knowledge systematized and structured, over the "light" technologies, that were supposed to be predominant at this place, where the theoretical assumptions are relationships among people, co-management, dialogue, sharing and the collective construction of the management politic process and health political organizations, at the 4th Health Region, located in the south of Brazil.

Key words: Single Health System-SUS (Br); health care regionalization; health technologies; regional management school; nursing.

## **LISTA DE ILUSTRAÇÕES**

QUADRO 1 – Frequências dos representantes da Secretaria Estadual e das Secretarias Municipais de Saúde que compõem o COGERE da 4ª Região Sanitária do RS, em número absoluto e percentual de reuniões, de junho de 2008 a junho de 2009. FONTE: Dados primários da pesquisa (lista de frequência das Reuniões).....	60
GRÁFICO 1 – Comparativo do número de reuniões com mais e menos de 70% de presença dos representantes do Estado e dos Municípios nas Reuniões do COGERE da 4ª Região de Saúde, junho de 2008 a junho de 2009. FONTE: Dados primários da pesquisa (listas de frequência das Reuniões).....	62

## **LISTA DE TABELAS**

TABELA 1 – Frequência total e percentual das temáticas tratadas nas reuniões do COGERE no período de junho de 2008 a junho de 2009. FONTE: Dados primários da pesquisa (pautas e atas das reuniões).....	72
--	----

## **LISTA DE SIGLAS**

ABEN - Associação Brasileira de Enfermagem

AM centro - Associação dos Municípios da região centro do RS

ASSEDISA - Associação dos Secretários e Dirigentes de Saúde

CEPEN - Centro de Estudos e Pesquisas em Enfermagem

CEREST - Centro de Referência em Saúde do Trabalhador

CIB - Comissão Intergestores Bipartite

CIES - Comissão de Integração Ensino Serviço

CIS - Comissão Interinstitucional de Saúde

CIS - Consórcio Intermunicipal de Saúde

CIT - Comissão Intergestores Tripartite

CMS - Conselho Municipal de Saúde

CNS - Conselho Nacional de Saúde

COGERE - Colegiado de Gestão Regional

CONASEMS - Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde

CONASS - Conselho Nacional de Secretários de Saúde

CRS - Conselho Regional de Saúde

GM - Gabinete do Ministro

HIV/AIDS - Vírus da Imunodeficiência Humana/Síndrome de deficiência imunológica adquirida

HU - Hospital Universitário

HUSM - Hospital Universitário de Santa Maria

MS - Ministério da Saúde

NOAS - Norma Operacional de Assistência à Saúde

NOB - Norma Operacional Básica

PA - Pronto Atendimento

PAM - Plano de Ações e Metas

PDI - Plano Diretor de Investimento

PDR - Plano Diretor de Regionalização

PNH - Política Nacional de Humanização

PPI - Programação Pactuada e Integrada

4ª CRS - Quarta Coordenadoria Regional de Saúde

SES - Secretaria Estadual de Saúde

SM - Santa Maria

SUDS - Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde

SUS - Sistema Único de Saúde

VISA - Vigilância Sanitária

## **LISTA DE ANEXOS**

ANEXO A - Carta de Aprovação da Coordenação do COGERE .....	158
ANEXO B - Carta de Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa – UFSM .....	159
ANEXO C - Autorização do representante da ASSEDISSA Centro .....	160
ANEXO D - Resolução da CIB-RS de criação dos COGEREs .....	161
ANEXO E - Regimento interno do COGERE Centro .....	163
ANEXO F - Resoluções do COGERE (junho de 2008 a junho de 2009) .....	169

## **LISTA DE APÊNDICES**

APÊNDICE A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido .....	149
APÊNDICE B – Termo de Confidencialidade .....	152
APÊNDICE C – Roteiro para Entrevista .....	154
APÊNDICE D - Roteiro para Observação .....	155
APENDICE E - Roteiro para Análise Documental .....	156



## SUMÁRIO

<b>INTRODUÇÃO</b> .....	18
<b>CAPÍTULO 1 - FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA</b> .....	24
<b>1.1 O Sistema de Saúde Brasileiro: da Reforma Sanitária à Constituição Federal do Brasil</b> .....	24
<b>1.2 O Sistema de Saúde Brasileiro: da Constituição Federal ao Pacto pela Saúde</b> .....	26
1.2.1 O Sistema Único de Saúde e as Normas Operacionais Básicas – NOBs.....	27
1.2.2 O Sistema Único de Saúde e as Normas de Assistência à Saúde – NOAS.....	29
1.2.3 O Sistema Único de Saúde e o Pacto pela Saúde.....	31
<b>1.3 O Sistema Único de Saúde e os pressupostos da regionalização da saúde</b> .....	35
<b>1.4 O Sistema Único de Saúde e a construção de redes de atenção à saúde</b> .....	37
<b>1.5 O Colegiado de Gestão Regional</b> .....	39
<b>1.6 A micropolítica do trabalho e a natureza das tecnologias</b> .....	43
<b>CAPÍTULO 2 - CAMINHO METODOLÓGICO</b> .....	48
<b>2.1 Coleta de dados</b> .....	50
<b>2.2 Análise dos dados</b> .....	54
<b>CAPÍTULO 3 - O PROTAGONISMO DOS ATORES DO COGERE NA CONSTRUÇÃO DA REGIONALIZAÇÃO DA SAÚDE</b> .....	57
<b>3.1 O COGERE: normativas, forma de funcionamento e composição</b> .....	57
<b>3.2 A presença dos atores nas reuniões do COGERE</b> .....	60
<b>3.3 A importância atribuída pelos atores ao COGERE</b> .....	64
<b>3.4 A construção da pauta das reuniões do COGERE</b> .....	68
<b>3.5 As temáticas predominantes nas discussões do COGERE</b> .....	71
<b>CAPÍTULO 4 - OS RECURSOS TECNOLÓGICOS UTILIZADOS NOS PROCESSOS INTERNOS DO COGERE</b> .....	84
<b>4.1 Mecanismos de representação dos atores no COGERE</b> .....	84
<b>4.2 A relação do COGERE com os prestadores de serviço</b> .....	89

<b>4.2 A relação do COGERE com os prestadores de serviço.....</b>	<b>89</b>
<b>4.3 A relação do COGERE com o Controle Social.....</b>	<b>100</b>
4.3.1 A relação do COGERE com os Conselhos Municipais de Saúde.....	101
4.3.2 A relação do COGERE com o Conselho Regional de Saúde.....	104
<b>4.4 A relação entre os gestores estaduais e municipais no COGERE.....</b>	<b>111</b>
<b>CAPÍTULO 5 - A RELAÇÃO DO COGERE COM A ENFERMAGEM: FORMAÇÃO ACADÊMICA E GESTÃO.....</b>	<b>120</b>
<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>129</b>
<b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....</b>	<b>139</b>

## INTRODUÇÃO

A presente dissertação de mestrado está inserida na linha de pesquisa Gestão e Trabalho do Grupo de Pesquisa Trabalho, Saúde, Educação e Enfermagem, do Departamento de Enfermagem, da Universidade Federal de Santa Maria – UFSM e tem como objeto de pesquisa a micropolítica do trabalho no espaço do Colegiado de Gestão Regional – COGERE.

Por micropolítica do trabalho compreende-se, como propõe Merhy (2002), os aspectos associados ao âmbito das relações entre os sujeitos, podendo estar ou não relacionados às políticas formuladas pelos órgãos governamentais e às instituições, aspectos que o autor classificaria como macropolíticos.

Para Minayo (2004, p. 16) “nada pode ser intelectualmente um problema, se não tiver sido em primeiro lugar, um problema da vida prática”. Início com as palavras da autora, pois a escolha do tema está relacionada com minha prática profissional.

Entre os anos de 1999 a 2006 fui gestora de uma Coordenadoria Regional de Saúde e gestora de município. Nessas funções, tive a oportunidade de estar em duas esferas de gestão, ambas intimamente imbricadas na consolidação do Sistema Único de Saúde.

Meu trabalho era permeado, entre outros aspectos, pelo desafio da população em busca do acesso ao cuidado à saúde, visto que a oferta de serviços não estava organizada, de modo a atender às suas necessidades. No cotidiano, como gestora, presenciei avanços, retrocessos e obstáculos impostos à gestão da atenção à saúde, particularmente no que tange ao processo de regionalização e construção da integralidade, mediante ações e serviços de saúde, para a promoção, proteção e recuperação da saúde, portanto em *defesa da vida*<sup>1</sup> e da cidadania.

Essa realidade ganhava importância na medida em que, em discussões com outros colegas, eu percebia que os gestores sozinhos não dispunham de condições técnicas, financeiras e políticas para, em cada local, organizar serviços de diferentes níveis de complexidade. Isso se traduzia na prática como uma das maiores dificuldades para a consolidação do Sistema Único de Saúde.

Agora, por ocasião da realização do Curso de Mestrado, percebo que condições técnicas e políticas, provavelmente, não esgotam a explicação desse problema. Há uma dimensão epistemológica, relativa à compreensão e uso de conceitos, para organizar as políticas. Solidariedade, consenso, integralidade, regulação pública, entre outros, não me

---

<sup>1</sup> Para Campos (2005), a “defesa da vida” é um ótimo critério para orientar a avaliação de políticas públicas. É também um objetivo permanente, uma meta central a ser buscada por qualquer política ou projeto de saúde.

parecem mais conceitos utilizados com o mesmo sentido pelos diferentes atores que buscam construir a regionalização, como forma de ordenar os serviços de acordo com o SUS, mas também em afirmação aos seus interesses.

Diante desse dilema e na perspectiva de que o espaço de gestão regional era, potencialmente, um espaço privilegiado para o exercício da negociação e articulação entre os atores envolvidos na formulação e organização do sistema, utilizando-se predominantemente de tecnologias leves, foi iniciada uma experiência pioneira de implementação da regionalização, construindo “possibilidades de cogestão<sup>2</sup> regional, onde todos eram considerados sujeitos das políticas e ações a serem executadas” (POSSA; SCHIMITH; BARRIOS, 2002, p. 44), fortalecendo as instâncias de pactuação entre os gestores e os demais atores do cenário locorregional.

Todavia, esse processo não tinha adesão em relação à política centralizadora, normativa e verticalizada do nível federal, na época, entre os anos de 1999 e 2002, quando o Ministério da Saúde definia critérios para a construção da regionalização. Como também os espaços de articulação e pactuação, desconsiderando a diversidade e as especificidades, bem como a autonomia dos entes federados, contrariando e dificultando acordos de gestão compartilhada que estavam sendo desenvolvidos. A regionalização, a pactuação, a negociação e a integralidade adquiriam, desde as normas ministeriais, uma textura excessivamente formal e técnica.

Entretanto, avançar na consolidação do Sistema Único de Saúde, ampliando e qualificando o acesso da população, sempre estiveram no horizonte do conjunto dos gestores. Por meio de suas entidades representativas, o Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS) e o Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (CONASEMS), eles negociavam com o Ministério da Saúde novas possibilidades de gestão, em busca de maior representatividade, articulação, compartilhamento e solidariedade.

Foi nesse cenário de embates sobre diferentes perspectivas de gestão no SUS que, no ano de 2006, o Ministério da Saúde reconheceu a necessidade de qualificar e fortalecer a descentralização do Sistema de Saúde, baseado em um modelo de gestão compartilhada entre as três esferas de governo, chamado de Pactos pela Saúde (BRASIL, 2006a).

Esses pactos buscam potencializar os processos de negociação e produção de consensos entre os gestores, por intermédio de espaços de cogestão chamados de Colegiados

---

<sup>2</sup> Cogestão, de acordo com conceito utilizado no HumanizaSUS, Ministério da Saúde, significa um modo de administrar que inclui o pensar e o fazer coletivos, para que não haja excessos por parte dos diferentes corporativismos e também como uma forma de controlar o Estado e o governo. É, portanto, uma diretriz ética e política.

de Gestão Regional (COGERE). Para Machado et al. (2009), os COGEREs são apontados como espaços de construção de governança. Segundo o Ministério da Saúde, tais Colegiados são inovadores na medida em que se constituem como arranjos institucionais que possibilitam um novo sentido nas relações entre os gestores de saúde, propiciando que desenvolvam de forma solidária e cooperativa funções de planejamento, programação, orçamento, coordenação, execução e avaliação das ações e estratégias dos serviços regionais (BRASIL, 2006b).

Por outro lado, seu caráter inovador e, mesmo, sua definição legal, não parecem suficientes para ajustar diferenças nas capacidades dos diversos atores para vocalizar seus interesses e perspectivas. Assim, é relevante a análise dos processos de gestão, para a identificação de quais tecnologias estão sendo, de fato, construídas e implementadas nesses espaços e a efetiva capacidade das mesmas, para garantir a expressão das diferenças de interesses dos diversos atores e das heterogêneas realidades dos seus territórios.

Os atores que compunham o movimento sanitário brasileiro, em constante processo de negociação, garantiram o texto constitucional e lutaram pela sua regulamentação através da lei 8080/90<sup>3</sup> e 8142/90<sup>4</sup> (JAEGGER, 2008). Os 20 anos de existência do SUS, completados no ano de 2008, nos lembram de sua juventude histórica e da corresponsabilidade de todos em sua defesa e no compromisso com seu fortalecimento.

Há de se considerar a sua evolução, com a ampliação do contato do sistema com a realidade social, política e administrativa do país e suas especificidades regionais, tornando-se mais complexo e colocando os gestores frente a novos desafios que busquem superar a fragmentação das políticas de saúde, bem como a qualificação da gestão.

Dessa forma, o desafio de consolidar o SUS é colocado à gestão, através das suas formas de organização, da utilização de variadas tecnologias, da articulação entre os gestores, numa perspectiva de gestão solidária com descentralização do poder, de recursos (principalmente financeiros), do gerenciamento e da regulação das ações e serviços de saúde, em um processo de construção coletiva.

Já não se trata mais de apenas implementar, no espaço regional, normas e rotinas fixas, por meio do exercício da aplicação de dispositivos definidos nas mesmas. Trata-se, agora, de considerar a complexidade da construção local da saúde, similar ao que o geógrafo Milton Santos (2002) denominou de “território vivo”. Ou seja, torna-se necessária uma capacidade de

---

<sup>3</sup> A lei orgânica da saúde dispõe sobre as condições para promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências.

<sup>4</sup> Esta lei 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.

perceber necessidades e singularidades, e não apenas questões técnicas e formais para a tomada de decisões.

Esse contexto destaca aspectos normativos (macropolíticos) e das relações entre os diferentes sujeitos, com as instituições e com as políticas (micropolíticas) e demanda aos gestores o uso de tecnologias de diferentes naturezas (MERHY, 2002), como normas e equipamentos (tecnologias duras), conhecimentos estruturados (tecnologias leve-duras) e relações entre os sujeitos (tecnologias leves).

Para Merhy (2002), o conceito de tecnologias é mais amplo do que normalmente é utilizado, o qual não deve ser confundido com equipamentos e máquinas, mas sim incluir como tecnologias certos saberes que são constituídos para produzir produtos singulares, como também para organizar as ações humanas nos processos produtivos.

Nesse sentido, o conceito de Colegiado de Gestão Regional – COGERE, explicitado na prerrogativa que aborda os Pactos pela Saúde do Ministério da Saúde e utilizado no estudo foi: “um espaço de articulação, definição de prioridades e pactuação de soluções, na organização de uma rede de ações e serviços de atenção à saúde integral e resolutive” (BRASIL, 2006a, p. 35).

O mesmo documento, na sequência, acrescenta que esse Colegiado deve operar como espaço permanente de pactuação e cogestão solidária, “cujas decisões devem se dar sempre por consenso, pressupondo o envolvimento e o comprometimento de todos com os compromissos pactuados” (BRASIL, 2006b, p. 35), o que pressupõe igualmente a corresponsabilização de todos os atores que integram este espaço.

Como enfermeira pesquisadora, com a responsabilidade no âmbito técnico, social e político, e o compromisso ético com o fortalecimento do SUS somados à relevância do papel das instituições acadêmicas em pesquisar temas “importantes ligados a questões que afetam segmentos substanciais da sociedade” (MARTINS, 2006, p. 13), destaco a importância dos aspectos mencionados para o desenvolvimento do estudo sobre o tema.

Outro fator significativo, que contribuiu para definição do estudo, foi a minha inserção no Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, com a participação no grupo de pesquisa “Trabalho, Saúde, Educação e Enfermagem”. Sua linha de pesquisa é “Gestão em Enfermagem e Saúde”, que tem por objetivo discutir teorias e práticas a respeito da gestão em saúde e enfermagem, incluindo suas relações com a saúde do trabalhador, assim como a organização da rede dos serviços de saúde.

Salienta-se, ainda, como fator determinante para a escolha do tema, a contemporaneidade do assunto. Buscas realizadas pela pesquisadora em bancos de dados

bibliográficos da enfermagem apontam para a inexistência de pesquisas que contemplem essa área, demonstrando uma lacuna na construção do conhecimento científico da enfermagem, diante da relevância social, em se tratando do sistema de saúde brasileiro.

Sendo assim, tomei, para o exercício acadêmico no Curso de Mestrado, o estudo da micropolítica do trabalho no espaço do Colegiado de Gestão Regional – COGERE, sendo a **questão norteadora desta pesquisa, buscar compreender quais tecnologias são desenvolvidas e utilizadas no COGERE e como estas dialogam com a realidade locorregional elencada pelos gestores.**

Nesse sentido, o **objetivo geral** deste estudo consiste em analisar as tecnologias utilizadas nos processos de trabalho implementados no Colegiado de Gestão Regional para tomada de decisão dos gestores integrantes do COGERE da 4ª Região Sanitária de Saúde.

Os **objetivos específicos**, por sua vez, foram: mapear o protagonismo exercido pelos diferentes sujeitos inseridos no COGERE; analisar o protagonismo exercido pelos profissionais da enfermagem no Colegiado de Gestão Regional; descrever a relevância atribuída pelos diferentes sujeitos às normas, ao conhecimento sistematizado e às relações, na construção do processo de tomada de decisão.

Diante do exposto, considero que a contribuição deste estudo, no que se refere à construção do conhecimento científico da enfermagem, relaciona-se, principalmente, a dois aspectos. Um deles diz respeito ao compromisso da profissão do enfermeiro com pesquisas que se aproximem da realidade do sistema público de saúde, possibilitando que os mesmos desencadeiem, efetivamente, processos de mudanças capazes de qualificar o Sistema Único de Saúde. O outro aspecto considerado relevante para o estudo é a contribuição no avanço do conhecimento no campo da gestão em saúde e sua aplicação no caso singular dos Colegiados Regionais de Saúde.

A presente dissertação é constituída de cinco capítulos. O Capítulo 1 consiste na apresentação do arcabouço teórico, tendo como base as legislações do sistema de saúde brasileiro, desde o movimento da reforma sanitária, incluindo as normas operacionais e o pacto pela saúde. Na sequência desse capítulo, foram abordados o COGERE e as relações que se estabelecem nesse dispositivo. Outro aspecto que permeou esse capítulo foi a micropolítica do trabalho, com as tecnologias de diferentes naturezas utilizadas pelos gestores que compõem o Colegiado de Gestão.

Por sua vez, o Capítulo 2 refere-se ao mapeamento da trajetória da pesquisa, à abordagem teórico-metodológica adotada para tratamento do material empírico e às técnicas de pesquisa utilizadas.

Os Capítulos 3, 4 e 5 destinam-se à análise e discussão dos resultados, os quais emergiram do material empírico e que, para fins de organização, foram divididos em eixos temáticos. O primeiro deles tem como abordagem o protagonismo dos atores que compõem o Colegiado de Gestão Regional. O segundo eixo temático trata dos recursos tecnológicos utilizados nos processos internos do COGERE, tendo como fundamento as tecnologias de diferentes naturezas, cuja abordagem tem no autor Emerson Elias Merhy seu idealizador. Para o terceiro eixo temático deste estudo, o enfoque predominante foi o da categoria profissional da enfermagem, sua formação e a relação com a gestão no Sistema Único de Saúde. E, por último, são apresentadas as reflexões e considerações que emergiram deste estudo.



# CAPÍTULO 1

## FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

O arcabouço teórico deste estudo fundamenta-se na análise da reforma sanitária, criação e implementação do SUS, desde a perspectiva da saúde coletiva, em particular da área de políticas, planejamento e gestão; análise descritiva do contexto normativo do SUS, desde a constituição federal, às normativas, até o pacto pela saúde; o processo de trabalho em saúde, associando o campo do cuidado ao da gestão, desde as ciências sociais, humanas e da saúde, a partir das obras de Emerson Elias Merhy (2002) e Michel Foucault (2003).

### **1.1 O Sistema de Saúde Brasileiro: da Reforma Sanitária à Constituição Federal do Brasil**

A Reforma da Saúde implantada, a partir dos anos de 1980, no Brasil, acontece em meio à crise da previdência social, às mudanças políticas e econômicas do país, à abertura democrática e à inclusão em cena de outros atores, ou seja, os usuários (POSSA, 2007).

Esse último fator estabelece condições favoráveis para efetivação de mudanças que vinham sendo construídas através da proposta do movimento sanitário brasileiro, que ganha força através da realização da 7ª Conferência Nacional de Saúde, realizada em 1980, onde, pela primeira vez, surge o tema da participação social (JAEGER, 2008).

Segundo Jaeger (2008), esta Conferência trazia como importante contribuição a discussão sobre criar oportunidades que possibilitassem a participação crítica da sociedade em todas as etapas de construção das ações de saúde, de maneira que as pessoas tivessem inserção nas organizações públicas e privadas com interface na saúde, e com ideias, soluções e contribuições na realização das ações de saúde.

No campo político, o movimento sanitário articulou-se, estrategicamente, tendo como marco dessa estratégia a 8ª Conferência Nacional de Saúde (CNS), realizada em 1986, na qual foram lançadas as bases para a formulação e construção de uma nova política de saúde, quais sejam: conceito ampliado de saúde; reconhecimento da saúde como direito de todos os cidadãos e dever do Estado; necessidade de controle pela sociedade das políticas sociais; e constituição e ampliação do orçamento social (SILVA JUNIOR, 2006).

A luta dos atores que protagonizavam o movimento da Reforma Sanitária, não estava restrita aos trabalhadores de saúde, gestores e instituições acadêmicas, mas contou com a

participação fundamental dos movimentos sociais e sindicais que garantiram a inclusão, pela primeira vez, de delegados oriundos do segmento dos usuários em uma conferência de saúde que se tornou o marco institucional na construção do Sistema Único de Saúde (JAEGER, 2008).

Como o tema de investigação trata das tecnologias utilizadas pelos gestores em um fórum institucional, que é o Colegiado de Gestão Regional, faz-se necessário referir o Programa que antecedeu ao SUS, denominado de Programa dos Sistemas Unificados e Descentralizados de Saúde (SUDS). Ele trazia em seu formato a constituição de um espaço de participação dos gestores que fundamentava-se na cooperação intergovernamental para consolidar e desenvolver com qualidade as ações e serviços de saúde integradas, operacionalizado pelo Decreto 94.657, de 20 de julho de 1987 (BRASIL, 2008).

A organização de dispositivos institucionais de articulação dos gestores é anterior à Constituição Federal e ao SUS. O SUDS, efetivado entre o governo federal e os Estados, mediante convênios, já previa um colegiado intergovernamental para sua administração. Dessa forma, foi criada a Comissão Interinstitucional de Saúde (CIS) (SANTOS; ANDRADE, 2007). Segundo esses autores, além de tratar da questão do financiamento, este convênio também tinha como objeto a unificação das ações e serviços de saúde, bem como a execução e garantia dos serviços do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS), ampliando sua abrangência para toda a população brasileira.

Segundo uma das protagonistas do movimento sanitário, a sanitarista Maria Luíza Jaeger (2008), que fazia parte do grupo executivo da Reforma Sanitária, constituído, durante a 8ª CNS, foi este conjunto de pessoas representantes dos variados segmentos da sociedade que elaborou documentos que serviram como subsídio para os deputados constituintes escreverem o texto constitucional de 1988, além de terem desempenhado papel relevante na mobilização e articulação para garantir a regulamentação dos artigos constitucionais nas Leis 8080/90 e 8142/90 (BRASIL, 2006c).

Em que pese às resistências do governo federal para regulamentação da Lei Orgânica da Saúde, em 1990, estas foram enfrentadas e vencidas, coletiva e solidariamente, consolidando uma mobilização nacional incorporada pelos diferentes atores que vinham construindo, ao longo da história de democratização do país, propostas capazes de oferecerem à população brasileira um sistema de saúde descentralizado, universal, igualitário, com atenção integral e participação popular (JAEGER, 2008). Tal como está referido no texto constitucional, que será abordado no item a seguir.

## 1.2 O Sistema de Saúde Brasileiro: da Constituição Federal ao Pacto pela Saúde

A Constituição brasileira estabelece, no seu Artigo 196, que a saúde deve ser um dever do Estado, garantida mediante políticas sociais e econômicas, com o objetivo de reduzir o risco de doenças e de outros agravos, com acesso universal e igualitário às ações e serviços para proteção e recuperação da saúde (BRASIL, 1988).

Ela aborda, em seu Artigo 198, a questão dos serviços públicos, no que tange ao dever de integrar uma rede regionalizada e hierarquizada que constituirá um sistema único, organizado de acordo com as diretrizes da descentralização, atendimento integral e participação da comunidade (BRASIL, 1988).

Em 1990, a regulamentação do Sistema Único de Saúde – SUS deu-se, por meio da Lei nº 8080, de 19 de setembro de 1990, e pela Lei nº. 8142/90, as quais reafirmam as diretrizes previstas na Constituição Federal e estabelecem uma série de princípios, dentre os quais se destacam os seguintes:

- I - a universalidade de acesso aos serviços de saúde em todos os níveis de assistência;
- II - a integralidade da assistência, a ser buscada por intermédio da articulação das ações e serviços e de acordo com as necessidades das pessoas;
- III - a participação da comunidade;
- IV - a descentralização político-administrativa, dando ênfase à regionalização e à hierarquização da rede de serviços de saúde, e ao financiamento tripartite, mediante a participação da união, estados e municípios (BRASIL, 2006c).

Em se tratando de regionalização, essa lei além de, no Capítulo II acima, enfatizar sua importância, o faz no Capítulo III, no que diz respeito à sua organização, direção e gestão, referindo que as ações e serviços a serem disponibilizados pelo SUS deverão ser “organizados de forma regionalizada e hierarquizada em níveis de complexidade crescente” (BRASIL, 2006a, p. 14).

De acordo com Vasconcelos e Pasche (2007), a Lei Orgânica da Saúde apresenta como linhas de base as proposições de reorganização do sistema, dos serviços e também das práticas de saúde. A implantação do SUS e a operacionalização do disposto na legislação referida ocorrem ao longo da década de 90, do século XX, a partir de normatizações a seguir apresentadas.

### 1.2.1 O Sistema Único de Saúde e as Normas Operacionais Básicas – NOBs

A opção pela descentralização do SUS, garantida constitucionalmente e reiterada pela própria legislação, é inequívoca, portanto, com arcabouço legal definido, que passou a ser disciplinado pelo Ministério da Saúde (MS), por meio das Normas Operacionais Básicas (NOBs) (PESTANA; MENDES, 2004). A primeira norma foi editada ainda pela presidência do INAMPS, no ano de 1991. A NOB 01/91 tinha como objetivo, basicamente, fornecer instruções para a operacionalidade da legislação do SUS.

Foi a NOB – SUS/93 que, dentre seus pressupostos, referendou a descentralização, suas dimensões sociais e culturais. Sua efetivação deveria partir do diálogo, negociação e pactuação entre os atores, que havia sido instituída pela Comissão Intergestora Tripartite (CIT), com atuação em âmbito federal, composta pela representação da união, dos estados e municípios. Bem como pelas Comissões Intergestoras Bipartite (CIBs), compostas por representação dos secretários de saúde dos estados e municípios, com atuação junto às secretarias estaduais de saúde de cada Estado (BRASIL, 2006c).

A norma operacional básica de 1993 estabelece outro pressuposto, o da regionalização com articulação e mobilização municipal, considerando as características dos municípios e tendo como eixo norteador o planejamento integrado e cooperativo entre os gestores (BRASIL, 2006c).

Na sequência da edição das normas operacionais, em 1996 o MS edita, mediante a portaria NOB – SUS 01/96. A maior preocupação era estabelecer, como uma de suas finalidades principais, a mudança do modelo hegemônico de atenção à saúde, fortemente instituído em nosso país (SANTOS; ANDRADE, 2007), buscando a integralidade das ações e serviços, indicando como estratégia, para alcançar esse propósito, três campos de atuação para saúde: a) assistência; b) intervenções ambientais; c) políticas externas ao setor saúde.

Essas estratégias colocaram na agenda dos gestores a necessidade de desencadear e articular ações fora do campo da saúde, corroborando com o conceito de saúde<sup>5</sup> advindo da 8ª Conferência Nacional de Saúde (CNS), realizada em 1986, a qual refere que a saúde é decorrente das condições em que vivem as pessoas (BRASIL, 1986).

---

<sup>5</sup> O conceito de saúde advindo da 8ª CNS é o seguinte: “Em seu sentido mais abrangente, a saúde é a resultante das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio-ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse da terra e acesso a serviços de saúde. É, assim, antes de tudo, o resultado das formas de organização social da produção, as quais podem gerar grandes desigualdades nos níveis de vida” (BRASIL, 1986).

É esta NOB que traz o conceito de gerência, como sendo a “administração de uma unidade ou órgão de saúde (ambulatório, hospital, instituto, fundação, etc.), que se caracteriza como prestador de serviço ao sistema”. Enquanto que gestão é definida como sendo “a atividade e a responsabilidade de dirigir um sistema de saúde (municipal, estadual ou nacional), mediante o exercício das funções de coordenação, articulação, negociação, planejamento, acompanhamento, controle, avaliação e auditoria” (BRASIL, 2006c, p 71).

Segundo Santos e Andrade (2007), essa norma corroborou e enfatizou os fóruns de negociação e pactuação compostos pelos gestores municipais, estaduais e federal, a Comissão Intergestora Bipartite (CIB) e a Comissão Intergestora Tripartite (CIT), como instâncias institucionalizadas. Elas teriam a responsabilidade de viabilizar, integrar e modernizar com equidade os sistemas municipais de saúde, que apresentavam serviços com diferentes níveis de complexidade e, em consequência, aqueles cuja densidade tecnológica era maior e que atendiam usuários encaminhados por outros municípios.

Esta lógica desorganizada evidenciava cada vez mais a necessidade de se construir uma rede regionalizada e hierarquizada, alicerçada no princípio da ética do coletivo que incorpora e transcende a ética individual.

Apesar dos avanços dessa norma, para Pestana e Mendes (2004) ocorreu uma polarização entre o governo federal, que detinha o poder financeiro e normatizador, e os municípios, que se constituíam como novos atores sociais na cena político-sanitária, com capacidade de responder às demandas do MS, o que, para estes, consolidou o paradigma da municipalização autárquica<sup>6</sup>.

Nessa direção, Nascimento (2007) identifica esta estratégia política da descentralização autárquica como um componente muito mais racionalizador do que de incremento da democracia. Pois a descentralização tutelada da esfera federal, segundo a autora, não ocorre sem tencionar as relações entre as esferas de governo envolvidas no processo, principalmente, quando as negociações envolviam recursos financeiros, havendo uma radicalização em direção a uma descentralização autárquica, ou seja, à busca de soluções isoladas por parte dos municípios para responder as demandas de saúde.

Na perspectiva de análise de Nascimento (2007), outro fator relevante diz respeito ao papel do Estado na gestão do SUS, considerando que havia uma indefinição de competências

---

<sup>6</sup> Municipalização autárquica, segundo Pestana e Mendes (2004), caracteriza-se pelo processo de incentivo à criação de serviços municipais, sem lógica de rede de serviços regionais, com centralização financeira na União, e fragilidade regulatória dos estados.

estaduais, com atuação bastante restrita na gestão do SUS, no desenvolvimento de ações de coordenação, articulação e estruturação dos sistemas regionais de saúde.

Para Santos e Andrade (2007), as sucessivas normas induziram a organização do SUS. Cada edição se fazia acompanhar de inúmeras portarias e os estados e municípios deveriam se arranjar para organizar o sistema local e regional de saúde de acordo com suas determinações, mesmo que estas inibissem a liberdade dos estados e municípios de atuarem sobre seus planos de saúde, de acordo com a realidade local e regional.

Contribuindo com essa discussão, Ferla e Martins (2001), no relato da experiência de gestão da Secretaria Estadual de Saúde-SES/RS, confirmam o papel secundarizado dos estados ao referirem a crise de identidade das Secretarias Estaduais de Saúde, tanto do ponto de vista da organização institucional, quanto dos aspectos de financiamento do sistema.

Esse quadro demonstra que a fragilidade do papel da esfera estadual no processo de implantação do SUS ainda está presente, permeado por interesses e vontades processadas na arena político-institucional de saúde (NASCIMENTO, 2007).

Diante dessas indagações e dificuldades em avançar, mais significativamente, na consolidação de alguns princípios do SUS, principalmente da integralidade e da descentralização/regionalização, estabeleceu-se, entre o MS e a CIT, um processo de avaliação, buscando identificar os estrangulamentos e possibilidades para a correção das estratégias até então, utilizadas. Como resultado desse processo, em 2001 foi publicada a Norma Operacional de Assistência à Saúde, chamada de NOAS 01/2001.

### 1.2.2 O Sistema Único de Saúde e as Normas de Assistência à Saúde – NOAS

A Norma de Assistência à Saúde – NOAS 01/2001 traz como diretrizes: o processo de regionalização da assistência; o fortalecimento da capacidade de gestão do SUS e a atualização dos critérios de habilitação de estados e municípios (SANTOS; ANDRADE, 2007, p. 68).

Para a sua operacionalização, estabelece a elaboração de um Plano Diretor de Regionalização (PDR) que, segundo a legislação, deveria garantir o acesso de todos os cidadãos aos serviços necessários em qualquer nível de atenção, quer seja diretamente, mediante os serviços disponíveis em seu município, quer seja por meio de compromissos pactuados entre os demais gestores para o atendimento das referências entre os municípios.

Além do PDR, fazem parte desse arcabouço o Plano Diretor de Investimentos (PDI) e a Programação Pactuada e Integrada (PPI). O desenho de regionalização assistencial é assentado em módulos assistenciais, microrregiões e macrorregiões (VASCONCELOS; PASCHE, 2007, p. 552).

Com base nesses pressupostos, o tema da regionalização passou a fazer parte da agenda do conjunto dos gestores do SUS. Entretanto, seu caráter, extremamente normativo, com instruções complexas, impediu o avanço político de articulação e pactuação entre as instâncias de gestão (NASCIMENTO, 2007).

Possa, Schimith e Barrios (2002) vivenciaram a experiência de gestão regional nesse período, confirmando as colocações da autora referida anteriormente, sobre a excessiva normatização do MS, que em nada contribuiu, pelo contrário, dificultou a construção de soluções locais mais adequadas para a realidade e diversidade dos problemas.

As autoras prosseguem, e salientam que a NOAS definia o desenho de assistência que deveria ser configurado, o papel dos municípios e os serviços a serem disponibilizados, mais uma vez, impondo-os por intermédio da vinculação de recursos, diante do qual as autoras questionavam “se era possível um padrão tão uniforme para uma realidade tão diversa, que engendra em si tantas disputas, como o campo da saúde” (POSSA; SCHIMITH; BARRIOS, 2002, p. 50).

Em decorrência das dificuldades para a implantação dessa norma e no sentido de corrigir as distorções, travou-se intenso debate entre os técnicos do MS e as entidades representativas dos gestores, resultando na edição da NOAS 01/2002. Seu objetivo era criar mecanismos para consolidar o processo de regionalização que utilizasse como premissa a hierarquização dos serviços de saúde, com vistas a responder pela equidade. Foram mantidas as diretrizes da norma anterior, corrigindo-se apenas as dificuldades e os impasses, os quais ocorreram por ocasião de sua implementação (SANTOS; ANDRADE, 2007).

Diante das dificuldades para efetivar a regionalização, fundamentada na NOAS, os municípios apresentaram restrições para garantir uma atenção básica resolutive e de qualidade, além de se depararem com obstáculos para viabilizar o acesso dos usuários aos serviços de atenção especializada (VASCONCELOS; PASCHE, 2007). Segundo os autores, essa realidade tem levado os gestores a buscarem sozinhos a autossuficiência na oferta da maioria dos serviços, por meio da compra de serviços no setor privado, agravando os problemas de ineficiência na gestão de recursos sem, contudo, garantir a integralidade da atenção.

Para Mendes (2001), os municípios expandem a atenção médica, sem nenhuma articulação regional, pulverizando os recursos e gerando ineficiências. A realidade demonstra que a maioria dos municípios tem baixo grau de suficiência de seus serviços e ações de saúde e, assim, há dependência dos serviços de municípios maiores, o que ressalta a necessidade de uma regionalização efetiva, organizada de forma pactuada entre o conjunto dos atores.

No entanto, Levcovitz et al. (2001) sustentam e alertam que as NOBs e NOAS, apesar das dificuldades para sua operacionalização, foram instrumentos estratégicos e fundamentais, por possibilitarem a regulação do processo de descentralização, com divisão de responsabilidades e relações entre gestores, além das transferências de recursos federais para os estados e municípios.

Outra questão, apontada por Cecílio (2001), diz respeito à tentativa de recuperação do papel regulador e coordenador da gestão estadual, a qual, potencialmente, passa a ser espaço de forte determinação no âmbito da política setorial.

Corroborando com esse pensamento, Pinheiro, Silva e Machado (2002) retratam a gestão estadual como importante espaço de construção de práticas inovadoras de organização de atenção à saúde, contribuindo para a construção de novos arranjos institucionais que contemplem os princípios do SUS.

No que diz respeito ao papel do Estado, Lima, Martins e Silva (2008) referem que as Secretarias Estaduais de Saúde teriam o papel de apoiar e coordenar o processo de gestão regional através da cooperação técnica e financeira, menos normatizadora, reduzindo as relações verticalizadas com os municípios.

Apesar do arcabouço legal e do impulso e reconhecimento sobre a importância da organização do sistema de saúde, mediante a regionalização, esse princípio não tem sido efetivado no cotidiano das práticas de saúde, o que levou o MS a compartilhar com o conjunto dos atores alternativas que a viabilizassem de maneira mais democrática, resultando, então, no pacto pela saúde.

### 1.2.3 O Sistema Único de Saúde e o Pacto pela Saúde

O Ministério da Saúde, por meio da Portaria nº 399, de 22 de setembro de 2006 (BRASIL, 2006g), edita o Pacto pela Saúde, congregando três dimensões: o Pacto pela Vida; o Pacto em Defesa do SUS, e o Pacto de Gestão. Este arcabouço legal foi instituído com a intenção de substituir as normatizações rígidas, até então editadas pelo Ministério da Saúde.



Os pactos de gestão do SUS devem ser evidenciados a partir do entendimento de que o setor de saúde insere-se num contexto maior da sociedade, influenciado pelas transformações que ocorrem no perfil e papel que o Estado assume no decorrer da história. Portanto, é importante compreender que as origens da política de pactuação na saúde encontram-se no movimento de reestruturação do Estado brasileiro, ocorrido nas últimas décadas, através da consolidação da democracia, reconstrução do federalismo e reforma do Estado (GUERREIRO, 2008).

Os pactos intergestores do SUS estão relacionados aos pactos sociopolítico e federativo. De um lado, o pacto sociopolítico tem como objetivo legitimar os governos, assegurar a governabilidade e a efetividade das políticas públicas, garantindo o funcionamento da sociedade. De outro lado, o pacto federativo está relacionado à divisão de poder, de recursos e de competências entre os entes federados (União, estados e municípios), no intuito de estabelecer parcerias no alcance dos interesses nacionais, regionais e locais.

O pacto de gestão do SUS refere-se ao compartilhamento de responsabilidades no desenvolvimento de ações e serviços de saúde, de maneira solidária, entre as esferas de governo, e ao compromisso com o cumprimento de metas e diretrizes, previamente definidas.

O tema central deste estudo são as tecnologias desenvolvidas e utilizadas pelos gestores de saúde no Colegiado de Gestão Regional, que é o fórum institucionalizado pelo Ministério da Saúde para a implementação da regionalização. Este princípio organizativo do SUS é destaque na dimensão do Pacto de Gestão, como eixo estruturante para o desencadeamento do processo de organização do sistema de saúde regional.

A regionalização, segundo o pacto de gestão, é entendida como um

processo de identificação e constituição de regiões de saúde existentes nos diferentes municípios que compõem a região, em uma rede regionalizada de atenção visando à universalidade de acesso, a equidade, a integralidade e a resolutividade (BRASIL, 2006a, p. 14).

O pacto pela saúde não pretende ser uma norma rígida, mas sim um “movimento vivo”, tendo em vista que o processo de sua construção foi o resultado de negociações que envolveram compromissos dos gestores das três esferas de governo para a sua operacionalização. E na perspectiva de superação dos problemas políticos, técnicos e administrativos que vinham dificultando a participação efetiva e autônoma dos municípios na gestão do sistema.

Ainda segundo o Ministério da Saúde, as regiões devem ser consideradas e definidas de acordo com a realidade da vida das pessoas e das comunidades (BRASIL, 2006b). Mas,

para que isso aconteça, fazem-se necessárias negociações regidas pela solidariedade e valor à vida. Essas regiões deverão garantir a integralidade da atenção saúde, de modo que o cidadão tenha uma rede de proteção e de cuidados desde a atenção básica, até as esferas de cuidado ambulatorial e hospitalar.

A regionalização é tida como a ideia de espaço em que as pessoas vivem e desenvolvem suas atividades cotidianas, produzindo e reproduzindo relações sociais, numa permanente construção material e espiritual da vida em sociedade (LIMA; MARTINS; SILVA, 2008). A regionalização deve, além de garantir o direito à saúde da população, reduzir as desigualdades sociais e territoriais, promovendo a equidade. Como movimento vivo, o processo de regionalização deve resultar de ações de construção e reconstrução desencadeadas pelos gestores, numa relação solidária e cooperativa (BRASIL, 2006a), o que determina a construção de tecnologias compatíveis com as necessidades dos usuários.

Para tanto, tem papel fundamental o Colegiado de Gestão Regional, formado por todos os secretários municipais de saúde de uma determinada região. Ele vem substituir o formato centralizador de pactuação das Comissões Intergestoras Bipartites (CIBs), as quais eram formadas pela representação da Secretaria Estadual de Saúde (no caso da 4ª região sanitária, por representantes da 4ª CRS) e pela representação dos secretários municipais de saúde (gestor do município sede, no caso Santa Maria, e demais gestores representando o grupo de municípios reunidos por porte populacional). O atual formato dos Colegiados de Gestão pretende garantir maior horizontalidade nas decisões, com a inclusão da totalidade dos secretários de saúde (OUVERNEY, 2008).

Entre os desafios da regionalização, Carvalho (2005) alerta de que esta é mandatária por preceito e imprescindível na prática, para que seja alcançada a integralidade do direito à saúde. O preceito constitucional é o de formar a rede regionalizada e hierarquizada de ações e serviços de saúde. Dessa forma, não existem níveis de governo, mas sim esferas de governo, todos com espírito e prática federalistas. Unidades federadas, mas autônomas.

O mesmo autor defende a construção da rede de serviços regionalizados por intermédio de um plano de saúde regional, que integre municípios, estados e União, e que seja construído de forma pactuada e integrada, com ênfase na municipalização do Sistema Único de Saúde, com a regionalização ascendente, considerando as necessidades locorregionais.

Nesse sentido, a regionalização ascendente significa que tanto o estado, quanto a União devem, nos fóruns interfederativos, considerar o planejamento municipal na construção do plano estadual e nacional de saúde. Para Santos e Andrade (2008), a ação não deve ser

isolada, estanque, mas trata-se de desencadear processos de interação entre as esferas de governo.

Para o Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (CONASEMS, 2005), o maior desafio para os gestores organizarem as redes regionais de ações e serviços do SUS é o de que não existe *a priori* um modelo, uma regra para efetivar a regionalização. Ela será realidade, se entendida como fruto de um processo político com participação democrática e cooperativa, ou seja, através do processo de cogestão construído solidariamente, mediante negociações e pactuações entre os responsáveis pela organização dos sistemas de saúde.

Entretanto, Santos e Andrade (2009) alertam para o fato de que, apesar do Pacto ter sido um documento de consenso entre os entes federados, está fortemente marcado pelo papel regulador do Ministério da Saúde, em relação às ações e serviços de saúde executados pelos estados e municípios, induzidos pela lógica do financiamento.

Nessa perspectiva, torna-se relevante compreender que, embora 100% dos municípios e estados brasileiros cuidem da saúde da população, o fazem de acordo com as regras do Ministério da Saúde, com pequena liberdade de gestão. Dessa forma, permanece a centralização determinada pelo financiamento de programas.

Assim, para que o Pacto pela saúde se constitua em um acordo político, um instrumento para o desencadeamento de uma gestão compartilhada que respeite a diversidade, a autonomia dos entes federados na execução dos serviços de saúde, é preciso que se construam estratégias potentes para romper com a lógica centralizadora e verticalizada instituída. Um espaço onde os diferentes atores sintam-se desafiados a instituir um movimento político, organizacional e epistemológico para que de fato se possa, como bem lembra Marques (2009, p. 61), “colocar em prática o direito a saúde, que apesar de pertencer à nossa história, sua materialização persiste como um componente do devir da nossa sociedade política”.

Nesse sentido, a existência de políticas institucionais, explicitadas através de leis, portarias, normas, não é suficiente para a garantia de práticas institucionais efetivas. Portanto se entende que, para assegurar a consolidação do Pacto pela Saúde, é preciso construí-lo na relação com os gestores municipais, da região, do estado e da União, mas também implicando os trabalhadores da saúde, o controle social e a população, sob pena de não ser viabilizado como estratégia política, mas simplesmente instituir-se como mais uma estratégia institucional normativa e administrativa.

### 1.3 O Sistema Único de Saúde e os pressupostos da regionalização da saúde

A regionalização, como diretriz do SUS, orienta o princípio da descentralização, por meio de negociação e pactuação entre os gestores. Para tanto, no campo da gestão e da atenção à saúde, foram estabelecidos pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2006f) alguns pressupostos que nortearão este processo, quais sejam:

#### *a) Territorialização*

Significa identificar desenhos já existentes, respeitando as regiões e suas particularidades, de maneira que os gestores reconheçam e se apropriem dos espaços já utilizados pela população e das relações que essa população já estabeleceu nesse contexto (BRASIL, 2006a).

Combinar forças técnicas, políticas e administrativas existentes em cada local com as necessidades expressas pelos usuários (CECÍLIO, 2001) é conectar o “conjunto de atos assistenciais pensados para resolver determinado problema de saúde do usuário” (FRANCO, 2006, p. 470).

Nesse sentido, Santos (2002, p. 232) contribui, alertando que a “utilização do território pelo povo cria o espaço”. Assim, respeitar a história e a cultura da população torna-se relevante para intervir no processo local de saúde/doença.

#### *b) Flexibilidade*

Ao identificar as regiões de saúde, torna-se importante respeitar as diversidades regionais, os diferentes processos que, porventura, estejam em construção, as desigualdades de serviços de saúde presentes, de tal forma que permitam desenhos de regiões não rígidas e normativas. Como afirmam Ribeiro e Gonçalves (2001, p. 97), os “elementos principais que caracterizam a região são homens, por meio da organização de espaços regionais, pelo modo e pelas relações sociais de produção estabelecidas ou insurgentes”.

Nascimento (2007) também reforça a necessidade de maior flexibilidade normativa, sugerindo que se traduzam apenas em diretrizes gerais e garantam a liberdade de adequação de estratégias que condizem com a realidade.

#### *c) Cooperação*

Outro pressuposto da regionalização que caracteriza a ação conjunta entre as esferas de governo, entre os gestores e as equipes técnicas no processo de implantação regional do SUS, partilhando experiências, construindo redes de apoio e busca de soluções de solidariedade (BRASIL, 2006a).

Santos e Andrade (2007), com muita ênfase, reforçam a importância de compreender as responsabilidades que devem ser compartilhadas pelos entes federados, de modo que a melhoria das condições de saúde da população seja o elemento que oriente as negociações e pactuações entre os gestores e não as condições de gestão de cada município.

Ao falar de cooperação, Nascimento (2007, p. 203) refere que esta “passa pela construção de um modo de agir e de pensar regionalmente”.

*d) Financiamento solidário*

Os gestores deverão, conjuntamente, construir mecanismos que melhor definam a utilização dos recursos financeiros, para que os processos de nível regional sejam fortalecidos por meio da elaboração do Plano Diretor de Investimentos – PDI, com o mapeamento da oferta e a demanda de serviços da região, para que as desigualdades no acesso a ações e serviços sejam corrigidas (BRASIL, 2006a).

*e) Subsidiariedade*

Este pressuposto está alicerçado nas tomadas de decisão que cada município deverá assumir, nos serviços para os quais tem competências, não os transferindo à esfera subsequente. Cada ente terá uma série de responsabilidades que não poderão ser compartilhadas, e outras a serem objeto de pactuação entre os diferentes atores (BRASIL, 2006a).

*f) Participação e controle social*

A participação da população é um princípio doutrinário do SUS no exercício do controle social. Este pressuposto da regionalização expressa a importância dos usuários, por intermédio das Conferências e Conselhos de Saúde, a fim de que o poder público formule políticas capazes de qualificar o SUS.

Entretanto, Santos e Andrade (2007, p. 98) alertam para o aprofundamento das discussões nesse campo, tendo em vista que “não há um sentimento de pertencimento da população em relação ao SUS”. Assim, entendem que as pessoas devem senti-lo como “direito que queremos e devemos reivindicar.”

Nesse sentido, Jaeger (2008) corrobora, ao explicitar os desafios postos ao SUS, nos seus 20 anos de existência, tais como: a construção de representatividade real dos conselheiros de saúde; a cultura de governar dos gestores que respeitem as deliberações dos conselhos, ao mesmo tempo em que tanto os conselhos, quanto os gestores estabeleçam mecanismos de escuta, respeito e autonomia aos diversos movimentos sociais que têm em suas agendas questões relacionadas à saúde.

#### *g) Cogestão*

A exigência política e técnica de planejar, articular e pactuar, para os gestores, requer esforço permanente. De acordo com Campos (2007a), a valorização e ampliação dos espaços de gestão compartilhada implicam em uma reforma do modelo de gestão do SUS cujas políticas públicas construídas, solidariamente, podem se constituir em poderoso meio para efetivamente defender a vida, assegurar o prosseguimento da Reforma Sanitária Brasileira e consolidar o SUS.

A cogestão, para Nascimento (2007), deve ser um processo político que decorra da articulação dos atores sociais, políticos e institucionais, a fim de realizarem objetivos e estratégias comuns em um dado esforço geográfico.

### **1.4 O Sistema Único de Saúde e a construção de redes de atenção à saúde**

O processo de descentralização pressupõe a corresponsabilização entre as três esferas de governo, possibilitando o fortalecimento de redes regionalizadas e hierarquizadas, baseadas nas especificidades de cada território, como estratégia de organização do sistema (FERLA et al., 2006).

Para garantir mudanças na gestão do SUS de modo a potencializá-lo, é necessário que se estabeleça a responsabilidade macrossanitária, mediante a regionalização do sistema de saúde. Para tanto, faz-se necessária a definição das competências de cada ente federado, de forma que se construam planos regionais definindo as responsabilidades que caberiam a cada município, estabelecendo compromissos de cofinanciamento entre eles (CAMPOS, 2007a).

O planejamento e a gestão dos sistemas regionais devem ser coordenados pelas Secretarias de Estado da Saúde, em cogestão, ou seja, em gestão compartilhada com os municípios. Considerando que não existe autonomia sem a responsabilidade, Campos (2007a) é enfático ao expressar que não há mais tempo para adiar a criação da rede de serviços do SUS a cargo de cada município e de cada estado, funcionando de modo hierarquizado e articulado regionalmente.

Nesse mesmo sentido, Ferla et al. (2002), salientam a importância das Secretarias Estaduais de Saúde no planejamento, acompanhamento e gerenciamento do sistema de saúde, numa relação de cooperação técnica, financeira, operacional e de diálogo com os municípios.

Para Trevisan e Junqueira (2007), o SUS enfrenta o descompasso gerencial de difícil convivência. Trata-se do princípio da descentralização, com a implantação da ideia de rede,

entendida como o modo pelo qual o acesso é exercido em rede, que deve ser complementar e não contraposta à descentralização.

Os mesmos autores defendem a construção de pacto de gestão como uma possibilidade de organização de rede de atenção à saúde, no qual cada ente compartilha responsabilidades pelo financiamento, pela utilização de recursos, bem como pelos processos de ordenamento de fluxo no atendimento da demanda (TREVISAN; JUNQUEIRA, 2007).

Corroborando com isso, Carvalho (2005) aponta que não se fará rede regionalizada sem recursos que garantam os serviços oferecidos entre os municípios, o que significa que cada município e estado devem assumir, minimamente, a responsabilidade sanitária sobre seus cidadãos.

A questão crucial parece residir na estrutura de poder e no papel que desempenha o Estado brasileiro, que ainda não se viu forçado a racionalizar a oferta de ações e serviços de saúde com qualidade e efetividade para toda a população (PAIM, 2008).

Para o Ministério da Saúde (BRASIL, 2006a), a regionalização, no contexto da descentralização, pressupõe novas centralidades, novos arranjos de gestão, com formação de redes de cooperação federativa através das quais gestores, profissionais de saúde e representantes da sociedade se articulem e estabeleçam relações de compartilhamento de informações e recursos para solução dos problemas de interesse comuns. Ou seja, espaços de exercício das tecnologias de relações, onde todos são sujeitos do processo.

O pacto introduz o reconhecimento da lógica flexível da dinâmica social e sanitária na esfera local, em que as unidades de referência territorial são as que possibilitam maior resolutividade (OUVERNEY, 2008).

No entendimento de Andrade e Santos (2008), não basta aglutinarem-se serviços para compor uma rede, pois ela requer uma estrutura compatível com sua finalidade, para que os serviços sejam otimizados e, conseqüentemente, diminuídos os custos, reduzidos os desperdícios; e aperfeiçoando-se a gestão, com todos os gestores compartilhando poder num patamar de igualdade.

Nesse sentido, Righi (2005) propõe que se promovam formas inovadoras de descentralização do SUS, potencializando as capacidades locais para invenção de modelos de atenção e formas de gestão da saúde onde os municípios compartilhem inovações na rede de atenção, protagonizando novos processos de regionalização, desenvolvendo maiores competências para produção de redes solidárias que promovam a integralidade.

A horizontalização dos fluxos da rede de atenção não será possível, caso não haja o reconhecimento do valor e da importância dos seus vários “nós”, para a constituição da

própria rede por atores que analisam, propõem e disputam. Para isso, é fundamental o investimento nas relações, em novos acordos, novos sujeitos e instituições, com potencialidades para produzir novos desenhos organizacionais de rede regional de atenção e gestão em saúde (RIGHI, 2002). Um desses novos arranjos é o Colegiado de Gestão, que será descrito a seguir.

### **1.5 O Colegiado de Gestão Regional**

O Colegiado de Gestão Regional, como espaço<sup>7</sup> de articulação de permanente pactuação e de cogestão solidária, entre os sujeitos que definem prioridades e soluções para organização de rede de ações e serviços de atenção integral e resolutiva, pressupõe, além do envolvimento, também o compromisso desses atores com os acordos coletivos que beneficiarão, muitas vezes, não só os munícipes de determinado local, mas de toda uma região (BRASIL, 2006a).

As principais características desse fórum são: espaço de pactuação, planejamento e cogestão solidária, arranjo institucional composto por gestores da esfera municipal e estadual em que as decisões devem acontecer sempre através de consenso, além de necessitar de apoio de câmara técnica permanente ou grupo de trabalho (BRASIL, 2006a).

Como o Colegiado é um espaço, uma instância da sociedade que interage política, cultural e economicamente, agindo, dialeticamente, como continente e conteúdo, os elementos do espaço são os homens, as instituições, a infraestrutura e o meio ambiente. Nesse contexto, é preciso compreender que os homens são estruturados pelos papéis que desempenham, por suas relações e pelas condições em que isso acontece (SANTOS, 2002).

Dessa forma, é possível fazer comparações com os gestores de saúde, cujas responsabilidades e competências são decorrentes do papel que exercem como representantes institucionais e não decorrentes de sua condição individual.

Na perspectiva de espaço como totalidade, os interesses, as disputas, as negociações e os consensos se construirão representando as necessidades do coletivo da sociedade e não do indivíduo. Portanto as ações não são independentes, mas resultado de um processo social, confirmando a lógica de limite e competências dos entes federados e o imbricamento de um

---

<sup>7</sup> Espaço como “território vivo” com capacidade de perceber necessidades e singularidades não apenas nos aspectos técnicos e formais, mas também política, cultural, econômica e socialmente, resultado de processo social dinâmico e em constante mudança. Esse conceito se tomou emprestado de Santos (2002).



município com os demais, acrescido das conexões e inter-relações que os tornam dependentes para a sobrevivência de todos.

Nesse contexto regional, encontra-se a política pública de saúde cujas necessidades de atendimento equânime para população deve considerar o processo de formação territorial conjuntamente com as dinâmicas social, econômica e política, capazes de influenciar os arranjos organizacionais. O que significa entender que os objetivos sociais mudam os limites e as competências de cada nível geográfico de governo, portanto estes não podem ser rígidos; ao contrário, devem mudar para atender as necessidades emergentes (SANTOS, 2002).

Nascimento (2007) contribui, nesta discussão, ao refletir sobre a dificuldade de implantar ações regionais que congreguem o conjunto de municípios, pois, segundo ela, as relações são perpassadas pelo conflito, e agravadas pelas diferenças partidárias, além de sofrer influência do modelo federativo do Brasil, que carrega, desde suas origens, características tanto de cunho político quanto econômico.

A mesma autora, em sua análise sobre o sistema de saúde, reforça as críticas sobre a organização piramidal do sistema de saúde por níveis hierárquicos de complexidade e a concepção de polos de referência. Segundo ela, esta ideia de centro-periferia discrimina, negativamente, municípios menores, que só têm condições de oferecer atenção básica em seu território, o que tende a aprofundar assimetrias de poder e induzir relações competitivas, incompatíveis com a proposta de regionalização solidária que demanda formas de articulação mais igualitárias e horizontais.

Essa forma de tecer a rede, segundo Righi (2005, p.78), “produz organizações, atores e fluxos que tendem a resistir ao propósito de mudança assumido pelo processo de Reforma Sanitária e de construção do SUS”.

Nesse sentido, é imprescindível substituir a concepção piramidal de organização de serviços de saúde pela concepção de rede horizontal, promovendo a qualificação da atenção básica, integralidade do sistema e relações menos assimétricas entre os gestores do SUS.

As redes formadas no SUS são móveis e não fixas. Por questões operativas, podem ser alteradas, constantemente, mesmo aquelas consensuadas nos Colegiados. Portanto, esse espaço deve ser bem compreendido pela administração pública, de modo a dar legitimidade política e também jurídica às suas decisões (SANTOS; ANDRADE, 2007).

O Colegiado de Gestão deve ser entendido como pertencente a todos os entes federados que compõem a rede SUS, interconectando-se numa atuação coordenada, cooperativa e consensual onde os interesses da saúde são comuns e indissociáveis (NASCIMENTO, 2007).

O COGERE pode ser um espaço importante para construção de significados, criando fluxos de ideias, de debates, de negociação e de compromissos que possam colaborar com a instituição, mas também com o desenvolvimento das pessoas como sujeitos e como grupo. Para que isso aconteça, o Colegiado deve estender a todos o direito de decidir, democratizando, produzindo fluxos de cogestão, de luta e negociação entre os diferentes atores, sugerindo rumos para o todo e suas relações com a sociedade.

Campos (2007a), ao refletir sobre os Colegiados, pressupõe que estes operem no contexto das diferenças, pois trabalha com a lógica de que essas diferenças de poder não sejam tão pronunciadas, a ponto de se parecerem com as organizações de caráter taylorista.

Num processo de cogestão, como é a proposta do COGERE, todos participam, ninguém decide sozinho, isolado, ou, ainda, em lugar dos outros, mas sim de modo compartilhado, solidário, comprometido, negociado e consensuado. Campos (2007a) refere que os gestores criam um lugar protegido para operacionalizar a gestão das organizações cujas relações de poder estão presentes durante o processo.

O método de cogestão trabalha com estratégias de instituição de arranjos organizacionais democráticos, o que significa procurar redistribuir poder, com cotas de poder de um modo mais igualitário, partindo do princípio de que não haveria poder nem dominação absolutos, mas sempre relativos e em relação com outros graus de poder e dominação (CAMPOS, 2007).

Compartilhar o poder, com todos podendo participar do processo de tomada de decisões, significa compreender a dimensão de poder na qual “as relações de poder se enraízam no conjunto da rede social, o que não significa, contudo, que haja um princípio de poder, primeiro e fundamental que domina até o menor elemento da sociedade, mas que há, a partir dessa possibilidade de ação sobre a ação dos outros” (FOUCAULT, 2003, p. 183).

O mesmo autor salienta que o poder funciona e se exerce como rede de dispositivos ou mecanismos a que ninguém escapa. Complementa que o poder não existe; existem, sim, relações de poder e este se exerce e se disputa. No Colegiado, todos os integrantes têm poder idêntico, conseqüentemente encontram-se em permanentes disputas.

O poder também é referido por Campos (2007a) na discussão dos espaços de cogestão. Para esse autor, não existe poder em si, sempre haverá correlação de forças, não existindo ninguém com todo o poder, nem alguém sem nenhum poder. Aqueles que têm menos poder inventam modos de avançar os próprios projetos, se tiverem habilidade para reconhecer a correlação de forças, ao mesmo tempo em que articulam os seus interesses com os outros, de modo a operarem em contextos anteriormente desfavoráveis.

Nesse sentido, encontramos semelhança nas descrições de Morgan (1996), ao tratar de organizações, quando reforça a necessidade de convivência de diferentes atores como essencial para a manifestação da diversidade, onde existe uma pluralidade de interesses, muitas vezes conflitantes, mas que, ao mesmo tempo, devem formar coalizões, com a finalidade de conseguir mais força, ou seja, mais poder.

Franco e Merhy (2003), ao analisarem modelos tecnoassistenciais em saúde, contribuem, ao afirmar que, por meio do jogo de pressão e disputas, cria-se uma correlação de forças que definirão a política de saúde, combinando interesses diversos, fazendo com que essa política favoreça ou não determinados grupos e interesses.

Os autores acima referidos confirmam o que é dito por Foucault (2003) em sua visão sobre o poder, quando refere que o mesmo produz práticas, subjetividades e verdades que necessitam ser direcionadas a mudar comportamentos e práticas equivocadas do fazer saúde. Portanto, para ele, mais do que modificar estruturas, é preciso mudar as referências epistemológicas.

Seguindo essa lógica de raciocínio, ao resgatar a história das políticas públicas, e, em especial, a da saúde, é possível correlacionar às verdades constituídas, as práticas e subjetividades evidenciadas por Foucault (2003), associando as mudanças de modelos de atenção à saúde, as quais foram sendo construídas a partir das disputas dos movimentos sociais, de grupos hegemônicos, e da força do próprio Estado.

Ferla e Oliveira (2008) salientam que o processo de privilegiamento e submissão da medicina científica ao caráter biológico e, portanto aos procedimentos e utilização de tecnologias hegemônicas médicas, cujos desdobramentos estão presentes no processo de trabalho cotidiano e nas práticas de gestão, interferem nas relações sociais, políticas e econômicas capazes de produzirem mudanças na sociedade e impactos na construção do conhecimento.

Nesse sentido, o COGERE é um espaço de gestão, onde o poder/saber de diferentes atores está em constante disputa de projetos, que são, ao mesmo tempo, individuais e coletivos; e, para tanto, sua operacionalização dependerá de articulação e negociação entre os sujeitos. Assim, pensar as tecnologias utilizadas pelos gestores na micropolítica do trabalho no espaço de gestão torna-se relevante, no sentido de que estas poderão contribuir com as mudanças no processo de trabalho e, conseqüentemente, na organização da atenção à saúde.

## 1.6 A micropolítica do trabalho e a natureza das tecnologias

A micropolítica do trabalho passa pela compreensão do lugar que as tecnologias ocupam no cotidiano dos trabalhadores e seu modo de operar os processos de produção e as disputas estabelecidas entre os modelos presentes nos territórios, bem como as ferramentas (conjunto das tecnologias) utilizadas pelos sujeitos no seu processo de trabalho (FRANCO; MERHY, 2005).

Merhy (2002), em sua produção sobre o trabalho, relata que toda atividade humana é um ato produtivo, modifica alguma coisa e produz algo novo, e é por isso que o trabalho é produtor de “valores de uso” e de “valores de troca”. Segundo o autor, a depender da necessidade que procura satisfazer, o trabalho produz algo que carrega certo valor de uso, mas também tem valor de troca.

Para Merhy e Onocko (2006), ao se produzir um “bem de saúde”, este tem um “valor de troca”, mas também tem um “valor de uso” para o trabalhador da saúde, dado pela utilidade privada do mesmo. Esse “bem de saúde”, ao ter um uso particular (para o sujeito do trabalho), pode ser “desenhado” do jeito que interessar a esse sujeito e em busca de funcionalidades para ele.

O trabalhador de saúde, ao produzir um bem para troca, ou seja, ao produzir “algo” para ser “trocado” no mercado por algum outro bem que tenha para ele (trabalhador) um valor de uso, se submete à presença do intermediário “mercado”, o qual tem estabelecido alguns valores (quase sempre monetários) de troca, que permitem comparar e conformar diferentes modalidades concretas de trabalho em saúde. Assim, o trabalhador, ao produzir seu produto final e submetê-lo para troca no mercado, não terá tanta “autonomia” no ato de produção, pois deverá orientá-la para certa dose de normatização em torno do que está sendo desejado, ou seja, conforme o contrato social que “define” quem ele é, o que ele deve produzir e para quem.

Contudo, um trabalho não é igual ao outro. Eles diferem, considerando o que é produzido, entretanto cada produção específica exige também técnicas específicas, matéria prima diferente, modos de organizar o trabalho e trabalhadores também próprios para aquela produção. Todo processo de trabalho combina trabalho em ato e consumo de produtos feitos em trabalhos anteriores. O trabalho feito em ato é denominado de “trabalho vivo em ato” e o trabalho feito antes, que só chega através do seu produto, de “trabalho morto” (MERHY, 2002, p. 47-48).

No que tange à produção no setor saúde, esta se realiza, sobretudo, por meio do trabalho vivo em ato, isto é, o trabalho humano no exato momento em que é executado e que determina a produção do cuidado, sendo este criativo. Entretanto, o trabalho vivo interage todo o tempo com instrumentos, normas, máquinas, formando assim um processo de trabalho, no qual interagem diversos tipos de tecnologias, ou seja, com o trabalho morto, já instituído (MERHY, 2005).

O mesmo autor afirma que todo trabalho é mediado por tecnologias e depende da forma como elas se comportam no processo de trabalho. Se pode ter processos mais criativos, centrados nas relações, ou processos mais presos à lógica dos instrumentos duros, como as máquinas, o que vale dizer que a ideia de tecnologia está vinculada não só a equipamentos, mas a certo saber-fazer e a um ir fazendo, que inclusive dão sentido ao que será (ou não) a “razão” instrumental de um dado equipamento.

Sendo assim, Merhy (2002) relaciona ao processo de trabalho três tipos de tecnologias, quais sejam: as tecnologias “duras” relacionadas às máquinas, equipamentos, instrumentos, normas; as que se inscrevem no campo do conhecimento técnico especializado bem estruturado, como a epidemiologia, a clínica médica, a clínica psicanalítica, o taylorismo, o fayolismo, que são as ditas leve-duras; e as tecnologias leves, representadas pelas relações, pela subjetividade, pela produção de vínculo, acolhimento, autonomização, gestão.

Essas tecnologias adquirem valores de uso definidos a partir das necessidades de saúde de cada um, em cada momento singular. Portanto, segundo Cecílio (2001), as necessidades são histórica e socialmente determinadas.

Merhy (2002), em suas teses sobre a teoria do trabalho em saúde e as tecnologias de produção do cuidado, reforça a afirmação de que o trabalho em saúde (centrado no trabalho vivo) não pode ser totalmente capturado pelo trabalho morto, aquele representado pelos equipamentos e pelos saberes tecnológicos estruturados. Pois seu objeto não é plenamente estruturado e suas tecnologias de intervenção mais estratégicas operam em ato, nas relações, nos encontros de subjetividade, que vão além dos saberes estruturados e que contemplam liberdade na escolha do modo de produção do cuidado.

Para Merhy (2002), a efetivação da tecnologia leve do trabalho vivo em ato, na saúde, se expressa como produção de relações interseçoras<sup>8</sup>, em uma de suas dimensões, que é o usuário final, que, para o autor, representa a necessidade de saúde como sua intencionalidade.

---

<sup>8</sup> O termo “interseçores” utilizado por Merhy (2002, p. 51), nesse contexto, significa “o que se produz nas relações entre sujeitos, no espaço das suas interseções, que é um produto que existe para os dois em ato e não tem existência sem o momento da relação em processo, e na qual os inter se colocam como instituintes na busca de novos processos, mesmo um em relação ao outro”.

É neste encontro do trabalho vivo em ato com o usuário final que teremos de fato a utilização da tecnologia leve do trabalho em saúde, ou seja, aquelas que se configuram por meio do acolhimento, vínculo, autonomização, entre outros.

Nesse sentido, na micropolítica do processo de trabalho, a noção de impotência não é pertinente, se considerarmos que o processo de trabalho está sempre aberto à presença do trabalho vivo em ato. Portanto, com possibilidades de ser permeado por diferentes lógicas que o trabalho vivo pode comportar, como, por exemplo, a criatividade do trabalhador que atua nos serviços de saúde e que pode inventar novos processos para seu cotidiano de trabalho.

Assim sendo, Franco e Merhy (2005), ao reportarem-se às ferramentas que são utilizadas no processo de trabalho em saúde, lembram como se estabelece a construção imaginária dos procedimentos, ou seja, a imagem que os usuários criam destes, os quais são associados à solução dos seus problemas. Isso faz com que demandem, ao invés do cuidado, o procedimento, mesmo que não haja sua necessidade, o que explica o “usuário acessar em nível imaginário o universo simbólico que dá significado ao procedimento, atribuindo a este uma potencialidade que não tem que é a de produzir o cuidado por si mesmo” (FRANCO; MERHY, 2005, p 184).

Este simbólico opera em nível de trabalhador de saúde, e também de gestor que referenda o “modelo hegemônico produtor de procedimento” (FRANCO; MERHY, 2005, p. 185). Entretanto, esse modo de fazer saúde pode ser modificado, à medida que se construam serviços de saúde com potencialidade de cuidar das pessoas como desejam e imaginam, desconstruindo o imaginário que estas têm sobre os procedimentos.

Para que isso aconteça, depende também do modo como “as cabeças estão sendo fabricadas” (MERHY, 2006, p. 96), pois esse fator interfere na micropolítica do processo de trabalho, na medida em que elas se colocam como forças resistentes às mudanças, o que, por si só, demonstra a complexidade na invenção de lógicas do fazer saúde que se contraponham ao já instituído.

Para tanto, as intervenções em nível de micropolítica devem ser entendidas como o agir cotidiano dos sujeitos trabalhadores de saúde, das relações que estabelecem entre si e no cenário em que se encontram (MERHY, 2002). Significa que a produção do cuidado se dará por meio da ação individual ou coletiva do trabalhador de saúde no seu local de trabalho, através das relações que estabelece com os usuários e equipe, somadas aos recursos tecnológicos que utiliza para produzir saúde, a partir das necessidades dos usuários.

Em última instância, significa dizer que o que define o modelo tecnoassistencial<sup>9</sup> de saúde não é a norma, mas o trabalhador de saúde, a partir da sua micropolítica no processo produtivo (MERHY; FRANCO, 2003), isto é, no agir cotidiano de cada trabalhador de saúde, das relações que estabelece com a equipe, com os usuários e com o arsenal tecnológico que utiliza. Enfim, para pensar a produção da saúde é necessário pensar o lugar específico de cada um na linha de produção do cuidado.

Os trabalhadores de saúde, no seu cotidiano de trabalho, possuem certo autogoverno sobre o seu processo de trabalho. E essa liberdade de decidir indica que a transformação do perfil produtivo depende de mudanças no fazer do trabalhador de saúde, de acordo com sua proposta de organização da produção do cuidado, bem como de certa subjetividade que o faz operar assumindo determinadas atitudes que estão sempre entre o polo de um cuidado burocrático, pouco cuidadoso e ineficaz, ou um cuidado acolhedor, onde se estabelecem vínculos e responsabilização em relação ao usuário e seu problema de saúde (MERHY; FRANCO, 2003).

Para Merhy e Franco (2003), o modo de agir é singular, de cada um, contudo, é social e tecnologicamente determinado, afetando os sujeitos e imprimindo sobre os mesmos determinados valores e condutas diante do outro, com o qual ele se relaciona e ao qual destina o produto do seu trabalho. Portanto, lidar com trabalho e tecnologias em saúde significa também lidar com a dimensão humana e subjetiva de cada um, como fatores determinantes na escolha da natureza das tecnologias que os profissionais utilizarão no processo de cuidar.

Por essa razão, o processo de trabalho instituído pode ser interrogado. É possível repensá-lo de maneira a olhar como os modelos de atenção capturam o trabalho vivo em ato, ao mesmo tempo em que se vislumbram distintas possibilidades de construir linhas de fuga capazes de operar com ferramentas que rompam com a lógica estabelecida, na perspectiva de interferir sobre as práticas de saúde, suas tecnologias e direcionalidades, e seus modelos de gestão (MERHY, 2006).

No caso dos gestores, a organização do SUS está sob sua responsabilidade e se apresenta excessivamente normatizada, operando sob a lógica programática, onde a norma impõe amarras e se mantém fortemente vinculada a procedimentos cujas estruturas rígidas buscam aprisionar trabalhadores e gestores, impedindo-os de estabelecerem novas conexões,

---

<sup>9</sup> Em relação ao tema, Merhy (2003) aborda que qualquer modelo de atenção à saúde faz referência não a programas, mas ao modo de se construir a gestão de processos políticos, organizacionais e de trabalho que estejam comprometidos com a produção dos atos de cuidar do indivíduo, do coletivo, do social, dos meios, das coisas e dos lugares. E isto sempre será uma tarefa tecnológica, comprometida com necessidades como valores de uso, como utilidades para indivíduos e grupos.

possibilidades e lógicas capazes de criar novos territórios que darão sentido à produção do cuidado aos usuários do Sistema de Saúde (FRANCO, 2006).

De acordo com Merhy (2002), na micropolítica dos processos de trabalho em saúde, é preciso compreender que os núcleos de intervenções tecnológicas, no que tange às tecnologias duras, leve-duras e leves, é que vão definir as singularidades dos processos de reestruturações produtivas no setor saúde.

Contudo, não cabe, segundo Merhy et al. (2006), julgar se os equipamentos tecnológicos são bons ou ruins, mas qual a razão de seu uso e com que intencionalidade estão sendo utilizados, bem como o lugar que as necessidades dos usuários ocupam como ordenadoras dos modelos de atenção.

Os gestores no seu processo de trabalho, na condição de governo, certamente utilizarão todos os tipos de tecnologia para atender as necessidades dos usuários. Entretanto, devem perceber que, apesar da aparente dureza do processo de gestão, este deve ser operado no terreno do trabalho vivo. É trabalho vivo, porque tanto a tomada de decisão, como a coordenação, apesar de se utilizarem do trabalho morto (normas, portarias), são igualmente centrados nos aspectos relacionais (tecnologias leves) envolvidos no relacionamento entre sujeitos (trabalhadores, usuários, gestores, etc.).

É no cenário do Colegiado de Gestão e sustentada pela natureza das tecnologias de Emerson Merhy, que esta pesquisa foi desenvolvida, tentando vislumbrar as tecnologias utilizadas no COGERE, pelos sujeitos pesquisados, para o processo de tomada de decisão na construção de sistemas locais e regional de saúde.



## CAPÍTULO 2

### CAMINHO METODOLÓGICO

Segundo Minayo (2008, p. 18), o “marco metodológico fundamenta teoricamente o ‘caminho do pensamento’ seguido pelo investigador, de modo a garantir rigor científico, imprescindível para o desenvolvimento da pesquisa”.

A presente pesquisa, de caráter qualitativo, adotou como estratégia de investigação o Estudo de Caso. Para Yin (2005, p. 32), o estudo de caso “investiga um fenômeno contemporâneo dentro de seu contexto da vida real, especificamente, quando os limites entre o fenômeno e o contexto não estão claramente definidos”. Essa categoria de pesquisa, segundo Martins (2006), tem como objeto uma unidade que se analisa aprofundadamente e exaustivamente, de maneira que permita amplo e detalhado conhecimento.

Ao escolher o estudo de caso como estratégia de investigação, deve-se considerar que, para responder ao objetivo da pesquisa, muitas variáveis estão implicadas e interessam na análise. É necessário acessar fontes de informação, permitindo, assim, vários olhares sobre o mesmo fenômeno (YIN, 2005, p. 128).

O fenômeno em estudo se desenvolveu em uma instância decisória do Sistema Único de Saúde, o Colegiado de Gestão Regional, o COGERE da 4ª Região Sanitária do Rio Grande do Sul. É contemporâneo, visto que foi instituído em 2007, e se desenvolve em um contexto complexo que é influenciado por fatores contextuais diversos.

Para a compreensão do fenômeno, foi necessária a complementaridade de técnicas de coleta de dados, pois se trata, ao mesmo tempo, de um espaço de relações institucionais e pessoais, de construção de contratos legais e de alianças particulares entre pessoas.

A definição pelo estudo *deste* caso se justifica a partir do fundamento de que este Colegiado representa uma instância estratégica de gestão do SUS, e o conhecimento gerado poderá servir de referência para outras realidades semelhantes em processo de construção, no Estado do Rio Grande do Sul e no Brasil.

A identificação desses aspectos comuns e recorrentes permitiu, assim, uma ampliação e maior solidez no conhecimento do objeto estudado (LÜDKE; ANDRÉ, 2007).

Outro fator que validou a utilização do estudo de caso como estratégia de pesquisa é que a construção do processo de cogestão entre os secretários de saúde, com vistas a implantar a regionalização da saúde na 4ª região sanitária, se dá através de um arranjo instituído pelo Ministério da Saúde, reunindo características particulares de construção

coletiva. Merecendo, portanto, ser investigado com profundidade, a fim de interpretar as proposições acerca deste mecanismo de gestão compartilhada, como também dos recursos tecnológicos utilizados nos processos de trabalho implementados pelos gestores nesse espaço.

Segundo Campos (2007b), o espaço coletivo é um lugar em que ocorrem encontros entre sujeitos, construindo-se oportunidades para análise e tomada de decisão sobre temas relevantes.

O COGERE, como arranjo institucional de gestão democrática, pressupõe nova lógica de distribuição de poder e o desenvolvimento de estratégias de gestão entre o conjunto de gestores da região. Portanto, conhecer com maior profundidade quais as tecnologias utilizadas pelos atores que integram esse fórum, no processo de tomada de decisão, pode contribuir para compreensão de aspectos importantes relacionados à gestão do SUS.

Como militante do SUS, participei desde o início do processo de implantação do Sistema Único de Saúde na região, na condição de trabalhadora de saúde, como também na de ator político em situação de governo, ao coordenar a 4ª Coordenadoria Regional de Saúde.

O processo de regionalização vinha sendo construído com a participação do conjunto de atores da região, onde as necessidades dos usuários e as especificidades locorregionais eram pressupostos definidores do desenho das regiões de saúde, independente da normatização estabelecida pelo Ministério da Saúde, vigente para no período para todo o país.

Dessa forma, os olhares do sujeito militante do SUS estarão atravessando o processo de investigação. Nesse sentido, amparei minhas inquietações como pesquisadora em Merhy, ao expressar que:

todo pesquisador é, além de sujeito epistêmico, ou seja, portador de teorias e métodos que lhe permitem se debruçar e estudar certos objetos da ciência, um sujeito ideológico, um sujeito “cultura”, ou seja, um sujeito interessado que dá valor a certas coisas e não a outras, que tem certas opções e não outras, que tem certas concepções ideológicas e não outras, que além de sujeito interessado é um sujeito implicado (MERHY, 2004, p. 2).

Portanto, reconheço a situação de sujeito implicado com o contexto onde desenvolvi o estudo, o que significa a recusa da neutralidade, pois minha visão social e política foram fatores que justificaram meu interesse e potencializaram a análise e interpretação dos dados da pesquisa.

No entanto, apesar de minha implicação e do reconhecimento de sua relação com o objeto de estudo, o método desenvolvido na pesquisa possibilitou que a incorporação do subjetivo permitisse o seu tratamento como um componente qualitativo fundamental mas, de certa forma, objetivável.

## 2.1 Coleta de dados

Segundo Martins (2006, p. 27), a natureza e condução de uma pesquisa do tipo estudo de caso precisam adotar diversas técnicas de coleta de dados, visando à qualidade da pesquisa. Para tanto, as técnicas escolhidas para coleta de dados foram a entrevista, a observação e a análise documental, organizadas em um protocolo de pesquisa, contendo os principais dados a serem coletados em cada uma das técnicas.

Cabe salientar que a coordenação do COGERE foi contatada pessoalmente e através de documento, para viabilizar a autorização que permitisse a realização da pesquisa. A solicitação foi aprovada *ad referendum* pelo então coordenador do colegiado e, posteriormente, pela plenária do Colegiado (Anexo A).

Seguindo os preceitos éticos, o projeto foi encaminhado ao Comitê de Ética da Universidade Federal de Santa Maria, sendo aprovado sob registro de nº. SIE 023642, SISNEP 234385, CAAE 0270.0.243.000-08 (Anexo B).

De acordo com os pareceres estabelecidos para a pesquisa que envolve seres humanos e com a Resolução 196/96, formulou-se um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice A), a ser assinado pelos sujeitos da pesquisa após terem sido informados dos objetivos, metodologia, benefícios e riscos de participação no estudo, e que lhes garantia também o direito de retirar-se a qualquer momento. Também lhes foi entregue um Termo de Confidencialidade (Apêndice B), que assegura o sigilo, a guarda e o destino do material coletado.

Os sujeitos da pesquisa foram selecionados intencionalmente dentre os integrantes do COGERE, ou seja, os Secretários Municipais de Saúde e os representantes da Secretaria Estadual de Saúde, após minha participação como observadora, na primeira reunião do Colegiado, no mês de fevereiro de 2009. O primeiro sujeito entrevistado foi aquele que, mesmo tenuamente manifestou-se nessa reunião, fazendo contraponto às posições da Coordenadora do COGERE; e o segundo sujeito entrevistado foi a própria Coordenadora do Colegiado. Ambos, por sua vez, indicaram os seguintes e, assim, sucessivamente. Esta técnica é conhecida como “bola de neve”. Salienta-se que, a partir de determinado ponto, as indicações convergiram para os mesmos sujeitos.

A coleta dos dados da pesquisa se deu de fevereiro a setembro de 2009, sendo que as entrevistas foram realizadas de março a junho de 2009, as observações de fevereiro a setembro de 2009 e os documentos analisados corresponderam ao período de junho de 2008 a junho de 2009.

As entrevistas cessaram a partir do momento em que as informações passaram a se repetir, o que Minayo (2008) coloca como critério de saturação, no qual o conhecimento formado pela pesquisadora no campo consegue compreender a lógica interna do grupo de estudo.

Corroboro com a autora citada, quando diz que, em pesquisa qualitativa, a preocupação deve-se menos à generalização e mais ao aprofundamento, à abrangência e à diversidade no processo de compreensão, quer seja de um grupo social, de uma política ou de uma representação.

De acordo com Minayo (2008), o critério de sujeitos entrevistados não deve ser numérico. Nesse caso, se considerou definida a população da pesquisa, quando os sujeitos passaram a não acrescentar novos fatos, novas informações necessárias para a compreensão do objeto de estudo, o que ocorreu após a 12<sup>a</sup> entrevista ter sido realizada. Portanto o estudo perfaz 12 sujeitos.

Martins (2006, p. 27) reforça a importância da entrevista, cujo objetivo básico é “entender e compreender o significado que os entrevistados atribuem a questões e situações, em contextos que não foram estruturados anteriormente”. O mesmo autor recomenda que tanto o roteiro das entrevistas, como as orientações para uma conversa devem estar alicerçadas em um referencial que dê suporte teórico ao estudo (MARTINS, 2006).

A entrevista, para Yin (2005), é uma das mais importantes fontes de informações para um estudo de caso, as quais colocam para o entrevistador duas tarefas: a primeira, que deve seguir sua linha de investigação, por meio do protocolo de seu estudo de caso; e a segunda, que deve fazer as questões da conversa de forma não tendenciosa, mas que também atenda às suas necessidades de investigação.

Nesse sentido, a recomendação de Lüdke e André (2007) é de que a entrevistadora deverá respeitar a cultura e os valores do entrevistado, desenvolver a capacidade de ouvir atentamente e estimular o fluxo natural de informações por parte do entrevistado.

Conforme referido anteriormente, os entrevistados foram selecionados intencionalmente, exercendo o papel de respondentes-chave, fornecendo percepções e interpretações de eventos, em alguns casos, inclusive, sugerindo fontes alternativas para confirmar evidências obtidas por meio de outras técnicas.

As questões utilizadas para realização das entrevistas foram do tipo semiestruturadas, contando inicialmente com um roteiro composto por sete perguntas (Apêndice C), as quais foram sendo acrescidas de outras questões no decorrer do processo. Cabe salientar que as perguntas foram utilizadas como roteiro, um guia para nortear a entrevista, que se desenvolvia

informalmente, de acordo com as respostas dos entrevistados e os questionamentos que surgiam no decorrer da conversa, o que significa que nem todas tiveram as mesmas perguntas e nem o mesmo período de duração. Em média, as entrevistas duraram 45 minutos cada uma.

Todas as entrevistas foram realizadas pela própria pesquisadora, em dia, local e horário combinados previamente entre a pesquisadora e o sujeito pesquisado. Como já referido, o período em que estas se realizaram foi de março a junho de 2009.

As entrevistas foram gravadas após a autorização dos entrevistados e posteriormente transcritas, na íntegra, de modo a garantir a fidedignidade do seu conteúdo. A transcrição das entrevistas resultou em 152 laudas digitadas, fruto de 551 minutos (9h e 18 m) de gravação. Os sujeitos entrevistados estão identificados no texto com a letra E (de entrevistado) e com um número, que varia de 1 a 12, não necessariamente seguindo a ordem da realização das entrevistas.

Dentre os entrevistados, dois deles representam a gestão estadual (coordenadoria regional de saúde) e os demais, são gestores de saúde de municípios. No que tange a formação dos entrevistados, dois são farmacêuticos, dois enfermeiros, um fonoaudiólogo, um administrador, dois técnicos de contabilidade, um técnico agropecuário, um veterinário, um pastor e um estudante. Dos 12 entrevistados, seis possuem curso de especialização, dois deles graduação, e outros quatro nível médio.

Nas entrevistas foram abordados alguns temas gerais e comuns a todos os entrevistados, como: significado e funcionamento do COGERE; recursos tecnológicos utilizados no COGERE para tomada de decisão; espaços de participação; principais temas em pauta; relações estabelecidas entre os diferentes atores; relações do COGERE com o controle social e com prestadores de serviço; principais problemas e necessidades da região; protagonismo dos sujeitos.

A segunda técnica de pesquisa utilizada foi a observação. Segundo Martins (2006), trata-se de um procedimento de natureza sensitiva, o que significa que, ao mesmo tempo em que permite a coleta de dados de determinadas situações, envolve também a percepção do observador por intermédio dos sentidos, para captação de outros aspectos importantes da realidade, o que torna essa técnica uma prática científica, diferenciando-a da observação da rotina diária.

De acordo com Yin (2005), para aumentar a confiabilidade das evidências observadas, é desejável ter mais de um observador participando da observação. Logo, além da pesquisadora, houve o auxílio de uma acadêmica do curso de enfermagem que foi capacitada para auxiliar no desenvolvimento da tarefa.

A proposta inicial foi de acompanhar as reuniões do COGERE realizadas nas primeiras quartas feiras de cada mês, durante o período de fevereiro a junho de 2009, o que foi feito com a participação das duas observadoras. Entretanto, pela relação estabelecida com os integrantes do colegiado e pela implicação da pesquisadora com o processo de construção do SUS na região e a expectativa de encaminhamentos de algumas resoluções tomadas pelo COGERE, continuei participando e observando os encontros nos meses subseqüentes até setembro de 2009, totalizando 38 horas de observação, cujas anotações do caderno de campo, após sua digitação, perfizeram 32 laudas.

Para Martins (2006, p. 24), “observar não é apenas ver”, portanto esse momento foi cuidadosamente planejado, de modo sistemático, indicando o que observar, o tempo de duração da observação, como registrar, de modo a garantir a confiabilidade da técnica.

Como a observação era não participativa, em nenhum momento houve manifestação das observadoras durante as reuniões. Durante toda a reunião, o que era observado se registrava em um Caderno de Campo e, posteriormente, as descrições eram digitadas com mais detalhes. As observações seguiram um protocolo (Apêndice D), cujas diretrizes gerais orientaram a seleção do que observar, favorecendo a organização dos dados.

Cabe destacar que, em decorrência da manifestação da maioria dos entrevistados sobre a existência de outro espaço que congregava os gestores municipais, senti a necessidade de participar também desse fórum. São reuniões da Associação dos Municípios da Região Centro (AMCENTRO) e Associação dos Secretários e Dirigentes de Saúde da região centro (ASSEDISA/Região centro), realizadas junto à sede do Consórcio Intermunicipal de Saúde - CIS, que ocorrem no mesmo dia da reunião do COGERE, porém em turno inverso. Após a autorização da coordenação de Saúde da AMCENTRO (Anexo C), participei de uma reunião do mês de agosto de 2009, cujas anotações foram também registradas no Caderno de Campo.

Além dos dados coletados a partir das entrevistas e das observações, foram utilizados, como fonte de dados, os documentos. Trabalhei particularmente com as listas de presença das reuniões, convocações das reuniões, atas e pautas das reuniões, resoluções do COGERE, portarias e Regimento Interno.

A documentação analisada correspondeu ao período de junho de 2008 a junho de 2009. Esse período foi escolhido tendo em vista que, em janeiro de 2009, em decorrência das eleições municipais para prefeito, realizadas em outubro de 2008, houve a troca da maioria dos Secretários Municipais de Saúde. Portanto se entendeu adequado analisar os documentos gerados em período anterior e período posterior às mudanças administrativas dos municípios,

ou seja, aqueles gerados pelo conjunto de atores que participou das reuniões desde a implantação do colegiado e por outros que iniciaram a trajetória em fevereiro de 2009.

Cabe salientar ainda que, de acordo com a estratégia de pesquisa de estudo de caso, a análise documental também se baseou em um protocolo (Apêndice E).

Segundo Yin (2005), para os estudos de caso, o mais importante da análise dos documentos é que possam corroborar e valorizar as evidências originadas por meio de outras fontes, além de possibilitar a confiabilidade dos achados.

Nessa perspectiva, Lüdke e André (2007) consideram a análise documental uma importante técnica, seja para complementar as informações obtidas através de outras técnicas, seja desvelando aspectos novos de um tema ou problema.

## **2.2 Análise dos dados**

Em um primeiro momento, enfrentei inúmeras dificuldades diante da enorme quantidade de dados e da inexperiência que se somava ao receio de não conseguir relacionar e compreender o emaranhado de “coisas” a mim estranhas, como pesquisadora principiante. Fui enfrentando esta etapa através de inúmeras leituras de outras produções acadêmicas, incluindo a leitura de artigos do autor Emerson Elias Merhy (2004), em especial um que se chama: *O conhecer militante do sujeito implicado: o desafio em reconhecê-lo como saber válido*.

Nessa produção científica, o autor faz colocações que, em certa medida, retratam as preocupações dos sujeitos que militam e produzem conhecimento no cotidiano do SUS, onde me incluo, os quais buscam na academia o reconhecimento desse saber. Sua fala diz que o sujeito militante que pretende ser epistêmico encontra dificuldades, em função de que os desenhos de investigação que temos como consagrados no campo das ciências não dão conta desse tipo de processo (MERHY, 2004). O que usualmente acontece é uma submissão do conhecimento militante ao dito epistêmico instituído, numa certa ciência que nossa sociedade referencia.

Para análise dos dados das entrevistas e observações utilizei da modalidade de análise temática. Segundo Minayo (2008), os dados são analisados tendo o tema como núcleo de sentido, por meio do qual será classificado o material, e cuja frequência ou presença tem um significado para o objeto analítico.

Assim, iniciei o processo de análise, sistematizando os dados, por meio da organização e da seleção do material empírico coletado de acordo com os protocolos propostos para este

estudo de caso. A seguir, realizei a leitura e releitura exaustiva do material, identificando, através de marcação com cores, os aspectos mais relevantes, presentes, frequentes e semelhantes em cada resposta dos sujeitos entrevistados.

Na sequência fui recortando e agrupando trechos das entrevistas de acordo com os temas, mantendo-se ainda a identificação de seus autores, ao mesmo tempo em que ia analisando cada trecho da produção dos sujeitos entrevistados, com objetivo de compreender os sentidos expressos por esses atores.

De acordo com Prochnow (2004) nesta etapa inscrevemos o discurso a partir da realidade e por meio daquilo que os nossos informantes nos podem levar a compreender, enxergando o significado das coisas a partir das determinações e especificidades do grupo.

Após o cumprimento dessas fases, tornou-se possível construir eixos temáticos, os quais foram subdivididos em subeixos considerados importantes para análise dos dados. Entretanto destaco que este estudo, possibilitou o surgimento de uma diversidade muito grande de temas, mas, pela limitação da proposta e do foco do estudo, eles não serão detalhados nesta dissertação.

Realizou-se o tratamento dos resultados obtidos e da interpretação dos dados inter-relacionados com a teoria desenhada inicialmente a partir da fundamentação teórica explicitada na discussão conceitual, bem como através de novas dimensões teóricas que foram surgindo no decorrer da leitura dos materiais. Neste momento, estabeleceram-se ligações mais amplas com os achados das entrevistas, que foram sendo complementados pelos registros das observações e pelos dados contidos nos vários documentos analisados.

Para as categorizações feitas a partir das atas, resoluções e pautas de reuniões, também utilizei a representação da frequência com que os temas foram tratados, como recurso de apresentação. Para o desenho da pesquisa, entretanto, esse recurso de análise tem exclusivamente potência ilustrativa, sem qualquer pretensão de relevância estatística.

Nesta etapa, o material bibliográfico foi amplamente utilizado e consultado, para sustentar a análise dos resultados. Foram utilizados autores que tratam de experiências de serviço e as sistematizam em produções científicas capazes de sustentar com coerência os achados e as interpretações deste estudo. Principalmente Merhy (2002, 2003a, 2003b, 2004, 2005, 2006) e Foucault (2003) que foram os autores que serviram de base para sustentar minha proposta de pesquisa.

Para fins de apresentação, as estruturas de relevância foram agrupadas em três eixos temáticos que respondem aos objetivos geral e específicos desta pesquisa. Cada um dos eixos



temáticos nucleou a análise do material empírico coletado, e eles vão ser discutidos nos capítulos seguintes.

O primeiro eixo, tema do Capítulo 3, é *O Protagonismo dos Atores do COGERE na Construção da Regionalização da Saúde*, subdividido em cinco subeixos: O COGERE: normativas, forma de funcionamento e composição; A Presença dos Atores nas Reuniões do COGERE; A Importância Atribuída pelos Atores ao COGERE; A Construção da Pauta das Reuniões do COGERE; As Temáticas Predominantes nas Discussões do COGERE.

No Capítulo 4, analisam-se *Os Recursos Tecnológicos Utilizados nos Processos Internos do COGERE*, subdividido em: Mecanismos de Representação dos Atores no COGERE; A Relação do COGERE com os Prestadores de Serviço; A Relação do COGERE com o Controle Social; A Relação entre os Gestores Estaduais e Municipais no COGERE.

No Capítulo 5, será analisada *A relação do COGERE com a Enfermagem: formação acadêmica e gestão*.

## **CAPÍTULO 3**

### **O PROTAGONISMO DOS ATORES DO COGERE NA CONSTRUÇÃO DA REGIONALIZAÇÃO DA SAÚDE**

Considerando a proposta advinda da pactuação entre os gestores e normatizada pelo Ministério da Saúde, em sua dimensão de gestão, a qual institui o COGERE como dispositivo para consolidação do processo de regionalização da saúde, este capítulo traz a discussão do protagonismo dos atores que integram esse fórum.

Para melhor compreensão desse eixo temático, ele foi subdividido em cinco subeixos, que serão apresentados na sequência: O COGERE: normativas, forma de funcionamento e composição; A Presença dos Atores nas Reuniões do COGERE; A Importância Atribuída pelos Atores ao COGERE; A Construção da Pauta das Reuniões do COGERE; As Temáticas Predominantes nas Reuniões do COGERE.

#### **3.1 O COGERE: normativas, forma de funcionamento e composição**

Anterior ao período de regulamentação do Pacto pela Saúde em 2006, não existia o COGERE, e as discussões e pactuações entre os gestores, no que dizia respeito à política de saúde para a região, se desenvolvia no espaço do Controle Social, ou seja, o Conselho Regional de Saúde, o qual atualmente encontra-se desativado.

Cabe salientar ainda que os documentos emitidos pelo Ministério da Saúde em relação ao Pacto pela Saúde têm apostado no COGERE como o espaço de pactuação e construção da política de saúde regional. Embora o COGERE esteja formalmente constituído, nenhum município da região aderiu ao Pacto pela Saúde.

O Colegiado de Gestão Regional (COGERE), da 4ª Região Sanitária de Saúde, abrange a 4ª Coordenadoria Regional de Saúde, órgão da Secretaria Estadual de Saúde, com sede em Santa Maria. É constituído por 39 (trinta e nove) integrantes efetivos e igual número de suplentes, dos quais 31 (trinta e um)<sup>10</sup> são Secretários Municipais de Saúde dos municípios que integram a 4ª CRS, e 8 (oito) representantes da gestão regional de saúde, indicados pela coordenadora de saúde.

---

<sup>10</sup> Por ocasião da constituição do COGERE a 4ª CRS era composta por 32 municípios. Atualmente um deles passou a fazer parte de outra coordenadoria, portanto de outro COGERE, ficando a 4ª CRS com 31 municípios. Em decorrência deste fato, em alguns documentos ainda consta a composição do COGERE com 40 integrantes, ao invés de 39 componentes.

A Região de abrangência do COGERE reúne 31 municípios do centro do Estado do Rio Grande do Sul: Agudo, Capão do Cipó, Cacequi, Dilermando de Aguiar, Dona Francisca, Faxinal do Soturno, Formigueiro, Itaara, Ivorá, Jaguari, Jarí, Júlio de Castilhos, Mata, Nova Esperança do Sul, Nova Palma, Paraíso do Sul, Pinhal Grande, Quevedos, Restinga Seca, Santa Maria, Santiago, São Francisco de Assis, São João do Polesine, São Martinho da Serra, São Pedro do Sul, São Sepé, São Vicente do Sul, Silveira Martins, Toropi, Unistalda e Vila Nova do Sul, perfazendo uma população total de aproximadamente 504. 800 habitantes.

O COGERE foi instituído pela Resolução 045/07, da Comissão Intergestores Bipartite (CIB/RS) (Anexo D). Ela altera a denominação da Comissão Intergestores Bipartite Regional (CIB regional), para Colegiado de Gestão Regional (COGERE), cumprindo dispositivo contido na Portaria do Ministério da Saúde, GM nº 399/06, a qual estabelece o Pacto pela Saúde.

Esse colegiado é regulamentado pelo seu Regimento Interno (Anexo E), que foi aprovado em reunião plenária do dia 09/01/2008, que estabelece como finalidade do fórum “constituir-se em instância colegiada de negociação, deliberação de prioridades e pactuação entre o gestor estadual e os gestores municipais, para organização de uma rede regional de ações e serviços de atenção à saúde integrada e resolutiva”.

O Regimento Interno estabelece para o Colegiado de Gestão Regional (COGERE) as seguintes competências: Discutir e elaborar propostas e definir estratégias para consolidação do SUS, em seu âmbito; Manter contato permanente com a Comissão Intergestores Bipartite Estadual- CIB/RS para troca de informações sobre o processo de descentralização e regionalização do SUS; Promover a articulação entre as esferas de governo, de forma a garantir a execução das ações em sua área de abrangência; Definir critérios para a prioridade de investimentos regionais na área de Saúde; Instituir um processo dinâmico de planejamento regional e estabelecer formas e critérios para o processo permanente de monitoramento e avaliação do SUS Municipal e Regional; Atualizar e acompanhar a programação pactuada integrada de atenção em saúde; Desenhar o processo regulatório, com definição de fluxos e protocolos; Estimular estratégias de qualificação do Controle Social; Articular-se com outros COGEREs Regionais, com o propósito de cooperação mútua e de estabelecimento de estratégias comuns para o fortalecimento do SUS Estadual e Conselho Regional; Divulgar suas ações através dos diversos mecanismos de comunicação social, em especial junto aos Conselhos Municipais de Saúde e Conselho Regional; Manifestar-se sobre todos os assuntos de sua competência; Exercer outras competências que venham a ser definidas na legislação e normas do SUS.

Os integrantes do Colegiado tiveram a homologação de seus nomes na primeira reunião plenária do fórum no dia 09/05/2007, de acordo com a Resolução 01/2007.

A coordenação do COGERE é ocupada pela Delegada Regional de Saúde, tendo na vice-presidência o representante da ASSEDISA da região centro.

As reuniões são presididas pela coordenadora e secretariadas por uma representante da 4ª CRS, que também é a responsável pela elaboração da ata. As reuniões são realizadas na primeira quarta feira do mês, durante o período da tarde, tendo como local o auditório da 4ª CRS. O período de duração das mesmas gira em torno de três horas.

O COGERE, além do núcleo diretivo, possui comissões de caráter permanente e temporário, as quais são formadas pelos integrantes do fórum escolhidos nas reuniões ordinárias e organizadas de acordo com as necessidades identificadas.

Através de nossa participação nas reuniões do Colegiado foi possível observar que a organização dessas reuniões segue modelo tradicional. A coordenação dos trabalhos é de responsabilidade da coordenadora e do vice-coordenador, que se posicionam à frente dos demais integrantes, distribuídos em fileiras na sala de reuniões. Normalmente nas primeiras filas sentam-se os gestores antigos e representantes da gestão regional.

As manifestações que predominam nas reuniões são as dos gestores estaduais. São eles também os que, na maior parte das vezes, centralizam, determinam e discutem os temas da agenda, seguidos dos gestores antigos.

As verbalizações dos integrantes do fórum se dão livremente, sem tempo determinado para as falas. Entretanto, observa-se que toda vez que um dos integrantes do fórum se manifesta, de imediato ocorre uma intervenção da coordenação, não respeitando a ordem de inscrição. Em muitas ocasiões, se faz um “jogral” entre os representantes da gestão estadual, inibindo a participação dos demais.

Um aspecto observado e recorrente nas reuniões é o tom de voz incisivo, às vezes ríspido, de representantes do estado, demonstrando pouca tolerância a questionamentos e solicitação de explicações sobre assuntos não compreendidos pelos componentes do colegiado, além de serem estes permanentemente cobrados e repreendidos. Parece haver certa dificuldade em aceitar opinião ou discussão que contrariem as posições da coordenação do fórum.

Outro aspecto relevante, relacionado ao formato do fórum, é a regra instituída nacionalmente de que as decisões devam ocorrer por consenso. Essa obrigatoriedade traz implicações para o processo de decisão:

[...] a própria criação do COGERE, a concepção dele de trabalhar em cima do consenso acaba por distencionando o ambiente, [...] e a gente discute já com a ideia de achar uma solução para o problema, porque tu pode saber mais do que eu, mas nas questões em que há votação esta relação é muito mais complicada,[...] quando tem que negociar[...]a gente já entra no processo desarmado [...] (E5).

Ao contrário do esperado, a exigência do consenso diminui a possibilidade de diálogo e do debate, pois o contraponto e a divergência são vistos como um impeditivo para os consensos, e quem os formula é responsável pela ineficiência do fórum.

Considerando-se que o formato do fórum é determinado pelo regramento que o institui, a obrigatoriedade de consenso, a predefinição da coordenação, somados à postura das lideranças no fórum, sinalizam que o COGERE caracteriza-se por ser um espaço verticalizado e formal, com predomínio das intervenções dos representantes estaduais, seguido dos gestores mais antigos, fatores que impactam no protagonismo dos atores que integram esse espaço.

A presença dos atores nesse fórum, a definição da sua pauta, a importância do mesmo na percepção dos atores que o compõem e as principais questões em debate serão apresentadas a seguir, buscando responder ao objetivo da pesquisa de identificar o protagonismo dos atores do COGERE na regionalização da saúde.

### 3.2 A presença dos atores nas reuniões do COGERE

Um primeiro eixo de análise do protagonismo dos diferentes atores no cenário locorregional é a frequência de participação nas reuniões do COGERE. Para analisar a participação dos integrantes do Colegiado, foram tabuladas as frequências nas reuniões ocorridas nos 12 meses que antecederam a previsão de finalização da coleta de dados do estudo. Nesse período, foram realizadas 12 reuniões ordinárias e uma extraordinária, perfazendo um total de 13 listas de frequência sendo analisadas.

Nesse sentido, o Quadro 1 apresenta a frequência por tipo de representação em reuniões do Colegiado, no período de junho de 2008 a junho de 2009.

Mês da Reunião	Representantes do Estado		Representantes dos Municípios	
	Nº	%	Nº	%
Junho/08	05	62,50%	21	65,63%
Julho/08	05	62,50%	20	62,50%
Julho*/08	03	37,50%	16	50,00%

Agosto/08	06	75,00%	26	81,25%
Setembro/08	04	50,00%	26	81,25%
Outubro/08	05	62,50%	16	50,00%
Novembro/08	04	50,00%	17	53,13%
Dezembro/08	03	37,50%	08	25,00%
Fevereiro/09	02	25,00%	29	90,63%
Março/09	03	37,50%	28	87,50%
Abril/09	07	87,50%	24	75,00%
Maio/09	04	50,00%	27	84,38%
Junho/-09	04	50,00%	26	81,25%
Média	04	52,88%	22	68,27%

Quadro 1 – Frequências dos representantes da Secretaria Estadual e das Secretarias Municipais de Saúde que compõem o COGERE da 4ª Região Sanitária do RS, em número absoluto e percentual de reuniões, de junho de 2008 a junho de 2009.

FONTE: Dados primários da pesquisa (lista de frequência das Reuniões). \*Reunião extraordinária.

As listas de presenças do COGERE apontam a frequência de comparecimento dos representantes da Gestão Estadual e das Gestões Municipais nas reuniões desse Colegiado. Uma primeira constatação é que há variação expressiva na participação, pois a frequência oscilou de 25 a 87,5% para os representantes do estado, respectivamente em fevereiro e abril de 2009; e de 25 a 90,63%, respectivamente, em dezembro de 2008 e fevereiro de 2009 para os gestores municipais.

A análise da frequência permite inferir que a frequência média dos representantes dos municípios é mais de 15 pontos percentuais do que a dos representantes do estado. Essa constatação necessita ser contextualizada, na medida em que a agenda política dos dois segmentos de representação foi afetada de forma distinta no período analisado, considerando-se que as eleições do ano de 2008 se deram apenas nos municípios. Levando em conta o período de outubro a dezembro deste ano, o percentual de participação dos municípios tem acentuada queda, provavelmente em decorrência das eleições, seguidas de mudanças administrativas na maioria deles. Fortalece essa evidência o menor percentual da série, visto que, em dezembro de 2008, os mandatos eletivos vigentes já estavam em fase de finalização e as novas equipes gestoras ainda não haviam tomado posse.

Analisando o período posterior à troca de administrações, ou seja, depois de janeiro de 2009, a presença dos Secretários Municipais de Saúde é bastante alta, alcançando uma média de 83,42%, enquanto que a presença dos representantes da gestão estadual foi de 41,0%.

Esses dados evidenciam a importância atribuída pelos diferentes segmentos ao COGERE. A reunião de fevereiro de 2009 pode ser significativa, uma vez que representou a primeira participação dos novos gestores municipais. Nessa reunião, que teve o maior percentual de participação dos gestores municipais, constata-se o menor número de participantes do estado.

Outro recorte analítico, que amplia a capacidade interpretativa dos dados de frequência às reuniões como estratégia de aproximação com a presença dos diferentes segmentos ao fórum regional é o número de reuniões com percentual de participação de mais de 70% dos representantes de cada segmento. Esse percentual de participação expressa a priorização das agendas dos atores que representam cada segmento. O resultado dessa aproximação analítica está representado no Gráfico 1.

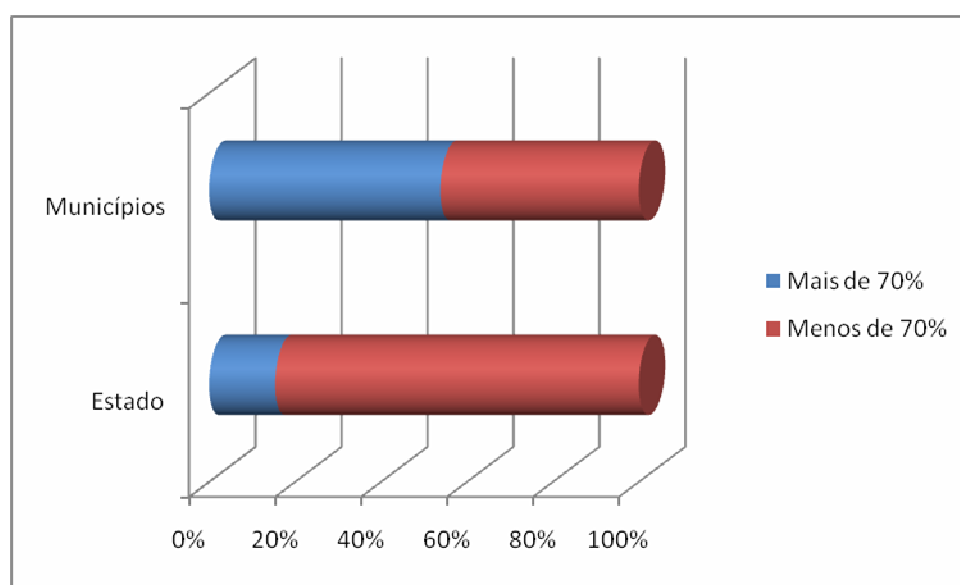


Gráfico 1 – Comparativo do número de reuniões com mais e menos de 70% de presença dos representantes do estado e dos municípios nas reuniões do COGERE da 4ª Região de Saúde, junho de 2008 a junho de 2009.

FONTE: Dados primários da pesquisa (listas de frequência das reuniões).

Como se visualiza no gráfico acima, a frequência com que os representantes do estado e municípios alcançam o marco de 70% ou mais de representantes presentes em cada reunião é significativamente distinto. A representação dos gestores municipais nas reuniões é maior e mais frequentemente alcança 70% ou mais de presenças, enquanto que os representantes da gestão estadual obtiveram esse índice em apenas duas reuniões, ou seja, em 26% delas.

Também chama a atenção o dado referente à ausência dos técnicos que representam a coordenadoria nas reuniões do COGERE.

Eu acho que os servidores aqui da casa participam pouco das reuniões [...] eram servidores que estavam bem acomodados, tipo o município não faz nada, não quer fazer nada [...] (E7).

A pouca participação e a atitude pouco acolhedora dos profissionais de saúde, em relação aos municípios, pode ser resultante do modo como se organiza o trabalho na instituição, onde as tecnologias duras e leve-duras foram absorvidas e incorporadas em suas ações. Neste caso, o trabalhador fica preso nas configurações tecnológicas e comandadas pelos saberes estruturados, como as normas, portarias e procedimentos, deixando pouco espaço para a construção de tecnologias de “trabalho vivo em ato” (MERHY, 2002).

O fato de os técnicos não terem sido indicados para serem entrevistados, e nem tampouco lembrados pelos sujeitos entrevistados, é outro dado que confirma a pouca participação desses atores que representam a Coordenadoria (ou não) nesse espaço, com exceção das pessoas que exercem cargos oficiais de gestão, os quais tem discutido grande parte dos temas da pauta.

A observação das reuniões permitiu evidenciar que, enquanto a maioria dos gestores municipais permanecia durante todo o período em que transcorriam as reuniões do COGERE, o mesmo não se verifica em relação aos representantes da gestão estadual. A presença destes nas reuniões se dava muitas vezes, por tempo limitado e restrito a temas específicos, principalmente vinculados à sua atuação em determinada área técnica da instituição e à necessidade de repassar informações aos municípios.

Diante disso, é possível questionar: Até que ponto os técnicos da coordenadoria que integravam o COGERE de fato consideravam-se como representantes da gestão estadual? Algumas hipóteses podem ser levantadas sobre a pequena participação desses atores no fórum. A primeira diz respeito ao processo de indicação dos representantes estaduais apenas como decorrência das exigências legais de composição do colegiado, ou seja, os técnicos indicados não se consideravam e não eram considerados pelos gestores estaduais como atores relevantes nos processos de discussão do COGERE.

A segunda hipótese diz respeito à inexistência de debates, compartilhamento e aprofundamento das temáticas do COGERE entre os representantes do estado, e portanto inexistência de consensos e de participação no sentido de fazer parte dos processos decisórios, configurando-se a presença como mera formalidade. A terceira hipótese é a percepção dos técnicos quanto ao papel que desempenhavam e a relevância da sua participação nos processos políticos de escolha e decisão, ou seja, a concepção de que sua participação era restrita às atividades técnicas. Estas são algumas hipóteses que necessitariam ser investigadas para melhor compreensão do significado desse espaço para estes atores.



Em síntese, os dados apresentados apontam que há presença maior dos Secretários Municipais de Saúde da região no COGERE, enquanto que os representantes da gestão estadual se faziam menos presentes, seja porque efetivamente não compareciam, seja porque, quando se faziam presentes, não participavam da totalidade da reunião, com destaque para a ausência dos técnicos da coordenadoria regional.

Esses dados evidenciam que o fórum tem maior importância para os atores da gestão municipal. Outro aspecto identificado a partir da análise da frequência é o quanto ela está associada aos momentos políticos vivenciados pelos gestores, diminuindo a frequência nos momentos que antecedem as mudanças de gestão, sinalizando para o fato de que a dinâmica dos governos e seus tempos impactam na construção dos processos de pactuação do SUS.

### **3.3 A importância atribuída pelos atores ao COGERE**

Para análise sobre o protagonismo dos diferentes atores, os dados de presença nas reuniões obtidos por meio da análise documental foram complementados com os dados coletados a partir das entrevistas. Estes permitiram inferir a avaliação dos diferentes atores sobre a importância política, a identificação de um potencial de construção da regionalização e o fortalecimento da capacidade de articulação regional que é construído a partir do COGERE. De acordo com um gestor municipal, o COGERE

[...] é um fórum que veio para valorizar as questões regionais dos municípios [...] (E5).

Os dados da frequência nas reuniões demonstram que os gestores municipais valorizavam de forma diferenciada o espaço do COGERE. Essa valorização se traduz, entre outros aspectos, no esforço de afirmar sua importância nas instâncias internas da gestão municipal, inclusive com os Prefeitos. Conforme expressou um dos entrevistados representante municipal.

[...] são importantes as reuniões do COGERE; até eu disse para o meu Prefeito que eu não queria faltar era nas reuniões do Consórcio e do COGERE (E6).

Fica evidenciada a percepção de importância associada à regionalização do sistema de saúde: Consórcio e COGERE como duas das principais estratégias para a construção de um sistema locorregional de saúde que precisam ser reconhecidas pelas instâncias decisórias da gestão municipal.

É evidente o esforço dos gestores da saúde em participarem das reuniões do COGERE. Como também de terem o reconhecimento por parte dos prefeitos e demais componentes das administrações municipais sobre a necessidade de que estes sustentem jurídica e institucionalmente as resoluções negociadas e emitidas pelo fórum.

Os gestores compreendem os seus limites de governabilidade sobre determinadas situações. Segundo Cecílio (2006), existe uma grande diferença entre o ator ser o prefeito ou ser o secretário de saúde, mesmo que este seja cargo de confiança do prefeito. Essa diferença é clara, à medida que não existe uma transferência automática de poder de um para outro. O ator prefeito controla recursos, incluindo boa parte deles sob o controle de outros atores que estão sobre seu comando, como, por exemplo, os recursos financeiros controlados, pelo secretário de saúde, se este for o gestor do Fundo Municipal de Saúde, ou pelo secretário de finanças.

Nessa lógica, concordamos com Nascimento (2007) cuja experiência em gestão municipal lhe permite afirmar que a efetivação do processo de regionalização está vinculada ao esforço político que extrapola as instâncias de gestão do SUS, exigindo o envolvimento de diferentes atores, como os prefeitos, os representantes do legislativo, os secretários de outros setores como: planejamento, fazenda, entre outros. Para tanto, os gestores integrantes do COGERE possuem uma articulação com o fórum dos prefeitos da região e criam possibilidades para concretização de suas ações.

Portanto, a importância da participação dos gestores municipais no COGERE fica evidenciada também a partir da mobilização de seu representante, no sentido de articular e negociar junto ao fórum de prefeitos, para que estes compreendam a relevância deste espaço na construção da política de saúde. Segundo um dos representantes municipais,

[...] nós antigos fizemos numa reunião da ASSEDISA, mostrando para eles a importância disto, de que tem que ir, às vezes não é problema do Secretário, é do próprio Prefeito [...] mas aí entra o fórum de prefeitos, por exemplo, o que o secretário, colega nosso da ASSEDISA, qual a função delegada a ele? Convencer os prefeitos na reunião da AM Centro que eles têm que liberar os secretários [...] o pessoal novo está aí, em peso (E5).

O destaque necessário, a partir deste subeixo temático, é relativo à capacidade de negociação, que se acumula pela experiência, na avaliação do representante. Este sujeito da pesquisa parece nos dizer que há capacidades de compreensão e de negociação, necessárias e demandadas pela complexidade do processo de gestão regional, que se constituem pelo exercício e pelo envolvimento dos diferentes atores com os problemas e potencialidades do cotidiano do sistema locorregional que ocorre no COGERE.

O empenho dos gestores municipais em estarem presentes nas reuniões está relacionado com o significado desse espaço para eles próprios e para o que cada um representa no coletivo, para a construção do sistema de saúde da região. Um representante municipal explicita:

Na verdade muitas vezes a gente não para para pensar a importância do papel de nós gestores, porque, quando a gente vai para uma reunião, a gente vai pensando assim: ali no COGERE eu não sou a Secretária [do Município X], mas sou uma das secretárias, uma das pessoas que têm que organizar todo o sistema de assistência à saúde de toda uma região (E4).

Esse depoimento explicita a importância do fórum, percebida pelos gestores municipais, para construção de capacidades políticas, e o resultado desta participação na ampliação da compreensão sobre a gestão da saúde. O espaço do COGERE aparece como um dispositivo para ampliar as possibilidades de intervenção de cada gestor no sistema locorregional de saúde, aparentemente por ampliar a visão do papel dos gestores municipais e por construir uma lógica de corresponsabilidade pelos problemas e realidade da saúde na região.

A percepção desses atores, sobre a responsabilidade que acumulam no exercício da função de gestão da saúde, a qual tem como pressuposto para sua organização a descentralização e a regionalização, tem ampliado o olhar de cada um, para além dos limites geográficos de seu território. Para que isto se torne concreto, buscam agregar conhecimentos sobre a organização da saúde da região de modo que possam legitimar politicamente os processos de tomada de decisão que terão repercussão nos interesses coletivos da população regional.

Estas descobertas que os gestores estão vivenciando têm modificado a concepção do papel restrito de gestor de município, impregnando-os de um sentimento de pertencimento a uma região viva. Esse fato, além de ser por muitos explicitado, pode ser perceptível, tamanha a relevância que atribuem à função que exercem, e o gradativo empoderamento desses atores à medida em que conseguem protagonizar processos regionais a partir do COGERE.

A importância do COGERE para os gestores municipais também é corroborada pela organização que esses atores instituíram para a sua participação no fórum. O fato de realizarem reuniões prévias aos encontros do COGERE, no turno inverso da reunião, demonstra que eles atribuem importância ao fórum a ponto de estabelecerem processos preparatórios, buscando qualificar a sua participação.

No entanto, para uma das representantes da gestão estadual, os processos que se constituem no espaço do COGERE não têm contribuído para definição da política de saúde da

região, não reconhecendo o potencial dos gestores municipais como protagonistas dessa construção, fato evidenciado através de sua fala:

[...] os processos que estão se dando ali [...] dificultam a tomada de decisão porque as pessoas não conhecem todo o sistema global [...] COGERE que é uma instituição para deliberar sobre as necessidades da região e os secretários municipais de saúde não conhecem a fundo o que tem que ser deliberado, não sabem realmente as cotas, as necessidades dos municípios deles, os dados epidemiológicos, eles não controlam [...] (E3).

Tal percepção da representação da gestão estadual sinaliza que para esses atores a importância do fórum é diminuída, na medida em que o pressuposto da gestão regional para tomada de decisão seria o conhecimento sistematizado pela epidemiologia, estatísticas, normatizações, etc.(tecnologias leve-dura e dura). Neste caso, nos auxiliam nesta discussão Possa, Schimith e Barrios (2002), ao referir que a lógica da programação, da epidemiologia, das normas, da capacidade instalada são ferramentas importantes para o processo de tomada de decisão, entretanto não podem ser soberanas, necessitando ser mediadas pelas tecnologias leves (MERHY, 2002), ou seja, por processos políticos, onde todos os atores têm capacidade e legitimidade para decidir.

A concepção dos representantes estaduais de que os atores que participam do COGERE, no caso os gestores municipais, não apresentam os requisitos ou condições que permitiriam ao fórum constituir-se como espaço de construção e definições das políticas regionais, aliada aos dados anteriormente apresentados, que apontam uma menor frequência desses atores, e também a ausência de processos de organização da sua participação coletiva, são indicativos de que eles atribuem uma importância menor ao fórum, em comparação com os gestores municipais.

A tensão entre as falas só reforça a expectativa do uso de tecnologias de natureza leve, conforme tipologia proposta por Merhy (2002) no espaço do COGERE. É importante ressaltar que verifica-se o objetivo da construção entre os gestores de redes locais, do uso de recursos cognitivos para a gestão, no exercício *em ato* da participação, e de uma ética implicada com a regionalização, buscando superar a lógica do jogo de interesses entre os municípios.

Esses registros permitem um novo patamar de aproximação com conceitos e teorias. Neste sentido, nos filiamos a Merhy (2002), quando refere que as tecnologias leves são aquelas de ação mais estratégicas que se configuram em processos de intervenção em ato, operando como tecnologias de relações, de encontros e de subjetividades, para além dos saberes tecnológicos estruturados.

O trabalho vivo em ato opera nos espaços intercessores, produzindo muitas vezes ruídos, estranhamentos, mas também possibilidades de acordos e contratos entre os sujeitos. O COGERE parece se configurar como um espaço em que existe a expectativa por parte dos gestores municipais de aprender experimentando, compartilhando e negociando novas possibilidades de gestão.

Como registros de síntese desse eixo temático de análise para a pesquisa devem-se, portanto, ressaltar as diferenças relativas à importância atribuída ao COGERE pelos representantes do estado e dos municípios e um conjunto de evidências que apontam um caráter eminentemente político, portanto do plano das relações, e de produção criativa de tecnologias e recursos cognitivos e políticos no espaço do COGERE. Embora este último aspecto pareça ser predominante na avaliação dos representantes dos municípios em relação aos representantes do estado.

Para complementar a identificação do protagonismo dos sujeitos, é necessário também conhecer a dinâmica das reuniões do COGERE, sendo importante destacar a construção da pauta, as indicações para participar da pesquisa e as temáticas discutidas, as quais serão descritas e analisadas na seqüência.

### **3.4 A construção da pauta das reuniões do COGERE**

Para identificar a atuação dos integrantes do COGERE na construção da regionalização de saúde, foi pesquisado a organização da pauta das reuniões. Para esta análise, foram considerados os dados coletados por meio das entrevistas, através do que se evidencia que a escolha dos temas para compor a pauta é feita pelos representantes estaduais.

[...] a pauta, uma semana ou dez dias antes, é enviada para todos os gestores e para os servidores da casa para que eles incluam assuntos na pauta. A gente observa que os gestores não estão encaminhando pauta (E7).

A fala acima é confirmada por outros gestores:

[...] sempre tem sido apresentados pela coordenadora, que é a delegada e aí ela toma conta, vai à discussão de todos aqueles que têm suas reivindicações a fazer (E1).

[...] a coordenadora é quem monta a pauta, mas sempre tem um período aberto para os gestores colocarem seus assuntos na pauta (E8).

[...] a gente recebe o convite e a pauta que será discutida (E12).

Pelas falas dos sujeitos entrevistados pode-se afirmar que as pautas das reuniões do COGERE são demandadas pela gestão regional, e caracterizam-se por serem demasiadamente extensas, de caráter técnico e complexo, o que segundo eles os inibe, dificultando a inserção de assuntos que poderão não ser considerados relevantes para serem contemplados na pauta do COGERE.

Em decorrência dessa forma de organização, a influência da gestão regional se dá também na definição dos temas que são discutidos no colegiado, como se percebe através da expressão desta entrevistada:

[...] eu noto que às vezes o meu município não é de tanta relevância, que o meu problema não tem muita importância. Tem sempre alguém que se destaca mais com seu problema, eu sinto um pouquinho isso (E9).

Esse depoimento deixa explícita a falta de escuta dos gestores no COGERE, os quais podem ter posicionamentos importantes para o processo de tomada de decisão, porém, apesar do discurso de construção coletiva, na prática isto não acontece.

Mesmo os antigos gestores que, teoricamente, deveriam estar mais inseridos no processo, têm uma participação tênue na elaboração da pauta, fato que pode ser evidenciado pela fala deste gestor que continuou no exercício da Secretaria Municipal de Saúde após as mudanças administrativas:

[...] eventualmente os secretários enviam temas, os mais antigos [...] sendo assuntos de relevância, porque tem pautas que é projetos regionais, municipais [...] e tem a pauta que é estadual, que vem pronta do estado [...] tem aquelas que vêm também do ministério (E5).

Se, de um lado, a participação dos gestores municipais na construção da pauta é pouco considerada, de outro a discussão desta, no período que antecede a reunião do COGERE realizada em “espaço protegido”<sup>11</sup> é significativa. Tal fato é relevante, considerando que é nesse encontro que os gestores municipais elaboram estratégias para condução das discussões que se travam no COGERE, como referido por esta gestora:

[...] a gente tem reuniões com os secretários através da AM centro e do consórcio que é onde são levantadas nossas dúvidas, nossos questionamentos, inclusive a gente discute toda a pauta do COGERE juntos. Então quando a gente vai para reunião a gente já vai munido (E11).

Através das entrevistas, se percebe que apesar de o COGERE ser o fórum institucionalizado pelo pacto, portanto, pelas três esferas de gestão como espaço de

---

<sup>11</sup> Consideramos o espaço onde são realizadas as reuniões, cuja participação é apenas dos gestores municipais, sem a participação do ente estadual.

negociação, pactuação, planejamento e cogestão solidária (BRASIL, 2006f), a sua institucionalização trouxe também os conflitos inerentes às relações entre as instâncias de governo estadual e municipal, tendendo a favorecer aqueles atores que historicamente detêm maior poder, como é o caso do gestor estadual (VASCONCELOS, 2005).

Nesse sentido, os gestores municipais, evidenciando a fragilidade da relação entre os entes federados, buscam se articular e negociar em outros espaços propostas de consenso capazes de disputar, mesmo que fragilmente, com a gestão estadual, a organização da política de saúde regional que tenha potencialidade para reordenar a lógica dos modelos de atenção à saúde.

Retomando as falas dos pesquisados e considerando os dados coletados por meio das observações, os achados da pesquisa possibilitam afirmar que parte significativa da pauta é reservada às demandas dos técnicos da coordenadoria regional, com temas eminentemente técnicos, cujos conteúdos são balisados por normas e portarias (tecnologia dura) advindas da gestão estadual ou federal, as quais são, na maioria das vezes, determinações. A constituição da pauta passa a ser um mecanismo de seqüestro do caráter político das reuniões.

Essa atitude dos técnicos está relacionada com a prática institucional cotidiana, onde prevalecem as relações de obediência a autoridade da coordenadora e aos setores do nível central da SES, numa hierarquização típica da teoria geral da administração, onde a gestão organizacional tem a pretensão de provocar mudanças, contudo, controla o trabalho vivo em ato na produção de bens, e também a sua própria capacidade de mudanças (MERHY, 2006).

Os servidores são vistos como executores e cumpridores de tarefas já pensadas, sofrendo influencia das políticas governamentais, da formação acadêmica e dos valores culturais, éticos e sociais do mundo em que vivem (SCHIMITH, 2002). Cristalizam sua ação, restringindo a possibilidade de autogoverno (MERHY, 2002) em seu processo de trabalho, impedindo-os de inventarem novos sentidos para desenvolverem suas atividades de maneira criativa, prazerosa e compartilhada com os gestores.

Nesse caso, fica evidente o papel que exercem as tecnologias leve-duras e duras no processo de trabalho dos técnicos da coordenadoria, ao atuarem junto ao COGERE, demonstrando que o trabalho vivo é capturado pelo trabalho morto instituído e já construído (MERHY, 2002), embora esse espaço esteja em construção, portanto aberto a processos instituintes.

Nesse sentido, o autor continua a nos instigar ao mencionar que como trabalhadores de saúde, somos responsáveis pelo que fazemos, como sujeitos de saberes e ações. Dessa forma, os técnicos da coordenadoria poderão protagonizar processos de mudanças, desde que

queiram interferir nas regras estabelecidas, abrindo linhas de fuga (MERHY, 2002) para construir outros sentidos para o espaço do COGERE.

Em síntese, pode-se considerar que a gestão estadual, através da coordenadora do fórum, exerce papel principal na definição das pautas do COGERE. Outro aspecto definidor das mesmas é a lógica normativa e centralizada do sistema de saúde, assimilada pelos técnicos representantes da gestão estadual, que impõe aos fóruns regionais o debate das questões previamente definidas em outros espaços da gestão. Em especial através das normas, portarias e demandas tecnicamente justificadas, ou seja, as tecnologias duras e leve-duras, influenciando na organização do COGERE, com predomínio de relações embasadas na posição hierárquica suposta e no conhecimento estruturado e normativo.

A pouca participação dos gestores municipais na definição das pautas e a preponderância da gestão estadual pode ser compreendida nesse contexto. Primeiro, como resultado do formato do fórum, em especial a definição de sua coordenação que tem como membro nato da gestão estadual, e pela condução das reuniões, ao não se estabelecer espaço no próprio fórum, portanto com a participação de todos, para a definição das pautas. Segundo, pela lógica estabelecida no sistema que, de forma centralizada, estabelece os temas a serem abordados.

No entanto, a pouca participação dos gestores na elaboração da pauta não significa ausência de participação dos mesmos no debate, na medida em que organizam-se previamente para a discussão, e constituíram fórum próprio, considerado “protegido”, para os seus processos de negociação, pactuação e para uma intervenção organizada no COGERE. Ou seja, eles produzem linhas de fuga ao instituído, onde o espaço protegido se constitui como marcador da natureza das relações entre os atores.

Outro aspecto analisado para buscar identificar o protagonismo dos atores no fórum são as temáticas em pauta, que serão apresentadas a seguir.

### **3.5 As temáticas predominantes nas discussões do COGERE**

Outro subeixo temático de análise, capaz de inferir a atuação do COGERE na construção da regionalização da saúde, diz respeito às temáticas que predominaram nas discussões das reuniões do COGERE no período de junho de 2008 a junho de 2009. As temáticas foram retiradas das convocatórias das reuniões e agrupadas em cinco temas de abrangência, quais sejam: Planejamento, Organização da Assistência à Saúde e



Regionalização dos Serviços de Saúde; Programas e Projetos de Saúde; Educação Permanente; Descentralização e Regionalização Política Administrativa e Controle Social.

A Tabela 1 apresenta os achados da pesquisa, em relação às temáticas que predominaram nas reuniões do COGERE, no período de junho de 2008 a junho de 2009, identificadas através da análise das pautas e atas das reuniões.

Tabela 1 – Frequência total e percentual das temáticas tratadas nas reuniões do COGERE, no período de junho de 2008 a junho de 2009.

TEMA	FREQUÊNCIA	%
<b>Planejamento, Organização da Assistência a Saúde e Regionalização dos Serviços de Saúde</b>	<b>52</b>	<b>61,1</b>
Contratualização de hospitais e serviços especializados ambulatoriais	15	17,64
Solicitação de equipamento p/ HUSM	01	1,17
Pactuação VISA e PPI assistência	08	9,41
Medicamentos oncológicos	01	1,17
Comissão acompanh/fiscal e avaliação	06	7,05
Organização dos fluxos de exames	01	1,17
Descentralização Serviços fisio/CEREST	01	1,17
Referência em oncologia e neurologia	03	3,52
Serviço de prótese dentária	02	2,35
Serviço de internação domiciliar p/ SM	01	1,17
Rede regional de hospitais	06	7,05
Serviços de referências microrregionais	07	8,23
<b>Programas e Projetos de Saúde</b>	<b>16</b>	<b>17,7</b>
Programa Inverno Gaúcho	03	3,31
Projeto Vigiágua; mód. Sanitários e outros	03	3,31
Serviços de saúde mental	01	1,10
Recursos PAM para HIV/AIDS / Verão legal -	05	5,53
Projeto Mexa-se São Francisco de Assis	01	1,10
Política Nacional de Humanização – PNH	01	1,10
Programa Casa de Gestante	01	1,10
Proposta campanha prevenção de AIDS	01	1,10

<b>Educação Permanente</b>	<b>12</b>	<b>14,1</b>
Formação da Comissão de Integração	02	2,35
Ensino/Serviço – CIES		
Projeto de capacitações	04	4,70
Relatos da CIES regional	06	7,05
<b>Descentralização e Regionalização Política</b>	<b>04</b>	<b>4,7</b>
<b>Administrativa</b>		
Mudança de município de região e microrregião	03	3,52
CEREST - PAM 2009 e agenda descentralizada	01	1,18
<b>Controle Social</b>	<b>02</b>	<b>2,4</b>
Conselho Regional de Saúde	01	1,2
Consulta popular	01	1,2
<b>Total</b>	<b>85</b>	<b>100,0</b>

FONTE: Dados primários da pesquisa (pautas e atas das reuniões).

Como se verifica na tabela acima, é possível observar que as temáticas agrupadas no tema Planejamento, Organização da Assistência à Saúde e Regionalização dos Serviços foram aquelas que estiveram na pauta das reuniões do COGERE com maior frequência. A contratualização de hospitais e de serviços especializados ambulatoriais para organização da assistência da região predominou nas discussões, com destaque para a descentralização para os hospitais microrregionais, das internações e procedimentos ambulatoriais que necessitam de menor densidade tecnológica, ou seja, daqueles procedimentos menos complexos.

O Hospital Universitário de Santa Maria - HUSM, por sua vez, foi ponto de pauta quase permanente nas reuniões do colegiado, com debates acirrados a respeito de sua inserção no SUS, seu papel como hospital de ensino e as relações conflituosas estabelecidas entre sua administração e os integrantes do COGERE. Pela relevância da instituição no âmbito da região centro, esse tema será analisado ao se abordar a relação do COGERE com os prestadores de serviço do SUS.

Os dados coletados através das entrevistas com os gestores corroboram com os achados da análise documental e das observações, na medida em que a totalidade dos sujeitos verbalizava ser a Rede Regional, e dentre ela, em especial, o Hospital Universitário o foco das discussões do fórum, como expressa este gestor:

Um grande assunto é o atendimento regional de nosso hospital de referência, que nosso hoje é o HUSM. Toda reunião ele é assunto, ele sempre tá porque, no entender dos gestores, ele não tá cumprindo bem o seu papel, tá deixando a desejar algumas metas que pactua e depois não faz, até porque tem um foco de que o hospital universitário é um hospital escola, mas ele é também regional, ele recebe recursos de dois ministérios [...] (E8).

Em segundo lugar, dentro do tema Planejamento, Organização da Assistência à Saúde e Regionalização dos Serviços, mereceram destaque as Pactuações da Assistência e da Vigilância Sanitária. Segundo o Ministério da Saúde, trata-se de um processo instituído no SUS onde, em consonância com o planejamento, são definidas e quantificadas as ações de saúde para a população residente em cada território, como também efetuados os pactos intergestores para garantia de acesso da população aos serviços de saúde (BRASIL, 2006d). Justifica-se o debate acerca da Programação Pactuada e Integrada (PPI), tendo em vista que o Pacto pela Saúde, em sua dimensão do Pacto de Gestão do SUS, definiu a PPI como um de seus eixos de ação para organização da rede de serviços de saúde (BRASIL, 2006d).

Nesse sentido, a gestão regional tem pautado as discussões fundamentadas nas portarias do Ministério da Saúde e nas normatizações da Secretaria Estadual da Saúde, as quais definem a priori os parâmetros a serem utilizados, restringindo a possibilidade de efetuar um planejamento baseado nas especificidades locorregionais e com maior participação dos gestores municipais, como é possível perceber através desta fala:

[...] o que acontece na PPI tem um programa que já vem pronto e diz assim: Tem direito a tantas consultas de neurologia. E o estado não providencia isso. Se eu tivesse esse dinheiro eu, quando digo, é o município, eu iria comprar onde tem, eu não ficaria dependendo de um hospital universitário que diz que faria e não faz, eu não ficaria de dependendo do estado [...] (E2).

Como se evidencia pela fala acima, é possível afirmar que a presença do tema por diversas vezes, na pauta do colegiado, seja decorrente da complexidade de sua operacionalização. Principalmente relacionada à insuficiente apropriação por parte dos gestores dos processos gerais de planejamento local e regional, falta de integração entre a programação municipal e a programação dos estabelecimentos de saúde, como também pela falta de técnicos capazes de dar suporte nas áreas de tecnologia de informação, tanto no estado como nos municípios.

Outro aspecto que perpassou as discussões relacionadas às pactuações é a falta de governabilidade dos gestores municipais, os quais têm tido pouca possibilidade de interferir no processo de definição das diretrizes e parâmetros que devem nortear a PPI, trazendo como consequência a impossibilidade de responder na prática pelas necessidades e especificidades locais e regionais. O que aponta para uma construção de caráter eminentemente técnico,

normativo e burocrático (tecnologia dura), como pode ser percebido pela manifestação do pesquisado:

Pactuação, regulação das consultas, as contratualizações do meu setor de planejamento [...] e mais essas contratualizações que vão definir quem serão as referências nas áreas de abrangência e a questão de financiamento que eu acho que não está na pauta diretamente do COGERE, mas eles ficam ligando muito pra mim, onde posso aplicar o dinheiro? Porque esses novos não sabem onde aplicar nada (E3).

A despeito de constar no manual de diretrizes para a PPI da assistência elaborada pelo Ministério da Saúde que a PPI é uma ferramenta do processo de planejamento da gestão do SUS e, como tal, deve adotar o “momento explicativo, estratégico, normativo e o tático-operacional como dimensões necessárias” (BRASIL, 2006d, p. 14) para sua operacionalização, o que se tem observado é um peso significativamente maior para o aspecto normativo (tecnologia dura) em detrimento, por exemplo, do estratégico, o que poderia significar a interferência nos parâmetros e ações de tal sorte, que contribuísse para mudanças no modelo tecnoassistencial hegemônico.

A preponderância do aspecto normativo tem a ver com a maneira como o processo tem sido desencadeado na região, tendo em vista que a construção da programação deveria estar articulada com os Planos de Saúde, com o Plano Diretor de Regionalização (PDR), Plano Diretor de Investimento (PDI), bem como com as metas e objetivos do Pacto pela Saúde, o que, durante o período de coleta dos dados da pesquisa, não fez parte da agenda do colegiado. Como decorrência desta frágil integração entre os instrumentos de planejamento, a PPI tende a não se aproximar das reais necessidades de saúde da população e sim das práticas institucionais marcadas pela compra de serviços privados, o que não muda a situação vigente.

Para que a PPI seja de fato um instrumento de qualificação da gestão, com potencialidade para mudar a lógica de organização da atenção à saúde, concordo com Linhares (2006, p. 65) quando, em sua tese de doutorado, nos diz que “Num país com essas dimensões e com um sistema de saúde que se propõe a ser único, definir estratégias para mudanças de modelo significa tomar decisões que envolvam um grande número de atores políticos implicados com o processo de mudanças”.

Se por um lado a gestão municipal, por ser parte integrante de um sistema de saúde que é único, deve considerar as diretrizes políticas emanadas pela esfera estadual e federal, por outro lado deve garantir a autonomia como ente federativo para exercer o poder que a legislação lhe atribui, não aceitando imposição de regras e normas que desconsiderem as realidades locais e regionais na organização dos serviços de saúde (SANTOS; ANDRADE, 2007).

Um terceiro tema recorrente nas reuniões do COGERE trata da comissão de acompanhamento, fiscalização e avaliação dos hospitais da Rede Regional, do HUSM e do Pronto Socorro de Fraturas. O debate se deu principalmente relacionado ao cumprimento das metas contratualizadas e à qualidade do atendimento prestado aos usuários do SUS nessas instituições. As evidências indicam que, de fato, como verbalizaram os gestores pesquisados, o tema HUSM de todas as formas tem perpassado as demais discussões desse fórum.

A participação nas reuniões do COGERE me possibilitou entender o papel relevante que a comissão de acompanhamento e fiscalização, apresentada anteriormente, tem desempenhado no sentido de balizar e colaborar com as decisões tomadas pelo conjunto dos atores do colegiado no que diz respeito à atenção hospitalar e a outros serviços que atendem usuários do SUS.

Esta comissão, como já referido, tem atuado prioritariamente avaliando o cumprimento das metas pactuadas pelas instituições prestadoras de serviço ao SUS, relacionado, principalmente, à oferta de procedimentos (tecnologias duras) e aos recursos financeiros destinados a essas organizações, deixando para um segundo plano a qualidade da atenção, a humanização do cuidado, o acolhimento dos usuários do SUS (tecnologias leves), como expresso por esta entrevistada:

[...] esses dias, até em função de uma resolução do COGERE, que montaram uma comissão para fiscalização e acompanhamento dos serviços e elaboração de um documento em função do HUSM. Achei bem importante, foi bem formulado, é a realidade mesmo e essa resolução foi encaminhada [...] (E12).

Observa-se que o COGERE, ao abordar os serviços de saúde, não inclui nos processos de acompanhamento destes critérios que induzam os serviços a incorporarem a utilização de tecnologias do campo das leves.

Segundo Merhy (2006), o uso das tecnologias leves caracteriza-se por ser uma situação um pouco diferente de quando estamos frente a uma “tecnologia do tipo dura” (como a de se realizar uma conduta totalmente normatizada), e isto nos mostra que, no operar das leves, o processo é bem mais aberto ao modo de proceder do trabalho vivo em ato. O que também permite redefinir o conceito que temos de recursos escassos, pois tecnologia leve nunca é escassa, ela sempre depende do trabalhador, se constrói em processo, em produção, portanto independe de recursos financeiros.

A regionalização dos serviços de saúde mereceu, durante o período estudado, importantes discussões do colegiado, principalmente em decorrência da experiência de regionalização que os pares viam vivenciando naquele período. Com destaque para a

organização de uma rede de hospitais microrregionais de menor porte e complexidade, que servem de apoio ao Hospital Universitário de Santa Maria, os quais têm se responsabilizado pelas internações e realização de procedimentos de média e baixa complexidade.

Esses atendimentos estão sendo pactuados considerando as necessidades da população apontadas pelos gestores e identificadas através das filas de espera. A finalidade dessa iniciativa é redistribuir a demanda que normalmente é encaminhada para o Hospital Universitário, para que ele possa executar os procedimentos de maior complexidade, que exigem maior densidade tecnológica. O material coletado por meio das entrevistas com os gestores corrobora com o encontrado nos documentos, como se percebe através desta fala:

[...] tem a parte da rede regional que foi criada também entre os gestores para atender à demanda que o HUSM não consegue atender em cirurgias eletivas, isso tudo está andando e isto foi uma construção do COGERE também [...] (E6).

Além do tema da rede de apoio ao HUSM, tem merecido a atenção do colegiado a descentralização de ações e serviços de média complexidade que estão sendo agregadas às estruturas físicas disponíveis nos municípios. Tal iniciativa fortalece o processo de regionalização instituído pelo Pacto pela Saúde, na medida em que evita deslocamentos dos usuários para centros maiores, qualifica a assistência nos municípios e nas microrregiões, bem como constitui-se como estratégia potente para otimização de recursos financeiros no momento em que, ao invés de criar novas estruturas, utiliza aquelas já disponíveis, como exemplifica este entrevistado:

[...] a parte de otorrino que o município Y vai oferecer na microrregião vai ser a referência na nossa microrregião. É o colegiado que precisa decidir se vai ser em tal lugar ou em outro [...] (E8).

Para Santos e Andrade (2009), a estratégia de regionalização promovida pelo pacto de gestão no SUS introduziu importantes aperfeiçoamentos do modelo inicial proposto pela NOAS, sendo o mais relevante o reconhecimento da lógica flexível da dinâmica social e sanitária na esfera local. Enfatizando que o desenho das unidades de referência territorial deve ser o que propicia maior resolutividade, o pacto permite e incentiva a formação de arranjos diversificados além das tradicionais regiões de saúde, microrregionais e outros, dependendo das possibilidades e especificidades de cada lugar.

Ainda relacionado ao tema Planejamento, Organização da Assistência a Saúde e Regionalização dos Serviços de Saúde, outros assuntos menos frequentes nos debates giraram em torno de questões, como: organização de fluxos de exames, plano operativo dos hospitais, aquisição de equipamento para radioterapia, medicamentos oncológicos. Todos de alguma

forma relacionam-se ao HUSM, que é a referência regional e macrorregional para esses serviços que agregam mais densidade tecnológica.

Programas e Projetos aparecem em segundo lugar na pauta das reuniões do COGERE, principalmente relacionados à necessidade que esse fórum tem de aprovar e emitir resolução que autorize os municípios a implantarem projetos e programas, como também para que o estado ou a União liberem recursos para efetivação dessas ações. Não se observa, entretanto, um maior aprofundamento sobre o impacto que esses programas e projetos terão na produção do cuidado e no atendimento das necessidades dos usuários.

O que se percebeu através das observações de campo, foi que a condução dos debates do COGERE em relação à política de implantação de programas e projetos é assimétrica entre as esferas de governo, sendo que a esfera estadual tem peso maior sobre os municípios, determinando através de incentivos a adoção de determinados programas.

A adesão praticamente involuntária dos municípios aos projetos construídos sem sua participação, segundo Santos e Andrade (2007), acontece sob pena de não receberem os recursos financeiros, cujas transferências são inclusive, obrigatórias constitucionalmente.

A entrevista desta gestora parece ser emblemática e retrata com fidedignidade a relação que está estabelecida entre os entes federados:

Algumas coisas são acatadas por determinações do governo do estado sim, e que muitas vezes nós não concordamos, mas a gente acaba entrando junto. Como exemplo, tem situações como o Programa da Casa da Gestante. Acho que é importante, só que na nossa região não tem problema de mortalidade infantil [...] a gente não teria por que ter uma casa de gestante de alto risco [...] (E11).

Nesse caso, o Programa Casa da Gestante, do governo do Estado do RS, tem induzido através de financiamento a sua implantação, independente da realidade local, ao mesmo tempo em que está interferindo na autonomia do ente federativo, na completa contramão de um dos mais importantes princípios do SUS, que é a descentralização. Além deste exemplo, temos observado uma verdadeira cooptação dos gestores em relação à implantação de projetos e programas definidos verticalmente, sem aprofundamento nas discussões com os atores que compõem o cenário regional, fazendo com que estes se submetam à autoridade estadual, demonstrando certo receio em se contrapor à lógica instituída.

Como dizem Santos e Andrade, (2007, p. 125), criar modalidades de repasses de recursos vinculados a programas e dizer que as “autonomias e as realidades locais e regionais estão sendo preservadas é um sofisma sem tamanho”. Na realidade, o que deve estar em discussão são as necessidades da população. Nesse sentido, nos filiamos a Ferla et al. na

discussão sobre a importância dos governos optarem por eixos estratégicos, em substituição aos projetos e programas verticais, numa tentativa de

[...] contrapor a postura tradicional, autoritária e tecnocrática dos órgãos centrais de gestão da saúde de induzir a formulação de políticas centralizadoras impostas às estruturas locais de gestão, transformadas assim, em simples instâncias de gerenciamento de projetos centralizados (FERLA et al., 2002b, p. 35).

Esta desproporção na relação entre os governos faz com que os municípios, que são os entes mais frágeis, sintam-se obrigados a implantar determinado programa, seguindo as imposições das instâncias estadual e federal, como indutoras de políticas através de financiamento. De acordo com Santos e Andrade (2007, p. 124), “O financiamento federal não pode ser mais o conformador da organização do SUS”, o que significa que não há mais espaço para edição de uma enormidade de normas operacionais e portarias para definirem a gestão do SUS.

No entanto, essa prática vislumbrada no COGERE retira sua potência como espaço para produção de pactos, pois a lógica instituída pressupõe apenas ao fórum ser o espaço em que os atores são informados sobre os projetos, não protagonizando sua construção.

Outro tema que tem merecido a atenção do COGERE é a Educação Permanente, que tem sido pautada pela Comissão de Integração Ensino-Serviço (CIES) como assunto permanente em todas as reuniões. No entanto se verifica que as instituições de ensino têm pouca participação na CIES, apesar de ter sido criada com o objetivo de ser um dispositivo capaz de contribuir com a efetiva integração entre a academia e os serviços, desencadeando de fato processos de educação permanente. É possível observar, através das manifestações dos gestores nas reuniões do COGERE, que estes não têm a compreensão do papel da comissão, e tampouco eles têm encontrado parceria no COGERE para discussão política do significado da educação permanente.

Ao contrário do sentido que tem sido utilizado no COGERE, a educação permanente em saúde não significa educação continuada. De acordo com Ferla et al. (2008, p. 30), não se trata de “técnicas mecânicas de ensino-aprendizagem, mas sim de estratégias problematizadoras que emergem de situações críticas vividas no cotidiano e na construção de capacidade de intervir e produzir mudanças”. A educação permanente é uma prática baseada na produção do conhecimento no cotidiano das instituições, partindo da realidade dos atores no desenvolvimento de seu processo de trabalho, tendo as experiências desses atores como base para as mudanças.



A respeito do tema, Merhy (2005) nos ajuda a compreender esse fenômeno. No seu entendimento, trata-se de visões gerenciais que colocam a responsabilidade pela baixa eficiência das ações de saúde na falta de competências dos trabalhadores, mas que pode ser corrigida oferecendo-se cursos de capacitação sobre o que imaginam estar faltando para corrigir o problema. Em função disso, a gestão muitas vezes investe recursos significativos em cursos, os quais não têm contribuído na mudança das práticas dos profissionais.

O autor não se posiciona contra cursos, treinamentos, capacitações específicas, que acha necessários para aquisição de técnicas de trabalho, mas aponta para a necessidade de ampliar o olhar para a relação da educação em saúde e trabalho em saúde, na qual não pode haver separação de termos. Um produz o outro, com efeitos na construção da competência do trabalhador, como sujeito ético-político produtor de cuidado que impacta o outro sujeito material e subjetivamente constituído.

Talvez seja este o ponto nevrálgico que explique a razão do processo em curso, desencadeado pela CIES na região, não estar se constituindo na prática como de Educação Permanente, com capacidade de provocar mudanças entre os gestores, trabalhadores, instituições formadoras e controle social. Para auxiliar nessa compreensão, se utiliza o conceito de Ceccim, que tem se dedicado a pensar a educação permanente como um processo de implicação dos sujeitos:

A Educação Permanente em Saúde constitui estratégia fundamental às transformações do trabalho no setor para que venha a ser lugar de atuação crítica, reflexiva, propositiva, compromissada e tecnicamente competente. Há necessidade, entretanto, de descentralizar e disseminar capacidade pedagógica por dentro do setor, isto é, entre seus trabalhadores; entre os gestores de ações, serviços e sistemas de saúde; entre trabalhadores e gestores com os formadores e entre trabalhadores, gestores e formadores com o controle social em saúde (CECCIM, 2005, p. 976).

A Educação Permanente, sob essa ótica, pode ser um processo potente de mudanças com capacidade para transformar o setor saúde num espaço democrático, de gestão participativa e construção coletiva compartilhada com os diferentes atores que integram os espaços regionais.

Entretanto, é possível inferir, por meio das atas e resoluções do COGERE, que o que tem sido pautado pela CIES são cursos de capacitação, apontados principalmente em decorrência das demandas que têm emergido dos gestores municipais, da coordenadoria, em resposta às dificuldades que têm enfrentado para implantar sua política de saúde, ou então a partir da oferta de cursos organizados pelas instituições formadoras. A implicação dos atores que atuam no cotidiano dos serviços de saúde não parece estar acontecendo na medida do significado da proposta de educação permanente.

Seguindo nessa lógica, a CIES tem se constituído como um espaço institucionalizado, subordinado e a serviço dos gestores, evidenciado pelo seu atrelamento ao COGERE. O que dificulta o engajamento dos trabalhadores na construção de propostas de educação permanente capazes de reorientar a formação profissional, de capacitar os trabalhadores para que possam refletir sobre o seu cotidiano e sobre as especificidades de seu local de trabalho, de modo a impactar na mudança da sua prática e, com isso, potencializar a reorganização dos serviços de saúde.

Diante dessas constatações, para que o aprendizado dos sujeitos de fato impacte a micropolítica do trabalho em saúde, é fundamental compreender a educação permanente como um dispositivo capaz de permitir a transformação do processo de trabalho, corrigir descompassos e atender às necessidades do SUS, a partir da reflexão sobre o que está acontecendo no serviço e sobre o que precisa ser transformado (PESSANHA; CUNHA, 2009).

Para isso, é necessário transformar os serviços do SUS em verdadeiras escolas, rompendo com o instituído e experimentando processos de trabalho comprometidos com a defesa da vida dos usuários, onde os trabalhadores sejam sujeitos dessa construção e deles mesmo (CAMPOS, 2007b), numa verdadeira “pedagogia da implicação” (MERHY, 2005, p. 172).

No entanto, observou-se que o COGERE e a CIES não operam com a educação permanente e sim reproduzem a lógica de formação do estruturado e instituído. Apesar da educação permanente ter na tecnologia leve a sua essência, o que se observa é sua captura pela lógica do conhecimento técnico estruturado.

Na sequência da análise das pautas das reuniões do COGERE, aparece timidamente o tema da Descentralização e Regionalização Política Administrativa, cujos assuntos relacionavam-se à mudança administrativa e composição da região e microrregião com alteração dos municípios que a compõem, somados ao plano de ações e metas do CEREST a ser desenvolvido em conjunto com os municípios da região.

O tema Controle Social aparece relacionado apenas à suspensão das atividades do Conselho Regional de Saúde, definido pelo Conselho Estadual de Saúde, decorrente de irregularidades encontradas em todos os conselhos municipais de saúde dos municípios da região, como também do próprio Conselho Regional da 4ª Região Sanitária.

Em decorrência da importância desse tema para a compreensão do protagonismo que os diferentes sujeitos envolvidos na construção do SUS regional assumem no processo de regionalização da saúde, será aprofundada a discussão referente aos conselhos Municipais de

Saúde e Conselho Regional de Saúde, ao tratar da relação do colegiado com as instâncias de controle social previstas na legislação.

Já a temática da Consulta Popular tem sido focada no colegiado, no sentido de cobrar dos gestores o cumprimento de prazos exigidos pelo governo estadual para liberar as verbas para os projetos aprovados pela população através desse dispositivo de governo.

Os temas debatidos no COGERE, no período estudado, sinalizam que os principais aspectos da organização da atenção à saúde na região, relacionados à regionalização de serviços, estiveram em debate, o que constitui-se em um indicativo da relevância do fórum para os atores. A configuração da região, a organização da rede assistencial, os dispositivos de gestão da rede e de articulação dos serviços e as principais políticas, estaduais e federais, foram pautados e debatidos no Colegiado.

O fato de estar em pauta não significa que o resultado do debate e da negociação seja pleno do protagonismo dos atores, conforme se pode observar no caso do debate da PPI da assistência e dos programas federais e estaduais, ainda fortemente marcados pela lógica normativa e centralizados. No entanto, em alguns aspectos, como na contratualização dos serviços e seu acompanhamento, por exemplo, é possível identificar um processo em que os atores constituíram mais protagonismo.

Considerando os dados apresentados sobre a frequência da participação dos atores, a importância atribuída ao fórum, a construção da pauta e os temas em debate, pode-se identificar que o COGERE configurou-se como um espaço em que a maioria dos atores estiveram presentes, as resoluções tomadas são consideradas e as principais temáticas da região foram pautadas, portanto, é reconhecido pelos atores como relevante para a construção da regionalização da saúde.

Quanto ao protagonismo dos atores no fórum, apesar dos dados encontrados apontarem que os gestores municipais têm maior frequência, são a maioria e atribuem maior importância ao COGERE, a definição da pauta e o resultado encontrado no debate das temáticas sinalizam para uma possibilidade maior de intervenção no fórum por parte da gestão estadual, ou seja, para uma influência maior destes atores na condução do COGERE.

Os dados até aqui apresentados indicam que a intervenção dos atores e seu protagonismo no COGERE está associado às tecnologias utilizadas por eles, ou seja, normas, portarias, regras pré-definidas, além do controle dos recursos financeiros, os quais são mais acessíveis aos representantes estaduais no COGERE. Enquanto que os gestores municipais utilizam-se dos seus encontros, relações, vínculos como mecanismos de potencializar a sua intervenção e constituírem-se como protagonistas capazes de intervirem. Dessa forma, o

próximo capítulo aprofunda a análise sobre as tecnologias utilizadas, consideradas como fundamentais para compreender o COGERE, sua atuação e potencial de intervenção na construção da regionalização da saúde.

## **CAPÍTULO 4**

### **OS RECURSOS TECNOLÓGICOS UTILIZADOS NOS PROCESSOS INTERNOS DO COGERE**

Neste capítulo serão abordadas as tecnologias que são utilizadas pelos diferentes atores que coadjuvam no espaço do Colegiado. Utilizam-se, para análise e discussão dos dados obtidos neste estudo, as tecnologias definidas por Merhy (2002): tecnologia dura, leve-dura e leve. As tecnologias leves envolvidas no trabalho são aquelas das relações, como: vínculo, acolhimento, autonomização, responsabilização, gestão, entre outras. As leve-duras são as que utilizam os saberes bem estruturados que operam nos processos de trabalho, como o caso da clínica médica, da epidemiologia, a psicanálise, a enfermagem, o taylorismo, dentre outros. E as duras estão relacionadas às ferramentas tecnológicas, do tipo: máquinas, normas, estruturas organizacionais.

Para melhor organização do estudo, este eixo será subdividido em subeixos, quais sejam: Mecanismos de Representação dos Atores no COGERE; A Relação do COGERE com os Prestadores de Serviço; A Relação do COGERE com o Controle Social; A Relação entre os Gestores Estaduais e Municipais no COGERE.

Esse recorte de análise justifica-se porque, para identificar as tecnologias que impactam nos processos desenvolvidos no COGERE, faz-se necessário que estas sejam explicitadas no contexto das relações entre os principais atores envolvidos ou que sofrem as consequências dos processos desencadeados pelo mesmo. Isso porque os processos de trabalho aqui analisados buscam identificar as tecnologias utilizadas tendo como foco um fórum. Trata-se de processos cujo produto, o valor de troca e de uso produzidos são da ordem das relações entre os atores, das negociações e da pactuação. É, portanto, fundamental que as tecnologias sejam identificadas nesse universo, ou seja, quais tecnologias são utilizadas para que os debates, pactos, negociações, deliberações, entre os atores, que são os produtos do COGERE, sejam produzidos. Dessa forma, acredita-se que as tecnologias podem ser analisadas no contexto das principais relações dos gestores entre si e destes para com os prestadores de serviço e usuários do sistema de saúde.

#### **4.1 Mecanismos de representação dos atores no COGERE**

Os depoimentos foram recorrentes ao revelarem a existência de gestores identificados pelos demais pares como referência dentro do COGERE. Esse fato pode ser comprovado

através da convergência na indicação dos mesmos sujeitos para participarem da pesquisa, tanto por parte dos gestores que representam a instância estadual, quanto pelos gestores dos municípios, sendo que alguns foram lembrados pela maioria deles.

Quem se destaca, eu acho que o [Secretário X] é um, ele tenta se fortalecer nas reuniões é um secretário que nunca faltou. O [Secretário Y] tem uma vivência muito grande [...], a [Secretária Z], o [Secretário K] são os mais antigos e, para mim, são os que mais sabem falar sobre SUS [...]. Acho que o melhor secretário é o [Secretário X], agora a mais brigona é a [Secretária Z] e o que tem mais conhecimento é [o Secretário Y e o K], acho que são os quatro [...] (E3).

A fala explicita as características de cada gestor que o informante considera serem as referências do grupo, o que conduz a refletir sobre: O que é um grupo?

Freire refere que um grupo

se constrói no espaço heterogêneo das diferenças entre cada participante: da timidez de um, do afobamento do outro; da serenidade de um, da explosão do outro; da seriedade desconfiada de um, da ousadia do riso do outro; da mudez de um, da tagarelice de outro [...] (FREIRE, 2005, p. 6).

Isso significa que cada integrante do COGERE participa desse espaço, exercitando tarefas singulares delegadas pelo pares.

Nesse sentido, a indicação dos antigos gestores, daqueles que estão novamente no exercício do cargo, é justificada pela proximidade com os processos em curso, como também pelo maior acúmulo teórico sobre sistema de saúde e gestão do SUS, e pelo acúmulo de experiências. Tais fatores contribuem para que sejam estes os sujeitos que mais se manifestem e participem dos debates nas reuniões do COGERE.

Somados aos critérios já referidos, esta gestora vincula o protagonismo no espaço do COGERE ao uso da palavra e à representatividade formal de seus integrantes, como fatores determinantes:

[...] o que a gente vê são pessoas mais atuantes. Em todas as reuniões que a gente vai, quem pergunta, quem tem algo a comentar é o [Secretário Y], porque é representante da ASSEDISA, a coordenadora do COGERE, a [Z] é uma pessoa que sempre traz assuntos que têm interesse direto para os municípios, o [Secretário Y] Eu e o [Secretário K] são os antigos secretários [...] (E4).

Esse depoimento ressalta o que Foucault (2003, p. 39) trata como dispositivos de poder, ou seja, o discurso como ritual, que, segundo ele “define a qualificação que devem possuir os indivíduos que falam [...] define os gestos, os comportamentos, as circunstâncias, e todo o conjunto de signos que devem acompanhar o discurso”. A prática do ritual determina, para os sujeitos que falam ao mesmo tempo, propriedades singulares e papéis preestabelecidos.

O mesmo autor induz a compreensão das estratégias que os gestores constroem para a utilização da palavra no COGERE. A escolha dos interlocutores tem relação com o contexto da reunião, com os temas em pauta, com as disputas de projetos, inclusive com os interesses individuais e coletivos. A indicação em especial de um dos gestores, dentre o conjunto dos integrantes do COGERE, o qual é frequentemente citado como o gestor “modelo”, está relacionado com sua capacidade de dialogar, articular e negociar não só com seus pares, mas também com os demais atores que participam do processo de construção do SUS.

[...] além de defender os direitos da população, nós também temos que administrar isso com nossos funcionários, porque eu também, como secretário, sou o organizador. Então a gente tem que fazer o meio termo [...] enxergando todos os lados, o do usuário, dos funcionários, a parte política, tem que enxergar o prefeito também [...] essas entidades, uma fortalecendo a outra do que a gente criar alguns atritos [...] tenho entrado em algumas comissões justamente para nós tentarmos conciliar [...] acho que o negócio é sentar discutir, dialogar, não tem outro jeito (E5).

Esse gestor, em sua fala, explicita a importância de o sujeito que se encontra na posição de governo perceber que não é possível governar sozinho, e é por isso que traz para a roda a necessidade de dialogar, de conciliar interesses entre os variados atores que coadjuvam no cenário regional e que colocam em disputa também os seus projetos. A referência a este gestor em particular pode estar relacionada à sua postura e atitude nas relações, ao negociar e pactuar, tanto a partir de valores e crenças políticas e sociais convergentes ou divergentes, como em função dos interesses individuais ou do grupo.

A maneira como este gestor tem conduzido sua atuação no espaço do COGERE, baseada no terreno das relações, portanto no uso da tecnologia leve, nos aproxima de Merhy (2002) e da ideia da caixa de ferramentas, a qual, segundo ele, deve ser variada e conter saberes e procedimentos sobre como as coisas devem ser feitas. Para tanto, as tecnologias de diferentes naturezas, leves, leve-duras e duras, são ferramentas que permitirão que se atue nos terrenos da política, das práticas institucionais e dos processos de trabalho. A tecnologia leve deve comandar o processo de trabalho, como fator determinante para o processo de produção de saúde.

Nesse caso, o uso da tecnologia leve através da escuta, da solidariedade e da construção coletiva construída a partir da reflexão do grupo, da análise da realidade concreta e da avaliação coletiva das alternativas e dos argumentos são pressupostos importantes, que auxiliam no desenvolvimento de habilidades para o estabelecimento do diálogo entre os atores em relação.

As observações registradas no caderno de campo corroboram com as manifestações dos gestores. Por diversas ocasiões, foi possível visualizar o protagonismo dos sujeitos

citados, cada um com características muito particulares e cumprindo funções previamente definidas entre os gestores municipais. O que se percebia era que, dependendo da situação, dos temas a serem discutidos, da necessidade de disputa de projeto, da exigência de conhecimento teórico ou de experiência prática, era identificado o gestor que, em nome dos demais, seria o porta-voz do grupo nas discussões do COGERE.

Segundo Freire (2005), o porta-voz é aquele que se responsabiliza em ser a “chaminé” do grupo. Através do porta-voz, ele consegue expressar, verbalizar, dar forma àquilo que muitas vezes está latente no discurso do grupo. No caso do COGERE o porta-voz explicitava, na reunião do colegiado, os encaminhamentos pactuados entre todos, em reuniões realizadas em outros espaços. Esses papéis, explicitamente, têm sido desempenhados pelos gestores antigos, que vão alternando-se dependendo do contexto, da avaliação do momento que vive o cenário regional.

Na avaliação, aparece outra característica que é considerada como fundamental para o exercício da gestão, além do conhecimento: a capacidade do sujeito para construir o sistema de saúde de maneira compartilhada com os trabalhadores e usuários. Nesse sentido, esta entrevistada vê poucos gestores que se destacam neste quesito:

[...] eu observo que tem alguns que têm habilidades de gestão maior que os outros [...] outros falta um pouco de conhecimento até para adquirir essa habilidade de gestão [...] habilidade, no sentido de que tu possas construir com todos os trabalhadores, usuários, a saúde para o município [...] de 32, três. Isso significa 1 %. [...] O [Secretário X] é uma pessoa que tá se destacando neste sentido [...] a construção parceira e compartilhada é muito mais efetiva [...] (E7).

Na análise sobre o protagonismo dos atores no espaço do COGERE, a habilidade de gestão parece estar traduzida na capacidade política que os sujeitos constroem de articulação, diálogo, cogestão, como dispositivos dos processos de gestão. Para Roux (1999), nos processos de gestão compartilhada deve-se levar em conta que, na medida em que os espaços de corresponsabilidade vão sendo delineados, a gestão pública passa a ser considerada um espaço de deliberar, negociar e consertar<sup>12</sup>, tornando fundamental o aprendizado do procedimento de negociação.

Em pesquisa realizada pelo Ministério da Saúde junto às SES, foi encontrada semelhança. Quando a pergunta era sobre as habilidades necessárias para os gestores do SUS, mais da metade dos entrevistados respondeu ser a capacidade de gestão, que, segundo eles, é tratada como a capacidade do dirigente “motivar, liderar e conduzir pessoas através do

---

<sup>12</sup> O sentido dado pela autora ao termo é de acordo, ajuste, pacto.



diálogo, de forma política que reconheça os conflitos e busque a construção de consensos num trabalho compartilhado” (BRASIL, 2006e, p. 130).

Como a negociação é um processo dinâmico e complexo, além de circular no terreno da divergência, é necessário que os gestores, para serem protagonistas na definição e construção de políticas de saúde, tenham propostas próprias e habilidade para construir parcerias, possibilitando assim que os envolvidos transformem espaços como o COGERE em locais de aprendizagem, de construção de conhecimento e ampliação de cidadania, de tal forma que todos os sujeitos se tornem de fato protagonistas na definição das políticas de saúde para região (FERNANDEZ; MENDES, 2007).

As evidências encontradas acerca da representação no COGERE sinalizam que os atores considerados de liderança no fórum são aqueles que se destacam no uso de tecnologias leves, na capacidade de negociação, pactuação, construção de relação, aspectos fundamentais da gestão, características essas atribuída pelos sujeitos da pesquisa ao gestor modelo.

O reconhecimento da representação dos atores também foi atribuído à experiência daqueles atores que dominam as tecnologias leve-duras, o conhecimento estruturado das regras, fluxos. Enfim, do *modus operandi* institucionalizado do sistema de saúde e dos espaços de gestão, expresso pelo reconhecimento dos gestores mais antigos e que, pela experiência adquirida na gestão, têm mais conhecimento dos processos já instituídos, em relação aos novos gestores.

Aqueles que dominam as tecnologias duras, ou seja, regras, normas, e estão posicionados na estrutura organizacional formal num nível de hierarquia superior também têm destaque. Dessa forma, observa-se que o uso das diferentes tecnologias confere a possibilidade dos atores serem reconhecidos e exercerem papel de destaque no grupo. Sendo que o uso das mesmas está associado ao papel que os atores desempenham de articulação, negociação, pactuação, aliada às primeiras (tecnologias leves), e à autoridade – a última (tecnologia dura).

Para compreender o processo de regionalização em construção na 4ª Região Sanitária e a necessidade de olhar para as tecnologias que estão sendo utilizadas no COGERE para efetivar a organização do sistema de saúde regional, considerando que para o Ministério de Saúde o colegiado é estratégico, é relevante entender a relação estabelecida entre esse fórum e os prestadores de serviço que integram a rede de atenção à saúde da região.

## 4.2 A relação do COGERE com os prestadores de serviço

Uma das funções de maior relevância da gestão do sistema de saúde é o ordenamento da rede de serviços de saúde, para que esta dê as respostas desejadas pelas políticas. Essa questão é bastante atual, na medida em que estabelecer relações mais construtivas consta da proposta que acompanha as estratégias atuais de regionalizar o sistema de saúde.

O Pacto pela Saúde, no seu componente de gestão, destaca a regionalização e a instauração de novos modos de relação com a rede de serviços de saúde, ou seja, com os prestadores de serviço de cada espaço locorregional, como dispositivo para tornar efetiva a etapa atual de implantação do SUS (BRASIL, 2006f). Essa também é uma opinião de gestores de sistemas municipais de saúde (ASSIS et al., 2009).

Os mecanismos utilizados para a organização de certos modelos de resposta dos serviços de saúde incluem políticas específicas, instrumentos de contratualização de volume e padrões de qualidade das ações a serem oferecidas, mecanismos de monitoramento e avaliação, além de pactos de negociação permanente entre os gestores e os prestadores de serviço. São diferentes tecnologias que respondem a diferentes modelos tecnoassistenciais (FEUERWERKER, 2005; FRANCO; MERHY; 2005; MERHY, 2002; CECCIM; FERLA, 2008; CECÍLIO, 1997; SILVA JUNIOR, 2006).

Por meio das entrevistas, da análise documental e da observação das reuniões, foram identificados temas relevantes para a descrição e caracterização dos tipos de recursos que são utilizados para construir a relação entre a gestão regional (no caso, o COGERE) e os prestadores de serviço que atuam no sistema regional de saúde, de forma a permitir a análise da natureza das tecnologias utilizadas.

Uma primeira aproximação analítica descreve o contexto dessa temática no cotidiano do Colegiado. O sistema regional de saúde, durante o período de realização da pesquisa, estava vivenciando um processo de contratualização dos serviços na região, com o sistema de saúde, iniciativa conduzida pela Coordenadoria Regional de Saúde (CRS). Essa iniciativa está sendo desenvolvida no país como um todo e responde às diretrizes emanadas no Pacto pela Saúde e nas políticas pactuadas pelas três esferas de gestão em âmbito nacional.

Nas reuniões do Colegiado analisadas, o tema da relação entre a gestão e os prestadores é recorrente: compõe a pauta de diversas reuniões, está relatado nas atas, é objeto de algumas Resoluções<sup>13</sup> e foi observado diretamente em diversas reuniões. Os conteúdos

---

<sup>13</sup> O conteúdo das Resoluções está sumarizado no Anexo F.

abordados incluem: a avaliação de insuficiências na atenção à saúde oferecida, a análise de ajustes nos quantitativos de procedimentos e dos recursos financeiros a serem repassados, a indicação de mudança na quantidade e natureza dos procedimentos ofertados pelos prestadores, critérios para a contratualização dos prestadores, plano operativo dos prestadores, inclusão de indicadores qualitativos nos contratos dos prestadores, contratação de novos prestadores, composição da rede regional de prestadores de serviços hospitalares, contratação de serviços microrregionais, entre outros.

Apesar de compor a agenda política do COGERE, a maior parte das negociações tem se dado através da gestão estadual, diretamente com os prestadores de serviço, sem a inclusão do gestor do município onde se encontra o serviço. Esse fato pode explicar uma parte da tensão que envolve as discussões no Colegiado, uma vez que há a compreensão, por parte de alguns participantes, de que os municípios deveriam ter maior envolvimento com os contratados. Essa compreensão é compartilhada na literatura, que aponta essa relação direta com os prestadores de serviço, que sempre são localizados no território<sup>14</sup> de um município e, portanto, compõem o sistema municipal de saúde, exorbita a diretriz de descentralização (MATOS; POMPEU, 2003; NASCIMENTO, 2007; SANTOS; ANDRADE, 2007).

Essa constatação é relevante para a pesquisa, na medida em que a negociação direta entre gestores, no caso os gestores municipais, e os prestadores, mediada por tecnologias de natureza leve, não tem viabilidade prática, uma vez que essa modalidade de relação fica transferida para o contato entre a representação estadual e os prestadores.

Em relação à renovação dos contratos com os prestadores, a discussão tem sido pautada no sentido de acompanhar a qualidade na prestação dos serviços, incluindo indicadores qualitativos a serem avaliados por uma comissão formada por gestores integrantes do COGERE. Matos e Pompeu (2003) salientam que os contratos devem funcionar como indutores da melhoria da qualidade dos serviços e da garantia dos direitos dos usuários, portanto é fundamental agregar indicadores que permitam a aferição do desempenho dos serviços contratados, tanto em termos quantitativos como qualitativos.

Os autores ponderam a importância do uso de tecnologias duras (o contrato) e leves (monitoramento e avaliação), mediadas por tecnologias leves (a negociação direta dos gestores e sua capacidade singular de identificar as necessidades do cotidiano do sistema). Para ilustrar o que tem acontecido na região, este gestor assim se manifesta:

---

<sup>14</sup> A noção de território de Milton Santos (2002) não é compreendida apenas do ponto de vista geográfico, mas como território-processo, onde a sociedade se estrutura e reproduz a vida, organiza a cultura, vive a história.

[...] na contratualização com os hospitais tivemos muito pouca participação. Teve, no meu caso até hoje, eu não recebi aqui o que está sendo contratualizado com o hospital [...] (E2).

O depoimento parece indicar, como uma categoria empírica da pesquisa, o predomínio de uma relação de poder formal do estado sobre a gestão municipal, no caso específico da contratualização dos serviços de saúde da região.

Apesar do fato de que a negociação propriamente dita, que compõe o processo de contratualização, não estar sendo verificada no espaço do COGERE, o Colegiado demonstra ter expectativa de projetar essa combinação de tecnologias para a gestão, como se observou na análise das entrevistas. Mas, ao que parece, a natureza de tecnologia predominante no processo de contratualização implementado na região corresponde às tecnologias duras (os contratos), de caráter administrativo e formal, mediadas principalmente pela interlocução da representação estadual.

Entretanto, a tensão entre o Colegiado e os prestadores de serviço não se esgota apenas nas questões relativas à contratualização. Ela cria outras entradas na agenda do COGERE. Um caso, que é marcador dessa agenda, foi muito presente no período analisado, sendo inclusive objeto de diversas discussões e de Resoluções: o Hospital Universitário. Por sua capacidade de desvelar novos planos para compreender a relação entre gestão regional e prestadores de serviço, ele será destacado a seguir.

#### 4.2.1 A relação do COGERE com o hospital de referência regional

Dentre os prestadores de serviço da região, o Hospital Universitário se constitui como referência regional em diversas especialidades que exigem maior densidade tecnológica. Essa instituição, que é o maior prestador de serviço público da região, tem sido foco de tensionamento e permanentes disputas entre sua administração e o COGERE.

O Hospital Universitário está vinculado à Universidade Federal de Santa Maria, portanto ao Ministério da Educação, diferente do SUS, que está vinculado ao Ministério da Saúde. As implicações de efetivar uma gestão por dois ministérios dizem da complexidade institucional e da necessidade de reorientação da relação que historicamente tem se estabelecido entre ambos, decorrente das missões específicas.

Em 2003, o governo federal instituiu um programa de reestruturação dos hospitais universitários, o qual contemplava o repasse de recursos à gestão municipal e estadual do SUS. Esse mecanismo, segundo Reis e Cecílio (2009), estabeleceu um Contrato de Metas,

definindo os compromissos do Hospital Universitário em termos assistenciais, orientados pelas necessidades de saúde da população usuária do SUS, de ensino, formação de Recursos Humanos e Educação Permanente; como um polo de referência para tecnologia em saúde, produção de conhecimentos e pesquisas orientadas pelas necessidades do SUS.

No entanto, na avaliação dos gestores, existem dificuldades em conciliar as funções da instituição, como se percebe através destas falas:

Um grande assunto é o atendimento regional de nosso hospital de referência, HUSM. Toda no entender dos gestores, ele não tá cumprindo bem o seu papel, deixando a desejar algumas metas que pactua e depois não faz, até porque tem um foco de que o HUSM, hospital universitário, ele é um hospital-escola, mas é também regional, ele recebe recursos de dois ministérios, que é o da Saúde e da Educação e isto é muito difícil de trabalhar [...] (E8).

[...] a gente tem discutido muito a gestão do HUSM. A gente entende que o HUSM é um hospital-escola, mas ao mesmo tempo ele se comprometeu a ser um prestador, portanto tem que cumprir com esse papel e nossa população está desassistida [...] (E4).

Apesar dessas iniciativas em nível de ministérios, o que a pesquisa demonstrou foi a dificuldade em estabelecer relações harmoniosas entre os atores que atuam no cenário da saúde da região, onde os gestores, em decorrência da política nacional estabelecida para os HU, criaram uma grande expectativa em torno das mudanças na instituição e sua relação com o SUS. O hospital por sua vez, como estrutura complexa, ainda mantém o modelo hegemônico que orienta sua concepção, tornando-se um mundo à parte (FEUERWERKER; CECÍLIO, 2007), autocentrado e autossuficiente no cuidado à saúde.

As dificuldades em contemplar os interesses dos atores regionais estão explicitadas através da fala dos entrevistados:

[...] existe uma comissão para fiscalizar o HUSM, mas só que existem muitas barreiras, é muito difícil tu chegares lá. Por quê? Porque se falava sempre em caixinha preta, e continua sendo aquela caixa preta [...] a questão da rede de hospitais foram os secretários de saúde que deram o primeiro passo, ao contrário do que diz a direção do HUSM hoje, foi a participação dos secretários municipais de saúde, da 4ª CRS e do HU, eles tem participação também [...] (E2).

[...] a rede está mostrando que o grande prestador de serviço de média e alta complexidade não faz o que tem que fazer. E esse grande prestador acusava os municípios que eram os culpados dele não poder trabalhar [...] (E5).

A fim de compreender as relações complexas que internamente perpassam o cotidiano dos sujeitos que atuam na organização e do reflexo que isto tem nas relações com os atores que constituem o sistema de saúde da região, Feuerwerker e Cecílio (2007) abordam o hospital como sistema, mas que, segundo o autor, também é burocracia, ordem, lugar de reprodução e de forças instituintes. O que significa que, nesse lugar, os atores institucionais

estão envolvidos em redes de contratualidades, conflitos, de coalizões de interesses e disputas, o que lhes permite caminhar em outros sentidos e direções.

Nesse contexto, é necessário olhar para este cenário e entender o porquê das ações nem sempre acontecerem como foram pensadas e negociadas pela administração da instituição. Reis e Cecílio (2009) afirmam que muitas políticas são formuladas com certa intencionalidade, mas no jogo das relações assumem novos contornos, muitas vezes distintos do desenho inicial, configurando a micropolítica do hospital.

A fala deste entrevistado reforça a afirmação dos autores, ao referir o não cumprimento das metas pactuadas com a gestão estadual:

[...] o HUSM em parte não se comporta como prestador integrado ao SUS. Ele faz uma grande função, mas deixa muito a desejar, não cumpre as metas pactuadas, tem problemas estruturais, de profissionais, de equipamentos [...] (E8).

Esse depoimento explicita a percepção do gestor sobre a complexidade da instituição e a dificuldade de integração com o sistema regional de saúde. Parece estar presente uma relação desigual de poder entre o hospital universitário e os demais serviços da rede, o que corrobora com Abrahão (2008), ao referir que, dentre os serviços e os estabelecimentos de saúde, ganha destaque o hospital, especialmente os universitários, onde encontra-se a maior concentração de equipamentos sofisticados, portanto de tecnologia dura (MERHY, 2002).

Esta dificuldade do hospital se colocar como integrante de uma rede regional de saúde revela as contradições da lógica indutora do Ministério da Saúde no sentido de viabilizar mudanças sem a inclusão dos trabalhadores, particularmente os médicos. Propostas muito normativas podem terminar por reforçar o caráter conservador, principalmente de práticas corporativas, intensificando os mecanismos de dominação e controle já instituídos (REIS; CECÍLIO, 2009).

Nesse sentido, a ausência de atores importantes nos processos de negociação do COGERE (formado por gestores) pode estar refletindo na dificuldade em estabelecer relações entre os prestadores, trabalhadores e demais atores. Considerando que, se os processos de negociação acontecem entre os gestores, o mesmo não se configura com os prestadores de serviço, a ponto de se criarem outros dispositivos que possibilitem essa relação.

O perfil do COGERE, ou seja, a sua lógica de funcionamento normatizadora e centralizada, aliada à ação da gestão estadual de instaurar uma relação com os prestadores com pouca participação dos gestores municipais, relatada anteriormente, induz à utilização e construção de outros processos de negociação e pactuação mais permeados por tecnologia leve e pela possibilidade de protagonismos dos gestores municipais. Ou seja, a organização

em paralelo de outras formas de relação e negociação pode ser um indicativo da importância das tecnologias leves na solução de problemas.

Nessa perspectiva, quando os fóruns instituídos não incorporam as negociações, pactos e as relações como meio de alcançar um objetivo, priorizando as normas, regras, conhecimento estruturado, se constroem “válvulas de escape”, ou seja, os atores acham meios de se relacionarem de forma a resolverem ou tentarem, pelo menos, com trabalho vivo e em ato, a solução dos seus problemas. Esta pode ser uma hipótese a ser considerada ao analisarmos o fato da direção do hospital ter assumido a tarefa, passando de prestador de serviço a gestor da política de descentralização da atenção hospitalar na região e, em conjunto com os gestores, constituir o que foi chamado de “Rede de apoio ao HUSM”:

[...] essa nossa rede, o intuito da rede [...] desafogar o HUSM que é o nosso hospital de referência. Então o COGERE sim é de suma importância para [...] sugerir outras ideias para que o sistema rode mais tranquilo, porque a gente tem que lutar com as ferramentas que a gente tem, mas nada impede que a gente adquira outras ferramentas, dê outras armas pra luta. Mas eu fico triste quando dizem assim que essa rede regional foi criada só por uma pessoa. Não, é um conjunto [...] (E6).

[...] por mais que a gente tem lutado para organizar o sistema com a criação da rede, a rede não foi uma criação do HUSM. A rede surgiu como proposta de uma oficina com todos os secretários [...] (E4)

Sob essa perspectiva, é possível indagarmos se, de um lado, as normas, portarias, contratos e metas seriam dispositivos potentes para incentivar a relação entre os gestores. Por outro lado, parece não estarem sendo suficientes para mudar as práticas, principalmente em se tratando da relação com instituições onde as assimetrias de poder são tão marcadas, como no caso do hospital em relação ao sistema de saúde.

[...] a rede regional mostrou uma coisa um pouco equivocada na situação que existia, porque os culpados de todos os problemas eram os municípios, e a rede mostrou que não. A rede está mostrando que o grande prestador de serviço de média e alta complexidade não faz o que tem que fazer, e esse grande prestador acusava os municípios que eram os culpados dele não poder trabalhar. Mas o que foi de mais importante que ela desnudou foi que eles têm sérios problemas de regulação, que eles não fazem, não sabem o que tem lá dentro, eles não regulam nada lá dentro, e mostrou que não somos nós os culpados pela situação do prestador. Isto é muito importante porque, a partir disso, nós vamos ter outras posições [...] (E5).

Esse depoimento explicita a organização hospitalar como um território complexo, atravessado por muitos interesses, de construção de identidades profissionais, marcado pelo instituído, portanto pelo predomínio das tecnologias duras e leve-duras de difícil mudança. Entretanto, a possibilidade de estabelecer relações dialógicas e pactuações poderia contribuir em alguma medida para desnudar a instituição hospitalar que, no imaginário da população, pelo seu reconhecimento social, é praticamente inquestionável.

O fato da administração do hospital, como apontado pela entrevista, ter problemas do tipo de não regular, desconhecer o que de fato acontece no interior da instituição, parece ilustrar os problemas que enfrenta em decorrência da natureza das relações. São problemas que se estabelecem predominantemente a partir do conhecimento estruturado, das relações assimétricas de poder entre as próprias categorias profissionais, usuários, etc.

Além disso, o depoimento explicita uma relação entre os atores de pouca solidariedade, compreensão e desejo de que as soluções sejam construídas coletivamente. Ao contrário, a preocupação parece estar centrada na busca de culpados, onde ora um é culpado (rede), ora outro (hospital).

De acordo com Possa:

Mesmo os hospitais públicos cumprem o papel de prestadores de serviços relativamente autônomos em relação aos gestores públicos. Assim médicos e administradores, que dominam a hierarquia de poder nos hospitais, têm relativa autonomia nas formulações das políticas e prioridades dos serviços hospitalares (POSSA, 2007, p. 48).

Outros achados da pesquisa tendem a confirmar o que autores têm explicitado em torno da assimetria nas relações que perpassam os serviços de saúde, denunciando um caráter controlador, o que pode ser o caso do HUSM:

Eu não vejo como questão política partidária, eu vejo como “eu sou o diretor sou o dono do HU [...] existe certa Prepotência [...] existe uma resistência grande [...] Eles não nos veem no mesmo patamar, como “reles mortais”. Nós sabemos da importância do HU para região, sabemos ser um hospital escola [...] (E2).

Observa-se que, no atual modelo estabelecido, profissionais impõem-se para proteger seus territórios de saber/poder, construídos durante os longos anos da história do hospital e das profissões, principalmente a médica (CARAPINHEIRO, 1998). Mas isso também demonstra que os encontros têm potência de produzir relações mais simétricas, na medida em que permitem questionar, aproximar-se do outro e, portanto, rever as diferentes posições e as relações de poder historicamente estabelecidas.

Encontros que apostem na possibilidade de se constituírem protagonistas com potência para atravessar os processos instituídos, buscando a construção de processos questionadores, compartilhados, que sejam instituintes de novas práticas, talvez possam se apresentar como possibilidade para se contrapor às relações de poder que os médicos exercem na instituição, decorrente de sua posição privilegiada de autoridade configurada pelo saber capaz de curar doenças e salvar vidas (CARAPINHEIRO, 1998).



Essa posição dos médicos, segundo dados da pesquisa, tem lhes permitido, inclusive, infringir as normas administrativas, incluindo a de angariar clientes nos consultórios e encaminhá-los diretamente ao hospital:

[...] a porta de entrada é o PA sim, deveria ser o PA, só o PA, mas a gente sabe que o outro grande problema que nós temos é em função das diversas portas de entrada não oficiais que é a do médico, do seu consultório direto para dentro do HUSM. Isso já foi colocado muitas vezes e eu vejo que o estado está sendo relapso nesse sentido. O relapso que eu digo é inoperante, porque o próprio estado tem dificuldade para isso [...] (E2).

O depoimento desse gestor encontra ressonância em Carapinheiro (1998, p. 48), ao analisar os padrões burocráticos de autoridade na organização hospitalar. Seus achados demonstram que “as normas e valores profissionais dos médicos afetam mais a estrutura organizacional do que são afetados por ela”. Neste caso, a tecnologia dura, representada pelas normas, e a tecnologia leve-dura, pelo saber estruturado, se sobrepõem à leve que deveria prevalecer nas instituições de saúde, onde o trabalho vivo em ato predomina.

Entretanto, apesar desse contexto, a implantação do COGERE e a mudança na relação do Ministério da Saúde com os hospitais de ensino, através da proposição de contratualização e pactuação de metas, trazem a expectativa de mudanças na relação entre o hospital e os gestores de saúde, de maneira que estes possam não só questionar mas também influenciar na definição da política da instituição. Esse fato tem contribuído para o empoderamento dos integrantes do COGERE, ampliando a capacidade de incidirem no planejamento e na oferta de serviços do HUSM para região, apesar de os mesmos sentirem-se inseguros em relação aos encaminhamentos realizados no fórum, como expressa o entrevistado:

[...] O COGERE já tem uns encaminhamentos, aí nós também vamos ver até que ponto o COGERE influencia. Se o COGERE tiver a importância e o poder, e a influência que os papéis e a teoria do MS, que todos os pactos falam, se ele tiver essa importância, influência, poder, aí as coisas vão começar a acontecer em relação a esse grande prestador [HUSM]. Tomara Deus que tenha esse poder, porque, se não tiver, a gente vai ficar bastante prejudicado, vai enfraquecer muito o COGERE. (E5).

A fala desse gestor evidencia o desejo de mudanças na organização do sistema de saúde. Vasconcelos (2005) reforça o desafio para os que sonham com mudanças nos hospitais universitários, que é no sentido de estimular a reflexão coletiva sobre a “crise” desses estabelecimentos, ampliando o foco de análise, de maneira a possibilitar outras leituras da situação. Para tanto, o diálogo entre os atores, capaz de possibilitar o encontro das diferentes visões, parece ser o caminho adequado para a construção de um entendimento plural da situação.

Entretanto é evidente o tensionamento entre a gestão estadual e a direção do HUSM. Pelas observações realizadas nas reuniões, foi possível perceber as disputas de projetos políticos de governo que estão estabelecidas entre a gestão estadual e a administração do hospital. Um dos fatores, que se evidenciou como foco de interferência nessa relação, dá-se pelo fato de a direção do hospital estar coordenando a rede regional de apoio ao HUSM. Tal fato é evidenciado pela manifestação destes gestores:

[...] isso tudo tá andando e isto foi uma construção do COGERE também. O HUSM está se apropriando da ideia da rede, mas não é, até porque o recurso todo é do governo do estado [...] (E6).

[...] Eu às vezes fico me perguntando se não é um problema com a 4ª CRS, com o estado. O que a gente sente às vezes é que o estado quer que nós compremos a briga e ele fica olhando para ver depois [...] o estado às vezes fica um pouco omissivo, o que para os municípios acarreta problema [...] (E2).

Os sujeitos da pesquisa reconhecem a tensão entre a direção do hospital e a gestão estadual. O gestor expressa que o estado tem deixado lacunas no desempenho de sua atribuição de coordenar a política de saúde da região, principalmente no que diz respeito à articulação com os prestadores de serviço que desempenham funções estratégicas para o sistema de saúde de uma região sanitária.

De novo, a maneira como a gestão estadual se relaciona com os atores que coadjuvam no espaço regional, baseado nos aspectos normativos, nas estruturas organizacionais, protocolos, racionalidades, ordenamentos, enfim alicerçado na utilização das tecnologias de natureza dura e leve-dura, parece estar impedindo que se protagonizem propostas criativas, que possibilitem a construção de processos regionais inovadores e singulares.

Entretanto, algumas experiências têm demonstrado a possibilidade de convivência solidária e compartilhada, o que é confirmado por Silva (2003) em seu estudo<sup>15</sup> que contempla achados corroborando que a gestão pode ser compartilhada. Segundo esse autor,

existia uma visão de co-responsabilidade<sup>16</sup> e cooperação na relação entre o HUSM e a instância regional do SUS. Cada um buscando cumprir com suas respectivas atribuições [...] de modo a se compatibilizar o atendimento às necessidades da população e a racionalização dos recursos disponíveis (SILVA, 2003, p. 91).

---

<sup>15</sup> Para aprimorar a compreensão, sugere-se a leitura da dissertação de mestrado de José Paulo Vicente da Silva, intitulada “Gestão compartilhada e construção da integralidade da atenção no SUS: a experiência da 4ª Região Sanitária do Estado do RGS – Período: 1999 a 2002” (conf. Referências). E também, Pinheiro, Silva e Machado (2002), capítulo intitulado “**Novas práticas de gestão da atenção especializada e a construção da integralidade no SUS: notas sobre a experiência da 4ª Coordenadoria Regional de Saúde/RS**”, do livro “**Tempo de inovações: a experiência da gestão na saúde do Rio Grande do Sul**” (conf. Referências).

<sup>16</sup> A ortografia antiga será mantida, por fidelidade à obra citada.

No entanto, o que tem acontecido é o fortalecimento entre os gestores do SUS de um entendimento que define o perfil assistencial dos hospitais universitários com base na oferta de serviços de alta e média complexidade. Dessa forma, a especialização, a tecnificação dos atos, a fragmentação do cuidado e a hierarquização dos saberes conformam saberes e práticas assistenciais baseadas em procedimentos e no uso de tecnologias duras (MERHY, 2002) sobre a dimensão biológica das doenças, em detrimento das dimensões sociais e subjetivas dos sujeitos (CAMPOS, 2005) e da integralidade do cuidado.

Nesse sentido, a eficácia relativa dos procedimentos e a legitimidade simbólica alcançada pela sofisticação tecnológica têm dificultado o questionamento do modelo biomédico hegemônico nas práticas hospitalares:

[...] pelo que a gente sente, às vezes se tenta encaminhar algum paciente [...] quando eu tava com uma gestante e eles não queriam receber, só que não tenho outro local para enviar a não ser o HU [...] ter que usar medidas judiciais para isso é complicado, até porque, se ele é um hospital de referência de gestantes e de outros casos mais complexos também [...] são hospital-escola [...] falhas podem existir, isto é normal, porque as coisas principalmente na saúde não são fáceis, mas acho que tem muito a se trabalhar ali dentro do HUSM (E11).

Concordo com Vasconcelos (2005) que, ao analisar a crise dos hospitais universitários traz à tona a difícil integração com o Sistema de Saúde, como reveladora das contradições entre a lógica do Sistema de Saúde e a lógica do Hospital, onde, de um lado, o sistema de saúde busca integrar o Hospital à rede assistencial procurando regular sua oferta de serviços às demandas de saúde não atendidas pelos demais serviços. Por sua vez, o Hospital de Ensino, expressando suas contradições, pretende selecionar sua clientela e definir seu modelo assistencial segundo lógica própria, independente.

A falta de diálogo entre os atores dificulta a conformação de novos modos de agir em saúde, como expresso pelo depoente:

[...] a gente discute muito o Hospital Universitário, aparece sempre em pauta [...] a gente precisava um hospital onde pudessem ser atendidas todas as nossas demandas. A gente sabe que é um hospital-escola, mas para nós é um hospital de referência e que tá deixando muito a desejar. E que bom seria, se tivéssemos um hospital regional para Santa Maria, e que se integrasse e atendesse as demandas dos municípios da região (E11).

Essa dificuldade de interação é sinalizadora da dimensão social da crise que perpassa o Hospital e o Sistema de Saúde, e se expressa na frustração de expectativas dos vários atores que a vivenciam e na ilegitimidade da efetivação dos preceitos do SUS. De acordo com Vasconcelos (2005), os usuários – pelas dificuldades de acesso e de resolução de seus problemas em tempo oportuno; os estudantes – por entenderem que a sobrecarga assistencial

desqualifica o ensino; os dirigentes hospitalares – pelas dificuldades em operar uma relação com os gestores do SUS; e estes por não verem atendidas as demandas assistenciais e de capacitação que requer o Sistema de Saúde.

Assim, fica evidente o quanto todos os atores que integram o cenário regional demonstram insatisfação diante daquilo que se tem instituído. O que significa que as tecnologias duras e leve-duras têm se mostrado insuficientes para romper com a lógica do saber/poder hegemônicos, da ausência de interação, da relação fria, tecnicista, centrada em procedimentos e orientada pelo paradigma biologista. Onde, segundo Ceccim e Merhy (2009, p. 532), “as pessoas são tomadas como objeto, por um diagnóstico de doença, por um histórico de queixas ou situação de risco, entre outras condições que as dessingularizam/reitificam”.

Esta relação de tensionamento entre a gestão estadual, o COGERE e a direção do Hospital parece ser também fator impeditivo para que sejam construídas possibilidades de compartilhamento de responsabilidades assistenciais, sanitárias e acadêmicas, como também de pesquisas que contribuam com a qualificação do sistema único de saúde, como expressa esta entrevistada:

[...] deveria ter uma relação muito boa entre o COGERE e o HUSM, onde a gente pudesse sentar e discutir e colocar todos os nossos problemas. [...] eu acho que tá faltando organização, planejamento. O problema é de gestão (E11).

A afirmação dessa gestora, ao mesmo tempo em que aponta a dificuldade de integração, entre a gestão estadual, o COGERE e a administração do hospital, traduzida por uma percepção negativa da instituição hospitalar, também explicita o desejo de uma relação dialógica, de parceria, de cooperação, capaz de avançar na construção do processo de regionalização solidária.

Enfim, o material empírico do estudo, fruto das entrevistas e das observações das reuniões, indica que as formas do COGERE e da gestão estadual se relacionar com o maior prestador de serviço público e formador de profissionais de saúde para o SUS, vinculando à norma, às regras, à hierarquia organizacional, às contratualizações (tecnologias duras e leve-duras), não tem sido capazes, como afirmam Ceccim e Merhy (2009), de construir intervenções tecnológicas em rede, para atender, para formar, para produzir conhecimento, para pesquisa e para o trabalho.

Ao mesmo tempo, a criação de outros espaços paralelos ao COGERE, como a rede regional de apoio ao HUSM, constitui-se em uma tentativa de construir linhas de fuga para o exercício de tecnologia leve, que, no entanto, produziu efeito de ampliar as disputas entre os

atores na região. Da mesma forma que as tecnologias utilizadas nas relações internas do HUSM parecem não estar sendo suficientes para solucionar os problemas do cotidiano da instituição – entretanto, este não é o foco da pesquisa.

Na perspectiva da inclusão dos usuários na organização do sistema de saúde da região e considerando-se que o COGERE tem, como uma de suas atribuições legais, o fortalecimento do Controle Social, aborda-se a seguir como têm se estabelecido as relações entre o COGERE e o Controle Social.

### **4.3 A relação do COGERE com o Controle Social**

Um dos princípios importantes do Sistema Único de Saúde trata do Controle Social. A Lei n.º 8.142/90 é resultado da luta pela democratização dos serviços de saúde e representa uma conquista. A partir desse marco, foram criados os Conselhos e as Conferências de Saúde como espaços vitais para o exercício do Controle Social do Sistema Único de Saúde (SUS).

O terceiro volume da série “Pactos pela Saúde” publicado pelo Ministério da Saúde a partir da Portaria nº 399/GM, de 22 de fevereiro de 2006, traz como uma das ações relevantes para compor a agenda dos Colegiados de Gestão Regional “estimular estratégias que contribuam para a qualificação do controle social” (BRASIL, 2006a).

Em consonância com essa agenda, o Regimento Interno do COGERE da região centro, elaborado em 2007, dentre suas atribuições, traz: Estimular estratégias de qualificação do Controle Social; Articular-se com outros COGEREs Regionais, com o propósito de cooperação mútua e de estabelecimento de estratégias comuns para o fortalecimento do SUS Estadual e Conselho Regional; Divulgar suas ações através dos diversos mecanismos de comunicação social, em especial junto aos Conselhos Municipais de Saúde e Conselho Regional.

Como já referido, a legislação que cria o Sistema Único de Saúde estabelece, como instâncias de controle social, os conselhos e as conferências de saúde. Mais recentemente, em 2006, através da normatização do Pacto pela Saúde, o controle social é referendado. Ao mesmo tempo em que estabelece um espaço técnico de articulação e pactuação entre os gestores de saúde, que é o Colegiado de Gestão Regional (COGERE).

Segundo a Política Nacional de Gestão estratégica e Participativa no SUS – ParticipaSUS (BRASIL, 2009), o Pacto pela Saúde reafirma a importância da participação e do controle social nos processos de negociação e pactuação. Além de analisar e aprovar o

Termo de Compromisso de Gestão, os conselhos de saúde têm um papel relevante na aprovação do respectivo plano de saúde, bem como no acompanhamento e avaliação das metas acordadas.

Ao contrário da posição otimista do Ministério da Saúde, Solla (2006) demonstra preocupação no que tange à baixa permeabilidade dos pactos ao controle social, além da fragilidade de grande parte dos conselhos de saúde para, de fato, conseguirem influenciar nesse processo, pois a aprovação dos pactos nos respectivos conselhos não garante o envolvimento em seu acompanhamento e fiscalização.

Côrtes (2009), concordando com Solla (2006), ao analisar o papel dos conselhos no contexto da política de saúde, refere que estes têm ocupado um papel secundário decorrente, em parte, da criação de fóruns de gestores, tais como COGERE, bipartites e tripartite, que passaram a ser o principal espaço de decisão de âmbito federativo e de coordenação vertical e horizontal do SUS, fazendo com que os gestores estaduais e municipais concentrem sua atuação nesses fóruns.

No entanto, os espaços de gestores, tais como o COGERE, não substituem a existência de outros fóruns de decisão do SUS que incluem o conjunto dos atores do sistema, usuários, trabalhadores e prestadores. Para compreendermos a atuação do COGERE faz-se necessário elucidar o contexto geral da tomada de decisão sobre as questões de saúde da região, ou seja, se os fóruns de Controle Social contribuem para ampliar a reflexão a respeito dos recursos que os atores do COGERE têm utilizado em sua relação com os demais fóruns. A seguir serão apresentados os dados sobre a relação com os conselhos municipais e regional de saúde.

#### 4.3.1 A relação do COGERE com os Conselhos Municipais de Saúde

Considerando o enunciado pelo Pacto pela Saúde e a legislação que descreve as ações a serem desenvolvidas pelo COGERE, dentre as quais a qualificação do controle social, se analisa como se estabelecem as relações entre o colegiado e os conselhos municipais de saúde de nossa região, sob o olhar dos sujeitos pesquisados, expresso nas entrevistas.

A fragilidade na relação entre os gestores e os conselhos municipais de saúde é evidenciada por um pesquisado:

[...] bom, eu reúno com o meu conselho municipal todos os meses, a gente faz a pauta, quem faz a pauta sou eu juntamente com a presidente do conselho [...] Porque são eles que vão me ajudar a administrar, eu não vejo o Conselho Municipal de Saúde como meu inimigo (E6).

Pela manifestação desse entrevistado se evidencia que as decisões do COGERE são socializadas com os conselheiros municipais, na medida em que a gestão necessita da aprovação dos conselheiros para a operacionalização das deliberações. Explicita a importância de manter uma relação harmoniosa com o conselho como fator facilitador para referendar suas decisões administrativas.

A despeito de existirem conselhos de saúde em todos os estados e na quase totalidade dos municípios, a heterogeneidade da situação destes é marcante. Nesse caso, parece circular uma relação de subordinação dos conselheiros em relação ao gestor, cuja pauta é estabelecida em função de suas demandas administrativas e não em função da demanda dos demais atores.

Um entrave para o funcionamento dos conselhos municipais de saúde, na percepção deste gestor, está relacionado à dificuldade que os representantes da comunidade têm em participar desse fórum, repassando aos usuários a responsabilidade pelos problemas de funcionamento do órgão:

[...] Então uma dificuldade é a participação da comunidade, eles querem ter direitos, mas não querem ajudar a construir nada. O cidadão sabe tudo o que é direito, mas o dever de ajudar a construir eles não sabem, então é um caminho muito longo [...] (E8).

Esse depoimento coincide com a posição de Labra (2008), quando diz que uma das deficiências do SUS incide diretamente no engajamento do cidadão nos processos participativos, embora não avalie com profundidade a razão disso acontecer.

No entanto, a autora aponta, como fator provável do afastamento dos usuários, as reconhecidas dificuldades de acesso da população aos serviços e a baixa qualidade da atenção, entre outros problemas ainda não superados, que concentram as preocupações dos conselheiros e geram sentimentos de frustração frente a um esforço que, no cotidiano, não produz os resultados esperados.

Ao mesmo tempo em que este gestor questiona a posição da comunidade, lembra que muitos gestores, propositadamente, por falta de interesse, não socializam as informações com os usuários, de maneira que estes possam apropriar-se do conhecimento necessário para compartilhar com o gestor as decisões sobre as questões de saúde do município, como vemos a seguir:

[...] às vezes até tem interesse dos governos de que os conselhos não funcionem. O CNS dispôs de equipamento de informática para os conselhos de todo o país. O nosso equipamento do CMS [...] ficou um ano à disposição e o prefeito municipal não buscou, porque não era interesse que o conselho seja informado. Isso significa que há interesse dos gestores de que quanto menos o conselho seja informado melhor. Então é uma dificuldade [...] (E8).

As evidências apontam para assimetria de poder entre os participantes dos conselhos que, em certa medida, está sustentada pela hierarquia do grau de conhecimento e informação que o conselheiro detém e pelas relações estabelecidas principalmente com o gestor. Essa assimetria reflete na impossibilidade dos usuários interferirem, pois a linguagem técnica e argumentos burocráticos dificultam e muitas vezes desqualificam a participação dos usuários (SCOREL; MOREIRA, 2009).

Explicita-se dessa forma o uso das tecnologias duras e leve-duras, exclusivamente, como um fator que contribui para a assimetria de poder na relação entre gestores e usuários de saúde no CMS, da mesma forma como foi identificado na relação entre os gestores no COGERE.

Um dificultador no processo de participação popular, na concepção desta entrevistada, diz respeito à sua limitação como gestora para admitir que os usuários, embora não tenham conhecimento técnico elaborado, possuem o saber da vida, conhecem os problemas e as necessidades da comunidade, podendo contribuir com o processo de consolidação de um sistema de saúde mais adequado à realidade:

[...] Isso é um desafio para eu entender que a participação popular é importante e que, por mais que o usuário não tenha o conhecimento do que é o SUS, de como se organiza, quais são os níveis de complexidade, mas que ele ajuda a construir o SUS. Eu acho que nosso desafio é que os conselhos têm que ser ativos. O nosso tá ativo, mas muito fraco, são sempre as mesmas pessoas que participam e que vão lá e não se apropriam do conhecimento, vão lá, escutam o que normalmente os gestores têm para dizer e acatam, mas não que eles discutam. Acho que é um desafio para nós é levar o conhecimento. Mas não dizer: “Eu sei e vou te ensinar.”, mas proporcionar assim aos usuários, aos conselheiros para que tenham um pouco mais de bagagem para ver e enxergar os interesses coletivos [...] (E4).

As dúvidas aqui apontadas, de certa forma, encontram resposta nos achados de Scorel e Moreira (2009), ao referir que a tendência de predominar a lógica da gestão no desenvolvimento das atividades do conselho traz como consequência a diminuição ou perda da ênfase naquilo que seria o papel mais importante deste, ou seja, a definição e deliberação das políticas de saúde de acordo com as necessidades da população.

No que tange à relação com o conselho municipal de saúde, esta gestora parece compreender a importância desse fórum e da responsabilidade da gestão em contribuir com a formação dos conselheiros. No entanto, a sua participação está vinculada ao repasse de informações, como se observa através de sua fala:

[...] eu acho que a gente tem que buscar os conselheiros para que eles possam se inteirar mais e entender seu papel, porque eles têm força até mais do que eu, de decisão, então eu penso até em capacitá-los, acho que tenho que trabalhar para isso [...] eu não falto nenhuma reunião do CMS [...] eu levo uma pauta de “n” assuntos



para gente discutir, conversar, trocar ideias e a gente coloca, eu to levando os problemas para eles se inteirarem e eles ficam admirados [...] (E9).

Todavia, uma das estratégias que aponta é a de mobilização da população, no sentido de que se sintam sujeitos, protagonistas no processo de participação social e não meros participantes que cumprem a tarefa de referendar as propostas apresentadas pela gestão:

[...] eu acho que a gente tem que começar a mobilizar mais as pessoas e eu sou responsável pelo meu conselho lá, do meu município, para que eles tomem conhecimento e façam parte dessa luta [...] então acho que meu papel não é na secretaria atendendo ao público, acho que tenho que mobilizar minha comunidade, que é bem difícil nesse sentido (E9).

As falas dos sujeitos entrevistados retratam uma fragilidade na atuação dos Conselhos Municipais de Saúde, com pouca interferência sobre as ações e serviços de saúde. Na maior parte, a sua existência é formalizada pela gestão local para cumprir burocraticamente exigências cartoriais de habilitação. Entretanto, o exercício do controle social depende do fortalecimento prévio desses atores e da política de condução da gestão local. O que de certa forma confirma o que inicialmente foi identificado, de que os gestores têm valorizado e investido sua atuação no COGERE, que teoricamente é um espaço técnico de participação apenas da gestão (governo), em detrimento aos espaços de participação da população.

Escorel e Moreira (2009) têm encontrado em suas pesquisas que a pedagogia da cidadania é substituída pela capacitação de conselheiros, o que acontece na maioria das vezes relacionado aos aspectos técnicos, desqualificando a representação política, que é o verdadeiro papel do conselheiro, não aprimorando assim a sua cidadania, tampouco fortalecendo o conselho como instância democrática. A relação dos atores do COGERE com os demais atores envolvidos nos processos decisórios de saúde na região, que é o caso do CMS, evidencia que as tecnologias leve-duras, do saber estruturado, técnico e as duras – das normas, regras e estrutura organizacional, são preponderantes.

#### 4.3.2 A relação do COGERE com o Conselho Regional de Saúde

Inicialmente entende-se importante ressaltar que, no período de 1999 a 2002, o Conselho Regional de Saúde foi considerado o “verdadeiro locus de definição da política setorial na região” (SILVA, 2003, p. 65). Isso decorria da escolha estratégica da gestão, ou seja, um dos eixos prioritários para consolidação do SUS no Estado do Rio Grande do Sul estava relacionado ao “fortalecimento e ampliação dos mecanismos de participação, através do controle social e pactuação entre os gestores do SUS” (FERLA; JAEGER, 2002, p. 182).

Essa característica teria sido fundamentada em um projeto de governo que estabeleceu como desafio a democratização das relações entre o estado e a sociedade, de tal forma que fosse rompida a verticalidade das estruturas e a centralidade de poder (SILVA, 2003)<sup>17</sup>.

Nesse processo, o Conselho Regional de Saúde era o espaço onde ocorriam os debates sobre a saúde na região. Em fevereiro de 2008, foi suspenso o funcionamento desse fórum, pelo CES, em decorrência de que a sua composição foi considerada irregular, com base na Resolução nº 333 do CNS (BRASIL, 2006c). Para o retorno do funcionamento do CRS é necessária a adequação de todos os CMSs de região à referida normativa.

A suspensão do funcionamento do Conselho Regional é um indicativo do quanto as tecnologias duras têm sido determinantes na condução dos fóruns de decisão do sistema. Ou seja, não é a avaliação do impacto, potência, efetividade do fórum em produzir definições democráticas e que respondam às necessidades da região que definem sobre a validade ou não do funcionamento dos conselhos regionais, e sim a adequação ou não à norma estabelecida.

A despeito da questão jurídica, podemos afirmar que a participação social depende de uma cultura pública democrática que reconheça a legitimidade dos conflitos e da diversidade dos valores e interesses, os quais são demandados como direitos, isto é, onde as diferenças possam ser explicitadas e negociadas através da convivência democrática.

Dessa forma, considerando os dois dispositivos de gestão regional como fundamentais na conformação do modelo de regionalização de saúde, entendo que seja importante analisar a relação entre ambos.

Uma primeira constatação é de que, durante o período de participação nas reuniões do COGERE, não aconteceram debates a respeito do tema Conselho Regional de Saúde, em que pese estar na atribuição do COGERE a responsabilidade de fortalecer as instâncias de controle social do sistema. E, nesse período, não estar em funcionamento o CRS conforme explicitado. Ou seja, não estava em pauta a retomada da organização dessa instância do SUS. Verificou-se através das atas e das pautas das reuniões que o tema constou da agenda apenas uma vez, e como informativo aos novos gestores municipais sobre a suspensão das atividades e o andamento dos trabalhos de uma comissão que tem como tarefa auxiliar os municípios na reorganização dos CMS.

Através da observação, percebeu-se certa indiferença dos gestores, evidenciando que a reestruturação não faz parte da sua agenda imediata, apesar de um membro do COGERE solicitar o empenho de todos, na adequação das leis e regimentos que regem os conselhos

---

<sup>17</sup> O detalhamento desta experiência está registrado na dissertação de mestrado de José Paulo Vicente da Silva, já referida.

municipais, o que facilitaria a reorganização do CRS da 4ª Região Sanitária. Isso pode ser evidenciado através desta fala:

[...] a gente tá reformulando o conselho regional [...] a maioria dos municípios não tinha lei do conselho [...] o regional acaba não existindo se os outros não estiverem regulares. Se o regional não existir correto, todas as decisões dele não são válidas [...] 10% dos secretários querem o conselho regional, para o resto, quanto menos o controle social participar melhor, 10%, 20% no máximo. O resto não quer. Eles não querem porque se sentem ameaçados em ter que abrir e discutir [...] (E7).

Esse depoimento explicita a dificuldade dos gestores conviverem num cenário político democrático, constituído por diferentes atores que disputam seus projetos através de encontros que ora estabelecem acordos e ora são conflitantes, num cenário em que todos têm projetos e governam (MERHY, 2003).

A participação popular na gestão pública está diretamente relacionada à qualidade da democracia brasileira. Para Labra (2009), muitos aspectos que determinam o não funcionamento dos conselhos de saúde podem estar relacionados a deficiências do estado de direito e às desigualdades socioeconômicas. A autora refere que a participação da sociedade civil em arenas governamentais de decisão é muito complexa, cheia de dificuldades e sujeita a resultados não desejáveis ou a fracassos.

Nessa direção, para fortalecer a descentralização e a democracia é necessário que o estado exerça papel preponderante na produção, articulação e execução de políticas sociais, as quais devem estar sob o controle público, através da criação e fortalecimento de instâncias de participação popular nas deliberações, como é o caso dos Conselhos de Saúde (DUTRA, 2002). Sobre essa ótica, é possível afirmar que os governos, ao compartilharem com a sociedade o poder, estabelecem nova cultura política de democracia e de cidadania na busca de maior eficiência nas políticas públicas, em especial as da saúde.

Parece evidente a existência de conflitos de caráter institucional onde de um lado estão os conselhos e de outro o colegiado. Para Escorel (2008), o colegiado tem caráter técnico e deveria estar submetido ao poder deliberativo e fiscalizador dos conselhos, no entanto as evidências apontam que os conselhos têm sido deslocados pelas instâncias técnicas, as quais vêm deliberando sobre assuntos que não deveriam ser de sua competência.

Não existem fluxos estabelecidos para que as resoluções do COGERE cheguem até os usuários. É perceptível a resistência dos gestores em compartilhar as decisões com instâncias de controle social, como também de reconhecer o Conselho Regional de Saúde como espaço de poder. Paradoxalmente, esta gestora percebe a fragilidade institucional decorrente da falta de participação social da população:

Não, estes fluxos entre o COGERE e o Conselho não existem, mas poderá acontecer, é mais no municipal, cada um no seu âmbito [...] a gente sabe de COGERE que estão conseguindo levar os conselheiros para dentro das reuniões do COGERE. Eu já fiz essa proposta aqui e o pessoal disse: “Não, o COGERE é o COGERE e o Conselho é o Conselho.”. Já deram uma barrada, foi um gelo [...] acho que a gente tá vivendo uma fase crítica por falta de controle social [...] (E7).

Os gestores não reconhecem o poder deliberativo dos conselhos de saúde, numa nítida valorização do espaço essencialmente técnico, constituído por representação de governo, como se percebe através desta entrevista:

[...] acho assim que o COGERE é muito mais importante porque ele delibera e toma posição. O CRS eu vejo que ele é para fiscalizar e dar seus pareceres também, mas não é deliberativo, no meu entender [...]. O CRS é que nem o nosso conselho municipal de saúde, ele me fiscaliza, pode sugerir, pode cobrar, mas não pode deliberar, só se eu solicitar [...] ele pode até me autorizar a fazer certas coisas, mas se não autorizar eu posso fazer do mesmo jeito. E o COGERE delibera, ele vai definir a real necessidade daquilo [...] se o COGERE disser que não posso, eu vou ter problemas, provavelmente o MS vai negar (E2).

A posição desse gestor em relação aos conselhos parece não ser diferente das posições que Escorel (2008) identificou, ao realizar pesquisas sobre controle social. O que auxilia a entender o dilema vivido pelos conselhos, após quase duas décadas de sua implantação, onde o papel reservado aos conselheiros é mais de homologação daquilo que os gestores trazem para discussão do que propriamente de deliberar sobre as políticas públicas.

Para este gestor, o COGERE constitui-se como um espaço decisivo para tomada de decisão no que tange à organização do sistema de saúde regional. Por ser uma instância exclusivamente de gestão, entende que suas resoluções são operacionalizadas com maior agilidade, diferente do que acontece no Conselho Regional. Atribui poder maior ao COGERE e reconhece o enfraquecimento do espaço de participação social:

[...] mas se decide mais no COGERE que no Conselho Regional em favor realmente das coisas que interessam para o usuário, porque as coisas andam mais rápido, e aí tu pode me dizer: Ah! e as discussões? Tudo bem, tem que ter as discussões, só que assim quando há muita gente discutindo [...] querem resolver todos os microproblemas e eu sou da ala que entende que tem que atuar nos grandes e mais críticos problemas, a gente vai andar mais rápido e ajudar muito mais pessoas. Eu acho que aí os conselhos pormenorizam muito o problema [...] (E5).

Essa constatação é compartilhada também por Solla (2006), Linhares (2006) e Côrtes (2009), ao referirem que os gestores darão prioridade e centrarão sua atuação no COGERE em detrimento dos Conselhos de Saúde. A preponderância das tecnologias duras e leve-duras no COGERE é um dos principais argumentos utilizados pelos gestores para conferir maior importância a esse fórum em relação às instâncias de controle social do sistema.

Embora o Ministério da Saúde, ao referir-se ao Pacto de Gestão, reforce o controle social, no concreto o que tem acontecido é uma secundarização do papel dos conselhos. Nesse caso, a ausência do debate no COGERE sobre o papel do CRS gera confusão e receio de sobreposição das atividades do COGERE e Conselho Regional de Saúde, conforme explicitado pelo gestor:

[...] eu acho importante ter controle social, mas acho que pode confundir [...] o poder que deram para o COGERE não é pequeno e como esses dois vão andar é uma dúvida que tenho. Como vai ser? Como vão andar essas duas instâncias? O COGERE vai ter sua atuação questionada, nós vamos questionar a atuação do CRS? Nós temos, pelo que tô vendo, poder para isso, mas e o regional tem poder para intervir nas decisões do COGERE? (E5).

Também é explicitada claramente posição contrária à participação dos usuários na definição de prioridades para construção da política pública de saúde, considerando o Conselho Regional de Saúde um entrave para o desenvolvimento de ações e serviços no âmbito da região:

[...] porque no Conselho Regional de Saúde, com a presença de maioria de usuários, a gente não conseguia falar de gestão e de regionalização, sobre essas questões de descentralização, não tinha isso [...] Eu sou um pouco intolerante a discutir algum assunto com quem não sabe sobre o assunto, acho que é perda de tempo. Então, muitas vezes achei que o CRS estava se esvaziando em termos de gestores porque as pessoas não defendiam os interesses coletivos e da região [...] eu sentia sempre uma disputa de poder dentro do CRS [...] (E4).

Nesse caso, a relação hierárquica de poder entre os participantes está fortemente sustentada pelo grau de conhecimento e informação que o conselheiro detém sobre as questões de saúde. Ou seja, exige-se dos usuários um amplo conhecimento técnico dos meandros das instituições, para que seus posicionamentos sejam considerados, o que dificulta a atuação daqueles participantes que ainda não acumularam esses conhecimentos (VASCONCELOS, 2009). O gestor, por sua vez, tem dificuldade em reconhecer o Conselho como espaço de decisão política, portanto, onde predominam as tecnologias leves que devem ter de contar com a participação efetiva da gestão, trabalhadores, prestadores e usuários do sistema.

Ao mesmo tempo em que o gestor questiona a potência do Conselho Regional como definidor das políticas de saúde para região, se ressentido de sua ausência como balizador do processo, no sentido de estabelecer limites na atuação do COGERE, considerando que nesse fórum todos representam apenas um segmento, que é o governo. Essa preocupação pode ser constatada pela fala do gestor:

[...] sabe qual o perigo disso? Como a gente não tem contraponto regional e isso por não ter conselho regional, não é uma coisa proposital, mas sim do ser humano, quando tu não és questionado, tu não é cobrado, tu achas que tá sempre certo e tu acabas criando essa ilusão que tu é um ser forte demais, superior [...] (E5).

Já, a representante da gestão estadual reconhece que as decisões tomadas se dão a partir da perspectiva da área governamental, portanto, é possível imaginar que tais decisões poderão ou não representar as necessidades das pessoas, comprometendo o processo decisório:

[...] O CRS não tá existindo e as pautas são só pautadas pela área de governo [...] esse processo tá frágil porque a gente tá tomando decisões, e não são decisões erradas, mas é sem a participação do controle social. E isso em alguns momentos vai fragilizar nossas tomadas de decisão, porque a gente vai ser questionada por que tomamos essas atitudes sem a presença deles [...] (E3).

A reorganização do conselho regional de saúde, para esta gestora, traz uma perspectiva de mudanças e fortalecimento da participação social nos municípios, ao mesmo tempo em que considera possível e importante a existência do COGERE e do CRS, os quais, juntos, poderiam potencializar e fortalecer a política de saúde da região:

Eu acho que o CRS deveria existir, eu acho que é importante até para mexer mais com os municipais. E por que não trabalhar paralelo com o COGERE? Talvez somasse forças [...] (E9).

A participação social sempre representou um desafio à constituição de sociedades democráticas. No Brasil, a participação dos movimentos sociais desempenhou papel fundamental para o processo de redemocratização do país, e particularmente para a formulação do Sistema Único de Saúde. Quer seja de forma autônoma ou institucionalizada, a participação social tem contribuído para maior reflexão sobre a ação do estado na gestão das políticas de saúde e na tomada de decisões.

Para além do arcabouço institucional que sustenta o Controle Social, através das Conferências e Conselhos de Saúde, as evidências têm apontado que este fator por si só não garante a operacionalização desse princípio constitucional. Entretanto, o fortalecimento desses espaços está relacionado diretamente com o projeto de governo instituído. Se este tiver, como um dos eixos prioritários de sua gestão, a consolidação da política de saúde através da participação social desencadeará estratégias que potencializem os processos de encontros e relações que constituam sujeitos com autonomia para buscar o direito coletivo à saúde, como é o caso do Conselho Regional de Saúde.

Na discussão deste eixo temático de análise ficou evidenciado que as instâncias colegiadas do SUS, especialmente o COGERE e o Conselho Regional de Saúde, constituem arenas de embates constantes, entre escolhas políticas e técnicas, assumindo elevado grau de

importância na formulação e implementação da política de saúde da região, onde diferentes atores se organizam, disputam e negociam interesses e projetos individuais e coletivos.

O que se percebe, através dos dados desta pesquisa, é de que a implantação do COGERE trouxe um resultado secundário e indesejado ao processo, que foi um relativo esvaziamento dos Conselhos de Saúde, em especial do Conselho Regional, como instâncias de decisão sobre a implementação da política de saúde no âmbito regional, acirrando o conflito entre Gestores e o Conselho de Saúde. O que pode ser comprovado através da manifestação deste gestor:

[...] na minha concepção o COGERE acaba enfraquecendo o Conselho Regional de Saúde, no sentido de algum poder que ele tem para decidir [...] algumas pessoas da regional comentam que não precisa mais CRS, porque o COGERE já toma todas as decisões [...] os gestores estão eliminando o Controle social [...] (E5).

Essa fala corrobora com a premissa de que os espaços dos conselhos são arranjos institucionais essencialmente políticos e, como tal, constituídos por uma diversidade de sujeitos coletivos que disputam projetos, que vivenciam conflitos, negociam, constroem consensos, compartilham poder e corresponsabilidades entre estado e sociedade civil na construção de políticas públicas, ou seja, permeados de tecnologias leves.

Segundo Guizardi e Pinheiro (2006), a consolidação da participação tem como desafio a construção de novos dispositivos que incluam os diversos saberes. A efetivação do SUS pressupõe questionar a produção concreta, local, das políticas e intervenções públicas. Portanto, não há como prescindir da participação dos diferentes atores, o que ocorre quando a referência a certo saber, considerado legítimo, exclui os demais do diálogo.

Para Escorel (2008), o objetivo do controle social é participar debatendo as políticas de saúde em todas as suas etapas, num processo onde os atores envolvidos buscam acordos políticos para as divergências, os quais interferem nos rumos das políticas públicas. Para os mesmos autores, os acordos e consensos obtidos neste cenário de discussões, bem como os pontos de tensão que não permitem os acordos é que constituem o caráter deliberativo dos conselhos. Portanto, os fóruns são locais, onde é fundamental o predomínio das tecnologias leves, pois são espaços cujo produto esperado – as deliberações políticas, consensos, definições, são fruto das relações dos gestores entre si, trabalhadores, usuários e prestadores.

Diante das manifestações, é possível supor que o controle social de fato tem ocupado um papel secundário na agenda política dos gestores, em decorrência da criação do COGERE, que passou a ser o principal fórum de discussão e deliberação sobre as questões de saúde da região. Somado a isto, as evidências apontam para o fato dos gestores considerarem o

Conselho Regional de Saúde como um espaço político, de permanente disputa e tensionamento, que opera fundamentalmente com as tecnologias leves, das relações, de encontros e de subjetividades.

#### **4.4 A relação entre os gestores estaduais e municipais no COGERE**

Neste subeixo de análise sobre os recursos tecnológicos utilizados nos processos internos do COGERE, discute-se como têm se estabelecido as relações entre gestores do estado e dos municípios.

Como referido no decorrer deste estudo, para a consolidação do SUS a regionalização assume caráter central, constituindo-se a produção de institucionalidades uma aposta potente de arranjos na configuração dos sistemas de saúde, de maneira a viabilizar a implantação de políticas adequadas às realidades locorregionais.

É possível afirmar que, em nossa região, as relações entre a gestão regional e os municípios é caracterizada pelo formato tradicional e centralizado de planejamento e gestão, que é dominante na secretaria estadual de saúde e que repercute nas coordenadorias regionais. Prevalecem mecanismos de controle e regulação permeados por uma postura autoritária e tecnocrática, que relega à coordenadoria e aos municípios atribuições predominantemente administrativas e operacionais (FERLA et al., 2002b).

A situação acima pode ser ratificada através da fala de uma gestora municipal:

[...] realmente algumas atitudes são determinadas pelo estado, mas acho que as coordenadorias deveriam ter autonomia para resolver as questões relacionadas à região [...] Algumas coisas são acatadas por determinações do governo do estado e muitas vezes nós não concordamos, mas a gente acaba entrando junto [...] como a Casa da Gestante, acho que é importante, só que na nossa região [...] não teria por que ter uma Casa de Gestante de alto risco (E11).

É possível perceber esta assimetria nas relações que o estado estabelece com os municípios e a conformidade destes em aceitar as regras estabelecidas nesse processo. Diante da disputa de projetos políticos, fica explícita a reduzida autonomia da coordenadoria, limitando sua atuação à execução das determinações superiores, o que produz tensionamento dentro do espaço do COGERE.

Um exemplo que evidencia a centralização e verticalização das relações é o caso do programa Casa da Gestante, que é uma estratégia do governo do Estado do RS, o qual repassa recursos para hospitais de referência de uma microrregião que destinar leitos específicos para atendimento de gestantes com doenças relacionadas à gravidez.



Outro gestor municipal confirma os achados:

[...] essa questão da Casa da Gestante[...] então eu vejo qual é o fluxo dessa paciente para a Casa da Gestante. Isso lá no COGERE não ficou claro. Até que não se discutiu muito esse assunto. Foi aprovado, discutido a aprovação, foi aceito tudo normal, dentro do COGERE, mas muitas vezes chega pronto e não tem muito que discutir, e essa é a nossa briga [...] (E2).

As evidências demonstram fragilidade não só política, como também técnica do COGERE, ao assumir programas e projetos definidos e desenhados fora de seu âmbito subordinados à macropolítica do estado, em detrimento à elaboração de projetos construídos com o coletivo dos atores que integram o colegiado de gestão. Isso confirma a percepção de que a cultura centralizadora de gestão do estado é assimilada acriticamente pelos gestores regionais e municipais no fórum COGERE.

No entanto, o tensionamento entre os municípios e o estado pela democratização da gestão regional, pela horizontalidade nas relações e reconhecimento da legitimidade política dos gestores municipais nos processos de tomada de decisões tem ocorrido em outros espaços, no sentido de romper com a estrutura verticalizada e tecnocrática dos órgãos centrais de saúde, que induzem as instâncias municipais a implantarem os programas, transformando-os em simples gerenciadores de seus projetos:

[...] mas da coordenadoria eu acho que tem coisas que estão ficando para trás e que são importantes [...] tem coisas que são discutidas e aprovadas aí, mas questões da coordenadoria, por causa das normas determinadas de cima, não dão importância para as questões da microrregião, da realidade de sua região, mas dão por aquilo que é colocado pelo governo do estado. Então acho que tem coisas que não se resolvem ali. A Casa da Gestante é um exemplo (E12).

A fala nos permite inferir que o COGERE contribuiu pouco para horizontalizar as estruturas gestoras e para proporcionar novos encontros entre sujeitos, não se constituindo em um espaço capaz de produzir processos de decisão que levem em conta as diferenças existentes no contexto regional.

O depoimento de uma gestora reforça a existência da relação hierárquica e verticalizada. Nesse caso, do Ministério da Saúde com a Secretaria Estadual de Saúde e desta para com sua representação na região e, conseqüentemente, dela para com os municípios:

O estado não permite mexer na alta complexidade, a alta complexidade vem toda estruturada para o estado todo e para o Brasil. A alta complexidade é definida por lá, mas toda a média e baixa é a gente que tem que regular [...] e a gente que tá aqui como estado tem que ter a capacidade de bater martelo e levar para nossos superiores e fazer o enfrentamento: a necessidade da nossa região é isso, é isso que precisamos e lutar. Então, por isso, e é aí que eu acho que tá enfraquecido no poder político [...] (E3).

O achado corrobora com Vasconcelos (2005), que sustenta que o processo de descentralização mantém forte viés uniformizante e fragmentado, onde o gestor federal continua exercendo a unidirecionalidade normativa (tecnologia dura), mesmo que aparentemente negociada, formulando políticas e definindo os procedimentos a serem executados pelos estados e municípios, evidenciando a tensão entre controle e autonomia no processo de descentralização que impacta nas tecnologias utilizadas no COGERE.

Apesar de local de operar através da rede básica não é o “melhor desenho de modelo gerencial para construir uma assistência adequada aos princípios da universalidade e equidade, para produzir modelos centrados nos usuários”. E ele complementa que “o instituído obedece a certas regras do jogo e não admite outras” (MERHY, 2003a, p. 358).

É importante ressaltar o fato de que, apesar de reconhecer a rigidez hierárquica da Secretaria Estadual de Saúde, que elabora de maneira centralizada a macropolítica de saúde, seus grandes eixos norteadores, e que, diante disto, a função de gestão intermediária da região possui pouca legitimidade e poder para tomar decisões, em certos momentos o COGERE é acionado como fórum para fortalecer essa perspectiva regional e para avançar na construção de processos singulares:

E tem bastante coisas prontas que vêm e a ideia é justamente que o COGERE se aposse disso, porque a gente tem observado que certas regiões têm avançado mais, porque tem um COGERE mais efetivo [...] a gente vê que sozinho, nós da gestão aqui intermediária, é difícil avançar, ou seja, se tem um colegiado junto [...] porque é muita coisa que vem engessada e a gente tem que dizer que não quer, que não dá (E7).

A função da coordenadoria de assessoria técnica, de acompanhamento, de escuta das diferentes necessidades, de compartilhar, de trocar experiências, do olhar atento para as singularidades e especificidades de cada lugar, do acolher, do colocar-se no lugar de quem administra o dia a dia, parece não se efetivar. Esta gestora aponta para a necessidade de ressignificar e reinventar as instituições, utilizando tecnologias de diferentes naturezas, principalmente as leves:

Eu queria aprender, eu queria discutir nossos problemas, até trocar nossas experiências [...] Eu tô muito angustiada, é muita coisa e a gente esbarra em tudo. É papel e papel [...] é tanta coisa que a gente poderia discutir, trocar ideias [...] é uma dificuldade em falar com alguém [...] para nós municípios é fundamental ter acesso e conseguir falar com alguém [...] Teve um dia que liguei o dia inteiro, eu queria dividir uma angústia, tava precisando e não consegui. E a gente às vezes é muito mal atendida [...] tem muita dificuldade (E9).

Partindo da perspectiva do uso das tecnologias, Merhy (2006) coloca como fundamental no espaço da gestão a escuta dos ruídos do cotidiano como parte das ferramentas

analisadoras dos processos instituídos, como possibilidade para a reconstrução de novos modos de gerir e de operar o trabalho em saúde. Prossegue e alerta para importância de constituir processos intercessores com espaço para vozes e escuta das necessidades e demandas dos sujeitos implicados no processo de construção da saúde.

Apesar de uma expectativa dos gestores, no COGERE é pouco frequente o uso de tecnologias leves. As evidências apontam para a excessiva valorização por parte da gestão estadual de critérios epidemiológicos, do conhecimento bem estruturado e normativo como ferramentas fundamentais de gestão, ou seja, reconhecendo nas tecnologias dura e leve-dura (MERHY, 2002) ferramentas de maior relevância para o exercício gerencial, como se percebe através da manifestação desta gestora:

Eles conhecem as demandas que bate à sua porta. A epidemiologia de seu município eles não conhecem. Eles falam de uma coisa subjetiva, onde esta subjetividade só poderá ser verdadeira se a gente for buscar epidemiologicamente. Essa demanda que eles falam é do censo comum [...] mas do diagnóstico feito por um planejamento epidemiológico do município, de mortalidade do município, de morbidade, isso eles não têm, apesar de todos esses dados estarem disponíveis via *Internet* [...] (E3).

À importância dos atores dos municípios que se encontram no desempenho da função de governo é relacionada a expectativa de que constituam-se em **“especialistas em gestão”**<sup>18</sup>. Esse depoimento explicita o entendimento de que o conhecimento aceito como válido para desempenhar as atividades de gestor é somente o teórico, de origem técnico-científica, negando a possibilidade de outros processos pedagógicos capazes de produzir conhecimentos, tal qual apontam Pinheiro e Luz (1999) ao referir que se deve entender e transformar as práticas em fonte de conhecimentos de sua própria construção.

Concordo com Merhy e Ceccim, (2009) ser necessário que as ações e os serviços de saúde construam possibilidades que deem respostas à dimensão subjetiva das pessoas, expressas através das dores, angústias e aflições, assim como aborrecimentos, sofrimentos e problemas que chegam aos serviços de saúde. Portanto, há necessidade de se construir não apenas consultas e terapias baseadas em indicadores formais, epidemiológicos, mas também sensação de cuidado, assim como autonomia e desejo de vida em cada usuário.

Sendo o COGERE um espaço onde se constroem políticas para região, elas deveriam ser desenhadas a partir da ação dos diferentes sujeitos, os quais, de acordo com seus interesses, aliam-se ou confrontam-se na busca de afirmar ou mesmo de impor certa lógica de saúde que faça sentido a seu projeto, mas que poderá não fazer aos demais. Assim, diante da multiplicidade e até da impossibilidade de contemplar os interesses de todos, as alternativas

---

<sup>18</sup> Grifo da pesquisadora.

poderão ser negociadas democraticamente, ou impostas autoritariamente, a depender da condução do processo e das tecnologias em uso.

Um fator atribuído ao poder do estado está relacionado ao conhecimento técnico, sistematizado, que a instituição detém, atribuindo valor significativo a esse recurso tecnológico para a tomada de decisão:

[...] o estado como gestão tendo mais poder porque tem mais conhecimento, ou seja, a gente consegue articular e convencer porque a gente tem o poder do conhecimento [...] então a gente, com o conhecimento, tem o poder maior de poder articular e vencer as propostas por conhecimento (E7).

Esse depoimento corrobora com as observações da pesquisadora decorrentes de reunião do COGERE e registradas no caderno de campo:

Predomina intensamente a fala da gestão estadual durante as reuniões do COGERE, que são conduzidas com muito autoritarismo, ao mesmo tempo em que as colocações técnicas, administrativas dos representantes da coordenadoria regional de saúde são manifestações “de quem sabe, para quem nada sabe” e de quem tem que cumprir com as determinações enviadas via *e-mail* ou ali expressas.

A manifestação desta entrevistada, que representa a gestão estadual, reforça a valoração e o poder que têm os atores com maior conhecimento técnico, o qual, pelos achados desta pesquisa, estão vinculados à gestão regional, como pode ser percebido através desta fala:

[...] então o poder de decisão hoje está em cima de alguns dados que nós enquanto regional apresentamos a eles (E3).

Através do depoimento dessa gestora fica evidenciada a importância atribuída ao conhecimento sistematizado, no processo de tomada de decisões. Para Wendhausen e Cardoso (2007), a única forma de jogar o jogo do poder é considerar que existe a relação entre o saber e o poder; e, para Foucault (2003) através do conhecimento de outras verdades é possível questionar a verdade instituída. Para o último autor todo saber é político, porque todo o saber tem sua origem em relações de poder.

Auxilia-nos a compreender as relações que se estabelecem entre os atores que integram o COGERE Mendes (2008), ao afirmar que os processos participativos dependem, fundamentalmente, dos processos políticos em curso. Se a gestão for autoritária, a participação pode ser usada para legitimar ou cooptar, na busca de um consenso para aceitação de decisões políticas. Se os compromissos forem democráticos, podem ser criadas condições para ruptura com essa lógica, e a participação pode emergir como fundamento da ação política.

Para alguns gestores, as relações de poder que circulam nesse fórum têm nos representantes da gestão estadual maior intensidade, representadas pela estrutura hierárquica de verticalidade estabelecida pela instituição. Considerando que no COGERE estão envolvidos sujeitos com autonomia entre si, as relações de poder que deveriam predominar seriam as paralelas e não as hierárquicas, como parece estabelecer a gestão estadual em relação aos municípios. Nesse caso, se identifica um certo jogo entre forças institucionais bem territorializadas que realizam e cristalizam interesses de distintos tipos, e que se organizam com linhas de forças que disputam as várias lógicas que a instituição está expressando, explícita ou implicitamente (MERHY, 2002).

Como ressalta Scherer-Warren (2006), considera-se que numa organização em rede há uma distribuição do poder, ou seja, os centros de poder se democratizam e o poder se redistribui. No entanto, mesmo em organizações em rede há elos mais fortes que detêm mais poder de influência e de direcionamento (no caso, o estado). As redes, como qualquer relação social, estão impregnadas pelo poder, pelo conflito, bem como pelas possibilidades de solidariedade, de reciprocidade, de compartilhamento.

Os gestores municipais de saúde, a partir da necessidade de intervenção no COGERE, e pela característica assimétrica, hierárquica e burocrática, organizaram-se em outros espaços, os quais são considerados pelos gestores municipais como fóruns onde efetivamente se constituem os processos de negociação, pactuação, articulação, diálogo e aprendizagem. Essa reunião dos gestores é caracterizada por eles como oportunidade de expressar suas demandas, necessidades e dificuldades do cotidiano vivido, e também por uma relação mais horizontal que oportuniza troca, aprendizagem e vínculo, como se percebe pelas falas:

[...] as negociações se dão ali, mas se compõem fora dali também. Nós temos agora algumas reuniões e, em algumas reuniões da ASSEDISA, a gente discute antes as coisas que vão passar pelo COGERE. Uma vez por mês a gente se reúne de manhã com ASSEDISA e consórcio, e a tarde inteira com o COGERE, então a gente já se articula de manhã [...] (E5).

[...] tem a questão da AM centro que é bem importante [...] Eu me sentiria mais à vontade com o pessoal da AM centro. Eu não sei se ali eles são mais realistas, eles discutem mais, são mais positivos, eu não sei, mas eu enxergo mais o COGERE assim, eu acho que enrola um pouco [...] (E9).

[...] A gente tem outros fóruns que a gente consegue conversar, daí, assuntos mais do nosso dia a dia de gestão, mas não tão ligada à questão do SUS. Tudo é SUS. Mas eu digo não tão ligado a essa questão, não é algo regulamentado. A gente fala sobre o transporte consorciado, do consórcio que é uma realidade da vida do gestor e que hoje a gente tá lidando para readequá-lo. Os espaços como a gente não têm conseguido reorganizar o Conselho Regional de Saúde, temos hoje [...] também no mesmo dia do COGERE a gente se reúne numa reunião da ASSEDISA ali, junto ao consórcio [...] (E4).

As manifestações acima confirmam que os processos de negociação e muitas vezes de decisão têm acontecido em diferentes espaços, não instituídos formalmente, como o COGERE. Isto parece acontecer em decorrência da assimetria nas relações de poder que circulam internamente no COGERE, constituídas pelas relações hierárquicas e pelo domínio de conhecimento dos gestores estaduais e dos antigos gestores.

Nesse sentido, foi possível observar que, independente do papel da gestão regional, os gestores dos municípios entre si, mesmo que timidamente, vão inventando e construindo tecnologias que sinalizam para o estabelecimento de relações mais acolhedoras e solidárias. São relações de corresponsabilidade, como brechas que se abrem estabelecendo espaços intercessores entre os diferentes sujeitos, representando, sobretudo, o uso de tecnologias leves e trabalho vivo em ato (MERHY, 2002). Exemplo disso são as reuniões preparatórias às do COGERE, já referidas anteriormente, e as que acontecem nas microrregiões. Esses espaços têm sido o local onde os gestores vêm exercitando relações de trocas, de construção de alternativas, num processo de ensino-aprendizagem a partir da vivências cotidianas:

[...] a gente acaba sempre fazendo as reuniões da ASSEDISA e AM centro e muitas vezes até reunião microrregional, porque a gente busca se reunir na região da 4ª colônia, porque às vezes a gente tem problemas que em outras microrregiões não tem. Então a gente também procura se reunir com os secretários da 4ª colônia para conversar a respeito, e depois a gente vem aqui pra reunião da AM centro e do Consórcio e depois para o COGERE [...] (E11).

Através da manifestação dessa gestora, é possível supor que algumas iniciativas por parte dos gestores municipais que integram o COGERE estão sendo construídas, no sentido de criar mecanismos que os fortaleçam, para que possam intervir nesse cenário, de modo a se contrapor ao instituído. Foucault (2003) salienta que onde há uma relação de poder, há também uma possibilidade de resistência. Isso nos conduz a pensar que os gestores podem construir estratégias para resistir à dominação da gestão estadual.

O depoimento desta gestora traz o desejo de que esses espaços possam ser gerenciados de modo mais coletivo, partilhado, que possibilite aos atores em situação de governo pensar processos políticos implicados com as mudanças, que permitam instituir arranjos com potencialidade para produzirem novos desenhos e novas direcionalidades, no agir em saúde (MERHY, 2002):

[...] nestas reuniões a gente troca experiências, então é um incentivo maior para tentar melhorar e se reunir para lutar pelos objetivos da região. Na verdade este espaço é de construção coletiva, de troca, de compartilhar [...] é de grande significação tu participar e saber o que tá acontecendo na região, qual a deficiência que todos os municípios estão tendo (E12).

No entanto, apesar de desejado, as observações evidenciaram que as reuniões do COGERE não têm se constituído como um fórum em que a gestão seja de fato participativa e compartilhada. Esse fato pode ser ilustrado através do registro da auxiliar de pesquisa, como resultado da observação de uma das reuniões do COGERE:

A coordenação do COGERE toma posições e persuade os demais membros do colegiado a pensar da mesma maneira. São parciais, buscando disputar interesses que vão de acordo com sua visão política e não em benefício da população que verdadeiramente usufrui do atendimento. Acredito que falte democracia dentro das decisões tomadas nessas reuniões, pois discutem assuntos e não convidam os membros interessados para participarem no intuito de construir juntos um sistema de saúde que realmente funcione, como é caso da rede integrada de apoio ao HUSM. Percebe-se que, em todas as decisões ali tomadas, há uma imposição dos membros dirigentes de forma disfarçada, na qual se aproveitam da falta de experiência dos demais membros do colegiado.

Segundo Solla,

em muitas situações, a desigualdade do poder entre as esferas de gestão induz fortemente a decisões que privilegiam interesses dos gestores estaduais sobre os municipais, com resultados por vezes inadequados ao processo de descentralização (SOLLA, 2006, p. 341).

De forma geral, a competição é mais intensa que a cooperação entre os gestores, o que parece ter semelhança com a fala deste gestor:

[...] eu tenho dito nas reuniões dos secretários que nem tudo aquilo que é de interesse do estado, no COGERE onde nós fazemos parte, são os mesmos interesses e decisões que nós entendemos que devemos tomar em relação [...] porque não é interesse do estado, mas este interesse diverge dos nossos em algumas coisas (E10).

As relações são partes constitutivas do processo de trabalho e matéria-prima para compreender como está se dando a gestão, haja vista que nela se processam as relações de poder compartilhado, relativo, parcial, autoritário. O tipo das relações e as tecnologias em uso encaminham para uma gestão participativa, democrática ou, pelo contrário, autoritária e centralizadora e vice-versa.

Sendo o COGERE um espaço constituído por pessoas, cujo produto esperado são definições a partir da conciliação de interesses diversos, se tem uma expectativa de que todos os atores se coloquem em cena e sejam implicados com a gestão da saúde, pois governam diferentes espaços. Nesse contexto, as contratualidades entre estes atores sociais e políticos, mesmo que sob forte tensão, resultariam no modelo regional de saúde (MERHY, 2003).

No caso do COGERE, não se percebe que esse modelo esteja em debate, mas sim que a potência desse fórum é influenciada pela maneira como é ele constituído. A ausência de atores importantes para o sistema de saúde, que são os trabalhadores, usuários e prestadores,

com suas especificidades e singularidades, o respeito e o entendimentos de suas diferenças impacta no resultado do fórum.

A excessiva dependência e a pouca autonomia da gestão regional, diante das determinações da política de saúde instituída pelo estado, tem se colocado como fator limitador para organizar um sistema de saúde construído a partir das especificidades locorregionais e das necessidades das pessoas, o que tem se constituído como ponto de tensão entre os atores que formam o COGERE.

Na relação entre gestores estaduais e municipais no COGERE, é possível afirmar que há o predomínio do uso de tecnologias duras e leve-duras, do conhecimento técnico, estruturado, uso da norma, ou seja, do instituído, verticalizado, centrando-se na operacionalização das definições produzidas em outros espaços. Sendo a capacidade de operar com as tecnologias duras e leve-duras critério definidor da relação entre os atores e da avaliação da potencialidade destes para atuarem no fórum e para serem reconhecidos como atores legítimos no desempenho da tarefa de gestão. Há indicativos de que as relações entre os gestores estaduais e municipais é pouco potente para construção em ato de trabalho vivo, que resultaria das tecnologias leves da articulação, relação e implicação.

Em síntese, as evidências aqui explicitadas apontam que a relação entre gestores estaduais e municipais no espaço do COGERE é permeada por hierarquia, resposta aos programas e projetos centrais, tendo como consequência a restrição da autonomia dos atores da região, gestores estaduais e municipais.



## **CAPÍTULO 5**

### **A RELAÇÃO DO COGERE COM A ENFERMAGEM: FORMAÇÃO ACADÊMICA E GESTÃO**

Para analisar a relação do COGERE com a Enfermagem, efetuou-se um recorte das profissões da saúde, tratando especificamente da profissão de enfermagem, decorrente de dois fatores: primeiro, a presença de enfermeiros nas reuniões do COGERE; e segundo, pelas manifestações dos sujeitos entrevistados referenciando este profissional diferentemente dos demais. Em decorrência disso, a pesquisadora, como enfermeira, sentiu-se instigada a compreender o papel que os enfermeiros efetivamente têm desempenhado na gestão e a sua relação com a formação acadêmica.

Para além da inserção da autora nessa categoria profissional, o fato de haver um núcleo de conhecimento e práticas de gestão no processo de formação desses trabalhadores poderia indicar um trânsito mais ágil dos mesmos por esses espaços.

Um registro preliminar deste eixo de análise em relação aos enfermeiros, diz respeito à sua participação nas reuniões do colegiado, alguns acompanhando os gestores dos municípios e outros na condição de representantes da gestão municipal e regional.

Apesar de o fórum ter sido institucionalizado como fórum de participação dos sujeitos em situação de governo, pelas observações da pesquisadora e pela análise da lista de participantes da reunião, percebe-se que os enfermeiros que participam da reunião, sem estarem exercendo o cargo de gestor, estão na condição de assessores dos gestores recentemente empossados na função. Principalmente daqueles cuja formação não tem relação direta com as profissões típicas da área da saúde.

Os registros apontam, ainda, que a participação dos enfermeiros não se traduz pela vocalização, já que não se manifestam verbalmente. Percebe-se que exercem um papel técnico e administrativo. Exemplo disto foi a pauta que discutiu o tema da Gripe H1N1, quando houve um aumento significativo da participação desses profissionais na reunião, decorrente da urgência de implantação de ações que respondessem a essa demanda.

A importância dos enfermeiros como apoiadores, cuja formação técnico-administrativa os qualifica para assessorar os detentores de cargos governamentais, é reforçado no depoimento do gestor. Sua fala retoma o olhar sobre a atuação dos enfermeiros, com destaque para os campos técnico, normativo, administrativo e operacional, requisitos considerados por ele importantes para organização e execução de ações em serviços de saúde.

Entretanto reconhece a lacuna na formação do enfermeiro, no que tange ao aspecto sociopolítico do campo da gestão pública, que o habilite a exercer o papel de articulador, negociador com habilidade para construção de consenso:

Eu noto o seguinte, que a questão tem dois grupos de profissionais. Tem aqueles muito técnicos, muito rigorosos, e em decorrência disto têm muita dificuldade do jogo de cintura, porque, para os principais cargos de gerência, tu tens que ter uma maleabilidade, por isso precisamos ter a nosso lado bons assessores técnicos, para o gestor poder exercer o papel político. O coordenador técnico que assessora o gestor tem que ser técnico mesmo [...] porque a gente tem que controlar os conflitos, tem que ajudar, tem chegar para propor, negociar, porque o gestor tem que negociar e o executor tem que executar, o assessor de execução tem que executar a partir do momento que se chega num consenso [...] (E5).

Parece evidente que o modelo de atuação dos enfermeiros reproduz nas suas relações cotidianas, a herança do estilo tradicional de gerência, ou seja, relações autoritárias, hierárquicas e assimétricas. Essas imagens muitas vezes são reais, e outras vezes foram sendo construídas ao longo do tempo da história da profissão de enfermeiro.

O depoente classifica os enfermeiros no grupo dos profissionais que exercem suas atividades com excesso de formalismo, exagerado apego aos instrumentos normativos, com rigidez comportamental e hierárquica valorizando sobremaneira as estruturas, regras e normas institucionais, com pouca perspectiva de mudança frente ao instituído.

Na perspectiva de Spagnol (2005), a enfermagem no contexto atual precisa construir outra visão de gestão, que não seja pautada nos princípios e conceitos da teoria clássica da administração, cujo modelo foi determinado historicamente por fatores econômicos, sociais e culturais.

Para tanto, como aponta Mishima et al (2000) a atividade gerencial deve ter caráter articulador e integrativo, sendo determinada e determinante no processo de organização de serviços e efetivação de políticas sociais, em especial da saúde. Deve, para isso, estar pautada em princípios éticos, democráticos e com foco no processo de trabalho, tendo o trabalhador e o usuário dos serviços de saúde como atores sociais que têm interesses, desejos e necessidades.

Talvez isso explique o posicionamento pouco expressivo e convincente deste entrevistado, quando questionado sobre a atuação política do enfermeiro no exercício do cargo de gestor da saúde, que estes passam quase despercebidos, tendo pouca visibilidade e destaque no cenário regional:

Eles são os melhores assessores que tem no mundo, eu conheci alguns gestores de enfermagem, aqui mesmo no CRS e no COGERE, mas não posso te dizer se isto influencia ou não. Alguns sim, uns colegas a gente sabe que eram bem sucedidos,

mas outros a gente não sabe se eram, mas na política tu sabes como é [...] mas eu entendo que não existe melhores assessores, não tem melhor colaborador do que o enfermeiro [...] (E5).

Esse depoimento registra, em relação à enfermagem, uma dicotomia que é significativa para a análise: as dimensões técnica e política do trabalho na gestão. Como se viu, a dimensão técnica é referente às normas e à organização formal do processo de trabalho. Uma dimensão predominantemente instrumental, que estaria associada ao trabalho do enfermeiro, porque relacionada à aplicação, no cotidiano, de disposições anteriores ao mesmo.

Em oposição, porque pertencendo a outro polo, mas também em complementação, estaria a dimensão política, referida como o âmbito das negociações e do “jogo de cintura”. Essa dicotomia, que parece fazer apenas sentido analítico, aprisiona as competências do profissional de enfermagem em um núcleo externo à gestão. E, no que refere ao plano micropolítico, coloca esse profissional como operador de saberes estruturados, de caráter técnico-normativos, cuja presença expressiva no COGERE corrobora com os achados já explicitados anteriormente de que nesse espaço predomina o uso das tecnologias duras e leve-duras.

É considerado relevante o conhecimento técnico sobre o SUS, evidenciando o peso que os gestores têm dado às tecnologias bem estruturadas, inclusive na análise sobre a enfermagem e sua relação na gestão:

Eu acho que ser secretário de saúde fortalecesse alguém ser da área da saúde. Agora, a visão desse profissional da saúde que tem sobre o sistema de saúde é que faz a diferença, porque tu pode ser a melhor enfermeira e ter toda uma visão, mas, agora, se tu não tem conhecimento técnico do SUS, de gestão, da hierarquia do sistema, de toda essa complexidade, tu não consegue ser secretária [...] (E3).

O depoimento acima corrobora parcialmente com achados de Melo e Santos (2007), em estudo realizado com enfermeiras gestoras de saúde, onde os conhecimentos técnicos e as atividades específicas do núcleo da enfermagem são reconhecidos e ressaltados como fundamentais. Mas é preciso destacar que a ênfase para o trabalho de gestão, também nesse depoimento, não está relacionada à formação profissional.

De aparência paradoxal, esta mesma gestora considera importante, para o gestor desempenhar bem sua função, que, além do conhecimento administrativo, também tenha inserção política, explicitando que, no campo administrativo, o enfermeiro consegue circular com certa facilidade, fato que o leva a exercer função técnica de assessoria:

[...] para mim um Secretário Municipal de Saúde é um agente político. Ele tem que entender de política, tem que sair para arrecadar recursos. É um agente político porque é um cargo político e isso não vamos mudar. Quem assessora esse agente

político? Aí é que tá, é o enfermeiro. Geralmente em quase todos os municípios o enfermeiro é que está assessorando [...] (E3).

Através dessa manifestação, o papel reservado aos enfermeiros parece ser aquele em que não é necessária maior aproximação com os aspectos políticos, aprisionando-os à aplicação da técnica e reforçando o papel coadjuvante que historicamente os enfermeiros vêm exercendo, dando pouca visibilidade aos profissionais da área. Esse fato parece ter relação com a formação acadêmica, a qual se depara com um limite que desafia a inovação, numa tensão com o paradigma biomédico ainda hegemônico e na transição para além dele (FERLA et al., 2009). Ou seja, técnica e política, no trabalho em geral. Mas também, especificamente, no trabalho de gestão em saúde, não podem dissociar-se, principalmente se a dimensão política for compreendida num sentido ampliado, que é de natureza eminentemente relacional.

O papel de apoio que o enfermeiro exerce, e que sustenta quem está no exercício da gestão, em espaço instituído de poder, segundo os entrevistados, está relacionado à sua formação e vivência refletida nos serviços, que está vinculada ao campo da administração clássica, com ênfase na gerência relacionada à técnica, aos aspectos organizativos, operacionais, em detrimento aos sociopolíticos. Talvez isso seja indicativo do fato de outras profissões estarem ocupando os espaços de gestão:

[...] Isso é o que a gente vê hoje, mas a gente sabe que já teve aqui na história da região quatro ou cinco enfermeira secretárias de saúde, mas agora tem outros profissionais. Tem fisioterapeuta, tem psicólogo, as outras áreas da saúde estão entrando também na área da gestão. Mas eu acredito que o enfermeiro tem, na academia, a gerência de serviço que a psicologia, a fisioterapia não têm (E3).

A gerência de serviços que a academia tem reservado para formação dos enfermeiros parece contribuir com o desempenho tecnoburocrático do enfermeiro, prática eleita como “fundante do seu exercício profissional” (FERRAZ, 2000, p. 93), sujeitando-os à técnica, ao adestramento, às evidências da ciência e à organização disciplinar de conhecimentos e práticas, reduzindo a autonomia e o protagonismo dos profissionais (FERLA et al., 2009).

Ainda relacionado à formação acadêmica, a gestora afirma que a enfermagem tem em seu currículo a disciplina de administração, o que é relevante, porém insuficiente diante da complexidade e diversidade das demandas da sociedade. A abordagem predominante da academia tem se restringido ao núcleo de conhecimentos da enfermagem, necessitando ampliar a sua abrangência para o campo da saúde coletiva:

Eu acho que não credencia, mas acho que consegue dar uma visão. Mas o que a gente tem é só no campo do núcleo [...] no núcleo da enfermagem, não no campo político. O conhecimento técnico do enfermeiro e ele realmente dá suporte para

gerenciar a enfermagem, não numa complexidade de SUS. Isso a academia não dá. Por mais que ela dê SUS [...] (E3).

Esse depoimento ilustra claramente as deficiências da formação acadêmica diante do desafio de construção do SUS, tendo em vista que as teorias da administração não têm subsidiado os enfermeiros para construir novas relações de trabalho na saúde, que permitam refletir acerca de sua prática.

Para inverter essa lógica, podemos nos filiar a Spagnol (2005), propondo a busca de novos referenciais teóricos, que utilizam conhecimentos de outras disciplinas capazes de melhor compreender os determinantes sociais do processo saúde/doença, de maneira a produzir impacto na mobilização ética e política, de forma a traduzir em práticas de cuidado e gestão no SUS.

Outro aspecto identificado que explicita a relevância da participação dos profissionais de enfermagem no COGERE e na relação de apoio à gestão é que, para a maioria dos gestores, os enfermeiros desempenham um papel fundamental nos serviços de saúde dos municípios. Referem-se a eles como sendo profissionais de muita responsabilidade e compromisso com os serviços de saúde. Essa valorização parece estar vinculada à sua disponibilidade em assumir inúmeras atividades, como se o fato de “ser enfermeiro” fosse uma missão. A vinculação à origem do trabalho da enfermagem, como assistência caritativa e religiosa refletida em sua trajetória histórica de submissão, ainda está presente no imaginário da população:

[...] para mim enfermeira é uma profissional fundamental, acredito que 90% da secretaria de saúde se resume nas ações das enfermeiras, porque não sei se é um sacerdócio que vocês têm. Porque vocês não medem tempo, nem horário, nem chateação e olha é a grande maioria, 99% de vocês fazem isso. Dá para contar com as enfermeiras, e há um comprometimento sério delas, onde tu não encontras em nenhuma das outras profissões [...] (E5).

Esse depoimento vem corroborar com Loyola (1988, p. 101), ao referir que “os enfermeiros incorporam os aspectos sociais e religiosos de seu ideal profissional na figura abnegada e docilizada do anjo de branco”. Ou ainda, como refere Carapinheiro (1998), centrados na valorização do seu papel psicossocial, na ideia de vocação ou de missão, sendo protagonistas de uma concepção e orientação ideológica humanitária da profissão.

Concordamos com Pires(1989) ao abordar a subordinação do enfermeiro ao médico como relacionada em grande parte ao exercício prático da profissão, onde o papel social da subordinação das mulheres se reproduz também no espaço privado, da família.

A história da exclusão do papel feminino na sociedade contribui na reprodução das relações de poder, de dominação-submissão até hoje presentes no setor saúde.

Diferente de outras profissões, os profissionais de enfermagem acabam por dar sustentabilidade, muitas vezes, ao mito da doação vocacional, na perspectiva de garantir prestígio social, demonstrando a fragilidade da inserção das enfermeiras em projetos e espaços de poder.

Evidencia-se desde o início do trabalho estruturado em saúde, que o médico é o centro da atenção, e como gerenciador da assistência delega funções parcelares aos outros trabalhadores sob seu controle, legitimando seu poder e a submissão dos enfermeiros a esta categoria profissional.

Nesse contexto, Pai, Schrank e Pedro (2006) afirmam que as contribuições da enfermagem acabam sendo sustentações às práticas médicas, constituindo-se de um trabalho complementar na hegemonia médica e assim sendo reconhecido pela sociedade. Para os autores, a enfermagem espelha o resultado das políticas sociais e econômicas, é produto de interesses diversos e de disputas de relações de poder.

Entretanto, a demanda que tem emergido para os profissionais da enfermagem, segundo Lima et al. (2005), aponta para tendências e expectativas em relação à produção de um modo de fazer enfermagem baseado na evidência da solidariedade, da comunicação, ou seja, da competência humana que é também ética e técnico-política.

Auxilia-nos, nessa discussão, Campos (2000), ao definir o núcleo como demarcador da identidade de uma área de saber e de prática profissional, e o campo como espaço de limites imprecisos, onde cada disciplina ou profissão buscaria em outras o apoio para cumprir suas tarefas teóricas e práticas. Nesse sentido, os saberes e sua organização em práticas ocorrem mediante a atuação com base em conhecimentos que transcendem as disciplinas especializadas.

Concordo com Ferla et al. (2009), ao afirmar que a formação do enfermeiro deve superar posturas hierárquicas entre os profissionais de saúde que disputam os limites em torno dos núcleos de competência disciplinar de cada profissional, estabelecendo uma relação respeitosa de construção coletiva com efetiva interação entre as profissões, de modo a desenvolver novos conhecimentos que transformem a lógica de formação e de atuação em saúde.

O modelo biomédico que prioriza a área da assistência hospitalar, vinculada aos procedimentos, baseada em ações programáticas fragmentadas, é prevalente no ensino, na organização dos serviços, na assistência prestada e no próprio senso comum, causando baixo impacto na mobilização ética e política, as quais teriam potência para transformar as práticas concretas do cotidiano dos serviços ( FERLA et al, 2009)

Segundo um sujeito pesquisado, esse modelo continua despertando maior atenção dos alunos. Essa lógica constitui uma lacuna na formação dos enfermeiros, colocando-os como coadjuvantes nos processos políticos de gestão:

[...] Eu tenho dificuldade para os alunos do 8º semestre ficarem comigo na gestão, porque eles querem fazer tudo na assistência, nas políticas, saúde da mulher, saúde da criança, ou no hospital. Então eu tô dizendo pra eles virem pra cá, pra gestão, para poderem assessorar os secretários, que hoje eu acho que o papel fundamental nosso é de ser adjunto de secretário, né? Porque o secretário... e a gente não vai mudar do secretário de saúde ser o agente político, que é o cargo de confiança do prefeito. Eventualmente nós vamos ter sim enfermeiros na secretaria de saúde, mas eu acho que nós temos que fortalecer esse cargo de confiança com função gratificada na assessoria (E3).

Esse depoimento evidencia o reconhecimento do núcleo da enfermagem como potente no uso de tecnologias dura e leve-dura, e insuficiente para as tecnologias leves da negociação, articulação, relação e vínculo, características essas consideradas fundamentais para os gestores, e, portanto, como limite para a enfermagem exercer essa função.

Para Canônico e Brêtas (2008), o grande desafio na formação dos estudantes, para atuarem no SUS, passa pela tomada de consciência por parte dos docentes, sobre a necessidade de instrumentalizar técnica, científica e politicamente os futuros profissionais diante das questões sociais e políticas do país.

Da mesma forma, Ceccim e Feuerwerker (2004) reforçam que a formação dos profissionais de saúde tem se mantida alheia à organização da gestão do Sistema Único de Saúde, perpetuando modelos conservadores centrados em aparelhos, sistemas orgânicos, tecnologias especializadas, equipamentos de apoio diagnóstico e terapêuticos (tecnologias duras).

Fica explícita a dificuldade que os profissionais enfermeiros têm em participar de espaços políticos, que não são campos neutros, mas sim de saber e de disputa de relações de poder. Esta limitação política dos enfermeiros, segundo Melo e Santos (2007), decorre da falta de conhecimento mais abrangente sobre política, principalmente política de saúde e de gestão do SUS. Fato este corroborado pelos achados deste estudo, em que os profissionais de enfermagem se fazem presentes no espaço do COGERE, que é aprisionado pela norma, hierarquia, conhecimento estruturado e técnico, ao mesmo tempo em que a sua presença reproduz e reforça essa característica do fórum.

Esta fragilidade política dos enfermeiros é experienciada pela gestora entrevistada, que manifesta as dificuldades que tem enfrentado no desempenho da função de gestora municipal de saúde. Atribui a dificuldade à sua formação acadêmica ter se dado fundamentalmente no campo das tecnologias duras (MERHY, 2002) dos equipamentos, das normas e dos

conhecimentos estruturados (tecnologia leve-dura) e da capacidade de operar com base neles. O aprendizado de gestão tem se dado através da experiência cotidiana:

Na graduação, na verdade tu não vê tudo sobre políticas públicas. Tu vê mais geral e atenção hospitalar de alta complexidade, mas a parte pública mesmo é bem restrita, acho que teria que melhorar na graduação. Para mim [...] assumir o cargo de Secretária de Saúde foi uma novidade para mim [...] mas aprendi bastante. Tu tem que procurar te informar, tem vários municípios que estão na frente e a gente tem que entrar em contato, buscar experiências e buscar conhecimento [...] a formação é restrita à área hospitalar ou unidade básica, mas, gestão, isso na academia não abrangeu significativamente para ter experiência para executar meu trabalho (E12).

Essa fala aponta o reconhecimento e a importância da gestão compartilhada, de trocas, de escuta, de criação, de articulações, onde o principal objetivo é o trabalho vivo em ato mediado pelas relações entre os sujeitos (MERHY, 2002). E para a relevância da inovação no processo de formação dos profissionais, reconhecendo a transversalidade entre o mundo do conhecimento e o mundo do trabalho incorporado ao desenvolvimento de novas capacidades, de maior autonomia e de maior compromisso ético e político com a saúde.

Nessa perspectiva, também é referida a necessidade das universidades contribuírem para formação de enfermeiros com potencialidade para assumirem funções técnicas, administrativas e políticas. Para tanto, a teoria conectada à prática, aos serviços de saúde, contemplando as diversidades e especificidades do Sistema Único de Saúde é uma demanda apresentada. Em relação a isso, a entrevistada assim se manifesta:

Em minha opinião trabalhar mais as políticas públicas, gestão e gerência, e um campo de estágio significativo seria nas secretarias municipais de saúde. É uma questão bem significativa para formação profissional e para academia ter melhor conceito. [...] bem descolado, porque lá na academia tu não tem como funciona a secretaria de saúde. E a maioria do pessoal, quando sai da faculdade, a intenção é serviço público, e serviço público é bem diferente do privado, tem certas limitações, e é uma visão diferente. Porque a intenção, acho que da maioria dos municípios, é trabalhar a atenção básica não média e alta complexidade (E12).

Essa gestora tem vivenciado na prática as fragilidades da formação e parece nos dizer que o aprendizado dos profissionais tem representado uma probabilidade menor de protagonizar processos propositivos de políticas públicas, em especial de produção de saúde (CECCIM, 2005).

Para Lima et al.,

a academia precisa reconhecer que as Universidades têm sido muito lentas e os serviços tem sido mais eficientes e ágeis, em relação às instituições formadoras, em se adaptar e operar transformações, e na incorporação de tecnologias, entendidas como equipamentos e mudanças de atitudes dos profissionais (LIMA et. al, 2005, p. 63).



Além do aspecto acima apontado, essa questão abordada pela entrevistada se assemelha aos achados do estudo realizado por Canônico e Brêtas (2008) com estudantes do VER/SUS. As autoras afirmam que os estudantes utilizam os serviços do SUS para seu aprendizado técnico científico, no entanto, não são formados para atuar nele de maneira crítica e reflexiva, tendo inclusive uma visão negativa e distorcida do sistema de saúde em si.

O que se observa, é uma incorporação tênue do SUS na formação, prevalecendo um imaginário de saúde com utilização de equipamentos tecnológicos altamente sofisticados, tendo o hospital como o topo de uma hierarquia qualitativa de trabalho, o emprego público como alternativa de sobrevivência e produção de práticas coletivas, enquanto o trabalho de maior dedicação estaria no subsetor privado, com atendimento individualizado e consumidor de procedimentos (CECCIM; FERLA, 2008).

Como alertam, Ferla et al (2009, p 27), é preciso que a academia reconheça que a formação dos profissionais de saúde “não pode e não deve estar centrada apenas no desenvolvimento de capacidades técnicas e científicas do combate/controlado das doenças, mas também nas dimensões humanas, éticas, filosóficas, sociais, emocionais e políticas”.

No entanto, percebe-se que o processo de formação e o papel social dos profissionais de saúde, entre eles os enfermeiros, contribuem para que os espaços de gestão em que atuam sejam predominantemente do exercício da tecnologia dura e vice-versa. Esses profissionais sentem-se competentes, porque preparados pela academia para isso, para atuar em fóruns que sejam caracterizados pela técnica e pelo conhecimento estruturado, sendo o COGERE um exemplo.

O caráter tecnicista e extremamente rigoroso, características presentes no cotidiano do trabalho dos enfermeiros, tem domínio dos saberes das tecnologias leve-duras e duras (MERHY, 2002), onde os saberes da tecnologia leve-dura destinam-se à organização da atuação em saúde, utilizando-se dos conhecimentos estruturados dos profissionais de saúde. Neles se inclui o saber específico da enfermagem, os protocolos e rotinas de atuação profissional. E a tecnologia dura, que abrange a parcela de trabalho morto em saúde, utilizada na enfermagem como saber tecnológico expresso nos equipamentos, materiais de consumo, manuais, organogramas, regulamentos, contribui para os que os espaços de gestão em que atuem usem predominantemente esse tipo de tecnologia.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo consistiu na análise da micropolítica do trabalho no espaço do Colegiado de Gestão Regional – COGERE. Buscou compreender quais tecnologias são desenvolvidas e utilizadas pelos gestores no COGERE para a tomada de decisão e como estas tem dialogado com a proposta de regionalização da saúde, bem como identificar o protagonismo dos atores que coadjuvam no espaço do COGERE.

O processo de construção deste trabalho apontou que a organização de dispositivos institucionais de articulação entre os gestores é anterior à Constituição Federal e à criação do Sistema Único de Saúde – SUS. Pois, já em 1987, por ocasião da instituição do Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde, o SUDS, trazia em sua formatação a constituição de um espaço de participação dos gestores de forma cooperada entre os entes federativos, com vistas a integrar ações e serviços de saúde. Esse dispositivo constitui as chamadas Comissões Interinstitucionais de Saúde – CIS.

A opção pela descentralização da saúde, garantida na Constituição e reiterada na lei orgânica da saúde, foi disciplinada através das Normas Operacionais, que eram os instrumentos editados pelo Ministério da Saúde na tentativa de operacionalizar o SUS. A Norma Operacional de 1993, dentre seus pressupostos, referenda a descentralização, cuja efetivação deveria ocorrer através do diálogo, negociação e pactuação entre os gestores, estabelecendo como espaço para isso, no nível nacional, as Comissões Interinstitucionais Tripartite – CIT, e no nível de estados as Comissões Interinstitucionais Bipartite – CIB.

Ao longo da implantação do SUS, o Ministério da Saúde vem editando normas que induzem à organização do sistema de saúde, através de portarias, as quais determinam aos estados e municípios o modo como devem atuar. No entanto, apesar de todo o arcabouço legal disponível e do reconhecimento da importância da regionalização para consolidação do SUS, no cotidiano das práticas de saúde isto não vinha se efetivando, levando o MS em conjunto com os gestores a construir alternativas, culminando com o Pacto pela Saúde.

O Pacto pela Saúde foi instituído na perspectiva de substituir as normatizações demasiadamente rígidas, por pactos sociopolíticos acompanhados de divisões de poder, de recursos e competências entre os entes federados. Ele trouxe, em sua proposta, a regionalização da saúde como eixo estruturante para consolidação do SUS, e o Colegiado de Gestão Regional – COGERE como dispositivo para articulação, pactuação e cogestão solidária entre os gestores.

Portanto, dispositivos de participação entre os gestores não são invenções atuais, mas do contexto das políticas de saúde de nosso país. E foi no caso particular do COGERE da região central do Estado do RS que este estudo buscou mapear o protagonismo dos sujeitos que o integram. Bem como analisar as tecnologias que estão sendo utilizadas pelos gestores nesse espaço e sua efetiva capacidade de intervir no processo de tomada de decisão para organizar a regionalização da saúde no âmbito da 4ª Região Sanitária. Com isso, respondeu aos objetivos propostos no estudo.

Quanto ao protagonismo dos atores no COGERE, verificou-se que a possibilidade dos sujeitos que o integram serem de fato protagonistas está relacionada ao formato do fórum, o qual segue modelo determinado pelas regras instituídas nacionalmente. A obrigatoriedade de consenso, somada à predefinição da coordenação e à postura das lideranças no fórum sinalizam para o COGERE como um espaço que tem se caracterizado por ser verticalizado e formal, com predomínio das intervenções dos representantes estaduais, seguidos dos gestores mais antigos, fatores que impactam no protagonismo e nas relações de poder que circulam entre os atores que integram esse espaço.

Os dados encontrados indicam que os secretários municipais de saúde da região se fazem mais presentes nas reuniões do COGERE, o que permite concluir que esse espaço tem maior importância para esses atores. Verificou-se ainda, em relação à frequência nas reuniões, de que está associada aos momentos políticos vivenciados pelos gestores, constatado através da diminuição da frequência nos momentos que antecedem as mudanças administrativas das gestões, sinalizando para o fato de que a dinâmica dos governos e seus tempos impactam na construção dos processos de pactuação do SUS.

Enquanto isso, os representantes da gestão estadual se fazem menos presentes, seja porque efetivamente não comparecem, seja porque, quando estão presentes, não participam da totalidade da reunião, com destaque para ausência dos técnicos que compõem a representação da coordenadoria regional. Esta ausência dos técnicos foi confirmada através das observações, e também das manifestações dos sujeitos entrevistados, que não os indicaram para participarem da pesquisa, tampouco os mencionaram em suas entrevistas. O que permitiu que algumas hipóteses fossem levantadas, quais sejam: De que maneira se deu o processo de indicação desses técnicos para representar a instituição? Como têm se construído os processos decisórios no interior da coordenadoria? Têm ocorrido debates a respeito dos temas que compõem a pauta das reuniões? Outra hipótese levantada diz da própria percepção dos técnicos, no que tange ao papel político que desempenham nesse fórum.

Essa atitude dos técnicos parece estar ligada à prática institucional e às relações hierárquicas demarcadas pelo controle do trabalho vivo em ato, limitando a possibilidade dos trabalhadores inventarem novos sentidos para o desenvolvimento de suas atividades, e sofrendo, ainda, a influência das políticas governamentais, formação acadêmica e valores culturais, éticos e sociais do mundo onde vivem. Trata-se de questões relevantes a serem investigadas, que entretanto não são objeto deste estudo.

No que concerne à pauta das reuniões, constatou-se que a gestão estadual, através da coordenadora do fórum, exerce papel principal na definição das pautas do COGERE. O aspecto definidor das mesmas é a lógica normativa e centralizada do sistema de saúde, assimilada também pelos técnicos representantes da gestão estadual, que impõe ao fórum regional o debate das questões previamente definidas em outros espaços da gestão, em especial através das normas, portarias e demandas tecnicamente justificadas, ou seja, as tecnologias duras e leve-duras, influenciando na organização do COGERE.

A pouca participação dos gestores municipais na definição das pautas e a preponderância da gestão estadual podem ser compreendidas nesse contexto. Primeiro, como referido anteriormente, resultante do formato do fórum, em especial a definição da coordenação como membro nato, com o delegado regional como coordenador; e pela condução das reuniões, ao não se estabelecer espaço no próprio fórum, portanto com a participação de todos, para a definição das pautas. Segundo, pela lógica estabelecida que, de forma centralizada, estabelece os temas a serem abordados.

No entanto, a pouca participação dos gestores na elaboração da pauta não significa ausência de participação dos mesmos no debate, na medida em que estes se organizam previamente para a discussão. Eles constituem fóruns próprios, considerados “protegidos”, para os seus processos de negociação, pactuação e para uma intervenção organizada no COGERE, produzindo o que Merhy (2002) define como linhas de fuga ao instituído.

Ainda em relação ao protagonismo dos atores no fórum, apesar dos dados encontrados indicarem que os gestores municipais têm maior frequência, são a maioria e atribuem maior importância ao COGERE, a definição da pauta e o resultado encontrado no debate das temáticas apontam para uma possibilidade maior de intervenção no fórum da gestão estadual. Em decorrência, há maior influência desses atores na condução do COGERE, o que explica o fato das temáticas que predominaram na agenda das reuniões terem sido definidas pela gestão estadual e estarem relacionadas à organização da assistência. Isso se dá através da regionalização dos serviços, com vinculação ao modelo de saúde vigente, com predomínio de tecnologia dura, baseada em procedimentos diagnósticos e de tratamento, tendo as portarias,

normas, programas federais e estaduais como parâmetro para os debates e encaminhamentos, e não as necessidades da população.

Nesse sentido, os achados confirmam que a intervenção dos atores e seu protagonismo no COGERE estão associados às tecnologias por eles utilizadas. São as normas, portarias, conhecimento técnico, regras pré-definidas, além do controle dos recursos financeiros, os quais estão mais acessíveis aos representantes estaduais. Enquanto que os gestores municipais utilizam-se dos seus encontros, relações, vínculos como mecanismos para qualificar e potencializar a sua intervenção e constituírem-se como protagonistas capazes de intervir na construção da regionalização da saúde.

Outro aspecto importante verificado diz respeito às evidências encontradas acerca da representação no COGERE, demonstrando que os atores considerados de liderança no fórum são aqueles que se destacam no uso da tecnologia leve, ou seja, na capacidade de negociação, pactuação, construção de relações. Esses aspectos fundamentais da gestão são características atribuídas pelos sujeitos da pesquisa ao gestor considerado “modelo”, o qual é a referência dentre os seus pares. Além disso, os gestores são reconhecidos pelos demais atores em função da sua experiência e do domínio das tecnologias leve-duras, isto é, do conhecimento estruturado das regras, fluxos, enfim, do *modus operandi* institucionalizado do funcionamento do sistema de saúde e dos espaços de gestão, expresso pela relevância atribuída aos gestores mais antigos, com maior conhecimento dos processos já instituídos em relação aos novos gestores.

Aqueles que dominam as tecnologias duras, – regras, normas, e estão posicionados na estrutura organizacional formal num nível de hierarquia superior, também têm destaque. Dessa forma, observa-se que o uso das diferentes tecnologias confere a possibilidade dos atores serem reconhecidos e exercerem papel destacado no grupo, sendo que o uso das mesmas está associado ao papel que os atores desempenham de articulação, negociação, pactuação, como também de autoridade.

No que tange às formas como o COGERE e a gestão estadual têm se relacionado com o HUSM, o maior prestador de serviço público e formador de profissionais de saúde para o SUS, o material empírico da pesquisa indica que estão vinculadas à norma, às regras, à hierarquia organizacional, às contratualizações (tecnologias duras e leve-duras). E elas não têm sido capazes, como referem Ceccim e Merhy (2009), de construir intervenções tecnológicas em rede, para atender, para formar, para produzir conhecimento, para pesquisa e para o trabalho.

Identificou-se que, apesar dos gestores do COGERE reconhecerem a importância dessa instituição hospitalar no processo de regionalização, a não utilização da tecnologia leve intermediando as relações institucionais tem dificultado o entendimento entre os atores, pois o arsenal tecnológico em uso tem sido insuficiente para construção de um processo de regionalização solidária, com inclusão e protagonismo dos gestores, trabalhadores, prestadores e usuários do SUS.

Ao mesmo tempo, a criação da rede regional de apoio ao HUSM constitui-se em uma tentativa de construir linhas de fuga para o exercício de tecnologia leve, que, no entanto, produziu efeito de ampliar as disputas e acentuar as assimetrias de poder entre os atores na região, sobrepondo-se inclusive, ao desejo e necessidades verbalizados pela maioria dos entrevistados. Do mesmo modo, as tecnologias utilizadas nas relações internas do HUSM parecem não estar sendo suficientes para solucionar os problemas do cotidiano da instituição. Entretanto, este não é o foco da pesquisa.

Em relação ao Controle Social, constatou-se uma fragilidade na atuação dos Conselhos Municipais de Saúde, com pouca possibilidade de interferência dos conselheiros sobre as ações e serviços de saúde locais. Na maior parte dos municípios, a sua existência é tutelada e formalizada pela gestão municipal, para cumprir burocraticamente exigências cartoriais de habilitação.

Apesar do Pacto pela Saúde reafirmar a importância da participação e do controle social nos processos de pactuação e negociação, a pesquisa evidenciou que os Conselhos de Saúde têm ocupado lugar secundário no contexto atual das políticas de saúde, tanto no âmbito dos municípios, como da região. Isso ocorre, em grande parte, pela criação de colegiados de decisão, como é o caso do COGERE, confirmando os achados encontrados em estudos semelhantes (SOLLA, 2006; CÔRTEZ, 2009; LINHARES, 2006).

O estudo demonstrou que esse fato decorre, de um lado, da confusão entre as atribuições e responsabilidades de cada um dos fóruns, neste caso, dos Conselhos e do COGERE, estabelecida entre os gestores. Por outro lado, parece que a relação hierárquica, assimétrica estabelecida entre gestão estadual e municípios, no espaço do COGERE, de certa forma também se reproduz entre os gestores municipais e os usuários dos Conselhos de Saúde. Ela se dá com forte predomínio e valorização do conhecimento teórico, técnico, da norma, da portaria, ou seja, das tecnologias dura e leve-dura, em detrimento da leve, representada pela escuta, pelo acolhimento, pelos estranhamentos, ruídos, relações políticas, de cidadania e de democracia, muito presentes nos fóruns de controle social.

Identificou-se ainda que a cultura política local e regional pode ser um fator decisivo na manutenção dos espaços de controle e participação social na construção da saúde como direito de cidadania. Os achados confirmam que muitos gestores não reconhecem a autonomia, a legitimidade e o poder deliberativo dos conselhos, valorizando sobremaneira o espaço técnico, governamental, em detrimento do espaço democrático, de participação da sociedade, de decisão política compartilhada entre atores implicados com a construção das políticas de saúde da região.

A relação do COGERE com os demais atores envolvidos nos processos decisórios de saúde na região, como no caso do Conselho Regional de Saúde, evidencia que a tecnologia leve-dura – do saber estruturado, técnico, e as duras – das normas, resoluções, regras e estrutura organizacional, são preponderantes.

A suspensão do funcionamento do Conselho Regional é um indicativo do quanto as tecnologias duras têm sido determinantes na condução dos fóruns de decisão do sistema. Ou seja, não é a avaliação do impacto, potência, efetividade do fórum em produzir definições democráticas que respondam às necessidades da região que definem sobre a legitimidade ou não do funcionamento dos Conselhos Regionais, e sim a adequação ou não à norma estabelecida.

Enfim, as evidências demonstraram que o Controle Social de fato não tem sido priorizado na agenda política dos gestores, principalmente após a criação do COGERE, que passou a ser o principal fórum de discussão e deliberação sobre as questões de saúde da região. Somado a isso, as manifestações dos gestores apontam para o fato de desqualificarem o Conselho Regional de Saúde como espaço político, por estar em permanente disputa e tensionamento, o que, segundo os gestores, o enfraquece como fórum para deliberar sobre as políticas de saúde e de mediação de interesses e concepções diferentes que circulam entre os atores. Não reconhecem a possibilidade que tem o Conselho Regional de operar fundamentalmente com as tecnologias leves, das relações, de encontros e de subjetividades.

Outro aspecto estudado diz respeito à relação estabelecida entre gestores estaduais e municipais no espaço do COGERE, onde, novamente, vislumbrou-se o predomínio do uso de tecnologias duras e leve-duras, representadas pelas normatizações burocráticas e técnicas, pelo conhecimento estruturado, pelo que está dado, instituído verticalmente em outros espaços de gestão. Em consequência disso, o COGERE passa a não se constituir como um espaço de construção política, onde se discute, se negocia e se pactua com a participação de todos os atores, mas sim um fórum de cumprimento de normas e portarias verticalizadas e não questionadas, divergindo da sua proposta original.

A capacidade de operar com essas tecnologias tem sido critério definidor da relação entre os atores e da avaliação da potencialidade destes para atuarem no fórum e para serem reconhecidos com legitimidade para desempenhar a tarefa de gestão. Há indicativos de que as relações entre os gestores estaduais e municipais são pouco potentes para construção em ato de trabalho vivo, que resultaria das tecnologias leves, da articulação, relação e implicação.

Em síntese, as evidências aqui explicitadas apontam que as relações entre os gestores estaduais e municipais no espaço do COGERE é permeada por padrões tradicionais de estrutura hierárquica, respondendo aos programas e projetos centralizados, submetidos a dinâmicas de gestão autoritária e personalizada, tendo como consequência a restrição da autonomia dos atores que integram esse espaço. Em consequência disso, a construção da regionalização como processo técnico-político proposto pelo Pacto pela Saúde, baseado na solidariedade e na cooperação entre os entes federados, com a criação de arranjos de planejamento e cogestão, parece ser uma tarefa da agenda dos gestores que precisa ser enfrentada.

Para que isso aconteça, os gestores precisam ampliar sua capacidade de intervenção de forma que extrapole os resultados preconizados em saídas padronizadas, para também singularizar respostas frente às condições que são singulares. Portanto, devem caminhar para a produção de novas institucionalidades que respeitem a autonomia dos atores e as especificidades locais.

O que se percebe é que a força das políticas públicas centradas na qualificação e quantificação tem produzido nos gestores um desejo de controle do tempo-produção que é contrário e fator impeditivo da construção de saídas criativas, com potência para produzir respostas singulares. As estruturas burocratizadas, pautadas pelas normas, regras e contratos que caracterizam as estruturas verticais, parecem não estar contribuindo para o desenvolvimento de projetos regionais produtores de vida.

Outro aspecto analisado através deste estudo e que merece ser salientado refere-se à realidade vivenciada pela enfermagem, em especial no que tange à sua formação e ao seu relacionamento com a gestão. Nesse sentido, foi possível perceber através das manifestações dos entrevistados que, embora os enfermeiros tenham em sua trajetória acadêmica a disciplina de administração e gerenciamento de serviços, os resultados deste estudo sinalizam a manutenção do fazer tecnoburocrático dos enfermeiros, reduzindo a sua autonomia e o seu protagonismo. Os resultados demonstram uma formação insuficiente para enfrentar os desafios, a complexidade e a diversidade das demandas da sociedade. O que se evidenciou foi uma dicotomia entre a dimensão técnica e política do trabalho do enfermeiro, com



potencialidade maior para ele operar através dos saberes estruturados, de caráter técnico-normativo, portanto no âmbito das tecnologias leve-duras e duras, dissociado da dimensão política, que é de natureza eminentemente relacional, e da utilização das tecnologias leves.

De onde se conclui que a formação do enfermeiro ainda se vincula ao modelo biomédico, hierárquico, fragmentado, cujo núcleo de conhecimento é potencialmente capaz de utilizar as tecnologias duras e leve-duras, porém insuficiente para as tecnologias leves, que necessitam de negociação, articulação, características apontadas ao longo do estudo como fundamentais para o exercício das funções de gestão.

A fragilidade na formação dos enfermeiros é acompanhada de certa contradição em relação ao SUS, ao considerarmos que, durante a vida acadêmica são utilizados os serviços do Sistema Único de Saúde para o aprendizado técnico-científico dos enfermeiros, contudo, não são formados para atuarem nele. O que leva a imaginar que a proposta do SUS é, nesse período, incorporada, além de tenuemente, acriticamente e equivocadamente, construindo no imaginário dos enfermeiros um conceito negativo do SUS.

Diante disso, inferiu-se que o processo de formação e o papel social dos profissionais de saúde, entre eles os enfermeiros, contribuem para que os espaços de gestão em que atuam sejam predominantemente do exercício da tecnologia dura. E, vice-versa, esses profissionais sentem-se competentes, porque preparados pela academia para atuar em fóruns que sejam caracterizados pela técnica e pelo conhecimento estruturado.

O caráter tecnicista e extremamente rigoroso são características presentes no cotidiano do trabalho dos enfermeiros, com predomínio dos saberes das tecnologias leve-duras e duras. Os saberes da tecnologia leve-dura destinam-se a organizar a atuação em saúde, utilizando-se dos conhecimentos estruturados de saúde, no qual se inclui o saber específico da enfermagem, para fins de elaboração de protocolos, estabelecendo normas e rotinas de atuação profissional. Ao mesmo tempo em que a tecnologia dura, que abrange a parcela de trabalho morto em saúde, é utilizada na enfermagem como saber tecnológico, tendo nos manuais, organogramas e regulamentos, e nos equipamentos e materiais as principais contribuições para que os espaços de gestão em que atuem usem predominantemente esse tipo de tecnologia.

Há que se reconhecer que o estudo realizado permitiu identificar o quanto as tecnologias utilizadas no COGERE estão imbricadas nas relações de poder e o quanto as relações de poder se rearticulam a partir das tecnologias usadas pelos gestores. Diante disso, pode-se afirmar que os gestores municipais, entre si, usam tecnologia leve, e não a norma e a estrutura organizacional, considerando que estabelecem relações mais simétricas, e que esse fato realimenta a construção de relações menos hierárquicas entre si. No entanto, os gestores

estaduais utilizam mais das tecnologias duras, mantendo relações de hierarquia assimétrica com os gestores municipais e prestadores de serviço.

Por sua vez, o prestador de serviço buscou aliança com os gestores municipais (tecnologia leve), produzindo simetria na medida em que estes tiraram o hospital do topo e passaram a questioná-lo, alterando a relação de poder entre eles. Entretanto todos esses atores, quer sejam os gestores estaduais, quer sejam municipais ou prestadores de serviço, não têm disposição de se colocarem em relação (tecnologia leve) com os usuários e, nesse caso, seguem a norma e a estrutura organizacional, reproduzindo e mantendo relações assimétricas com os usuários. Isto vale dizer que o conhecimento estruturado e ou a sua ausência (tecnologia leve-dura) foi foram utilizados pelos gestores estaduais para desconstituir os gestores municipais, (tipo sob alegação de que não sabem da epidemiologia, das normas, das cotas de procedimentos, das portarias). Ao mesmo tempo em que este mesmo conhecimento estruturado é usado por todos (gestores estaduais, municipais, prestadores) para desconstituírem os usuários. Esta relação de exclusão dos usuários dos processos decisórios é mais um indicador de que as tecnologias em uso no espaço do COGERE são do tipo leve-duras e duras, pois não consideram vínculo, responsabilização, acolhimento, diálogo, escuta, ruído, cuidado, características estas típicas das tecnologias leves.

Ao finalizar este trabalho, é preciso salientar que esta pesquisa se configurou como um estudo de caso, portanto de uma realidade específica de um colegiado de Gestão Regional de uma Região Sanitária do RS. Ela foi investigada com profundidade, porém sem pretensão de que os achados sejam generalizados, pois podem (ou não) diferir da realidade de outros colegiados de gestão espalhados pelo nosso estado e país. Considerando que esses fóruns são formados por atores singulares, com suas especificidades e subjetividades, há de se ponderar que muitas variáveis estão envolvidas e necessitam ser avaliadas para cada realidade. Portanto, esta não pode ser considerada uma limitação num estudo de caso, mas uma característica inerente a esse tipo de pesquisa.

Todavia, acompanhar os processos em curso que estão se processando nesse espaço se apresenta como um desejo implicado, a pedir continuidade de investigação, já que muitas questões emergiram no decorrer desta pesquisa, mas que não eram objeto de estudo. Mas, pela sua relevância, merecem ser investigadas e ou aprofundadas.

A aposta é de que o espaço do COGERE possa ser ressignificado e demonstre sua potência instituinte para construção de processos de cogestão solidária capazes de consolidar a regionalização da saúde, através de rede de acordos entre os diversos atores implicados com o SUS, na região. Para tanto, a ideia da caixa de ferramentas de Merhy (2002) é fundamental,

e deve contemplar as tecnologias leves, leve-duras e duras, permitindo assim a atuação dos gestores no terreno da política, das práticas institucionais e dos processos de trabalho, o que certamente resultará em sistemas de saúde de maior eficácia.

Retornando ao início deste trabalho, retomo a justificativa do estudo e a minha posição como pesquisadora militante implicada, que tenta através da academia produzir conhecimento teórico que dialogue com o cotidiano dos sujeitos que fazem o Sistema Único de Saúde, de modo a preencher uma lacuna do conhecimento de enfermagem, no campo da saúde coletiva. Lacuna esta identificada por ocasião da realização de pesquisa em banco de dados da enfermagem, nos catálogos do Centro de Estudo e Pesquisa em Enfermagem (CEPEN) da Associação Brasileira de Enfermagem (ABEN), relativa ao período de 1988 (corresponde à criação do SUS) até 2006. Nesse sentido, busco, com esta produção, compartilhar solidariamente aquilo que experienciei e modestamente traduzi neste texto. O desejo é que ele faça sentido para outros sujeitos militantes implicados com a gestão, assim como eu, e para a construção de um sistema de saúde que seja produtor de felicidade para as pessoas.

Por último, saliento que as questões aqui abordadas não esgotam as inúmeras possibilidades de análise que suscitam o estudo dessa experiência, da qual foram sendo recortados apenas alguns aspectos, para nossa reflexão sobre o protagonismo dos atores que integram o Colegiado de Gestão Regional e as tecnologias que são utilizadas nesse espaço para a tomada de decisão diante do processo de construção da regionalização da saúde.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ABRAHÃO, A. L. Colegiado Gestor: Uma análise das possibilidades de autogestão em um hospital público. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 1, p. 95-102, jan./fev. 2008.

ANDRADE, L. O. M.; SANTOS, L. Redes interfederativas de saúde e o SUS. **Divulgação em Saúde para Debate**, Rio de Janeiro, n. 42, abr. 2008.

ASSIS, E. et al. Regionalização e novos rumos para o SUS: a experiência de um colegiado regional. **Saúde e Sociedade**, v. 18, supl. 1, 2009.

BRASIL. DECRETO nº 94657, de 20 de junho de 1987 – DOU de 21/7/87. Dispõe sobre a criação do programa de desenvolvimento de sistemas unificados e descentralizados de saúde nos estados SUDS e dá outras providências. Disponível em: <<http://www.dataterv.gov.br/sislex>>. Acesso em: 13 nov. 2008.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Coletânea de Normas para o Controle Social no Sistema Único de Saúde**. 2. ed. Brasília, DF: Editora do Ministério da Saúde, 2006c.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Diretrizes nacionais para o processo de educação permanente no controle social do SUS**. Brasília, DF: Editora do Ministério da Saúde, 2006b. (Série A: Normas e Manuais Técnicos).

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Relatório final da 8ª conferência Nacional de Saúde**. Brasília, DF: Editora do Ministério da Saúde, 1986.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Regulação, Avaliação e Controle de Sistemas. **Diretrizes operacionais dos pactos pela vida, em defesa do SUS e de gestão**. v.1. Brasília, DF: Editora do Ministério da Saúde, 2006f. (Série B: Textos Básicos em Saúde).

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Regulação, Avaliação e Controle de Sistemas. **Diretrizes para a programação pactuada e integrada da assistência à saúde**. v. 5. Brasília, DF: Editora do Ministério da Saúde, 2006d. (Série B: Textos Básicos em Saúde).

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. **Política Nacional de Gestão Estratégica e Participativa no SUS – ParticipaSUS**. 2. ed. Brasília, DF: Editora do Ministério da Saúde, 2009. (Série B: Textos Básicos de Saúde).

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva, Departamento de Apoio à Gestão Descentralizada. **Gestores do SUS: olhares e vivências**. Brasília, DF: Editora do Ministério da Saúde, 2006e.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva, Departamento de Apoio à Gestão Descentralizada. **Regionalização solidária e cooperativa**. v. 3. Brasília, DF: Editora do Ministério da Saúde, 2006a. (Série: Pactos pela Saúde).

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Portaria n. 399/GM DE 22 de fevereiro de 2006. Divulga o Pacto pela Saúde 2006 – Consolidação do SUS e aprova as Diretrizes Operacionais do Referido Pacto. 2006g. Disponível em: <<http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2006/GM/GM-399.htm>>. Acesso em: 20 set. 2009.

\_\_\_\_\_. Senado Federal. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília, DF: Centro Gráfico do Senado Federal, 1988.

CAMPOS, G. W. S. Humanização na saúde: um projeto em defesa da vida? **Interface – Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v. 9, n. 17, p. 398-400, 2005.

\_\_\_\_\_. Reforma política e sanitária: a sustentabilidade do SUS em questão. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 2, p. 301-306, 2007a.

\_\_\_\_\_. Saúde pública e saúde coletiva: campo e núcleo de saberes e práticas. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 5, n. 2, p. 219-230, 2000.

\_\_\_\_\_. **Um método para análise e co-gestão de coletivos**: a constituição do sujeito, a produção de valor de uso e a democracia em instituições – O método da roda. 3. ed. São Paulo: Hucitec, 2007b.

CANÔNICO, R. P.; BRÊTAS, A. C. P. Significado do Programa Vivência e Estágios na Realidade do Sistema Único de Saúde para formação profissional na área da saúde. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 21, n. 2, p. 256-61, 2008.

CARAPINHEIRO, G. **Saberes e poderes no hospital**: uma sociologia dos serviços hospitalares. Porto: Edições Afrontamento, 1998.

CARVALHO, G. Contra a regionalização autárquica e a favor da regionalização ascendente pactuada entre municípios e estados. **Revista CONASEMS**, nov. 2005.

CECCIM, R. B. Educação Permanente em Saúde: descentralização e disseminação de capacidade pedagógica na saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 4, p. 975-986, 2005. Disponível em: <[http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid](http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid)>. Acesso em: 25 ago. 2009.

CECCIM, R. B.; FERLA, A. A. Educação e Saúde: ensino e cidadania como travessia de fronteiras. **Trabalho, educação e saúde**, Rio de Janeiro, v. 6, p. 443-456, 2008.

CECCIM, R. B.; FEUERWERKER, L. C. M. Mudança na graduação das profissões de saúde sob o eixo da integralidade. **Cadernos de Saúde Pública** [online], v. 20, n. 5, p. 1400-1410, 2004. Disponível em: <<http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-311X2004000500036>>. Acesso em 11 set. 2009.

CECCIM, R. B; MERHY, E. E. Um agir micropolítico e pedagógico intenso: a humanização entre laços e perspectivas. **Interface – Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v. 13, supl. 1, p. 531-542, 2009.

CECÍLIO, L. C. As necessidades de saúde como conceito estruturante na luta pela integralidade e equidade na atenção em saúde. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. (Orgs.). **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. Rio de Janeiro: ABRASCO, 2001.

\_\_\_\_\_. Modelos tecno-assistenciais em saúde: da pirâmide ao círculo, uma possibilidade a ser explorada. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 3, p. 469-478, jul./set. 1997.

\_\_\_\_\_. Uma sistematização e discussão de tecnologia leve de planejamento estratégico aplicada ao setor governamental. In: MERHY, E. E.; ONOCKO, R. (Orgs.). **Agir em Saúde: um desafio para o público**. 2. ed. São Paulo: Hucitec, 2006.

CONASEMS. Regionalização: o redesenho do SUS. **Revista CONASEMS**, ano 1, n. 11, abr./mai. 2005.

CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE (Brasil). Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde e Código de Ética dos Profissionais de Saúde. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 16 out. 1996. p. 21082-21085.

CÔRTEZ, S. M. V. Conselhos e conferências de saúde: papel institucional e mudança nas relações entre estado e sociedade. In: FLEURY, S.; LOBATO, L. V. C. (Orgs.). **Participação, Democracia e Saúde**. Rio de Janeiro: CEBES, 2009.

DUTRA, O. Saúde de verdade e com controle social. In: FERLA, A. A.; FAGUNDES, S. S. (Orgs.). **Tempo de inovações: a experiência da gestão na saúde do Rio Grande do Sul**. Porto Alegre: ESP/RS, Dacasa, 2002.

ESCOREL, S. Conselhos de saúde: entre a inovação e a reprodução da cultura política. **Divulgação em Saúde para Debate**, Rio de Janeiro, n. 43, jun. 2008.

ESCOREL, S.; MOREIRA, M. R. Desafios da participação social em saúde na nova agenda da reforma sanitária: democracia deliberativa e efetividade. In: FLEURY, S.; LOBATO, L. V. C. (Orgs.). **Participação, Democracia e Saúde**. Rio de Janeiro: CEBES, 2009.

FERLA, A. A. et al. Descentralização da gestão da saúde no Rio Grande do Sul: implementando a legislação para garantir saúde de verdade e com qualidade para todos os gaúchos. In: FERLA, A. A.; FAGUNDES, S. S. (Orgs.). **Tempo de inovações: a experiência da gestão na saúde do Rio Grande do Sul**. Porto Alegre: ESP/RS, Dacasa, 2002a.

\_\_\_\_\_. Descentralização da gestão e regionalização da atenção no Rio Grande do Sul: consolidando e avaliando o processo de efetivação do SUS. In: BRASIL. Ministério da Saúde. **Experiências inovadoras no SUS: Relatos de Experiências – Gestão dos serviços de saúde**. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2002b. p. 31-60.

\_\_\_\_\_. **Integralidade em saúde e envelhecimento: dobras, texturas e desafios à formação dos profissionais de saúde**. 2008. (Mimeo).

\_\_\_\_\_. **Refletindo sobre a formação em enfermagem na UCS:** desafios para o fazer institucional frente às disposições da legislação federal e aos compromissos éticos e políticos de uma instituição comunitária de ensino. 2009. (Mimeo).

\_\_\_\_\_. Regionalização da atenção à saúde na experiência da gestão estadual do SUS no Rio Grande do Sul. In: FERLA, A. A.; FAGUNDES, S. M. S. (Orgs.). **O fazer em Saúde Coletiva:** inovações da atenção à saúde no Rio Grande do Sul. Porto Alegre: ESP/RS, Dacasa, 2002c.

\_\_\_\_\_. Um olhar sobre práticas avaliativas em descentralização do sistema de saúde. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. de (Orgs.). **Gestão em redes:** práticas de avaliação, formação e participação na saúde. Rio de Janeiro: CEPESC, 2006.

FERLA, A. A.; JAEGER, M. L. Controle social como processo: a participação da população na saúde e no orçamento participativo do Estado do Rio Grande do Sul. In: FERLA, A. A.; FAGUNDES, S. S. (Orgs.). **Tempo de inovações:** a experiência da gestão na saúde do Rio Grande do Sul. Porto Alegre: ESP/RS, Dacasa, 2002.

FERLA, A. A.; MARTINS, F. Gestão solidária da saúde: a experiência de gestão estadual do SUS no Rio Grande do Sul. **Divulgação em Saúde para Debate**, Rio de Janeiro, n. 23, dez. 2001.

FERLA, A. A.; OLIVEIRA, P. **A medicina:** do “corpo social” ao “corpo individual” e sua produção ao espaço hospitalar. 2008. (Mimeo).

FERNANDEZ, J. C. A; MENDES, R. **Subprefeituras da cidade de São Paulo e políticas públicas para a qualidade de vida.** 2. ed. São Paulo: Mídia Alternativa Comunicação e Editora, 2007.

FERRAZ, C. A. As dimensões do cuidado em enfermagem: enfoque organizacional. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 13, Número Especial, parte I, p. 91-97, 2000.

FEUERWERKER, L. C. M. Modelos tecnoassistenciais, gestão e organização do trabalho em saúde: nada é indiferente no processo de luta para a consolidação do SUS. **Interface – Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v. 9, n. 18, p. 489-506, set./dez. 2005.

FEUERWERKER, L. C. M.; CECÍLIO, L. C. O hospital e a formação em saúde: desafios atuais. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 4, p. 965-971, 2007.

FOUCAULT, M. **Microfísica do poder.** 18. ed. Rio de Janeiro: Edições Graal, 2003.

FRANCO, T. B. As redes na micropolítica do processo de trabalho em saúde. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. de (Orgs.). **Gestão em redes:** práticas de avaliação, formação e participação na saúde. Rio de Janeiro: CEPESC, 2006. p. 459-473.

FRANCO, T. B.; MERHY, E. E. Produção imaginária da demanda. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. de (Orgs.). **Construção social da demanda.** Rio de Janeiro: IMS/UERJ, CEPESC, ABRASCO, 2005.

\_\_\_\_\_. PSF: contradições de um programa destinado à mudança do modelo tecnoassistencial. In: MERHY, E. E.; MAGALHÃES JR., H. M.; RIMOLI, J. (Orgs.). **O trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano**. São Paulo: Hucitec, 2003.

FREIRE, M. O que é grupo? 2005. Disponível em: <<http://www.famema.br/capacitacao/oqueumgrupo.pdf>>. Acesso em: 16 nov. 2009.

GUERREIRO, J. V. Dos pactos políticos à política dos pactos na Saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, 2008. Disponível em: <<http://www.abrasco.org.br/cienciaesaudecoletiva/artigos/>>. Acesso em: 20 ago. 2009.

GUIZARDI, F. L.; PINHEIRO, R. Participação política e cotidiano da gestão em saúde: um ensaio sobre a potencialidade formativa das relações institucionais. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. de (Orgs.). **Gestão em redes: práticas de avaliação, formação e participação na saúde**. Rio de Janeiro: CEPESC, 2006.

JAEGER, M. L. **História e desafios para comemorar 20 anos da Constituição: Estado, democracia e participação popular na saúde**. 2008. (Mimeo).

LABRA, M. E. É possível aferir a qualidade da representação dos usuários nos conselhos de saúde? **Divulgação em Saúde para Debate**, Rio de Janeiro, n. 43, p. 106-117, jun. 2008.

LABRA, M. E. Política nacional de participação na saúde: entre a utopia democrática do controle social e a práxis predatória do clientelismo empresarial. In: FLEURY, S.; LOBATO, L. V. C. (Orgs.). **Participação, Democracia e Saúde**. Rio de Janeiro: CEBES, 2009.

LEVCOVITZ, E. et al. Política de saúde nos anos 90: relações intergovernamentais e o papel das normas operacionais básicas. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 6, n. 2, 2001.

LIMA, J. C.; MARTINS, W. J.; SILVA, J. P.V. Gestão de sistemas regionais de saúde: da normatização à pactuação democrática. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 30, n. 72, 2008.

LIMA, R. C. D. et al. O processo de cuidar na enfermagem: mudanças e tendências no mundo do trabalho. **Cogitare Enferm**, v. 10, n. 2, p. 63-67, mai./ago. 2005.

LINHARES, A. P. **Saúde de Amparo: a construção de espaços coletivos de gestão**. 2006. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) - Universidade Estadual de Campinas, Faculdade de Ciências Médicas, Campinas, 2006.

LOYOLA, C. M. **Os doces corpos do hospital**. 2. ed. Rio de Janeiro: Editora da UFRJ, 1988.

LÜDKE, M.; ANDRÉ, M. E. D. A. **Pesquisa em educação: abordagens qualitativas**. 10. ed. São Paulo: Pedagógica, Universitária, 2007.

MACHADO, R. R. et al. Entendendo o pacto pela saúde na gestão do SUS e refletindo sua implementação. **Revista Eletrônica de Enfermagem** [online], Goiânia, v. 11, n. 1, p. 181-187, 2009. Disponível em: <<http://www.fen.ufg.br/revista/v11/n1/v11n1a23.htm>>. Acesso em: 11 ago. 2009.



MARQUES, B. M. Breve crônica sobre o Sistema Único de Saúde 20 anos depois de sua implantação. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 33, n. 81, p. 56-63, jan./abr. 2009.

MARTINS, G. de A. **Estudo de caso**: uma estratégia de pesquisa. São Paulo: Atlas, 2006.

MATOS, C. A.; POMPEU, J. C. Onde estão os contratos? Análise da relação entre os prestadores privados de serviços de saúde e o SUS. **Ciência & Saúde Coletiva** [online], Rio de Janeiro, v. 8, n. 2, p. 629-643, 2003. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=en&nrm=iso)>. Acesso em: 11 ago. 2009.

MELO, C. M.; SANTOS, T. A. A participação política de enfermeiras na gestão do sistema único de saúde em nível municipal. **Texto Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 16, n. 3, p. 426-32, jul./set. 2007.

MENDES, E. V. **Os grandes dilemas do SUS**. Salvador, BA: Casa da Qualidade, 2001.

MENDES, R. A emergência e o protagonismo dos sujeitos. In: BOTAZZO, C.; OLIVEIRA, M. A. (Orgs.). **Atenção básica no Sistema Único de Saúde**: abordagem interdisciplinar para os serviços de saúde bucal. São Paulo: Páginas & Letras Ed. e Gráfica, 2008. p. 165-173.

MERHY, E. E. A pedagogia da implicação. **Interface – Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v. 9, n.16, p. 161-77, set. 2004/fev. 2005.

\_\_\_\_\_. Em busca do tempo perdido: a micropolítica do trabalho vivo em saúde. In: MERHY, E. E.; ONOCKO, R. (Orgs.). **Agir em Saúde**: um desafio para o público. 2. ed. São Paulo: Hucitec, 2006. p.71-112.

\_\_\_\_\_. O arcabouço institucional institui, mas também exclui. **Ciência & Saúde Coletiva** [online], Rio de Janeiro, v. 8, n. 2, p. 346-369, 2003a. Disponível em: <<http://www.uff.br/saudecoletiva/professores/Merhy/indexados-26>>. Acesso em: 11 ago. 2009.

\_\_\_\_\_. O conhecer militante do sujeito implicado: o desafio em reconhecê-lo com saber válido. 2004. Disponível em: <<http://www.uff.br/saudecoletiva/professores/merhy/>>. Acesso em: 11 ago. 2009.

\_\_\_\_\_. **Saúde**: a cartografia do trabalho vivo. São Paulo: Hucitec, 2002.

\_\_\_\_\_. Um dos grandes desafios para os gestores do SUS: Apostar em novos modos de fabricar os modelos de atenção. In: MERHY, E. E.; MAGALHÃES JUNIOR, H. M.; RIMOLI, J.; FRANCO; BUENO, W, S. (Orgs.). **O trabalho em saúde**: olhando e experienciando o SUS no cotidiano. São Paulo: Hucitec, 2003b.

MERHY, E. E. et al. Em busca de ferramentas analisadoras das tecnologias em saúde: a informação e o dia-a-dia de um serviço, interrogando e gerindo trabalho em saúde. In: MERHY, E. E.; ONOCKO, R. (Orgs.). **Agir em Saúde**: um desafio para o público. 2. ed. São Paulo: Hucitec, 2006. p. 113-150.

MERHY, E. E.; FRANCO, T. B. Por uma composição técnica do trabalho centrada nas tecnologias leves e no campo relacional. **Saúde em debate**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 65, set./dez. 2003.

MERHY, E. E.; ONOCKO, R. (Orgs.). **Agir em Saúde**: um desafio para o público. 2. ed. São Paulo: Hucitec, 2006.

MINAYO, M. C. de S. **O desafio do conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. 11. ed. São Paulo: Hucitec, 2008.

\_\_\_\_ (Org.). **Pesquisa social**: teoria, método e criatividade. 25. ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2004.

MISHIMA, S. et al. O velho trabalho em equipe pode ganhar cara nova? Uma perspectiva do trabalho gerencial. **Saúde em debate**, Rio de Janeiro, 24(54): 66-74, 2000

MORGAN, G. **Imagens da organização**. São Paulo: Atlas, 1996.

NASCIMENTO, V. B. **SUS**: Pacto federativo e gestão pública. São Paulo: Hucitec, CESCO, 2007.

OUPERNEY, A. M. Os desafios da gestão em rede no SUS: situando a regionalização no centro da agenda estratégica da política de saúde. **Saúde em debate**, Rio de Janeiro, n. 42, abr. 2008.

PAI, D. D.; SCHRANK, G.; PEDRO, E. N. R. O enfermeiro como ser sócio-político: refletindo a visibilidade da profissão do cuidado. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 19, n. 1, p. 82-87, 2006.

PAIM, J. S. Regionalização em saúde: a atualização de uma agenda política. **Saúde em debate**, Rio de Janeiro, n. 42, abr. 2008.

PESSANHA, R. V.; CUNHA, F. T. S. A aprendizagem-trabalho e as tecnologias de saúde na Estratégia Saúde da Família. **Texto contexto enfermagem** [online], Florianópolis, v.18, n. 2, p. 233-240, abr./jun. 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/tce/v18n2/05.pdf>>. Acesso em: 02 out. 2009.

PESTANA, M.; MENDES, E. V. **Pacto de gestão**: da municipalização autárquica à regionalização cooperativa. Belo Horizonte: Secretaria do Estado da Saúde de Minas Gerais, 2004.

PINHEIRO, R.; LUZ, M. T. **Modelos ideais X práticas eficazes**: desencontro entre gestores e clientela nos serviços de saúde. Rio de Janeiro: IMS/UERJ, CEPESC, ABRASCO, 1999. (Série Estudos em Saúde Coletiva).

PINHEIRO, R.; SILVA, J. P.; MACHADO, F. R. Novas práticas de gestão da atenção especializada e a construção da integralidade no SUS: notas sobre a experiência da 4ª Coordenadoria Regional de Saúde/RS. In: FERLA, A. A.; FAGUNDES, S. S. (Orgs.). **Tempo de inovações**: a experiência da gestão na saúde do Rio Grande do Sul. Porto Alegre: ESP/RS, Dacasa, 2002.

PIRES, D. **Hegemonia médica na saúde e a enfermagem**. São Paulo: Cortez, 1989.

POSSA, L. B. **Mecanismos de participação e atores sociais em instituições hospitalares**: o caso do Grupo Hospitalar Conceição. 2007. Dissertação (Mestrado em Sociologia, Sociedade, Participação Social e Políticas Públicas) – Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Instituto de Filosofia e Ciências Humanas, Porto Alegre, 2007.

POSSA, L. B.; SCHIMITH, M. D.; BARRIOS, S. G. Uma experiência de SUS Regional. In: FERLA, A. A.; FAGUNDES, S. S. (Orgs.). **Tempo de inovações**: a experiência da gestão na saúde do Rio Grande do Sul. Porto Alegre: ESP/RS, Dacasa, 2002.

PROCHNOW, A. G. **O exercício da gerência do enfermeiro**: cultura e perspectivas interpretativas. 2004. 171f. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Universidade Federal do Rio de Janeiro, Escola de Enfermagem Anna Nery, Rio de Janeiro, 2004.

REIS, A. A. C.; CECÍLIO, L. C. A política de reestruturação dos hospitais de ensino: notas preliminares sobre os seus impactos na micropolítica da organização hospitalar. **Saúde em debate**, Rio de Janeiro, v. 33, n. 81, p. 88-97, jan./abr. 2009.

RIBEIRO, J. C.; GONÇALVES, M. A. **Região**: uma busca conceitual pelo viés da contextualização histórico-espacial de sociedade. São Paulo: Terra Livre, 2001.

RIGHI, L. B. **Poder local e inovação no SUS**: estudo sobre a construção de redes de atenção à saúde em três municípios no estado do Rio Grande do Sul. 2002. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Universidade de Campinas, Faculdade de Ciências Médicas, Campinas, 2002.

\_\_\_\_\_. Produção de redes de atenção à saúde: acordos, confrontos e reparos. In: PASCHE, D. F.; CRUZ, I. B. M. (Orgs.). **A saúde coletiva**: diálogos contemporâneos. Ijuí, RS: Ed. Unijuí, 2005.

ROUX G. La participación social, factor dinamizador de La estrategia de municipios saludables. Documento apresentado no 3º Congresso de las Mericas de Municipios y Comunidades Saudables, Mar, Medellin, Colombia, 1999.

SANTOS, L.; ANDRADE, L. O. M. Rede Interfederativa de Saúde. In: SILVA, S. F. da (Org.). **Redes de Atenção à Saúde no SUS**. v. 135. Campinas, SP: IDISA/CONASEMS, 2008. p. 35-65.

\_\_\_\_\_. **SUS – O espaço da gestão inovada e dos consensos interfederativos**: aspectos jurídicos, administrativos e financeiros. Campinas, SP: Instituto de Direito Sanitário Aplicado, 2007.

\_\_\_\_\_. Vinte anos de SUS: o sistema de saúde no Brasil no século 21. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 33, p. 201-213, 2009.

SANTOS, M. **Por uma geografia nova**: da crítica da geografia a uma geografia crítica. São Paulo: Editora da USP, 2002.

SCHIMITH, M. D. **Acolhimento e vínculo em uma equipe de Saúde da Família: realidade ou desejo?** 2002. 113 f. Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2002.

SCHERER-WARREN, I. Das mobilizações às redes de movimentos sociais. **Sociedade e Estado**, Brasília, DF, v. 21, n. 1, p.109-130, jan./abr. 2006.

SILVA JUNIOR, A. G. da. **Modelos tecnoassistenciais em saúde: o debate no campo da saúde coletiva.** 2. ed. São Paulo: Hucitec, 2006.

SILVA, J. P. V. **Gestão compartilhada e construção da integralidade da atenção no SUS: a experiência da 4ª Região Sanitária do estado do Rio Grande do Sul – Período: 1999 a 2002.** 2003. 131f. Dissertação (Mestrado) – Universidade Estadual do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2003.

SOLLA, J. J. S. P. Avanços e limites da descentralização no SUS e o “Pacto de Gestão”. **Revista Baiana de Saúde Pública**, Salvador, v. 30, n. 2, p. 332-348, jul./dez. 2006.

SPAGNOL, C.A. (Re)pensando a gerência em enfermagem a partir de conceitos utilizados no campo da Saúde Coletiva. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 1, p.119-127, 2005.

TREVISAN, L. N.; JUNQUEIRA, L. A. P. Construindo o “pacto de gestão” no SUS: da descentralização tutelada à gestão em rede. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 4, p. 893-902, 2007.

VASCONCELOS, C. M. Notas sobre a crise nos hospitais universitários no Brasil. 2005. Disponível em: <<http://www.denem.org.br/2005/arquivos/ok-1121496462023.doc>>. Acesso em: 02 set. 2009.

VASCONCELOS, C. M.; PASCHE, D. F. O Sistema Único de Saúde. In: CAMPOS, G. W. et al. (Org.). **Tratado de Saúde Coletiva**. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Fiocruz, 2007.

VASCONCELOS, E. M. Para além do controle social: a insistência dos movimentos sociais em investir na redefinição das práticas de saúde. In: FLEURY, S.; LOBATO, L. V. C. (Orgs.). **Participação, Democracia e Saúde**. Rio de Janeiro: CEBES, 2009. p. 270-288.

WENDHAUSEN, A. V.; CARDOSO, S. de M. Processo decisório e conselhos gestores de saúde: aproximações teóricas. **Enfermagem**, Brasília, DF, v. 60, n. 5, p. 579-584, set./out. 2007.

YIN, R. K. **Estudo de caso: planejamento e métodos.** 3. ed. Porto Alegre: Bookman, 2005.

## APÊNDICES

**APÊNDICE A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido**

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA – UFSM

CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM

PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

Eu, \_\_\_\_\_ acredito ter sido informado (a) detalhadamente, através do que para mim foi dito a respeito da pesquisa intitulada **“A micropolítica na gestão regionalizada da saúde: estudo de caso dos processos de tomada de decisão no Colegiado de Gestão da 4ª Região Sanitária do Estado do RS”** - Santa Maria, 2008, de autoria de Sueli Terezinha Goi Barrios.

Fui plenamente esclarecido (a) de que, ao responder as questões que compõem esta pesquisa, estarei participando de um estudo de cunho acadêmico, que tem como objetivo **“Analisar os recursos tecnológicos utilizados nos processos de trabalho implementados no Colegiado de Gestão Regional para tomada de decisão dos gestores integrantes do COGERE da 4ª Região Sanitária do Estado do RS”**.

E concordo, voluntariamente, em participar deste estudo, sabendo que será preservada a minha identificação assim como as identificações de todas as pessoas referidas por mim. Sei que poderei retirar o meu consentimento a qualquer momento, antes ou durante a realização do mesmo, inclusive, sem nenhum motivo, bastando, para isso, informar a minha decisão de desistência, da maneira mais conveniente.

Fui esclarecido (a) ainda de que, por ser uma participação voluntária e sem interesse financeiro, não terei direito a nenhuma remuneração, como também não contribuirei financeiramente para o desenvolvimento da pesquisa. Minha participação na pesquisa poderá apresentar riscos leves que poderão ser manifestados através de algum desconforto emocional ao lembrar fatos ou ao responder algum questionamento por ocasião da entrevista. Terei benefícios com o estudo, pois a pesquisadora devolverá os dados ao Colegiado do qual faço parte, o que poderá qualificar a atuação deste fórum na organização de políticas públicas de

saúde para região. Minha identificação pessoal será preservada durante todas as etapas da investigação, sendo que autorizo a divulgação e publicação dos dados, informações e opiniões, por mim declaradas, enquanto instrumentos da análise e ferramentas do desenvolvimento da argumentação desse estudo. Somente eu posso solicitar esclarecimentos sobre esta entrevista, durante todas as fases da pesquisa, inclusive após a publicação da mesma.

A coleta de dados para a pesquisa será desenvolvida através de entrevistas individuais, observação das reuniões do COGERE e da análise da documentação deste Colegiado, com o que concordo integralmente. As entrevistas serão realizadas pela pesquisadora, mestranda Sueli Terezinha Goi Barrios, sob a supervisão e a orientação da Profa. Dra. Adelina Giacomelli Prochnow, membro docente da Universidade Federal de Santa Maria.

As pesquisadoras se comprometem a seguir, rigorosamente, as normas que constam da Resolução 196/96 sobre pesquisas envolvendo seres humanos.

As entrevistas serão gravadas e as informações sobre a identidade dos participantes serão de cunho sigiloso. As entrevistas arquivadas pela pesquisadora durante cinco anos após a publicação da pesquisa. Caso tenha novas dúvidas sobre este estudo, posso telefonar para a pesquisadora, enviar e-mail, ou, ainda, procurá-la no endereço abaixo, bem como contatar com a orientadora. Declaro que recebi cópia do presente Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e assinei-o em duas vias, ficando de posse de uma delas.

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2009.

---

Participante do estudo

---

Pesquisadora e Orientadora: Profa.. Dra. Adelina G. Prochnow

COREN/RS 46.301

Telefone:55- 322008706 Ramal: 8263 Endereço: Av. Roraima s/n. Camobi. CEP- 97118-000. Santa Maria

---

Pesquisadora: Enfa. Sueli Terezinha Goi Barrios

COREN/RS: 21114

Email: [sueligbarrios@bol.com.br](mailto:sueligbarrios@bol.com.br)

Rua Ângelo Uglione, 1519, aptº 401, Santa Maria.

Fone:55-33042324 ou Cel: 055- 99637732.

Se tiver alguma consideração ou dúvida sobre ética da pesquisa, entre em contato com o Comitê de Ética da UFSM: Av. Roraima, 1000 - Prédio da Reitoria – 7º andar- sala 702.Cidade Universitária. Bairro Camobi – CEP: 97105-900 – Santa Maria – RS. Tel: (0xx55) 3220-9362; Email: [comiteeticapesquisa@mail.ufsm.br](mailto:comiteeticapesquisa@mail.ufsm.br)



**APÊNDICE B – Termo de Confidencialidade**

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA – UFSM

CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

TERMO DE CONFIDENCIALIDADE

**Título do projeto:** “A micropolítica na gestão regionalizada da saúde: estudo de caso dos processos de tomada de decisão no Colegiado de Gestão da 4ª Região Sanitária do Estado do RS”

**Pesquisadora responsável:** Profa. Dra. Adelina Giacomelli Prochnow

**Pesquisadora mestranda:** Enfa. Sueli Terezinha Goi Barrios

**Instituição/Departamento:** Universidade Federal de Santa Maria/Departamento de Enfermagem – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem

**Telefone para contato:** (55) 33042324 ou (55) 99637732

**Local da coleta dos dados:** Santa Maria, na 4ª Coordenadoria Regional de Saúde (Reuniões do COGERE) para realização da observação e/ou nos municípios de origem dos entrevistados, de acordo com a indicação dos mesmos, para realização das entrevistas.

As pesquisadoras deste projeto assumem o compromisso de preservar a privacidade dos entrevistados cujos dados serão coletados através de observação e entrevistas, as quais serão gravadas em áudio. Concordam, igualmente, que as informações serão utilizadas única e exclusivamente para execução deste projeto de pesquisa. As informações, ao serem divulgadas, manterão o anonimato, como também serão mantidas, por um período de 5 anos sob a responsabilidade da pesquisadora responsável professora Adelina Giacomelli Prochnow. Após este período, os dados serão destruídos. Este projeto de pesquisa foi revisado, avaliado e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UFSM em ..... /..... /..... , com o número do CAAE .....

Santa Maria, ..... de ..... de 200 ....

---

Profa. Dra Adelina Giacomelli Prochnow

---

Enfa. Mda. Sueli Terezinha Goi Barrios

**APÊNDICE C – Roteiro para Entrevista**

Entrevista n°:

Data...../...../ 2009

**Dados de Identificação**

1. Data de nascimento:

2. Sexo: ( ) M ( ) F

3. Tempo que está no exercício do cargo de Gestor:

4. Antes de exercer o cargo de Gestor sua atuação era:

( ) Instituição privada de saúde ( ) Instituição privada de outra área

( ) Instituição pública de saúde ( ) Instituição pública de outra área

( ) Instituição pública e privada de saúde

( ) Instituição pública e privada de outra área.

5. Titulação

( ) Nível médio ( ) Graduação ( ) Especialização ( ) Mestrado ou Doutorado

6. Formação:

**Questões abertas**

1. Como você analisa o funcionamento do COGERE?

2. Como você avalia os processos de negociação e tomada de decisão que acontecem no COGERE?

3. Qual sua avaliação sobre a atuação dos diferentes atores que participam do COGERE?

4. Quais são os recursos cognitivos, técnicos, políticos e administrativos que o COGERE utiliza para tomar decisões?

5. Quais são os principais temas da agenda do COGERE? Quem os estabelece?

6. Como você identifica os principais problemas e necessidades da localidade?

7. Você avalia que os principais problemas da região estão contemplados na agenda do COGERE? De que forma?

Observações subjetivas da entrevista:

## **APÊNDICE D – Roteiro para Observação**

### **Observar:**

1. Quem coordena as reuniões?
2. Como ocorrem as manifestações nas reuniões do COGERE?
3. Quem faz o contraponto nas reuniões?
4. Como os sujeitos se articulam e negociam em torno dos temas em pauta?
5. Todos os sujeitos têm as mesmas oportunidades de se manifestarem?
6. Quais temas demandam maior tempo de discussões?
7. Como são explicitadas as necessidades e os problemas de cada município?
8. Existe algum tipo de privilégio de um sujeito, ou grupo em detrimento de outro nas reuniões?
9. O porte do município interfere na tomada de decisões do COGERE? Em que sentido?

## **APÊNDICE E – Roteiro para Análise Documental**

1. Quais são os principais temas de discussão do COGERE?

Agendas; atas; resoluções; convocações; correspondências e outros.

2. Evidências de protagonismo dos diferentes sujeitos.

Lista de presença, vocalizações e formação da pauta.

3. Evidências de uso das diferentes naturezas tecnológicas.

Duras, leve duras e leves.

## **ANEXOS**

**ANEXO A - Carta de Aprovação da Coordenação do COGERE****COLEGIADO DE GESTÃO REGIONAL - COGERE  
4.º CRS/SES/RS**

Ofício n.º 002/08/COGERE

Santa Maria/RS, 21 de novembro de 2008.

**Prezada Senhora:**

No momento em que cumprimentamos Vossa Senhoria, e em atendimento a solicitação datada de 16/11/2008, informamos que *add referendum* autorizamos para que seja desenvolvida a referida pesquisa junto a este Colegiado de Gestão Regional/COGERE.



Sem mais para o momento.

Atenciosamente,

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'Sergio Severo', written over a faint circular stamp.

**Sérgio Renato Severo de Medeiros**  
Coordenador do Colegiado de Gestão Regional  
4º CRS - Santa Maria**Ilm.ª Sr.ª**  
**SUELI TEREZINHA GOI BARRIOS**  
Mestranda do PPGEf – UFSM  
Santa Maria/RS.

## ANEXO B - Carta de Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa – UFSM

 <p>MINISTÉRIO DA SAÚDE Conselho Nacional de Saúde Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP)</p>	<p>UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA Pró-Reitoria de Pós-Graduação e Pesquisa Comitê de Ética em Pesquisa - CEP- UFSM REGISTRO CONEP: 243</p> 
--	---

### CARTA DE APROVAÇÃO

O Comitê de Ética em Pesquisa – UFSM, reconhecido pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa – (CONEP/MS) analisou o protocolo de pesquisa:

**Título:** A micropolítica na gestão regionalizada da saúde: estudo de caso dos processos de tomada de decisão no colegiado de gestão da 4ª região sanitária do RS.

**Número do processo:** 23081.019041/2008-88

**CAAE (Certificado de Apresentação para Apreciação Ética):** 0270.0.243.000-08

**Pesquisador Responsável:** Adelina Giacomelli Prochnow

Este projeto foi APROVADO em seus aspectos éticos e metodológicos de acordo com as Diretrizes estabelecidas na Resolução 196/96 e complementares do Conselho Nacional de Saúde. Toda e qualquer alteração do Projeto, assim como os eventos adversos graves, deverão ser comunicados imediatamente a este Comitê. O pesquisador deve apresentar ao CEP:

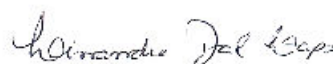
**Janeiro/2010**

**Relatório final**

Os membros do CEP-UFSM não participaram do processo de avaliação dos projetos onde constam como pesquisadores.

**DATA DA REUNIÃO DE APROVAÇÃO:** 16/12/2008

Santa Maria, 23 de Dezembro de 2008.



Lissandra Dal Lago

Coordenadora do Comitê de Ética em Pesquisa – UFSM  
Registro CONEP N. 243.



**ANEXO C - Autorização do representante da ASSEDISSA Centro**

*Santa Maria, 25 de novembro de 2009.*

***Atestado***

Atesto a quem interessar possa, que a Sr<sup>a</sup> Sueli Goi Barrios, foi autorizada a assistir uma reunião dos Secretários de Saúde da Associação de Municípios da Região Centro realizada no município de Santa Maria – RS.  
Sem mais para o momento

**Cordialmente**

**Marcelo F. Ellwanger**  
**Coord. Sec Saúde da AM Centro**

**ANEXO D – Resolução da CIB-RS de criação dos COGEREs**

ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL - SECRETARIA DA SAÚDE

**RESOLUÇÃO Nº 045/07 - CIB/RS**

A **Comissão Intergestores Bipartite/RS**, no uso de suas atribuições legais, e considerando: a Portaria GM nº 399/06, de 22 de fevereiro de 2006, que divulga o Pacto pela Saúde 2006 – Consolidação do SUS e aprova as Diretrizes Operacionais do referido Pacto; que o Pacto de Gestão estabelece mecanismos de Gestão Regional, com a finalidade de qualificar o processo de Regionalização, através da constituição de espaço permanente de co-gestão solidária e cooperativa, através de Colegiado de Gestão Regional, cuja denominação e funcionamento devem ser acordados na CIB (item III, A, 2.3, a); que a Portaria nº 399/06 estabelece que este Colegiado deva ser formado pelos gestores municipais de saúde do conjunto de municípios de uma região e por representantes do gestor estadual, sendo as suas decisões sempre por consenso, pressupondo o envolvimento e comprometimento do conjunto de gestores com os compromissos pactuados (item III, A, 2.3, c); que o Estado do Rio Grande do Sul já possui 19 CIB/REGIONAIS constituídas por representação, conforme estabelecido na Resolução nº 25/03 da CIB/RS.

**RESOLVE:**

**Art. 1º** - Alterar a Resolução nº 25/03 – CIB/RS, para atender ao disposto na Portaria GM nº 399/06, trocando a denominação da Comissão Intergestores Bipartite Regional para **Colegiado de Gestão Regional – COGERE**.

**Art. 2º** - O Art. 3º da Resolução nº 25/2003 CIB/RS, passará a ter a seguinte redação: “Os Colegiados de Gestão Regionais serão compostos por membros titulares e respectivos suplentes, representantes da Coordenadoria Regional de Saúde e da totalidade dos municípios de sua área de abrangência”.

**Art. 3º** - A partir da publicação desta Resolução todas as CIB/REGIONAIS deverão integrar em seu colegiado a totalidade dos municípios sob sua área de abrangência, passando a denominar-se Colegiado de Gestão Regional - COGERE.

§ 1º - As Coordenadorias Regionais de Saúde (CRS) poderão manter a atual representação, estabelecida por Resolução da CIB/RS, ou ampliá-la, procurando ter no mínimo um representante estadual por microrregião.

§ 2º - Os municípios deverão indicar à CRS o nome dos titulares e suplentes no COGERE.

§ 3º - A nova composição dos COGERE, será estabelecida por Resolução que deverá ser encaminhada à CIB/RS no prazo de até 90 dias a contar da publicação desta Resolução, para homologação pela CIB/RS.

**Art. 4º** - Os COGERE deverão alterar o Regimento Interno no que couber, para atender ao disposto na Portaria GM nº 399/06.

**Art. 5º** - Caberá à CIB/RS a definição de competências dos COGERE adicionais àquelas estabelecidas na Resolução CIB/RS nº 25/03.

**Art. 6º** - Será constituído Grupo de Trabalho Bipartite para discutir nova configuração para as regiões de saúde do estado, com revisão do Plano Diretor de Regionalização.

**Art. 7º** - Esta Resolução entrará em vigor a partir da data de sua publicação.

Porto Alegre, 16 de maio de 2007.

OSMAR GASPARINI TERRA

Presidente da Comissão Intergestores Bipartite/RS

## **ANEXO E – Regimento interno do COGERE Centro**

### **COGERE – Colegiado de Gestores Regional da 4ª Coordenadoria Regional de Saúde**

#### **REGIMENTO INTERNO**

##### **I - DA NATUREZA E FINALIDADE**

Art.1º - O Colegiado de Gestão Regional – COGERE – no âmbito da 4ª Coordenadoria Regional de Saúde, instituída pela Resolução nº 045/2007 – CIB/RS, considerando a Portaria MS nº 399/06 e o Plano Diretor de Regionalização, constitui-se em instância colegiada de negociação, deliberação de prioridades e pactuação, entre o gestor estadual e os gestores municipais, para organização de uma rede regional de ações e serviços de atenção à saúde integrada e resolutiva.

Art.2º - O presente Regimento Interno tem por finalidade regulamentar a composição, competência, funcionamento e organização do Colegiado de Gestão Regional da 4ª Coordenadoria Regional de Saúde.

##### **II- DA COMPOSIÇÃO**

Art. 3º - O COGERE da 4ª CRS é constituído por 32 membros efetivos e respectivos suplentes, sendo 1 gestor municipal de saúde representante de cada Município da 4ª CRS e seus respectivos suplentes, e 8 representantes da 4ª Coordenadoria Regional de Saúde e seus respectivos suplentes.

Art. 4º - A Coordenação e a Vice-Coordenação do COGERE/4ª CRS, deverão ser ocupadas pelo Delegado (a) da 4ª CRS E O Representante da ASSEDISA respectivamente.

Art.5º - A designação dos representantes da 4ª CRS e dos Municípios, titulares e respectivos suplentes, será efetivada por portaria do Secretário de Estado da Saúde.

Art.6º - É Membro nato o Delegado Regional de Saúde.

Art.7º - Os representantes dos Gestores serão indicação de cada um dos Municípios, podendo ser substituídos a qualquer tempo a critério do Gestor Municipal.

§ 1º - Na hipótese de substituição do representante do Município, este terá trinta dias para indicar o seu substituto do Colegiado de Gestão Regional.

Art.8º - O Delegado da 4ª CRS indicará os representantes titulares da Coordenadoria e seus respectivos suplentes.

§ 1º- Os representantes ou seus respectivos suplentes poderão ser substituídos a qualquer tempo, a critério da 4ª Coordenadoria Regional de Saúde.

Art. 9º - Qualquer órgão ou instituição poderá participar das atividades do COGERE/4ª CRS sempre que o objeto de suas atribuições representar interface com suas ações no âmbito da 4ª CRS. Desde que convidado pelo Núcleo de Coordenação, SETEC ou Grupo de Trabalho.

### **III - DA COMPETÊNCIA**

Art. 10 - São competências do Colegiado de Gestão Regional – COGERE – 4ª CRS

- a) Discutir e elaborar propostas e definir estratégias para consolidação do SUS, em seu âmbito;
- b) Manter contato permanente com a Comissão Intergestores Bipartite Estadual- CIB/RS para troca de informações sobre o processo de descentralização e regionalização do SUS;
- c) Promover a articulação entre as esferas de governo, de forma a garantir a execução das ações em sua área de abrangência;
- d) Definir critérios para a prioridade de investimentos regionais na área de Saúde;
- e) Instituir um processo dinâmico de planejamento regional e estabelecer formas e critérios para o processo permanente de monitoramento e avaliação do SUS Municipal e Regional;
- f) Atualizar e acompanhar a programação pactuada integrada de atenção em saúde;
- g) Desenhar o processo regulatório, com definição de fluxos e protocolos;
- h) Estimular estratégias de qualificação do Controle Social;
- i) Articular-se com outros COGEREs Regionais, com o propósito de cooperação mútua e de estabelecimento de estratégias comuns para o fortalecimento do SUS Estadual e Conselho Regional;
- j) Divulgar suas ações através dos diversos mecanismos de comunicação social, em especial junto aos Conselhos Municipais de Saúde e Conselho Regional;
- k) Manifestar-se sobre todos os assuntos de sua competência;
- l) Exercer outras competências que venham a ser definidas na legislação e normas do SUS;
- m) Resolver os casos omissos do presente regimento;

### **IV – DA ORGANIZAÇÃO E FUNCIONAMENTO**

Art. 11 - O Colegiado de Gestão Regional da 4ª CRS, tem a seguinte organização:

- 1- Plenário
- 2- Secretaria Técnica – SETEC
- 3- Grupos de Trabalho
- 4- Núcleo de Coordenação: Coordenador, Vice-Coordenador e Secretário(a) Executivo

Art. 12 - O plenário do COGERE é o fórum de pactuação consensual, constituído conforme estabelece o item II deste regimento, e configurado por reuniões ordinárias e extraordinárias com requisito de funcionamento estabelecidos neste regimento.

Art.13 - As alterações do COGERE/ 4ª CRS e de seus membros, deverão ser deliberadas em reunião deste colegiado.

§ 1º - A representação da 4ª CRS e dos Municípios será renovada automaticamente por ocasião das eleições Estaduais e municipais, respectivamente.

§ 2º- As justificativas de ausência deverão ser apresentadas na SETEC até 48 horas após a reunião.

Art.14 - O COGERE/4ª CRS se reunirá, ordinariamente, uma vez por mês e extraordinariamente quando necessário, por convocação de seu coordenador ou requerimento

da maioria absoluta de seus membros efetivos.

Parágrafo único - As reuniões ordinárias serão agendadas na última reunião do ano, quando será aprovado o calendário para o ano seguinte.

Art. 15 - As reuniões são abertas a participação de todos os interessados na discussão dos temas em pauta de acordo com artigo 9º item II.

Art. 16 - As reuniões serão iniciadas com a presença mínima de 50% (cinquenta por cento) de seus membros, em 1ª chamada, e 30 % em última chamada, 50 minutos após.

Art. 17 - As decisões são tomadas por consenso.

§ 1º - Na ausência de consenso o tema em pauta será encaminhado á deliberação do Conselho Regional.

§ 2º - Se alguma das partes necessitar recorrer das decisões, deverá encaminhar requerimento a Comissão Intergestores Bipartite (CIB) e ao Conselho Estadual de Saúde.

Art. 18 - As reuniões serão coordenadas pelo Coordenador do COGERE/4ªCRS e na ausência deste, pelo Vice-Coordenador.

Parágrafo único - Na ausência de ambos, os membros presentes indicarão o coordenador da reunião.

Art. 19 - Ao Coordenador do COGERE/4ª CRS, ou seu representante cabe:

- a) Convocar e coordenar as reuniões plenárias;
- b) Aprovar a versão final da pauta das reuniões;
- c) Supervisionar o trabalho da SETEC
- d) Assinar as resoluções, recomendações, moções e outros documentos emitidos pelo COGERE/4ª CRS dentro de sua área de competência.
- e) Designar membros da 4ª CRS, SETEC.

Outras atribuições definidas pelo plenário.

f) Convidar outros órgãos ou instituições para participar das atividades do COGERE de acordo com Art. 9º item II

Art. 20 - A versão preliminar da pauta da reunião será elaborada pela SETEC, mediante indicação do plenário ao final de cada reunião e, por sugestão dos membros encaminhada por escrito com 3 (três) dias úteis de antecedência à SETEC, para que os temas possam ser preparados antes da reunião.

Art.21 - O Coordenador do COGERE/4ª CRS, ou seu representante aprovará a versão final da pauta que será encaminhada a todos os integrantes do COGERE/4ª CRS, com antecedência mínima de 3(três) dias úteis.

Art.22 – A pauta da reunião ordinária constará de:

- a) Leitura de atas da reunião anterior
- b) Informes
- c) Ordem do dia com os temas previamente definidos e preparados.
- d) Discussões e deliberações
- e) Definição da pauta da reunião seguinte

§ 1º - Assuntos de relevância não apresentados no prazo poderão ser incluídos na pauta após o acordo entre os membros.

§ 2º - Os informes não importam em discussão, não devendo exceder 5 (cinco minutos) por inscrição: se houver polêmica poderão passar a ordem do dia ou serem pautados para a próxima reunião.

§ 3º - Cabe a SETEC a preparação de cada tema de pauta necessários através da realização de reunião prévia para sua discussão, e da junção das informações e documentos disponíveis a serem distribuídos aos membros com antecedência sem o que, salvo a critério do plenário, o tema não poderá ser discutido.

Art. 23 - As deliberações do COGERE/4ª CRS, tomadas por consenso entre os seus membros, serão expressas através de:

- a) **Resoluções** numeradas consecutivamente, a cada ano civil, a serem publicadas no Diário Oficial do Estado no prazo máximo de trinta dias após a sua aprovação pelo plenário.
- b) **Recomendações** sobre temas ou assuntos que não são de sua responsabilidade direta, mas que são relevantes para o SUS.
- c) **Mocções** que expressem o juízo do COGERE sobre os fatos ou situações relevantes referentes ao SUS.

§ 1º- A elaboração das minutas das resoluções, recomendações e mocções será de responsabilidade do Núcleo de Coordenação e deverão ser encaminhadas a CIB Estadual para deliberação.

§ 2º - As deliberações da CIB/RS prevalecerão sobre as dos COGERES/REGIONAIS.

Art. 24 - A reunião do plenário deve ser gravada, e a ata, a ser aprovada na próxima reunião do plenário deve constar:

- a) A relação dos participantes, com nome, entidade, assinatura.
- b) Resumo de cada informe, nome, entidade que o apresentou.
- c) Relação dos temas abordados indicando o responsável pela apresentação.
- d) Inclusão de observações quando solicitado por algum membro.
- e) Deliberações tomadas, inclusive quanto á aprovação da ata da reunião anterior e temas que devem ser incluídos na pauta da reunião seguinte, indicando quem solicitou a inclusão.

§ 1º- O teor integral das matérias tratadas nas reuniões estarão disponíveis na SETEC em gravação e com cópia dos documentos apresentados.

§ 2º- A SETEC providenciará a remessa de cópia da ata de modo que cada membro possa recebê-la, no mínimo 3 (três) dias antes da reunião em que será apreciada, por e-mail.

§ 3º- As emendas e correções da ata serão realizadas quando de sua leitura ao início de cada reunião do plenário.

Art. 25 - As deliberações do COGERE/4ª CRS , bem como as atas das reuniões aprovadas deverão ser encaminhadas aos membros do plenário, Conselho Regional a CIB e ao Conselho Estadual de Saúde.

Art. 26 - Aos membros do Plenário compete:

- a) Zelar pelo pleno e total desenvolvimento das atribuições do COGERE/4ª CRS.
- b) Estudar e relatar, nos prazos estabelecidos, os temas que lhe forem atribuídos.
- c) Apreciar os temas em discussão no COGERE/4ª CRS.
- d) Apresentar recomendações ou moções sobre os temas de interesse da saúde.
- e) Acompanhar e avaliar a implementação das resoluções do COGERE/4ª CRS.
- f) Desempenhar outras atividades necessárias ao cumprimento de seu papel e ao funcionamento do COGERE/4ª CRS.

Art. 28 - A Secretaria Técnica – SETEC- tem por finalidade prestar apoio técnico ao pleno funcionamento do COGERE/4ª CRS, e é constituída por:

a) - 4 (quatro) representantes da 4ª CRS ou respectivos suplentes:

- Titular de Planejamento
- Titular de Ações
- Titular do Administrativo
- Titular do NUREVS

b) - 5 (cinco) representantes dos Municípios ou seus respectivos suplentes indicados pela plenária.

Art.29 - À Secretaria Técnica - SETEC do COGERE/4ª CRS cabe:

- a) Analisar e dar encaminhamentos às correspondências recebidas pelo COGERE/4ª CRS.
- b) Analisar os documentos encaminhados pela comissão Bipartite Regional garantindo encaminhamento, guarda e arquivamento adequados.
- c) Indicar a pauta das reuniões, procedendo à seleção dos temas conforme critérios de pertinência, relevância, tempestividade (inserção no tempo oportuno e hábil) e precedência.
- d) Preparar cada tema da pauta com os documentos e informações disponíveis, a serem distribuídos com antecedência ao plenário para agilizar e qualificar as discussões e pactuações.
- e) Promover, coordenar e participar do mapeamento e recolhimento de informações e análises estratégicas produzidas por diferentes órgãos e entidades, fornecendo-as aos membros do COGERE/4ªCRS, como subsídio para o cumprimento de suas competências legais.

Art.30 - À Secretaria Executiva do COGERE/4ª CRS cabe:

- a) Receber e encaminhar a SETEC/4ªCRS as correspondências recebidas pelo COGERE/4ªCRS.
- b) Providenciar a redação final das resoluções, encaminhadas pelos setores responsáveis, recomendações ou moções, ouvida a SETEC ou o COGERE/4ªCRS.
- c) Providenciar assinatura do Coordenador do COGERE/4ª CRS nos documentos.
- d) Despachar os processos e expedientes de rotina, providenciar a convocação das reuniões, a divulgação das suas pautas, a preparação de informes e do material necessário aos membros.
- e) Organizar e secretariar as reuniões da SETEC e do COGERE/4ª CRS, gravando as reuniões plenárias e anotando os pontos mais relevantes para a redação final da ata.
- f) Providenciar a publicação e divulgação das resoluções, recomendações e moções.
- g) Providenciar os encaminhamentos administrativos decorrentes das reuniões do COGERE/4ª CRS revendo a cada mês a implementação das decisões de reuniões



anteriores para informar aos membros.

- h) Fornecer apoio administrativo para o funcionamento dos grupos de trabalho, acompanhando, inclusive, o cumprimento de prazos de apresentação dos produtos ao plenário.

Art.31 - A critério do plenário poderão ser criados grupos de trabalho sobre temas específicos, em caráter permanente ou transitório, com o objetivo de produzir subsídios, propostas e recomendações ao plenário do COREGE/4

§ 1º- Os grupos de trabalho deverão ser constituídos entre representantes da Coordenadoria e Municípios.

§ 2º- A constituição e funcionamento de cada grupo de trabalho será estabelecida em resolução específica onde conste: além dos membros efetivos e suplentes, o coordenador, sua finalidade, objetivo, produto, prazos e demais aspectos que o identifiquem com clareza.

§ 3º- Os grupos de trabalho poderão convidar pessoas ou entidades públicas ou privadas para comparecer às reuniões e prestar esclarecimentos sob o tema em estudo.

## **V - DAS DISPOSIÇÕES GERAIS**

Art.32 - Os casos omissos e as dúvidas surgidas na aplicação do presente REGIMENTO INTERNO, serão resolvidos pelo plenário do COGERE/4ª CRS.

Art.33 - O presente Regimento Interno será aprovado por resolução da CIB/RS e entrará em vigor na data de sua publicação no DOE, só podendo ser modificado por decisão consensual da totalidade dos membros do COGERE/4ª CRS em reunião convocada para este fim, com antecedência de 30 (trinta) dias.

Art.34 - Revogam-se as disposições em contrário.

## ANEXO F – Resoluções do COGERE (junho de 2008 a junho de 2009)

DATA	Nº da RESOLUÇÃO	RESOLUÇÃO
11/06/2008	06/2008	- Homologar a adesão à gerência das Ações de Vigilância Sanitária correspondente ao Piso Estruturante, de acordo com o preconizado no regulamento técnico, anexo à Resolução n.º 250-07 CIB/RS, dos municípios abaixo relacionados: Santa Maria; São Francisco de Assis; Santiago; Dona Francisca; Faxinal do Soturno; São Sepé; Ivorá; Mata; Cacequi; Vila Nova do Sul; Júlio de Castilhos; Tupanciretã; Jaguari; Restinga Seca; Nova Palma; Nova Esperança do Sul; Itaara; Pinhal Grande; Quevedos; Silveira Martins; Unistalda; São Pedro do Sul; Dilermando de Aguiar; Toropi; São Martinho da Serra.
11/06/2008	07/2008	<b>Decide, por unanimidade de votos</b> e pelas razões acima expostas, pela não aceitação, momentaneamente, da solicitação do município de Caçapava do Sul em fazer parte da 4ª Coordenadoria Regional de Saúde.
02/07/2008	08/2008	Aprovar a proposta de renovação do contrato de prestação de serviços junto à <b>Protege Medicina Empresarial e Assistencial LTDA</b> para a 4ª Coordenadoria Regional de Saúde, com o aumento de consultas especializadas, tendo sido habilitada em 2007 através de chamamento público.
02/07/2008	09/2008	Aprovar os seguintes projetos de Educação Permanente em Saúde apresentados na reunião da CIES no dia 27 de junho de 2008: Capacitação da Equipe de Saúde para o Atendimento ao Recém Nascido na Sala de Parto e Transferência para as Unidades de Referência da Região da 4ª CRS – UFSM – Santa Maria; Qualificação Profissional em Assistência Farmacêutica. – URI – Santiago.
02/07/2008	10/2008	Solicitar a mudança de Referência de NEUROCIRURGIA (I, II, III e IV) de Uruguaiana para Cruz Alta; Definir a Referência de NEUROCIRURGIA, nível V, para o município de Pelotas;

		Que as Referências em NEUROCIRURGIA ficarão em Cruz Alta e Pelotas até que se estabeleça abertura para outro Prestador na 4.ªCRS/Santa Maria.												
<b>17/07/2008</b>	11/2008	Aprovar, por unanimidade, que o Hospital Universitário de Santa Maria(HUSM) permaneça com o Serviço de ONCOLOGIA e Contratualize a RADIOTERAPIA com outro Prestador, eliminando a fila de espera.												
<b>17/07/2008</b>	12/2008	Aceitar, por unanimidade, que o município de Paraíso do Sul tenha atendimento de OFTALMOLOGIA em Faxinal do Soturno.												
<b>17/07/2008</b>	13/2008	Aprovar, o Plano Operativo do Hospital Municipal Casa de Saúde para Contratualização com o Estado do RS; Propor a realização de uma avaliação do Plano Operativo entre o Setor de Regulação da Secretaria Municipal de Saúde de Santa Maria e o referido Prestador de Serviço.												
<b>02/07/2008</b>	14/2008	Formalizar a habilitação de 03(três) municípios a receber o Incentivo Financeiro, no valor global de: <table border="1" data-bbox="703 1093 1331 1301"> <thead> <tr> <th>Municípios</th> <th>UBS</th> <th>Valor</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Itaara</td> <td>01</td> <td>R\$ 6.000,00</td> </tr> <tr> <td>Paraíso do Sul</td> <td>01</td> <td>R\$ 6.000,00</td> </tr> <tr> <td>Silveira Martins</td> <td>01</td> <td>R\$ 6.000,00</td> </tr> </tbody> </table>	Municípios	UBS	Valor	Itaara	01	R\$ 6.000,00	Paraíso do Sul	01	R\$ 6.000,00	Silveira Martins	01	R\$ 6.000,00
Municípios	UBS	Valor												
Itaara	01	R\$ 6.000,00												
Paraíso do Sul	01	R\$ 6.000,00												
Silveira Martins	01	R\$ 6.000,00												
<b>11/06/2008</b>	16/2008	Aprovar a habilitação dos municípios de AGUDO, SANTIAGO e FAXINAL DO SOTURNO, a realização de MAMOGRAFIAS. Ficando a 4.ªCRS a cargo da distribuição dos quantitativos e Referências.												
<b>06/08/2008</b>	17/2008	Aprovar a troca de Cirurgia Geral com anestesia por Cirurgias Ambulatoriais (de 03 a 04 cirurgias) para agilizar o andamento da fila de Lipomas e Sinais, devido à existência de uma fila de espera da Rede Integrada de Apoio ao HUSM de 600 pacientes, usando os mesmos valores já disponibilizados.												
<b>06/08/2008</b>	18/2008	Aprovar a proposta de compra de próteses dentárias para o CEO – Centro de Especialidades Odontológicas do município de Santiago, conforme projeto apresentado pelo município.												
<b>06/08/2008</b>	19/2008	Aprovar “ad referendum” os processos do Pacto de												

		Indicadores pela Saúde dos municípios de : Agudo, Cacequi, Capão do Cipó, Dona Francisca, Faxinal do Soturno, Formigueiro, Ivorá, Jaguari, Jarí, Mata, Nova Palma, Pinhal Grande, Quevedos, Restinga Seca, Santiago, São João do Polêsine, São Martinho da Serra, São Pedro do Sul, São Sepé, Silveira Martins, Toropi e Tupanciretã.
<b>06/08/2008</b>	20/2008	Aprovar a utilização da verba remanescente de Tupanciretã/RS, para realizar adequação física do Hospital “Brasilina Terra”, conforme Projeto apresentado pela Secretaria Municipal de Saúde de Tupanciretã, em reunião deste Colegiado no dia 06 de agosto de 2008.
<b>06/08/2008</b>	21/2008	Aprovar o Projeto de Educação Permanente em Saúde: Curso Básico sobre Comissão de Controle de Infecção Hospitalar e Prevenção e Controle de Infecções na Rede Básica para os Municípios da 4ª CRS.
<b>03/09/2008</b>	22/2008	Aprovar a nova indicação de nomes dos representantes no CIES Regional na CIES Estadual, conforme segue: Heidi Maysa Paz Machado – 4ª CRS – NURESC ( titular) Eva Muller – NUMESC - Santiago – (suplente) Representantes das Intituições de Ensino Técnico: Silvana de Oliveira Silva – URI – Santiago ( titular) Silvana Bastos Cogo Bisogno – UNIFRA – Téc.Enfermagem ( suplente)
<b>03/09/2008</b>	23/2008	Confirmar a manifestação de interesse por parte do Colegiado no que se refere à solicitação de implantação de serviço de Saúde Auditiva no Hospital de Agudo – RS.
<b>03/09/2008</b>	24/2008	Aprovar os quantitativos de leitos para Saúde Mental para os seguintes hospitais: Hospital Municipal Casa de Saúde de Santa Maria - 06 leitos clínicos para internação de Álcool e outras drogas (em especial Crack); Hospital Nossa Senhora da Piedade de Nova Palma - 16 leitos clínicos para internação de Álcool e outras drogas (em especial Crack); Hospital de Caridade de Santiago - 04 leitos psiquiátricos

		e 06 leitos clínicos para internação de Álcool e outras drogas (em especial crack); Instituto de Saúde Educação e Vida de Cacequi - 04 leitos psiquiátricos para atendimento a Cacequi, Mata e São Vicente do Sul.
<b>03/09/2008</b>	25/2008	Aprovar a solicitação para implantação de um CAPS ad no município de Santa Maria.
<b>03/09/2008</b>	26/2008	Aprovar a solicitação de alteração do projeto de ampliação e reforma de Unidade Básica de Saúde para construção nova, no valor de R\$ 56.617,32 provenientes da Consulta Popular 2004-2005, no município de Itaara-RS.
<b>03/09/2008</b>	27/2008	Aprovar a solicitação de alteração do projeto de ampliação e reforma de Unidade Básica de Saúde para construção nova, no valor de R\$ 56.617,32 provenientes da Consulta Popular 2004/2005, no município de Itaara-RS.
<b>06/08/2008</b>	28/2008	Aprovar o Plano Operativo para CONTRATUALIZAÇÃO do Hospital “Santo Antonio”, do município de São Francisco de Assis/RS.
<b>06/08/2008</b>	29/2008	Aprovar o Plano Operativo para contratualização do Hospital Municipal de São Pedro do Sul/RS.
<b>03/09/2008</b>	30/2008	Aprovar da o Plano Operativo para CONTRATUALIZAÇÃO do Hospital “Casa de Saúde São José”, do município de Pinhal Grande/RS.
<b>06/08/2008</b>	31/2008	Aprovar o Plano Operativo para CONTRATUALIZAÇÃO da “Associação Hospital de Agudo”, do município de Agudo/RS.
<b>06/08/2008</b>	32/2008	Aprovar o Plano Operativo para CONTRATUALIZAÇÃO do Hospital de Caridade, do município de Santiago/RS.
<b>03/09/2008</b>	33/2008	Aprovar a solicitação de Serviço de Protetização Dentária no município de Santa Maria.
<b>03/09/2008</b>	34/2008	Aprovar a actualização do Pacto pela Saúde dos seguintes municípios: Agudo;Cacequi; Capão do Cipó; Dilermando de Aguiar; Dona Francisca; Faxinal do Soturno; Formigueiro; Ivorá; Jaguari; Jarí; Júlio de Castilhos; Nova Palma; Nova Esperança do Sul; Mata;

		Pinhal Grande; Quevedos; Restinga Seca; São João do Polêsine; São Martinho da Serra; São Pedro do Sul; São Sepé; Silveira Martins; Toropi; Tupanciretã; Unistalda; Vila Nova do Sul.
<b>03/09/2008</b>	35/2008	Estabelecer e aprovar critérios para Contratualização de Laboratórios, ficando definido que, para realizar a Contratualização, os laboratórios devem ser priorizados dentro dos seguintes critérios: - Nos municípios onde não existir laboratório sediado, deverão ser contratados laboratórios que disponham-se a instalar postos de coleta no município, sem ônus adicional à tabela do SUS, obedecendo ao critério de menor distância da sede do município, na seguinte ordem: - O laboratório sediado na micro-região da população referência para atendimento; - O laboratório sediado na região da população – alvo para atendimento.
<b>06/09/2008</b>	36/2008	Aprovar a divisão de quotas de atendimento em Radiologia, como segue: Receberão atendimento em Santa Cruz do Sul os municípios de: Agudo, Dona Francisca, Faxinal do Soturno, Nova Palma e Paraíso do Sul. Receberão atendimento em Ijuí os municípios de: Júlio de Castilhos, Capão do Cipó, Restinga Seca, Unistalda, Santiago e Tupanciretã. Aprovar, “ <i>ad referendum</i> ” o Plano Operativo para CONTRATUALIZAÇÃO do Hospital Nossa Senhora da Saúde, de Ivorá.
<b>06/09/2008</b>	38/2008	Aprovar, “ <i>ad referendum</i> ” o Plano Operativo para CONTRATUALIZAÇÃO do Hospital Paraíso Sociedade Assistencial e Beneficente, de Paraíso do Sul.
<b>06/09/2008</b>	39/2008	Aprovar o Plano Operativo para CONTRATUALIZAÇÃO do Hospital Municipal Casa de Saúde, de Santa Maria.
<b>01/10/2008</b>	40/2008	Aprovar o incentivo da Casa de Gestante de São Pedro do Sul, sendo 10 leitos, abrangência micro-regional: São

		Pedro do Sul, São Vicente do Sul e Santiago.
<b>01/10/2008</b>	41/2008	Aprovar o incentivo da Casa de Gestante do Hospital Municipal Casa de Saúde de Santa Maria, sendo 06 leitos, para atendimento da população da micro-região de Santa Maria, São Martinho da Serra e Itaara.
<b>01/10/2008</b>	42/2008	Aprovar os critérios para contratualização dos serviços de Fisioterapia, como segue: - Os municípios da 4ª Região procederão ao contato com os todos os prestadores de serviços de Fisioterapia em cada município, para solicitar aos mesmos informarem sobre seu interesse em prestarem serviços pelo SUS ou não, sendo que todos deverão estar aptos a contratualizar, possuindo todos os documentos, equipamentos e infraestrutura necessários para tal. - A contratualização obedecerá o critério de preferência por serviços instalados nos municípios. Não atendendo a este critério dá-se preferência ao serviço instalado dentro da micro-região, e, no caso de não estar instalado dentro da micro-região, dá-se preferência ao serviço instalado na região.
<b>01/10/2008</b>	43/2008	Designar comissão para acompanhar o processo de contratualização da PPI da Assistência, composta pelos seguintes membros deste Colegiado: Sra. Jacinda Stohl (representante do município de Santa Maria); Sra. Helena Pfluck (representante do município de Toropi) e Sra. Adriana Krum (representante da 4ª CRS).
<b>20/01/2009</b>	01/2009	Aprovar, Ad Referendum, o credenciamento de uma Equipe de Internação Domiciliar no Hospital Universitário de Santa Maria, conforme Portaria n.º 2.529 de 19/10/2006, RDC n.º 11 de janeiro/2006 e Portaria n.º 2.416 de 20/03/1998.
<b>12/02/2009</b>	02/2009	Aprovar, Ad Referendum, o Plano de Aplicação da verba do COGERE, para o ano de 2009.
<b>04/02/2009</b>	03/2009	Aprovar a Renovação dos Contratos da Rede Regional Hospitalar Integrada (RRHI) com os Hospitais que cumpriram as metas pactuadas do contrato anterior,

		respeitando as necessidades e demandas da região.
<b>04/02/2009</b>	04/2009	Aprovar a área de abrangência da HEMODIÁLISE do Hospital de Caridade de Santiago/RS, ficando com os pacientes dos seguintes municípios: JAGUARI, SANTIAGO, SÃO FRANCISCO DE ASSIS, SÃO VICENTE DO SUL, NOVA ESPERANÇA DO SUL, CAPÃO DO CIPÓ e UNISTALDA.
<b>11/03/2009</b>	05/2009	Homologar, AD REFERENDUM, a adesão à gerência das Ações de Vigilância Sanitária correspondente ao Piso Estruturante, de acordo com o preconizado no regulamento técnico, anexo à Resolução n.º 250-07 CIB/RS, do município de São Vicente do Sul.
<b>11/03/2009</b>	06/2009	Aprovar os nomes de Marciele Moreira da Silva, Enfermeira docente da Escola Técnica URI Santiago e Karine de Freitas Cáceres Machado, representante da Escola Técnica da Unifra - Sta Maria, como titular e suplente, respectivamente; na CIES Estadual.
<b>11/03/2009</b>	07/2009	Somos de parecer favorável ao credenciamento do Hospital Santo Antonio de São Francisco de Assis (10 leitos) e do Hospital Brasilina Terra de Tupanciretã (10 leitos).
<b>17/03/2009</b>	08/2009	Aprovar, ad referendum, a habilitação dos municípios de AGUDO, SANTIAGO e FAXINAL DO SOTURNO, a realização de MAMOGRAFIAS. Segue abaixo a distribuição dos quantitativos e referências: AGUDO – Restinga Seca, Paraíso do Sul, Vila Nova do Sul, Formigueiro, São Sepé, Dona Francisca. FAXINAL DO SOTURNO – Pinhal Grande, Nova Palma, Silveira Martins, São João do Polêsine, Ivorá. SANTIAGO – São Vicente do Sul, Cacequi, Mata, Unistalda, Nova Esperança do Sul, Toropi, Jarí, Capão do Cipó, São Pedro do Sul, Jaguari, São Francisco de Assis.
<b>20/03/2009</b>	09/2009	Aprovar o projeto de solicitação de credenciamento para que o Hospital de Agudo passe a realizar atendimento de Otorrinolaringologia, na proposta conforme orientação do DAHA, excluindo os atendimentos de Prótese (Alta



		Complexidade).
<b>01/04/2009</b>	10/2009	<p>Solicitar aos órgãos competentes, a realização de AUDITORIA para avaliação da qualidade dos serviços prestados e pactuados pelo Hospital Universitário de Santa Maria – HUSM com o SUS, bem como, a averiguação de todas as considerações apontadas neste relatório.</p> <p>A intenção da apresentação destas considerações visa fortalecer o Sistema Único de Saúde – SUS e, principalmente, garantir o acesso digno à saúde de todos os cidadãos.</p> <p>(Art. 196. A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação. Art. 197. São de relevância pública as ações e serviços de saúde, cabendo ao Poder Público dispor, nos termos da lei, sobre sua regulamentação, fiscalização e controle, devendo sua execução ser feita diretamente ou através de terceiros e, também, por pessoa física ou jurídica de direito privado. 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:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>I - descentralização, com direção única em cada esfera de governo;</li> <li>II - atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais;</li> <li>III - participação da comunidade. Constituição da República Federativa do Brasil de 1988).</li> </ul>
<b>06/05/2009</b>	11/2009	Aprovar a solicitação do município de Tupanciretã para se retirar da área de abrangência da 4ª CRS e passar a área de abrangência da 9ª CRS, de Cruz Alta.
<b>12/05/2009</b>	12/2009	Aprovar a renovação da Rede de apoio ao HUSM,

		conforme proposta do Estado do Rio Grande do Sul
<b>12/05/2009</b>	13/2009	Solicitar ao Sr. Secretário de Saúde do RS, sua interferência a fim de dar prioridade ao que se refere à aquisição de um acelerador linear para o Hospital Universitário de Santa Maria, tendo em vista projeto que já foi encaminhado ao INCA, para dar qualidade aos usuários do serviço de Radioterapia.
<b>03/06/2009</b>	14/2009	Aprovar o projeto da CIES Regional: “Apoio administrativo para a CIES- 4ª CRS, visando a estruturação e Fortalecimento da Política de Educação Permanente em Saúde”.
<b>03/06/2009</b>	15/2009	Aprovar o Projeto da CIES Regional: “Seminário Microrregional para apresentação da CIES e da Educação Permanente em Saúde no âmbito da 4ª CRS”
<b>03/06/2009</b>	16/2009	Solicitar a CIB-RS sua intervenção no sentido de apoiar o projeto de compra do Acelerador Linear para o HUSM-Santa Maria- RS, com vistas a agilizar tal aquisição.
<b>09/06/2009</b>	18/2009	Aprovar, “Ad Referendum”, a alteração de datas do curso de instrumentalização em Sistemas de Informação e Fundamentos de Epidemiologia, previsto para julho de 2009; para as datas de 07, 08, 14, 15, 22 e 29 de agosto de 2009; por motivo de impossibilidade dos docentes comparecerem nas datas anteriormente previstas.