**Universidade de São Paulo
Faculdade de Saúde Pública**

**Regionalização do Sistema Único de Saúde na Região
do Juruá, Tarauacá/Envira, Acre, no início do século
XXI**

Alexsandra Pinheiro Cavalcante Costa

Tese apresentada ao Programa de Pós-
Graduação em Saúde Pública da Faculdade
de Saúde Pública, na forma de turma
especial Doutorado Interinstitucional
(Dinter) da Universidade de São Paulo e da
Universidade Federal do Acre, para
obtenção do Título de Doutor em Ciências.

Área de Concentração: Serviços de Saúde
Pública

Orientador: Prof. Dr. Paulo Capel Narvai

São Paulo

2017

Regionalização do Sistema Único de Saúde na Região do Juruá, Tarauacá/Envira, Acre, no início do século XXI

Alexsandra Pinheiro Cavalcante Costa

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública da Faculdade de Saúde Pública, na forma de turma especial Doutorado Interinstitucional (Dinter) da Universidade de São Paulo e da Universidade Federal do Acre, para obtenção do Título de Doutor em Ciências.

Área de Concentração: Serviços de Saúde Pública

Orientador: Prof. Dr. Paulo Capel Narvai

Versão revisada

São Paulo

2017

Autorizo a reprodução e divulgação total ou parcial deste trabalho, por qualquer meio convencional ou eletrônico, para fins de estudo e pesquisa, desde que citada a fonte

DEDICATÓRIA

À minha mãe Otília e ao meu pai Cícero, por toda dedicação e educação que proporcionou minha formação profissional e como pessoa. Obrigada pelo apoio incondicional.

À educação pública brasileira que contribuiu com minha formação desde a graduação, especialização, mestrado e este doutorado. Devolvo o investimento em mim com este produto intelectual e que possa contribuir com o pensar de um sistema de saúde público universal e integrado para o qual continuarei me dedicando.

AGRADECIMENTOS

Ao Professor Dr. Paulo Capel Narvai, pela acolhida, pela sua competência, pelo profissionalismo e pela parceria na orientação deste trabalho. Exemplo de profissional ético implicado com uma saúde como direito, pública e universal. Minha eterna gratidão, respeito e admiração.

À Professora Dra. Marília Louvison e ao Professor Dr. Celso Zilbovicius, pelas relevantes contribuições e sugestões no processo de qualificação dessa tese.

À Leonardo Carnut, pela disponibilidade, pelas dicas, pelas conversas e pela grande amizade. Obrigada por tudo.

Às professoras Dras. Cleide Martins, Ângela Cuenca e à secretária Ângela Fernandez pela compreensão, compromisso e atenção com nossa turma e este doutorado.

À professora Dra. Laura Feuerwerker, exemplo de militância. Obrigada pelas conversas despretensiosas nos corredores e durante cafezinhos que contribuíram para um pensar mais crítico.

Ao Cristiano Gil Regis, grande amigo, irmão. Obrigada pela sempre sincera parceria, companheirismo em todos esses momentos de minha vida. Meu anjo da guarda sempre presente nos momentos alegres e difíceis.

À Ana Alice Freire, eterna mestra, amiga, irmã. Obrigada pela amizade verdadeira, pelo companheirismo, pelos conselhos, pela orientação de vida em todos esses momentos. Meu outro anjo da guarda presente sempre que preciso.

À Suerda Mara, grande amiga. Obrigada pelas conversas terapêuticas, pela parceria e companheirismo. E ao Thiago Demétrio, amigo sincero. Obrigada por toda ajuda e por estarem sempre à disposição.

À Fátima Youssef, eterna amiga, parceira. Obrigada por sua ajuda, compreensão e paciência. Meus sinceros agradecimentos.

À Dona Nicácia, grande amiga. Obrigada pela acolhida em Rio Branco, pelas conversas, pela hospitalidade. Meu eterno agradecimento a senhora e sua família. Minha eterna gratidão.

Aos meus amigos de doutorado: Maria das Graças (grande amiga de militância e companheira para conversas terapêuticas), Cleber Ronald (amigo de militância e na ajuda mostrando os caminhos na FSP).

Aos gestores da saúde que participaram desta pesquisa e estiveram sempre à disposição para ajudar. E também aos usuários e profissionais que se dispuseram a conversar comigo. Meu sincero agradecimento.

À Universidade Federal do Acre (UFAC) que proporcionou este Doutorado Interinstitucional (DINTER) e aos professores que ajudaram administrando minhas ausências e colaborando com ajustes para que eu pudesse participar desta qualificação.

A todas as pessoas que, de alguma forma, colaboraram com a construção dessa tese e não foram aqui citadas.

Costa APC. Regionalização do Sistema Único de Saúde na Região do Juruá, Tarauacá/Envira, Acre, no início do século XXI [tese de doutorado]. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo; 2017.

RESUMO

Introdução – A descentralização do Sistema Único de Saúde logrou avanços com a municipalização da saúde, entretanto esta estratégia mostrou esgotamento nos últimos anos do século XX, dentre outros aspectos, pelo desenvolvimento de um sistema de saúde fragmentado. Nesse contexto, a regionalização ganha ênfase, no início do século XXI, sob a perspectiva de articulação dos entes federativos para a organização das ações e serviços de saúde em uma rede regionalizada de atenção à saúde para a garantia da integralidade da atenção. **Objetivo** – Analisar o processo de regionalização no âmbito do Sistema Único de Saúde na Região do Vale do Juruá, Tarauacá/Envira, Acre, nas primeiras décadas do século XXI. **Método** – Realizou-se pesquisa com abordagem qualitativa. Os dados foram coletados nos documentos de gestão e por meio de entrevistas com gestores da saúde, para as quais utilizou-se roteiro. O Discurso do Sujeito Coletivo (DSC) foi utilizado como técnica de processamento de depoimentos. As informações foram analisadas à luz do institucionalismo histórico. **Resultados** – Constatou-se incipiência da regionalização com instrumentos de gestão desatualizados, ausência de planejamento regional integrado e de influência direta dos interesses do setor privado. **Conclusão** – O Sistema Único de Saúde tem incrementado aspectos para sua institucionalidade, entretanto o desenho institucional federativo brasileiro associado as suas características regionais tornam complexa a implementação de seus instrumentos de gestão, requerendo apoio técnico e financeiro adequado aos aspectos de cada território. Este estudo contribui para a compreensão da realidade vivida por entes federativos da Região Amazônica.

DESCRITORES: Regionalização; Gestão em Saúde; Sistema Único de Saúde

Costa APC. **Regionalization of the Unified Health System at the Juruá Region, Tarauacá/Envira, Acre, at the beginning of the 21st Century** [PhD thesis]. São Paulo: School of Public Health, University of São Paulo, 2017.

ABSTRACT

Introduction – The decentralization of the Unified Health System brought advances with the municipalization of healthcare, however, such strategy has shown depletion in the last years of the 20th Century, among other aspects, by the development of a fragmented healthcare system. In this context, regionalization is emphasized, at the beginning of the 21st Century, under the perspective of articulation of federal entities for the organization of health actions and services in a regionalized healthcare network for guaranteeing the full attention. **Objective** – To analyze the regionalization process within the scope of the Unified Health System at the Juruá Region, Tarauacá/Envira, Acre, in the first decades of the 21st century. **Method** – A research was carried out with qualitative approach. Data was collected in the management documents and by means of interviews with health managers, using a script. The Collective Subject Discourse (DSC) was used as technique for processing the testimonies. Information was analyzed in the light of the historical institutionalism. **Results** – It was found incipient regionalization with outdated management tools, absence of integrated regional planning and direct influence of interests of the private sector. **Conclusion** – The Unified Health System has increased aspects for its institutionalization, however, the Brazilian federative institutional design associated with its regional characteristics make the implementation of its management instruments complex, requiring technical and financial support appropriate to the aspects of each territory. This study contributes for the understanding of the reality lived by the federative entities at the Amazon Region.

Key words Regionalization, Health management, Unified Health System

SUMÁRIO

Apresentação

PARTE I – CONTEXTO E CARACTERIZAÇÃO DA PESQUISA

1	Introdução	13
2	Objetivos	17
3	Método	18
3.1	Cenário da pesquisa	18
3.2	Coleta e análise dos dados	22
3.3	Aspectos éticos e legais	24
3.4	Resultados	24
3.5	Normas de apresentação de trabalhos acadêmicos	25

PARTE II – PRODUTOS DA PESQUISA

4	Produtos	27
4.1	Artigo 1: Regionalização do Sistema Único de Saúde em uma Região de Saúde na Amazônia Ocidental	28
4.2	Artigo 2: As relações interfederativas e a mercantilização não monetária da saúde	51
4.3	Artigo 3: Planejamento regional integrado em uma Região de Saúde da Amazônia Ocidental	71

PARTE III – CONSIDERAÇÕES FINAIS

5	Considerações Finais	88
----------	-----------------------------	-----------

Apêndices

Apêndice 1: Termo de consentimento livre e esclarecido	92
--	----

Apêndice 2: Roteiro de entrevista	94
-----------------------------------	----

Anexos

Anexo 1: Parecer do CEP/FSP/USP, de 24 de novembro de 2014	97
--	----

Anexo 2: Página inicial do currículo Lattes da Autora	99
---	----

Anexo 3: Página inicial do currículo Lattes do Orientador	100
---	-----

Anexo 4: Instruções para os autores- Revista Ciência e Saúde Coletiva	101
---	-----

Anexo 5: Instruções para os autores – Revista Saúde e Sociedade	108
---	-----

Anexo 6: Instruções para os autores – Revista Saúde em Debate	113
---	-----

ÍNDICE DE FIGURAS E QUADRO

Figura 1 -	Localização do Estado do Acre no Brasil	19
Figura 2 -	Mapa das Regiões de Saúde do Estado do Acre	19
Quadro -	Alguns aspectos dos municípios componentes da Região do Vale do Juruá, Acre	20
Figura 3 -	Localização do município de Guajará, Amazonas	21
Figura 4 -	Localização do município de Ipixuna, Amazonas	21

APRESENTAÇÃO

Esta tese é composta pelas seguintes partes ou seções principais: Contexto e Características da Pesquisa; Produtos da Pesquisa e Considerações Finais.

A primeira parte contém a introdução, os objetivos, os cenários da pesquisa, os procedimentos metodológicos. Na segunda parte estão os resultados da pesquisa sob a forma de artigos científicos, ainda não publicados. Nesses recortes foram analisadas as seguintes vertentes: 1) As relações interfederativas e a mercantilização não monetária da saúde; 2) Regionalização do Sistema Único de Saúde; 3) Planejamento regional integrado.

Por fim, a terceira parte desta tese contém as Considerações Finais que se referem às principais conclusões, limitações e contribuições do estudo.

PARTE I

CONTEXTO E CARACTERIZAÇÃO DA PESQUISA

1 INTRODUÇÃO

O Sistema Único de Saúde (SUS) é, reconhecidamente, uma conquista dos movimentos sociais brasileiros que, consagrado no plano jurídico com a Constituição Federal de 1988, que estabeleceu a saúde como um direito do cidadão e um dever do Estado, segue como um gigantesco desafio às instituições públicas para que o Estado brasileiro, às quais incumbe assegurar o exercício desse direito, possam torná-lo algo concreto da vida cotidiana dos brasileiros.

Segundo Paim et al. (2011) “a descentralização do sistema de saúde foi a lógica subjacente da implementação do SUS; para isso, foram necessárias legislação complementar, novas regras e reforma administrativa em todos os níveis do governo” (p.19).

O Ministério da Saúde elaborou normas para fortalecer esse processo e as vinculou ao repasse financeiro para subsidiar as ações de saúde. As Normas Operacionais Básicas (NOB) na década de 1990, a Norma Operacional de Assistência à Saúde (NOAS) no ano de 2001 com revisão em 2002 permitiram o avanço da descentralização, dando fortalecimento político aos municípios.

A NOB 01/96 estabeleceu o pleno exercício do poder municipal da função de gestor da atenção à saúde, consolidando a política de municipalização e dessa forma ao final de 1996 havia 3.078 municípios habilitados para a municipalização e ao fim de 2000, eram 5.398, 98% dos municípios (PESTANA e MENDES, 2004).

“Realizaram-se inovações institucionais, como um intenso processo de descentralização que outorgou maior responsabilidade aos municípios na gestão dos serviços de saúde, além de possibilitar os meios para promover e formalizar a participação social na criação de políticas de saúde e no controle do desempenho do sistema” (PAIM et al., 2011, p.28).

Entretanto, para Pestana e Mendes (2004) a municipalização implementada com forte centralização do financiamento na União, sem a participação dos Estados, consolidou o paradigma da municipalização autárquica em que houve um incentivo à expansão dos serviços municipais de saúde, expansão esta realizada sem nenhuma articulação regional, causando pulverização de recursos públicos e brutais ineficiências.

A municipalização trouxe avanços incontestáveis ao sistema de saúde brasileiro, porém alguns aspectos indesejados também surgiram, como apontam Dourado e Elias (2011), tais como, a dificuldade nas definições de responsabilidades e até mesmo do comando sobre os serviços devido à fragilidade das relações estabelecidas entre estados e municípios, tendo as instâncias estaduais ficado desprovidas de incentivos financeiros para realizarem essas funções.

Os autores ainda complementam dizendo que:

Depois de efetivada a descentralização na primeira década do SUS, tornou-se evidente que a estrutura municipalizada não era capaz de oferecer as condições para a plena realização dos objetivos do sistema nacional de saúde no ambiente de extrema heterogeneidade que caracteriza a Federação brasileira. Identificava-se a necessidade de racionalização do sistema para equacionar a fragmentação na provisão dos serviços e as disparidades de escala e capacidade produtiva existentes entre os municípios, sob o risco de perda de eficiência e, consequentemente, de piores resultados (DOURADO e ELIAS, 2011, p. 207).

Nesse contexto, a NOAS 01/2001, revista em 2002, surge no intuito de superar a fragmentação e a baixa qualidade dos serviços e da gestão dos sistemas, apontando para a necessidade da organização territorial que contemplasse, além dos municípios, os módulos, as microrregiões, as macrorregiões e as regiões de saúde. Mas o foco na gestão da oferta, a concepção hierárquica do sistema, o mau uso dos fundamentos da regionalização e a responsabilização difusa fizeram com que essa norma não tivesse sucesso (PESTANA e MENDES, 2004).

Mais adiante, em 2006, o Pacto pela Saúde substitui algumas das normas anteriores e busca dentre outras coisas, a formulação de estratégias para a organização da gestão regional do sistema e a definição de uma proposta de organização das redes de atenção (LIMA et al., 2012) (LIMA e VIANA, 2012). O Pacto se propõe a substituir o formato rígido da NOAS por pactuação mais flexível, que resulte em construção de arranjos que contribuam para a regionalização e o aperfeiçoamento de redes (SILVA, 2011).

Nesses moldes, “as bases legais e normativas já foram estabelecidas e já se adquiriu bastante experiência operacional. Agora é preciso garantir ao SUS sua sustentabilidade política, econômica, científica e tecnológica” (PAIM et al., 2011, p.28).

Silva (2011) fala da pouca contribuição da implementação do SUS para a integração da saúde nas regiões que agregam diversos municípios e ainda aponta a pouca ênfase anteriormente dada à regionalização como a possível causa. Na implementação do Pacto pela Saúde, os aspectos formais mostram avanços, como rever e adequar os marcos geográficos da regionalização e constituir os colegiados regionais previstos, entretanto a integração regional decorrente de pactuações entre gestores não tem avançado.

Dessa forma, em 2011 houve a edição do Decreto Presidencial nº 7.508 que regulamenta a Lei 8.080/90 para dispor sobre a organização do SUS, o planejamento da saúde e da assistência e a articulação interfederativa, reacendendo a discussão acerca da consolidação da descentralização, da regionalização e da hierarquização da rede de serviços (BRASIL, 2011; SILVA e GOMES, 2013).

O referido Decreto instituiu documentos e instrumentos para consolidar a gestão compartilhada do SUS, dentre estes está o Contrato de Ação Pública da Saúde (COAP) que segundo o Ministério da Saúde:

O contrato organizativo da ação pública, como um instrumento da gestão compartilhada, tem a função de definir entre os entes federativos as suas responsabilidades no SUS, permitindo, a partir de uma região de saúde, uma organização dotada de unicidade conceitual, com diretrizes, metas e indicadores, todos claramente explicitados e que devem ser cumpridos dentro de prazos estabelecidos. Tudo isso pactuado com clareza e dentro das práticas federativas que devem ser adotadas num Estado Federativo (BRASIL, 2011, p.5).

Em meados da segunda década do século XXI podem-se constatar indícios de esgotamento da estratégia de municipalização como instrumento político-administrativo de descentralização do sistema de saúde brasileiro. Um claro sinal dessa diminuição da potência estratégica da municipalização é a intensificação dos debates sobre a regionalização e a constituição e desenvolvimento de redes regionais de atenção à saúde, que possibilitem superar conflitos e problemas gerados no processo de consolidação da municipalização e permitam seguir avançando na construção do SUS, a partir da perspectiva da cooperação gerenciada entre os entes federativos envolvidos nesses desafios.

Assim como Viana e Lima (2011), este estudo considera a regionalização “como um processo político que envolve mudanças na distribuição de poder e o estabelecimento de um sistema de

inter-relações entre diferentes atores sociais no espaço geográfico, incluindo a formulação e implementação de estratégias e instrumentos de planejamento, integração, gestão, regulação e financiamento de uma rede de ações e serviços no território” (p. 12).

A partir desses pressupostos, interessou-nos investigar como vem se dando a regionalização da saúde no SUS e, mais especificamente, na Região do Vale do Juruá, Tarauacá/Envira. Esta consiste na região mais ocidental da Amazônia brasileira e representa a Região de Saúde III do estado do Acre, tendo o município de Cruzeiro do Sul como sede e mais outros seis municípios em sua composição.

O estudo se justifica pela necessidade do avanço na discussão acerca da organização do SUS para o alcance de soluções adequadas a sua realidade a partir de uma regionalização capaz de integrar serviços e fomentar a gestão compartilhada.

2 OBJETIVOS

2.1. GERAL

Analisar o processo de regionalização no âmbito do Sistema Único de Saúde na Região do Juruá, Tarauacá/Envira, Acre, nas primeiras décadas do século XXI.

2.2. ESPECÍFICOS

Tendo em vista o objetivo geral, foram analisados, especificamente:

- a) os aspectos relacionados com a constituição formal da região de saúde e o modo como vem sendo implementada, caracterizando os instrumentos e os atores sociais envolvidos;
- b) o padrão da alocação de recursos públicos destinados à saúde da população, transferidos pelo governo estadual aos municípios da região de saúde, segundo critérios político-partidários, bem como a percepção que gestores públicos da saúde têm das relações interfederativas;
- c) os aspectos relacionados à implementação e execução do planejamento regional integrado, como instrumentos de gestão que o norteiam, natureza das pactuações e espaço regional de negociações.

3 METODOLOGIA

O estudo realizado consiste em uma pesquisa descritiva com a utilização da abordagem qualitativa. A abordagem qualitativa tem como objetivo obter um entendimento mais profundo, subjetivo do objeto de estudo (LANDIM, et al., 2006).

Segundo Minayo (2010), “as abordagens qualitativas se conformam melhor a investigações de grupos e segmentos delimitados e focalizados, de histórias sociais sob a ótica dos atores, de relações e para análises de discursos e de documentos” (p. 57).

3.1. CENÁRIO DA PESQUISA

A pesquisa ocorreu no estado do Acre e teve as primeiras décadas do século XXI como recorte temporal por se tratar do período em que a regionalização reassume posição de destaque nas discussões do setor saúde. Ressalta-se que esse recorte não eliminou a possibilidade de se recorrer a outros períodos históricos para compreensão de aspectos ou fenômenos que surgiram no desenvolvimento do estudo.

O estado do Acre situado no sudoeste da Amazônia é o ponto mais Ocidental do Brasil (Figura 1). Está dividido em três regiões de saúde (Figura 2), sendo a Região III, Região do Vale do Juruá, Tarauacá/Envira, a de interesse neste estudo.

Tal Região possui como sede o município de Cruzeiro do Sul, além dos municípios de Rodrigues Alves, Mâncio Lima, Porto Walter, Marechal Taumaturgo, Tarauacá e Feijó (ACRE, 2009, 2012).

O município de Jordão está dentro da área geografia da Região III, (Figura 2), porém em 2012 foi transferido para a Região I, Região do Baixo Acre e Purus, por meio da Resolução CIB nº 31/2012 que pactuou as ações de média e alta complexidade do referido município para serem realizadas nessa Região (ACRE, 2012). Este aspecto foi detalhado, mais adiante, na Seção Produtos (Artigo 1).

Figura 1- Localização do Estado do Acre no Brasil

Fonte: http://commons.wikimedia.org/wiki/File:Acre_in_Brazil.svg

Figura 2 – Mapa das Regiões de Saúde do Estado do Acre

Fonte: Secretaria de Estado da Saúde do Acre, 2012.

Alguns aspectos dos municípios componentes da Região em estudo estão descritos no Quadro.

Quadro - Alguns aspectos dos municípios componentes da Região do Vale do Juruá, Acre.

Município	Estimativa Populacional (em 2016)	Área km²	Densidade Demográfica 2010 (hab/km²)	Estabelecimentos Saúde SUS	PIB Nominal 2014 (em reais)
Cruzeiro do Sul	82.075	8.779,391	8,94	40	1.153.034
Feijó	32.372	27.974,890	1,16	10	310.266
Mâncio Lima	17.545	5.453,073	2,79	15	188.314
Marechal Thaumaturgo	17.401	8.191,694	1,74	7	162.963
Porto Walter	11.059	6.443,826	1,42	4	92.300
Rodrigues Alves	17.464	3.076,950	4,68	6	166.481
Tarauacá	39.427	20.171,053	1,76	14	388.110

Fonte: IBGE– www.ibge.gov.br

Há dois municípios, Guajará e Ipixuna (Figura 3 e Figura 4), pertencentes ao estado do Amazonas, que buscam serviços de saúde de média e alta complexidade em Cruzeiro do Sul. Estes municípios amazonenses não compõem legalmente a Região, mas a integram de fato.

Figura 3 – Localização do município de Guajará, Amazonas.

Fonte: https://pt.wikipedia.org/wiki/Ficheiro:Amazonas_Municip_Guajara.jpg

Figura 4 – Localização do município de Ipixuna, Amazonas.

Fonte: https://pt.wikipedia.org/wiki/Ficheiro:Localization_of_Ipixuna.jpg

3.2 COLETA E ANÁLISE DOS DADOS

Os dados foram coletados nos documentos de gestão (plano municipal de saúde, portarias, decretos, atas de reunião); e por meio de entrevistas com gestores da saúde das três esferas de governo que estavam ligados a regionalização na região estudada.

A técnica da entrevista coleta dados sobre determinado assunto, diretamente solicitados aos sujeitos da pesquisa (SEVERINO, 2007). A entrevista bem elaborada e realizada recolhe dados fidedignos, podendo identificar opiniões sobre fatos ou fenômenos e determinar sentimentos e condutas (ANDRADE, 2010).

A entrada no campo se deu por meio de participação em reuniões da Comissão Intergestores Regional da região de saúde estudada, tal participação facilitou a inserção no campo junto aos setes municípios componentes da região, em que foram identificados os participantes e estes indicaram outros informantes, à medida que iam sendo entrevistados.

As entrevistas foram gravadas em áudio com utilização de aparelho de gravação para posterior transcrição e tiveram roteiro para orientação (Apêndice 2). Foram realizadas após consentimento e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido pelos participantes (Apêndice 1).

Para processamento dos dados foi utilizado a técnica do Discurso do Sujeito Coletivo (DSC) que consiste em uma proposta de organização e tabulação de dados qualitativos de natureza verbal, destinado a fazer a coletividade falar diretamente, analisando o material verbal ou não para compor os discursos-síntese (LEFÈVRE e LEFÈVRE, 2005).

Esta técnica preconiza que, a partir dos depoimentos devem ser extraídas as expressões-chaves que revelam a essência do depoimento para em seguida serem agrupadas nas ideias centrais ou ancoragens e depois serem elaborados os discursos-síntese.

Dessa forma o DSC “é um discurso-síntese redigido na primeira pessoa do singular e composto pelas expressões-chave que têm a mesma ideia central ou ancoragem” (LEFÈVRE e LEFÈVRE, 2005. p. 18).

A opção pelo emprego do DSC visa à obtenção de discursos-síntese os quais, mantendo fidelidade ao conteúdo das entrevistas, possibilitam evitar a repetição e superposição de discursos de diferentes entrevistados que expressam ideias-centrais similares. O método pressupõe que não há prejuízos aos conteúdos enunciados pelos participantes, sendo compatível com a abordagem preconizada nesta investigação.

As informações foram discutidas e analisadas à luz do neoinstitucionalismo, especificamente, institucionalismo histórico (HALL e TAYLOR, 2003), considerando que instituições moldam as estratégias e objetivos dos atores, bem como suas relações de cooperação e conflito, influenciando no desenrolar das políticas públicas.

Segundo Thelen e Steinmo (1992, p.2) nessa abordagem as instituições incluem "tanto as organizações formais e regras informais e os procedimentos que estruturam conduta". Na concepção desenvolvida por Scott, "instituições são estruturas sociais duráveis multifacetadas, constituídos de elementos simbólicos, atividades sociais e recursos materiais" (p.49). Exercem forte influência sobre o comportamento individual, preferências e modos de agir, fornecendo tanto recursos e guias, bem como pressões e proibições sobre a ação. As estruturas institucionais são construídas por elementos regulativos, normativos e cultural-cognitivos (SCOTT, 2001).

"A maioria dos principais atores nos sistemas econômicos e políticos modernos são organizações formais e as instituições da lei e da burocracia ocupam um papel dominante na vida contemporânea" (MARCH e OLSEN, 2008, p.121).

Para Scott (2001), as instituições são compostas por três pilares, o regulatório, o normativo e o cultural-cognitivo. O pilar regulatório envolve a capacidade para estabelecer regras, inspecionar sua conformidade e na medida do necessário, dar recompensas ou punições na tentativa de influenciar comportamentos futuros. O pilar normativo inclui valores e normas, define metas e objetivos. Sistemas normativos são tipicamente vistos como impositores de restrições no comportamento social e ao mesmo tempo, capacitam e permitem uma ação social. E o pilar cultural-cognitivo enfatiza "as dimensões cognitivas da existência humana: a mediação entre o mundo externo dos estímulos e da resposta do organismo individual é um conjunto de representações simbólicas internalizadas do mundo" (p. 57).

No presente estudo compartilha-se do mesmo entendimento de Kehrig et al. (2014, p. 54) acerca de instituição “como regras formais ou informais que modelam as relações humanas e como atores políticos, econômicos, sociais e educacionais que definem e defendem interesses. Vale lembrar que essas relações são produtos das instituições, que por sua vez são produzidas socialmente”.

3.3 ASPECTOS ÉTICOS E LEGAIS

O estudo respeitou todos os preceitos éticos e legais no que se trata a pesquisas envolvendo seres humanos de acordo com Resolução nº 466/12 (BRASIL, 2012) que dispõe acerca das diretrizes e normas no que se refere a este tipo de pesquisa e foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, obtendo aprovação para sua realização sob parecer nº 881.929.

3.4 RESULTADOS

Os resultados principais da pesquisa foram apresentados, sinteticamente, no formato de três artigos científicos na Parte II desta tese, denominada “Produtos da pesquisa”.

O primeiro artigo analisa o processo de regionalização na Região de Saúde estudada, observando os aspectos relacionados com a constituição formal da região de saúde e o modo como vem sendo implementada, caracterizando instrumentos e os atores sociais envolvidos. A análise leva em conta o complexo processo de implementação do SUS iniciado com a utilização da estratégia de municipalização da saúde para o alcance da descentralização. Essa estratégia trouxe avanços consideráveis, mas levou ao desenvolvimento de sistemas locais de saúde individualizados. Nesse contexto, a regionalização ganha ênfase na perspectiva de articulação entre os entes federados para a organização do sistema de saúde integrado com vista a garantia da integralidade da atenção à saúde.

O segundo artigo ocupa-se da análise do padrão da alocação de recursos públicos destinados à saúde da população, transferidos pela União e pelo governo estadual aos municípios acrianos, avaliando a possível influência de critérios político-partidários, bem como a percepção que gestores públicos da saúde têm dessas relações interfederativas. A análise leva em conta que

nas últimas décadas do século XX e primeiras décadas do século XXI, praticamente todas as dimensões da esfera pública vêm sendo penetradas pela mercantilização da vida social e econômica, não sendo a saúde uma exceção nesse quadro geral. Também a produção de bens e serviços se faz segundo a lógica capitalista, isto é, como produção de mercadorias. Por essa razão, no âmbito da produção e gestão de cuidados de saúde, ainda que restrita ao setor público, pode-se pensar em uma mercantilização não monetária da saúde, sobretudo quando o direito social à saúde se vê reduzido a mera moeda de troca política no contexto político-partidário brasileiro.

O terceiro artigo trata do planejamento regional integrado, buscando analisar sua implementação, execução, instrumentos de gestão norteadores, natureza das pactuações e espaço regional de negociações. A análise leva em consideração os novos contornos trazidos pela regionalização ao processo de descentralização por meio do pressuposto da gestão compartilhada da rede de atenção à saúde. Dessa forma, o planejamento da saúde torna-se obrigatório tendo o planejamento regional integrado como um de seus elementos em que a organização territorial perpassa os limites municipais e abrange a Região de Saúde.

3.5 NORMAS DE APRESENTAÇÃO DE TRABALHOS ACADÊMICOS

Esta tese foi elaborada de acordo com as normas de apresentação de trabalhos acadêmicos do Guia de Apresentação de Teses da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo (CUENCA et al., 2015). Os formatos de referências foram elaborados de acordo com os preconizados pelo Comitê Internacional de Revistas Biomédicas, conhecido por Grupo de Vancouver, versão 2005, acrescido das adaptações sugeridas no referido Guia.

A estrutura dos manuscritos apresentados na segunda parte desta tese foi redigida de acordo com as orientações das revistas científicas, o primeiro artigo foi submetido para publicação à revista *Ciência e Saúde Coletiva* (Anexo 4), o segundo artigo, também já submetido, à *Revista Saúde e Sociedade* (Anexo 5), o terceiro artigo será submetido à revista *Saúde em Debate* (Anexos 6). Desta forma, têm diferenças de formatação, em relação às demais partes da tese, notadamente em relação a citações e referências.

PARTE II

PRODUTOS DA PESQUISA

4 PRODUTOS

Nesta parte da tese, apresentam-se os principais produtos acadêmicos obtidos com o seu desenvolvimento. São três artigos, todos originais, redigidos em português. Os artigos 1 e 2 já foram submetidos à publicação em periódicos editados no Brasil e o artigo 3, oportunamente, será submetido.

4.1 ARTIGO 1: REGIONALIZAÇÃO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE EM UMA REGIÃO DE SAÚDE NA AMAZÔNIA OCIDENTAL

RESUMO

Regionalização é uma das diretrizes organizativas do Sistema Único de Saúde. Este estudo teve por objetivo analisar o processo de regionalização em uma região de saúde do Acre, no início do século XXI. Utilizou-se abordagem qualitativa para lidar com o fenômeno em análise. Os dados secundários foram coletados nos registros contidos em instrumentos de gestão e os dados primários por meio de entrevistas com gestores da saúde. Os depoimentos foram organizados e sistematizados com a utilização do Discurso do Sujeito Coletivo (DSC) e para a análise das informações, estas foram cotejadas com a literatura pertinente à análise de políticas públicas, particularmente, o institucionalismo histórico. Conclui-se que a institucionalidade da regionalização do SUS no referido território da Amazônia Ocidental encontra-se fragilizada e que alguns aspectos singulares, e peculiares da região, requerem a flexibilização de normas que definem atualmente o que é uma região de saúde no conjunto das normas infralegais que regem a organização e funcionamento do Sistema Único de Saúde.

Palavras-chave: Sistema Único de Saúde, Regionalização, Gestão em Saúde

Regionalization of the Unified Health System in a health area in the Western Amazon

ABSTRACT

This Regionalization is one of the organizational guidelines of the Unified Health System (SUS). This study aimed at analyzing the regionalization process in a health area of the state of Acre, early in the 21st Century. A qualitative approach was used to deal with the phenomenon under analysis. The secondary data was collected from the records contained in management tools and primary data through interviews with health managers. The testimonies were organized and systematized through the Collective Subject Discourse and for the information analysis, they were compared against the literature pertinent to the analysis of public policies, especially the historical institutionalism. One concludes that the establishment of the regionalization of Unified Health System in the said territory of the Western Amazon is fragile, and that some particular and unique aspects of the region require the flexibility of the norms that currently define what a health area is in the set of rules that govern the organization and functioning of Unified Health System.

Key words Unified Health System, Regionalization, Health management

INTRODUÇÃO

O Sistema Único de Saúde (SUS) tem a descentralização e a regionalização entre suas diretrizes. A esse respeito, para além de mais uma norma dentre tantas outras, descentralização e regionalização foram fixadas como diretriz inextricável no próprio texto constitucional. Com efeito, a Constituição de 1988 vinculou essa diretriz, no artigo 198, à necessidade de o sistema ter “direção única em cada esfera de governo”. Não obstante a resistência dos primeiros governos federais que se seguiram à promulgação da Constituição, notadamente Fernando Collor e José Sarney, prevaleceu a tendência hegemônica à época e foram editadas normativas infraconstitucionais, com a adoção da estratégia conhecida como “municipalização da saúde”. Esta atribuiu aos municípios, como entes federativos autônomos, a responsabilidade da gestão e execução de serviços e ações de saúde em seus territórios. Essa responsabilização foi implementada gradualmente, por meio de sucessivas Normas Operacionais Básicas (NOB), as quais foram moldando o SUS tal como se encontra no período deste estudo. A regionalização, por sua vez, ganhou maior destaque apenas nos anos 2000 com a edição da Norma Operacional da Assistência à Saúde (NOAS) que a estabeleceu como estratégia primordial para a reorganização do sistema de saúde.

A descentralização das políticas de saúde possibilitou ganhos relativos de autonomia para os governos municipais. No caso brasileiro, os anos 1990 foram o principal período histórico desse acontecimento. Em decorrência das características histórico-políticas do Brasil, esse processo se deu de modo diferente do ocorrido em países do centro do capitalismo, como Inglaterra, Itália, Alemanha e Canadá. Na América Latina, incluindo o Brasil, a regionalização não esteve,

necessariamente, atrelada ao processo de descentralização e ganhou destaque de modo tardio na política de saúde brasileira^{1,2}.

A municipalização trouxe avanços para o SUS, sendo um dos principais, a descentralização político-administrativa efetivada por meio da transferência de responsabilidades e recursos aos entes subnacionais. Os municípios, em particular, ganharam gradativamente autonomia, desempenhando amplo conjunto de responsabilidades, gerenciando recursos e unidades de saúde, assumindo papel fundamental à consolidação do sistema de saúde e à ampliação da cobertura, em busca da universalidade^{3,4}. Porém, a estratégia da municipalização vindo sendo insuficiente para promover a integralidade e a equidade, uma vez que estes princípios dificilmente serão alcançados sem a participação conjunta das esferas de governo⁵.

A ênfase municipalista das primeiras NOB contribuiu para uma descentralização desarticulada da regionalização⁶, marcada por negociações diretas dos municípios com o Ministério da Saúde sem a participação do ente estadual, acarretando a redução do papel dos estados e o fortalecimento dos secretários municipais de saúde como atores capazes de influenciar a política⁷.

Neste cenário, apesar dos inegáveis avanços, houve uma fragmentação do sistema de saúde com o desenvolvimento de sistemas municipais individualizados. A regionalização ganhou destaque com a necessidade de articular o sistema de saúde para o alcance da equidade e integralidade da atenção, visando o estabelecimento de relações mais cooperativas e solidárias entre os entes federativos⁸.

O destaque da regionalização iniciado com a NOAS, ganhou impulso em 2006 com o Pacto pela Saúde, que a estabeleceu como eixo estruturante do SUS que deveria orientar a descentralização das ações e serviços⁹, ampliando a perspectiva da regionalização para a organização de sistemas regionais de saúde¹⁰, conferindo às instâncias estaduais papel condutor do processo, como um protagonista relevante².

O Decreto nº 7508/11 que regulamenta a Lei nº 8080 e dispõe sobre a organização do SUS, planejamento, assistência e articulação interfederativa no setor saúde¹¹, consolidou “a região de saúde como recorte privilegiado para a indução e integração das políticas, expansão do financiamento, estruturação das redes temáticas e garantia da integralidade no acesso ao sistema”¹².

Com a edição dessas normas, a regionalização adquiriu arcabouço legal e contornos mais nítidos. Entretanto, sua implementação enfrenta ainda desafios frente à heterogeneidade, desigualdades regionais e a dimensão continental, características do Brasil.

No caso da região Amazônica, esta se caracteriza pela baixa densidade demográfica, descontinuidade da urbanização, concentração populacional e de infraestrutura e atividades produtivas nas capitais e polos regionais. Há grandes vazios assistenciais decorrentes das desigualdades, comparativamente com as outras regiões do país, quanto à capacidade instalada e aos investimentos públicos e privados em saúde, embora também concentrados nas capitais e polos regionais. Na maioria dos estados da região, há um alto grau de isolamento geográfico de alguns municípios em virtude da precariedade das redes de transporte e comunicação¹². Este é o caso do estado do Acre, de interesse deste estudo, que possui a quarta menor densidade

demográfica do Brasil com 4,47 hab/km², segundo dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Essas características dificultam a conformação regional do SUS.

Nesse contexto, este estudo teve como objetivo analisar a regionalização do SUS com foco específico em uma Região de Saúde do Acre, enfatizando os aspectos relacionados com a constituição formal da Região de Saúde, o modo como vem sendo implementada, caracterizando os instrumentos e os atores sociais envolvidos, considerando-se que pode contribuir para a elaboração e implementação de políticas públicas de saúde adequadas à realidade vivenciada nesse território.

MÉTODO

Neste estudo foi utilizada abordagem qualitativa para lidar com o fenômeno analisado. Foi realizado em uma das três regiões de saúde do Acre, a do Juruá, Tarauacá/Envira (Figura), localizada no ponto mais Ocidental do Brasil. Com sede em Cruzeiro do Sul, conta com mais seis municípios em sua composição: Mâncio Lima, Rodrigues Alves, Porto Walter, Marechal Thaumaturgo, Tarauacá e Feijó.

Figura – Mapa das Regiões de Saúde do estado do Acre.

Fonte: Secretaria de Estado de Saúde do Acre, 2012

Os dados foram coletados nos instrumentos de gestão (portarias, resoluções) e por meio de entrevistas com gestores da saúde (n=15) das três esferas de governo. Para assegurar o anonimato dos participantes, utilizou-se a letra G seguida de um número para indicar os que compuseram a elaboração dos Discursos do Sujeito Coletivo (DSC). As entrevistas foram realizadas nos sete municípios da região e em Rio Branco, no período de maio a novembro de 2015. Utilizou-se roteiro para as entrevistas. A entrada em campo se deu por meio de participação da primeira autora em reuniões da Comissão Intergestores Regional (CIR), em cujas atividades foram identificados alguns participantes. Estes, na medida em que foram sendo entrevistados, foram indicando outros informantes.

Os discursos foram sistematizados e organizados com utilização do DSC. Este consiste em tabular dados qualitativos de natureza verbal, preservando o essencial de cada depoimento, agrupando-os em ideias centrais ou ancoragens, e buscando-se compor discursos-síntese que

expressem a percepção coletiva de eventos e fenômenos compartilhados por uma dada comunidade¹³.

A análise foi realizada à luz do institucionalismo histórico, tendo como referência os três pilares da instituição enunciados por Scott¹⁴, quais sejam: 1) o pilar regulatório; 2) o pilar normativo; e, 3) o pilar cultural-cognitivo. Para Viana e Lima², a institucionalidade de uma política depende da presença desses três pilares. Ainda segundo Scott¹⁴, o pilar regulatório, ligado à restrição e regulação de comportamentos, está relacionado ao estabelecimento de regras, à inspeção da conformidade destas e à aplicação de sanções como recompensas ou punições. O normativo impõe restrições ao comportamento social, introduzindo uma dimensão prescritiva, avaliativa e obrigatória na vida social. E por fim, o pilar cognitivo enfatiza o papel central desempenhado pela construção socialmente mediada de um quadro comum de seu significado.

Para Kehrig et al.¹⁵ a institucionalidade da regionalização tem em seu marco regulatório a legalidade e a atuação do agente regulador das relações interinstâncias. Como exemplo, esses autores citam as secretarias regionais de saúde. Já o marco normativo se expressa na estrutura legal e organizacional, como a celebração de contratos e a instituição de redes regionalizadas de atenção à saúde. Por fim, o pilar cognitivo implica que a região se reconheça como tal.

O projeto de pesquisa de que se origina este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo e executado em consonância com os preceitos éticos atinentes.

RESULTADOS

As Ideias Centrais (IC) que emergiram acerca do processo de regionalização na Região de Saúde estudada, referem-se a: 1) Início da regionalização no Acre; 2) Conformação do desenho da região; 3) Atores envolvidos na regionalização; 4) Impacto de embates político-partidários na implementação da região de saúde; 5) Regionalização incipiente; 6) Centralização das decisões na Secretaria de Estado da Saúde; 7) Falta de empoderamento da Região; e, 8) Instrumentos de gestão desatualizados.

Estão apresentadas a seguir com seus respectivos DSC.

Ideia Central 1: Início da Regionalização no Acre

DSC – A regionalização começou desde a NOAS em 2002, 2003... Iniciamos um processo de regionalização, embora antes da NOAS a secretaria de saúde já tinha tido um momento de trabalhar [implementar] as regionais de saúde, mas que não avançou muito. A partir de 2002, 2003 quando trabalhamos o Plano Diretor de Regionalização, avançamos bastante. Antes da Portaria 373 de 2002 que falava de estabelecer a regionalização da saúde nos estados, a Secretaria de Saúde trabalhava nas mesmas cinco regiões que coincidiam as regiões administrativas. Com a edição da Portaria 373 o estado passou a elaborar uma nova proposta de regionalização e na época o estado trabalhou de acordo com a Portaria. Então tinha macrorregião e microrregião. Basicamente continuou aquelas cinco regiões administrativas existentes no estado. Baseado na Portaria de 2002 foi elaborado o Plano Diretor de Regionalização que estabeleceu como deveria ser a regionalização no Acre. Então o desenho da regionalização passou a ser dividido em duas microrregiões: a microrregião Purus/Acre, que é composta por 6 módulos assistenciais, e a microrregião do Juruá, composta por 4 módulos. Esses módulos foram divididos levando em consideração a estrutura e capacidade instalada desses municípios. Então os municípios que fazem parte de um módulo é porque já existia uma estrutura de uma Unidade de Saúde ou um hospital local. Por isso que dividimos

naquela época baseado nesses módulos assistenciais, em que se tinha uma estrutura com o município sede e municípios satélites. Os municípios sedes eram aqueles que tinham mais condições, uma capacidade instalada maior, ou tinham uma Unidade Mista, ou Hospital Regional, hospital local. E aí colocamos na microrregião do Purus sete sedes de municípios. Na microrregião do Juruá tínhamos 3 municípios sedes que era Tarauacá, Feijó e Mâncio Lima e tinha o município polo que era Cruzeiro do Sul, era sede e polo. Eram duas características de Cruzeiro do Sul para onde convergiam todos os municípios daquela microrregião porque tinha uma estrutura maior e capacidade instalada maior. Os municípios menores eram municípios satélites, que atendiam até um determinado tipo de procedimento e depois encaminhavam para outros municípios, Rodrigues Alves, Marechal Thaumaturgo, Jordão e Porto Walter. Essa era a divisão na época em que foi elaborado Plano Diretor de Regionalização. Então a hierarquia seria município satélite, município sede, município polo.

(DSC elaborado com depoimentos G13; G15)

Ideia Central 2: Conformação do desenho da região

DSC – Quando se fala de Regiões de Saúde, tem a necessidade da continuidade dos limites geográficos. Mas temos uma situação atípica que é o município de Jordão. Pela norma, ele deveria pertencer à Região do Juruá, Tarauacá/Envira, no entanto pertence à Região do Baixo Acre. Jordão fazia parte da Região, mas pediu para sair devido a longa distância para Cruzeiro do Sul. Aí a gente diz assim, por quê? Porque houve a escuta do município, porque não tínhamos ainda na época um fluxo organizado, por exemplo, de empresas que prestassem serviços, porque aí teria que vir do Jordão para Tarauacá e de Tarauacá para Cruzeiro. E na época, tinha Jordão-Rio Branco, a empresa. Então na discussão com as secretarias municipais ficou claro o que eles preferiam. Houve uma consulta à população, ao poder legislativo, à Câmara de Vereadores, o próprio prefeito, os profissionais de saúde, o Conselho Municipal de

Saúde todos eram favoráveis que esse município fosse vinculado a regional do Baixo Acre. O Ministério, a própria Tripartite [Comissão Intergestores Tripartite] nos devolveu para que justificássemos, explicássemos. É sempre um processo de construção. Também tem que ver as peculiaridades e realidades de cada estado, principalmente estados da Região Norte que têm municípios isolados como o nosso caso, pois não é em todo o período que você consegue chegar de barco. Você sai em um barco maior, chega num determinado canto que você tem que passar para um barco menor, você tem que ir de canoa dependendo da época do ano. Então, só tem transporte aéreo, que também não é todo dia. Pensa bem, eu tenho uma urgência lá no Jordão. Entre eu fretar um aeromédico para buscar o paciente no Jordão, levar para Cruzeiro do Sul que poderá não ter a capacidade de resolver lá, embora tenha profissionais, um serviço que eu possa referenciar para lá, mas de repente tem uma complexidade que eu vou ter que depois mandar para Rio Branco. Então na questão até da otimização do recurso, por questões de custo mesmo porque às vezes tinha uma urgência em Jordão e tentamos muitas vezes mandar para Cruzeiro do Sul, às vezes não tinha avião lá. O avião tinha que sair de Rio Branco para ir para Jordão para levar a pessoa para Cruzeiro do Sul. Um custo muito alto. Eu mando logo para Rio Branco. É até mais prático porque tem casas de apoio, no Juruá ainda não tem. Apesar de que, quando olhamos o mapa, o município está totalmente deslocado da Região [Baixo Acre/Purus]. Mas, levando em consideração essas situações operacionais, aprovamos essa passagem do município de Jordão. E fizemos toda uma justificativa. Porém, isso é um processo temporário porque depois de um tempo vai ter de fazer uma nova discussão e realinhar para que a gente atenda realmente o que está lá na legislação. (DSC elaborado com depoimentos G3; G13; G15)

Ideia Central 3: Atores envolvidos na regionalização

DSC –*Ela [a Comissão Intergestores Regional (CIR)] é constituída pelo estado, os sete municípios da Região e existe uma equipe técnica que os municípios indicaram. Assim, ela é constituída pelos gestores municipais e membros da secretaria estadual [Secretaria de Estado da Saúde do Acre (SESACRE)], técnicos ou quem é denominado pelo secretário para estar junto. Como nossa região tem também saúde indígena, eles também são convidados para participar.* (DSC elaborado com depoimento G1; G2; G3; G4; G7)

Ideia Central 4: Impacto de embates político-partidárias na implementação da Região de Saúde
 DSC –*Aqui na nossa Região tem muito essa questão política, essa divisão política. Essa cisão política que existe aqui entre os municípios é muito forte. Então não permite que haja uma união a nível de região para uma gestão coletiva.* (DSC elaborado com depoimento G1)

Ideia Central 5: Regionalização incipiente

DSC –*A regionalização é bem recente. Podemos dizer que ainda está engatinhando. Na verdade, a regionalização propriamente dita ainda não se concretizou. Eu diria que as Regiões de Saúde hoje estão formalmente constituídas, temos o desenho feito pela SESACRE que dividiu o Acre em três regiões. Fazemos parte da Região do Juruá, Tarauacá/Envira, mas a princípio ficou só no desenho. Tem as CIR, que tem se reunido, estão tendo as primeiras reuniões dos secretários. Mas é uma coisa ainda meio que... eu diria, cartorial. É mais para atender preceitos da legislação do Ministério da Saúde do que ela trazer efetivamente benefícios para a população na região como um todo. Na verdade, o processo de regionalização aqui nessa região precisa amadurecer muito. Ele está em passos lentos porque, para ter regionalização, precisam ser firmadas parcerias, fluxos, precisa ter capacitações sobre as políticas públicas, precisa que os gestores tenham conhecimento das políticas públicas. Então eu acho que aqui estamos bem imaturos ainda, nos primeiros meses de gestação. Praticamente as ações a nível*

de Região, aqui não acontecem. Ainda é muito centralizado na SESACRE. Eu acho o processo da regionalização, no estado como um todo, muito lento. Vai fazer quase 10 anos do Pacto, e a gente vê que hoje tem os instrumentos de gestão, eles são trabalhados, mas não são consultados diretamente, eles são feitos, realizados, mas não são consultados. Acho muito lento, muito moroso por parte da própria secretaria. Acho que não só o Acre, mas nos estados, eles se ressentem de capacidade instalada de oferta. Por exemplo, no Acre só existe um desenho, não existe um plano estadual de regionalização. O detalhamento da regionalização ainda não foi feito, um PDI que também não foi construído. O PDI daquela época, se eu não me engano, foi em 2003, 2004, foi literalmente cumprido, o estado construiu um plano diretor de investimento e foi literalmente cumprido. Agora, é uma questão da gestão estadual da saúde se organizar e focar no planejamento. (DSC elaborado com depoimentos G1; G4; G7; G8; G11; G14)

Ideia Central 6: Centralização das decisões na Secretaria de Estado da Saúde

DSC – O estado tomou iniciativa. Ele fez algumas reuniões na Bipartite, na qual alguns municípios têm assento. Foi discutido lá e votado lá, mas não que foi chamado todo mundo, todos os gestores para um fórum ou para uma oficina para definir as Regiões, isso não aconteceu. Foi discutido e quando chamaram a gente para falar sobre as Regiões de Saúde, elas já vieram prontas. A gente não sentou, não teve debate para discutir o que era melhor o que não era. Eu acredito que o estado, quando tinha que tomar essa iniciativa, dividir o seu território em Regiões, tomou essa iniciativa e pactuou na CIB que, teoricamente tem a participação de alguns municípios porque têm assento na Comissão. É muito falado em regional, que as coisas hoje têm de ser discutidas no âmbito regional. Mas quando você vai observar, na verdade as coisas ainda estão muito centralizadas só na capital. O estado é muito centralizador e, nesse sentido, as coisas não avançam. Não pode ser só no papel, porque o que

adianta você criar Regiões de Saúde, definir municípios que fazem parte, se tudo depende de Rio Branco? Hoje a Região só funciona no papel. Não há nenhuma estrutura regional. Tudo é feito na SESACRE, na sede. Se faltar alguma coisa, uma lâmpada queimada, uma torneira pingando, você tem que pedir para Rio Branco para consertar. A Região de Saúde tem que funcionar com uma estrutura administrativa financeira. Aqui ainda somos muito vinculados à Rio Branco, que tem a mania de pensar por nós. Nosso maior problema hoje é que as coisas sempre vêm de cima para baixo. Elas não nascem de baixo para cima. Então, o governo decide e a gente simplesmente só tem que aceitar. (DSC elaborado com depoimento (G1; G5; G13; G9; G8)

Ideia Central 7: Falta de empoderamento da Região

DSC – A CIR é do jeito que preconiza a legislação. Com representação dos municípios, das unidades de saúde, da própria SESACRE e aí são feitas reuniões, são debatidos os assuntos. Às vezes eu digo que as reuniões são feitas mais para lamentarmos, para colocar as angustias porque por mais que a gente se reúna e debata, se não tiver uma força de vontade dos governos para que aquilo de fato aconteça, fica tudo só nas reuniões, nos papeis, nas atas e não funciona muito. Às vezes o produto daquilo não depende só das reuniões, só da participação desse grupo, depende do todo para que seja cumprido. Por exemplo, é um sonho nosso o fortalecimento dessa regional que os municípios comecem a tratar as coisas aqui e não com a capital. Isso, discutimos desde o início, sempre discutimos. Mas isso tem sido levado a sério? Não. Por exemplo, temos que pegar insumos que vêm do Ministério para os municípios, a gente tem que pegar na capital. Aí eu pergunto: por que não aqui na regional, já que a organização do serviço é para ser assim? Por que não temos que dar satisfação na regional? A gente tem que tratar lá na capital porque aqui não tem ainda essa organização. Outro fator que eu acho que atrapalha muito é que a Região não tem independência. É constituída de direito, mas de fato o

diretor da Regional não tem empoderamento acho que, principalmente financeiro, para fazer com que a Região de fato exista. Os próprios secretários preferem ainda muito mais a CIB do que a CIR para tomar decisão. Mas isto é porque o diretor da Regional de Saúde do estado não tem o poder de decisão. É isso que desestimula os secretários, porque a gente não tem a resolução dos problemas aqui na Região. As questões da CIR vão para a CIB. (DSC elaborado com depoimentos G3; G5)

Ideia Central 8: Instrumentos de gestão desatualizados

DSC – O Plano de Regionalização teria que ser atualizado porque isso foi feito em 2002. São decorridos 13 anos, teve muita modificação na ligação entre os municípios, naquela época ninguém tinha estrada para Cruzeiro do Sul era só avião. Hoje temos estrada para Cruzeiro do Sul, Tarauacá, Feijó. Então tem que atualizar essa regionalização, fazer outro tipo de trabalho, completar para definir o que essas unidades de saúde vão fazer. Sempre mostramos aos gestores a necessidade de atualizar esse Plano de Regionalização, mas ninguém levou em consideração. Não havia interesse mesmo. Hoje precisaríamos atualizar o Plano Diretor de Investimento, desde recursos humanos, qualificação, estrutura, equipamento, de tudo, ter um mapeamento disso porque a gente vem trabalhando aquilo que é para atender a legislação. Porque, minimamente, tem que ter em cada Região de Saúde um CAPS, tem que ter vigilância, Atenção Básica e assistência. Isso está sendo executado porque está na construção, na habilitação no Juruá. Mas precisaríamos de um Plano Diretor como foi feito antes, quando você ia captar recursos, captava muito em cima daquilo que você planejou. Há necessidade de retomarmos essa coisa do Plano Diretor de Investimento. Está na hora do estado trabalhar os seus planos, um plano estadual regionalizado e não um plano único. Está na hora também de rever a Pactuação Integrada, pois é com ela que se organiza os serviços de referência. (DSC elaborado com depoimento G7; G13; G15)

DISCUSSÃO

A IC-1 enfatiza que no Acre o processo de regionalização é recente, a organização da SESACRE iniciou com essa perspectiva em 2002, com a NOAS e que, antes disso, era utilizada a divisão de cinco regiões político-administrativas do estado para organizar o trabalho, mas sem institucionalidade pensada para a regionalização do SUS.

“Uma determinada institucionalidade da regionalização no plano estadual é conformada pela existência de estratégias, políticas e projetos, compreendendo construções cognitivas e regras normativas integrantes do processo regulatório, que ao mesmo tempo contém e modela o comportamento social”².

Na política nacional de saúde, a estratégia de regionalização ganhou maior visibilidade a partir dos anos 2000, com a NOAS. Entretanto há estados em que houve movimento anterior a esse período, como é o caso de Mato Grosso¹⁶. O Acre não possui uma tradição ou experiência de regionalização anterior à NOAS. Albuquerque¹² afirma que o Acre não conheceu nenhum processo de regionalização nem mesmo anterior ao Pacto pela Saúde e que no estado, apesar do processo de regionalização (regiões administrativas) ser antigo, não há experiências de regionalização na saúde.

Entretanto, de acordo com os depoimentos dos gestores, o Acre iniciou sua institucionalidade da regionalização a partir da NOAS, com a elaboração do Plano Diretor de Regionalização (PDR) que o dividiu em duas microrregiões e onze módulos assistenciais, definiu o Plano Diretor de Investimentos (PDI) e propôs a readequação da Programação Pactuada Integrada (PPI), de acordo com o disposto na Portaria nº 373 de 27/2/2002.

Nesse primeiro momento, portanto, a elaboração dos instrumentos ficou centralizada na gestão estadual. Segundo Rodrigues et al.¹⁷, foi a partir do Pacto pela Saúde que ocorreu o processo de regionalização da Rede de Atenção à Saúde com discussões em Fóruns de participação social, nos Conselhos Municipal e Estadual de Saúde, culminando com a pactuação do desenho da Regionalização da Assistência aprovado pela Resolução nº 38/2009, da CIB¹⁸.

Outros aspectos estão ligados à noção de institucionalidade e para Lima et al.¹⁹ esta “também está relacionada à trajetória da regionalização e aos elementos (conteúdo) levados em consideração no desenho das regiões de saúde no estado”.

Assim, a conformação das Regiões de Saúde no estado acreano levou em consideração o perfil epidemiológico, a capacidade instalada, a infraestrutura de transportes compartilhados. A Região do Juruá, Tarauacá/Envira possui conformação atípica quando se leva em consideração a definição, inscrita no Decreto 7508/11, de espaço geográfico contínuo constituído por agrupamentos de municípios limítrofes, pois conta com um município em seus limites geográficos que não faz parte de sua composição (Figura). Conforme referido na IC-2, essa alteração do desenho foi proposta e aprovada, em 2011, na 2ª Conferência Municipal de Saúde de Jordão e, logo após, na 6ª Conferência Estadual de Saúde do Acre. Jordão é um município isolado sem estradas ou rodovias, com acesso fluvial apenas nos períodos em que o rio está navegável. O Acre possui uma rede hidrográfica com rios dispostos transversalmente no sentido sudoeste-nordeste, o que impossibilita o acesso fluvial intermunicipal de maneira rápida e fácil²⁰. Em consequência, o tempo estimado de viagem de barco para o referido município pode ser de até um mês. Assim, o acesso a Jordão é feito principalmente por via aérea. Ademais, não há fluxo de transportes para Cruzeiro do Sul, sede da região. O fluxo ocorre em direção a Rio Branco, sede da Região de Saúde do Baixo Acre e Purus. Esses fatos, dentre outros referidos

no DSC, justificam a alocação de Jordão na região da qual faz parte, pois os custos financeiros e sociais de mantê-lo em sua região de espaço geográfico contínuo seriam muito maiores. Aspectos desse tipo devem ser devidamente valorizados em processos de conformação de regiões de saúde, uma vez que nem sempre o critério de continuidade territorial pode ser tomado de modo absoluto.

Importante observar a solicitação do Ministério da Saúde de justificativa acerca do desenho das regiões no Acre e a preocupação referida no DSC dos participantes em relação a obrigatoriedade futura de adequação à legislação. O Decreto 7508/11 não deixa clara a reafirmação do pressuposto da flexibilidade da regionalização estabelecido no Pacto pela Saúde que consiste em respeitar as diversidades regionais no processo de identificação das regiões de saúde, sendo necessário flexibilizar o reconhecimento das melhores conformações²¹.

No planejamento regional da saúde deve-se considerar as dinâmicas territoriais próprias de cada região e outros condicionantes socioeconômicos e ainda, depende das particularidades de cada ente federativo a agregação ou repartição de um território político-administrativo²². Portanto, por suas peculiaridades, a contiguidade territorial dos municípios que integram uma determinada região, não deveria ser obrigatória na Amazônia.

No que se refere à trajetória da regionalização no estado, seu estágio é inicial, não sendo ainda efetiva, de acordo a IC-5. Há o desenho das regiões, mas as ações não ocorrem na região, de modo a caracterizar ações e operações cujas dinâmicas indiquem a existência de uma Região de Saúde. A CIR foi formalmente implantada, entretanto as reuniões desse colegiado não registram deliberações relevantes para a resolução de demandas da região.

Constata-se, além disso, que os instrumentos de gestão estão desatualizados (IC-8), uma vez que foram elaborados em 2002 e não atualizados desde então. Também o PDI não foi atualizado, tendo a última repactuação da PPI sido feita em 2011. O Mapa da Saúde não foi elaborado. Ocorreu apenas uma readequação do desenho das regiões com base no Pacto pela Saúde. Esses achados corroboram os resultados encontrados por Lima et al.¹⁹ acerca de uma institucionalidade intermediária no Acre. Verifica-se, a propósito uma certa estagnação do aporte normativo, contribuindo para fragilizar o pilar normativo da institucionalidade da regionalização. Sem normas ou pactuações atualizadas que efetivem as diretrizes, os gestores têm ampliadas suas dificuldades para organizar o SUS na região. Cabe enfatizar que esses instrumentos técnico-operacionais são necessários para a conformação adequada das redes regionalizadas de atenção à saúde, pois *pari passu* aos acordos políticos, dão origem aos arranjos regionais²².

No plano da formulação das Regiões de Saúde, a expectativa é de que estas acumulem algum grau de poder decisório, suficiente para fazer cumprir seu papel de organizar a atenção à saúde, segundo os diferentes níveis de atenção, em seu respectivo território. No presente caso, porém, os entrevistados referem (IC-7) que a CIR como instância formal não consegue pôr em prática suas decisões, com a direção do Escritório Regional de Saúde não tendo adquirido poder de decisão, uma vez que segue dependendo do aval da sede da SESACRE, em Rio Branco, para executar ações. Dessa forma, a Região não consegue se organizar para resolver demandas que se originam no nível regional, acarretando a preferência dos gestores de se dirigirem à Comissão Intergestores Bipartite (CIB) em detrimento da CIR. Em decorrência, resta fragilizado o empoderamento da região, observando-se que, para os gestores da região, a CIB permanece como instância de maior peso político-administrativo. Em consonância, as decisões estão centradas em Rio Branco, como expressa a IC-6. Segundo os participantes, as decisões vêm da

SESACRE para a região sem discussão prévia, corroborando que a região não possui autonomia, nem participa efetivamente das decisões.

Os atores sociais envolvidos na regionalização são outro elemento a ser levado em consideração. O DSC da IC-3 revela que na região esses atores são os sete secretários municipais de saúde; técnicos da Secretaria Regional de Saúde que representam o estado, as três Regiões de Saúde possuem sedes regionais da SESACRE; representante do Distrito Sanitário Especial Indígena (DSEI), além da Comissão Técnica que deve ser acionada sempre que necessário para assessorar assuntos de pauta das reuniões. Formalmente, por meio de portaria de nomeação de membros da CIR, há um representante do Hospital Regional do Juruá, que é gerenciado por uma Organização Social de Saúde (OSS). Entretanto este não comparece às reuniões, conforme verificado *in loco* e nas atas de reunião da Comissão.

Ademais da importância diminuta da Saúde Suplementar no Acre, um aspecto singular do presente estudo, contrastante com a maioria das demais Regiões de Saúde brasileiras, é a ausência de influências diretas do setor privado, representado pela denominada Saúde Complementar, nos processos decisórios concernentes à referida Região de Saúde. Os atores institucionais envolvidos são, exclusivamente, gestores e técnicos da administração direta. A OSS que gerencia o Hospital Regional trata de assuntos pertinentes à gerência da Unidade diretamente com a SESACRE em Rio Branco, não participando, em consequência, da organização do sistema de saúde em nível regional. Essa ausência de interferência direta do setor privado justifica-se pela centralização das decisões na SESACRE e, em decorrência, contribui para a mencionada fragilidade do empoderamento regional. A esse respeito Albuquerque et al.²³ concluíram que nas Regiões Nordeste e Centro-Oeste a Saúde Complementar aparece como ator importante, sendo forte sua influência nos processos de

regionalização nas Regiões Sul e Sudeste, exercendo grande poder na organização do sistema. Na Região Norte, contudo, esta influência é muito tênue, não adquirindo maior importância, caso em que se insere o Acre, corroborado pelos achados do presente estudo para a Região do Juruá, Tarauacá/Envira.

Outro aspecto referido pelos participantes (IC-4) diz respeito a possíveis interferências político-partidárias decorrentes do não alinhamento político entre os partidos à frente dos governos do estado e do município sede da região. A referência ao fato de que haveria, em determinadas situações, a retirada de apoio do estado para a realização de pactuações e parcerias para a execução de ações e programas de saúde corrobora essa possibilidade.

Não obstante, para Albuquerque et al.²³ haveria uma conjuntura favorável à regionalização no estado do Acre. Esses autores destacam, dentre outros aspectos, “o alinhamento político entre os partidos da Presidência da República e dos governos do estado e da capital”, no período analisado naquele estudo. Mas se tal alinhamento político-partidário permite considerar o contexto favorável à regionalização no que diz respeito à capital, isto não se verifica na Região de Saúde do Juruá, Tarauacá/Envira. Por outro lado, é justamente nesse “desalinhamento” de governos da União, Estado e Municípios, quanto às coligações partidárias que dão sustentação político-administrativa aos respectivos governos, que residem as principais dificuldades para a criação e consolidação de processos de gestão participativa intergestores, no cenário federativo brasileiro, com força suficiente para viabilizar a institucionalização das regiões de saúde.

Embora se reconheça que os atores são primordiais para o marco cultural-cognitivo da institucionalização da Região de Saúde, verifica-se que a regionalização no território estudado

ainda não teve sua importância internalizada pelos gestores, acarretando a pouca relevância e mesmo um certo esvaziamento de poder das instâncias regionais, principalmente da CIR.

O complexo processo de regionalização do SUS enfrenta percalços semelhantes nas diversas Regiões de Saúde do Brasil. Na Região estudada da Amazônia Ocidental, identificaram-se aspectos peculiares que exigem a flexibilização das normas estabelecidas no que se refere à definição de Região de Saúde, uma vez que a Região do Juruá, Tarauacá/Envira possui barreiras geográficas que dão um fluxo específico no deslocamento dentro de seu território.

Os pilares da institucionalidade da regionalização na região encontram-se fragilizados visto que, no marco regulatório, a instância regional encontra-se esvaziada de poder de decisão, que se concentra na sede setorial de saúde do governo do estado. No marco normativo, as pactuações e os instrumentos de gestão que dão o direcionamento para a organização das redes regionalizadas de atenção à saúde não existem ou estão desatualizados. E no marco cognitivo, os gestores sentem que suas demandas são, ainda, mais bem resolvidas quando encaminhadas diretamente à SESACRE, não se reconhecendo, efetivamente, a existência de uma Região de Saúde no território.

REFERÊNCIAS

1. Lima LD de, Viana ALd'Á, Machado CV. A regionalização da saúde no Brasil: condicionantes e desafios. In: Scatena, JHG; Kehrig, RT; Spinelli M, organizadores. *Regiões de saúde: diversidade e processo de regionalização em Mato Grosso*. São Paulo: Hucitec; 2014.
2. Viana AL d'Ávila, Lima LD de. *Regionalização e relações federativas na política de saúde do Brasil*. Rio de Janeiro: Contra Capa; 2011.
3. Lavras CCC. Descentralização, regionalização e estruturação de redes regionais de atenção à saúde no SUS. In: Ibañez N, Elias P, Seixas PA, organizadores. *Política e Gestão Pública em Saúde*. São Paulo: Hucitec; 2011. p. 317–31.
4. Ouverney AM. A construção da municipalização da saúde: estratégias normativas. In: Fleury S, Organizadora. *Democracia e inovação na gestão local da saúde*. Rio de Janeiro: Cebes; FIOCRUZ; 2014.

5. Mendes Á, Louvison M. O debate da regionalização em tempos de turbulência no SUS. *Saúde Soc* 2015;24 (2): 393–402.
6. Goulart F. Descentralização e regionalização do SUS na década de 1990. In: Tasca R, organizador. *Redes e regionalização em saúde no Brasil e na Itália: lições aprendidas e contribuições para o debate*. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde; 2011. p. 20–40.
7. Dowbor M. Da inflexão pré-constitucional ao SUS municipalizado. *Lua Nova* 2009;78:185–222.
8. Viana ALD, Ibañez N, Elias PEM, Lima LD de, Albuquerque MV de, Iozzi FL. Novas perspectivas para a Regionalização da Saúde. *São Paulo Perspec* 2008; 22(1):92–106.
9. Brasil. Portaria GM/MS n. 399, de 22 de fevereiro de 2006. *Diário Oficial da União* 2006; 23 fev.
10. Kehrig RT, Souza ES de, Scatena JHG. Institucionalidade e governança da regionalização da saúde: o caso da região Sul Mato-Grossense à luz das atas do colegiado de gestão. *Saúde Debate* 2015; 39(107):948–61.
11. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011. Regulamentação da Lei nº 8.080/90. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 28 jun. 2011.
12. Albuquerque MV de. *O enfoque regional na política de saúde brasileira (2001-2011): diretrizes nacionais e o processo de regionalização nos estados brasileiros*. [tese]. São Paulo: Faculdade de Medicina. Universidade de São Paulo; 2013.
13. Lefèvre F, Lefèvre AMC. *Discurso do sujeito coletivo: um novo enfoque em pesquisa qualitativa (desdobramentos)*. 2ª ed. Caixias do Sul: Educsc; 2005.
14. Scott WR. *Institutions and organizations*. Thousand Oaks: Sage; 2001.
15. Kehrig R, Martinelli N, Spinelli M, Gugelmin A, Scatena J. Aproximações à institucionalidade, governança e gestão na regionalização da saúde. In: Scatena J, Kehrig R, Spinelli M, Gugelmin S, Scatena J, organizadores. *Regiões de saúde: diversidade e processo de regionalização em Mato Grosso*. São Paulo: Hucitec; 2014.
16. Kehrig R, Martinelli N, Spinelli M, Scatena J, Ono P, Silva M da. *Antecedentes históricos da regionalização da saúde em Mato Grosso*. In: Scatena J, Kehrig R, Spinelli M, Gugelmin S, Scatena J, organizadores. *Regiões de saúde: diversidade e processo de regionalização em Mato Grosso*. São Paulo: Hucitec; 2014.
17. Rodrigues V, Santos CRI dos, Pereira MU. A experiência de planejar e operacionalizar o PMAQ-AB no estado do Acre. *Saúde Debate* 2014;38 (special):122–7.
18. Acre. Secretaria de Estado da Saúde. Resolução CIB nº 38 de 31 de julho de 2009. Rio Branco: SESACRE; 2009.
19. Lima LD, Viana ALD, Machado CV, Albuquerque MV, Oliveira RG, Iozzi FL, et al. Regionalização e acesso à saúde nos estados brasileiros: condicionantes históricos e político-institucionais. *Cien Saude Colet* 2012; 17(11):2881–92.
20. Acre. Plano Diretor de Regionalização - PDR. Rio Branco: *Secretaria de Estado de Saúde - SESACRE*; 2003.
21. Brasil. *Regionalização solidária e cooperativa: orientações para sua implementação no SUS*. Brasília: Ministério da Saúde; 2007.
22. Lima LD, Viana ALD. Descentralização, regionalização e instâncias intergovernamentais o Sistema Único de Saúde. In: Viana, ALD; Lima LD, organizadoras. *Regionalização e relações federativas na política de saúde do Brasil*. Rio de Janeiro: Contra Capa; 2011. p. 39–63.
23. Albuquerque MV, Mello GA, Iozzi FL. O processo de regionalização em saúde nos estados brasileiros. In: Viana ALD, Lima LD, organizadoras. *Regionalização e*

relações federativas na política de saúde do Brasil. Rio de Janeiro: Contra Capa; 2011. p. 117–72.

4.2 ARTIGO 2: AS RELAÇÕES INTERFEDERATIVAS E A MERCANTILIZAÇÃO NÃO MONETÁRIA DA SAÚDE

Resumo

Nas últimas décadas do século XX e primeiras décadas do século XXI, praticamente todas as dimensões da esfera pública são penetradas pela mercantilização da vida social e econômica, pois a produção de bens e serviços se faz segundo a lógica capitalista, isto é, como produção de mercadorias. No âmbito da produção e gestão de cuidados de saúde, pode-se pensar em uma mercantilização não monetária da saúde, sobretudo quando o direito social à saúde se vê reduzido a mera moeda de troca política no contexto político-partidário brasileiro. O estudo teve como objetivo analisar o padrão da alocação de recursos públicos destinados à saúde da população, transferidos pela União e pelo governo estadual aos municípios de uma região de saúde, segundo critérios político-partidários, bem como a percepção que gestores públicos da saúde têm dessas relações interfederativas. Utilizou-se da abordagem qualitativa para lidar com o fenômeno estudado. Dados relativos ao volume das transferências de recursos públicos da saúde foram obtidos no Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde e foram realizadas entrevistas com gestores da saúde acerca das relações intergovernamentais. Os depoimentos foram organizados por meio do Discurso do Sujeito Coletivo. A análise se deu sob a luz do referencial de análise de políticas públicas, particularmente do institucionalismo histórico. As relações entre municípios, estado e governo federal ora foram consideradas boas, ora conflituosas; os dados relativos às transferências de recursos não corroboram a fala de gestores acerca do favorecimento de municípios aliados ao governo estadual.

Palavras-chave: Regionalização; Mercantilização; Gestão em Saúde.

The inter-federative relationships and the non-monetary commodification of health

Abstract

In the last decades of the 20th century and the first decades of the 21st century, virtually all dimensions of the public sphere are penetrated by the commodification of social and economic life, because the production of goods and services occurs according to the capitalist logic, that is, as the manufacture of goods. Within the scope of health care production and management, one can think of a non-monetary commodification of health, especially when the social right to health is reduced to mere currency of political exchange in the Brazilian political-party context.

The study aimed at analyzing the pattern of allocation of public resources destined to the population health, transferred by the Federal Government and the State Government to the municipalities of a health area, according to political-party criteria, as well as the perception that health public managers have of such inter-federative relationships. The qualitative approach was used to account for the phenomenon studied. Data on the volume of transfers of public health resources was obtained in the Information System on Public Budgets for Health, and interviews were conducted with health managers regarding the intergovernmental relationships. The testimonies were organized through the Collective Subject Discourse. The analysis was carried out in the light of the reference of public policies analysis, particularly the historical institutionalism. The relationships between municipalities, state and Federal Government were sometimes considered good, sometimes considered conflicting; data on the transfers of resources do not corroborate the managers' talk about the favoring of municipalities allied to the State Government.

Keywords: Regional Health Planning; Commodification; Health Management.

INTRODUÇÃO

No contexto histórico de predomínio em escala global, sob hegemonia burguesa, do modo de produção capitalista, a forma-mercadoria disseminou-se em escala planetária impondo-se generalizadamente. Esse fenômeno decorre da própria essência do capitalismo, ou seja, a tendência à generalização e à produção e consumo de mercadorias elevados ao máximo de suas possibilidades em cada sociedade (Marx, 1968). Nesse cenário, que marca o período das últimas décadas do século XX e as primeiras décadas do século XXI, praticamente todas as dimensões da esfera pública são penetradas pela mercantilização da vida social e econômica, pois a produção de bens e serviços se faz segundo a lógica capitalista, isto é, como produção de mercadorias. Isto também ocorre no âmbito da produção-consumo de cuidados de saúde, tomados crescentemente em todo o mundo como “serviços” a serem, nesta condição, comprados no mercado, não mais sendo reconhecidos como “direitos sociais”, cujo exercício deve ser assegurado a todos pelo Estado contemporâneo. Há, por certo, resistências a este entendimento, mas são contra-hegemônicas (Gramsci, 1982). Esta oposição “serviços-mercadorias” *versus* “cuidados-direitos” gera tensões em várias sociedades e tem se expressado como a “mercantilização da saúde”, cujos processos assumem formas variadas e têm impactado fortemente as políticas públicas de saúde da maioria dos países em todo o mundo. Seja na China, no Japão, nos países da Europa Ocidental, no Canadá, nos Estados Unidos da América (EUA), ou na América Latina, a mercantilização da saúde vem se consolidando, a despeito das

diferenças dessas formações sociais, suas características econômicas, culturais e políticas, suas formas de governo e tipos de Estado.

No caso específico do Brasil, Martino (2011) considera que “na transição do regime autoritário para o Estado Democrático de Direito, consagrado na Constituição de 1988, o federalismo brasileiro passou a descentralizar as políticas públicas, atribuindo aos Estados, aos Municípios e ao Distrito Federal a sua cogestão. No campo da saúde, uma característica inovadora nesse período foi a criação do Sistema Único de Saúde (SUS) e o desenvolvimento de processos participativos de gestão e controle das políticas”.

Como não poderia deixar de ser, a mercantilização da saúde está na base de muitos conflitos e disputas envolvendo também o SUS brasileiro, desde sua criação pelos constituintes de 1988. O acordo político do qual resultou o SUS impôs também o asseguração constitucional (Art. 199) de que “a assistência à saúde é livre à iniciativa privada” (Brasil 1988). Com esse artigo, a Constituição brasileira autoriza a mercantilização dos cuidados de saúde no País admitindo-os como mercadorias a serem postas no mercado. Este é o dispositivo legal que ampara e protege, dentre outros, o direito de criar e manter empresas para vender os denominados “planos de saúde”. A transformação dos cuidados de saúde em negócios é a face mais conhecida e disseminada da mercantilização da saúde no Brasil, que se vale de isenções tributárias e renúncias fiscais para movimentar, segundo Mendes; Weiller (2015), um volume considerável de recursos que atingiu “R\$ 3,67 bilhões, em 2003; passando para R\$ 8,70 bilhões, em 2006; R\$ 15,85 bilhões, em 2009; e, por fim, R\$ 19,98, em 2012” (p. 495). Ao analisar a presença dos “planos de saúde” no sistema de saúde brasileiro, esses autores consideram que a renúncia fiscal é um dos “efeitos da dinâmica do movimento do capital (...) portador de juros (capital financeiro) e sua insaciabilidade pela apropriação dos recursos do fundo público da seguridade social e da saúde” (p. 492) e que “se apresentam como engrenagens que ampliam o poder das instituições privadas no setor saúde” (p. 493), prejudicando o financiamento do SUS e transformando o direito à saúde em “garantia de consumo de produtos e serviços, denotando o claro processo de mercantilização que essa política vem sofrendo” (p. 491). As empresas do ramo operam em bolsas de valores no Brasil e em outros países, negociando ações e prometendo dividendos aos acionistas como se cuidados de saúde fossem *commodities*.

Não é recente, no Brasil, a prática de proporcionar isenções tributárias e renúncias fiscais a empresas que operam comercialmente nos setores de saúde e educação. Carvalho (2013) assinala que a Constituição Federal de 1934, isentou “do pagamento de quaisquer tributos os

estabelecimentos educacionais primários” e que a Constituição Federal de 1946 substituiu a isenção pela figura jurídica da imunidade, ampliando-a para todas as instituições de educação. A Constituição de 1988 vetou aos entes federativos (União, Estados, Distrito Federal e Municípios), por meio do Art. 150, VI, c, “instituir impostos sobre (...) as instituições de educação e de assistência social, sem fins lucrativos” nos termos da lei. A exigência de que essas empresas não tivessem “fins lucrativos” ocultou o avanço no crescimento de grandes estabelecimentos mercantis que foram sendo aglutinados e transformados em universidades sem fins lucrativos, constituindo-se em motivo frequente de burla e escárnio até a promulgação da Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional (LDB), em 1996, quando passou a vigorar o modelo institucional de estabelecimentos educacionais lucrativos. O setor de educação, de modo similar ao setor saúde, é altamente vulnerável à transformação de direitos sociais em mercadorias, em processos de empresariamento e mercantilização acintosos, e pela adoção de estratégias de mercado com vistas à financeirização, oligopolização e internacionalização. O volume de negócios nesses setores é costumeiramente saudado pela mídia, que aliás depende de seus anúncios, e pelos negócios que envolvem esses setores e os donos da mídia, como sinal de “vigor” e “robustez” desse “segmento econômico”.

Mas, se no plano concreto da produção de “serviços-mercadorias” de saúde (e também de educação) a mercantilização se expressa com total nitidez, sendo reconhecíveis seus efeitos sobre a produção e gestão do direito social aos cuidados de saúde, cabe indagar se o fenômeno da mercantilização poderia assumir outras características e, extrapolando o setor privado, influenciar a gestão do SUS e comprometer sua missão de garantir o direito de todos à saúde, conforme dispõe o Art. 196 da Constituição de 1988 (Brasil 1988). A indagação é pertinente, pois se a “saúde não tem preço”, conforme assevera o adágio popular, expressando a compreensão de que cuidados de saúde têm valor de uso, mas não devem ter valor de troca, parece contraditório que cuidados de saúde sejam transformados em “moeda de troca política”, conforme o dizer popular, e que, no plano simbólico, assumam esse valor de troca, no contexto da generalização das mercadorias – a pedra angular do modo de produção capitalista e da mercantilização que lhe é inerente.

Esta indagação sobre o valor da saúde como “moeda de troca política”, não envolvendo, portanto, dinheiro em transações mercantis com base em troca de um bem ou serviço por moeda corrente, requer a consideração da possibilidade de mercantilização não monetária dos cuidados de saúde e, por derivação, de tudo quanto se relaciona com a produção e gestão desses cuidados.

A análise adequada dessa possibilidade implica considerar que, para além do mundo concreto onde ocorre a atribuição de valor de troca aos bens e serviços, os indivíduos e as organizações/instituições operam também no mundo simbólico. Appadurai (2008, p.30) reconhece que “a mercantilização reside na complexa interseção de fatores temporais, culturais e sociais” e identifica a “situação mercantil” como passível de ocorrer “na vida social de qualquer coisa”, definindo-a como a “situação em que a sua trocabilidade por alguma outra coisa constitui seu traço social relevante” ou quando se pode identificar “a candidatura de qualquer coisa ao estado de mercadoria”. Para o autor, é “o contexto mercantil em que qualquer coisa pode ser alocada” que cria as possibilidades da sua mercantilização.

No caso do setor público de saúde, mais especificamente no SUS, podem advir dificuldades do fato de a produção e gestão de cuidados de saúde poderem assumir, em certas circunstâncias, algum valor não intercambiável por dinheiro, que leve à transformação de um direito em mera “moeda de troca política”. Estar-se-ia, em tais situações, frente a um fenômeno em que a mercantilização deixaria de ter a forma clássica de mercadoria que se troca por dinheiro, a que alude Appadurai, para ganhar expressão em fato intangível representado pelo processo de tomada de decisão (relativo à produção e gestão de cuidados de saúde), o qual assume, no âmbito da gestão pública, um valor simbólico sendo trocado fora do mercado por decisões de natureza político-partidária em que também estas, igualmente intangíveis, correspondem a mercadorias de valor apenas simbólico, pois não têm valor de troca, nem valor de uso para os indivíduos considerados isoladamente. Desse modo, tais mercadorias simbólicas, intangíveis, envolvendo as relações e a tomada de decisão por autoridades envolvidas na gestão de direitos sociais, produzem efeitos não monetários que atingem o setor público, incumbido de proteger e zelar pelo exercício de direitos. O setor público, cabe assinalar, tem – ou deveria ter – como referencial para as decisões que toma no caso concreto da saúde, apenas o interesse público no usufruto desse direito social. Contudo, em decorrência da mercantilização não monetária da saúde, este setor passa a ter como referenciais para as decisões que toma, além do interesse público, também os interesses derivados da transformação de direitos sociais em “moeda de troca política”.

Ao analisar o papel da função simbólica no setor saúde, Lefèvre (1983) afirma que a saúde e a doença vêm se constituindo em objeto de intensa exploração mercantil, assinalando que o signo, ou símbolo, é um estímulo ou realidade material (...) que, através de um sistema convencional ou código, exerce a função de *estar-no-lugar-de* ou representar algo, sempre que o

representado, por qualquer outra razão impeditiva, não puder funcionar como representante de si mesmo. Assim, diz Lefèvre ao se deter especificamente sobre a função simbólica dos medicamentos, estes ocupam o lugar de símbolos e representações que, ao obscurecer ou ocultar os determinantes sociais das doenças, “iludem os indivíduos com a aparência da eficácia científica e, como mercadoria, realizam o valor e garantem a acumulação de um dos segmentos mais lucrativos do capital industrial” (Cordeiro, 1980 apud Lefèvre, 1983, p.500). Para o autor, a eficácia do processo de simbolização, no caso dos medicamentos, decorre do fato de ser “a saúde, para o senso comum, um valor altamente desejado e um conceito dotado de alto grau de abstração” (p. 501). Em decorrência, “para que o medicamento funcione como símbolo” é indispensável que a enfermidade seja considerada um fato apenas orgânico, passível “de enfrentamento através da mercadoria remédio, que é vista como o único modo cientificamente válido de se obter a saúde” (p. 501). Esta reflexão dirige seu foco para os medicamentos e sua função simbólica, mas pode ser extrapolada para a produção e gestão de cuidados de saúde, sobretudo quando o direito social à saúde se vê reduzido à mera “moeda de troca política” no contexto político-partidário brasileiro, configurando-se um cenário que poderia ser definido como de “mercantilização não monetária da saúde”. Situações que envolvam a ampliação ou a restrição de acesso a cuidados de saúde no SUS são especialmente sensíveis a operações que podem funcionar no plano simbólico de modo análogo à função simbólica de medicamentos.

A identificação e análise de tais elementos nas práticas correntes de gestão do SUS, em uma região de saúde do Estado do Acre, é o objeto do presente estudo, cujo objetivo é dimensionar e analisar as características da alocação de recursos financeiros públicos aos diferentes municípios do Estado, no período de 2009 a 2015, tendo como cenário a regionalização da saúde no contexto federativo brasileiro, tendo em vista as relações interfederativas, nos níveis de gestão municipal, estadual e federal do SUS. No Estado do Acre, o Estado brasileiro opera, direta ou indiretamente, como único provedor desses serviços. O objetivo do estudo foi analisar o padrão da alocação de recursos públicos destinados à saúde da população, transferidos pela União e pelo governo estadual aos municípios da região, segundo critérios político-partidários, bem como a percepção que gestores públicos da saúde têm dessas relações interfederativas.

MÉTODO

O presente estudo é parte de uma pesquisa abrangente sobre as características do processo de regionalização na Região de Saúde do Vale do Juruá, Tarauacá/Envira, uma das três em que se divide o Estado do Acre, localizado na Amazônia Ocidental brasileira. Trata-se de estudo com

abordagem qualitativa levando em consideração as relações intergovernamentais no âmbito da gestão do SUS e com base em dados sobre a alocação de recursos financeiros aos 22 municípios acreanos, no período de 2009 a 2015, e o modo como tal alocação foi percebida por gestores do setor saúde, tendo em conta as características do processo histórico do federalismo brasileiro.

A Região de Saúde do Vale do Juruá, Tarauacá/Envira tem como sede o município de Cruzeiro do Sul, sendo composta também pelos municípios de Rodrigues Alves, Mâncio Lima, Porto Walter, Marechal Taumaturgo, Tarauacá e Feijó (Acre, 2009, 2012,).

Os dados foram coletados por meio de entrevistas (n=15) com gestores das três esferas de governo, vinculados à referida região de saúde, em todos os municípios que a integram. Para preservar seu anonimato, na indicação de composição dos Discursos do Sujeito Coletivo (DSC), os participantes foram identificados pela letra G seguida de um número.

Os dados relativos ao volume das transferências de recursos públicos de saúde destinados ao financiamento das atividades do SUS nos municípios foram obtidos no Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde (SIOPS). Os partidos políticos à frente das coligações dos governos municipais foram identificados e a porcentagem de execução das transferências aos municípios, em relação ao previsto, foi identificada para cada ano considerado no estudo, para dois períodos de gestão municipal (2009 a 2012 e 2013 a 2015), e para cada período completo. Nos dois períodos de gestão municipal a coligação que esteve à frente do governo estadual foi liderada pelo Partido dos Trabalhadores (PT).

A entrada em campo se deu com a participação da primeira autora (APCC) em reuniões da Comissão Intergestores Regional, ocasião em que foram identificados alguns participantes do estudo. Estes, ao serem entrevistados foram indicando os demais.

Utilizou-se o Discurso do Sujeito Coletivo (DSC) (Lefèvre; Lefèvre, 2005) como técnica para organizar os discursos, com vistas à supressão de repetições e reiterações discursivas sem significado para o tipo de análise empreendida. Utilizada enquanto técnica para sistematizar e sintetizar discursos cujos produtos (os DSC) preservem o essencial de cada depoimento, agrupando-os em ideias centrais ou ancoragens, essa modalidade consiste em tabular dados qualitativos de natureza verbal, a partir dos quais busca-se compor discursos-síntese que

expressem a percepção coletiva de eventos e fenômenos que sejam compartilhados pela respectiva comunidade ou coletividade.

A análise dos DSC e dos dados sobre as transferências financeiras foi realizada sob a luz do referencial de análise de política pública, particularmente do institucionalismo histórico, levando-se em conta que, dentre outras características, o institucionalismo histórico “busca combinar explicações da contribuição das instituições à determinação de situações políticas com uma avaliação da contribuição de outros tipos de fatores, como as ideais, a esses mesmos processos”, admitindo-se que “para essa abordagem, tanto as instituições como o desenvolvimento socioeconômico, os atores com seus valores e crenças influenciam a vida política.” (Hall; Taylor, 2003, p. 04).

O projeto de pesquisa que deu origem ao presente estudo foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo.

RESULTADOS

Na Tabela estão identificados os valores nominais, em reais, e valores *per capita* das transferências financeiras do Estado para os Municípios para os períodos estudados.

Tabela - valores nominais, em reais, e valores per capita das transferências financeiras do Estado para os Municípios, segundo períodos de dois governos.

Município	Período 2009-2012			Período 2013-2015		
	Previsão Receita	Receita Realizada	<i>Per Capita</i>	Previsão Receita	Receita Realizada	<i>Per Capita</i>
Acrelândia	-	-	-	-	8.031,66	0,19
Assis Brasil	-	-	-	83.600,00	-	-
Brasileia	70.000,00	19.664,10	0,23	-	-	-
Bujari	-	5.200,00	0,19	73.746,00	26.258,49	0,95
Capixaba	-	-	-	-	-	-
Cruzeiro do Sul	75.000,00	264.801,17	0,84	500.000,00	23.881,13	0,10
Epitaciolândia	-	-	-	-	-	-
Feijó	-	-	-	-	-	-
Jordão	-	-	-	-	-	-
Mâncio Lima	82.407,00	47.568,90	0,77	156.898,93	144.495,10	2,85
Manoel Urbano	103.842,05	49.705,80	1,54	32.945,69	81.011,31	3,17

Continua

Tabela - valores nominais, em reais, e valores per capita das transferências financeiras do Estado para os Municípios, segundo períodos de dois governos.

Continuação

Município	Período 2009-2012			Período 2013-2015		
	Previsão Receita	Receita Realizada	Per Capita	Previsão Receita	Receita Realizada	Per Capita
Marechal Thaumaturgo	-	-	-	437.513,50	4.832,10	0,10
Plácido de Castro	-	141.443,88	1,94	-	-	-
Porto Acre	-	-	-	-	-	-
Porto Walter	1.640.308,60	2.437.600,60	65,67	1.268.199,74	95.711,49	3,13
Rio Branco	18.277.834,40	2.568.289,31	1,89	1.998.786,00	3.193.066,42	2,94
Rodrigues Alves	-	532.351,48	9,01	9.756,00	4.860,12	0,10
Santa Rosa do Purus	-	-	-	-	-	-
Sena Madureira	179.141,00	112.252,71	0,73	317.293,00	306.493,70	2,48
Senador Guimard	-	-	-	-	-	-
Tarauacá	-	244.890,43	1,71	-	-	-
Xapuri	-	-	-	-	-	-

Fonte: Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde (SIOPS)

No Quadro estão identificados, por período de governo, os partidos que lideraram as coligações que estiveram à frente dos governos.

Quadro – Partidos que lideraram as coligações que estiveram à frente dos governos municipais, segundo período de governo.

Município	Período 2009-2012	Período 2013-2015
	Partido	Partido
Acrelândia	PP	DEM
Assis Brasil	PT	PSDB
Brasileia	PT	PMDB
Bujari	PMDB	PT
Capixaba	PT	PC do B
Cruzeiro do Sul	PMDB	PMDB
Epitaciolândia	PSB	PSDB
Feijó	PT	PT
Jordão	PT	PC do B
Mâncio Lima	PMDB	PMDB
Manoel Urbano	PP	DEM
Marechal Thaumaturgo	PMDB	PT
Plácido de Castro	PT	PSB
Porto Acre	PT	PSDB

Continua

Quadro – Partidos que lideraram as coligações que estiveram à frente dos governos municipais, segundo período de governo.

Continuação

Município	Período 2009-2012	Período 2013-2015
	Partido	Partido
Porto Walter	PT	PMDB
Rio Branco	PT	PT
Rodrigues Alves	PT	PT
Santa Rosa do Purus	PT	PSDB
Sena Madureira	PR	PR
Senador Guiomard	PSDB	PSDB
Tarauacá	PP	PT
Xapuri	PT	PSDB

Fonte: Tribunal Regional Eleitoral do Acre

Nos Gráficos 1 e 2 é possível visualizar o grau, em termos percentuais, da execução das transferências previstas e realizadas pelo Estado para os Municípios contemplados, para os períodos do estudo (2009-2012 e 2013-2015).

Gráfico 1 – Grau de execução da meta de transferências de recursos realizadas pelo Estado para Municípios para financiamento do SUS. Acre, 2009-2012.

Fonte: Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde (SIOPS)

Gráfico 2– Grau de execução da meta de transferências de recursos realizadas pelo Estado para Municípios para financiamento do SUS. Acre, 2013-2015.

Fonte: Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde (SIOPS)

A análise dos discursos dos gestores a respeito das relações interfederativas entre o governo estadual do Acre e os municípios acreanos permitiu identificar seis ideias centrais apresentadas a seguir com seus respectivos DCS elaborados a partir dos depoimentos dos participantes.

Na Ideia Central 1 (“Entre os Municípios a relação é boa”), há o relato de que os Municípios têm boa parceria e se relacionam bem, a questão do acesso geográfico dificulta a relação com os municípios mais distantes.

Ideia Central 1: Entre os Municípios a relação é boa

DSC - As relações são muito boas, até porque sabemos onde o calo aperta, sabemos todas as dificuldades. A gente tem um bom relacionamento. Quando a gente tem reunião a gente concorda ou discorda, mas a gente tem sempre um bom consenso da gente estar junto e sempre defender a nossa região. Eu vejo que o estado do Acre tem grandes possibilidades de fazer uma regionalização acontecer porque são poucos municípios e a relação é boa. Os municípios se relacionam muito bem, mesmo porque tem palco para isso, municípios mais distantes a gente tem mais dificuldade pela questão do acesso. Mas a parceria tem sido boa, até hoje a gente tem se mantido unido, com exceção de alguns municípios, mas pela dificuldade de acesso.

Temos um diálogo muito bom com os outros municípios, com os secretários. (DSC elaborado com os depoimentos G1; G9; G11; G12; G14)

O DSC da Ideia Central 2 (“Estado favorece Municípios da base aliada”) enuncia que os Municípios que fazem parte do grupo político do Estado possuem maior atenção, os outros conseguem melhor resposta a suas demandas se dirigindo diretamente ao ente federal.

Ideia Central 2: Estado favorece Municípios da base aliada

DSC - A relação não é muito boa entre Municípios e Estado. Acredito que é uma questão um pouquinho delicada. Eu ainda vejo uma relação muito apartada, afastada, muito cada um por si. Existe um certo afastamento entre o Estado e municípios que não estão na mesma arena política, que não pertencem ao mesmo grupo político. A gente sente que alguns municípios que fazem parte da gestão do atual governo, que são aliados politicamente, eles têm uma atenção diferenciada, eles são mais bem, digamos, tratados. Os municípios que não fazem parte da gestão do atual governo são de certa forma, colocados de canto, não são priorizados. Hoje os Municípios conseguem mais solução para seus problemas se eles se dirigirem diretamente ao governo federal. O cofinanciamento que deveria acontecer para os 22 municípios, dividindo o bolo em partes iguais, está centralizado na Capital. Nós vimos no passado o Estado pagando médico para a Atenção Básica de Rio Branco. Aqui na nossa regional não conheço nenhum município que tenha esse privilégio. (DSC elaborado com os depoimentos G1; G2; G5)

Já a Ideia Central 3 (“Estado não favorece municípios da base aliada”) refere em seu DSC que o Estado tem dado apoio a todos Municípios.

Ideia Central 3: Estado não favorece municípios da base aliada

DSC - É uma relação boa, tanto entre os gestores dos municípios da nossa regional, quanto entre nós e o Estado. Há comunicação e podemos dizer que temos uma parceria entre nós. Eu não vejo que não tenha essa comunicação. Essa parceria existe de fato. Com relação à esfera estadual a gente tem um estreitamento relativamente bom. Nós aqui, em relação aos municípios, nós estamos abrindo portas. O que a gente está tentando é dar sugestões a eles e eles com a gente. Nós estamos procurando aproximar cada vez mais o relacionamento com o Estado, a gente tem uma interação muito boa com a SESACRE. Eles se preocupam, as nossas cotas que a gente tem direito que são parte do governo federal, estadual, sempre eles estão ligando, informando, tentando que a gente possa estar fazendo esse intercâmbio, esse contato,

de estar buscando o que é direito nosso lá na SESACRE. Então, assim, a gente tem uma parceria muito grande com governo. Sempre eles vêm nos procurar, reunir, informar, então é uma parceria muito grande. O secretário é uma pessoa muito acessível também. A relação da gestão estadual como coordenador, orientador, eu vejo que é muito boa, muito boa. Então é um ponto positivo para as coisas acontecerem. O maior papel para os municípios é o apoio técnico financeiro e o Estado tem buscado isso com todos os municípios. (DSC elaborado com os depoimentos G7; G8; G11; G14; G12; G9; G4; G15)

A Ideia Central 4 (“Relação entre Municípios, Estado e governo Federal é boa”) revela que as relações são boas entre os três entes e há apoio técnico por parte do Ministério da Saúde.

Ideia Central 4: Relação entre Municípios, Estado e governo Federal é boa

DSC - A gente tem essa parceria tanto do federal quanto do municipal nesse processo de atendimento dos nossos usuários. E por parte do Ministério a gente tem tido total apoio, a gente sempre está sendo visto lá. Tem sido muito boa, muito boa mesmo, nossa parceria junto ao Estado e ao Ministério. Nós não temos problemas nessas relações. Todas as vezes que nós buscamos apoio, o Ministério dá respostas, porque às vezes ele é demandado, mas ele também demanda. Assim, a relação tem sido muito boa e principalmente porque nós temos muitas câmaras técnicas dentro do Ministério, tem muitos apoiadores. (DSC elaborado com os depoimentos G6; G13; G15; G10; G9)

Já Ideia Central 5 (“Relação entre, Municípios, Estado e governo Federal não é boa”) traz em seu DSC o relato de que as relações entre os três entes não são boas, notadamente, entre Estado e Municípios.

Ideia Central 5: Relação entre Municípios, Estado e governo Federal não é boa

DSC - Eu diria que assim, de dialogar, de ouvir até que sim, mas esse envolvimento, essa aproximação, essa ajuda eu considero que ainda é muito pouca. Vou te dar um exemplo bem claro: a epidemia de dengue em Cruzeiro do Sul, a Secretaria de Estado (SESACRE), através da Coordenação de Endemias, ela sabia que o município estava infestado de vetores, sabia que tinha que municipalizar, que já tinha um aviso prévio do Ministério da Saúde, isso há dois, três anos atrás que vinha essa conversação, sabia que ia passar para o município, aí o que acontece, o estado simplesmente parou, ia entregar para o município, parou de fazer o controle vetorial. Quando entregou para o município, o município estava infestado de Aedes e já com

o vírus da dengue circulando, então critico assim, pega que a bomba é tua. Poderia ter dado continuidade nas ações, vou entregar para o município é questão de saúde pública, não vai ter esse negócio, vai sair da minha responsabilidade, mas eu não quero que a população adoça, lógico e tal, poderia ter tido esse entendimento, mas não foi o que aconteceu. Deixaram as coisas acontecerem, porque iam tirar da responsabilidade deles e iam jogar a responsabilidade para o município, então nós pegamos as ações do controle da dengue com o município em epidemia, infestado e tal, então isso dificulta. Nós abrimos um laboratório de análises clínicas, o Centro de Apoio Diagnóstico, o estado imediatamente encerrou os exames que ofertava para o público, a Maternidade, então ficou só interno, então sobrecarregou nosso laboratório. Quase todos, todos os municípios desta Região reclamam que eles precisariam de ajuda técnica. (DSC elaborado com os depoimentos G3; G1; G5;)

A Ideia Central 6 (“Aspectos político partidários interferem negativamente na região”) revela que as questões político-partidárias dificultam a gestão compartilhada, atrapalhando na execução de ações de saúde.

Ideia Central 6: Aspectos político-partidários interferem negativamente na região

DSC - No início, logo que assumi a secretaria, eu tive muitos problemas com a questão política, envolvendo a área hospitalar, pois o Estado não aceitava muitas coisas. Essa questão política é um dos percalços e precisa ser resolvida. Aqui na Região do Juruá/Tarauacá/Envira nós temos um problema político sério que é isso de apenas empurrar ou jogar a responsabilidade para o outro, ao invés de se unir para fazer boa gestão municipal, boa gestão estadual. Tem muito essa divisão política, essa cisão política que existe aqui entre os municípios é muito forte, então não permite que haja uma união da região para uma gestão coletiva. Veja como a questão política atrapalha: o Estado promete um laboratório regional de análises clínicas, mas ele não é construído. O município-sede fica sobrecarregado e não dá conta de atender a demanda dos vizinhos e os vizinhos não vão contratar com o município-sede se eles esperam contratar com o estado. Aí a questão política é, acima de tudo, o que mais atrapalha a Região. (DSC elaborado com os depoimentos G2; G3; G1)

DISCUSSÃO

Este estudo foi iniciado admitindo-se a hipótese de que em um território marcado pela presença quase que exclusiva do Estado no financiamento e provimento de cuidados de saúde, a mercantilização não monetária da saúde estaria tendo curso, influenciando negativamente os

rumos das políticas públicas que impactam as condições de vida da população, notadamente as que se referem ao exercício de direitos sociais, como educação e saúde. Afinal, no período histórico de predomínio do neoliberalismo, “em que tudo se vende, tudo se compra, tudo tem preço” (Sader, 2005) a penetração da mercantilização em todos os espaços institucionais, inclusive os da saúde, é hipótese a considerar em estudos realizados sob a perspectiva da mercantilização, ainda que esta tenha a forma não monetária. À luz, porém, dos resultados obtidos no Acre, esta hipótese não foi confirmada, uma vez que não apareceram indícios de distorções mercantis nas relações interfederativas mantidas por gestores públicos da saúde, seja quando se analisam os dados das alocações financeiras no período analisado, seja quando se leva em conta as percepções dos gestores, para os quais as relações entre os municípios foram consideradas boas (Ideia Central 1), emergindo como principal dificuldade a distância e demais características geográficas da região, que dificultaria o acesso de uns aos outros.

A região de saúde em estudo possui barreiras geográficas peculiares à Amazônia, com municípios interligados por rios e com poucas rodovias, tendo as vias fluvial e aérea como as principais formas de deslocamento dentro de seu território. Essas características contribuem em parte para o pouco desenvolvimento do ponto de vista de infraestrutura e serviços quando se compara essa região com as grandes metrópoles. Esses aspectos interferem na dinâmica das relações intergovernamentais, uma vez que se deslocar no território requer gastos muito altos e as tecnologias de comunicação como internet e telefonia são fornecidas com serviços descontínuos. Tais achados corroboram o estudo de Albuquerque (2013) acerca do processo de regionalização da saúde nos estados brasileiros, ao assinalar as dificuldades de deslocamento na região Amazônica. Mencionando o Acre como exemplo dessas dificuldades, conclui que limitam a articulação dos gestores municipais, bem como sua representatividade regional. Apesar desses percalços, os gestores municipais mantêm bom diálogo entre si o que diminui os entraves na construção de espaços de discussão para o fortalecimento da região e construção da gestão intergovernamental, o que está em sintonia com a afirmação de Albuquerque e colaboradores (2011, p.143) quanto às relações intergovernamentais no Acre serem “crescentemente cooperativas, ainda que não sejam identificadas parcerias formalizadas por instrumentos legais”.

Os dados apresentados na Tabela não corroboram a afirmação de que os municípios governados por coligações aliadas do governo estadual recebem tratamento diferenciado na partilha dos recursos públicos não sendo, nesse aspecto, mais bem tratados do que os alinhados com a

oposição ao governo estadual, conforme cogitado por alguns gestores (Ideia Central 2 = “Estado favorece Municípios da base aliada”). É certo que a dimensão do financiamento não pode ser tomada de modo absoluto para avaliar o padrão de relacionamento interfederativo. Mas é inegável que se trata de uma dimensão muito sensível a eventuais distorções nesse relacionamento. A esse respeito Nóbrega e colaboradores (2010, p.1765) consideram que “para que se possam fazer considerações plausíveis sobre perspectivas de expansão de serviços ou transformações nas responsabilidades por prestação de serviços de saúde, deve-se levar em conta o aspecto financeiro”, ponderando que no Brasil “a partir da criação do SUS, as despesas com saúde tenderam a crescer, principalmente porque a transferência de recursos federais para os estados e municípios passou a ser realizada de forma direta (fundo a fundo)” sendo necessário, nesse contexto, “analisar o financiamento do setor público dentro do próprio setor público, ou seja, como estão as condições de repasse de recursos nas três esferas do governo, pois o que caracterizou esta relação por muito tempo foi o pagamento pelos serviços prestados e, como consequência, uma descentralização acompanhada de um processo de desconcentração – transferência de poder por delegação, em que o órgão que transfere competências permanece com poder de decisão, caracterizando, portanto, uma transferência de encargos sem autonomia de gestão.” A esse respeito Arretche (2004, p.24) afirma que “com exceção da política de educação fundamental, a concentração de autoridade no governo federal caracteriza as relações federativas na gestão das políticas, pois à União cabe o papel de principal financiador, bem como de normatização e coordenação das relações intergovernamentais”. É significativo, contudo, nesse aspecto, o depoimento que refere bom fluxo de informações e comunicação frequente, com forte sentido de parceria entre os entes federativos, conforme enunciado no DSC da Ideia Central 3 (IC-3 = “Estado não favorece municípios da base aliada”). O perfil do secretário estadual de saúde, identificado como “uma pessoa muito acessível”, parece contribuir também para um bom fluxo do processo administrativo. Quanto às relações entre o Estado e os Municípios com o ente Federal, os discursos convergiram para o reconhecimento de que essas relações têm sido muito boas, com menção às câmaras técnicas e aos apoiadores técnicos disponíveis no Ministério da Saúde, nesse período.

Ao analisar o tipo de federalismo que caracteriza a formação do Estado brasileiro, Abrucio; Costa (1998) mencionaram a origem em um Estado centralizado e unitário, tendo no sentimento de autonomia dos Estados sua única motivação, marcada ainda pela assimetria entre os Estados que afetou a cooperação entre o conjunto dos atores da federação, pois contribuiu para a formação de coalizões de alguns estados contra outros. Neste processo o Governo Federal se

fortaleceu política, econômica e administrativamente, quase sempre por vias autoritárias, levando a um padrão de relacionamento interfederativo não pautado pela prática democrática, mas, ao contrário, marcado por relações interfederativas predatórias, competitivas que influenciam o desenvolvimento das políticas públicas.

Não obstante tenham ocorrido depoimentos que deram origem à Ideia Central de que a “Relação entre Municípios, Estado e governo Federal é boa” (IC-4), essas relações foram vistas como fonte de problemas de gestão pelos entrevistados cujas falas deram origem ao DSC que se expressa na Ideia Central 5, sintetizada na afirmação de que a “Relação entre Municípios, Estado e governo Federal não é boa” (IC-5), notadamente entre Estado e Municípios, uma vez que os gestores municipais precisam se dirigir ao nível federal para obtenção de respostas às suas demandas, resultando no enfraquecimento da gestão regional. Acresce que esta relação é vista como conflituosa quando envolve municípios cujos governos estão em coligações partidárias que se opõem ao governo estadual. Zurbriggen (2006) ressalta que as instituições além de determinarem as estratégias e objetivos da ação também moldam as preferências dos atores e por sua vez as regras do jogo e a distribuição de poder tem lugar no interior dos enlaces institucionais.

Arretche (2000, p.47) pondera que em Estados federativos as competições eleitorais “engendram barganhas federativas, pelas quais cada nível de governo pretende transferir a uma outra administração a maior parte dos custos políticos e financeiros da gestão das políticas e reservar a si a maior parte dos benefícios dela derivados”. Souza (1998) argumenta que o federalismo brasileiro sempre foi uma acomodação das demandas de elites com objetivos conflitantes e um meio para diminuir as enormes desigualdades regionais.

No modelo federativo brasileiro, em que a Constituição da República assegura autonomia aos entes subnacionais, inclusive municipais, Santos (2013) considera que emergem importantes “entraves para a gestão das políticas públicas e particularmente da política de saúde”, uma vez que o SUS “possui em sua institucionalidade formal a direção única em cada esfera de governo” e que “operar e organizar esse sistema implica muitas dificuldades jurídico-administrativas” decorrentes da interdependência dos entes federativos no esforço para garantir o exercício do direito à saúde e ainda por não haver explicitação a respeito “do que cada ente deve fazer na rede”.

Arretche (2003) destaca que as relações intergovernamentais no SUS possuem uma complexa engenharia institucional em que os entes federal e estadual possuem as responsabilidades de cooperação técnica e financeira para com os municípios na sua função de execução do atendimento à população.

Nesse contexto, relações de cooperação são primordiais para a adequada gestão intergovernamental uma vez que, na saúde, são fundamentais a gestão compartilhada, o planejamento integrado e o financiamento dos três entes federativos (Santos, 2013).

Embora conflitos interfederativos pareçam atenuados no Acre, eles estão presentes de modo intenso em outros Estados e regiões do Brasil, conforme alguns estudos (Albuquerque e col., 2011; Silva; Gomes, 2013; Silva e col., 2014).

Por vezes o setor saúde é utilizado em trocas para o alcance de fins políticos. É emblemático nesse sentido o episódio de substituição de ministros da Saúde, em setembro de 2015, no ocaso do governo federal do segundo mandato de Dilma Rousseff (2015-2016). A saída de um ministro ligado ao Partido dos Trabalhadores (Arthur Chioro) e a entrada de outro ligado ao Partido do Movimento Democrático Brasileiro (Marcelo Castro) representou uma tentativa de uso da pasta da Saúde como moeda de troca política para ampliar a governabilidade (Matus, 1989) da coligação governista. Em outra escala e finalidade, são também conhecidas e muito frequentes as iniciativas de uso de carretas e trailers sem qualquer fundamento em elementos da realidade epidemiológica ou sanitária, apenas com fins publicitários de natureza político-eleitoral. Nessa direção se inscrevem também as peças publicitárias pretensamente informativas da população, sobre ações e serviços de saúde ofertados ao público, mas dirigidas claramente aos eleitores, cujos votos são buscados, com base em fatos verídicos ou não. Tais episódios constituem clara manifestação de mercantilização não monetária da saúde, quando o cuidado de saúde ou o processo de tomada de decisão envolvendo a gestão desse direito social, é destituído de sua condição original e reduzido à dimensão de coisa mercantil que assume um valor de troca em cenários de barganhas políticas.

Destarte, a saúde como direito, estabelecido na Constituição Federal, tem nos agentes do Estado, que deveriam resguardar tal direito, os responsáveis de sua candidatura ao estado de mercadoria, conforme a formulação de Appadurai (2008), com autoridades detentoras de alguma parcela de poder (Matus, 1989), por ocuparem cargos de gestão, apropriando-se do

cuidado em saúde *lato sensu* (o cuidado em si e tudo o que se relaciona com ele) para manter-se em seu lugar de poder. O uso da saúde como “moeda de troca política” se faz como barganha para obtenção de aliados para o alcance de objetivos político-partidários. O cuidado em saúde se vê assim, neste processo, destituído da sua condição de direito social para ser reduzido à ‘coisa’ a ser oferecida em contrapartida da barganha.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Não obstante a percepção de gestores de municípios acreanos de que o governo estadual estaria dando tratamento diferenciado positivamente aos municípios que compõem sua base aliada, a análise empreendida neste estudo não permite aceitar essa hipótese. O indicador utilizado para aferir essa hipótese, representado pelo volume de transferências financeiras entre entes federativos, considerando o período do estudo, indicam que, nessa dimensão do financiamento, não se constataram benefícios indevidos ou tratamento privilegiado em decorrência do uso de critérios que pudessem caracterizar mercantilização não monetária da saúde na referida Unidade Federativa, afastando-se a possibilidade de interferência político-partidária, gerando-se entraves à gestão pública da saúde na região.

REFERÊNCIAS

- ABRUCIO, F. L.; COSTA, V. M. F. *Reforma do Estado e o Contexto Federativo Brasileiro*. São Paulo: Fundação Konrad Adenauer, 1998.
- ACRE, Secretaria de Estado da Saúde; Comissão Intergestores Bipartite. *Resolução CIB nº 31 de 26 de março de 2012*. Rio Branco, 2012.
- ACRE, Secretaria de Estado da Saúde; Comissão Intergestores Bipartite. *Resolução CIB nº 38 de 31 de julho de 2009*. Rio Branco, 2009.
- ALBUQUERQUE, M. V. DE. *O enfoque regional na política de saúde brasileira (2001-2011): diretrizes nacionais e o processo de regionalização nos estados brasileiros*. São Paulo, 2013. Tese (doutorado em Ciências) - Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, 2013.
- ALBUQUERQUE, M. V. DE; MELLO, G. A.; IOZZI, F. L. O processo de regionalização em saúde nos estados brasileiros. In: VIANA, A. L. A; LIMA, L. D. (Orgs.). *Regionalização e relações federativas na política de saúde do Brasil*. Rio de Janeiro: Contra Capa, 2011. p. 117-172.
- ARRETCHE, M. *Estado federativo e políticas sociais: determinantes da descentralização*. Rio de Janeiro; São Paulo: Revan; FAPESP, 2000.
- ARRETCHE, M. Financiamento federal e gestão local de políticas sociais: o difícil equilíbrio entre regulação, responsabilidade e autonomia. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 8, n. 2, p. 331–345, 2003.
- ARRETCHE, M. Federalismo e políticas sociais no Brasil: problemas de coordenação e

autonomia. *São Paulo em Perspectiva*, v. 18, n. 2, p. 17-26, 2004.

BRASIL. *Constituição da República Federativa do Brasil*. Brasília; Senado Federal, 1988.
Disponível em:

<https://ensinolegal.s3.amazonaws.com/uploads/legislation/file/29/Constitui__o_da_Rep_blica_Federativa_do_Brasil.pdf>. Acesso em: 8 mar. 2014

CARVALHO, C. H. A. A mercantilização da educação superior brasileira e as estratégias de mercado das instituições lucrativas. *Revista Brasileira de Educação*, v. 18, n. 54, p. 761–801, 2013.

GRAMSCI, A. *Os intelectuais e a organização da cultura*. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 1982.

HALL, P. A.; TAYLOR, R. C. R. As três versões do neo-institucionalismo. *Lua Nova: Revista de Cultura e Política*, v. 58, n. 58, p. 193–223, 2003.

LEFÈVRE, F. A função simbólica dos medicamentos. *Revista de Saúde Pública*, v. 17, p. 500–3, 1983.

LEFÈVRE, F.; LEFÈVRE, A. M. C. *Discurso do sujeito coletivo: um novo enfoque em pesquisa qualitativa (desdobramentos)*. 2. ed. Caixias do Sul: Educs, 2005.

MARTINO, L. V. S. *A Política Nacional de Saúde Bucal em municípios da Região Metropolitana de São Paulo, na primeira década do século XXI*. São Paulo, 2011.
Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) - Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, 2011.

MARX, K. *O Capital, livro I*. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 1968.

MATUS, C. Fundamentos do planejamento situacional. In: RIVERA, F. (Org.). *Planejamento e programação em saúde: um enfoque estratégico*. São Paulo: Cortez-Abrasco, 1989.

MENDES, Á.; WEILLER, J. A. B. Renúncia fiscal (gasto tributário) em saúde: repercussões sobre o financiamento do SUS. *Saúde em Debate*, v. 39, n. 105, p. 491–505, 2015.

NÓBREGA, C. B. C. et al. Financiamento do setor saúde: uma retrospectiva recente com uma abordagem para a odontologia. *Ciênc.Saúde Coletiva*, v. 15, n. Supl. 1, p. 1763–1772, 2010.

SADER, E. Prefácio. *Revista Espaço Acadêmico*, v. 51, n. 5, 2005.

SANTOS, L. *Sistema Único de Saúde: os desafios da gestão interfederativa*. Campinas: Saberes Editora, 2013.

SILVA, E. C. DA; GOMES, M. H. DE A. Impasses no processo de regionalização do SUS: tramatas locais. *Saúde e Sociedade*, v. 22, n. 4, p. 1106–1116, 2013.

SILVA, M. J. V. DA; SPINELLI, M. A. S.; MÜLLER NETO, J. S. A Região Oeste Mato-Grossense e a institucionalidade do Colegiado de Gestão Regional. In: SCATENA, J H G; KEHRIG, R T; SPINELLI, M. A. S. (Orgs.). *Regiões de saúde: diversidade e processo de regionalização em Mato*. São Paulo: Hucitec, 2014. p. 391–422.

SOUZA, C. Intermediação de Interesses Regionais no Brasil: O Impacto do Federalismo e da Descentralização. *Dados*, v. 41, n. 3, 1998.

ZURBRIGGEN, C. El institucionalismo centrado en los actores: una perspectiva analítica en el estudio de las políticas públicas. *Revista de Ciência Política*, v. 26, n. 1, p. 67–83, 2006.

4.3 ARTIGO 3: PLANEJAMENTO REGIONAL INTEGRADO EM UMA REGIÃO DE SAÚDE DA AMAZÔNIA OCIDENTAL

RESUMO

Este estudo ocupou-se da análise do planejamento regional integrado em uma Região de Saúde da Amazônia Ocidental brasileira, buscando identificar a institucionalidade para sua efetivação e garantia da gestão compartilhada. Utilizou-se abordagem qualitativa para compreensão do fenômeno estudado, tendo documentos de gestão e entrevistas com gestores da saúde como fontes de informação. Utilizou-se o Discurso do Sujeito Coletivo para organizar e processar dados e posterior análise das informações à luz do institucionalismo histórico. A institucionalidade do planejamento regional integrado encontra-se fragilizada, uma vez que não foram observados elementos empíricos ou narrativos que indiquem o contrário.

PALAVRAS-CHAVES Regionalização; Sistema Único de Saúde; Planejamento em saúde;

Integrated regional planning in a Health Area in the Western Amazon

This study dealt with the analysis of the integrated regional planning in a Health Area in the Brazilian Western Amazon, seeking to identify the institutionalization for its effectiveness and guarantee of shared management. A qualitative approach was used to understand the phenomenon studied, with management documents and interviews with health managers used as sources of information. The Collective Subject Discourse was used to organized and process the data and for the later analysis of information in the light of the historical institutionalism. The institutionalization of the integrated regional planning is weakened, since the empirical or narrative elements indicating otherwise have not been observed.

KEYWORDS Regionalization; Unified Health System; Health planning

INTRODUÇÃO

O processo de descentralização no Sistema Único de Saúde (SUS) levou a avanços incontestáveis, entretanto esse processo privilegiou os municípios, desconsiderando o papel do ente estadual, decisivo para o adequado planejamento setorial regional. Dessa forma, não se logrou a construção, em todo o País, de redes de atenção à saúde, marcadas pela

interdependência entre os entes federativos autônomos que as constituem. Por essa razão, a conformação de redes regionais de atenção com base em arranjos mais cooperativos para a gestão do SUS esteve ausente (VIANA; LIMA; FERREIRA, 2010). Ademais, a debilidade da capacidade resolutiva dos sistemas locais com amplificação de disputas por recursos entre os municípios foi proporcionada pelo atraso no processo de regionalização no SUS (SANTOS; GIOVANELLA, 2014).

A regionalização atribui novos contornos ao processo de descentralização, estabelecendo o pressuposto de gestão compartilhada da rede de atenção para efetivação desse processo (BRETAS JÚNIOR; SILVA; MAGALHÃES JÚNIOR, 2013). Para Viana; Lima; Ferreira (2010) a regionalização é “uma estratégia para integração dos sistemas municipais (constituição de sistemas regionais), ampliação do acesso e redução da iniquidade em saúde” (p. 2318).

Para o fortalecimento da regionalização e consequente redução da fragmentação do sistema de saúde, a edição do Decreto nº 7.508, de 2011, da Lei Complementar nº 141, de 2012 e da Portaria nº 2.135, de 2013 enfatiza no âmbito do setor saúde a necessária implementação de um processo de planejamento de saúde com vistas ao planejamento regional integrado em que a organização territorial perpassa os limites municipais e abrange a região de saúde (BRASIL; CRUZ, 2016; BRETAS JÚNIOR; SILVA; MAGALHÃES JÚNIOR, 2013).

A ausência de planejamento regional para as estratégias de descentralização no SUS acirrou as desigualdades dos entes subnacionais, fragilizou e comprometeu o papel das esferas estaduais, resultando, desde 1990, em milhares de sistemas locais isolados sem capacidade de gestão para viabilizar a integralidade e sem mecanismos e *expertise* para conformação de redes intermunicipais (SANTOS; GIOVANELLA, 2014, p.624).

Em decorrência, o Ministério da Saúde colocou o planejamento da saúde como obrigatório para os três níveis de governo com suas diretrizes de acordo com as características epidemiologias e da organização de serviços nos entes federativos e nas regiões de saúde (BRASIL, 2015).

Assim, o planejamento em saúde ganha centralidade no desenvolvimento do SUS como “instrumento de tomada de decisão e organizador das ações dos gestores” e provedor de

integração entre sistemas municipais de saúde nas regiões. Ademais, o planejamento integrado nas regiões de saúde está entre os objetivos da regionalização do SUS e pressupõe, dentre outros aspectos, “que cada ente federado realize o seu planejamento considerando as especificidades do território para além dos limites territoriais do município” (BRETAS JÚNIOR; SILVA; MAGALHÃES JÚNIOR, 2013, p.160). O planejamento regional integrado consiste em um dos elementos do processo de planejamento na saúde (Figura).

Figura – Elementos do processo de planejamento da saúde e interrelações

Extraído de: SGEP/DAI/MS, 2012

A produção resultante do planejamento regional integrado compõe o Contrato Organizativo de Ação Pública em Saúde (COAP) devendo expressar, para a região de saúde, a identificação da situação de saúde e as necessidades de saúde; as diretrizes, os objetivos plurianuais e as metas

anuais; os prazos de execução; as reponsabilidades dos entes federados; a Programação Geral das Ações e Serviços de Saúde (BRASIL, 2013).

A organização dos sistemas local e regional de saúde prescinde da necessidade de reforçar e potencializar esforços, promovendo-se a articulação entre todos os envolvidos, necessitando da definição clara das ações e dos serviços de saúde que cada região ofertará (SILVA; GOMES, 2014).

Para isso torna-se fundamental o planejamento na saúde e nesse contexto, o presente estudo, com foco em uma Região de Saúde da Amazônia Ocidental, tem por objetivo analisar o planejamento regional integrado em tal Região, entendido como um dos elementos do planejamento na saúde, buscando identificar a institucionalidade para sua efetivação e garantia da gestão compartilhada com relações mais cooperativas.

METODOLOGIA

Este artigo integra um conjunto de estudos derivados de uma pesquisa sobre o processo de descentralização e regionalização da saúde no contexto do SUS na Amazônia Ocidental brasileira. A referida investigação foi realizada em uma das três Regiões de saúde do estado Acre, mais especificamente a Região do Juruá, Tarauacá/Envira, localizada no ponto mais Ocidental da Amazônia. Utilizou-se abordagem qualitativa para lidar com o fenômeno estudado.

Os dados foram coletados por meio de entrevistas com gestores da saúde das três esferas de governo (n=15) relacionados à referida Região, bem como nos documentos de gestão (atas de reuniões, resoluções, portarias). Lançou-se mão de roteiro de entrevista para colher os depoimentos dos participantes. As entrevistas foram realizadas no período de maio a novembro de 2015. Foram gravadas digitalmente, com posterior transcrição dos arquivos de áudio, e analisadas. Para garantia do anonimato da identidade dos participantes utilizou-se a letra G seguida de um número na indicação da elaboração dos Discursos do Sujeito Coletivo (DSC).

A organização e processamento dos dados se deu com a utilização do DSC, o qual consiste em extrair expressões-chave que revelam a essência dos depoimentos, que são agrupados em ideias centrais ou ancoragens, viabilizando a elaboração dos discursos-síntese. Portanto, o DSC “é um

discurso-síntese redigido na primeira pessoa do singular e composto pelas expressões-chave que têm a mesma ideia central ou ancoragem” (LEFÈVRE; LEFÈVRE, 2005, p. 18).

A análise das informações deu-se por meio do cotejamento dessas com o referencial da abordagem do institucionalismo histórico, tendo como pressupostos a influência das instituições nas estratégias e objetivos dos atores, bem como sua mediação nas relações de cooperação e conflitos, determinando trajetórias e conteúdo das políticas (THELEN; STEINMO, 1992). Buscou-se identificar aspectos relacionados à implementação e execução do planejamento regional integrado, como instrumentos de gestão que o norteiam, natureza das pactuações e espaço regional de negociações.

O projeto de pesquisa do qual se originou o presente estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, cumprindo-se todos os preceitos éticos durante sua realização.

RESULTADOS

Da análise dos discursos dos gestores emergiram nove Ideias Centrais (IC), a saber: 1) Ausência de planejamento regional; 2) Há pactuações em âmbito regional; 3) As pactuações existentes não são relevantes para a Região; 4) Pactuações realizadas na CIB e CIR não são cumpridas; 5) Faltam instrumentos de gestão regional; 6) COAP está distante da Região; 7) Comissão Intergestores Regional não é um fórum plenamente ativo; 8) Falta clareza acerca do papel da CIR; e, 9) Municípios têm dificuldades para participar de reuniões. Os DSC relativos a essas IC estão apresentados a seguir.

Ideia Central 1: Ausência de planejamento regional

DSC - O planejamento não acontece na Região. O que acontece? Vai um técnico da secretaria de saúde, reúne com os municípios na Regional, levanta todas as necessidades dos municípios, traz todas essas necessidades e elabora os projetos em Rio Branco. É assim que acontece. Nada acontece na Região. Só faz ouvir os municípios e traz os dados para que possam ser elaborados os projetos. De aquisição de equipamentos, de reforma de unidade..., tudo..., as licitações..., tudo é feito em Rio Branco. Acho que o que está precisando avançar é nessa perspectiva do planejamento regional, no diálogo mesmo, na política, pois que eu saiba não acontece. O estado tem que organizar a sua política dos serviços de saúde regionalizados, que ainda é muito incipiente. (DSC elaborado com os depoimentos G2; G7; G15; G13)

Ideia Central 2: Há pactuações em âmbito regional

DSC - *Nós fizemos a nossa pactuação de todos os nossos objetivos. Foi sentido várias vezes e foi pactuado e a gente tem que seguir essa pactuação que acontece por município e depois por regional. Os municípios vão mesmo, pactuam, sentam, planejam, passam dois, três dias em Cruzeiro do Sul, mas é feito. Fomos para Cruzeiro do Sul na CIR para pactuar também os indicadores da regional que também já aconteceu. A pactuação do fluxo de acesso do paciente, mesmo com o sistema SIS-REG [Sistema Nacional de Regulação] não implantado em todos os municípios por conta de internet, essas coisas, a gente usa, faz telefonema.* (DSC elaborado com os depoimentos G10; G2; G15; G9)

Ideia Central 3: As pactuações existentes não são relevantes para a Região

DSC - *Existem as pactuações. Nós pactuamos na CIR, nós pactuamos na CIB, mas as questões mais importantes é que a gente não resolve, não há nenhuma pactuação que seja relevante para o funcionamento da Região, as pactuações são feitas aquelas de praxe que um não atrapalhe o outro.* (DSC elaborado com o depoimento G3)

Ideia Central 4: Pactuações realizadas na CIB e CIR não são cumpridas

DSC - *Houve pactuações de dívidas de medicamentos que o estado há anos não repassava para os municípios. Então, foi pactuada toda a dívida, não foi cumprida. Em seguida houve uma repactuação de dois anos para cá. Os anos anteriores ficaram esquecidos. Existem as pactuações, mas elas acabam não sendo cumpridas. Outra pactuação que eu vejo, foi entre estado e municípios, que assumiram que a vigilância em saúde o estado continuaria ajudando esses municípios. Mas o que acontece? Os municípios pactuaram e o estado começou, gradativamente, a retirar esse apoio. Então, fica o município com o problema na mão porque, de qualquer maneira, tem uma portaria que diz que o município é responsável pela vigilância em saúde. Mesmo você pactuando em CIR, em CIB acaba um lado não cumprindo sem que haja punição.* (DSC elaborado com o depoimento G3)

Ideia Central 5: Faltam instrumentos de gestão regional

DSC - *Falando em Região, para se ter uma ideia, nós não temos um plano que seja um plano regional de saúde, conforme a legislação exige. Nós não temos nada, nenhum planejamento a nível regional e então, cada um atua hoje na sua caixinha, na sua secretaria, não tem essa união. Eu acho que para a regionalização, o importante é construir o plano, não só ter o desenho. O plano estadual de regionalização não está construído, precisa construir, com*

diagnóstico e com propostas. Está faltando um diálogo, está faltando gestão, está faltando construir o Plano e o Plano Diretor de Investimento e ter dinheiro que é o mais difícil, muito difícil essa questão. (DSC elaborado com os depoimentos G1; G14)

Ideia Central 6: COAP está distante da Região

DSC - O COAP aqui no estado, efetivamente, não aconteceu nada ainda. Isso está parado por aqui. Eu acho que na situação em que nós estamos, ele está muito distante de nós. Não vamos conseguir fazer nenhum contrato se não organizar primeiro a Região. Isso já foi falado, discutido, a gente precisa pactuar. Mas a gente pactua quando tem estrutura para que a coisa aconteça. Você pactuar situações sem estrutura é difícil. Porque os nossos municípios são de pequeno porte, a capacidade técnica deles é muito pequena para todo esse processo dos instrumentos de gestão que se precisa para a questão da regionalização. A última administração estadual até elaborou toda uma agenda para que se pudesse iniciar esse processo de elaboração do COAP, das Regiões de Saúde, dos municípios. Mas essa agenda ficou só na intenção. Foi elaborada a agenda, foi aprovada a agenda, mas não foi levado em frente. Quando a gente fala em contratualização, as pessoas têm medo por que é um compromisso. (DSC elaborado com os depoimentos G3; G5; G7; G13; G15)

Ideia Central 7: Comissão Intergestores Regional não é um fórum plenamente ativo

DSC - A gente tem muita dificuldade [para viabilizar a] participação dos gestores municipais no processo da CIR e com a própria constituição da CIR e seu funcionamento até hoje. As CIR ficaram no papel. Ainda é muito incipiente. Não é desinteresse, é que não há um comprometimento dos secretários das Regiões. É como se ainda não dessem o devido valor à questão da Região, à questão da CIR. Isso faz com que a nossa CIR não tenha força para reunir o pessoal do Juruá e levar problemas e soluções para que sejam discutidos juntamente com a equipe do estado. A gente sente a falta dos demais gestores. Às vezes até dos gestores que estão bem próximos de Cruzeiro do Sul. Eles pensam muito individual nos seus municípios e é isso que tem enfraquecido a CIR. Porque a gente sabe que se realmente os gestores se empenhassem, a CIR seria forte para levar decisões para a CIB e tudo. Mas os gestores comparecem mais à CIB do que à CIR da regional. Não se reúnem, não têm assiduidade às reuniões. Reúne um mês e passa três sem reunir. A gente está, acho, com mais de 60 dias que a gente não reúne. A saúde tem muita coisa para se discutir todos os meses, mas eles não reúnem. Às vezes a CIR não pode deliberar nada porque não tem quórum. Ela não é um fórum ativo o tempo todo e também não há esse reforço, essa formatação da importância do que é

esse fórum, do que é essa Comissão. (DSC elaborado com depoimentos G3; G5; G7; G8; G9; G10; G13; G15)

Ideia Central 8: Falta clareza acerca do papel da CIR

DSC - Essa questão da atuação das Comissões Intergestores Regionais foi uma coisa muito interessante, só que os municípios ainda não entenderam que é lá que eles vão discutir todas as questões da saúde da Região. Eles não discutem ainda no nível regional. Não há uma consciência política da importância desses colegiados. Às vezes não tem reunião. Era para ter uma reunião todo mês, porque saúde tem muita coisa para se discutir, mas os municípios não entenderam isso, que existe um fórum regional onde eles aprovam o que interessa para a população daquela Região, porque a Comissão Regional aprovando, a Comissão Bipartite [Comissão Intergestores Bipartite – CIB] que reúne em Rio Branco vai só homologar o que eles decidirem. Então, esse fórum deve ser fortalecido cada vez mais pelos secretários municipais de saúde. Eu acho que eles não estão ainda utilizando esse fórum importantíssimo para a melhoria da saúde da Região de Saúde. (DSC elaborado com depoimentos G13; G14; G15).

Ideia Central 9: Municípios têm dificuldades para participar de reuniões

DSC - Não sei se pelas dificuldades geográficas, mas estão participando só os municípios mais próximos. Os mais distantes têm dificuldade de participar dos nossos encontros. Ultimamente a BR [BR-364, rodovia federal que, no Acre, liga as cidades de Rio Branco e Cruzeiro do Sul] não está fácil para tráfego. Gastamos 5 horas de viagem para Cruzeiro [do Sul]. Antes eram 3 horas e chegamos com o carro quebrado. A gente fica pensando: ‘tem reunião, mas eu vou ou não vou?’ Por conta da dificuldade de chegar. Os nossos municípios são muito pobres. É muito difícil, pois o gasto é por conta do município e é uma viagem um pouco comprida, dificultosa para a gente e cara, economicamente sai caro. A gente tem até boa vontade, mas às vezes não tem transporte disponível para chegar até o local das nossas reuniões. Às vezes a gente também recebe um convite muito em cima da hora. Não dá, a gente tem que marcar passagem, tem de procurar os meios para chegar até Cruzeiro ou até Rio Branco. (DSC elaborado com os depoimentos G2; G4; G10; G12; G15).

DISCUSSÃO

A elaboração do planejamento regional integrado deve ser coordenada pela gestão estadual, envolvendo os três entes federativos e deve se realizar no âmbito da Região de Saúde com base

nas necessidades de saúde expressas nos planos municipais de saúde (BRASIL, 2013, 2015). Na Região de Saúde do presente estudo, este planejamento regional não ocorreu, conforme referido no DSC da IC-1. Ocorre a escuta das demandas dos municípios por parte da gestão estadual, porém a elaboração de projetos e estratégias para uma possível resolução é realizada no nível central da Secretaria de Estado da Saúde, apesar desta possuir sedes regionais nas três Regiões de Saúde. De acordo com normas do Ministério da Saúde, a pactuação, o monitoramento e a avaliação de tal planejamento deveriam ser realizados pela CIR.

O planejamento da saúde deve se dar de forma ascendente do nível local para o nível federal. Esta orientação já vem inscrita desde a Lei nº 8.080/90. Isso posto, sob coordenação primeiramente da gestão estadual, o planejamento e pactuação devem ser realizados na CIR para depois passarem para o nível estadual, na CIB, e finalmente, para o nível federal na Comissão Intergestores Tripartite (CIT).

A Região de Saúde analisada se ressentia de pouca experiência na regionalização da saúde e capacidade técnica, agregando-se a isso o histórico brasileiro de gestão das políticas públicas marcado pelo clientelismo político, pela descontinuidade administrativa e pela interferência político-partidária no funcionamento dos serviços (PAIM; TEIXEIRA, 2007) o que contribuiu para o desenvolvimento das condições descritas na presente narrativa.

As pactuações são pontos fundamentais no planejamento da saúde, a IC-2 expressa a ocorrência de algumas destas no âmbito da CIR. Foi observado-, em documentos de gestão e atas de reuniões dessa Comissão, que se trata da pactuação das diretrizes, objetivos, metas e indicadores, conforme estabelecido na Resolução CIT nº 5 de 19/6/2013 que dispõe acerca das referidas pactuações para 2013-2015. Os municípios realizam as pactuações regionais, mas não avançam para a completa elaboração do planejamento regional integrado.

Ademais, apesar de relatado na referida IC acerca da pactuação de fluxo da assistência à saúde, verificou-se que usuários encaminhados para unidades de referência da Região não vão com consulta previamente agendada, pois o Acre não conta com um sistema eficaz de regulação de vagas com a finalidade de apoiar os processos de referência e contra-referência segundo os diferentes níveis de atenção, buscando assegurar a integralidade do cuidado. Assim, os usuários vão por conta própria buscar o atendimento de que necessitam nas unidades de saúde, sem dispor de transporte sanitário e sem garantia de obter o atendimento. Dessa forma, não se logrou

até a conclusão deste estudo, instituir uma rede regionalizada de atenção à saúde, com recursos e demais condições suficientes para dar suporte à integralidade da atenção. Em consequência, cada município fica incumbido de, individualmente, buscar atingir as metas pactuadas.

De acordo com esse DSC, é frágil a institucionalização do planejamento regional, uma vez que não estão disponíveis os instrumentos formalmente requeridos para esta finalidade. A elaboração, formalização e acompanhamento do planejamento regional integrado são necessários, pois nele estão expressas as responsabilidades dos gestores com a saúde da população do território quanto à integração da organização sistêmica do SUS, evidenciando as pactuações, as ações e serviços para a garantia do acesso e a integralidade da atenção (BRASIL, 2015).

A constatação dessa fragilidade da institucionalidade é reiterada pelo conteúdo da IC-5 que expressa em seu DSC que os instrumentos de gestão, que deveriam orientar esse planejamento regional, não foram elaborados. A leitura de documentos de gestão indicou que o Mapa de Saúde não foi elaborado e que, efetivamente, não há instrumentos que direcionem o planejamento da região. Existem os instrumentos como o Plano Diretor de Regionalização (PDR) e o Plano Diretor de Investimentos (PDI) que foram elaborados em 2003, com a edição da NOAS. Entretanto, encontram-se desatualizados.

Em relação ao Mapa da Saúde o Ministério da Saúde diz que “poderá ser utilizado na identificação das necessidades de saúde e orientará o planejamento integrado dos entes federativos, contribuindo para o estabelecimento de metas de saúde” (BRASIL, 2015, p. 35).

Ademais, a IC-3 expressa em seu DSC a ausência de pactuações relevantes para a Região, reafirmando a falta de uma consciência regional nas questões relacionadas às pactuações e enfatiza o fato de que os municípios trabalham sem uma efetiva articulação regional na atenção à saúde. A exemplo disso, pode-se citar a ausência de pactuação regional para a oferta de exames diagnósticos, problemática que vem persistindo como pauta nas reuniões da CIR sem que haja uma resolução. Tanto os municípios da região, como a gestão estadual não pactuam a oferta desse serviço junto ao município sede. Este dispõe de um Centro Diagnóstico dimensionado para atender a demanda municipal, mas que, tendo em vista o grau de necessidade dessas ações pela população do território da Região, atende essa demanda regional, sendo o município polo onerado sem possibilidade de compensação. Destarte, o município sede

não dispõe dos recursos suficientes para produzir a resposta assistencial requerida e atender toda a demanda gerada no âmbito da Região.

O relato da IC-3 corrobora a afirmação de Lima et al. (2012) de que no Brasil os resultados da descentralização são dependentes de condições prévias locais com sistema de saúde caracterizado por distintas capacidades financeiras e organizacionais para a prestação do cuidado e diferentes disposições políticas de governantes, dificultando a conformação de arranjos cooperativos que garantam o acesso integral à saúde.

Nessa perspectiva, há que se considerar a intrínseca natureza conflitiva do federalismo, caso no qual se enquadra o Brasil, mas as federações devem buscar a instauração de mecanismos de parcerias que sejam aprovados pelos entes uma vez que o *modus operandi* cooperativo é primordial para o compartilhamento de recursos, evitando o comportamento financeiro predatório no qual um ente repassa custos a outro. Além de que, a solidariedade entre as partes, ponto fundamental para o equilíbrio federativo, é prejudicada pelo excesso de concorrência advindo de competições desmedidas (ABRUCIO, 2005).

Outro aspecto relevante na Região relaciona-se ao Hospital Regional, localizado no município sede. Este, de gestão estadual, está sob administração de uma Organização Social que não se reconhece como unidade integrante e importante na organização da rede regionalizada de atenção à saúde, acarretando dificuldades à efetivação da integralidade da atenção. Uma das muitas dimensões que o conceito de integralidade comporta diz respeito à articulação entre os serviços disponíveis em determinado território com o propósito de assegurar à população acesso às ações de que necessite nos diferentes níveis de atenção (PINHEIRO; MATTOS, 2006).

Dito isso, observa-se que tal Organização Social gerencia o Hospital Regional como uma unidade separada da lógica de organização do SUS em que as ações e serviços de saúde devem integrar uma rede regionalizada e hierarquizada que constituem o sistema único. Esta forma de gerenciamento torna-se um obstáculo adicional e de importância estratégica à regionalização, dificultando a implementação da rede regionalização de atenção à saúde.

Ainda em relação as pactuações, a IC-4 mostra que algumas delas realizadas na CIB e CIR não são cumpridas, indicando relevante quebra de acordos entre os entes federativos da Região. Dessa forma, os gestores estão indo de encontro a um dos pressupostos do planejamento em

saúde estabelecido na Portaria nº 2.135 de 2013 que afirma a necessidade de haver “respeito aos resultados das pactuações entre os gestores” nas CIR, CIB e CIT (BRASIL, 2013).

Para Arretche (2003) são os incentivos e controles, a que estão submetidos os governos, que ditam a qualidade das suas ações e ainda que tais incentivos e controles originam-se do desenho institucional das políticas. Além disso, a gestão local não dispõe de qualquer garantia intrínseca que promova responsabilidade e eficiência.

Os participantes da pesquisa queixam-se da falta de punições quanto a quebra dos acordos. Apesar de haver algumas punições previstas na Lei Complementar nº 141/2012, como suspensão de receitas tributárias dos fundos de participação dos estados e municípios, com suspensão de transferências voluntárias da União, a aplicação destas às responsabilidades compartilhadas nas Regiões de Saúde ainda precisam ser melhor esclarecidas (BRETAS JUNIOR; SHIMIZU, 2015).

Com o objetivo de diminuir tais quebras de acordos, um dos aspectos do Decreto nº 7.508 foi o estabelecimento do COAP que tem como uma de suas principais finalidades, a promoção de maior institucionalidade nas relações interfederativas (SILVA, 2013), proporcionando garantias jurídicas no cumprimento dos acordos firmados por meio da responsabilização de “forma clara e objetiva das três esferas de governo pelo planejamento, gestão e investimentos nas regiões de saúde” (ALBUQUERQUE; VIANA, 2015, p.36). Esse tipo de instrumento poderia suprir algumas necessidades institucionais, como aquela enunciada por Paim e Teixeira (2007) de assegurar certa proteção em relação as interferências da vida político-partidária por meio da construção de formatos institucionais que possibilitem a efetividade da gestão.

Por outro lado, na Região estudada, os gestores entendem que a assinatura do COAP está distante, pois dizem não haver estrutura para assumir um compromisso dessa magnitude, como expresso no DSC da IC-6.

Os municípios que compõem a Região são de pequeno porte demográfico. Cruzeiro do Sul é o maior, com estimativa populacional para 2016 de 82.075 habitantes (IBGE, 2017). Os demais possuem entre 11.000 e 39.000 habitantes. Municípios desse porte são, em geral, dependentes de repasses federais para manter as políticas públicas, conforme Arretche (2003), para quem “a

concentração das funções de financiamento no governo federal significa que as políticas dos governos locais são fortemente dependentes das transferências deste ministério” (p.336).

As normativas acerca da regionalização e do planejamento da saúde não asseguram repasses adicionais para o cumprimento e prestação da atenção à saúde, nesses moldes, a autonomia política de estados e municípios, garantia institucional do federalismo, dá-lhes a prerrogativa constitucional de não aderir a políticas e programas federais (ARRETCHE, 2003), resguardando-os da obrigatoriedade da contratualização do COAP. Nesse sentido, a ausência do planejamento regional integrado contribui para o distanciamento da assinatura do COAP visto que este consiste no produto de tal planejamento. A não formalização desse documento figura no cenário da maioria dos estados em que apenas dois, Ceará e Mato Grosso, possuem esse documento assinado.

Para um cenário favorável a negociações intergovernamentais, dentre outros aspectos, há necessidade de espaços com essa finalidade, razão porque as Comissões Intergestores foram instituídas no âmbito do SUS. A CIR, conforme mencionado, consiste na primeira instância de pactuação e formalização do planejamento regional integrado. Esta, de acordo com a IC-7, encontra-se enfraquecida na Região em estudo, pois alguns gestores não têm o comprometimento necessário, acarretando irregularidade de reuniões e falta de quórum que prejudicam as deliberações.

A CIR do Juruá, Tarauacá/Envira foi instituída pela Resolução CIB nº 36 de 11/4/2012, conta com regulamento interno o que lhe confere certa institucionalidade. As reuniões ocorrem no prédio da sede da Secretaria Regional de Saúde e não há um secretário exclusivo para lidar com suas demandas administrativas, sendo esta função desempenhada pela secretaria administrativa da Secretaria Municipal de Saúde do município sede. Houve a escolha de técnicos para a composição da Câmara Técnica, porém esta não tem funcionado.

Admite-se que a irregularidade das reuniões da CIR e a pouca assiduidade de gestores decorram da falta de clareza acerca do papel dessa Comissão, fato relatado no DSC da IC-8. Os gestores ainda não internalizaram a consciência de Região, e não veem a CIR como um espaço importante para discussão das demandas existentes na Região. Em consequência, verificou-se *in loco* o cancelamento de reunião da CIR por falta de pautas que não foram demandas quando

solicitadas pela coordenação, fato que também pode ser gerado pela falta do planejamento regional integrado.

Uma missão enunciada por um planejamento regional com um plano de ação definido e pactuado poderiam contribuir para a composição de pautas da CIR baseadas nesses instrumentos, ordenando a agenda de pactuações nessa Comissão com direcionalidade voltada para tal missão e não para problemas rotineiros, emergências e imprevistos (BRETAS JUNIOR; SHIMIZU, 2015) ou mesmo a ausência de pautas como observado na Região.

Soma-se a esse contexto o relato contido na IC- 9 acerca dos problemas encontrados pelos gestores municipais com dificuldades de acesso geográfico, derivados da precária infraestrutura de rodovias na região, agravados pela escassez de recursos financeiros para custear passagens para o município sede, onde ocorrem as reuniões. Tais dificuldades corroboram, também na Região de Saúde do Juruá, Tarauacá/Envira, a afirmação de Lima et al. (2012, p.2890) para quem “as longas distâncias que separam as sedes municipais e a precariedade das redes de transporte e comunicação dificultam a assiduidade dos gestores nos fóruns de pactuação”.

O SUS tem incrementado um conjunto de ações de interesse para sua institucionalidade, com vistas a sua consolidação em todo o País, em conformidade com a missão que lhe atribuiu a Constituição Federal de 1988. Entretanto o desenho institucional federativo brasileiro, associado às suas características regionais, tornam complexa a implementação de seus instrumentos de gestão, requerendo apoio técnico e financeiro adequado às características de cada território. Este estudo contribui para a compreensão da realidade vivida por entes federativos da Região Amazônica.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A institucionalidade do planejamento regional integrado encontra-se fragilizada nesta Região de Saúde do extremo ocidental da Amazônia brasileira, uma vez que não foram observados elementos empíricos ou narrativos que indiquem o contrário. Constata-se que os gestores produzem esforços com a finalidade de construir pactuações a partir das suas realidades loco-regionais e até mesmo chegam a formalizá-las em documentos, conforme previsto nas normas que tratam do assunto no âmbito do SUS. Contudo, há indícios de que tais pactuações prestam-se sobretudo ao atendimento de requisitos formais, relacionados com transferências de recursos

para manutenção do SUS no território, antes de se constituírem em instrumentos vivos, potentes e dotados de significados para consolidar e aprofundar a integração de ações e serviços de saúde na Região. São, portanto, percebidos pelos próprios gestores como praticamente irrelevantes nesse sentido. Em conclusão, a CIR não é reconhecida como instância específica relevante, o que contribui para acarretar seu esvaziamento, destituindo-a de potência transformadora das condições de saúde do território, com base em adequado planejamento regional de saúde.

REFERÊNCIAS

ABRUCIO, F. L. A coordenação federativa no Brasil: a experiência do período FHC e os desafios do governo Lula. *Revista de Sociologia e Política*, v. 24, n. Jun, p. 41–67, 2005.

ALBUQUERQUE, M. V. de; VIANA, A. L. d'Á. Perspectivas de região e redes na política de saúde brasileira. *Saúde em Debate*, v. 39, n. spe, p. 28–38, 2015.

ARRETCHE, M. Financiamento federal e gestão local de políticas sociais: o difícil equilíbrio entre regulação, responsabilidade e autonomia. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 8, n. 2, p. 331–345, 2003.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. *A Gestão do SUS*. Brasília: CONASS, 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Portaria nº 2.135 de 25 de setembro de 2013*. Brasil, 2013.

BRASIL, M. DA S.; CRUZ, F. O. *Manual de Planejamento no SUS*. Brasília: Ministério da Saúde, 2016.

BRETAS JUNIOR, N.; SHIMIZU, H. E. Planejamento regional compartilhado em Minas Gerais: avanços e desafios. *Saúde em Debate*, v. 39, n. 107, p. 962–971, 2015.

BRETAS JÚNIOR, N.; SILVA, S. F.; MAGALHÃES JÚNIOR, H. M. Planejamento regional integrado no SUS. In: SILVA, S. F. da (Org.). *Redes de atenção à saúde: desafios da regionalização no SUS*. Campinas: Saberes Editora, 2013.

IBGE. *Estimativas da população*. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/estimativa2016/default.shtm>>. Acesso em: 3 jan. 2017.

LEFÈVRE, F.; LEFÈVRE, A. M. C. *Discurso do sujeito coletivo: um novo enfoque em*

pesquisa qualitativa (desdobramentos). 2. ed. Caixias do Sul: Educs, 2005.

LIMA, L. D. et al. Regionalização e acesso à saúde nos estados brasileiros: condicionantes históricos e político-institucionais. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 17, n. 11, p. 2881–2892, 2012.

PAIM, J. S.; TEIXEIRA, C. F. Configuração institucional e gestão do Sistema Único de Saúde: problemas e desafios. *Ciência e Saúde Coletiva*, v. 12, n. (sup), p. 1819–1830, 2007.

PINHEIRO, R.; MATTOS, R. *Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde*. Rio de Janeiro: UERJ, 2006.

SANTOS, A. M.; GIOVANELLA, L. Governança regional: estratégias e disputas para gestão em saúde. *Revista de Saúde Pública*, v. 48, n. 4, p. 622–631, 2014.

SILVA, E. C.; GOMES, M. H. de A. Regionalização da saúde na região do Grande ABC: Os interesses em disputa. *Saúde e Sociedade*, v. 23, n. 4, p. 1383–1396, 2014.

SILVA, S. F. Redes de atenção à saúde no SUS: proposta de operacionalização. In: SILVA, S. F. (Org). *Redes de atenção à saúde*. Campinas: Saberes Editora, 2013. p. 201–249.

THELEN, K.; STEINMO, S. Historic institutionalism in comparative politics. In: STEINMO, S.; THELEN, K.; LONGSTRETH, F. (Orgs.). *Structuring Politics: Historical Institutionalism in Comparative Analysis*. Cambridge: Cambridge University Press, 1992. p. 1–32.

VIANA, AL.; LIMA, L. de; FERREIRA, M. Condicionantes estruturais da regionalização na saúde: tipologia dos Colegiados de Gestão Regional. *Ciência e Saúde Coletiva*, v. 15, n. 5, p. 2317–2326, 2010.

PARTE III

CONSIDERAÇÕES FINAIS

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Em relação ao processo de regionalização da Região do Juruá, Tarauacá/Envira, constatou-se que se encontra em fase incipiente com instrumentos de gestão desatualizados ou mesmo inexistentes, atribuindo fragilidade à institucionalidade desse processo. As decisões estão centradas no nível central da Secretaria de Estado da Saúde, acarretando a falta de autonomia e empoderamento da Região.

No que se refere as relações interfederativas, estas ora foram consideradas boas, ora conflituosas com interferências político-partidárias que beneficiariam gestores de base aliada ao governo estadual. Os resultados obtidos a partir da análise dos dados de alocações financeiras não corroboram a afirmação de tal beneficiamento, admitindo-se que a dimensão do financiamento não pode ser tomada de modo absoluto para avaliar o padrão de relações interfederativas, entretanto se trata de uma dimensão muito sensível a eventuais distorções nesse relacionamento.

O planejamento em saúde, aspecto fundamental para a organização do sistema de saúde, tem o planejamento regional integrado como um de seus elementos. Este encontra-se ausente na Região estudada. Tal ausência pode contribuir para a falta de instrumentos de gestão regional, bem como para a não assinatura do Contrato Organizativo de Ação Pública da Saúde que consiste em um produto desse planejamento.

Ademais, a Comissão Intergestores Regional, instância de elaboração, acompanhamento e avaliação do planejamento regional integrado, não possui regularidade de reuniões, além de que os gestores não têm clareza acerca de seu papel como importante espaço de negociações, somadas a isso as dificuldades geográficas e financeiras enfrentadas pelos gestores para participar das reuniões.

Esses achados, sintetizados nos estudos que compõem esta tese, cotejados com a literatura, sinalizam a necessidade de um olhar cuidadoso para a realidade vivida em cada território no que se refere a elaboração e desenvolvimento de mecanismos para implementação da regionalização.

6 REFERÊNCIAS

Acre. Secretaria de Estado da Saúde. Resolução CIB nº 31 de 26 de março de 2012. Rio Branco; 2012.

Acre. Secretaria de Estado da Saúde. Resolução CIB nº 38 de 31 de julho de 2009. Rio Branco; 2009.

Andrade, M. Introdução à metodologia do trabalho científico. 10. ed. São Paulo: Atlas; 2010. Brasil. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Brasília; 2012.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011. Regulamentação da Lei nº 8.080/90. Brasília; 2011.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Contrato organizativo da ação pública da saúde, 2011 [internet]. [acesso em 10 jan 2014]. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/contrato_organizativo_acao_publica_saude.pdf

Cuenca, A. et al. Guia de apresentação de teses. 2. ed. São Paulo: A Biblioteca; 2015.

Dourado, D de A, Elias, P. Regionalização e dinâmica política do federalismo sanitário brasileiro. Rev Saúde Pública, v. 45, n. 1, p. 204–211, 2011.

Hall, PA, Taylor, RCR. As três versões do neo-institucionalismo. Lua Nova: Revista de Cultura e Política, v. 58, n. 58, p. 193–223, 2003.

Kehrig, R et al. Aproximações à institucionalidade, governança e gestão na regionalização da saúde. In: Scatena, J et al. (Orgs.). . Regiões de saúde: diversidade e processo de regionalização em Mato Grosso. São Paulo; 2014.

Landim, FLP, et al. Uma reflexão sobre as abordagens em pesquisa com ênfase na integração qualitativo-quantitativo. Revista Brasileira em Promoção da Saúde, v. 19, n. 1, p. 53–58, 2006.

Lefèvre, F, Lefèvre, AMC. Discurso do sujeito coletivo: um novo enfoque em pesquisa qualitativa (desdobramentos). 2. ed. Caixias do Sul: Educs; 2005.

Lima, LD et al. Regionalização e acesso à saúde nos estados brasileiros: condicionantes históricos e político-institucionais. Ciência & Saúde Coletiva, v. 17, n. 11, p. 2881–2892,

2012.

March, JG, Olsen, JP. Neo-institucionalismo: fatores organizacionais na vida política. *Revista de Sociologia e Política*, v. 16, n. 31, p. 121–142, 2008.

Minayo, MC de S. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. 12. ed. São Paulo: Hucitec, 2010.

Paim, J et al. O sistema de saúde brasileiro: história, avanços e desafios. *Lancet*, p. 11–31, 21 maio 2011.

Pestana, M, Mendes, E. *Pacto de gestão: da municipalização autárquica à regionalização cooperativa*. Belo Horizonte: Minas Gerais, Secretaria de Estado de Saúde; 2004.

Scott, WR. *Institutions and organizations*. Thousand Oaks: Sage, 2001.

Severino, A. *Metodologia do trabalho científico*. 23. ed. São Paulo: Cortez, 2007.

Silva, EC da; Gomes, MH de A. Impasses no processo de regionalização do SUS: tramas locais. *Saúde e Sociedade*, v. 22, n. 4, p. 1106–1116, 2013.

Silva, SF da. Organização de redes regionalizadas e integradas de atenção à saúde: desafios do Sistema Único de Saúde (Brasil). *Ciência e Saúde Coletiva*, v. 16, n. 6, p. 2753–2762, 2011.

Thelen, K, Steinmo, S. Historic institutionalism in comparative politics. In: Steinmo, S, Thelen, K, Longstreth, F. (Orgs.). *Structuring Politics: Historical Institutionalism in Comparative Analysis*. Cambridge: Cambridge University Press, 1992. p. 1–32.

Viana, ALd'Á, Lima, LD de. *Regionalização e relações federativas na política de saúde do Brasil*. Rio de Janeiro: Contra Capa, 2011.

APÊNDICES

APÊNDICE 1: TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Universidade de São Paulo
Faculdade de Saúde Pública
Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública
Orientador: Prof. Dr. Paulo Capel Narvai

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Título do Projeto: Regionalização do Sistema Único de Saúde na Região do Vale do Juruá, Acre, no início do século XXI.

Pesquisadora Responsável: Alexsandra Pinheiro Cavalcante Costa

Prezado (a) Senhor (a):

Meu nome é Alexsandra Pinheiro Cavalcante Costa, doutorando do Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo (USP). Estou realizando uma pesquisa, sob supervisão do Professor Dr. Paulo Capel Narvai, com o objetivo de analisar o processo de regionalização e de constituição de redes regionais de atenção à saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde na Região do Vale do Juruá, Acre, nas primeiras décadas do século XXI.

A metodologia da pesquisa prevê entrevistas sobre esse assunto, com usuários do serviço de saúde, gestores e profissionais de saúde. Você foi selecionado para ser um dos entrevistados, para isto, convido-o (a) a participar, falando do que você conhece sobre o assunto. A entrevista será gravada com aparelho de gravação de áudio. Esclareço que seu nome não será divulgado de nenhuma forma, que as perguntas não se referem a aspectos morais sobre a sua intimidade, que suas respostas são confidenciais e serão utilizadas exclusivamente nesta pesquisa, não tendo qualquer outra finalidade.

Sua participação não é obrigatória de nenhuma forma, sendo inteiramente voluntária e pode desistir a qualquer momento. Participar ou não da pesquisa não irá prejudicá-lo (a) de nenhum modo. Os benefícios dessa pesquisa são exclusivamente indiretos e estão relacionados à contribuição desse estudo para o entendimento do processo de regionalização e de constituição de redes regionais de atenção à saúde na Região do Vale do Juruá, Acre. O risco nesta pesquisa é mínimo, podendo causar algum tipo de desconforto ao participante, mediante reflexão do que se propôs a pensar. Este Termo de Consentimento Livre e Esclarecido possui duas vias, ficando uma com o pesquisador responsável e outra com o participante da pesquisa. Se, após sua participação, em algum momento quiser saber sobre o andamento da pesquisa ou esclarecer alguma dúvida, pode me telefonar, ligando para (68) 8115 6146/ 9965 7332. Procurar esclarecimentos com o Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, no telefone (11) 3061-7779 ou Av. Dr. Arnaldo, 715 – Cerqueira César, São Paulo - SP.

Alexsandra Pinheiro Cavalcante Costa
Pesquisadora

Universidade de São Paulo
Faculdade de Saúde Pública
Programa de Pós-Graduação: Serviços de Saúde Pública
Orientador: Prof. Dr. Paulo Capel Narvai

Após ler e receber explicações sobre a pesquisa, e ter meus direitos de:

1. Receber resposta a qualquer pergunta e esclarecimento sobre os procedimentos, riscos, benefícios e outros relacionados à pesquisa;
2. Retirar o consentimento a qualquer momento e deixar de participar do estudo;
3. Não ser identificado e ser mantido o caráter confidencial das informações relacionadas à privacidade.
4. Procurar esclarecimentos com o Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, no telefone 11 3061-7779 ou Av. Dr. Arnaldo, 715 – Cerqueira César, São Paulo - SP, em caso de dúvidas ou notificação de acontecimentos não previstos.

Declaro estar ciente do exposto e desejar participar do projeto.

_____, ____ de _____ de 20____.

Nome do participante: _____

Assinatura: _____

Eu, *Alexsandra Pinheiro Cavalcante Costa*, declaro que forneci todas as informações referentes ao projeto ao participante.

_____ Data: ____/____/____

Telefone : (68) 8115 6146/ 9965 7332

APÊNDICE 2: ROTEIRO DE ENTREVISTA

Universidade de São Paulo.
Faculdade de Saúde Pública.
Programa de Pós-Graduação: Serviços de Saúde Pública.
Orientador: Prof. Dr. Paulo Capel Narvai

ROTEIRO DE ENTREVISTA

Rapport

- Agradecer pela disponibilidade em conceder a entrevista;
- Enfatizar sobre o sigilo quanto à identidade individual;
- Esclarecer que não se trata de avaliar o grau de conhecimentos que possui sobre o assunto;
- Obter o consentimento e solicitar a assinatura do TCLE;
- “Bom, Fulano(a), podemos começar?...”

[Os temas que seguem, quase todos apresentados ao entrevistado (a) como questões, estão formulados para serem enunciados de modo **flexível** e constituem apenas um roteiro **indicativo** para o desenvolvimento da entrevista. Após o primeiro item, as questões estão assinaladas entre aspas para indicar flexibilidade, uma vez que o modo de enunciá-las pode ser alterado de uma entrevista para outra em função da própria dinâmica de cada entrevista, prevendo-se a possibilidade de que o conteúdo da resposta a uma determinada questão possa estar contemplado em resposta a outra questão. Assim, não se trata de questionário com questões abertas, mas de roteiro para entrevista. Por esta razão é indispensável que o entrevistador esteja em sintonia com o entrevistado durante todo o transcorrer da entrevista, pois terá de decidir sobre a necessidade de manter ou não uma determinada questão, e sobre as alterações de enunciado, em cada caso].

1. Como você leu no Termo de Consentimento, o objetivo da pesquisa é analisar o processo de regionalização da saúde aqui na Região do Vale do Juruá... Bom, eu solicitei esta entrevista contigo para ouvi-lo (a) sobre isto, saber tua opinião sobre a regionalização aqui, como ela

começou, que profissionais e instituições vêm participando, quem são as principais lideranças e dirigentes. Se quiser, aproveite e fale também sobre como tem sido sua participação nesse processo...

2. “E os recursos para avançar com a regionalização? Refiro-me aos recursos humanos, financeiros, recursos físicos, equipamentos, tecnologias... Enfim, os instrumentos disponíveis na região para a construção de um sistema de saúde que atenda às necessidades da população. Você pode falar sobre isto?”

3. “E a participação dos governos? Federal, estadual municipais... Como tem sido a participação deles na regionalização? Como você vê as relações entre eles? O que essas relações significam para a gestão, para a gerência dos serviços?”

4. “Com relação à rede regional de atenção à saúde da mulher, como você vê essa rede, a sua constituição, os recursos de que dispõe, o funcionamento dela?”

5. “Todos sabemos que o acesso às ações e serviços de saúde é estratégico para o bom funcionamento das ações preventivas e para a assistência integral, garantindo que a pessoa receba todos os cuidados de que necessita. Como você vê isso aqui na região do Vale do Juruá, em relação à saúde de modo geral e, particularmente, em relação à saúde da mulher?”

6. “Você gostaria de comentar sobre algum fato ou acontecimento que considera relevante para a regionalização aqui no Vale do Juruá e sobre o qual ainda não conversamos?”

ANEXOS

ANEXO 1: PARECER DO CEP/FSP/USP, DE 24 DE NOVEMBRO DE 2014

FACULDADE DE SAÚDE
PÚBLICA DA UNIVERSIDADE
DE SÃO PAULO

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Regionalização do Sistema Único de Saúde na Região do Vale do Juruá, Acre, no início do século XXI

Pesquisador: Alessandra Pinheiro Cavalcante Costa

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 34709514.4.0000.5421

Instituição Proponente: Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo - FSP/USP

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 881.929

Data da Relatoria: 11/12/2014

Apresentação do Projeto:

O mesmo

Objetivo da Pesquisa:

Mantidos

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Adequados

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Atendeu às pendências apontadas no parecer

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Adequados na nova versão

Recomendações:

Pela aprovação

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Projeto adequado em termos éticos

Situação do Parecer:

Aprovado

Endereço: Av. Doutor Arnaldo, 715

Bairro: Cerqueira Cesar

CEP: 01.246-904

UF: SP

Município: SÃO PAULO

Telefone: (11)3061-7779

Fax: (11)3061-7779

E-mail: coep@fsp.usp.br

FACULDADE DE SAÚDE
PÚBLICA DA UNIVERSIDADE
DE SÃO PAULO

Continuação do Parecer: 881.029

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

Acatado parecer do relator pela aprovação.

SAO PAULO, 24 de Novembro de 2014

Assinado por:

Sandra Roberta Gouvea Ferreira Vivolo
(Coordenador)

Endereço: Av. Doutor Arnaldo, 715
Bairro: Cerqueira Cesar CEP: 01.246-904
UF: SP Município: SAO PAULO
Telefone: (11)3061-7779 Fax: (11)3061-7779 E-mail: coep@fsp.usp.br

ANEXO 2: PÁGINA INICIAL DO CURRÍCULO LATTES DA AUTORA

Alessandra Pinheiro Cavalcante Costa

Endereço para acessar este CV: <http://lattes.cnpq.br/6276918353584007>

Última atualização do currículo em 11/01/2017

Professora Assistente do curso de Bacharelado em Enfermagem da Universidade Federal do Acre, Campus Floresta. Cursando doutorado em Ciências pela Faculdade de Saúde Pública/Universidade de São Paulo. Possui mestrado em Ensino em Ciências da Saúde, modalidade profissional, pela Universidade Federal de São Paulo. Especialista em Enfermagem do Trabalho pela Universidade Estadual do Ceará. Graduada em Enfermagem pela Universidade Federal do Ceará. Atua nas áreas de Saúde Coletiva, Enfermagem do trabalho, Enfermagem em Saúde Mental. (Texto informado pelo autor)

Identificação

Nome

Alessandra Pinheiro Cavalcante Costa

Nome em citações bibliográficas

COSTA, Alessandra Pinheiro Cavalcante

Endereço

Endereço Profissional

Universidade Federal do Acre, Campus Floresta em Cruzeiro do Sul.
Estrada Canela Fina, km 12
69980-000 - Cruzeiro do Sul, AC - Brasil
Telefone: (68) 33112507

Formação acadêmica/titulação

2013

Doutorado em andamento em Doutorado em Ciências.
Universidade de São Paulo, USP, Brasil.
Orientador: 🇧🇷 Paulo Capel Naveil.
Coorientador: Estanislau Paulo Klein.

2011 - 2013

Mestrado profissional em Ensino em Ciências da Saúde.
Universidade Federal de São Paulo, UNIFESP, Brasil.
Título: Ensino da Saúde Mental nos Cursos de Graduação em Enfermagem do Estado do Acre, Ano de Obtenção: 2013.
Orientador: Maria Cecília Sontogno.

ANEXO 3: PÁGINA INICIAL DO CURRÍCULO LATTES DO ORIENTADOR

Paulo Capel Narvai

Endereço para acessar este CV: <http://lattes.cnpq.br/8531108700147699>

Última atualização do currículo em 28/10/2016

Paulo Capel Narvai concluiu o doutorado em Saúde Pública pela Universidade de São Paulo (USP) em 1997. É graduado em Odontologia pela Universidade Federal do Paraná (1978) e Especialista (1981) e Mestre (1993) em Saúde Pública pela USP. Atualmente é Professor Titular da USP, instituição da qual é Livre-Docente desde 2001, Vice-Presidente da Comissão de Cultura e Extensão Universitária (CCEX) e Coordenador do Curso de Especialização em Saúde Pública (CESP) da FSP/USP. Publicou 4 livros, 32 capítulos de livros e 104 artigos científicos em periódicos especializados. Apresentou 146 trabalhos em eventos, incluindo resumos, conferências, simpósios, palestras e outras formas de comunicação técnico-científica. Ministrou cursos, integrou comissões organizadoras de eventos e participou de eventos técnico-científicos, no Brasil e no exterior. É Professor Convidado de várias universidades brasileiras e das universidades de Sevilla (Espanha), de la Republica (Uruguai), de Antioquia (Colômbia) e Cayetano Heredia (Peru). Integrou 149 bancas julgadoras de mérito acadêmico (defesas de mestrado, doutorado, e concursos públicos). Orientou 22 dissertações de mestrado e 11 teses de doutorado na área de Saúde Coletiva. Colabora com 15 revistas científicas, sendo Editor Associado ad hoc da Revista Brasileira de Epidemiologia, membro do conselho editorial de 3 e revisor de 11 periódicos. Atua na área de Saúde Pública, com ênfase em Saúde Coletiva e Saúde Bucal Coletiva. Em suas atividades profissionais interagiu com 484 autores em co-autorias de trabalhos acadêmicos e técnico-científicos cujas temáticas se referem à Saúde Pública, Saúde Coletiva, Política e Gestão em Saúde, Saúde Bucal Coletiva, Fluoretação da Água e Vigilância da Saúde Bucal. É consultor ad hoc da CAPES, da Fapesp e Coordenador Geral do CECOL/USP - Centro Colaborador do Ministério da Saúde em Vigilância da Saúde Bucal (www.cecol.fsp.usp.br). (Texto informado pelo autor)

Identificação

Nome

Paulo Capel Narvai

Nome em citações bibliográficas

NARVAI, P. C.; Narvai, Paulo Capel; Paulo Capel Narvai

Endereço

Endereço Profissional

Universidade de São Paulo, Faculdade de Saúde Pública, Departamento de Prática de Saúde Pública,
Av. Dr. Arnaldo, 715 - Sala 23
Pinheiros
01246904 - São Paulo, SP - Brasil
Telefone: (11) 30617782
Fax: (11) 30833501
URL da Homepage: www.usp.br/fsp

Formação acadêmica/titulação

ANEXO 4: INSTRUÇÕES PARA OS AUTORES- REVISTA CIÊNCIA E SAÚDE COLETIVA

Instruções para colaboradores

Ciência & Saúde Coletiva publica debates, análises e resultados de investigações sobre um tema específico considerado relevante para a saúde coletiva; e artigos de discussão e análise do estado da arte da área e das subáreas, mesmo que não versem sobre o assunto do tema central. A revista, de periodicidade mensal, tem como propósitos enfrentar os desafios, buscar a consolidação e promover uma permanente atualização das tendências de pensamento e das práticas na saúde coletiva, em diálogo com a agenda contemporânea da Ciência & Tecnologia

Orientações para organização de números temáticos

A marca da Revista Ciência & Saúde Coletiva dentro da diversidade de Periódicos da área é o seu foco temático, segundo o propósito da ABRASCO de promover, aprofundar e socializar discussões acadêmicas e debates interpares sobre assuntos considerados importantes e relevantes, acompanhando o desenvolvimento histórico da saúde pública do país.

Os números temáticos entram na pauta em quatro modalidades de demanda:

- Por Termo de Referência enviado por professores/pesquisadores da área de saúde coletiva (espontaneamente ou sugerido pelos editores-chefes) quando consideram relevante o aprofundamento de determinado assunto.
- Por Termo de Referência enviado por coordenadores de pesquisa inédita e abrangente, relevante para a área, sobre resultados apresentados em forma de artigos, dentro dos moldes já descritos. Nessas duas primeiras modalidades, o Termo de Referência é avaliado em seu mérito científico e relevância pelos Editores Associados da Revista.
- Por Chamada Pública anunciada na página da Revista, e sob a coordenação de Editores Convidados. Nesse caso, os Editores Convidados acumulam a tarefa de selecionar os artigos conforme o escopo, para serem julgados em seu mérito por pareceristas.
- Por Organização Interna dos próprios Editores-chefes, reunindo sob um título pertinente, artigos de livre demanda, dentro dos critérios já descritos.

O Termo de Referência deve conter: (1) título (ainda que provisório) da proposta do número temático; (2) nome (ou os nomes) do Editor Convidado; (3) justificativa resumida em um ou dois parágrafos sobre a proposta do ponto de vista dos objetivos, contexto, significado e relevância para a Saúde Coletiva; (4) listagem dos dez artigos propostos já com nomes dos autores convidados; (5) proposta de texto de opinião ou de entrevista com alguém que tenha relevância na discussão do assunto; (6) proposta de uma ou duas resenhas de livros que tratem do tema.

Por decisão editorial o máximo de artigos assinados por um mesmo autor num número temático não deve ultrapassar três, seja como primeiro autor ou não.

Sugere-se enfaticamente aos organizadores que apresentem contribuições de autores de variadas instituições nacionais e de colaboradores estrangeiros. Como para qualquer outra modalidade de apresentação, nesses números se aceita colaboração em espanhol, inglês e francês.

Recomendações para a submissão de artigos

Recomenda-se que os artigos submetidos não tratem apenas de questões de interesse local, ou se situe apenas no plano descritivo. As discussões devem apresentar uma análise ampliada que situe a especificidade dos achados de pesquisa ou revisão no cenário da literatura nacional e internacional acerca do assunto, deixando claro o caráter inédito da contribuição que o artigo traz.

A revista *C&SC* adota as “Normas para apresentação de artigos propostos para publicação em revistas médicas”, da Comissão Internacional de Editores de Revistas Médicas, cuja versão para o português encontra-se publicada na *Rev Port Clin Geral* 1997; 14:159-174. O documento está disponível em vários sítios na World Wide Web, como por exemplo, www.icmje.org ou www.apmcg.pt/document/71479/450062.pdf. Recomenda-se aos autores a sua leitura atenta.

Seções da publicação

Editorial: de responsabilidade dos editores chefes ou dos editores convidados, deve ter no máximo 4.000 caracteres com espaço.

Artigos Temáticos: devem trazer resultados de pesquisas de natureza empírica, experimental, conceitual e de revisões sobre o assunto em pauta. Os textos de pesquisa não deverão ultrapassar os 40.000 caracteres.

Artigos de Temas Livres: devem ser de interesse para a saúde coletiva por livre apresentação dos autores através da página da revista. Devem ter as mesmas características dos artigos temáticos: máximo de 40.000 caracteres com espaço, resultarem de pesquisa e apresentarem análises e avaliações de tendências teórico-metodológicas e conceituais da área.

Artigos de Revisão: Devem ser textos baseados exclusivamente em fontes secundárias, submetidas a métodos de análises já teoricamente consagrados, temáticos ou de livre demanda, podendo alcançar até o máximo de 45.000 caracteres com espaço.

Opinião: texto que expresse posição qualificada de um ou vários autores ou entrevistas realizadas com especialistas no assunto em debate na revista; deve ter, no máximo, 20.000 caracteres com espaço.

Resenhas: análise crítica de livros relacionados ao campo temático da saúde coletiva, publicados nos últimos dois anos, cujo texto não deve ultrapassar 10.000 caracteres com espaço. Os autores da resenha devem incluir no início do texto a referência completa do livro. As referências citadas ao longo do texto devem seguir as mesmas regras dos artigos. No momento da submissão da resenha os autores devem inserir em anexo no sistema uma reprodução, em alta definição da capa do livro em formato jpeg.

Cartas: com apreciações e sugestões a respeito do que é publicado em números anteriores da revista (máximo de 4.000 caracteres com espaço).

Observação: O limite máximo de caracteres leva em conta os espaços e inclui texto e bibliografia. O resumo/abstract e as ilustrações (figuras e quadros) são considerados à parte.

Apresentação de manuscritos

1. Os originais podem ser escritos em português, espanhol, francês e inglês. Os textos em português e espanhol devem ter título, resumo e palavras-chave na língua original e em inglês. Os textos em francês e inglês devem ter título, resumo e palavras-chave na língua original e em português. Não serão aceitas notas de pé-de-página ou no final dos artigos.

2. Os textos têm de ser digitados em espaço duplo, na fonte Times New Roman, no corpo 12, margens de 2,5 cm, formato Word e encaminhados apenas pelo endereço eletrônico (<http://mc04.manuscriptcentral.com/csc-scielo>) segundo as orientações do site.

3. Os artigos publicados serão de propriedade da revista *C&SC*, ficando proibida a reprodução total ou parcial em qualquer meio de divulgação, impressa ou eletrônica, sem a prévia autorização dos editores-chefes da Revista. A publicação secundária deve indicar a fonte da publicação original.
4. Os artigos submetidos à *C&SC* não podem ser propostos simultaneamente para outros periódicos.
5. As questões éticas referentes às publicações de pesquisa com seres humanos são de inteira responsabilidade dos autores e devem estar em conformidade com os princípios contidos na Declaração de Helsinque da Associação Médica Mundial (1964, reformulada em 1975, 1983, 1989, 1989, 1996 e 2000).
6. Os artigos devem ser encaminhados com as autorizações para reproduzir material publicado anteriormente, para usar ilustrações que possam identificar pessoas e para transferir direitos de autor e outros documentos.
7. Os conceitos e opiniões expressos nos artigos, bem como a exatidão e a procedência das citações são de exclusiva responsabilidade dos autores.
8. Os textos são em geral (mas não necessariamente) divididos em seções com os títulos Introdução, Métodos, Resultados e Discussão, às vezes, sendo necessária a inclusão de subtítulos em algumas seções. Os títulos e subtítulos das seções não devem estar organizados com numeração progressiva, mas com recursos gráficos (caixa alta, recuo na margem etc.).
9. O título deve ter 120 caracteres com espaço e o resumo/abstract, com no máximo 1.400 caracteres com espaço (incluindo palavras-chave/key words), deve explicitar o objeto, os objetivos, a metodologia, a abordagem teórica e os resultados do estudo ou investigação. Logo abaixo do resumo os autores devem indicar até no máximo, cinco (5) palavras-chave. palavras-chave/key words. Chamamos a atenção para a importância da clareza e objetividade na redação do resumo, que certamente contribuirá no interesse do leitor pelo artigo, e das palavras-chave, que auxiliarão a indexação múltipla do artigo. As palavras-chaves na língua original e em inglês devem constar no DeCS/MeSH (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/mesh/e> <http://decs.bvs.br/>).

Autoria

1. As pessoas designadas como autores devem ter participado na elaboração dos artigos de modo que possam assumir publicamente a responsabilidade pelo seu conteúdo. A qualificação como autor deve pressupor: a) a concepção e o delineamento ou a análise e interpretação dos dados, b) redação do artigo ou a sua revisão crítica, e c) aprovação da versão a ser publicada. As contribuições individuais de cada autor devem ser indicadas no final do texto, apenas pelas iniciais (ex. LMF trabalhou na concepção e na redação final e CMG, na pesquisa e na metodologia).
2. O limite de autores no início do artigo deve ser no máximo de oito. Os demais autores serão incluídos no final do artigo.

Nomenclaturas

1. Devem ser observadas rigidamente as regras de nomenclatura de saúde pública/saúde coletiva, assim como abreviaturas e convenções adotadas em disciplinas especializadas. Devem ser evitadas abreviaturas no título e no resumo.
2. A designação completa à qual se refere uma abreviatura deve preceder a primeira ocorrência desta no texto, a menos que se trate de uma unidade de medida padrão.

Ilustrações

1. O material ilustrativo da revista *C&SC* compreende tabela (elementos demonstrativos como números, medidas, percentagens, etc.), quadro (elementos demonstrativos com informações textuais), gráficos (demonstração esquemática de um fato e suas variações), figura (demonstração esquemática de informações por meio de mapas, diagramas, fluxogramas, como também por meio de desenhos ou fotografias). Vale lembrar que a revista é impressa em apenas uma cor, o preto, e caso o material ilustrativo seja colorido, será convertido para tons de cinza.
2. O número de material ilustrativo deve ser de, no máximo, cinco por artigo, salvo exceções referentes a artigos de sistematização de áreas específicas do campo temático. Nesse caso os autores devem negociar com os editores-chefes.
3. Todo o material ilustrativo deve ser numerado consecutivamente em algarismos arábicos, com suas respectivas legendas e fontes, e a cada um deve ser atribuído um breve título. Todas as ilustrações devem ser citadas no texto.
4. As tabelas e os quadros devem ser confeccionados no mesmo programa utilizado na confecção do artigo (Word).
5. Os gráficos devem estar no programa Excel, e os dados numéricos devem ser enviados, em separado no programa Word ou em outra planilha como texto, para facilitar o recurso de copiar e colar. Os gráficos gerados em programa de imagem (Corel Draw ou Photoshop) devem ser enviados em arquivo aberto com uma cópia em pdf.
6. Os arquivos das figuras (mapa, por ex.) devem ser salvos no (ou exportados para o) formato Illustrator ou Corel Draw com uma cópia em pdf. Estes formatos conservam a informação vetorial, ou seja, conservam as linhas de desenho dos mapas. Se for impossível salvar nesses formatos; os arquivos podem ser enviados nos formatos TIFF ou BMP, que são formatos de imagem e não conservam sua informação vetorial, o que prejudica a qualidade do resultado. Se usar o formato TIFF ou BMP, salvar na maior resolução (300 ou mais DPI) e maior tamanho (lado maior = 18cm). O mesmo se aplica para o material que estiver em fotografia. Caso não seja possível enviar as ilustrações no meio digital, o material original deve ser mandado em boas condições para reprodução.

Agradecimentos

1. Quando existirem, devem ser colocados antes das referências bibliográficas.
2. Os autores são responsáveis pela obtenção de autorização escrita das pessoas nomeadas nos agradecimentos, dado que os leitores podem inferir que tais pessoas subscrevem os dados e as conclusões.
3. O agradecimento ao apoio técnico deve estar em parágrafo diferente dos outros tipos de contribuição.

Referências

1. As referências devem ser numeradas de forma consecutiva de acordo com a ordem em que forem sendo citadas no texto. No caso de as referências serem de mais de dois autores, no corpo do texto deve ser citado apenas o nome do primeiro autor seguido da expressão *et al.*
2. Devem ser identificadas por números arábicos sobrescritos, conforme exemplos abaixo:
ex. 1: “Outro indicador analisado foi o de maturidade do PSF” ¹¹ ...
ex. 2: “Como alerta Maria Adélia de Souza ⁴, a cidade...”
As referências citadas somente nos quadros e figuras devem ser numeradas a partir do número da última referência citada no texto.

3. As referências citadas devem ser listadas ao final do artigo, em ordem numérica, seguindo as normas gerais dos *Requisitos uniformes para manuscritos apresentados a periódicos biomédicos* (http://www.nlm.nih.gov/bsd/uniform_requirements.html).

4. Os nomes das revistas devem ser abreviados de acordo com o estilo usado no Index Medicus (<http://www.nlm.nih.gov/>).

5. O nome de pessoa, cidades e países devem ser citados na língua original da publicação.

Exemplos de como citar referências

Artigos em periódicos

1. Artigo padrão (incluir todos os autores)
Pelegri ML, Castro JD, Drachler ML. Equidade na alocação de recursos para a saúde: a experiência no Rio Grande do Sul, Brasil. *Cien Saude Colet* 2005; 10(2):275-286.

Maximiano AA, Fernandes RO, Nunes FP, Assis MP, Matos RV, Barbosa CGS, Oliveira-Filho EC. Utilização de drogas veterinárias, agrotóxicos e afins em ambientes hídricos: demandas, regulamentação e considerações sobre riscos à saúde humana e ambiental. *Cien Saude Colet* 2005; 10(2):483-491.

2. Instituição como autor
The Cardiac Society of Australia and New Zealand. Clinical exercise stress testing. Safety and performance guidelines. *Med J Aust* 1996; 164(5):282-284

3. Sem indicação de autoria
Cancer in South Africa [editorial]. *S Afr Med J* 1994; 84:15.

4. Número com suplemento
Duarte MFS. Maturação física: uma revisão de literatura, com especial atenção à criança brasileira. *Cad Saude Publica* 1993; 9(Supl. 1):71-84.

5. Indicação do tipo de texto, se necessário
Enzensberger W, Fischer PA. Metronome in Parkinson's disease [carta]. *Lancet* 1996; 347:1337.

Livros e outras monografias

6. Indivíduo como autor
Cecchetto FR. *Violência, cultura e poder*. Rio de Janeiro: FGV; 2004.

Minayo MCS. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. 8ª Edição. São Paulo, Rio de Janeiro: Hucitec, Abrasco; 2004.

7. Organizador ou compilador como autor
Bosi MLM, Mercado FJ, organizadores. *Pesquisa qualitativa de serviços de saúde*. Petrópolis: Vozes; 2004.

8. Instituição como autor
Instituto Brasileiro do Meio Ambiente e dos Recursos Naturais Renováveis (IBAMA). *Controle de plantas aquáticas por meio de agrotóxicos e afins*. Brasília: DILIQ/IBAMA; 2001.

9. Capítulo de livro
Sarcinelli PN. A exposição de crianças e adolescentes a agrotóxicos. In: Peres F, Moreira JC, organizadores. *É veneno ou é remédio*. Agrotóxicos, saúde e ambiente. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2003. p. 43-58.

10. Resumo em Anais de congressos Kimura J, Shibasaki H, organizadores. Recent advances in clinical neurophysiology. *Proceedings of the 10th International Congress of EMG and Clinical Neurophysiology*; 1995 Oct 15-19; Kyoto, Japan. Amsterdam: Elsevier; 1996.

11. Trabalhos completos publicados em eventos científicos Coates V, Correa MM. Características de 462 adolescentes grávidas em São Paulo. In: *Anais do V Congresso Brasileiro de adolescência*; 1993; Belo Horizonte. p. 581-582.

12. Dissertação e tese Carvalho GCM. *O financiamento público federal do Sistema Único de Saúde 1988-2001* [tese]. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública; 2002.

Gomes WA. *Adolescência, desenvolvimento puberal e sexualidade: nível de informação de adolescentes e professores das escolas municipais de Feira de Santana – BA* [dissertação]. Feira de Santana (BA): Universidade Estadual de Feira de Santana; 2001.

Outros trabalhos publicados

13. Artigo de jornal Novas técnicas de reprodução assistida possibilitam a maternidade após os 40 anos. *Jornal do Brasil*; 2004 Jan 31; p. 12

Lee G. Hospitalizations tied to ozone pollution: study estimates 50,000 admissions annually. *The Washington Post* 1996 Jun 21; Sect. A:3 (col. 5).

14. Material audiovisual HIV+/AIDS: the facts and the future [videocassette]. St. Louis (MO): Mosby-Year Book; 1995.

15. Documentos legais Brasil. Lei nº 8.080 de 19 de Setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. *Diário Oficial da União* 1990; 19 set.

Material no prelo ou não publicado

Leshner AI. Molecular mechanisms of cocaine addiction. *N Engl J Med*. In press 1996.

Cronemberg S, Santos DVV, Ramos LFF, Oliveira ACM, Maestrini HA, Calixto N. Trabeculectomia com mitomicina C em pacientes com glaucoma congênito refratário. *Arq Bras Oftalmol*. No prelo 2004.

Material eletrônico

16. Artigo em formato eletrônico Morse SS. Factors in the emergence of infectious diseases. *Emerg Infect Dis* [serial on the Internet] 1995 Jan-Mar [cited 1996 Jun 5];1(1):[about 24 p.]. Available from: <http://www.cdc.gov/ncidod/EID/eid.htm>

Lucena AR, Velasco e Cruz AA, Cavalcante R. Estudo epidemiológico do tracoma em comunidade da Chapada do Araripe – PE – Brasil. *Arq Bras Oftalmol* [periódico na Internet]. 2004 Mar-Abr [acessado 2004 Jul 12];67(2): [cerca de 4 p.]. Disponível em: <http://www.abonet.com.br/abo/672/197-200.pdf>

17. Monografia em formato eletrônico CDI, clinical dermatology illustrated [CD-ROM]. Reeves JRT, Maibach H. CMEA Multimedia Group, producers. 2ª ed. Version 2.0. San Diego: CMEA; 1995.

18. Programa de computador
Hemodynamics III: the ups and downs of hemodynamics [computer program]. Version 2.2.
Orlando (FL): Computerized Educational Systems; 1993.

Os artigos serão avaliados **através da Revisão de pares** por no mínimo três consultores da área de conhecimento da pesquisa, de instituições de ensino e/ou pesquisa nacionais e estrangeiras, de comprovada produção científica. Após as devidas correções e possíveis sugestões, o artigo será aceito se tiver dois pareceres favoráveis e rejeitado quando dois pareceres forem desfavoráveis.

ANEXO 5: INSTRUÇÕES PARA OS AUTORES – REVISTA SAÚDE E SOCIEDADE

Escopo e política

Política editorial: Veicular produção científica de caráter crítico e reflexivo em torno do campo da saúde pública/coletiva de modo a socializar novas formas de abordar o objeto. Igualmente, veicular produção de técnicos de diversos órgãos, tais como secretarias estaduais e municipais de saúde, que divulgam resultados de seus trabalhos, com contribuições importantes e que não devem ficar restritas a relatórios de circulação interna, contribuindo para o avanço do debate e da troca de ideias sobre temas desafiantes, cujas raízes encontram-se na própria natureza multidisciplinar da área.

São particularmente valorizados artigos que façam interface da saúde com as ciências sociais e humanas.

Áreas de interesse: Desde sua criação, em 1992, **Saúde e Sociedade** tem publicado trabalhos de diferentes áreas do saber que se relacionam ou tenham como objeto de preocupação a saúde pública/coletiva. Nesse sentido, abarca a produção de diferentes ramos das ciências humanas e sociais e da ciência ambiental, incorporando a produção científica, teórica e aquela mais especificamente relacionada às propostas de intervenção e prática institucional.

Tipos de artigos:

Publica matérias inéditas de natureza reflexiva, de pesquisa e atualização do conhecimento, sob a forma de:

- a) artigos de pesquisas originais;
- b) análise de grandes temas de interesse da área;
- c) ensaios de natureza teórica, metodológica ou técnica, que estimulem a polêmica ou o tratamento de temas específicos sob diferentes enfoques;
- d) dossiês - textos ensaísticos ou analíticos resultantes de estudos ou pesquisas originais sobre tema indicado pelos editores e a convite deles.
- e) relatos de experiências nas áreas de pesquisa, do ensino e da prestação de serviços de saúde;

f) cartas à redação com comentários sobre ideias expressas em matéria já publicada pela revista, tendo em vista fomentar uma reflexão crítica acerca de temas da área;

g) comentários curtos, notícias ou críticas de livros publicados e de interesse para a área, definidos pelo Conselho Editorial;

h) entrevistas / depoimentos de personalidades ou especialistas da área visando, quer a reconstrução da história da saúde pública/coletiva, quer a atualização em temas de interesse definidos pelo Conselho Editorial; e

i) anais dos congressos paulistas de saúde pública promovidos pela APSP, bem como de outros eventos científicos pertinentes à linha editorial da Revista.

A Revista veicula contribuições espontâneas que se enquadrem na política editorial da Revista bem como matéria encomendada a especialistas.

São particularmente valorizados artigos que façam interface da saúde com a área de humanas.

Procedimentos de avaliação por pares:

Na seleção de artigos para publicação, avalia-se o mérito científico do trabalho e sua adequação às normas editoriais adotadas pela revista. Todo texto enviado para publicação é submetido a uma pré-avaliação, pelo Corpo Editorial. Uma vez aprovado, é encaminhado à revisão por pares (no mínimo dois relatores), cujos nomes são mantidos em sigilo, omitindo-se, também, o(s) nome(s) dos autores perante os relatores. O material será devolvido ao(s) autor(es) caso os relatores sugiram mudanças e/ou correções. Em caso de divergência de pareceres, o texto será encaminhado a um terceiro relator, para arbitragem. A decisão final sobre o mérito do trabalho é de responsabilidade do Corpo Editorial (editores e editores associados).

Os textos são de responsabilidade dos autores, não coincidindo, necessariamente, com o ponto de vista dos editores e do Corpo Editorial da revista.

Do ineditismo do material

O conteúdo dos artigos enviados para publicação não pode ter sido publicado anteriormente ou encaminhado simultaneamente a outro periódico. Os artigos publicados na *Saúde e Sociedade*, para serem publicados em outros locais, ainda que parcialmente, necessitam de aprovação por escrito por parte dos Editores e neles deverá constar a informação de que o texto foi publicado anteriormente na

revista Saúde e Sociedade, indicando o volume, número e ano de publicação.

A ocorrência de plágio implica em exclusão imediata do sistema de avaliação.

Da autoria

As pessoas designadas como autores devem ter participado na elaboração dos artigos de modo que possam assumir publicamente a responsabilidade pelo seu conteúdo. A qualificação como autor deve pressupor: concepção e o delineamento ou a análise e interpretação dos dados; redação do artigo ou a sua revisão crítica; e aprovação da versão a ser publicada.

No final do texto devem ser especificadas as contribuições individuais de cada autor na elaboração do artigo.

Forma e preparação de manuscritos

Formato

Papel tamanho A4, margens de 2,5 cm, espaço 1,5, letra Times New Roman 12. Número máximo de páginas: 20 (incluindo ilustrações e referências bibliográficas).

Estrutura

Título: Conciso e informativo. Na língua original e em inglês. Incluir como nota de rodapé a fonte de financiamento da pesquisa.

Nome(s) do(s) autor(es): todos devem informar a afiliação institucional (em ordem decrescente, por exemplo: Universidade, Faculdade e Departamento) e e-mail. O autor responsável pela correspondência também deve informar seu endereço completo (rua, cidade, CEP, estado, país).

Resumos: Devem refletir os aspectos fundamentais dos trabalhos, com no mínimo 150 palavras e no máximo 250, incluindo objetivos, procedimentos metodológicos e resultados. Devem preceder o texto e estar na língua do texto e em inglês (abstract).

Palavras-chave: De 3 a 6, na língua do texto e em inglês, apresentados após o resumo.

Gráficos e tabelas: Os gráficos e tabelas devem ser apresentados em seus programas originais (por exemplo, em Excel: arquivo.xls), devidamente identificados, em escala de cinza, em arquivos separados do texto. Além disso, os gráficos e tabelas também devem estar inseridos no texto original.

Imagens: As imagens (figuras e fotografias) devem ser fornecidas em alta resolução (300 dpi), em JPG ou TIF, com no mínimo 8 cm de largura, em escala de cinza, em

arquivos separados do texto. Além disso, todas as imagens também devem estar inseridas no texto original.

Citações no texto: Devem ser feitas pelo sobrenome do autor (letra minúscula), ano de publicação e número de página quando a citação for literal, correspondendo às respectivas referências bibliográficas. Quando houver mais de três autores, deve ser citado o primeiro, seguido de "et al.". Exemplo: Martins et al. (2014) ou (Martins et al., 2014).

Referências

Será aceito no máximo 40 referências por artigo com exceção dos artigos de revisão bibliográfica. Os autores são responsáveis pela exatidão das referências bibliográficas citadas no texto. As referências deverão seguir as normas da ABNT NBR 6023, serem apresentadas ao final do trabalho e ordenadas alfabeticamente pelo sobrenome do primeiro autor. A seguir alguns exemplos:

- **Livro**

FORTES, P. A. de C.; RIBEIRO, H. (Org.). *Saúde global*. São Paulo: Manole, 2014.

- **Capítulo de Livro**

GOTLIEB, S. L. D.; LAURENTI, R.; MELLO JORGE, M. H. P. Crianças, adolescentes e jovens do Brasil no fim do século XX. In: WESTPHAL, M. F. *Violência e criança*. São Paulo: EDUSP, 2002. p. 45-72.

- **Artigo de Periódico**

BASTOS, W. et al. Epidemia de *fitness*. *Saúde e Sociedade*, São Paulo, v. 22, n. 2, p. 485-496, 2013.

- **Tese**

SANTOS, A. L. D. dos. *Histórias de jovens que vivenciaram a maternidade na adolescência menor: uma reflexão sobre as condições de vulnerabilidade*. 2006. Tese (Doutorado em Saúde Materno-Infantil)-Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, São Paulo, 2006.

- **Documento on-line**

WHO GLOBAL MALARIA PROGRAMME. World malaria report: 2010.

Geneva: WHO, 2010. Disponível em:

<http://www.who.int/malaria/world_malaria_report_2010/worldmalariareport2010.pdf>. Acesso em: 7 mar. 2011.

- **Legislação (Lei, Portaria etc.)**

- **Versão impressa**

BRASIL. Lei nº 9887, de 7 de dezembro de 1999. Altera a legislação tributária federal. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*, Brasília, DF, 8 dez. 1996. Seção 1, p. 13.

- Versão eletrônica

BRASIL. Ministério do Trabalho e Emprego. Portaria nº 485, de 11 de novembro de 2005. Aprova a Norma Regulamentadora nº 32 (Segurança e Saúde no Trabalho em Estabelecimentos de Saúde). *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*, Brasília, DF, 16 nov. 2005. Disponível em:

<http://www.mte.gov.br/legislacao/portarias/2005/p_20051111_485.pdf>. Acesso em: 17 jan. 2007.

• Artigo ou matéria de jornal

CUPANI, G. População sedentária preocupa médicos reunidos em simpósio. Folha de S. Paulo, São Paulo, 15 out. 2010. Equilíbrio e Saúde, p. 14.

• Trabalho apresentado em evento (congresso, simpósio, seminário etc.)

- Versão impressa

COUTO, M. T.; SOTT, R. P. Ética, diversidade e saúde reprodutiva. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE CIÊNCIAS SOCIAIS EM SAÚDE, 2., 1999, São Paulo. *Livro de resumos...* São Paulo: Abrasco: Unifesp, 1999, p. 100.

- Versão eletrônica

CARVALHO, C. A. Religião e aids: segredos e silêncios. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE PREVENÇÃO EM DST/AIDS, 4., 2001, Cuiabá. *Anais...* Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2001, p. 71-72. Disponível em:

<<http://www.portalsaudebrasil.com/artigospsb/public007.pdf>>. Acesso em: 18 ago.2006.

Open Access

A *Saúde e Sociedade* utiliza o modelo *Open Access* de publicação, portanto seu conteúdo é livre para leitura e download, favorecendo a disseminação do conhecimento.

Taxas

A *Saúde e Sociedade* não cobra taxas de submissão, avaliação ou publicação de artigos.

ANEXO 6: INSTRUÇÕES PARA OS AUTORES – REVISTA SAÚDE EM DEBATE

Escopo e política

A revista 'Saúde em Debate', criada em 1976, é uma publicação do Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (Cebes) que tem como objetivo divulgar estudos, pesquisas e reflexões que contribuam para o debate no campo da saúde coletiva, em especial os que tratem de temas relacionados com a política, o planejamento, a gestão e a avaliação em saúde. Valorizamos os estudos feitos a partir de diferentes abordagens teórico-metodológicas e com a contribuição de distintos ramos das ciências.

A periodicidade da revista é trimestral, e, a critério dos editores, são publicados números especiais que seguem o mesmo processo de submissão e avaliação dos números regulares.

A 'Saúde em Debate' aceita trabalhos originais e inéditos que aportem contribuições relevantes para o conhecimento científico acumulado na área.

Os trabalhos submetidos à revista são de total e exclusiva responsabilidade dos autores e não podem ser apresentados simultaneamente a outro periódico, na íntegra ou parcialmente. Em caso de publicação do artigo na revista, os direitos autorais a ele referentes se tornarão propriedade do Cebes.

O periódico está disponível on-line, de acesso aberto e gratuito, portanto, livre para qualquer pessoa ler, baixar e divulgar os textos com fins educacionais e acadêmicos. É permitida a reprodução total ou parcial dos trabalhos publicados desde que identificada a fonte e a autoria.

A 'Saúde em Debate' não cobra taxas dos autores para a submissão e avaliação de trabalhos, mas, caso o artigo seja aprovado para publicação, fica sob a responsabilidade dos autores a revisão de línguas (obrigatória) e a tradução do artigo para a língua inglesa, com base em uma lista de revisores e tradutores indicados pela revista.

Orientações para a preparação e submissão dos trabalhos

Os trabalhos devem ser submetidos exclusivamente pelo site: www.saudeemdebate.org.br. Após seu cadastramento, o autor responsável pela submissão receberá login e senha.

Ao submeter o trabalho, todos os campos obrigatórios da página devem ser preenchidos com conteúdo idêntico ao do arquivo anexado.

Modalidades de textos aceitos para publicação

1. Artigo original: resultado de pesquisa científica que possa ser generalizado ou replicado. O texto deve conter entre 10 e 15 laudas.

2. Ensaio: análise crítica sobre tema específico de relevância e interesse para a conjuntura das políticas de saúde brasileira e internacional. O texto deve conter entre 10 e 15 laudas.

3. Revisão sistemática: revisão crítica da literatura sobre tema atual. Objetiva responder a uma pergunta de relevância para a saúde pública, detalhando a metodologia adotada. O texto deve conter entre 10 e 15 laudas.

4. Artigo de opinião: exclusivo para autores convidados pelo Comitê Editorial, com tamanho entre 10 e 15 laudas. Neste formato não são exigidos resumo e *abstract*.

5. Relato de experiência: descrição de experiências acadêmicas, assistenciais ou de extensão, com tamanho entre 10 e 12 laudas, que aportem contribuições significativas para a área.

6. Resenha: resenhas de livros de interesse para a área de políticas públicas de saúde, a critério do Comitê Editorial. Os textos deverão apresentar uma visão geral do conteúdo da obra, de seus pressupostos teóricos e do público a que se dirige, com tamanho de até 3 laudas.

7. Documento e depoimento: trabalhos referentes a temas de interesse histórico ou conjuntural, a critério do Comitê Editorial.

Em todos os casos, o número máximo de laudas não inclui a folha de apresentação e as referências.

Preparação do texto

O texto pode ser escrito em português, espanhol ou inglês.

Deve ser digitado no programa Microsoft® Word ou compatível, gravado em formato doc ou docx. Padrão A4 (210X297mm), margem de 2,5 cm em cada um dos quatro lados, fonte Times New Roman tamanho 12, espaçamento entre linhas de 1,5.

O corpo de texto não deve conter qualquer informação que possibilite identificar os autores ou instituições a que se vinculem.

Não utilizar notas de rodapé no texto. As marcações de notas de rodapé, quando absolutamente indispensáveis, deverão ser sobrescritas e sequenciais.

Evitar repetições de dados ou informações nas diferentes partes do texto.

Depoimentos de sujeitos deverão ser apresentados em itálico e entre aspas no corpo do texto se menores que três linhas. Se forem maiores que três linhas, devem ser destacados, com recuo de 4 cm, espaço simples e fonte 12.

Para as palavras ou trechos do texto destacados, a critério do autor, utilizar aspas simples. Exemplo: 'porta de entrada'. Evitar iniciais maiúsculas e negrito.

Figuras, gráficos, quadros e tabelas devem ser em alta resolução, em preto e branco ou escala de cinza e submetidos separadamente do texto, um a um, seguindo a ordem que aparecem no estudo (devem ser numerados e conter título e fonte). No escrito, apenas identificar o local onde devem ser inseridos. O número de figuras, gráficos, quadros ou tabelas deverá ser, no máximo, de cinco por texto.

Em caso de uso de fotos, os sujeitos não podem ser identificados, a menos que autorizem, por escrito, para fins de divulgação científica. O arquivo deve ser editável.

O trabalho completo, que corresponde ao arquivo a ser anexado, deve conter:

1. Folha de apresentação contendo:

- Título, que deve expressar clara e sucintamente o conteúdo do texto, contendo, no máximo, 15 palavras. O título deve ser escrito em negrito, apenas com iniciais maiúsculas para nomes próprios. O texto em português e espanhol deve ter título na língua original e em inglês. O texto em inglês deve ter título em inglês e português.
- Nome completo do(s) autor(es) alinhado à direita (aceita-se o máximo de cinco autores por artigo). Em nota de rodapé, colocar as informações sobre afiliação institucional e *e-mail*. Do autor de contato, acrescentar endereço e telefone.
- No caso de resultado de pesquisa com financiamento, citar a agência financiadora e o número do processo.
- Conflito de interesse. Os trabalhos encaminhados para publicação devem conter informação sobre a existência de algum tipo de conflito de interesse. Os conflitos de interesse financeiros, por exemplo, não estão relacionados apenas com o financiamento direto da pesquisa, mas também com o próprio vínculo empregatício. Caso não haja conflito, apenas a informação *"Declaro que não houve conflito de*

interesses na concepção deste trabalho" na folha de apresentação do artigo será suficiente.

- Resumo em português e inglês ou em espanhol e inglês com, no máximo, 700 caracteres, incluídos os espaços, no qual fiquem claros os objetivos, o método empregado e as principais conclusões do trabalho. Não são permitidas citações ou siglas no resumo, à exceção de abreviaturas reconhecidas internacionalmente.
- Ao final do resumo, incluir de três a cinco palavras-chave, separadas por ponto e vírgula (apenas a primeira inicial maiúscula), utilizando os termos apresentados no vocabulário estruturado (DeCS), disponíveis em: www.decs.bvs.br

Registro de ensaios clínicos

A revista 'Saúde em Debate' apoia as políticas para registro de ensaios clínicos da Organização Mundial da Saúde (OMS) e do International Committee of Medical Journal Editors (ICMJE), reconhecendo, assim, sua importância para o registro e divulgação internacional de informações sobre ensaios clínicos. Nesse sentido, as pesquisas clínicas devem conter o número de identificação em um dos registros de Ensaios Clínicos validados pela OMS e ICMJE, cujos endereços estão disponíveis em: <http://www.icmje.org>. Nestes casos, o número de identificação deverá constar ao final do resumo.

2. Texto. Respeita-se o estilo e a criatividade dos autores para a composição do texto, no entanto, deve contemplar elementos convencionais, como:

- Introdução com definição clara do problema investigado e justificativa;
- Métodos descritos de forma objetiva;
- Resultados e discussão podem ser apresentados juntos ou em itens separados;
- Conclusão.

3. Colaboradores. No final do texto, devem ser especificadas as contribuições individuais de cada autor na elaboração do artigo. Segundo o critério de autoria do International Committee of Medical Journal Editors, os autores devem contemplar as seguintes condições: a) contribuir substancialmente para a concepção e o planejamento ou para a análise e a interpretação dos dados; b) contribuir significativamente na elaboração do rascunho ou revisão crítica do conteúdo; e c) participar da aprovação da versão final do manuscrito.

4. Agradecimentos. Opcional

5. Referências. Devem ser de no máximo 25, podendo exceder quando se tratar de revisão sistemática. Devem

constar somente autores citados no texto e seguir as normas da ABNT (NBR 6023).

Exemplos de citações

Todas as citações feitas no texto devem constar das referências apresentadas no final do artigo. Para as citações, utilizar as normas da ABNT (NBR 10520).

Citação direta com até três linhas

Já o grupo focal é uma “técnica de pesquisa que utiliza as sessões grupais como um dos foros facilitadores de expressão de características psicossociológicas e culturais” (WESTPHAL; BÓGUS; FARIA, 1996, p. 473).

Citação direta com mais de três linhas

A Lei 8.080, conhecida como Lei Orgânica da Saúde, iniciou o processo de regulamentação do funcionamento de um modelo público de ações e serviços de saúde, ordenado pelo que viria a ser conhecido como Sistema Único de Saúde (SUS):

Orientado por um conjunto de princípios e diretrizes válidos para todo o território nacional, parte de uma concepção ampla do direito à saúde e do papel do Estado na garantia desse direito, incorporando, em sua estrutura institucional e decisória, espaços e instrumentos para democratização e compartilhamento da gestão do sistema de saúde. (NORONHA; MACHADO; LIMA, 2011, p. 435).

Citação indireta

Segundo Foucault (2008), o neoliberalismo surge como modelo de governo na Alemanha pós-nazismo, em uma radicalização do liberalismo que pretende recuperar o Estado alemão a partir de nova relação Estado-mercado.

Exemplos de referências

Livro:

FLEURY, S.; LOBATO, L. V. C. (Org.). *Seguridade social, cidadania e saúde*. Rio de Janeiro: Cebes, 2009.

Capítulo de livro:

FLEURY, S. Socialismo e democracia: o lugar do sujeito. In: FLEURY, S.; LOBATO, L. V. C. (Org.). *Participação, democracia e saúde*. Rio de Janeiro: Cebes, 2009. p. 24-46.

Artigo de periódico:

ALMEIDA-FILHO, N. A. Problemática teórica da determinação social da saúde (nota breve sobre desigualdades em saúde como objeto de conhecimento). *Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, v. 33, n. 83, p. 349-370, set./dez. 2010.

Material da internet:

CENTRO BRASILEIRO DE ESTUDOS DE SAÚDE. *Revista Saúde em Debate*. Disponível em:

<<http://cebes.org.br/publicacao-tipo/revista-saude-em-debate/>>. Acesso em: 31 jan. 2016.

OBS.: Abreviar sempre o nome e os sobrenomes do meio dos autores.

Processo de avaliação

Todo original recebido pela revista 'Saúde em Debate' é submetido a análise prévia. Os trabalhos não conformes às normas de publicação da revista são devolvidos aos autores para adequação e nova submissão. Uma vez cumpridas integralmente as normas da revista, os originais são apreciados pelo Comitê Editorial, composto pelo editor-chefe e por editores associados, que avalia a originalidade, abrangência, atualidade e atendimento à política editorial da revista. Os trabalhos recomendados pelo Comitê serão avaliados por, no mínimo, dois pareceristas, indicados de acordo com o tema do trabalho e sua expertise, que poderão aprovar, recusar e/ou fazer recomendações aos autores.

A avaliação é feita pelo método duplo-cego, isto é, os nomes dos autores e dos pareceristas são omitidos durante todo o processo de avaliação. Caso haja divergência de pareceres, o trabalho será encaminhado a um terceiro parecerista. Da mesma forma, o Comitê Editorial pode, a seu critério, emitir um terceiro parecer. Cabe aos pareceristas recomendar a aceitação, recusa ou reformulação dos trabalhos. No caso de solicitação de reformulação, os autores devem devolver o trabalho revisado dentro do prazo estipulado. Não havendo manifestação dos autores no prazo definido, o trabalho será excluído do sistema.

O Comitê Editorial possui plena autoridade para decidir sobre a aceitação final do trabalho, bem como sobre as alterações efetuadas.

Não serão admitidos acréscimos ou modificações depois da aprovação final do trabalho. Eventuais sugestões de modificações de estrutura ou de conteúdo por parte da editoria da revista serão previamente acordadas com os autores por meio de comunicação por *e-mail*.

A versão diagramada (prova de prelo) será enviada, por e-mail, ao autor responsável pela correspondência para revisão final, que deverá devolver no prazo estipulado.

Obs.: antes de serem enviados para avaliação pelos pares, os artigos submetidos à revista 'Saúde em Debate' passam por um *software* detector de plágio, Plagiarisma. Assim, é possível que os autores, que devem garantir a originalidade dos manuscritos e referenciar todas as fontes de pesquisa utilizadas, sejam questionados sobre informações identificadas pela ferramenta de detecção. Plágio é um comportamento editorial inaceitável, dessa forma, se for comprovada sua existência, os autores envolvidos não poderão submeter novos artigos para a revista.

DOCUMENTAÇÃO OBRIGATÓRIA A SER ENVIADA APÓS A APROVAÇÃO DO ARTIGO

Os documentos relacionados a seguir devem ser digitalizados e enviados para o e-mail revista@saudeemdebate.org.br.

1) Cessão de direitos autorais e declaração de autoria e de responsabilidade

Todos os autores e coautores devem preencher e assinar as declarações conforme modelo disponível

em: <http://www.saudeemdebate.org.br/artigos/index.php>. <http://www.saudeemdebate.org.br/artigos/index.php>

2) Parecer de Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP)

No caso de pesquisas que envolvam seres humanos, nos termos da Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012 do Conselho Nacional de Saúde, enviar documento de aprovação da pesquisa pelo Comitê de Ética em Pesquisa da instituição onde o trabalho foi realizado. No caso de instituições que não disponham de um Comitê de Ética em Pesquisa, deverá ser apresentado o documento do CEP onde ela foi aprovada.

3) Declaração de revisão ortográfica e gramatical

Os artigos aprovados deverão passar por revisão ortográfica e gramatical feita por profissional qualificado, com base em uma lista de revisores indicados pela revista. O artigo revisado deve vir acompanhado de declaração do revisor.

4) Declaração de tradução

Os artigos aprovados poderão ser traduzidos para o inglês a critério dos autores. Neste caso, a tradução será feita por profissional qualificado, com base em uma lista de tradutores indicados pela revista. O artigo traduzido deve vir acompanhado de declaração do tradutor.

NOTA: A produção editorial do Cebes é resultado de trabalho coletivo e de apoios institucionais e individuais. A sua colaboração para que a revista 'Saúde em Debate' continue sendo um espaço democrático de divulgação de conhecimentos críticos no campo da saúde se dará por meio da associação dos autores ao Cebes. Para se associar entre no site <http://www.cebes.org.br>.