Mariana Golin Silva Winckler

**A Agenda Governamental da Saúde: entre fluxos,
atores, instituições e interesses**

**São Paulo
2015**

Mariana Golin Silva Winckler

**A Agenda Governamental da Saúde: entre fluxos,
atores, instituições e interesses**

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública da Faculdade de Saúde Pública para obtenção do título de Doutor em Ciências.

Área de concentração: Serviços de Saúde Pública

Orientadora: Profa. Dra. Fabiola Zioni

São Paulo

2015

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

Winckler, Mariana Golin Silva

A Agenda Governamental da Saúde: entre fluxos, atores, instituições e interesses

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em
Saúde Pública da Faculdade de Saúde Pública para
obtenção do título de Doutor em Ciências.

Aprovada em:

Banca Examinadora:

Prof. Dr. _____ Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____ Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____ Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____ Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____ Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

Para **Ramon** (*in memoriam*), pela firmeza do seu caráter.

Para **Clara**, pela leveza do seu amor.

Por ambos, eu me reinvento, reconstruo e recomeço.

AGRADECIMENTOS

Mario Quintana diz-nos que “a vida é o dever que nós trouxemos para fazer em casa”. Uma vida pode ser contada em anos, em dias, em horas. O tempo de um doutoramento é, aproximadamente, de 4 anos. E nesse tempo de vida elaboramos inúmeros projetos e possibilidades. Eu visualizava, nesse tempo, uma oportunidade para reinventar a vida, a minha vida. Profissionalmente, almejava a docência. Pessoalmente, a superação. No entanto, jamais imaginei que, nesse tempo, a vida iria tomar o seu curso contrário: a morte. Ela veio e levou um dos meus bens mais preciosos. Tive de me despedir lentamente do meu melhor amigo, do meu melhor conselheiro, do meu Pai. Ele partiu, mas suas marcas imprimiram em mim a persistência e a firmeza necessárias para prosseguir, apesar da sua ausência física. Nesse tempo da vida, o doutorado ficou esquecido. Não havia espaço diante de um coração tão partido. Contudo, a vida sempre renasce e, com ela, a esperança de tempos mais felizes. E nesse contraditório entre a vida e a morte, a minha pequena Clara nasceu. Antes do tempo gestacional, mas no tempo certo, para que eu pudesse compreender que a vida pode ter outras cores e outras formas. Que ela pode ser leve e deve ser reinventada.

Nesse momento em que se mesclavam o luto e a maternidade, o doutorado caminhava lentamente, entre uma mamada e outra. Entretanto, mais uma vez, a vida trazia um novo dever: o diagnóstico de fibromialgia. Uma dor crônica, intensa, destruidora. Inúmeros tratamentos, combinações medicamentosas, exames e consultas. E, entre essas tentativas de conter a dor, o doutorado caminhava, mais uma vez, lentamente. Era preciso, porém, continuar, afinal o dever da vida sempre está posto. O tempo de 4 anos transformou-se em 5 e meio. Nessa caminhada de muito aprendizado há muito a agradecer. O primeiro dessa “lista” é o meu marido **Cristiano**, que me deu a sua mão desde o primeiro momento dessa caminhada e que fez, da minha realização/superação, a sua também. Tudo teria sido mais difícil se você não estivesse comigo. A segunda pessoa que gostaria muito de agradecer é a minha orientadora Profa. Dra. **Fabiola Zioni**. Você apostou seu tempo em uma “garota sulista desconhecida”, mas cheia de sonhos. Com toda a sabedoria de quem já fez vários “deveres”, você aceitou as minhas ausências, sempre confiando na potencialidade do que eu poderia ser. Muito, muito obrigada. Minha mãe, **Heloisa**, também é parte desse sonho. Somente uma mãe se desprende do seu tempo para doar-se, sem restrições, ao seu filho. Você cuidou de mim e da minha Clara em todas as necessárias ausências e não sei, se um dia, conseguirei lhe retribuir. Eu te

amo muito. Nesse caminho de opostos da vida, ganhei uma nova família: uma “mãedrasta” (Adélia), uma avó (Ângela) e um irmão (André). Como eles dizem: família **Tealdi da Silva**. Nós nos demos as mãos, enfrentamos a doença e curamos, juntos, as nossas feridas. Hoje, eu tenho a certeza de que, independentemente dos deveres que vida possa me dar, vocês estarão ao meu lado e isso não tem preço. Quero agradecer também aos meus poucos e fiéis amigos, que compartilharam todos esses momentos comigo. Em especial a **à Anelise, à Jandira, à Giovana** e ao meu querido amigo **Rubens Noveletto**. Rubens, sua disponibilidade e atenção foram imprescindíveis para que esta tese fosse concluída. Tenha certeza de que o agradecimento vem daqui (da terra) e de lá (do céu) também. Por fim, gostaria de agradecer a todos que de alguma maneira tornaram esse caminhar mais leve, mais fácil de ser recomeçado. Especialmente, queria agradecer ao Prof. Msc. **Sérgio Januário**: obrigada por me dar um norte para todas as minhas dúvidas e as minhas ansiedades. Termino com a mesma poesia que iniciei esses agradecimentos pela simples certeza de que a vida precisa ser vivida e não contada. “... se me fosse dado um dia, outra oportunidade, eu nem olhava o relógio. Seguiria sempre em frente e iria jogando pelo caminho a casca dourada e inútil das horas... Seguraria o amor que está a minha frente e diria que eu o amo... E tem mais: não deixe de fazer algo de que gosta devido à falta de tempo. Não deixe de ter pessoas ao seu lado por puro medo de ser feliz. A única falta que terá será a desse tempo que, infelizmente, nunca mais voltará”. (Mário Quintana).

Mas não é bastante ter uma arte qualquer sem praticá-la. Uma arte qualquer, pelo menos, mesmo quando não se pratique, pode ser considerada como ciência; mas a virtude afirma-se por completo na prática, e seu melhor uso consiste em Governar a República e converter em obras as palavras que se ouvem nas escolas. Nada se diz entre os filósofos, que seja reputado como são e honesto, que não o tenham confirmado e exposto aqueles pelos quais se prescreve o direito da República. De onde procede a piedade? De quem a religião? De onde o direito das gentes? E o que se chama civil, de onde? De onde a justiça, a fé, a equidade, o pudor, a continência, o horror ao que é e perigos? Daqueles que, informando esses princípios pela educação, os confirmaram pelos costumes e sancionaram com as leis. [...] já que nos inclinamos a aumentar a herança da humanidade; já que para isso se encaminham os nossos estudos e trabalho, estimulados pela própria natureza, e mais, para tornar mais poderosa e opulenta a vida do homem, sigamos o caminho que os melhores empreenderam, e não escutemos as vozes e sinais que nos chamam por detrás e a que os nossos predecessores fecharão os ouvidos.

Marcus Tullius Cicero - Orador, escritor e político romano, em “Da República” (51 AC).

Quando, à luz do perigo a que os acontecimentos expuseram a humanidade, nos perguntamos se a política ainda tem algum significado, estamos também levantando - em termos vagos e sem levar em conta seus vários possíveis significados - várias outras questões. As perguntas que acompanham a pergunta que foi o nosso ponto de partida são: primeiro, terá a política afinal algum propósito, algum fim? E esta pergunta significa: os fins que a ação política pode buscar valem os meios que, sob certas circunstâncias, precisam se empregados para alcançá-la? Segundo, existirão dentro da esfera política, objetivos pelos quais podemos nos orientar com segurança? Se sim, não serão parâmetros totalmente ineficazes e, portanto, utópicos? Será que todo empreendimento político, uma vez colocado em movimento, não deixa de se importar com objetivos e parâmetros e passa a seguir o curso que lhe é inerente, não podendo ser detido por nada fora dele? Terceiro, não será característico da ação política, pelo menos em nossa época, ser destituída de quaisquer princípios, de modo que, em vez de brotar das muitas fontes possíveis de comunidade humana e se alimentar dessas profundidades, ela se aferra oportunisticamente à superfície dos acontecimentos cotidianos e se deixa jogar em várias direções, de modo que o que se alardeia hoje sempre contradiz diretamente o que aconteceu na véspera? Não terá a ação chegado ao absurdo e enterrado os princípios, ou fontes, que um dia talvez a tenham colocado em movimento?

Hanna Arendt, em A promessa da política, 2008, p. 260-261.

RESUMO

Winckler, Mariana Golin Silva. A Agenda Governamental da Saúde: entre fluxos, atores, instituições e interesses [tese]. São Paulo: Universidade de São Paulo, Faculdade de Saúde Pública; 2015.

Este estudo de caso inscreve-se no campo da saúde pública e das ciências sociais e teve por objetivo investigar **por que e como** se deu o processo de descentralização no Estado de Santa Catarina, especialmente na área da saúde, tendo como ponto central da análise os momentos de **decisão e pré-decisão** referentes aos problemas e às políticas que constituíram o objeto do processo decisório. A compreensão desse processo perpassou pela identificação dos principais atores envolvidos e suas distintas posições, dos mecanismos de negociação, das alianças estratégicas de apoio e oposição à política e das arenas utilizadas como cenário desse processo. A base empírica deste trabalho, colhida por meio de análise documental e entrevistas semiestruturadas, foi analisada pelo modelo teórico *Multiple Streams Framework*, de John W. Kingdon (2003), dada a sua capacidade em explicar como as agendas governamentais são formuladas e alteradas. Os dados empíricos revelaram que os processos de discussão, de negociação e de aprovação das políticas são tão importantes quanto o conteúdo específico que elas encerram, e que o processo de formulação das políticas públicas não deve ser desvinculado do processo político. Em relação ao modelo de Kingdon (2003), observamos que a sua utilização agregou importantes contribuições teórico-metodológicas aos dados coletados, uma vez que permitiu lidar com a complexidade do setor da saúde para além das questões epidemiológicas e da racionalidade técnica. Por fim, concluímos que o objetivo de analisar a formação da agenda governamental da saúde torna possível a identificação de relevantes fatores que, historicamente, conferem a circularidade (não resolução) de temas caros à saúde pública, incluindo a descentralização do SUS.

Descritores: Políticas públicas, *agenda-setting*, sistemas de saúde.

ABSTRACT

Winckler, Mariana Golin Silva. A Agenda Governamental da Saúde: entre fluxos, atores, instituições e interesses [tese]. São Paulo: Universidade de São Paulo, Faculdade de Saúde Pública; 2015.

This case study is part of the field of public health and social sciences and aimed to investigate why and how was given the process of decentralization in the state of Santa Catarina, especially in the health field, having as the central point of analysis the moments of decision and pre-decision related to the problems and policies that were the object of the decision-making process. The understanding of this process passes by the identification of the key stakeholders and their different positions, the negotiation mechanisms, the strategic alliances for support and opposition of the policy and the arenas used as setting for this process. The empirical basis of this work, collected through documentary analysis and semi-structured interviews, was analyzed by the Multiple Streams Framework theoretical model of John W. Kingdon (2003), given its ability to explain how government agendas are formulated and changed. The empirical data revealed that the processes of discussion, negotiation and approval of the policies are as important as the specific content they enclose, and that the process of formulating public policies should not be detached from the political process. Regarding the model of Kingdon (2003), we noted that its use added important theoretical and methodological contributions to the collected data, since it allowed to handle the complexity of the health sector beyond the epidemiological issues and technical rationality. Finally, we conclude that the objective of analyzing the formation of the government health agenda makes it possible to identify important factors that historically give the circularity (not resolution) of themes dear to public health, including the decentralization of SUS.

Keywords: Public Policies, agenda-setting, health system.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - A teoria da coligação de interesses nas mudanças das políticas ou “ <i>Advocacy Coalition</i> ”	38
Figura 2 - O modelo do fluxo múltiplo, segundo KINGDON (2003)	65
Figura 3 - Pirâmide etária Santa Catarina, 2009	109
Figura 4 - Internações hospitalares Segundo Grupo de Causas, Santa Catarina, 2010	112
Figura 5 - Cobertura populacional de equipes de saúde da família e saúde bucal, segundo macrorregião, Santa Catarina, 2010	119
Figura 6 - Evolução do número de equipes de saúde da família (ESF) e saúde bucal (ESB), Santa Catarina, 1995 - 2010	119
Figura 7 - Recursos de co-financiamento (milhões) repassados anualmente para o fortalecimento da estratégia de saúde da família, Santa Catarina, 2007 - 2011	120
Figura 8 - Média de consultas médicas básicas, por habitante/ano, Santa Catarina, 2005	120
Figura 9 - Média de consultas médicas básicas, por habitante/ano, Santa Catarina, 2010	121
Figura 10 - Problemas centrais relacionados à assistência farmacêutica, conforme grupo interlocutor, DIAF, Santa Catarina, 2006	125
Figura 11 - Quantidade de hospitais segundo regiões de saúde, Santa Catarina, 2011	127
Figura 12 - Número de leitos SUS segundo tipo e regiões de saúde, Santa Catarina, 2011	127
Figura 13 - Distribuição UTIs/SUS por região de saúde, Santa Catarina, 2011	129
Figura 14 - Demonstrativo dos percentuais de quantidade de procedimento x recursos gastos, Santa Catarina, 2001 e 2010	132
Figura 15 - Estrutura modelo utilizada para a reforma organizacional da Secretaria de Estado da Saúde, Santa Catarina, 2004	186
Figura 16 - Configuração dos Colegiados de Gestão Regional x desenho administrativo do Estado após a publicação da Lei Complementar 381/2007	236
Figura 17 - Prioridade da SES para o segundo mandato do governador Luiz Henrique, segundo reportagem mídia eletrônica, 2007	237
Figura 18 - Prioridade da SES para o segundo mandato com enfoque para atendimento médico especializado e fortalecimento da atenção básica, segundo reportagem mídia eletrônica, 2007	238

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Relações entre mídia e políticas públicas	60
Quadro 2 - Síntese de alguns estudos sobre políticas de saúde que utilizaram-se do modelo teórico de Kingdon (2003) publicado nos últimos 10 anos	90
Quadro 3 - Lista de problemas prioritários elencados pelos PES 2007 e 2011	94
Quadro 4 - Resultado das eleições para governo do Estado de Santa Catarina, primeiro turno, 2002	140
Quadro 5 - Resultado das eleições para governo do Estado de Santa Catarina, segundo turno, 2002	140
Quadro 6 - Descrição dos macro-processos da SES pelo grupo Cicerus, 2004	180
Quadro 7 - Eixos da política de saúde descentralizada, SES, Santa Catarina, 2005	201
Quadro 8 - Resultado das eleições para o governo do Estado de Santa Catarina, segundo turno, 2006	227
Quadro 9 - Fluxo dos problemas	257
Quadro 10 - Fluxo das soluções ou alternativas	263
Quadro 11 - Fluxo político	277
Quadro 12 - Os atores e as arenas	283
Quadro 13 - As janelas de oportunidade	287

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Indicadores demográficos segundo macrorregionais de saúde, Santa Catarina, 2010	110
Tabela 2 - Taxas demográficas estaduais, Santa Catarina, 2010	111
Tabela 3 - Proporção (%) das internações hospitalares do SUS, segundo faixa etária, Santa Catarina, 2010	112
Tabela 4 - Mortalidade proporcional (%) por principais grupos de causas e sexo, Santa Catarina, 2009	113
Tabela 5 - Mortalidade proporcional (%) por principais grupos de causas, segundo macrorregiões do Estado, Santa Catarina, 2009	114
Tabela 6 - Cobertura populacional da estratégia de saúde da família, Santa Catarina, 2002 a 2013	116
Tabela 7 - Número de equipes de saúde da família implantadas, Santa Catarina, 2002 a 2013	117
Tabela 8 - Cobertura populacional das equipes de saúde bucal, Santa Catarina, 2002 a 2013	117
Tabela 9 - Número de equipes de saúde bucal implantadas, Santa Catarina, 2002 a 2013	117
Tabela 10 - Cobertura populacional das agentes comunitárias de saúde, Santa Catarina, 2002 a 2013	118
Tabela 11 - Número de agentes comunitários de saúde, Santa Catarina, 2002 a 2013	118
Tabela 12 - Distribuição percentual da produção ambulatorial (quantidade aprovada e valor aprovado), segundo grupos de procedimentos da atenção básica (SIA), Santa Catarina, 2004	133
Tabela 13 - Distribuição percentual da produção ambulatorial (quantidade aprovada e valor aprovado), segundo grupos de procedimento da atenção básica (SIA), Santa Catarina, 2010	133
Tabela 14 - Recursos financeiros segundo eixo prioritário na política estadual de saúde, Santa Catarina, 2006 / Correlação com o termo regulação do acesso à serviços de saúde - Telemedicina	135

LISTA DE MAPAS

Mapa 1 - Divisão das regionais de saúde no Estado de Santa Catarina, 2002_____	102
Mapa 2 - Divisão das macrorregiões de saúde no Estado de Santa Catarina, 2002_____	103
Mapa 3 - Mapa político do Estado de Santa Catarina, Santa Catarina, 2013_____	106
Mapa 4 - Distribuição espacial da população segundo porte dos municípios, Santa Catarina, 2010_____	107
Mapa 5 - Distribuição espacial da população segundo regiões de saúde, Santa Catarina, 2010_____	108
Mapa 6 - Distribuição espacial da população segundo as macrorregiões de saúde, Santa Catarina, 2010_____	108
Mapa 7 - Divisão das regionais de saúde no Estado de Santa Catarina, 2008_____	244
Mapa 8 - Divisão das macrorregiões de saúde no Estado de Santa Catarina, 2008_____	244

LISTA DE SIGLAS

ALESC	Assembleia Legislativa do Estado de Santa Catarina
AMUREL	Associação dos Municípios da Região de Laguna
CDR	Conselho de Desenvolvimento Regional
CES	Conselho Estadual de Saúde
CGR	Colegiados de Gestão Regional
CIB	Comissão Intergestoras Bipartite
CIDASC	Companhia Integrada de Desenvolvimento Agrícola de Santa Catarina
CIT	Comissão Intergestoras Tripartite
CONASS	Conselho Nacional dos Secretários de Saúde
CONASEMS	Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde
COSEMS	Conselho de Secretarias Municipais de Saúde
ESF	Estratégia de Saúde da Família
EPAGRI	Empresa de Pesquisa Agropecuária e Extensão Rural de Santa Catarina
FECAM	Federação Catarinense de Municípios
IDSUS	Índice de Desempenho do Sistema Único de Saúde
MAC	Média e Alta Complexidade
NOAS	Norma Operacional de Assistência à Saúde
NOB	Norma Operacional Básica
OPAS	Organização Panamericana de Saúde
PAB	Piso da Atenção Básica
PDR	Plano Diretor de Regionalização
PDI	Plano Diretor de Investimentos
PES	Plano Estadual de Saúde
PFL	Partido da Frente Liberal
PMDB	Partido do Movimento Democrático do Brasil
PSDB	Partido da Social Democracia Brasileira
PP	Partido Progressista
PPB	Partido Progressista Brasileiro
PPI	Programação Pactuada Integrada
PRTB	Partido Renovador Trabalhista Brasileiro
PSL	Partido Social Liberal Nacional
PST	Partido Social Trabalhista
PT	Partido dos Trabalhadores
PT do B	Partido Trabalhista do Brasil
SAMU	Serviço Móvel de Urgência
SES	Secretaria de Estado da Saúde

SIOPS	Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde
SDR	Secretaria de Desenvolvimento Regional
SUS	Sistema Único de Saúde
UFSC	Universidade Federal de Santa Catarina
UTI	Unidade de Terapia Intensiva

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	20
Objetivos	24

CAPÍTULO I

2. A PROBLEMÁTICA DA PESQUISA E AS QUESTÕES TEÓRICAS	28
2.1 POLÍTICAS PÚBLICAS: CONTEXTOS, DEFINIÇÕES E MODELOS DE ANÁLISE	28
2.2 <i>MULTIPLE STREAMS</i> : O MODELO DE KINGDON (2003) COMO REFERENCIAL TEÓRICO PARA A ANÁLISE DA FORMAÇÃO DA AGENDA	47
2.2.1 Fluxo dos problemas (<i>problems stream</i>)	50
2.2.2 Fluxo das soluções ou alternativas (<i>policy stream</i>)	53
2.2.3 Fluxo da política (<i>politics stream</i>)	56
2.2.4 Os atores e as instituições no processo político	57
2.2.5 As janelas de oportunidade e a união dos fluxos	63
2.3 A DESCENTRALIZAÇÃO DAS POLÍTICAS PÚBLICAS EM UM ESTADO FEDERATIVO	66
2.4 A DESCENTRALIZAÇÃO COMO PRINCÍPIO ORGANIZATIVO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS)	75

CAPÍTULO II

3. PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS	86
3.1 SOBRE A OPÇÃO DE PESQUISA	86
3.1.1 Estudo de caso	86
3.1.2 A coleta de dados	87
3.1.3 A análise das informações	89
3.1.4 A construção das narrativas	92

CAPÍTULO III

4. O CONTEXTO DA PESQUISA	96
4.1 O ESTADO DE SANTA CATARINA	96
4.1.1 História da colonização catarinense e os reflexos sobre o desenvolvimento territorial	96
4.1.2 As políticas de desenvolvimento em Santa Catarina: o planejamento do governo estadual de 1950 a 2002	97
4.1.3 Localização e limites	105
4.1.4 Aspectos demográficos e sócio-econômicos	106
4.1.5 Situação de saúde	111
4.1.6 Atenção à saúde	114

CAPÍTULO IV

5. A ANÁLISE DA AGENDA GOVERNAMENTAL DE DESCENTRALIZAÇÃO DA SAÚDE NO ESTADO DE SANTA CATARINA _____ **139**

5.1 PRIMEIRA NARRATIVA: GOVERNO LUIZ HENRIQUE DA SILVEIRA / GESTÃO 2003 - 2006 _____ 139

5.2 SEGUNDA NARRATIVA: GOVERNO LUIZ HENRIQUE DA SILVEIRA / GESTÃO 2007 - 2010 _____ 227

5.3 TERCEIRA NARRATIVA: A AGENDA GOVERNAMENTAL DE DESCENTRALIZAÇÃO DA SAÚDE EM SANTA CATARINA E O MODELO MULTIPLE STREAMS (KINGDON, 2003) _____ 254

5.3.1 Fluxo dos problemas _____ 254

5.3.2 Fluxo das soluções ou alternativas _____ 259

5.3.3 Fluxo político _____ 267

5.3.4 As arenas e os atores _____ 280

5.3.5 Janelas de oportunidades _____ 286

CAPÍTULO V

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS _____ **292**

REFERÊNCIAS _____ **296**

ANEXOS _____ **304**

Anexo A - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido _____ 305

CURRÍCULO LATTES

INTRODUÇÃO

O PROBLEMA DE ESTUDO E OBJETIVOS

1. INTRODUÇÃO

A procura pelo “bom governo” possui como origem e finalidade uma sociedade que ofereça melhores condições de vida para os indivíduos. Subsidiada por essa perspectiva, a análise das questões pertinentes ao tema das políticas públicas, assim como das instituições, das regras e dos modelos que regem a sua decisão, elaboração, implementação e avaliação, tornou-se de extrema importância na contemporaneidade e tem apresentado expressivo crescimento nos periódicos de circulação nacional. Esse aumento do interesse pelo assunto é, em parte, compreensível. Entretanto, de acordo com Frey (2000), os estudos tradicionais sobre políticas públicas - baseados em métodos quantitativos - frequentemente são forçados a se limitar a um número reduzido de variáveis explicativas, devidos às dificuldades técnicas e organizativas. No entanto, se quisermos saber mais detalhes sobre a gênese e o percurso de certos programas políticos, incluindo os fatores favoráveis bem como os bloqueadores, então não podemos deixar de nos concentrar mais intensamente na investigação da vida interna dos processos políticos-administrativos.

Nessa perspectiva, conforme afirma Menecucci (2007), torna-se importante desvelar os arranjos institucionais, as atitudes e os objetivos dos atores políticos, os fluxos e os instrumentos de ação, bem como as estratégias políticas que orientam as políticas públicas, com ênfase para a dinâmica das idéias e dos interesses que constroem esse processo, uma vez que o sucesso das políticas perpassa pela tomada de decisões, suporte político e pela capacidade de obtenção de convergência entre os agentes implementadores em torno dos seus objetivos.

A literatura mais recente no campo da análise das políticas públicas tem se ocupado dessa temática, com destaque especial para a produção acadêmica internacional e cenários de pesquisa voltados ao âmbito nacional. Entretanto, quando direcionamos essa análise para os Estados subnacionais, a produção ainda é inexpressiva. Ora, como pensar o funcionamento federativo da nação e as finalidades a que esses entes se propõem se não verificarmos o sucesso que eles têm demonstrado em desempenhar as atividades que lhe foram designadas?

Aproximando o debate para as políticas públicas de saúde e para as singularidades que constroem o Sistema Único de Saúde (SUS), torna-se imperioso desvelar tanto suas dinâmicas e dimensões externas quanto a sua lógica intrínseca. Essa perspectiva encontra respaldo na afirmação de Cohn (2006) quando a autora nos fala que

apontar o que está por trás das 'políticas de saúde' não significa reduzir-se ao estudo das medidas de ações adotadas por distintos governos ao longo do tempo, mas sim buscar apontar exatamente 'o que está por trás' disso tudo, e seus efeitos para a frente. Num segundo momento, significa concentrar as atenções para *mostrar as articulações das políticas de saúde com as dimensões econômicas, políticas e sociais da nossa sociedade nos grandes marcos que caracterizam sua trajetória histórica no país, e que consistem nas raízes dos principais desafios que essa área enfrenta hoje*. (Cohn, 2006, p. 233, grifos nossos).

A parcela do estudo das políticas públicas descritas por Cohn e que constrói o objetivo deste estudo é aquela que dirige a sua atenção para o processo de formação da agenda política e que busca, sobretudo, enriquecer qualitativamente as discussões travadas em vários ambientes das denominadas ciências sociais. A Saúde Pública, como parte desse campo de estudo, certamente obterá ganhos relevantes, principalmente, pelo fato de que as investigações dirigidas à compreensão dos processos decisórios que levam à elaboração e à implementação das políticas de saúde permitirão que o arcabouço jurídico institucional em que se sustentam seja contrabalanceado com dados concretos da realidade empírica.

Assim, buscando no SUS conjecturas entre o idealizado e o institucionalizado, entre os princípios e as diretrizes que o orientam e minha experiência profissional - que contradiz o que lhe sustenta, entre alguns serviços desenvolvidos de forma satisfatória e os obstáculos que o representam como ineficiente para a satisfação das necessidades de saúde -, o que persiste é o questionamento: Por que esses “velhos” temas tão caros ao sistema de saúde ocupam um espaço permanente na agenda de governo sem solução?

Para Carvalho e Costa (1988), essa permanência representa um obstáculo à entrada de novos itens na agenda institucional do governo e podem indicar que as divergências de interesses não permitem a acomodação do conflito em torno desses temas. Ainda, de acordo com esses autores, esta circularidade existente deve-se, principalmente, ao fato desses itens estarem sendo tratados em arenas políticas indevidas. Com mais parcimônia, Pinto et al. (2014) afirmam que só será possível responder esse questionamento se considerarmos como as alternativas políticas foram formuladas, quem as apresentou, quem participou do processo decisório e o que prevaleceu, pois são essas informações que possibilitam compreender as dificuldades inerentes aos processos políticos em curso.

O tema da descentralização da saúde, como princípio organizativo do sistema, também se inclui sob essa perspectiva, especialmente quando é analisado temporalmente – partindo dos ideários da reforma sanitária até configuração atual. De acordo com Cohn

(2009), além da circularidade do tema na agenda institucional do governo, o modelo que prevalece na atualidade é a descentralização vista apenas pela ótica funcional e organizacional, que, apesar de importante, subsume a dimensão da consolidação da esfera pública na implantação do SUS, sob pena do seu preceito maior – a saúde como um direito – ser comprometido. Diante dessa perspectiva, Pinto (2004) reitera a necessidade de problematizar-se os arranjos políticos e operacionais que, em cada Estado e/ou município, determinam o avanço ou recuo do processo de incorporação dessa proposta na prática, em especial no que se refere à descentralização dos recursos, do poder decisório e das responsabilidades sobre a organização e a produção dos serviços.

Diante do exposto e para que esse intento seja possível, não nos resta dúvida sobre a necessidade de debruçarmo-nos de forma crítica sobre o sistema, avançando na própria implementação dos seus princípios e de suas diretrizes e, sobretudo, permitindo suplantar os limites e as dificuldades que os processos históricos nos impõem. Não nos propomos, neste estudo, em recriar um novo sistema de saúde ou fundar um método hermenêutico para analisar os ganhos e/ou obstáculos atuais para a consolidação do modelo vigente. O que propomos é trazer para dentro dos limites da realidade já concebida conhecimentos de outras áreas do saber que, quando conciliados a ela, rompam com o caráter linear de suas análises e concepções naturais de causa/efeito, e passem a integrar outros valores, resultando, quiçá, na sua reestruturação e/ou fortalecimento.

Neste trabalho de pesquisa, compreendido como um estudo de caso, analisaremos o processo de formação da agenda governamental que resultou na política de descentralização da saúde no Estado de Santa Catarina, no período de 2003 a 2010 - gestão do Governador Luiz Henrique da Silveira. Partimos da hipótese de que a agenda das políticas de saúde, incluindo a catarinense, possui uma relação de dependência tanto do contexto político quanto do contexto institucional e que essa relação interfere no objetivo a que a agenda propõe. Orientamo-nos, também, pelo pressuposto de que a descentralização pretendida pelo governo Luiz Henrique da Silveira não significou a democratização do processo de tomada de decisão permanecendo, assim, este marcado por características histórico-sociais específicas ao contexto estudado, como o personalismo da cultura política¹ do Brasil.

¹ Utilizamos o conceito de cultura política conforme definido por Teresa Sales (1994): “[...] espécie de cimento das relações, as quais, por sua vez, estão associadas à cultura da dádiva”.

O termo personalismo por nós utilizado não compreende o significado usualmente atribuído ao termo pela ciência política² e, tão pouco, compara-se ao personalismo empregado pelo filósofo francês Emmanuel Mounier³. Ele remonta às raízes ibéricas da colonização brasileira, como os conceitos de patrimonialismo, mandonismo, clientelismo e o coronelismo, ao mesmo tempo que transita entre a dualidade do coletivo e do individualismo, entre a atividade política como uma atividade destinada ao bem comum e a política de práticas não-rationais e particularistas. É dessa tensão dialética que esse personalismo surge: no interstício entre a eficácia institucional e a 'redisposição valorativa individual. Em outras palavras, dos interesses privados expostos como se fossem públicos construindo uma agenda pública a partir de decisões discricionárias. Dentre os modelos teóricos formulados para a análise das políticas públicas, a teoria do ciclo da política pública engloba o conjunto de questões que podem ser formuladas com respeito ao rastreamento das origens de um problema que faz parte da agenda governamental, ou seja, no caso desta pesquisa, a descentralização do sistema de saúde catarinense e a progressão do debate das idéias e interesses acerca da construção da agenda. Este estudo de caso delimita sua análise nos momentos de **pré-decisão e decisão**, ocorridos na cúpula governamental do Estado e instituições ligadas ao processo a fim de compreender o conjunto de fatores que a conduziram ao patamar de problema, chamando a atenção do governo e passando a integrar sua agenda. Essa compreensão perpassa pela identificação dos principais atores envolvidos e suas distintas posições, os mecanismos de negociação, as alianças estratégicas de apoio ou oposição à política e as arenas utilizadas como cenário desse processo. A base empírica deste trabalho, colhida por meio de análise documental e entrevistas semiestruturadas, será analisada pelo modelo teórico *Multiple Streams Framework*, de John W. Kingdon (2003), dada a sua capacidade em explicar como as agendas governamentais são formuladas e alteradas (Capella, 2007; Gomide, 2008; Pinto, 2004; Pinto, 2008; Junkes, 2010; Göttems, 2010).

Assim sendo, este estudo teve como **objetivos**:

² De acordo com Tavares (2011), por personalismo se entende a prevalência, em termos de respeito e de identidade popular, dos atributos do líder político, em detrimento dos limites e atribuições formal-juridicamente prescritos para o respectivo cargo.

³ O personalismo introduzido por Emmanuel Mounier surgiu na França em 1930 através da publicação da revista *Esprit*. Segundo Bobbio et al. (2004), o personalismo comunitário tem suas raízes no cristianismo, existencialismo, no pensamento socialista marxista e não marxista. Para Mounier, universo pessoal não pode ser definido de forma objetiva. visto que a pessoa "é uma atividade vivida de autocriação de comunicação e adesão que aprende e conhece a si mesmo em seu próprio ato como movimento de personalização". Esta corrente exerceu considerável influência na Europa na década de 1940 quando destaca-se o estatuto público da pessoa que interviu na Constituição Francesa de 1946.

Geral:

Investigar **por que** e **como** se deu o processo de descentralização no Estado de Santa Catarina, especialmente na área da saúde, tendo como ponto central da análise os momentos de **decisão** e **pré-decisão** referentes aos problemas e às políticas que constituem o objeto do processo decisório.

Específicos:

- identificar a articulação empreendida entre a reforma administrativa do Estado e a construção da política de descentralização da saúde.
- identificar como os problemas, as alternativas e o meio político se inter-relacionaram-se na inserção da política de descentralização na agenda e na formalização da mesma no Governo de Santa Catarina.
- identificar e analisar a atuação dos atores governamentais e não governamentais na implantação das propostas de constituição da política de descentralização da saúde em Santa Catarina.

Este estudo perpassa os campos teóricos da saúde pública no que se refere ao estudo das políticas de saúde e ao domínio das ciências sociais na análise da política pública. Em relação ao domínio da saúde pública, de acordo com Cohn (2006), esta tese configura-se como uma estudo de natureza política e, portanto, envolve a análise das dimensões técnicas (estudos epidemiológicos na área da saúde pública) e da dimensão política (processos de tomada de decisão, as regras, as instituições e as disputas entre os interesses pessoais e de grupos sociais). Sob o domínio das ciências sociais, esta tese está situada no conjunto de trabalhos que abordam o processo de formação da política, ou seja, trata-se de uma análise do processo de formulação, com ênfase nas fases **pré-decisional** e **decisional** e que busca explicar como a política surgiu e por que surgiu.

A tese está organizada da seguinte forma: no **Capítulo I - A problemática da pesquisa e as questões teóricas** - apresentamos, em quatro momentos, a construção temática deste estudo. Inicialmente, abordamos a origem e a ontologia do termo políticas públicas, bem como suas definições e modelos de análise. Em um segundo momento, expomos, em profundidade, o modelo de Kingdon (2003) com o detalhamento das suas categorias de análise, visto que este consubstancia esta pesquisa. Após, apresentamos os conceitos de federalismo e de descentralização, seu caráter relacional com as políticas públicas e seus desdobramentos no cenário nacional. Por fim, trazemos a discussão do conceito de descentralização como princípio organizativo do Sistema Único de Saúde

(SUS). Nesse momento, resgata-se a história do sistema, seu compromisso com esse princípio e a contextualização do cenário atual visualizado sob essa perspectiva.

No **Capítulo II - Procedimentos metodológicos** - expomos o tipo de investigação desenvolvida, com a opção pelo estudo de caso, a definição dos atores, as técnicas, os instrumentos da investigação e o método de análise.

No **Capítulo III - O contexto da pesquisa** - apresentamos o campo de estudo, aspectos sócio-econômicos e de infraestrutura, a evolução histórica e os aspectos culturais presentes, bem como os indicadores que permitem avaliar tanto a situação da saúde durante o período estudado quanto ilustrar as consequências tangíveis da política de descentralização da saúde que esses indicadores permitem mensurar.

No **Capítulo IV - A análise da agenda governamental de descentralização da saúde no Estado de Santa Catarina** - apresentamos sob a forma de narrativas como e por que foi construída a agenda governamental da política de descentralização da saúde em Santa Catarina. A **primeira narrativa** traz como cenário o primeiro mandato do governador Luiz Henrique da Silveira e, temporalmente, concentra-se entre 2003 e 2006. Apresentamos os eventos mais significativos da sua gestão, o contexto social e político em que as reformas de Estado foram empreendidas, as arenas utilizadas e os atores envolvidos no momentos de pré-decisão e decisão quando na elaboração da agenda governamental da política de descentralização da saúde. A **segunda narrativa** representa, temporalmente, o período entre 2007 e 2010 e, com ele, o segundo mandato do governador Luiz Henrique da Silveira. Essa narrativa, assim como a do primeiro mandato, acompanha o processo de formação da agenda da política de saúde. Por fim, a **terceira narrativa** analisa o contexto relatado nas narrativas anteriores sob a ótica do modelo teórico “*multiple streams*”. Ressaltamos que essas narrativas objetivaram dialogar os elementos constitutivos do caso estudado com o aporte teórico que busca trazer significado aos achados.

Nas **Considerações finais**, apontamos as respostas para os nossos objetivos iniciais e à necessidade de compreender a totalidade de fatores existentes que transitam entre os processos políticos e a formulação das políticas públicas visto que a análise dessa relação implica na construção de políticas, incluindo a política de saúde, mais factíveis com as suas proposições.

Assim como Kingdon (2003), na formulação do seu modelo teórico, esperamos que este trabalho possa agregar valor ao campo da saúde pública com o aprofundamento de modelos de análise de políticas de saúde que abordem o processo de formação e seus

desdobramentos, considerando a saúde como um campo dinâmico, com problemas e custos crescentes e, sobretudo, impregnado por interesses e ideologias.

2. A PROBLEMÁTICA DA PESQUISA E AS QUESTÕES TEÓRICA

2.1. POLÍTICAS PÚBLICAS: CONTEXTOS, DEFINIÇÕES E MODELOS DE ANÁLISE

Segundo Souza (2007) quando entendemos a origem e a ontologia de uma área do conhecimento temos uma melhor compreensão dos seus desdobramentos, suas trajetórias e suas perspectivas. Partindo dessa premissa, iniciamos este breve debate sobre o tema das políticas públicas abordando como e o porquê do surgimento dessa área de pesquisa, especialmente no contexto brasileiro. Em um segundo momento, discutiremos algumas definições sobre o tema e, por fim, trataremos sobre os principais modelos de análise utilizados com ênfase para o referencial teórico desta pesquisa.

Rocha (2010) afirma que as políticas públicas e sua análise são tão antigas como a civilização e cita diversos exemplos ocorridos na história da humanidade. Épicos ou não, exemplos de políticas públicas são importantes para observar o quanto essas ações permeiam a vida em sociedade, visto que quem age, nesse caso o governo, não pode ser tratado pelo analista como uma organização monolítica e apartada da sociedade, pois esta não apenas o influencia e o legitima, como também é, em grande parte, modelada e transformada pelas políticas governamentais (Cortes; Lima, 2012).

A política pública, como área de conhecimento e disciplina acadêmica, surge nos Estados Unidos e rompe com uma tradicional trajetória europeia de estudos e de pesquisas na área que se concentravam mais na análise sobre o papel do Estado e suas instituições do que na produção dos governos. Assim, a área surge academicamente sem estabelecer relações com as bases teóricas sobre o papel do Estado, passando diretamente para a ênfase nos estudos sobre a ação dos governos (Souza, 2007).

Segundo Secchi (2013), corroborado também nas citações de Rocha (2010), o ano de 1951 pode ser considerado o marco de estabelecimento da área disciplinar de estudos em políticas públicas. Esse marco deve-se, principalmente, pela publicação do livro de Daniel Lerner e Harold D. Laswell, "*The policy sciences*", no qual é discutido o crescente interesse de pesquisadores sobre a formulação e a avaliação de impacto das políticas públicas. Ainda nessa obra, Laswell delimita esse campo do conhecimento como multidisciplinar, orientado para a resolução de problemas públicos concretos e explicitamente normativos. Enfatiza ainda o autor que as "*policy sciences*" devem ser marcadamente pluridisciplinares, isto é, devem usar as ciências sociais com o objetivo de

explicar como se formam as políticas públicas, como são decididas e implementadas, bem como avaliar seus resultados.

Passados cinquenta anos dessa publicação, os fundamentos disciplinares do estudo das políticas públicas permanecem multidisciplinares, tendo como base as ciências políticas, a sociologia e a economia (Souza, 2007). Contudo, outras disciplinas abastecem esse campo como a administração pública, a teoria das organizações, a engenharia, a psicologia (Secchi, 2013) e, ainda que de forma incipiente, a saúde pública. Reduzir essa área de conhecimento em um único campo de estudo seria negar a complexidade existente nas relações entre Estado e sociedade.

De acordo com Cortes e Lima (2012) essa constatação aplica-se tanto à disciplina acadêmica que estuda as práticas sociais presentes no processo de elaboração, implementação e avaliação de políticas, quanto às práticas ou ações de atores e decisores políticos. As autoras complementam ainda que

além desta ambiguidade de se referir a abordagens analíticas e práticas sociais, a análise de políticas públicas está impregnada por uma ambivalência implícita: ela é, ao mesmo tempo, uma disciplina específica, com objeto próprio cuja definição tem motivado intensos debates, e um campo claramente interdisciplinar, com fronteiras disciplinares porosas, especialmente entre as ciências sociais básicas e aplicadas que oferecem fundamentos teóricos e metodológicos desse campo de conhecimento. (Cortes; Lima, 2012, p. 33-34).

Nessa trajetória, a área de políticas públicas consolidou um *corpus* teórico próprio, um instrumental analítico útil e um vocabulário voltado à compreensão de fenômenos de natureza político-administrativa. Esse conhecimento vem sendo largamente utilizado por pesquisadores, políticos e administradores que lidam com os problemas públicos em diversos setores de intervenção (Secchi, 2013)⁴.

Segundo Celina Souza (2006; 2007), vários fatores contribuíram para o aumento da visibilidade dessa área de conhecimento. O primeiro fator foi a adoção, pelos países em desenvolvimento, de políticas restritivas de gastos, passando, a partir destas, o conhecimento sobre o desenho, a implementação e o processo decisório das políticas públicas a ter maior visibilidade. O segundo fator diz respeito às novas visões sobre o

⁴ De acordo com Secchi (2013), o uso dos conhecimentos produzidos na área de políticas públicas para estudos setoriais, aparentemente distantes uns dos outros, justifica-se pelo compartilhamento transversal de características político-administrativas: a) problemas públicos surgem de forma semelhante ; b) o estudo de alternativas de solução para problemas públicos ocorre de forma similar; c) os métodos de tomada de decisões são semelhantes; d) os obstáculos de implementação são essencialmente parecidos; e) a avaliação do impacto das políticas públicas nesses setores também pode ser feita de forma analiticamente parecida. Ou seja, independentemente do setor de intervenção, políticas públicas são desenhadas em contextos institucionais com traços comuns, os atores políticos comportam-se de maneira semelhante, e os conteúdos das políticas públicas podem ser analiticamente reduzidos a poucas categorias gerais.

papel dos governos que substituíram as políticas keynesianas do pós-guerra por políticas restritivas de gasto, levando, conseqüentemente, esses governos a condicionar suas políticas públicas ao cumprimento do ajuste fiscal e do equilíbrio orçamentário entre receita e despesa. Por fim, o terceiro fator está relacionado com a dificuldade por parte da maioria dos países em desenvolvimento e de democracia recente ou recém-democratizados em formar coalizões políticas capazes de equacionar desenhos de políticas públicas que promovam, ao mesmo tempo, o desenvolvimento econômico e a inclusão social de grande parte de sua população. Entretanto, complementa a autora, “respostas a esse desafio não são fáceis, nem claras ou consensuais. Elas dependem de muitos fatores externos e internos. [...] o desenho das políticas públicas [...] também influenciam os resultados dos conflitos inerentes às decisões sobre políticas públicas” (Souza, 2007, p. 66).

Ao considerar o cenário nacional, vale pontuar, brevemente, a trajetória percorrida pela agenda de pesquisas sobre o Estado, que, de acordo com Hochman et al. (2007), inicia-se nos anos de 1970 com a concentração de estudos em torno das suas macro-características e do seu papel no desenvolvimento da nação, de uma ordem política moderna e de um capitalismo de base nacional. Já, na década de 1980, com o início efetivo dos estudos de políticas públicas no Brasil, as pesquisas realizadas, ao mesmo tempo que trazem luz aos atores, aos interesses e aos processos presentes em cada política setorial, constroem um arcabouço substancial sobre o padrão brasileiro de produção de políticas públicas. Entretanto, com o processo de redemocratização em vigência no país e a preocupação em democratizar o acesso a serviços e à participação política, modifica-se novamente a agenda de pesquisa vigente, que agora passa a concentrar seu esforço analítico tanto na interpretação das políticas setoriais quanto na proposição de alternativas de desenho institucional. Por fim, nos anos de 1990, um novo deslocamento dessa agenda é observado. Influenciada pela literatura sobre processo decisório e neo-institucionalista em suas várias vertentes, a análise dessa produção passa a ser examinada fortemente pelo viés de suas relações com as instituições políticas, tendo como variável explicativa central a capacidade de afetar as estratégias dos atores e as suas decisões⁵.

Complementando a trajetória descrita, Melo (1999), citado por Cortes e Lima (2012, p. 66), afirma que, no Brasil, até o final dos anos de 1990, o campo das políticas públicas era apropriadamente descrito como de institucionalização bastante incipiente, marcado

⁵ Para uma análise sobre o panorama do crescimento e do desenvolvimento do estudo de políticas públicas nas décadas de setenta, oitenta e noventa no cenário internacional consultar a obra de Rocha (2010).

por uma fragmentação organizacional e temática e pela “prevalência de burocracias públicas na produção de análises sobre políticas”. Nos últimos anos, o campo das políticas públicas expandiu-se de forma significativa, dando-se essa ampliação, prioritariamente, pela crescente importância que a questão da promoção do desenvolvimento conjugado a políticas sociais passou a ocupar na agenda governamental, bem como pelo aumento de empregos, seja na administração pública ou privada, especialmente naquelas envolvidas na provisão de serviços sociais.

No que tange à conceituação de políticas públicas, Zioni e Almeida (2008) afirmam que esta se constitui uma tarefa difícil ou mesmo inadequada, visto que os embasamentos que constroem essas conceituações variam de acordo com a tradição e com o enfoque teórico utilizado. Porém, vários autores buscaram sua definição⁶. Dentre as existentes, Souza (2007, p. 68) afirma que a mais clássica continua sendo a atribuída a Lowi quando este afirma que política pública “é uma regra formulada por alguma autoridade governamental que expressa a intenção de influenciar, alterar, regular, o comportamento individual ou coletivo através do uso de sanções positivas ou negativas.”

Para Rocha (2010, p. 26), uma das definições clássicas sobre o termo é dada por Dye (1975): “*public policy is whatever governments choose to do or not to do*”. Ainda, segundo Rocha, embora possa ser considerada ambígua, essa definição permite-nos explicar aquilo que se entende, tradicionalmente, por Políticas Públicas. Em primeiro lugar, trata-se de políticas desenvolvidas pelo governo e outras autoridade públicas cujos atores não governamentais podem apenas participar e influenciar o desenvolvimento de políticas⁷. Em segundo lugar, trata-se de escolhas que visam a produção de resultados e não apenas a criação de uma lei, ou seja, inclui também todas as ações subsequentes à decisão formulada por essa lei. Em terceiro lugar, as políticas referem-se ao que os governos fazem e não ao que tencionam fazer, ou seja, devem necessariamente gerar

⁶ Segundo Souza (2007), considera-se que a área de políticas públicas contou com quatro grandes fundadores: H. Laswell, H. Simon, C. Lindblom e D. Easton. Além das diferentes temporalidades de suas publicações a grande divergência encontrada entre estes chamados “pais” fundadores dá-se no grau de racionalidade utilizado no processo de formulação de políticas públicas.

⁷ De acordo com Secchi (2013), na literatura especializada de estudos de políticas públicas, alguns autores e pesquisadores defendem a abordagem estatista, enquanto outros defendem as abordagens multicêntricas no que se refere ao protagonismo no estabelecimento de políticas públicas. A abordagem estatista ou estadocêntrica considera as políticas públicas monopólio de atores estatais. Segundo essa concepção, o que determina se uma política é ou não “pública” é a personalidade jurídica do ator protagonista. Já a abordagem multicêntrica considera organizações privadas, organizações não-governamentais, organismos multilaterais, redes de políticas públicas (*policy networks*), juntamente aos atores estatais, protagonistas no estabelecimento das políticas públicas. Autores dessa abordagem atribuem o adjetivo “público” a uma política quando o problema que se tenta enfrentar é público. Ainda, segundo Secchi, a abordagem multicêntrica envolve a existência de múltiplos centros de tomada de decisão dentro de um conjunto de regras aceitas. Ou seja, as políticas públicas são elaboradas dentro do aparato institucional-legal do Estado, embora as iniciativas e as decisões tenham diversas origens.

*outputs*⁸. Em quarto lugar, as políticas públicas podem ser positivas ou negativas já que a política de “*laissez faire*” é uma política que pode ter impacto para a sociedade e para alguns dos seus grupos. E, finalmente, a formulação de uma política, se for positiva, toma normalmente a forma de uma lei.

Para Souza (2006), o pressuposto analítico que fundamenta a constituição do campo das políticas públicas é que nas democracias estáveis o que o governo faz ou deixa de fazer é passível de ser: (a) formulado cientificamente; e (b) analisado por pesquisadores independentes. Souza define política pública de forma objetiva:

como o campo do conhecimento que busca, ao mesmo tempo, colocar o 'governo em ação' e/ou analisar essa ação (variável independente) e, quando necessário, propor mudanças no rumo ou dessas ações (variável dependente). A formulação de políticas constitui-se no estágio em que os Governos democráticos traduzem seus propósitos e plataformas eleitorais em programas e ações que produzirão resultados ou mudanças no mundo real. (Souza, 2006, p. 26, grifos do autor).

Couto (2005) também desenvolve uma discussão referente ao conceito de política pública, partindo de três dimensões da política: a da política constitucional, a da política competitiva e a das políticas públicas. Segundo o autor, a política constitucional refere-se aos elementos constitucionais do Estado no qual estão previstas todas as características e a natureza de um Estado. A política competitiva, por sua vez, traz em si a ideia de jogo político e é nesse campo que as decisões do governo são tomadas e que a estrutura estatal é transformada. Por fim, a dimensão das políticas públicas constitui tudo aquilo que o Estado gera como resultado do seu funcionamento ordinário. O autor complementa sua análise afirmando que

a produção das políticas públicas é condicionada tanto pela política competitiva, como pela política constitucional, sendo que esta define duas coisas. Primeiramente, o parâmetro possível no âmbito do qual a competição política pode se desenvolver. Em segundo lugar, os conteúdos legítimos das políticas públicas concretizadas como um desfecho do jogo político – determinando os programas de ação governamental iniciados, interrompidos, alterados ou que têm prosseguimento. (Couto, 2005, p. 96).

Na mesma perspectiva, Frey (2000), em uma revisão sobre *policy analysis*, identifica três dimensões da política pública: a dimensão institucional (*polity*), que se

⁸ Essa é uma afirmação contraditória. Alguns autores como Bachrach e Baratz (1962), citado por Souza (2007, p. 68), e Fernandes (2010, p. 43), citado por Secchi (2013, p. 06), afirmam que não fazer nada em relação a um problema também é uma forma de política pública. Para este estudo, compartilhamos das afirmações de Secchi (2013) e Rocha (2010) as quais apontam que as situações de omissão ou negligência governamental não devem ser consideradas políticas públicas, mas apenas a falta de inserção do problema na agenda formal.

refere à organização do sistema político, delineada pelo sistema legal e jurídico e pela estrutura institucional do sistema político-administrativo; a dimensão processual (*politics*), que se refere ao processo político, frequentemente conflituoso em relação à imposição de objetivos, aos conteúdos e às decisões de distribuição dos custos e benefícios de uma dada política pública; e a dimensão material (*policy*), que se refere aos conteúdos concretos que envolvem a configuração dos programas políticos, aos problemas técnicos e ao conteúdo material das decisões políticas.

Torna-se importante destacar a afirmação de Secchi (2013) quando ele nos diz que países de língua latina, como o Brasil, a Espanha, a Itália e a França encontram dificuldades na distinção de alguns termos utilizados nessas definições como, por exemplo, o termo “política”, visto que ele pode assumir duas conotações principais que os países de língua inglesa conseguem diferenciar usando os termos *politics* e *policy*. Ainda, segundo o autor, *politics*, na concepção de Bobbio (2002), é a atividade humana ligada à obtenção e manutenção dos recursos necessários para o exercício do poder sobre o homem. O segundo sentido da palavra “política” é expresso pelo termo *policy* o qual engloba a dimensão mais concreta do termo e que tem relação com orientações para a decisão e ação. Por fim, ressalta o autor, o termo “política pública” (*public policy*) está vinculado a esse segundo sentido da palavra “política”, visto que políticas públicas tratam do conteúdo concreto e do conteúdo simbólico de decisões políticas e do processo de construção e de atuação dessas decisões.

Contudo, mesmo diante dessa variabilidade epistemológica e dos conceitos atribuídos ao termo políticas públicas, o que torna importante ressaltar é que essas definições formuladas, mesmo as minimalistas, guiam nossas análises para o *locus* onde os embates em torno de interesses, de preferências e de ideias desenvolvem-se, isto é, os governos. Segundo Souza (2007), apesar das várias definições de políticas públicas optarem por abordagens diferentes, em geral, elas assumem uma visão holística do tema, uma perspectiva de que o todo é mais importante do que a soma das partes e que indivíduos, interações, ideologias e interesses contam, mesmo que existam diferenças sobre a importância relativa a esses fatores.

Entretanto, Fernandes (2010) ressalta que os sujeitos em geral são levados a acreditar que as políticas públicas possuem tão-somente uma dimensão administrativa ou técnica, cuja implementação depende, quase que exclusivamente, da compreensão da mecânica institucional do Estado. O autor esclarece que as políticas públicas também possuem uma dimensão política, sobretudo porque representam intervenções na vida

social em que o processo decisório é constituído por negociações e intermediações entre grupos de interesse.

Essa afirmação encontra respaldo na citação de Eduardo Marques (1997) quando o autor nos diz que a própria ciência política no Brasil, por muito tempo, também interpretou o processo de decisão e de ação prática não como uma questão central, visto que as principais correntes teóricas, como o marxismo, a teoria sistêmica e o pluralismo centravam sua análise nas questões estruturais - superiores e exteriores. Segundo tais teorias, as ações práticas de governo eram resultado das dinâmicas estruturais da sociedade capitalista. A questão do jogo de interesses, a disputa pela hegemonia e o conflito de classes eram vistos como menos relevantes. Nessa visão, o governo apenas executava o que já fora decidido pela dinâmica econômica, sendo o processo governamental apenas relativo à superestrutura. Ao longo do século XX, a ciência política enfatizou mais o jogo político, a formação de classes, a estrutura e o funcionamento do sistema político e o processo de “produção” de consenso do que propriamente as políticas públicas de fato.

Secchi (2013) também aborda esse direcionamento da ciência política tradicional para a análise das *policies* como resultado das dinâmicas de enfrentamento, disputa de poder e resolução de interesses entre os atores (*politics*). Como exemplo Secchi (2013, p. 23) cita David Easton (1953) e seus seguidores da escola de pensamento sistêmico das ciências políticas que entendiam as políticas públicas como um produto do processo político que transforma *inputs* (demandas e apoios) em *outputs* (decisões e ações).

Entretanto, de acordo com Cohn (2006), os estudos sobre políticas públicas, incluindo as políticas de saúde, tratam,

necessariamente, de duas dimensões fundamentais que envolvem o processo de formulação e implementação das políticas de saúde: a dimensão do exercício do poder, e a dimensão da racionalidade que está envolvida nas propostas de organização, reorganização e de escolha de prioridades ao se eleger uma dentre várias possibilidades para a área da saúde fazer frente às necessidades de saúde da população de cidadãos que está sob a autoridade e responsabilidade do Estado. Assim sendo, é na dimensão política de nossas sociedades que se verificam os processos de tomada de decisão e imposição para a sociedade pelo poder do Estado de determinadas diretrizes de ação e organização setorial sobre outras. (Cohn, 2006, p. 233).

Nesse sentido, torna-se necessário que se leve em consideração, quando se trata de políticas públicas, incluindo as políticas de saúde, tanto o processo de tomada de decisão por parte do Estado ante uma série de possibilidades de escolhas quanto o

processo de definição das responsabilidades pela implementação dessas políticas, nos diversos níveis de governo.

Nas últimas décadas, alguns modelos explicativos foram desenvolvidos para se entender melhor como e por que o governo faz ou deixa de fazer alguma ação que repercutirá na vida dos cidadãos, ou seja, o processo decisório das políticas públicas. Souza (2006; 2007) faz um significativo mapeamento dos principais modelos desenvolvidos, no intuito de guiar os decisores políticos no momento de elaborar uma determinada política pública, a saber: tipo de política pública; teoria da escolha racional; incrementalismo; o ciclo da política pública; modelo “*garbage can*”; coalizão de defesa; arenas sociais; modelo do “equilíbrio pontuado”; modelos influenciados pelo “novo gerencialismo público” e pelo ajuste fiscal. Vale explicitá-los para melhor contextualização do debate.

O modelo “**Tipo da Política Pública**”, o qual trabalha as tipologias mais conhecidas sobre política pública, no qual defende que a política pública determina a política, ou seja, dependendo do tipo de política pública que está em jogo, a estruturação dos conflitos, das coalizões e o equilíbrio de poder modificam-se. Diante dessa perspectiva, o elemento mais básico de uma análise de política pública é a verificação do tipo de política pública que se está analisando⁹.

Especificamente para Theodor Lowi (1964, 1972), citado por Souza (2006; 2007) e por Frey (2000), cada política pública encontra diferentes formas de apoio e de rejeição e que disputas em torno da sua decisão passam por arenas¹⁰ diferenciadas, podendo assumir quatro formatos. O primeiro diz respeito às políticas distributivas, ou seja, referem-se às ações que geram impactos mais individuais do que universais e, por esse motivo, são caracterizadas por um baixo grau de conflito dos processos políticos, visto que essas políticas só parecem distribuir vantagens e não acarretam custos para outros grupos. O segundo grupo são as políticas regulatórias, que possuem atores mais visíveis, tais como burocracia, políticos e grupos de interesse. Elas trabalham com ordens e proibições, decretos e portarias. Ressalta-se, ainda, que os efeitos de custo e de benefícios não são determináveis de antemão, visto que dependem da configuração concreta das políticas. Nesse formato, os processos de conflito, de consenso e de coalização podem se modificar conforme a configuração específica das políticas. O terceiro formato são as políticas redistributivas, que tem por objetivo atingir o maior

⁹ Para um aprofundamento sobre as principais tipologias de políticas públicas bem como as limitações do seu uso, ver Secchi (2013).

¹⁰ A concepção de arena política será apresentada ainda neste capítulo.

número de pessoas. Elas impõem perdas para alguns grupos, gerando forte disputa política e repleta de conflitos, são as políticas sociais universais. O quarto tipo são as políticas constitutivas, as quais desenham o sistema de procedimentos. Elas podem também ser chamadas de “políticas modificadores de regras” (Frey, 2000, p. 224), pois determinam as regras do jogo e, com isso, a estrutura dos processos e dos conflitos políticos. Cada uma dessas políticas públicas tem um determinado grupo de atores políticos que as apoiam e outro que tentam vetá-las. Entretanto, tanto para Secchi (2013) quanto para Frey (2000), a suposição de Lowi (1972) pode ser até válida para um campo específico de política ou um “*policy issue*” sob condições particulares, mas de forma alguma serve como “lei global”. Para esses autores ambas concepções são válidas e não são mutuamente excludentes, visto que um mínimo esforço analítico traria facilmente exemplos em que a política é capaz de determinar as políticas públicas e vice versa.

Outro modelo é o **Incrementalismo**, o qual tem como principais autores Lindblom (1979), Caiden e Widavsky (1980). Nesse modelo, a política pública é tida como um processo incremental, no qual os recursos governamentais para um programa não partem do zero e saem de decisões marginais que fortalecem, ao longo do tempo, os programas públicos existentes. Com isso, as decisões governamentais seriam apenas incrementais e pouco substantivas.

No modelo “**Garbage Can**” ou “**Lata de Lixo**”, desenvolvido por Cohen, March e Olsen (1972), os autores afirmam que as soluções para os problemas são feitas como se as alternativas estivessem em uma lata de lixo; como se houvesse vários problemas e poucas soluções. Dessa forma, quando surge um problema, as soluções não são necessariamente criadas para o problema em questão, mas os decisores (*policy makers*) escolheriam uma alternativa dentre as diversas possíveis. As organizações seriam formas anárquicas com um conjunto de ideias pouco consistentes. Segundo Souza, nesse modelo “a compreensão do problema e das soluções é limitada, e as organizações operam em um sistema de tentativa e erro. Em síntese, esse modelo advoga que as soluções procuram problemas” (Souza, 2006, p. 31).

As principais categorias do *Garbage Can* são problemas, soluções, participantes e oportunidades de escolha. Vale destacar o tratamento que os autores do modelo dão ao processo decisório, evidenciando elementos não considerados pela abordagem racional, tais como: limitação da racionalidade, conflito, ambiguidade de preferência nas organizações, substituição da ordem consequencial pela ordem temporal e rumo não-aleatório das decisões. De acordo com Humberto Martins (2003),

trata-se de uma abordagem que considera que as decisões estão sujeitas a influências de dimensões não formais das organizações (regras tácitas, valores, crenças, papéis institucionalizados, preferências e objetivos pessoais) que se constituem uma restrição à racionalidade (à escolha de alternativas possíveis sobre e para as quais há informação disponível, baseada em critérios de eficiência, cálculo e consequência). Em síntese, ao presumirem que as organizações influenciam o processo decisório, admitem o descolamento da estrutura organizacional formal da estrutura 'real' institucionalizada, pressuposto esse do legado do institucionalismo sociológico. (Martins, 2003, p. 42, grifos do autor).

Outro modelo conceitual que busca a analisar as ações governamentais é o modelo da **Coalizão de Defesa**, proposto, originalmente, por Sabatier e Jenkins-Smith em 1988. Segundo Souza (2006) e Secchi (2014), o modelo busca compreender o processo político baseado no contexto da política. Os autores citam Weible e Sabatier (2009) para afirmar que o modelo é baseado na integração dos estágios do ciclo de políticas públicas, com ênfase na definição dos problemas, na formulação, na implementação e na avaliação da política, considerando aspectos *top down*¹¹ e *bottom up*¹² para a análise (Souza, 2006; Secchi, 2014). Não obstante, Souza (2006), afirma que, nesse modelo, a política pública seria um conjunto de subsistemas estáveis que se articulam com o contexto, o qual, por sua vez, confere os parâmetros para os constrangimentos e os recursos necessários de cada política pública. Além disso, os autores desse modelo afirmam que crenças, valores e ideias são elementos importantes no processo de formulação de políticas públicas, geralmente ignorados por outros modelos. Cada subsistema que está integrado a uma política pública é composto por uma ou várias coalizões de defesa, que se distinguem pelos seus valores, pelas suas crenças e pelos recursos de que dispõem. Ainda, sobre esse modelo, Capella (2004) e Rocha (2010) relatam que a mudança de agenda é função da competição interna, dentro de cada subsistema e influenciada por eventos fora do subsistema.

De acordo com Rocha (2010), a teoria parte de quatro premissas básicas: 1) a compreensão de mudanças políticas segundo uma análise ao longo do tempo para se ter uma perspectiva da evolução; 2) a forma mais concreta de pensar a mudança consiste

¹¹ De acordo com Secchi (2013, p. 60), o modelo *top-down* (de cima para baixo) é caracterizado pela separação clara entre o momento de tomada de decisão e o de implementação, em fases consecutivas. Esse modelo é baseado na distinção wilsoniana entre "política e administração" (Wilson, 1887) no qual os tomadores de decisão (políticos) são separados dos implementadores (administração). Ainda, segundo o autor, esse modelo parte de uma visão funcionalista e tecnicista de que as políticas públicas devem ser elaboradas e decididas pela esfera política e que a implementação é mero esforço administrativo de achar meios para os fins estabelecidos.

¹² De acordo com Secchi (2013), o *bottom-up* (de baixo para cima) é caracterizado pela maior liberdade de burocratas e rede de atores em auto-organizar e modelar a implementação de políticas públicas. Nesse modelo é reconhecida a limitação da decisão tecnológica. Os implementadores têm maior participação no escrutínio do problema e na prospecção de soluções durante a implementação e, posteriormente, os tomadores de decisão legitimam as práticas já experimentadas.

em focar a análise nos “*policy sub-systems*”, isto é, a interação dos atores de diversas instituições que procuram influenciar as decisões governamentais; 3) os subsistemas envolvem, normalmente, atores de todos os níveis do governo; 4) as políticas públicas e os programas incorporam teorias de como prosseguir determinados objetivos. O autor apresenta-nos uma síntese do modelo apresentado por meio de uma figura esquemática.

Figura 1 - A teoria da coligação de interesses nas mudanças das políticas ou “*Advocacy Coalition*”
Extraído de: Rocha (2010).

Na figura, do lado esquerdo, são apresentados dois conjuntos de variáveis externas: uma relativamente estável e outra dinâmica, porém existem fatores mais dinâmicos como a mudança de opinião pública. No subsistema, assume-se que os atores estão agregados a um determinado número de alianças compostas por pessoas de várias organizações privadas e governamentais que têm em comum o mesmo pensamento sobre determinada política. Nesse processo, podem haver conflitos de alianças sendo estas geridas pelos chamados “*policy brokers*”, cuja função é encontrar compromissos que possam reduzir esses conflitos. Como resultado, surgem os

programas governamentais que produzem *outputs* que se traduzem em impactos e em variados efeitos laterais (Rocha, 2010).

A **Arena Social** é um modelo que analisa a política pública como iniciativa de empreendedores políticos. Para que algum problema da realidade ganhe visibilidade para fazer parte da agenda pública, é preciso que as pessoas se convençam de que é preciso uma atitude para solucioná-lo. Nesse momento, surgem os *policy makers* do governo, estes passam a prestar atenção em alguns temas e ignorar outros. Segundo esse modelo, existiriam três formas para que os decisores e formuladores passassem a prestar atenção em algum problema: 1) divulgação de indicadores que desnudam a dimensão do problema; 2) eventos tais como desastres; 3) informações que mostram as falhas da política atual (Souza, 2006).

No que tange ao modelo do **Ciclo da Política Pública**, este analisa as ações governamentais como um ciclo deliberativo, formado por vários estágios e constituindo um processo dinâmico e de aprendizado. Segundo Souza (2006), os estágios que compõem esse ciclo são: definição de agenda, identificação de alternativas, avaliação das opções, seleção das opções, implementação e avaliação¹³. Ainda, conforme a autora, essa abordagem enfatiza sobretudo a definição da agenda, focalizando algumas de suas vertentes mais os participantes do processo decisório e outras o processo de formulação das políticas públicas.

Já, para Secchi (2013), o Ciclo de Políticas Públicas pode ser definido como um esquema de visualização e de interpretação que organiza a vida de uma política pública em fases sequenciais e interdependentes. O autor restringe o modelo a sete fases principais, coincidindo as seis primeiras com as expostas por Souza (2006) e Capella (2004) acrescidas de uma última fase: extinção¹⁴. Ainda, segundo Secchi (2013), apesar da sua utilidade heurística, o ciclo de políticas públicas raramente reflete a real dinâmica ou vida de uma política pública, visto que as fases geralmente se apresentam misturadas e as sequências se alternam. Essa afirmativa também é citada por Capella (2004) quando

¹³ De acordo com Capella (2004), na visão tradicional, o ciclo de políticas públicas é composto basicamente de seis fases: (a) reconhecimento do problema, quando a atenção dos *policy makers* é voltada a um problema que porventura necessite da ação governamental; (b) formação da agenda, a partir do momento em que o problema começa a ser tratado com maior seriedade e é dado espaço na agenda governamental; (c) formulação da política, quando são desenvolvidas propostas que lidem com os problemas; (d) adoção da política, quando são feitos esforços para se obter o apoio necessário para reconhecimento da política no governo; (e) implementação da política, quando a política se transforma em um programa, a ser implementado pela burocracia; (f) monitoramento e avaliação da política, quando da avaliação dos resultados e impactos da política, analisando-os frente aos resultados planejados.

¹⁴ Frey (2000) propõe uma outra subdivisão de análise, a saber: percepção e definição de problemas, 'agenda-setting', elaboração de programas e decisão, implementação de políticas e, finalmente, a avaliação de políticas e a eventual correção da ação.

a autora nos diz que esses estágios distintos e bem definidos, chamados de “*stages heuristic*”, não são acurados

já que, por exemplo, a avaliação de um programa de governo pode afetar a construção de agenda, ou modificar o processo de implementação. Ainda, assumir que as políticas são formadas em apenas um ciclo é simplificar os inúmeros fluxos de alternativas sendo geradas nos diferentes níveis de governo. A perspectiva de que a política pública deva ser em etapas tem seu foco na construção de grandes peças de legislação e acaba negligenciando a análise de legislações e políticas públicas menos relevantes. [...] entender o processo de formulação de políticas públicas envolve, antes de mais nada, entender os objetivos e percepções dos múltiplos atores – técnicos e políticos – que compõem um determinado tema de interesse, em espaços de tempo que podem chegar a décadas. (Capella, 2004, p. 40).

Ainda, referenciando Leonardo Secchi (2013), o autor cita Wildavsky (1979), Cohen, March e Olsen (1972) e artigos acadêmicos que discutem qual seria a melhor sequência para explicar a vida de uma política pública¹⁵. Por fim, Secchi ressalta que, apesar de todas as ponderações, o modelo do ciclo tem uma grande utilidade: “ajuda a organizar as idéias, faz com que a complexidade de uma política pública seja simplificada e ajuda políticos, administradores e pesquisadores a criar um referencial comparativo para casos heterogêneos” (Secchi, 2013, p. 44).

Para Frey (2000, p. 226), a utilidade do modelo para a “*policy analysis*” dá-se, principalmente, pelo fato de que as redes e as arenas das políticas setoriais podem sofrer modificações no decorrer dos processos de elaboração e de implementação das políticas, sendo de primordial importância ter-se em conta o caráter dinâmico desse processo. O autor complementa ainda que as sequências do processo político-administrativo podem ser investigadas no que diz respeito às “constelações de poder, às redes políticas e sociais e às práticas político-administrativas que se encontram tipicamente em cada fase”.

Independentemente das subdivisões associadas a esse modelo, a teoria do ciclo da política pública indica-nos que o caminho seguido por uma política inicia com a elaboração de uma agenda em que interesses e propostas são colocados na “mesa” de negociações, definindo-se preferências que são adaptadas ao projeto político governamental, seguido das etapas de formulação de propostas, escolha de alternativas e implementação das políticas públicas. De acordo com Pinto (2008), as explicações acerca

¹⁵ De acordo com Secchi (2013, p. 44), Wildavsky (1979) sustenta que, em alguns contextos, a identificação do problema está mais relacionada ao fim de um processo do que ao início, e as fases de avaliação geralmente acontecem antes do escrutínio de um problema. Já, para Cohen, March e Olsen (1972) o modelo da “lata do lixo” descreve que soluções, muitas vezes, nascem antes dos problemas. Por fim, os artigos acadêmicos que o autor referencia afirmam que não existe um ponto de início e um ponto de finalização de uma política pública, e que as fronteiras entre as fases não são nítidas.

da incorporação de determinado item na agenda de governo estão baseadas na perspectiva pluralista ou elitista. Na primeira abordagem, os itens da agenda provêm de fora do governo e de uma série de grupos de interesses, podendo as questões alcançar a agenda por meio da mobilização de grupos relevantes. Já, na segunda abordagem, a elitista, a explicação privilegia o entendimento de que há um tipo de estabelecimento fechado dentro da determinação da agenda pelo governo que opera por intermédio através da difusão das idéias nos círculos profissionais e entre as elites que decidem ou influenciam a política pública. Entretanto, Kingdon (2003) - um dos principais formuladores da teoria do ciclo da política pública, a qual, por sua vez, é uma variante do modelo analítico de March e Olsen (lata de lixo) -, afirma que o modelo não parece incremental ou hierárquico, ou racional ou dirigido simplesmente por força e pressão política ou localizado em simples estágios cronológicos, mas sim por força das propriedades das preferências problemáticas, tecnologias pouco claras e participação fluida.

De acordo com Pinto (2008), as pesquisas produzidas a partir do referencial teórico do ciclo das políticas públicas mostram o modelo como importante ferramenta analítica, permitindo esclarecer vários pontos relativamente obscuros sobre como as decisões são tomadas e indicando, inclusive, aspectos cruciais da sua elaboração e da implementação da política pública. Não obstante, a autora afirma que “esses trabalhos também iluminam a identificação dos determinantes de cada etapa do processo decisório, de formulação e de implementação” (Pinto, 2008, p. 29).

Contudo, Pinto (2014) atenta para a perspectiva de que o ciclo da política não deve ser confundido como uma abordagem ou uma teoria, sendo apenas uma proposta de aproximação do processo político a partir do reconhecimento dos momentos que o compõem, considerando a sua dinâmica e a frequente sobreposição das fases. O autor afirma ainda que, “dessa maneira, os modelos explicativos que surgem a partir da idéia de ciclo apresentam-se conjugados a perspectivas teóricas, que buscam dar sentido às análises empreendidas” (Pinto, 2014, p. 71).

Conforme Secchi (2013), os problemas entram e saem das agendas. Eles ganham notoriedade e relevância, e, depois, desinflam. Diante dessa perspectiva, o autor apresenta-nos uma das teorias mais referenciadas sobre a estabilidade e a mudança das agendas: a teoria do “**Equilíbrio Pontuado**” (*punctuated equilibrium model*) elaborada por Baumgartner e Jones (1993). Ela trabalha com a perspectiva de que os subsistemas de uma política pública permitem ao sistema político decisório processar as questões de forma paralela, promovendo alterações a partir da implementação e da avaliação das políticas públicas. Esse modelo defende também que em alguns momentos ocorrem

profundas mudanças em razão de períodos de instabilidade, seja no contexto político ou no campo das políticas públicas. Dessa forma, o modelo é capaz de explicar tanto as mudanças graduais geradas de forma incremental, isto é, mantendo o "*status quo*", quanto explicar mudanças profundas ocorridas por conta da instabilidade (Souza, 2006)¹⁶. Vale ressaltar que esse modelo, assim como o modelo de Coalizão de Defesa, é utilizado para análise de mudança da agenda em longos períodos de tempo (Capella, 2004). De acordo com Rocha (2013, p. 34), a teoria do equilíbrio pontuado é

uma forma de explicar a constituição da agenda política em que se demonstra que o incrementalismo não explica, por si só, o curso do processo político. Por outro lado, o recurso à previsão com base em modelos racionais é limitado; as quebras e rupturas não são previsíveis, dependendo de factores imponderáveis. (Rocha, 2013, p. 34).

De acordo com Pinto (2004) e Capella (2004), os modelos analíticos "Múltiplos Fluxos" (*Multiple Streams Framework*), de John W. Kingdon e do modelo de "Equilíbrio Pontuado" (*Punctuated Equilibrium Model*), de Frank Baumgartner e Brian Jones (1993), inscrevem-se na literatura do **Ciclo da Política Pública** e trazem uma visão mais sistêmica do processo de formulação de políticas públicas, contrapondo-se, assim, às análises baseadas na teoria da escolha racional e do incrementalismo. Ou, conforme sintetizado por Barzelay (2003), citado por Capella (2004, p. 40): "*Kingdon's analytical approach examines the policymaking process systematically, while disaggregating the whole into component processes, drawing on the concept of a policy cycle*".

A **Teria Institucionalista** busca elucidar o papel desempenhado pelas instituições na determinação de resultados sociais e políticos. Hall e Taylor (2003) apresentam três escolas de pensamento que respondem diferentemente a duas questões fundamentais em toda a análise institucional: 1) como construir a relação entre instituição e comportamento; 2) como explicar o processo pelo qual as instituições surgem ou se modificam.

¹⁶ Segundo Capella (2004), Baumgartner e Jones (1993), a teoria do Equilíbrio Pontuado (*Punctuated-Equilibrium Framework*) foi desenvolvida, originalmente, para explicar mudanças na legislação. Atualmente, é usada para analisar outras mudanças de longo prazo, como no perfil do orçamento americano ao longo dos anos. Segundo os autores, o *policy making* nos EUA é caracterizado por longos períodos de mudança incremental, pontuado por breves períodos de grandes mudanças nas políticas públicas. Mudanças nas políticas públicas e nas agendas governamentais ocorrem quando os atores na oposição conseguem criar novas "*policy images*" que influenciam os demais atores no processo. Para Secchi (2013), os períodos de estabilidade são reflexos de pressões políticas de manutenção do *status quo* e de restrições institucionais que coíbem a mudança da agenda. Já os períodos de ruptura (ascensão de novos problemas ou redefinição de velhos problemas) são reflexos da mudança da compreensão da essência do problema (informações empíricas), de novos apelos emotivos em torno de algum problema e se empreendedores de políticas públicas que são capazes de inserir ou inflar certos problemas na agenda.

A primeira escola, Institucionalismo Histórico, desenvolveu-se como reação contra a análise da vida política em termos de grupos e contra o estruturo-funcionalismo. Seus teóricos partiram do pressuposto de que o conflito entre grupos rivais pela apropriação de recursos escassos é central à vida política, porém precisavam ampliar sua compreensão nas situações de distribuição desigual do poder e dos recursos. Eles encontraram essa explicação no modo como a organização institucional da comunidade política e da estrutura econômica entra em conflito, de tal modo que determinados interesses são privilegiados em detrimento de outros. Apesar de apoiar-se na concepção estruturo-funcionalista para responder a esses questionamentos, esses teóricos criticavam a tendência dessa concepção em considerar as características sociais, psicológicas ou culturais dos indivíduos como os parâmetros responsáveis por uma boa parte do funcionamento do sistema. Eles consideravam, ao contrário, que a organização institucional da comunidade política ou a economia política era o principal fator a estruturar o comportamento coletivo e a estruturar resultados distintos. Em consequência, privilegiavam o “estruturalismo” inerente às instituições da comunidade política de preferência ao “funcionalismo” das teorias anteriores, que consideravam as situações políticas como respostas às exigências funcionais do sistema (Hall; Taylor, 2003).

Ainda, na perspectiva do **Institucionalismo Histórico** e de como seus teóricos definem instituição¹⁷, Hall e Taylor (2003) apontam quatro características próprias dessa escola: 1) eles conceituam a relação ente as instituições e o comportamento individual em termos muito gerais, - eles recorrem à perspectiva da “calculadora”¹⁸ e à perspectiva “cultural”¹⁹ para explicar como as instituições afetam o comportamento dos indivíduos quanto para sugerir que as estratégias induzidas por um contexto institucional dado podem fossilizar-se ao longo do tempo e tornar-se visões de mundo que são propagadas por organizações oficiais e terminam por moldar a imagem de si e as preferências dos interessados; 2) eles enfatizam as assimetrias de poder associadas ao funcionamento e ao desenvolvimento das instituições quando, ao invés de basear seus cenários sobre a

¹⁷ Instituições são modelos morais e cognitivos que permitem a interpretação e a ação que afetam o indivíduo fornecendo informações úteis de um ponto de vista estratégico como também afetam a identidade desses indivíduos, a imagem de si e as preferências que guiam a ação (Hall; Taylor, 2003).

¹⁸ Segundo essa perspectiva, as instituições afetam os comportamentos, tanto ao oferecerem aos atores uma certeza mais ou menos grande quanto ao comportamento presente e vindouro dos outros atores quanto afetam o comportamento das indivíduos ao incidirem sobre as expectativas de um determinado ator dado no tocante às ações que os outros atores são suscetíveis de realizar em reação às suas próprias ações ou ao mesmo tempo que elas (Hall; Taylor, 2003).

¹⁹ De acordo com essa perspectiva, o comportamento jamais é inteiramente estratégico, mas limitado pela visão de mundo própria ao indivíduo. Ou seja, embora reconhecendo que o comportamento humano é racional e orientado para fins, ele enfatiza o fato de que os indivíduos recorrem com frequência a protocolos estabelecidos ou a modelos de comportamento já conhecidos para atingir seus objetivos (Hall; Taylor, 2003).

liberdade dos indivíduos, conferem a certos grupos ou interesses um acesso desproporcional ao processo de decisão; 3) eles tendem a formar uma concepção do desenvolvimento institucional que privilegia as trajetórias, as situações críticas e as consequências imprevistas quando reforçam que as forças ativas são modificadas pelas propriedades de cada contexto local, sendo essas propriedades herdadas do passado; 4) eles buscam combinar explicações de contribuição de outros tipos de fatores, como as ideias, a esses mesmos processos e, desse ponto de vista, apresentam um mundo mais complexo que o universo de preferências e de instituições.

Cortes e Lima (2012, p. 43), ao analisarem a contribuição dos imperativos cognitivos²⁰ e normativos²¹ para a análise das políticas públicas, afirmam que, na corrente do institucionalismo histórico, se as normas sociais informais são consideradas instituições, em certa medida, categorias cognitivas são levadas em conta na explicação dos fenômenos sociais e políticos. Entretanto, segundo as autoras, “as normas parecem agir, em termos relativos, de forma mecânica sobre indivíduos e grupos, uma vez que a ênfase é depositada nos constrangimentos à capacidade que eles têm de refletir e fazer escolhas”.

A segunda escola, **Institucionalismo da Escolha Racional**, surgiu no contexto do estudo de comportamento no interior do Congresso Americano, tentando explicar como os regulamentos desse Congresso afetam o comportamento de legisladores e por que foram adotados. Seus estudos posteriores revelaram um debate interno com variantes entre uma análise e outra. Contudo, há quatro propriedades ligadas a esse enfoque que estão presentes na maioria das análises: 1) os atores pertinentes compartilham um conjunto determinado de preferências ou gostos e se comportam de modo inteiramente utilitário para maximizar a satisfação de suas preferências; 2) a vida política como uma série de dilemas de ação coletiva, definidas como situações em que os indivíduos que agem de modo a maximizar a satisfação de suas próprias preferências o fazem com o risco de produzir um resultado sub-ótimo para a coletividade; 3) o papel da interação estratégica na determinação das situações políticas, dando-se essa interação a partir de um cálculo estratégico do ator (fortemente influenciado pelas suas expectativas em relação ao comportamento provável dos outros atores) com as instituições (elas influenciam a possibilidade e a sequência de alternativas na agenda ou ao oferecem informações ou

²⁰ As categorias normativas são geralmente tratadas nas análises de políticas públicas como instituições não formalizadas, informais regras do jogo que constituem e regulam o comportamento social e que são consideradas inquestionáveis (Cortes; Lima, 2012).

²¹ As categorias cognitivas correspondem às normas sociais - como as derivadas de diversas formas de crenças - da propensão à inovação e das tradições políticas sobre políticas públicas (Cortes; Lima, 2012).

mecanismos de adoção que reduzem a incerteza no tocante ao comportamento dos outros); 4) explicação sobre a origem das instituições partindo do pressuposto de que o processo de criação das instituições é geralmente centrado na noção de acordo voluntário entre os atores interessados (Hall; Taylor, 2003).

De acordo com Cortes e Lima (2012, p. 43), ao tomar como referência que os valores dos atores afetados (institucionalizar seus valores privados) podem definir a função das instituições, as regras dessas instituições alteram os incentivos e o comportamento subsequente de atores racionais. Nesse sentido, para essa escola, a capacidade de escolha dos atores é acentuada, mesmo que essa racionalidade seja admitida como limitada. Contudo, "a dimensão cognitiva se restringe à motivação autointeressada da ação de indivíduos e grupos. Os valores que estes possuem [...] definem o modo como indivíduos e grupos agem no processo de construção institucional e de defesa do próprio interesse".

Por fim, o **Institucionalismo Sociológico**, que se desenvolveu no âmbito da sociologia, no quadro da teoria das organizações. Como consequência, seus teóricos escolhem, em geral, uma problemática que envolve o porquê de as organizações adotarem um específico conjunto de formas, procedimentos ou símbolos institucionais, com particular atenção à difusão dessas práticas. São três as características que lhe conferem originalidade: 1) tendem a definir instituições de maneira muito mais global, incluindo não só as regras, procedimentos e normas formais, mas também os sistemas de símbolos, os esquemas cognitivos e os modelos morais que fornecem padrões de significação que guiam a ação humana. A partir dessa característica, podem-se observar as seguintes consequências: rompem com a dicotomia conceitual entre "instituições" e "cultura", levando-as à interpenetração; redefinem a "cultura" como sinônimo de "instituições" e, assim, aproximando-a de uma concepção que a considera como uma rede de hábitos, de símbolos e de cenários que fornecem modelos de comportamento; 2) natureza altamente interativa das relações entre as instituições e a ação individual, na qual cada polo constituiu o outro em uma espécie de "raciocínio prático" pelo qual, para estabelecer uma linha de ação, o indivíduo utiliza os modelos institucionais disponíveis ao mesmo tempo que os confecciona (nesse caso, o universo de indivíduos ou de organizações buscam definir ou exprimir suas identidades conforme modos socialmente apropriados); 3) sustentam que as organizações adotam, com frequência, uma nova prática institucional por razões que têm menos a ver com o aumento da sua eficiência do que com reforço que oferece à sua legitimidade social a à de seus adeptos. Ou seja, elas

adotam formas e práticas institucionais particulares porque elas tem um valor largamente reconhecido em um ambiente cultural mais amplo).

Segundo Cortes e Lima (2012), o ambiente institucional promove homogeneidade das práticas porque consiste em um paradigma cognitivo e um quadro de referência normativo que limita o espectro de alternativas que os decisores tendem a perceber como apropriadas. As autoras afirmam ainda que,

ao invés de priorizar o estudo das agências governamentais, do legislativo ou dos grupos de interesse em determinado nível de governo na construção de explicações sobre as políticas públicas, os institucionalistas sociológicos concentram-se no exame das redes de políticas públicas que incluem atores de diversos níveis de governo, de mercado e de sociedade civil. Nesse contexto, focalizam também os atores que se organizam em redes, como as comunidades de políticas. (Cortes; Lima, 2012, p. 46).

Rocha (2010) apresenta mais quatro modelos teóricos além dos já citados, a saber: Teoria da escolha pública, Teoria pluralista e das *Networks*; Teoria do funil de causalidade e Teoria da difusão das políticas. Destas, vale explicitar com mais parcimônia a que o autor considera como o “futuro do estudo das políticas públicas”: **a teoria pluralista e das *Networks***. De acordo com o autor (Rocha, 2010), esse modelo de análise sublinha a importância dos grupos de interesse no processo político em detrimento dos indivíduos. Esses atores, complementam Cortes e Lima (2012), não visam tomar o poder do Estado ou organizar a produção, mas sim exercer influência por meio da participação em associações e movimentos democráticos. Também chamados de comunidades de políticas (*policy communities*), eles agem em contextos de redes de políticas públicas.

A teoria das *Networks* evoluiu para o pluralismo e teve em Dahl e Lindblom seus principais teóricos, os quais, defendem que todos os interesses estão organizados em grupos de pressão ou de interesses com pesos não necessariamente iguais. Nesse contexto, o processo de decisão adequado é o incrementalismo que insiste em que apenas um número limitado de alternativas políticas estão ao dispor dos políticos e que cada uma delas representa uma mudança mínima no *status quo*. Contrariamente à análise tradicional que considera o incrementalismo como uma posição conservadora, estudos mais recentes associam esse incrementalismo à possibilidade de mudanças já que estas só serão possíveis dessa forma.

Ainda, segundo Rocha (2010), mais recentemente, o pluralismo desemboca na Teoria das *Networks* na qual os grupos estabelecem relações entre si criando uma forma alternativa de governação à hierarquia e ao mercado. Nesse modelo, o papel do Estado como regulador e topo de pirâmide é substituído por um Estado semelhante a qualquer

parceiro, embora mais importante e resultante da dimensão dos orçamentos e do pessoal, de poderes especiais, do acesso privilegiado aos “*media*”, do monopólio do uso da força e da legitimação democrática. Já não existe uma estrita separação entre o Estado e a sociedade e as políticas. Ao invés de emanarem do Estado central²², as políticas são formuladas ao envolverem uma pluralidade de organizações públicas e privadas também chamadas de rede de relações.

O que vale ressaltar dessa abordagem é a discussão que ela gera sobre o papel e a posição do Estado na configuração de uma política pública. Para Rocha (2013) uma coisa é certa: o Estado associado ao aparecimento da disciplina de políticas públicas deixou de ser o Estado controlador e centralizador para transformar-se em Estado regulador, ao mesmo tempo que se assiste a uma mudança para um estilo de políticas denominadas de “*governance*”, em que o centro é um ator que, entre tantos outros, considerado mais importante porque assegura a prestação de serviços e programas sociais.

Como esta pesquisa ocupar-se-á em realizar um exame dos elementos pré-decisionais e decisórios que resultaram na política de descentralização da saúde no Estado de Santa Catarina a partir de um dos modelos analíticos do Ciclo da Política Pública – “Múltiplos Fluxos” –, torna-se necessário aprofundar o debate sobre o modelo teórico adotado nesta pesquisa bem como a mecânica sob o qual ele se processa.

2.2 *MULTIPLE STREAMS*: O MODELO DE KINGDON (2003) COMO REFERENCIAL TEÓRICO PARA A ANÁLISE DA FORMAÇÃO DA AGENDA

A análise da formação da agenda busca averiguar mecanismos causais, relacionais e contextos que introduzem determinado tema na agenda de governo em um ambiente plural e sob a influência e a pressão de diversos grupos. Assim, é possível compreender a dinâmica da política e o papel que os atores políticos desempenham na formulação de determinada política pública. Entende-se, também, que contingências políticas e ações de governo são variáveis definidoras de determinada política.

²² De acordo com Rocha (2010), ao substituir o Estado pela rede de relações e questionar a racionalidade do estudo das políticas públicas, a teoria das *networks* tem sido objeto de críticas por questionar a democracia representativa tradicional e por ser uma abordagem metodológica e, teoricamente, fraca.

Embora diferentes autores tenham trabalhado com a perspectiva da formação da agenda²³, optamos pela análise e pela formulação de John Kingdon (2003). Esse modelo de análise, denominado de *Multiple Streams*, considera a política pública como um ciclo e que, dada as contingências políticas, o constrói de forma complexa e sinuosa.

A construção de Kingdon tem sua base teórica no modelo do comportamento organizacional conhecido como “Lata do Lixo” (*garbage can*), desenvolvido por Cohen, March e Olsen (1972), citado por Capella (2007). Foi aplicado pelo autor com a finalidade de compreender os processos de formação da agenda e de determinação de políticas alternativas no âmbito do governo federal norte-americano, nas áreas de saúde e de transporte. Constitui-se em um modelo de análise que objetiva auxiliar na compreensão do processo de formulação de políticas públicas em condições de ambiguidade²⁴, quando, segundo Faria (2003), “as teorias calcadas no comportamento racional são de utilidade limitada, sendo crucial a questão temporal, uma vez que a adoção de uma dada alternativa de política é vista como dependente da ocorrência simultânea de determinados eventos e da atuação de certos atores” (Faria, 2003, p. 24).

Segundo Capella (2007), o ponto de partida desta obra - *Agendas, Alternatives and Public Policies* (2003) - é a busca pela resposta das seguintes indagações: por que alguns problemas se tornam importantes para um governo? Como uma idéia se insere no conjunto de preocupações dos formuladores de políticas, transformando-se em uma política pública? Ou, nas palavras de Kingdon (2003, p. 1): “*what makes people in and around government attend, at any given time, to some subjects and to others?*”.

Embora o autor considere que as políticas públicas constroem-se com base em quatro processos – formação de agenda de políticas públicas, consideração de alternativas de escolha, escolha da alternativa e implementação da decisão –, o seu modelo preocupa-se, especificamente, com os dois primeiros processos, chamados estágios pré-decisórios: a formação da agenda (*agenda-setting*) e as alternativas para a formulação das políticas (*policy formulation*) (Capella, 2007).

Na perspectiva de Kingdon (2003), a *agenda governamental* é o conjunto de temas sobre os quais o governo e seus agentes se ocupam em determinado momento. Naturalmente, para que uma questão passe a fazer parte da agenda é necessário que

²³ A teoria da formação da agenda foi constituída por vários autores de diferentes correntes teóricas. Essa constituição está bem detalhada por Capella em: Perspectivas teóricas sobre o processo de formulação de políticas públicas. In: Hochman G (org). Políticas públicas no Brasil. Rio de Janeiro. Ed. Fiocruz, 2006 e em sua tese de doutoramento (Capella, 2004).

²⁴ Entende-se, por questões de ambiguidade, como uma situação em que há muitos caminhos de pensamento sobre as mesmas circunstâncias ou os mesmos fenômenos.

ela, de alguma forma, desperte o interesse dos decisores públicos. Entretanto, como existem muitas questões a serem consideradas, somente algumas importam aos formuladores de políticas públicas. Esses temas passam a integrar um subconjunto da agenda governamental, denominado *agenda decisional*. Esse subconjunto, portanto, é composto por questões que se encontram integralmente aptas a receber uma decisão, ou seja, estão amplamente prontas para se converterem em políticas públicas. Nesse sentido, torna-se importante ressaltar que Kingdon (2003) justifica a necessidade de distinguir essas categorias de agendas – *agenda governamental e agenda decisional* – pelo fato de que cada uma recebe tratamento diferenciado por parte dos decisores públicos (Gomide, 2008). Já a lista de assuntos e de problemas do país, apresentados pela sociedade – mas que por algum motivo não despertaram a atenção do governo e dos formuladores de política naquele momento e que ficaram aguardando oportunidade e disputando espaço para entrar na agenda governamental –, compõem a chamada *agenda sistêmica ou não governamental* (Pinto, 2014).

Secchi (2013) também cita esses subconjuntos da agenda, porém com outra nomenclatura. Ele cita Cobb e Elder (1983) para apresentar a agenda política e a agenda formal. A primeira, também conhecida como agenda sistêmica, é o conjunto de problemas ou temas que a comunidade política percebe como merecedor de intervenção pública. Já a segunda, a agenda formal, também conhecida como agenda institucional, é aquela que elenca os problemas ou temas que o poder público já decidiu enfrentar. O autor ainda faz referência para a agenda da mídia, ou seja, a lista de problemas que recebe atenção especial dos diversos meios de comunicação. Entretanto, independentemente da nomenclatura adotada²⁵, é importante ressaltar que em uma abordagem multicêntrica de políticas públicas, entende-se que existam múltiplas agendas dos *policymakers* e que é essencial conhecer o processo que levou uma política pública a integrar a agenda governamental e quais as alternativas de ação estavam sendo contempladas.

De acordo com Rocha (2012, p. 24, grifos nossos), o processo de estabelecimento da agenda decisional filtra um conjunto de temas que poderiam de alguma forma disputar a atenção governamental. Ainda, segundo o autor, as grandes perguntas que Kingdon realiza encontram resposta *"no papel desempenhado pelos participantes que, segundo o autor, são quem influenciam o estabelecimento das agendas e as especificações das alternativas"*.

Assim, para que determinadas questões passem a despertar o interesse dos agentes de políticas públicas e, como tal, a agenda sofra alteração, é indispensável que

²⁵ Nesta pesquisa adotaremos a nomenclatura de Kingdon (2003) para a subdivisão da agenda.

três fluxos razoavelmente independentes convirjam. Esse processo normalmente acontece em momentos considerados críticos propiciando a criação de um ambiente sugestivo para a modificação da agenda catalisada pela ação empreendedora de um líder político ou de um empreendedor público. De acordo com Capella (2007) e Pinto (2014), os três fluxos (*streams*) citados por Kingdon (2003) são:

2.2.1 Fluxo dos problemas (*problems stream*)

Esse fluxo busca analisar de que forma as questões são reconhecidas como problemas e por que determinados problemas passam a ocupar a agenda governamental. Considerando que as pessoas não podem prestar atenção a todos os problemas durante todo o tempo, Kingdon (2003) parte do pressuposto de que esses indivíduos concentrarão sua atenção em alguns deles, ignorando outros. Para detalhar esse critério de seleção, o autor distingue problemas de questões. Estas constituem situações percebidas que não despertam uma ação em contrapartida. Aquelas, por sua vez, constituem-se de questões para as quais os formuladores de políticas públicas decidem realizar uma ação ao seu respeito.

Nesse momento, vale ressaltar o que se entende por problema. De acordo com Secchi (2013) um problema é a discrepância entre o *status quo* e uma situação ideal possível. Nas palavras do autor,

um problema público também pode aparecer subitamente [...]. Um problema público também pode ganhar importância aos poucos [...]. Um problema público pode estar presente a muito tempo, porém não receber suficiente atenção porque a coletividade aprendeu a conviver com ele, [...]. Um problema nem sempre é reflexo da deterioração de uma situação de determinado contexto, mas sim de melhora da situação em outro contexto. (Secchi, 2013, p. 44).

O autor cita Sjölbom (1984) para afirmar que a identificação do problema público envolve as seguintes questões:

1) um problema público não existe senão na cabeça das pessoas, portanto é um conceito intersubjetivo. Nesse sentido, uma situação pública passa a ser insatisfatória a partir do momento em que afeta a percepção de muitos atores relevantes; 2) para definir ou delimitar um problema é necessário definir quais são os seus elementos, seus conjuntos de causas, soluções, culpados, obstáculos e avaliações. No entanto, vale destacar que qualquer definição oficial do problema é temporária. Desse modo, a

delimitação de um problema público é politicamente crucial no processo de elaboração de uma política pública; 3) para ser definido como um problema a solução para ele deve existir. Entretanto, nem sempre as políticas públicas são elaboradas para resolver completamente um problema e sim, apenas, para mitigá-lo ou diminuir suas consequências (Secchi, 2013).

De acordo com Kingdon (2003), o critério de distinção entre questões e problemas está fundado na atenção que cada qual desperta nos formuladores de políticas públicas. Para Secchi (2013), os partidos políticos, os agentes políticos e as organizações não governamentais são alguns dos atores que se preocupam constantemente em identificar um problema público, visto que esses atores o encaram como matéria-prima do seu trabalho e até a justificativa para a sua existência. Ainda para Secchi (2013, p. 45), “se um problema é identificado por algum ator político e esse ator tem interesse na sua resolução, este poderá então lutar para que tal problema entre na lista de prioridade de atuação. Essa lista de prioridades é conhecida como agenda”.

Neste contexto que oscila entre oportunidades e/ou interesses, o modelo de Kingdon (2003) propõe que esse fluxo será construído mediante a interferência de três mecanismos básicos: indicadores, eventos, crises e símbolos e *feedback* de ações governamentais.

No que tange aos indicadores, segundo Capella (2007), quando estes são reunidos e apontam para a existência de uma questão, esta pode ser percebida como problema pelos formuladores de políticas. No entanto, esses indicadores por si só não determinam a existência concreta de um problema, antes são interpretações que auxiliam a demonstrar a existência de uma questão. Assim, contribuem para a transformação de questões em problemas principalmente quando revelam dados quantitativos capazes de demonstrar a existência de uma situação que precisa de atenção.

Em relação ao segundo grupo (eventos, crises e símbolos), Capella (2007) afirma que, muitas vezes, eles são capazes de concentrar a atenção em determinado assunto, porém raramente elevam um assunto à agenda e, geralmente, atuam no sentido de reforçar a percepção preexistente de um problema.

Por fim, o terceiro grupo consiste no *feedback* sobre programas em desenvolvimento no governo. Retornos como monitoramento dos gastos, acompanhamento das atividades de implementação, surgimentos de consequências não antecipadas e reclamações de servidores e cidadãos são mecanismos que podem trazer os problemas para o centro das atenções dos formuladores de políticas (Capella, 2007). Vale ressaltar que esses três mecanismos não transformam as questões

automaticamente em problemas. Essencial para o entendimento do modelo é entender que problemas são construções sociais, envolvendo interpretação. Portanto, as questões podem se destacar entre os formuladores de políticas, transformando-se em problemas para, posteriormente, alcançar a agenda governamental.

Nessa lógica, as chances de uma determinada proposta ou tema ganhar destaque em uma agenda são bem maiores se elas estiverem associadas a um problema importante (Kingdon, 2003). Após o problema ser reconhecido e definido como importante/urgente, algumas alternativas/soluções ganham força enquanto outras desaparecem. Os empreendedores políticos (*policy entrepreneurs*) são pessoas que investem seu tempo e recursos para convencer as autoridades públicas sobre a existência de problemas, além de apresentarem um conjunto de soluções para eles. Segundo Kingdon (2003), é possível encontrá-los em três conjunturas: (1) quando se esforçam em colocar suas preocupações de certos problemas na agenda governamental; (2) quando promovem suas principais propostas; (3) quando fazem articulação entre diferentes atores para que uma determinada solução para um problema seja colocado na agenda.

O empreendedor é o indivíduo especialista em uma determinada área ou questão, geralmente com habilidade em representar ideias de outros indivíduos e grupos ou desfruta de uma posição de autoridade dentro do processo decisório, característica que faz com que o processo de formulação de políticas seja receptivo a suas ideias. De acordo com Capella (2007), os empreendedores são negociados hábeis e mantêm conexões políticas, persistem na defesa de suas ideias, levando suas concepções de problemas e propostas a diferentes fóruns. Sobretudo, eles conseguem “amarrar” os três fluxos e estão sempre atentos à abertura das janelas de oportunidade. Nas palavras de Kingdon (2003),

*during the pursuit of their personal purposes, entrepreneurs perform the function for the system of coupling the previously separate streams. They hook solutions to problems, proposals to political momentum, and political events to policy problems. If a policy entrepreneur is attaching a proposal to a change in the political stream, for example, a problem is also found for which the proposal is a solution, thus linking problem, policy, and politics. [...]. Without the presence of an entrepreneur, the linking of the streams may not take place. Good ideas lie fallow for lack of an advocate. Problems are unsolved for lack of a solution. Political events are **not capitalized for lack of inventive and developed proposals**. (Kingdon, 2003, p. 182, grifos nossos).*

2.2.2 Fluxo das soluções ou alternativas (*policy stream*)

Nesse segundo fluxo, tem-se um conjunto de alternativas e soluções (*policy alternatives*) disponíveis para os problemas. Kingdon (2003) considera que as ideias geradas nesse fluxo não estão necessariamente relacionadas à percepção de problemas específicos, ou seja, esse fluxo surge de forma desordenada e desorganizada, muitas vezes chocando-se umas com as outras gerando novas ideias e formando combinações e recombinações. Como afirma o autor: “As pessoas não necessariamente resolvem problemas (...). Em vez disso, elas geralmente criam soluções e, então, procuram problemas para os quais possam apresentar soluções” (Kingdon, 2003, p. 32). Assim, as questões presentes na agenda governamental (que atrai a atenção das pessoas dentro e fora do governo) não são geradas aos pares, com problemas e soluções.

Contudo, no meio do caos inicia um processo para impor uma racionalidade na dinâmica. Isso ocorre por meio da imposição de critérios, tais como “viabilidade técnica, congruência com valores de membros da comunidade de especialistas (*policy communities*), antecipação de possíveis restrições, incluindo orçamentárias, aceitabilidade do público e receptividade dos políticos” (Kingdon, 2003, p. 232). As propostas que não atendem a esses critérios são consideradas inviáveis para serem propostas como políticas públicas. Nesse fluxo, a comunidade formada por especialistas constitui um espaço importante. A avaliação das propostas precisa levar em consideração o apoio político ou a oposição, porém, por outro lado, precisa estar fundamentada em critérios lógicos e analíticos (Rocha, 2010).

Há, segundo Kingdon (2003), um longo processo de “amacramento” das propostas pelo sistema. Os empreendedores políticos promovem diferentes formas de promoção das soluções que julgam as mais adequadas em diversos fóruns. A articulação e a reelaboração (junção de elementos já conhecidos pelos especialistas) são mais importantes que o surgimento de novas ideias. Dessa forma, os empreendedores políticos que investem em pessoas, ideias e propostas tornam-se mais importantes do que as pessoas que formulam as políticas (Rocha, 2010).

Outro ponto importante a ser ressaltado é o papel das ideias nesse modelo. Kingdon (2003) argumenta que elas são frequentemente mais importantes na escolha de uma alternativa do que a influência de grupos de pressão, por exemplo, e chama a atenção dos cientistas políticos para essa dimensão do processo decisório:

political scientists are accustomed to such concepts as power, influence, pressure, and strategy. If we try to understand public policy solely in terms of themselves, far from being mere smokescreens or rationalizations, are integral parts of decision making in and around government. (Kingdon, 2003, p. 125).

Faria (2003) e Capella (2007) também destacam a importância e o impacto das ideias e do conhecimento na análise das políticas públicas afirmando que as abordagens mais tradicionais dessa subárea reconhecem a esses elementos, quando muito apenas um papel secundário e/ou justificatório. De acordo com Carlos Aurélio Pimenta de Faria (2003) as ideias podem ser definidas, por exemplo, como afirmação de valores, podem especificar relações causais, podem ser soluções para problemas públicos, símbolos e imagens que expressam identidades públicas e privadas, bem como expressar concepções de mundo e ideologias. Dessa forma, parece fundamental que se pergunte não apenas se, mas também quando as ideias têm papel no processo de produção de políticas públicas.

Defendendo o primado das ideias e da centralidade do discurso, da argumentação e da interpretação sobre as explicações do processo das políticas públicas centradas nos interesses e nas instituições está a vertente “pós-positivista” que tem Peter John (1999) como um dos seus principais autores. Faria (2003) cita suas principais premissas:

Mais do que atores racionais perseguindo os seus interesses, é a interação de valores, normas e diferentes formas de conhecimento que caracteriza o processo das políticas (*policy process*). Há apenas uma curta distância entre o argumento de que a linguagem é central ao *policy-making* e a afirmação de que as ideias são reais apenas por que elas dão sentido àqueles que usam. As políticas são uma disputa entre formas de discurso que são baseadas na luta pelo poder e na busca do significado. Os sistemas de ideias constroem interesses dos tomadores de decisões. A ação política refere-se à linguagem que é um sistema de significação através do qual as pessoas constroem o mundo [...]. Sendo a maneira pela qual as pessoas enquadram as questões, conferem sentido ao mundo e propõem soluções, as ideias têm uma vida que lhes é própria. Elas são independentes no sentido em que o discurso tem as suas próprias regras, as quais estruturam a forma como o público e os *policy makers* percebem os *policy issues*, como quando um problema público assume a forma de uma história, com um começo, um meio e um fim, sendo o fim da intervenção governamental bem-sucedida. (John, 1999, p. 157 citado por Faria, 2003, p. 23).

Especificamente, no trabalho de Kingdon (2003), referencial teórico desta pesquisa, o impacto das ideias pode ser avaliado sob dois aspectos: no primeiro, o autor argumenta que as soluções são buscadas com base na eficiência, no poder e na equidade. Os argumentos, a persuasão e o uso da razão são elementos centrais na formação da política pública não podendo ser consideradas como meras racionalizações. No segundo

aspecto, as ideias podem ser usadas pelos políticos não apenas para definir os outros, mas também a si mesmos. Entretanto, nos diz o autor, as pessoas não precisam ser motivadas exclusivamente pelas ideias. Empreendedores podem acoplar os três fluxos enfatizando determinadas predisposições ideológicas para aproveitar oportunidades passageiras (Faria, 2003).

Outro aspecto a ser destacado para formação de agendas relaciona-se à ideia desenvolvida por Fuks (2000), sobre a diversidade de arenas que compõem o debate público, evidenciando as diferenças em dimensões (mais ou menos permeáveis) e formatos, como regras e procedimentos, que podem evidenciar determinados assuntos ou o controle de certos atores. O autor utiliza em sua análise a categoria de *policy images*, que são compreensões socialmente difusas de um objeto de política pública, a disputa em torno dela e de sua inserção na agenda. Essa disputa pode ser restrita a comunidades de especialistas de determinada área de política pública ou pode ser aberta ao espaço social mais amplo, incluindo movimentos sociais e a opinião pública; mas, em geral, os atores governamentais têm uma posição privilegiada na definição da agenda e da compreensão em torno de uma política pública.

As *poly images* são construídas no processo de difusão das ideias, que é uma das importantes etapas no ciclo de alternativas, utilizado também para discutir as propostas e também como parte de um processo de convencimento dos atores pertinentes, em diversos fóruns. Nessas ocasiões, os empreendedores tentam persuadir a comunidade de especialistas – que tendem a ser céticos e resistentes a grandes transformações –, assim como para o público geral, para que se acostumem às novas ideias e sejam menos resistentes às mudanças, quando surgir a oportunidade de introduzi-las no processo decisório. Algumas estratégias são utilizadas para aumentar as chances de se considerar uma alternativa. Em primeiro lugar, as oportunidades são maiores caso a solução seja levada junto ao problema. Da mesma forma, as propostas que apresentarem critérios de viabilidade técnica e geração de valor (eficiência e equidade) têm maiores chances de sobrevivência na arena decisória. É importante ressaltar que nesse fluxo, considerado o processo de seleção natural das alternativas, o papel das ideias na construção da agenda é tão importante quanto as pressões políticas.

2.2.3 Fluxo da política (*politics stream*)

Independentemente do reconhecimento de um problema ou alternativa, esse fluxo segue sua própria dinâmica e as coalizões são construídas em um processo de barganha e negociação política. A eleição pode promover a mudança de governo e, com isso, mudar as configurações partidárias tanto no Executivo quanto no Legislativo. A entrada de um novo grupo no governo abre novas possibilidades de agenda e de acesso a novos grupos de interesse ao novo governo. Ou seja, as agendas mudam porque as pessoas mudam.

Segundo Capella (2007), nesse fluxo, três elementos exercem influência sobre a agenda governamental, a saber: forças políticas organizadas ou grupos de interesses, “clima” ou “humor nacional” e, por fim, as mudanças de gestão. O “humor nacional” (*national mood*) é um momento em que uma ideia é aceita por todos, possibilitando o desenvolvimento da política pública. Nas palavras de Kingdon (2003, p. 149): *“advocates for the newly viable proposals find a receptive audience, an opportunity to push their ideas”*.

O segundo elemento é composto pelas forças políticas organizadas, sobretudo pelos grupos de pressão. Quando há consenso entre todos os grupos sobre uma temática a respeito de uma política, não há dificuldade de implementá-la. Se houver grande oposição e resistência, ou ela não será implementada ou seu custo será alto politicamente.

Já o terceiro elemento são mudanças dentro do próprio governo: pessoas localizadas em posições estratégicas no governo, mudanças de gestão, mudanças na composição do congresso e mudanças em órgãos e de empresas públicas. A mudança de quadros técnicos introduz novos itens na agenda e bloqueia ou mesmo elimina temas na agenda. De acordo com Perdicardis (2009),

mudanças em pessoas-chave ao processo de formulação da política, provocado na maioria das vezes pela alternância de poder em eleições no Executivo ou Legislativo, podem gerar modificações abruptas em agenda, considerando assuntos que não eram levadas para pauta na administração anterior. (Perdicardis, 2009, p. 49).

Por fim, retomando as citações de Capella (2007), a autora ressalta que, de acordo com Kingdon (2003), os itens “humor nacional” e “mudanças de gestão” são os maiores propulsores de transformação na agenda governamental. Vale ressaltar que no item “mudança de gestão” Kingdon (2003) enfatiza o início de governos, considerado por ele

como o momento propício a mudanças e à entrada de demandas que permaneceram por um longo tempo sem resposta. Não obstante, Göttems (2010, p.38) referendando Kingdon (2003) afirma que as forças políticas são mais frequentemente acompanhadas pelos políticos eleitos que analisam a posição dessas forças políticas organizadas reagindo de diferentes maneiras segundo o conflito ou o consenso existente. Caso haja consenso, os políticos tendem a seguir a mesma posição do grupo, porém, em uma situação de conflito, esses indivíduos, geralmente, avaliam o balanço das forças que defende cada lado decidindo-se sobre sua própria posição frente à intensidade de comunicação de cada parte, bem como dos recursos que cada grupo dispõe.

2.2.4 Os atores e as instituições no processo político

Existe na literatura um intenso debate quanto ao papel dos atores e das instituições no processo das políticas públicas, entendendo-se que existe um nexos causal entre os interesses dos atores e as políticas formuladas. Entretanto, para compreensão desta produção teórica, é necessário definir, primeiramente, o contexto em que se desenvolvem o processo político. De acordo com Rocha (2012), quando falamos em contexto, estamos nos referindo à cultura política e à forma de estruturação do poder político. O autor cita Timmermans (2001) para apresentar o termo arenas políticas e o define como o espaço onde se desenham políticas específicas que podem ser as arenas constitucionais ou as mais específicas, chamadas de arenas setoriais. O que se torna importante ressaltar é que a configuração dessas arenas depende da cultura política e, sobretudo, do tipo de democracia.

Em relação aos atores, o modelo de Kingdon (2003) identifica se os atores são mais ou menos atuantes dependendo do fluxo do qual está se tratando. O autor afirma que há dois tipos de participantes no estabelecimento de uma agenda: os “visíveis” e os “invisíveis”. Os participantes “visíveis” são aqueles que recebem atenção do público por meio da exposição na imprensa, inclui o Presidente e seus assessores do alto escalão, membros do Congresso nacional, mídia, partidos políticos e comitês de campanha.

Em relação à influência presidencial, Kingdon (2003) afirma que

no other single actor in the political system has quite the capability of the president to set agendas in given policy areas for all who deal with those policies. [...] The president, of course, does not totally control the policy agenda, for many events beyond his control impinge on the agendas of various participants and events on his own agenda. [...] Setting the

agenda and getting one's way, however, are two very different things. The president may be able to dominate and even determine the policy agenda, but is unable to dominate the alternatives that are seriously considered and is unable to determine the final outcomes. (Kingdon, 2003, p. 23-24).

Ainda, em relação ao grupo de participantes “invisíveis”, ele inclui acadêmicos, burocratas de carreira e funcionários do Congresso. Kingdon (2003) evita a distinção entre atores internos e externos, já que esse limite é muito difícil de dar-se na prática. A principal diferença entre os dois grupos é que os primeiros possuem autoridade formal garantida por estatutos internos e pela constituição. Ele também trabalha a distinção entre atores visíveis e ocultos. Os visíveis sendo aqueles que trabalham nos fluxos de problemas e política, logo eles têm poder para definir as agendas; e os ocultos, os que trabalham na formulação da solução. Os empreendedores de políticas, importantes atores no modelo de Kingdon (2003), podem estar posicionados como atores visíveis ou invisíveis, fazendo parte de grupos de interesse, da burocracia ou mesmo políticos eleitos.

Kingdon (2003) afirma que nenhum desses grupos é dominante nesses processos. Ele observa que, por mais que as teorias democráticas coloquem uma forte ênfase na importância dos dirigentes eleitos, esse poder é reduzido, principalmente pela ação de grupos de interesse. Os políticos – tanto o político eleito, quanto dirigentes em cargos políticos – são centrais para a formação da agenda, mas têm menor controle sobre as alternativas que são consideradas e ainda menos controle sobre o processo de implementação. Seus principais recursos de atuação são a capacidade de veto, a contratação de pessoas, a coordenação, a capacidade de dar publicidade a um determinado assunto e apelar para aliados políticos. Já os Burocratas não são tão importantes na *agenda setting*, em relação aos demais participantes no processo, mas possuem impacto fundamental na definição de alternativas e exercem forte influência na etapa de implementação da política, embora, muitas vezes, eles resistam a implementar novas decisões ou a interromper atividades habituais²⁶. Seus recursos incluem a longevidade na instituição ou cargo e os relacionamentos com os grupos de interesse e Legislativo. Para Rocha (2010, p. 81), o conjunto da burocracia “está cheio de contradições e está repleto de interesses que podem afectar o *output* político”.

O Poder Legislativo, representado em nível federal por senadores e deputados, é considerado é ator central na construção da agenda, tanto no processo de formação da agenda quanto na especificação das alternativas. A autoridade legal para a produção de leis essenciais à grande maioria das mudanças, o acesso aos meios de comunicação

²⁶ Para Kingdon (2003), os acadêmicos, pesquisadores e consultores estão na mesma linha que os burocratas, ou seja, são importantes na definição de alternativas e pouco influenciam a agenda.

(cobertura midiática) e as informações técnicas e políticas constituem seus principais recursos de atuação. De acordo com Capella (2007) o papel do Congresso é central para o processo de formação da agenda, seja pela busca dos parlamentares em satisfazer seus eleitores, seja pela busca de prestígio e de diferenciação entre os demais congressistas, seja, ainda, em defesa de questões relacionadas a seus posicionamentos político-partidários.²⁷

Os participantes do processo eleitoral (partidos políticos e *campaigners*) constituem o segundo conjunto de atores e também são considerados influentes. Os partidos políticos podem elevar uma questão à agenda governamental por meio dos seus programas de governo. Entretanto, Kingdon (2003) observa que:

while differences between the two parties are different and reasonably clear, the party positions could not possibly constitute a serious guide to policy making once the party is in power. Rather, the platform is one of many forums in which advocates for policy change attempt to gain a hearing. (Kingdon, 2003, p. 64).

Capella (2007, p. 100) cita Kingdon (2003) para afirmar que, além dos partidos, os *campaigners* também podem influenciar a agenda visto que a coalizão construída durante a campanha é um elemento importante na definição da agenda de um novo governo. Em sua obra, Kingdon (2003) nos diz que

*as a part of attracting groups and individuals during a campaign, presidential candidates promise action on many policy fronts. Once in office, it is possible that these promises rather directly affect the agendas of new administrations, partly because presidents and their close aides believe in their stated policy goals and want to see them advanced. **But there is also at least an implicit exchange involved - support for the candidate in return for action on the promises. Politicians may feel constrained to deliver on their part of the bargain, and supporters attempt to hold them to their promises.*** (Kingdon, 2003, p. 62, grifos nossos).

Vale ressaltar que as promessas feitas à coalizão de apoio podem influenciar a agenda governamental, porém essas promessas só se tornarão concretas caso o partido, ao assumir o poder, leve as questões oriundas desses fóruns à agenda (Capella, 2007).

De acordo com Rocha (2010), tradicionalmente, entendia-se que os partidos políticos eram fundamentais no processo político. Porém, na atualidade, essa posição é relativizada pelo fato de que, embora os partidos representem os cidadãos e agreguem

²⁷ Kingdon (2003, p. 25) cita uma passagem ocorrida durante o primeiro ano da administração do presidente Carter quando na discussão sobre o seguro nacional de saúde que demonstra claramente a força deste atores na construção da agenda.

interesse dos eleitos, não existe correspondência necessária entre os programas eleitorais e as políticas. Em outras palavras, “o comportamento dos líderes partidários não é, necessariamente, o mesmo quando líderes do executivo” (Rocha, 2010, p. 83).

Nesse sentido, vale retomar a famosa definição de Weber, citada por Bobbio et al. (2005, p. 898), na qual o autor afirma que “o partido político é uma associação [...] que visa um fim deliberado, seja ele objetivo com a realização de um plano com intuítos materiais ou ideais, seja pessoal, isto é, destinado a obter benefícios, poder e, conseqüentemente, glória para os chefes e sequazes, ou então, voltado para todos esses objetivos conjuntamente”. Complementa Bobbio et al. (2005) que essa definição põe em relevo o caráter associativo do partido, a natureza da sua ação essencialmente orientada à conquista do poder político dentro de uma comunidade e a multiplicidade de estímulos e motivações que levam a uma ação política associada à consecução de fins “objetivos” e “pessoais”. Os autores relatam ainda que, “assim concebido, o partido compreende formações sociais das mais diversas, desde os grupos unidos por vínculos pessoais e particularistas às organizações complexas de estilo burocrático e impessoal, cuja característica comum é a de se moverem na esfera do poder político” (Bobbio et al., 2005, p. 899).

Além dos indivíduos participantes do processo eleitoral, os grupos de interesse também são considerados, pelo modelo de Kingdon (2003), atores importantes na formação da agenda governamental. Kingdon (2003) nos apresenta as diversas categorias²⁸ que constituem esse grupo ao mesmo tempo que afirma que o seu envolvimento com as políticas públicas modifica de acordo com o caráter da política. O autor ressalta a forma como esses grupos afetam a agenda:

when we say that interest groups are important in agenda setting, we might conclude that they are promoting new agenda items or advocating certain proposals. Actually, much of interest group activity in these processes consist no of positive promotion, but rather of negative blocking. [...]. Interest group pressure does have positive impact on the government's agenda, and does so with considerable frequency. A group that mobilize support, writes letters, sends delegations, and stimulate its allies to do the same can get government officials to pay attention to its issues. (Kingdon, 2003, p. 49).

Para Rocha (2010), esses grupos podem também serem denominados de grupos de pressão e são definidos como organizações mais ou menos formalizadas, cujos membros agem em conjunto de forma a influenciar os seus interesses. Atuam sobre a

²⁸ Kingdon (2003) fala em grupos centrados em indústrias e negócios, categorias profissionais, grupos de interesse público e lobistas.

opinião pública difundindo suas ideias e procurando coincidi-las com o “interesse geral ou “bem comum” com o objetivo de alargarem sua base de apoio. Paralelamente ou alternativamente, eles podem exercer pressão direta sobre o executivo ou sobre os membros do legislativo.

Por fim, o último ator visível analisado no modelo é a mídia que, embora seja considerada por diversos estudos como um importante instrumento na formulação da agenda, Kingdon (2003) diz não ter confirmado essa expectativa em sua análise. O autor apresenta como explicação o fato de que a mídia transmite ao público as questões apenas depois da agenda ser formada enfatizando o assunto por um tempo limitado. Dessa forma, a mídia pode destacar alguns pontos de uma agenda já estabelecida não tendo efeito direto sobre a sua formulação, ou na palavra de um dos seus entrevistados: *“media can help shape an issue and help structure, but they can’t create an issue”* (Kingdon, 2003, p. 60).

No mesmo sentido, Walgrave e Aelst (2006), citados por Penteado e Fortunato (2015, p. 138), ao avaliar o poder de agenciamento da mídia sobre a agenda política, afirmam que esse impacto existe, mas é limitado às características do sistema político, do meio de comunicação, da relevância do tema/problema (*issue*), de sua exposição e em momentos de crise. Entretanto, há estudos recentes que afirmam a existência de uma relação direta entre a mídia e a formação da agenda governamental. Penteado e Fortunato (2015) elaboraram um quadro que ilustra a interrelação da mídia e políticas públicas, a qual pode ser percebida em diferentes etapas:

Etapa	Influência	Atuação da mídia	Características
1. Definição da agenda	Direta e/ou indireta	Visibilidade para determinados problemas da sociedade.	Pressão da opinião pública sobre agentes da PP; realce para temas com maior apelo popular.
2. Identificação de alternativas	Indireta	Visibilidade para determinadas alternativas apresentadas.	Disputa por espaço dentro dos canais midiáticos das alternativas.
3. Avaliação das opções	Indireta	Visibilidade para que algumas opções consigam ganhar consenso ou aceitação.	Disputa pela legitimidade das opções em disputa.
4. Seleção das opções	Indireta	Visibilidade para as opções apresentadas pelos agentes políticos.	O espaço midiático pode ser utilizado para os grupos de interesse indicarem suas preferências diante das opções apresentadas. A cobertura da mídia de determinada PP pode ser positiva ou negativa, funcionando como um espaço de disputa simbólica entre os diferentes atores envolvidos.
5. Implementação	Direta e/ou indireta	Visibilidade para a implementação e execução de determinada PP.	A divulgação de resultados positivos ou negativos pela mídia de determinada PP é essencial para que o seu executor possa ampliar ou diminuir seu capital político, para sua continuidade, sua ampliação e receber mais recursos.
6. Avaliação e monitoramento	Direta e/ou indireta	Visibilidade para os resultados alcançados pela PP.	

Quadro 1 - Relações entre mídia e políticas públicas

Extraído de: Penteado e Fortunato (2015).

Partindo do quadro apresentado, os autores inferem três momentos de maior inter-relação: 1) na definição da agenda; 2) na fase de implementação; 3) na avaliação e no monitoramento dos resultados alcançados. Segundo os pesquisadores, "a maioria dos estudos existentes centra sua análise no primeiro momento, destacando o poder da mídia sobre a formação da agenda política. Nesses estudos, não existe preocupação específica quanto à interferência (ou não) da cobertura midiática sobre as políticas públicas, porque são voltados para tentar avaliar o poder do *agenda-setting*" (Penteado; Fortunato, 2015, p. 138).

No entanto, a análise do ciclo apresentado no Quadro 1 nos permite observar que o elemento principal da influência da mídia encontra-se na sua capacidade de visibilidade (ou não) dos problemas sociais, das alternativas apresentadas, das opções em pauta, de sua implementação e a avaliação e o monitoramento dos resultados alcançados pela política pública. A diversidade de políticas públicas, a complexidade da sociedade e as formas de atuação das empresas de mídia (que privilegiam eventos que acarretem um aumento da audiência) possibilitam que apenas alguns elementos em torno desse ciclo ganhem destaque nos canais de comunicação. *A maioria das práticas de políticas*

públicas, principalmente nas etapas intermediárias do ciclo (o processo decisório), não tem visibilidade e, quando a tem, devem atender aos critérios de noticiabilidade dos veículos de comunicação ou atender a interesses de grupos que atuam politicamente em torno de temas específicos. Estes utilizam os holofotes da mídia para realçar ou incorporar algum tema na agenda social e política ou apresentação de alguma proposta/solução que atenda suas preocupações (Penteado; Fortunato, 2015, p. 137, grifos nossos).

Resumindo o exposto, podemos afirmar, baseadas no modelo de Kingdon (2003), que os "atores visíveis" (presidente, alto escalão da burocracia, poder legislativo, partidos políticos e *campaigners*, grupos de interesse e a mídia) são os que têm uma atuação mais influente na definição da agenda, que recebem considerável atenção da imprensa e do público e participam intensamente dos fluxos de problemas e de política. Já os atores "invisíveis" (servidores públicos, analistas de grupos de interesse, assessores parlamentares, acadêmicos, pesquisadores e consultores), os quais formam as comunidades nas quais as ideias são geradas e postas em circulação (*policy communities*) são determinantes na escolha de alternativas, atuando principalmente sobre a agenda de decisão.

2.2.5 As janelas de oportunidade e a união dos fluxos

Janela de oportunidade, para Kingdon (2003), é a combinação entre problemas e soluções com um meio político favorável modificando, assim, a agenda. Nesse momento, um problema é reconhecido, uma solução está disponível e as condições políticas tornam o momento propício para a mudança permitindo a convergência entre os três fluxos e possibilitando que questões ascendam a agenda. Entretanto, o autor ressalta que "*these policy windows, [...] stay open for only short periods. If the participants cannot or do not take advantage of these opportunities, they must bide their time until the next opportunity comes along*" (Kingdon, 2003, p. 165-166).

De acordo com Capella (2007), as circunstâncias que possibilitam a convergência dos fluxos são influenciadas, sobretudo, pelo fluxo dos problemas (*problems streams*) e pelo fluxo político (*politics stream*). Uma oportunidade para a mudança surge quando um novo problema consegue atrair a atenção do governo (indicadores, eventos ou *feedback*), ou quando mudanças são introduzidas na dinâmica política (mudanças no clima nacional e mudanças dentro do governo). O fluxo das soluções (*policy streams*) não exerce

influência direta sobre a agenda: as propostas, as alternativas e as soluções elaboradas nas comunidades (*policy communities*) chegam à agenda apenas quando problemas percebidos ou demandas políticas criam oportunidades para essas ideias. Assim, ao tomarem consciência de um problema, os formuladores de políticas acionam a *policy stream* em busca de alternativas que apontem soluções para o problema percebido. Da mesma forma, ao encampar determinadas questões em suas propostas de governo, políticos buscam alternativas nas *policy communities*. Portanto, embora a mudança na agenda seja resultado da convergência dos três fluxos, a oportunidade para que essa mudança se processe é gerada pelo fluxo de problemas e pelo fluxo político e dos eventos que transcorrem no interior desse processo. Por outro lado, a rede de soluções, embora não exerça influência sobre a formação da agenda governamental, é fundamental para que uma questão já presente nessa agenda tenha acesso à agenda decisional.

Quando há a união desses três fluxos, Kingdon (2003) dá o nome de *coupling*. Essa junção dos fluxos somente ocorre quando as *policy windows* encontram-se abertas. Vale ressaltar que a oportunidade de mudança na agenda pode se dar tanto de forma programada como de maneira não-previsível, e ela cessa quando um dos fluxos se desarticula em relação aos demais.

Ainda de acordo com a proposição, há um outro componente fundamental e sem os quais esse momento de acoplamento dos fluxos não promoveria mudanças na agenda: os *policy entrepreneurs*. Esses indivíduos são especialistas em uma determinada questão e geralmente possuem habilidade em representar ideias de outros indivíduos e grupos ou, às vezes, desfrutam de uma posição de autoridade dentro do processo decisório tornando, assim, suas ideias receptivas ao processo de formulação de políticas. De acordo com Kingdon (2003), esses empreendedores são negociadores hábeis e mantêm conexões políticas; são persistentes na defesa de suas ideias, levando suas concepções de problemas e propostas a diferentes fóruns. Kingdon (2003) ressaltar, de todas as qualidades que contribuem para o sucesso de um *policy entrepreneurs*, é a sua persistência²⁹:

Most of these people spend a great deal of time giving talks, writing positions papers, sending letters to important people, drafting bills, testifying before congressional committees and executive branch commissions, and having lunch, all with the aim of pushing their ideas in whatever way and forum might further the cause. (Kingdon, 2003, p. 181).

²⁹ De acordo com Kingdon (2003, p. 181), persistência significa: "a willingness to invest large and sometimes remarkable quantities of one's resources".

O autor ressalta como qualidade dos *policy entrepreneurs* a atenção constante à abertura das janelas, visto que se perderem a oportunidade, deverão aguardar a próxima. Assim, os *policy entrepreneurs* desempenham um papel fundamental, unindo soluções a problemas; propostas a momentos políticos; eventos políticos a problemas (Capella, 2007, p. 97).

Uma esquematização do modelo de Kingdon (2003) pode ser visualizado na Figura 2, no qual os três fluxos são unidos pelos empreendedores de políticas em momentos em que as oportunidades de mudança se apresentam.

Figura 2 - O modelo do fluxo múltiplo, segundo Kingdon (2003)
Extraído de: Capella (2007).

Após essa breve exposição do modelo *multiple streams*, torna-se fundamental ressaltar que, ao assumirmos um único referencial teórico como condutor desta pesquisa, não deixaremos de considerar outros modelos de formulação e análise de política pública para explicar o cenário descrito. Essa postura justifica-se pela tanto pelo caráter holístico³⁰ que o campo das políticas públicas possui quanto pelas próprias limitações do

³⁰ Segundo Souza (2007), ao admitirmos que a política pública é um campo holístico, isto é, uma área que situa diversas unidades em totalidades organizadas, teremos duas implicações. A primeira refere-se à variedade de disciplinas, teorias e modelos analíticos que constituem o campo de estudo, ou seja, embora tenha nascido como uma subárea da ciência política, a ela não mais se resume. A segunda implicação é que ter o caráter holístico da área não significa que ela careça de coerência teórica e metodológica, mas sim que comporta vários "olhares".

referencial teórico adotado, as quais são discutidas por Capella (2007). Entre as limitações descritas está o não aprofundamento das suas reflexões sobre a relação entre a formulação da agenda e a dinâmica institucional, as quais seriam complementares às ideias de Kingdon. Rocha (2012, p. 119) também utilizou o modelo descrito como referencial teórico de sua pesquisa, entretanto, o autor deixa claro que a análise de seu estudo não se resumirá a essa teoria por diversos motivos, “principalmente por causa da limitação no que tange ao papel desempenhado pelos movimentos sociais e pela pressão política dos atores sociais no contexto de reivindicação de direito”. Esse posicionamento também encontra respaldo nas afirmações de Frey (2000, p. 215) quando o autor ressalta que a “*policy analysis*” contém “o potencial analítico de superar uma abordagem isolada que dá prioridade ou à dimensão institucional (*polity*) ou à dimensão político-processual, ao deixar confluir a dimensão material de política com as dimensões institucional e político-processual”.

2.3 A DESCENTRALIZAÇÃO DAS POLÍTICAS PÚBLICAS EM UM ESTADO FEDERATIVO

Descentralização, de acordo com Falleti (2006), é um processo de reforma do Estado, composto por um conjunto de políticas públicas que transfere responsabilidades, recursos ou autoridade de níveis mais elevados do governo para níveis inferiores, no contexto de um tipo específico de Estado. Essa realocação de autoridade e de poder para as esferas subnacionais agrega três categorias descritas pela autora:

1. *Descentralização administrativa*: engloba o conjunto de políticas que transferem a administração e a provisão de serviços sociais (educação, saúde, assistência social, etc.) aos governos subnacionais. Essa categoria pode acarretar a transferência de autoridade na tomada de decisões sobre essas políticas, mas essa não é uma condição necessária. Se as receitas são transferidas do centro para cobrir os custos de administração e provisão de serviços sociais, a descentralização administrativa é financiada e coincide com a medida de descentralização fiscal.
2. *Descentralização fiscal*: refere-se ao conjunto de políticas desenhadas para aumentar as receitas ou a autonomia fiscal dos governos subnacionais.
3. *Descentralização política*: é o conjunto de emendas constitucionais e de reformas eleitorais desenhadas para abrir novos espaços – ou acionar espaços existentes, mas não utilizados ou ineficazes – para a representação das sociedades subnacionais.

Essa categoria transfere autoridade política ou capacidades eleitorais para atores subnacionais.

Guimarães e Giovanella (2004) acrescentam que a descentralização é fundamentalmente uma estratégia para melhorar a efetividade da administração pública, e seu caráter instrumental implica que não seja um fim para si mesma. Entretanto, as autoras complementam que essa descentralização atende tanto correntes políticas defensoras da redução quanto aquelas comprometidas com a reestruturação democrática, sendo uma das diferenças básicas entre essas correntes é a orientação final do Estado com a sociedade e com o mercado. Nos anos de 1990, a descentralização foi mantida nas agendas de reformas tanto das agências de cooperação quanto dos países, incluindo, além de questões de reorganização de sistemas, privatização e flexibilização, e a questão do fortalecimento dos processos democráticos. No caso de países latino-americanos, essa relação assumiu um significado especial pela simultaneidade da difusão da descentralização com os processos de mudanças de regimes autoritários, centralizados, burocráticos e excludentes. De acordo com Arretche (2002) e Souza (2005), esperava-se que ela produzisse as virtudes da gestão pública: eficiência, participação, transparência e *accountability*.

No Brasil, o processo de descentralização ocorreu simultaneamente com a recuperação das bases federativas e, por isso, tem deixado a falsa impressão de que são sinônimos, quando não o são (Arretche, 2002; Souza, 2005; Viana, 2014). Nesse sentido, antes de analisarmos as construções resultantes desses dois processos, torna-se necessária uma breve análise desses temas.

Federalismo, para Dourado e Elias (2011), é uma forma de organização do Estado contemporâneo que nasceu do equilíbrio dialético entre a centralização e a descentralização do poder político. Nessa configuração, o sistema federal compatibiliza a coexistência de unidades políticas autônomas que em conjunto consubstanciam um Estado soberano, representado pela União estabelecida na Constituição Federal³¹. De acordo com Rocha (2013, p. 35, grifos nossos), essa coexistência pressupõe duas

³¹ Rocha (2013) apresenta as diferenças existentes entre os conceitos de Estado unitário, Estado federativo e confederação. O Estado unitário diferencia-se do federalismo por se caracterizar pelo poder concentrado, que se impõe como única referência de uma sociedade política e exclui a existência de focos parciais de poder. O Estado federal, ao contrário, pressupõe a existência de partes com poder de decisão. Já a confederação compartilha com o federalismo a característica de que ambos fazem referência a um contrato entre as unidades políticas para lograr objetivos comuns. Na federação, no entanto, uma parte da soberania é repassada ao órgão central ao passo que, na confederação, a soberania das unidades é plena, e o órgão comum representa a soma das vontades das partes, sem o reconhecimento da existência de qualquer poder superior a elas. Segue-se que em uma confederação, é possível a renúncia das partes ao pacto, conforme seus interesses momentâneos. Ao contrário, no federalismo, nenhum membro tem o direito de renunciar unilateralmente ao pacto político inicial e seguir o seu caminho individualmente, visto que a unidade não pode ser questionada pelas partes.

características: primeiro, a possibilidade de expressão das vontades dos participantes envolvidos e, por esse motivo, "relaciona-se positivamente com uma *idéia específica de democracia*, pois visa assegurar a *expressão e a autonomia de vontades e interesses não do povo genericamente, mas de grupos parciais*". Segundo, ao garantir simultaneamente a unidade e a diversidade, o federalismo funda-se na ambiguidade que, em contextos contemporâneos,

envolve a articulação de partes em uma forma de organização territorial do poder, de articulação do poder central com os poderes regional e local, que consistem em um *conjunto de complexas alianças, que buscam a compatibilização de valores e interesses entre atores políticos estabelecendo obrigações mútuas entre os seus componentes*. (Rocha, 2013, p. 36, grifos nossos).

Durante a sua construção histórica, o federalismo adquiriu diferentes contornos à medida que o princípio federativo foi empregado com adaptações particulares, conforme as circunstâncias históricas, sociais, econômicas e políticas em que os Estados federais foram constituídos³². Segundo Franzese e Abrucio (2013), a despeito dessa diversidade de tipos de federalismo, a literatura recente sobre essa temática indica a existência de dois modelos - cooperativo e competitivo - que divergem de concepção a partir da sua interferência na produção de políticas públicas. Entretanto, "não obstante sua utilidade para fins comparativos, essa classificação dicotômica apresenta limitações explicativas, principalmente para países que não se encaixam em nenhum dos modelos, como é o caso do Brasil³³" (Franzese; Abrucio, 2013, p. 361).

No que tange à relação entre federalismo e descentralização, Bobbio et al. (2004) afirmam que podemos falar de formas intermediárias entre Estado Federal e Estado mais ou menos descentralizado, fazendo menção a essa última forma a descentralização regional, descentralização em entidades locais e descentralização administrativa. Porém, os autores ressaltam que há uma profunda diferença entre a descentralização administrativa e a federal baseando-se esta, principalmente, no conceito de autonomia política e descentralização política. Segundo Bobbio et al. (2004),

³² Para Viana et al. (2002, p. 495), apoiadas na afirmação de Souza (1999), federalismo é um conceito de valor que informa a federação: "a lógica das federações é o federalismo, que é a percepção ideológica do que deve acontecer após a federalização". Assim, o federalismo investiga as motivações (padrões de interesse), em contextos econômicos, políticos e sócio-culturais específicos que levam o desenho de cada federação sendo que esta distinção é fundamental ao estudo dos diferentes arranjos do federalismo.

³³ De acordo com Franzese e Abrucio (2013) a Constituição de 1988 criou um modelo de distribuição de competências que, apesar do compartilhamento, não indica quais as formas devem ser utilizadas para levar essa cooperação a efeito e, tampouco, não separou as atribuições de cada esfera de governo dentro da matriz federativa.

a descentralização política distingue-se da administrativa, não apenas pelo tipo diferente de funções exercidas, mas também pelo 'título' que caracteriza o seu fundamento. A descentralização política expressa a idéia de direito autônomo, enquanto a descentralização administrativa específica temos um fenômeno de derivação dos poderes administrativos que, por sua vez, derivam do aparelho político-administrativo do Estado [...]. *A descentralização política, porém, não coincide com o federalismo. Um Estado federal é, certamente, politicamente descentralizado, mas temos Estados descentralizados que não são federais. Somente quando a descentralização assume os caracteres da descentralização política podemos começar a falar de federalismo ou, a nível menor, de uma real autonomia política das entidades territoriais.* (Bobbio et al., 2004, p. 331, grifos nossos).

Nesse sentido, enquanto a descentralização implica em redistribuição do poder e delegação de competência, sem, necessariamente, o deslocamento do poder decisório, o movimento pode e deve ser conceituado como desconcentração. De acordo com Tobar (1991), citado por Abrucio e Filippim (2010, p. 217) a desconcentração significa “um conjunto de procedimentos funcionais para a racionalização, modernização e reprodução ampliada do sistema a modificar”. Nesse sentido, assim como os tipos de federalismo, a adoção da descentralização ou da desconcentração também produzirá diferentes resultados na implementação das políticas públicas.

A federação brasileira surgiu da desagregação do Governo Imperial, concomitante à instauração da República, e experimentou ciclos de centralização e descentralização bem definidos. Antes da Nova República, os períodos de centralização (1930 - 1945 e 1964 - 1985) associaram-se a governos de vocação autoritária, e os de descentralização (1889 - 1930 e 1946 - 1964) foram, em geral, caracterizados pela hegemonia das oligarquias regionais na condução política da nação³⁴ (Rocha, 2013; Dourado; Elias, 2011; Luz, 2000; Abrucio, 1998).

Nos anos de 1980, segundo Rocha (2013), há um processo de descentralização federativa que fortalece a autonomia dos Estados e dos municípios, configurando um padrão de distribuição de poder em grande medida aceito pelos atores. Com a Constituição de 1988, a partir dos seus ordenamentos, formaliza-se o favorecimento da descentralização na distribuição dos recursos tributários e do poder político no Brasil no

³⁴ Segundo Rocha (2013), o processo de democratização brasileiro herdou uma estrutura de distribuição de poder anterior relativamente assentada. O regime autoritário manteve, ao longo de sua vigência, uma estruturação federal formal, mesmo que na prática funcionava como um sistema unitário. Isso significa que, quando se iniciou o processo de democratização, os Estados e os municípios brasileiros estavam formalmente constituídos, com elites políticas formadas e atuantes, apesar de constrangidos em sua autonomia. Assim, o processo de democratização brasileiro foi caracterizado por uma disputa de poder negociada dessas unidades territoriais com o poder central instaurando-se um federalismo de fato, tripartido: composto pela União, 26 Estados e o Distrito Federal e 5.564 municípios.

qual “a autoridade política de cada nível de governo é soberana e independente das demais” (Filippim; Abrucio, 2010, p. 217). Entretanto, no pós-Constituição, a partir de meados dos anos de 1990, observa-se um movimento de relativa centralização com o fortalecimento da capacidade de coordenação do governo central que reflete uma tentativa de enfrentar os problemas resultantes do processo de descentralização anterior. Ou seja, o foco central para os atores em geral, e para os entes da federação, foi buscar um desenho institucional adequado para dotar as políticas públicas de maior eficiência.

Na atualidade, onde os Estados possuem papel preponderante de promover o bem-estar social por meio de uma diversidade de políticas públicas, a colaboração mútua entre as unidades federadas para a execução dos objetivos sociais e econômicos que estas imprimem tem sido um dos principais instrumentos de ação das federações. Deve-se ressaltar que essa atuação conjunta dos entes federados nessas políticas públicas objetiva, sobretudo, preservar a liberdade de cada integrante e, ao mesmo tempo, possibilitar a adoção de ações coordenadas e socialmente efetivas. Entretanto, esse objetivo só pode ser alcançado mediante um sistema de coordenação federativa, exigindo, sobremaneira, a construção de processos decisórios compartilhados que possam conduzir seu planejamento e execução. É nesses processos que se encontram, geralmente, dois tipos básicos de mecanismos que representam o inerente dilema entre a *descentralização* e a *centralização*: as negociações diretas entre os governos locais e os incentivos promovidos pelas instâncias centrais³⁵ (Dourado; Elias, 2011).

Nesse sentido, o vínculo do processo de descentralização às características do federalismo brasileiro torna central a ação deliberada e organizada dos níveis superiores de governo para o incentivo à adesão das esferas subnacionais³⁶. Segundo Abrucio (2005), Hochman (2001) e Arretche (1999), os governos locais aderem à descentralização a partir de um cálculo em torno dos custos e dos benefícios de assumir a gestão de um determinado programa social. Entretanto, os mesmos autores ressaltam que variações entre “graus de descentralização” entre estados podem ser encontradas e que as

³⁵ De acordo com Banting E Cobben (2003), citados por Arretche e Marques (2006, p. 174), países federativos que alcançaram reduzir significativamente as diferenças regionais no acesso aos serviços de saúde são aqueles que concentraram autoridade no governo federal e desenvolveram abrangentes sistemas de transferências interregionais, assim como federações que concentraram autoridade no governo federal e instituíram mecanismos efetivos de coordenação intergovernamental foram mais efetivos em suas estratégias de redução de custos. Os autores também citam Tendler (1998) quando este mostra que o desempenho dos governos locais na política de saúde no Ceará dependeu, em grande parte, da natureza dos incentivos derivados de regras estabelecidas pelo governo estadual.

³⁶ Segundo Hochman (2001), baseado na obra de Arretche (2000) – Estado federativo e políticas sociais - nessa estrutura de incentivos, os elementos passíveis de ação governamental seriam as normas constitucionais, as regras de um programa de descentralização e seu modo efetivo de operação, que na atual configuração federativa está a cargo do decisor.

diferenças entre resultados da descentralização deve-se, sobretudo, à "ação dos executivos federal e/ou estaduais". Ou seja, o sucesso de uma reforma que busca a descentralização depende "decisivamente" da ação deliberada dos governos estaduais e federal nela interessados e o seu alcance depende do cálculo dos governos locais sobre os custos e os benefícios de assumir competências e responsabilidades em áreas de políticas públicas.

Isso nos leva a considerar os apontamentos de Arretche (1999), nos quais a autora ressalta que, nas condições brasileiras, não é suficiente que a União se retire de cena para que, por efeito das novas prerrogativas fiscais e políticas de estados e municípios, estes passem a assumir de modo mais ou menos espontâneo competências da gestão. Na mesma direção, a descentralização das políticas públicas não é simplesmente um subproduto da descentralização fiscal, nem das novas disposições constitucionais derivadas da Carta de 1988. Ao contrário, ela somente ocorreu nas políticas e nos estados em que a ação política deliberada operou de modo eficiente³⁷. No entanto, a mesma autora, em (2010), afirma que, embora as unidades constituintes da federação sejam politicamente autônomas e tenham responsabilidade na arrecadação de tributos e de execução de políticas, "sua autonomia decisória não pode ser adequadamente interpretada, se ignorarmos a *extensão em que a agenda dos governos subnacionais é afetada pela regulação federal*³⁸" (Arretche, 2010, p. 597, grifos nossos). Ou seja, independentemente das preferências ideológicas dos partidos políticos, e, mesmo das preferências ideológicas do eleitorado local, "prefeitos são constrangidos a emprestar suas receitas de acordo com as normas previstas na legislação federal". Dado que os orçamentos não são fixos, os patamares de gastos das políticas reguladas quanto das não-reguladas são afetadas. Contudo, "este não é necessariamente um jogo de soma zero, pois cada nível de governo desempenha distintos papéis. [...], sua autonomia política lhes permite a possibilidade de discordância" (Arretche, 2010, p. 611).

³⁷ Arretche (1999) afirma a importância de uma série de fatores de distintas naturezas para determinar diferentes graus ou alcances de descentralização de políticas sociais. De acordo com a autora, diferentes formatos, ritmos e resultados da descentralização podem ser explicados, em grande medida, por contingências de origem estrutural (relacionadas diretamente à capacidade dos governos locais assumirem a responsabilidade pela gestão de políticas sociais expressos pela capacidade de gastos e capacidade administrativa dos governos), institucional (compreendem o legado das políticas prévias, as regras formais do jogo político e a engenharia operacional da política pública) ou de ação política (compreendida pela cultura política e as relações intergovernamentais).

³⁸ Nesse sentido, podemos distinguir dois tipos de políticas descentralizadas: 1) reguladas: aquelas nas quais a legislação e a supervisão federais limitam a autonomia decisória dos governos subnacionais, estabelecendo patamares de gastos e modalidades de execução das políticas (como no caso da saúde e educação); 2) não reguladas: aquelas nas quais a execução das políticas (*policy making*) está associada à autonomia para tomar decisões (*policy decision-making*) (Arretche, 2010).

No mesmo sentido, Souza (2005) conclui que, desde a promulgação da Constituição de 1988, conferir o rótulo de centralizado ou descentralizado ao federalismo brasileiro parece não dar conta da sua atual complexidade. Segundo a autora, a federação tem sido marcada por políticas públicas federais que se impõem às instâncias subnacionais, porém são aprovadas pelo Congresso Nacional ao mesmo tempo que conferem limitações na capacidade de legislar sobre políticas próprias. Soma-se ao descrito que escassas competências constitucionais exclusivas são alocadas aos estados e municípios, mesmo que esses entes possuam autonomia administrativa considerável, responsabilidade pela implementação de políticas aprovadas na esfera federal e uma parcela dos recursos públicos³⁹.

É importante ressaltar que considerar a descentralização e a centralização como princípios opostos de organização só é possível no plano conceitual. Segundo Bobbio et al. (2004), a presença de um e outro princípio pode ser considerado um fenômeno de recíproca adaptação cujas possibilidades de concretização e de atuação torna difícil chegarmos a uma definição precisa. Sob o ponto de vista da realidade social, os dois conceitos assumem um caráter essencialmente dinâmico resultando em uma organização política ou administrativa de situações de paralização ou equilíbrio⁴⁰. Corroborando com essa afirmativa, Viana (2014) nos diz que

o processo de descentralização vincula-se, também, à própria lógica interna do Estado: este expande aparelhos e funções, centraliza-se, perde a capacidade gerencial, descentraliza-se, recentraliza-se, etc, e, a cada movimento, novos atores aparecem e mudam os cenários políticos. Nessa medida, não se pode atribuir nenhuma ligação mecânica entre centralização e formas autoritárias de governar, de um lado, e descentralização e formas democráticas de governar, de outro. Além disso, todo ato de descentralização vincula-se a novos movimentos de centralização. (Viana, 2014, p. 46).

³⁹ De acordo com Abrucio e Sano (2013, p. 222, grifos nossos), a partir do sucesso econômico e político do Plano Real, levou o governo federal a também recuperar seu poder político e econômico e pôde, assim, "atacar o aspecto mais predatório do federalismo brasileiro, relacionado às contas públicas estaduais. Além disso, teme mais condições de ordenar o processo de descentralização de algumas políticas públicas, que caminhavam com grau significativo de fragmentação, e dessa maneira não se conseguia estabelecer ou implementar ações de cunho nacional". *Entretanto, esse cenário acabou por fortalecer, embora de forma desigual entre os setores, a atuação mais cooperativa em fóruns estaduais.*

⁴⁰ Bobbio et al. (2004) fazem referência ao ordenamento político-administrativo italiano, no qual se traduz a concepção de um Estado fortemente centralizado, cada procedimento que visa à reorganização dos poderes públicos está ligado à solução dos problemas de Descentralização, especialmente da organização administrativa. Assim, independentemente do problema da conexão existente entre a forma política de um Estado e seu grau de centralização, qualquer Estado que atinja um certo nível de desenvolvimento não apresenta apenas uma administração, mas uma pluralidade de administrações ou de estruturas administrativas distintas que não podem ser reduzidas a uma unidade, especialmente no plano federativo.m

Contudo, qual formatação pode ser considerada “melhor” para o Estado? Os estudos que imprimem vantagens à centralização decisória⁴¹ partem do pressuposto de que, para gerenciar políticas públicas por meio de incentivos federais, é necessário certa coordenação federativa. Essa perspectiva tem como ideia principal que a instância central deve dispor de recursos institucionais para induzir as escolhas dos governos locais considerando que a qualidade de ação desses governos depende dos incentivos e controles a que estão submetidos (Dourado; Elias, 2011). Outras justificativas estão no reforço de um sentimento comum de pertencimento a uma única comunidade nacional (conceito de nação) e a desconfiança nas elites locais para implementar e respeitar os direitos dos cidadãos. De acordo com Arretche (2010), nessas circunstâncias, mesmo elites progressistas favoráveis à descentralização da execução de políticas públicas tendem a preferir que o governo central regule o modo como essas políticas serão implementadas, de modo a amarrar as mãos de governadores e prefeitos que, se supõe, possam pretender converter os recursos recebidos em políticas conservadoras, corruptas ou clientelistas.

Por sua vez, as justificativas que constroem as vantagens dos sistemas descentralizados partem da premissa de que os governos locais possuem melhores condições para alcançar resultados mais eficazes para seus cidadãos, principalmente pelo fato de que estão mais bem informados de suas preferências e pela proximidade das relações. Esses estudos podem apoiar-se em dois diferentes significados - ideologias - para o conceito de descentralização. O primeiro fundamenta-se na descentralização como um processo de democratização: “o processo de descentralização pode vir a criar uma coletividade territorial capaz de assumir a gestão dos interesses coletivos, na qualidade de esfera dotada de identidade sociocultural e política” (Viana, 2014, p. 32). O segundo, formulado como alternativa para a crise do Estado de Bem-Estar Social, apresenta-se como uma redução do Estado às suas funções mínimas e que inclui privatizar agências e serviços públicos ou financiar, com recursos públicos, o consumo de serviços privados além de desregulamentar a economia para torná-la mais competitiva: “aqui, a descentralização significa também privatização, para que se incorpore, segundo o

⁴¹ No sentido de complementar algumas das argumentações dos opositores da descentralização, Guimarães e Giovanella (2004) apontam para as seguintes considerações: a) os processos descoordenados ou descontrolados de transferência podem gerar perdas de controle fiscal e de capacidade redistributiva do Estado; b) os processos de descentralização acentuariam as diferenças regionais, a recentralização, a fragmentação, a dispersão local e a duplicação ou o abandono de responsabilidades sociais; c) a diminuída capacidade dos entes periféricos em controlar a corrupção e a pouca participação social reduzem a efetividade das políticas sociais.

argumento neoliberal, as lógicas privadas da eficiência, da racionalidade e do lucro” (Viana, 2014, p. 31).

A despeito dessa variedade de interpretações e, conseqüentemente, possíveis formatações para o Estado, Castro (1992), citado por Viana (2014, p. 34), afirma que é possível distinguir temas comuns e certos valores presentes no debate: a ideia de maior grau de *responsiveness* dos políticos e dos governantes às preferências da coletividade local; a de melhor eficiência administrativa; a de definição dos mecanismos de representação que implicam em contrapesos mais efetivos ao poder e o incentivo ao surgimento de políticas públicas inovadoras e diversificadas.

Entretanto, de acordo com Arretche (1999), esses valores não imprimem a garantia de que a proposta da descentralização supere, por si só, o clientelismo, a corrupção, a perda da capacidade regulatória e de formulação de políticas públicas pelo governo central, além de poder atuar como elemento facilitador do acirramento de disparidades regionais. Para a autora, Ainda de acordo com a autora, as estratégias utilizadas pela União e/ou Estados para que os municípios aderissem à descentralização também não alijaram as práticas de cooptação patrimonialista, visto que, frequentemente, prefeitos e lideranças regionais vislumbraram os benefícios políticos de oferecer localmente serviços públicos antes centralizados. Corroborando e complementando com o exposto, Junqueira (1997) afirma que, no Brasil, onde os interesses privados prevalecem sobre os coletivos, a democratização não se concretiza necessariamente em governos descentralizados, próximos à população, porém a descentralização parece constituir um importante meio de participação mediante a abertura de canais entre a sociedade e as instituições, permitindo pelo menos que as reivindicações cheguem até o Poder Público, a quem cabe decidir as políticas públicas a serem empregadas.

Por fim, é imprescindível transcrever e refletir uma passagem de Bobbio et al. (2004) ao analisar a descentralização como valor e como tema específico da administração pública. Segundo os autores, atualmente, a descentralização insere-se como meta a ser perseguida nos programas políticos de todos os partidos e que esta constante deve-se ao fato de que

cada um encontra na descentralização aquilo que considera mais oportuno e conveniente encontrar, conforme se verifica com frequência também nos nossos dias. Como a descentralização pode identificar-se com várias ideologias, é importante verificar quais são estas num determinado momento histórico, numa sociedade com um determinado desenvolvimento social, *visto que somente deste modo será possível estabelecer se a descentralização se efetua ou se em seu lugar atua uma descentralização fictícia e aparente, cujas motivações profundas devem ser pesquisadas*. (Bobbio et al., 2004, p. 333, grifos nossos).

2.4 A DESCENTRALIZAÇÃO COMO PRINCÍPIO ORGANIZATIVO DO SUS

A partir da segunda metade do século XX, especialmente pós Segunda Guerra Mundial, os Estados Nacionais assumiram um papel de grande intervenção no campo social que, resumidamente, pode ser definido como o de promotor do desenvolvimento e de políticas públicas que compensassem as perdas sofridas pelos indivíduos no processo produtivo e não passíveis de serem reparadas pelo salário. Assim, previdência social, saúde, educação, transporte, lazer e moradia passaram a ser progressivamente entendidos como responsabilidade do Estado (Zioni; Almeida, 2008; Dourado; Elias, 2011).

Chamada de Estado de Bem-Estar Social, essa concepção de Estado tem como paradigma a institucionalização do Estado central como provedor e planejador de políticas sociais, com base nos direitos de cidadania e nos princípios de igualdade e de justiça social. Esse período é definido por Viana (2014) como parte constitutiva do capitalismo aparecendo como um profundo ato de natureza civil concretizado em um duplo compromisso entre o capitalismo e a democracia e entre o estado e o mercado. Entretanto, a exigência desse padrão de crescimento capitalista entra em crise na segunda metade dos anos 1970 e ressalta a crise fiscal do Estado e, com ela, o imperativo em “adotar novos parâmetros para a atuação do Estado” apresentando-se a descentralização “como uma das soluções possíveis ante a debilidade orçamentária do Estado e o questionamento das antigas formas de representação Estado/sociedade” (Viana, 2014, p. 30)⁴².

Como produto que reflete esse cenário, Costa (2002) aponta para a existência de um documento do Banco Mundial, datado de 1987, no qual indicavam-se quatro políticas básicas que visavam à reforma dos sistemas de saúde dos países em desenvolvimento: a cobrança aos usuários dos serviços oferecidos pelo governo; o estímulo à utilização de planos privados de cobertura de riscos (a seguridade social ficaria exclusivamente para os pobres e os planos privados de pré-pagamento para os demais); a utilização mais eficiente de recursos governamentais (fim da corrupção, do desperdício, da má gestão dos recursos), e a descentralização dos serviços. O autor cita Medici (1995) para apontar as razões que justificariam a opção dos programas de saúde pelas políticas de descentralização:

⁴² No campo conservador esta descentralização significou reduzir o Estado às suas funções mínimas para aliviar a crise fiscal do Estado, privatizando agências e serviços públicos e financiando com recursos públicos o consumo de serviços privados. Já no campo neomarxista, esta descentralização foi entendida como meio para fazer avançar o próprio conceito de democracia.

1) a possibilidade de *redução dos gastos com saúde*, que haviam crescido de maneira acentuada no *Welfare State*, com a progressiva ampliação dos beneficiários; 2) a *tentativa dos Executivos centrais em deixar de se responsabilizar*, numa conjuntura de crise econômica, pelos cortes ou aumentos dos gastos com saúde, buscando maior legitimidade para as decisões de governo relativas ao ajuste fiscal dos países; 3) *os anseios dos movimentos sociais e poderes locais em responder pelas necessidades específicas das políticas de saúde de cada região*; 4) a busca por novos arranjos na gestão dos sistemas de saúde que *reduzissem o poder e o corporativismo dos sindicatos mais organizados*; 5) a possibilidade de flexibilização da 'relação entre níveis de hierarquia dos serviços, consumo de tecnologia médica, gestão da saúde e prestadores públicos e privados', adequando o modelo às necessidades e condições de cada local. (Costa, 2002, p. 51, grifos nossos).

No Brasil, desde a Era Vargas (1930 - 1945), construiu-se um modelo desenvolvimentista que buscava responder, sobretudo, às necessidades nacionais de uma política industrial viabilizando, assim, uma modernização econômica e social. Entretanto, durante a ditadura militar, a implementação desse modelo persistiu fortalecido por uma política de contenção salarial, redução de investimentos em políticas sociais a fundo perdido e, principalmente, a centralização da política e do planejamento no âmbito federal. Soma-se ao descrito o fato de que a contribuição do desenvolvimento tecnológico, que proporcionou a produção de tecnologias de capital intensivo e pouco uso da mão-de-obra, afetou significativamente as bases fiscais dos Estados, dificultando o processo de elaboração e de implementação de políticas públicas, inspirando, segundo Zioni e Almeida (2008), uma perspectiva liberal ou neoliberal no que diz respeito à relação estado-sociedade civil.

Durante os anos de 1970 e de 1980, fortalecem-se as lutas sociais e políticas tanto por demandas que fossem capazes de diminuir as profundas desigualdades de renda e de acesso a serviços públicos quanto pela descentralização das políticas públicas (Lima et al., 2008). É nesse período que se registra a “elaboração e implantação de uma política pública de caráter radical e universalizante na área da saúde, que vai de encontro ao pensamento social dominante da época e, também, contra toda a história de constituição da noção de direitos e cidadania do país” (Zioni; Almeida, 2008, p. 106). Essa proposta se desenvolveu na transição democrática, congregando entidades representativas de gestores, profissionais da saúde e movimentos sociais que, articulados na Plenária Nacional de Entidades de Saúde, conseguiram influenciar o processo constituinte e plasmar na Constituição Brasileira de 1988, art. 196, o qual garante que:

a saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doenças e de

outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação. (Brasil, 2003, p. 20).

A saúde passa, assim, a fazer parte dos direitos sociais da cidadania (Brasil, 2007). Considerando-se, ainda, o arcabouço jurídico que construiu este direito, destaca-se a o artigo 198 o qual reza que

as ações e serviços públicos de saúde constituem uma rede regionalizada e hierarquizada de serviços de saúde, que conforma um sistema único de saúde, organizado segundo três diretrizes básicas: *descentralização*; atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, mas sem prejuízo das assistenciais; e participação da comunidade. (Brasil 2003, p. 20, grifos nossos).

Nesse contexto, segundo Dourado e Elias (2011), o SUS foi criado como instituição de caráter federativo orientada pela descentralização político-administrativa⁴³. A normatização constitucional e a regulamentação disposta na Lei Orgânica da Saúde delimitam a expressão da estrutura federativa nacional na área da saúde ao determinarem o dever de todos os entes federados de atuar para a promoção, proteção e recuperação da saúde, com autonomia de cada esfera de governo para a gestão do sistema nos limites do seu território. Estabelece-se, assim, de acordo com os autores, uma forma de organização política que pode ser adequadamente designada como federalismo sanitário brasileiro⁴⁴.

Entretanto, de acordo com Gerschman e Viana (2005), a ideia da descentralização surgiu anteriormente à institucionalização do SUS durante a realização da terceira Conferência Nacional de Saúde, em 1963. Nesse momento foi proposta a municipalização da assistência à saúde, baseada na ideia de que um país com dimensões continentais somente poderia se valer para o crescimento econômico de uma população saudável e atendida nas suas necessidades de saúde se, em cada estado, existissem serviços

⁴³ Segundo Dourado e Elias (2011) e Vasconcelos e Pasche (2006), a descentralização político-administrativa, com direção única em cada esfera de governo, nos termos do Art. 7º da Lei nº 8.080/90, foi concebida compreendendo a “ênfase na descentralização dos serviços para os municípios”, associada à “regionalização e hierarquização da rede de serviços de saúde”. Todavia, a opção política do primeiro decênio da implantação do SUS seguiu o movimento que marcou a descentralização das políticas sociais no país na década de 1990, de modo que a municipalização da saúde foi priorizada, enquanto a regionalização foi praticamente desconsiderada. Vale ressaltar que a regionalização, enquanto parte da descentralização, objetiva distribuir de forma mais racionalizada e equânime os recursos assistenciais no território, com base na distribuição da população, promovendo a integração das ações e das redes assistenciais, de forma que garanta o acesso oportuno, continuidade no cuidado e economia de escala.

⁴⁴ De acordo com Arretche e Marques (2007), esse modelo de distribuições de funções, o qual não é o único adotado entre países federativos (como Alemanha, Austrália, Bélgica, Canadá e Estados Unidos), tem como consequência que o governo federal, nesse caso o Ministério da Saúde, seja encarregado de tomar as decisões mais importantes da política nacional.

essenciais para os cuidados de saúde. Para esse fim, o Governo Federal deveria incentivar a criação de sistemas de saúde. Não obstante, os autores afirmam que esta

proposta de descentralização institucional como desconcentração efetiva de poder político outorgaria um status democrático aos serviços de assistência à saúde. Além de considerar a saúde como um direito de cidadania universal, entendia-se que sua efetiva realização levaria ao fato de que os próprios cidadãos passariam a exercer o controle social, a participação efetiva na direção dos serviços de saúde e a implementação das ações de saúde. Estes atores com inserções diversas no campo e nas instituições de saúde produziram um discurso político gerador de identidade entre a idéia de Reforma Sanitária e a idéia de democracia estabelecendo, entre elas, um caminho de mão dupla: os avanços no processo de transição conduziram à democracia, assim como o aprofundamento do processo de Reforma Sanitária, e vice-versa. [...]. Nesse sentido, a descentralização passaria a ser uma ferramenta central de deslocamento de poder político e decisório, como um território virgem a ser conquistado pelo exercício da cidadania em saúde e um novo espaço mais facilmente permeável à participação e ao controle social dos cidadãos. (Gerschman, Viana, 2005, p. 309, grifos nossos).

No plano internacional, essa discussão tomou rumo próprio a partir da Conferência de Alma-Ata, quando se constatou que os sistemas nacionais de saúde viviam um momento de crise profunda e que se acentuava ainda mais nos modelos de saúde implementados pelos países subdesenvolvidos. Assim, sugere-se uma amplo programa de reformas enfatizando a descentralização dos serviços de saúde. De acordo com Viana (2014), a proposta da Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) de reorganização dos serviços de saúde incentivava a formação de Sistemas Locais de Saúde (SILOS) mediante a divisão do trabalho no interior do Sistema Nacional de Saúde. Este, além das atribuições relacionadas à atenção a indivíduos e famílias, deveria integrar os recursos de saúde da área, incluindo hospitais e unidades de saúde em uma rede de serviços inter-relacionada com níveis de atenção compatíveis com a necessidade da população. Relata a autora que, "além da capacidade tecnológica que possibilite um adequado poder de resolução dos problemas de saúde de sua área, os SILOS devem possuir uma adequada capacidade técnica administrativa nas áreas de planificação, administração, informação, epidemiologia e [...] recursos humanos" (Viana, 2014, p. 40).

Outro conceito definido pela OPAS naquele momento foi o dos Distritos de Saúde. Estes são partes integrantes do Sistema Nacional de Saúde e devem ser minimamente auto-suficientes em relação aos serviços de saúde, ou seja, devem integrar vários elementos inter-relacionados que contribuem para a saúde no território a fim de promover a promoção, prevenção, reabilitação e cura da população adstrita devendo esses serviços ser coordenados por um responsável. Diante da definição desses conceito, pode-se

afirmar, segundo Viana (2014), que é a territorialização⁴⁵ e a descentralização dos serviços de saúde o eixo que ordena ambas as propostas⁴⁶.

Durante a realização da 8ª Conferência Nacional de Saúde, em 1986, o termo descentralização retorna ao debate, porém com a concepção de ser “remédio para a abusiva e sempre crescente concentração de poder político, econômico e administrativo” exercida pelo Governo Federal. Falava-se, também, que, para atingir os objetivos da universalização e equidade dos serviços de saúde, teria-se que trilhar pela descentralização, sendo a municipalização o caminho, e o instrumento para efetivá-la era o objetivo a ser perseguido (Gerschman; Viana, 2005). Ainda, sob essa perspectiva, os autores citados ressaltam que, nos discursos que permearam a Conferência, não há menção sobre a descentralização enquanto transferência de poder efetivo para a sociedade organizada. Gerschman e Viana (2005, p. 314) utilizam-se das afirmações de Misoczky (2002) quando este nos diz que a ideia de descentralização, nesse caso, parecia se aproximar bastante à versão de reforma dos aparelhos de Estado, em que a descentralização é considerada como uma estratégia básica da modernização da estrutura organizacional, dos métodos de gestão e um instrumento para melhorar a capacidade financeira e funcional do Estado.

Vale transcrever uma passagem do capítulo assinado por Gerschman e Viana (2005) quando elas nos dizem:

Nos depoimentos dos representantes que levantavam as propostas históricas do movimento sanitário não aparece o termo ‘descentralização’ de forma explícita, nem parece ser este um objetivo a ser almejado. A não ser sob a forma subsumida ou incorporada à democracia participativa. Ou seja, como procedimento político que possibilitaria aproximar a democracia à construção do poder local ou controle social, a ser exercido pela participação da sociedade na deliberação da política de saúde. [...]. Os discursos dos gestores do movimento sanitário referem-se à descentralização associada à democratização do Estado. [...]. Diferentemente, os gestores de governo referem-se à descentralização

⁴⁵ De acordo com Kuschnir e Chorny (2010), coube ao Relatório Dawson, publicado em 1920, introduzir o conceito de territorialização nos sistemas de seguro social. Nesse mesmo relatório, foi concebida a organização em redes como uma resposta à questão de como garantir acesso com equidade a toda uma população: associando território com equidade às questões de eficiência/escala e qualidade, para configuração dessas redes seria necessário concentrar serviços e adotar mecanismos de referência. Para garantia de acesso ao cuidado integral, a regionalização deveria ser baseada em territórios de grande porte populacional, com autossuficiência em recursos de saúde em todos os níveis de atenção, subdivididos em distritos, sub-regiões ou microrregiões. O conjunto estaria sob um único comando e deveria operar de forma coordenada por meio de mecanismos de referência entre níveis (e/ou territórios), alimentados por sistemas de informação e de transportes. Esse conceito foi aprimorado na proposta da OPAS e constitui-se como referencial teórico para a construção das redes regionalizadas no SUS.

⁴⁶ Viana (2014, p.41) ressalta que o Distrito de Saúde é uma unidade mínima com população referida enquanto a ideia de Silos é mais abrangente, ou seja, é parte integrante de um todo, não havendo nenhuma incompatibilidade entre a formação de sistemas nacionais e sistemas locais.

como uma desconcentração de funções [...]. (Gerschman; Viana, 2005, p. 316-317).

O que se torna interessante apontar é que a 8ª Conferência expressou a ascensão do movimento sanitário como força política hegemônica da saúde, ofuscando, temporariamente, a existência de grupos de interesse que, historicamente, sempre alcançaram um poder efetivo na conformação do setor saúde. Entretanto, "equilíbrios políticos-institucionais são difíceis de perdurar considerando que a atuação política supõe uma reconfiguração tanto de atores e grupos de interesse como das arenas político-institucionais nos quais se dirime a luta política". Posteriormente, o setor privado da saúde voltou a reconstituir-se sob a forma de grupos de interesse e *lobbies* agindo nas esferas institucionais estatais e legislativo por intermédio de bancadas próprias que exerciam o papel de grupos de pressão no interior do setor (Gerschman; Viana, 2005, p. 317). Das autoras,

tratou-se apenas do esvaecimento temporário das diferenças de interesses dos atores políticos do setor saúde, que se tornaram nítidas no embate da definição do texto constitucional e uma vez que a transição à democracia estivesse completada, na posterior implementação da reforma. Sob um olhar debruçado no exercício da descentralização da política de saúde no presente, vêm à tona significados diversos para diferentes interesses que apareciam semelhantes na efervescência política da transição e construção da democracia. (Gerschman; Viana, 2005, p. 317).

A 8ª Conferência deu prosseguimento à Constituição de 1988, formalizando relações entre diversos atores e interesses até então velados⁴⁷. Nesse cenário, a presença dos Estados e dos municípios na constituição do SUS, apesar de não ser uma prática recente, foi decisiva para a implantação desse novo modelo o qual tornou-se altamente complexo e diferenciado, conforme a região, os estados e os municípios⁴⁸. De

⁴⁷ Parte dessa formalização deu-se na homologação da Lei Orgânica da Saúde (LOS), a qual é formada por um conjunto de duas leis, Lei 8080/90 e 8142/90, e que foram editadas para dar cumprimento a Constituição e disciplinar os assuntos no âmbito da saúde. Essas leis possuem diretrizes que devem ser seguidas nos três níveis de governo e destinam-se a esclarecer o papel das esferas de governo (União, Estados e Municípios) na proteção, promoção e defesa da saúde.

⁴⁸ A descentralização da saúde foi inicialmente marcada pela experiência das Ações Integradas de Saúde (AIS), no final do regime militar. A implantação destas pelo Ministério da Previdência e Assistência Social em 1983 buscou aumentar a eficiência nas ações de saúde e a contenção dos custos da assistência médica sob a responsabilidade da previdência oficial. Para esse fim, criaram-se instâncias colegiadas que privilegiavam estados e municípios na programação e execução do orçamento da saúde. O governo procurou também legitimar as AIS, permitindo que delas participassem entidades representativas da sociedade civil. Em um segundo momento (1987), criou-se o Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS) o qual iria transferir recursos aos estados e municípios que se propusessem a criar conselhos municipais ou estaduais de saúde e elaborassem planos municipais nessa área. Essa *segunda etapa* da descentralização foi marcada pelo fechamento dos escritórios regionais do Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social (INAMPS), com a transferência das suas atribuições para as Secretarias Estaduais de Saúde.

acordo com Vasconcelos e Pasche (2006), a participação dos atores sociais e a mobilização dos gestores municipais, apoiados nas diretrizes constitucionais, foram decisivas para o avanço do sistema diante das resistências políticas e burocráticas ao processo. Já para Viana (2014), a tentativa de formação do sistema nacional de saúde e, conseqüentemente, o processo de descentralização só se concretizou a partir de determinadas precondições:

nos Estados, o avanço do espaço do interior em relação aos das metrópoles; no federalismo nacional, novas relações estados/nível federal; nas agendas estaduais e federal de governo, o grau de centralidade da questão social e das propostas de descentralização; no aparato central governamental, o grau de sua disfuncionalidade; e, por fim, no campo social dos três níveis de governo, o grau de disputa pela intervenção, em função das fortes iniquidades presentes na sociedade brasileira. (Viana, 2014, p. 52).

Nesse contexto, coube ao governo federal o cumprimento do ordenamento jurídico desse sistema e transferência de competências e recursos em direção aos municípios. Essas ações foram orientadas pelos instrumentos normativos providos do Ministério da Saúde: as Normas Operacionais Básicas (NOBs). Mediante condições de gestão e de incentivos operados pelo financiamento correspondente, as sucessivas NOBs – 1991⁴⁹, 1993⁵⁰ e 1996⁵¹ – alteradas posteriormente pela Norma Operacional de Assistência à Saúde (NOAS) – 2002⁵² - conduziram os municípios à assunção progressiva da gestão de ações e serviços de saúde em seus territórios. Estes, além de garantir a oferta da atenção

⁴⁹ A NOB 01/91 estabeleceu um sistema de compra de serviços públicos e também privados, mas essa norma não definiu as responsabilidades na gestão do sistema de saúde.

⁵⁰ A NOB-SUS 01/93 estabeleceu formas de gestão municipal e estadual que deram impulso à descentralização, criando transferências automáticas dos recursos do Fundo Nacional de Saúde para os Fundos Municipais de Saúde, e cria também Comissão Intergestora Tripartite (CIT) e as Comissões Intergestoras Bipartite (CIB) no âmbito estadual, ambas com poder de decisão dentro do sistema de saúde.

⁵¹ A NOB-SUS 01/96 permitiu estabelecer o princípio constitucional de comando único em cada esfera de governo (federal, estadual e municipal) e caracterizou as responsabilidades de cada nível de governo de acordo com as modalidades de gestão local: a gestão plena da atenção básica e a gestão plena do sistema de saúde. Ela também promoveu o *fortalecimento do papel dos estados* na coordenação dos programas vinculados ao SUS (revertendo o poder de gestão concedido aos municípios pela NOB/93) ao mesmo tempo que priorizou a atenção básica à saúde.

⁵² A NOAS 2002 pretendeu avançar na consolidação de sistemas funcionais de saúde com base no aprimoramento da regionalização do sistema. Buscou reforçar o comando único sobre os serviços em cada território, a organização dos mecanismos de regulação do acesso com a utilização de sistemas informatizados e a definição dos Planos Diretores de Regionalização (PDR) que explicitassem o desenho de regionalização assistencial, assentado em módulos assistenciais, microrregiões e macrorregiões, e do Plano Diretor de Investimentos (PDI) para assegurar os investimentos necessários à (re)organização da rede assistencial. De acordo com Brasil (2007), apesar da sua rigidez normativa, a NOAS contribuiu para ampliar o diálogo inter-gestores, para fortalecer a instância estadual (SES) como protagonista na condução da política estadual, da regionalização e para propiciar a construção de novos saberes e práticas para o processo de cooperação com os municípios.

básica, também se responsabilizariam pela garantia de acesso de seus municípios aos outros níveis de atenção mediante integração do sistema municipal de saúde à rede regionalizada de atenção à saúde.

Aos estados, enquanto coordenadores do sistema estadual de saúde, coube ofertar supletivamente os serviços que os municípios não dispusessem, coordenar o processo de regionalização e assumir a regulação do acesso aos serviços especializados em articulação com os municípios em gestão plena⁵³. Entretanto, somente a partir de 2003, os estados aceleraram sua adesão à gestão plena do sistema estadual (Dourado; Elias, 2011; Vasconcelos; Pasche, 2006). Vale ressaltar que essa adesão à gestão plena do sistema, tanto municipal quanto estadual, pressupunha que o gestor assumisse a responsabilidade pela regulação do conjunto de serviços existentes no seu território, incluindo a organização dos fluxos assistenciais e a oferta de ações e serviços disponíveis assegurando acesso aos usuários dos municípios que integrassem a região de saúde, mediante processo de pactuação, mediados por instrumentos de gestão, como o Plano Diretor de Regionalização (PDR) e a Programação Pactuada e Integrada (PPI) (Vasconcelos; Pasche, 2006).

Todavia, é imperativo reconhecer que as disputas entre estados e municípios pela gestão dos serviços e dos recursos em um cenário marcado pela competição partidária e eleitoral apresentou-se como um impasse ao desenvolvimento do sistema. Os governos estaduais resistiam em promover a cessão de serviços e pessoal para os municípios que, por sua vez, exigiam condições especiais para assumirem as responsabilidades gerenciais sobre eles. Nesse embate, prevaleceu a primazia municipalista, visto que ela traduzia o significado mais profundo de descentralização que se queria imprimir. Entretanto, o destaque dados aos executivos municipais na gestão da política de saúde, transferindo para estes as decisões sobre a política, foi intitulado por Mendes (2001) de “descentralização autárquica” visto ter construído sistemas municipais isolados, sem inserção regional e ligados fortemente ao gestor federal, tentando abstrair o papel da esfera estadual.

Esse movimento municipalista que acabou retirando as secretarias de Estado da Saúde (SES) da linha de frente da prestação de serviços gerando indefinições sobre o

⁵³ Com relação à descentralização, coube as SESs “promover a descentralização para os municípios dos serviços e das ações de saúde” (Art. 17, Inciso I). No que tange ao planejamento, coordenação, controle, avaliação e fiscalização dos serviços e ações de saúde de média e alta complexidade foi atribuída às SESs a competência de acompanhar, controlar e avaliar as redes hierarquizadas do SUS (Art. 17, Inciso II). Foi atribuída também a identificação dos estabelecimentos hospitalares de referência, a gestão dos sistemas públicos de alta complexidade, de referência estadual e regional, e a coordenação da rede estadual de laboratórios de saúde pública e hemocentros, além da gerência das unidades que permaneçam em sua organização administrativa (Art. 17, Incisos IX e X).

seu novo papel e suas novas atribuições. De acordo com Brasil (2007), o que se evidenciou nesse período, em muitas das SES, foi uma crise de governabilidade em decorrência de sua baixa capacidade institucional. A principal consequência dessa situação foi o vazio político e técnico ocorrido na maioria dos estados brasileiros no processo de municipalização, ficando frágeis a articulação e a coordenação dos sistemas estaduais e das redes de serviços para além da responsabilidade municipal.

Frente a esses impasses, a partir de 1993, constituíram-se a Comissão Intergestora Bipartite (CIB), no âmbito estadual, e a Comissão Intergestora Tripartite (CIT) no âmbito nacional, com o objetivo de negociar os conflitos existentes entre os gestores e viabilizar pactos importantes à consolidação do SUS. Entretanto, segundo Vasconcelos e Pasche (2006, p. 550), com a constituição e o funcionamento dessas comissões “intensificaram-se os conflitos com os Conselhos de Saúde⁵⁴ que perceberam uma subtração de suas competências neste processo”.

Somente no final da década de 1990 que os estados ampliaram sua capacidade de intervenção, estabelecendo-se como atores na condução da política estadual e da regionalização da saúde. De acordo com Brasil (2007), isso se deveu, em parte, às sucessivas crises da assistência nos municípios de grande porte, à pressão da demanda por serviços de maior complexidade, e às exigências efetuadas pelos municípios de pequeno e médio porte para garantir as referências especializadas para as necessidades da sua população. Com o esgotamento do modelo hegemônico de descentralização em curso, tem lugar o debate sobre a implementação do SUS e surgem diferentes iniciativas em torno da regionalização da saúde, recolocando as SES no papel estratégico de coordenação dos sistemas estaduais e regionais de saúde.

O movimento em prol do fortalecimento do papel do estado e da regionalização, como estratégia complementar à municipalização, além de revelar novos atores, colocou novos pactos e novos processos na agenda política, tais como: a microrregionalização dos serviços de saúde, a Programação Pactuada e Integrada (PPI) com sistema de referência e contra-referência, novos modelos de contratação de serviços privados, a regulação do acesso, os consórcios intermunicipais de saúde, as câmaras regionais de controle e auditoria do SUS, entre outros.

⁵⁴ Os conselhos de saúde surgiram no interior das arenas próprias do Estado, foram regulamentados pela Lei 8.142 de 1990 e objetivaram institucionalizar um espaço público por meio do qual o desenvolvimento social, político e econômico pudesse ser pensado além da participação nas decisões governamentais. Sua constituição é paritária sendo composta por 50% dos usuários, 25% representantes do governo e 25% representantes dos prestadores de serviço (Durán; Gerschman, 2014).

Em 2006, a publicação do Pacto pela Saúde e das suas diretrizes operacionais pela portaria GM/MS 399 reconhece a complexidade de seus conteúdos normativos ao mesmo tempo que redefine as competências de cada ente federado. No que tange a diretriz da descentralização, o pacto reafirma a regionalização como uma diretriz do Sistema Único de Saúde cabendo às Secretarias Estaduais avaliar a constituição das regiões de saúde, dos seus planos diretores de regionalização, com vistas à conformação de um modelo de atenção integrado. O Pacto mantém o Plano Diretor de Regionalização (PDR), o Plano Diretor de Investimento (PDI) e a Programação Pactuada e Integrada (PPI) como principais instrumentos da regionalização. O diferencial das normativas anteriores, é que a partir do Pacto os estados e os municípios são considerados gestores de saúde e o que diferencia o gestor são as responsabilidades definidas nas respectivas CIB. A gestão dos prestadores deixa de ser uma prerrogativa do gestor municipal ou estadual, como era no processo anterior, conforme a condição de habilitação (Brasil, 2007).

A despeito desse movimento e de todas as estratégias utilizadas para fortalecer os estados enquanto entes solidários na construção do SUS, os efeitos da implantação de uma descentralização de base municipalista podem ser sentidos ainda nos dias atuais, visto que os estados ainda não conseguem realizar as atividades que lhe cabiam (Vasconcelos; Pasche, 2006; Viana et al., 2010). Para Dourado e Elias (2011), um elemento complicador nesse sentido foi o fato de as instâncias estaduais terem permanecido desprovidas de incentivos financeiros para assumirem essas funções.

Assim, podemos encerrar este capítulo com as palavras de Luz (2000), também corroboradas pelas reflexões de Miranda (2010) e Viana et al. (2010), quando afirma que o cenário que se apresenta na atualidade é que

a descentralização da saúde tornou-se apenas uma forma do Estado central desincubar-se das funções que lhe foram constitucionalmente atribuídas, visto que o repasse de recursos necessários para o desempenho das funções não se faz no mesmo ritmo nem com a mesma presteza que lhe são repassadas as obrigações. Dessa forma, se quisesse resumir numa formulação clara e simples a política de descentralização da saúde dos governos neoliberais da última década poderia dizer que esta tem consistido em transferir funções para as unidades, [...], no sentido de poder cobrar dessas [...] responsabilidades delegadas, com menor dispêndio político e financeiro possível. (Luz, 2000, p. 304).

3. PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

Neste capítulo, apresentamos os procedimentos metodológicos utilizados na elaboração desta pesquisa - o delineamento da pesquisa -, isto é, a definição do tipo de pesquisa, o instrumento de coleta de dados e sua aplicação e o modelo teórico que subsidia a sua análise.

3.1 SOBRE A OPÇÃO DE PESQUISA

A presente pesquisa pode ser compreendida como um estudo de caso com vistas a verificar uma hipótese teórica que versa sobre o processo de pré-decisão e decisão na construção da agenda governamental da política de descentralização da saúde. Ela tem como cenário de pesquisa o Estado de Santa Catarina e o período estudado refere-se aos anos entre 2003 e 2010, visto que este compreende a totalidade do Governo Luiz Henrique da Silveira. Sua realização exigiu análise documental e entrevistas sistemáticas como recursos para coleta de dados, permitindo a atuação sobre uma variedade de evidências em condições contextuais. A análise qualitativa dos dados foi subsidiada pela teoria dos Fluxos Múltiplos de John Kingdon (2003).

3.1.1 Estudo de caso

Segundo Chizzotti (2006, p. 135), o estudo de caso é uma estratégia de pesquisa que objetiva reunir informações sobre determinado produto, evento, fato ou fenômeno social contemporâneo complexo, em um contexto específico, de modo a alcançar um conhecimento mais amplo sobre esse objeto. Busca-se, assim, dissipar as dúvidas, esclarecer questões pertinentes e, sobretudo, instruir ações posteriores como as "tomadas de decisão, ou justificar intervenções, ou esclarecer por que elas foram tomadas ou implementadas e quais foram os resultados". Dentro da classificação de Stake (1994; 1995), citado por Chizzotti (2006, p. 137), esta pesquisa constitui-se um estudo de caso instrumental, pois visa o exame de um caso, a formação da agenda governamental da saúde catarinense, para esclarecer uma questão ou refinar uma teoria, a teoria dos múltiplos fluxos de Kingdon (2003). Torna-se importante observar o *lôcus* deste estudo de

caso o qual foi a cúpula governamental do Estado - Governadoria, Secretaria de Planejamento, Orçamento e Gestão, Secretaria de Administração, Secretaria da Saúde, Instâncias Deliberativas do SUS (CIB e CES) e Assembleia Legislativa - órgãos responsáveis pela produção da própria política de descentralização do Estado e pela adequação das políticas nacionais no contexto subnacional.

Uma das características dessa opção metodológica é a impossibilidade de produzir-se generalizações universais a partir dos achados no estudo. No entanto, o que poderia ser tomado como limitação é superado pela quantidade de evidências produzidas, permitindo algumas generalizações teóricas que podem ser averiguadas em outras situações concretas (Pinto, 2004). Diante do exposto, consideramos pertinente essa opção por permitir o estudo em profundidade do processo definido como objeto.

3.1.2 A coleta de dados

A coleta de dados para esta tese foi feita em fontes primárias e secundárias. As fontes primárias foram entrevistas semiestruturadas com informantes-chave, caracterizados como aqueles atores que vivenciaram o processo político e decisório da formação da agenda da política de descentralização da saúde no Estado de Santa Catarina, no período entre 2003 e 2010. Foram entrevistados 15 informantes, incluindo-se ex-gestores, servidores públicos envolvidos com a política de descentralização da saúde, ex-deputados e deputados da Assembleia Legislativa de Santa Catarina, ex-representantes da Comissão Intergestora Bipartite (CIB) e do Conselho Estadual de Saúde (CES). Nestas duas últimas instituições buscamos respeitar a representatividade que a paridade dos conselhos ordena. Entretanto, por motivos éticos e por solicitação de alguns entrevistados, os nomes e as características de sua formação e função não serão divulgados. Infelizmente, não foi possível entrevistar o ex-governador Luiz Henrique da Silveira, pois ele faleceu cinco dias antes da data agendada para a entrevista.

A escolha dos representantes seguiu a estratégia usada por Kingdon (2003): em um primeiro momento, os atores foram identificados nos documentos oficiais, especialmente nos planos, nos relatórios, nas portarias e nas deliberações. Em um segundo momento, utilizou-se a “técnica da bola de neve” (*snowballing technique*)⁵⁵ em

⁵⁵ A forma de recrutamento mais comum em pesquisas qualitativas é por critério de conveniência, como, por exemplo, a “técnica da bola de neve”, em que os participantes sugerem outros participantes para serem entrevistados, sendo indicada também, quando se pretende estudar um grupo de acesso restrito cujos componentes não aparecem enumerados em uma lista para uma escolha aleatória (Weiss, 1994).

que os respondentes foram solicitados a identificar outros atores que deveriam ser entrevistados. Essa técnica foi importante para complementar informações que o respondente inicial não dominava, assim como para esclarecer pontos controversos dos fatos relatados nas entrevistas ou registrados nos documentos oficiais. Esses respondentes, por sua vez, foram essenciais para evitar uma história única dos eventos que construíam cada narrativa. A escolha da entrevista como principal estratégia de coleta de informações assim como a forma de escolher os entrevistados foram baseadas nos estudos de Kingdon (2003) sendo que ambas estratégias originaram o modelo teórico que subsidia esta pesquisa.

As entrevistas foram realizadas no período entre 10 de março de 2014 e 9 de abril de 2015 e direcionadas por uma linha temporal, iniciando-se pelos informantes que marcam as primeiras narrativas e, assim, sucessivamente. Cada entrevista era precedida de análise documental daquele episódio, o que possibilitava que as perguntas fossem adaptadas e direcionadas para cada um dos entrevistados. Entretanto, devido à agenda pessoal de alguns entrevistados, essa linearidade nem sempre foi possível⁵⁶. Cada entrevista durou, em média, uma hora e trinta minutos. Todas foram agendadas previamente em contatos diretos entre a pesquisadora e os entrevistados, em locais e horários indicados por eles e foram precedidas pela leitura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - TCLE - (Anexo A - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido) para a entendimento dos objetivos do estudo e assinatura do termo. Nesse momento, também era solicitado ao entrevistado uma breve narrativa sobre sua trajetória profissional e a sua relação com o objeto de estudo desta pesquisa. Todas as entrevistas foram gravadas digitalmente e transcritas posteriormente sendo as principais falas recortadas e utilizadas para construir as narrativas. Todas as pessoas contactadas concordaram em participar da pesquisa.

Como fonte secundária de informação, utilizamos a estratégia da análise documental. De acordo com Flick (2009), esta constitui-se como importante estratégia complementar e de fontes secundárias de informação. Nessa perspectiva, o autor alerta-nos que, ao decidirmos pela utilização de documentos em um estudo, deve-se sempre vê-los como meio de comunicação, ou seja, “o pesquisador deverá sempre perguntar-se acerca de quem produziu esse documento, com que objetivos e para quem? Quais eram as intenções pessoais ou institucionais com a produção e o provimento desse documento [...]?”, ou seja, “os documentos representam uma versão específica de realidades

⁵⁶ Optamos por não realizar entrevistas durante o período eleitoral (no ano de 2014) pelo fato de que alguns dos nossos entrevistados estavam em campanha política e poderiam direcionar suas respostas na tentativa de favorecer determinadas pessoas e/ou distorcer o relato sobre os principais acontecimentos.

construídas para objetivos específicos” e devem ser vistos como “dispositivos comunicativos” (Flick, 2009, p. 234). Baseadas nessa premissa e considerando os critérios primordiais que um documento deve ter (autenticidade, credibilidade, representatividade e significação), construímos o *corpus* teórico desta pesquisa com documentos publicados pelos órgãos governamentais do Estado⁵⁷ (relatórios, decretos, portarias e deliberações), pelo Ministério da Saúde (portarias e resoluções técnicas), pela Assembleia Legislativa (leis) e pelo partido político do Governador Luiz Henrique da Silveira⁵⁸ (programa de governo). Assim, esse *corpus* representa tanto os “produtos” do processo de gestão quanto os “documentos de orientação e condução” das práticas políticas, técnicas e administrativas desenvolvidas durante o período estudado. Por fim, vale ressaltar que, durante todo o processo de coleta de dados, realizamos a busca por referenciais teóricos para além do utilizado nesta pesquisa e que pudessem, sobretudo, contextualizar os dados e permitir a sua intertextualidade.

3.1.3 A análise das informações

O modelo idealizado por Kingdon (2003) foi utilizado tanto como aporte teórico que subsidia esta pesquisa quanto instrumento de análise da formação da agenda governamental. Vale ressaltar que esse modelo foi por nós adotado pelo fato de preocupar-nos, especificamente, com os dois primeiros processos que compõem o ciclo de uma política pública, chamados estágios pré-decisórios (formação da agenda e as alternativas para a formulação das políticas), os quais constituem-se como objeto da análise deste estudo. Para demonstrar a prévia validação desse modelo teórico, realizamos uma pesquisa, nos últimos 10 anos, sobre os estudos que aplicaram o modelo dos fluxos múltiplos, especificamente na área da saúde, nos bancos de dados CAPES e SCIELO. Como exemplo dessa produção, apresentamos alguns dos trabalhos encontrados.

⁵⁷ Trabalhamos prioritariamente com documentos públicos e de acesso aberto.

⁵⁸ O governador Luiz Henrique da Silveira, durante toda a sua vida pública, sempre esteve ligado ao Partido do Movimento Democrático Brasileiro (PMDB).

AUTORES / ANO DE PUBLICAÇÃO	TÍTULO DA PUBLICAÇÃO
Pinto (2004)	Ascensão e queda de uma questão na agenda governamental: o Caso das Organizações Sociais da Saúde na Bahia.
Machado (2005)	Direito universal, política nacional: o papel do Ministério da saúde na política de saúde brasileira de 1990 a 2002.
O'SULLIVAN e LUSSIER-DUYNSTEE (2006)	Adolescent homelessness, nursing, and public health policy.
Monteiro (2006)	A relação Estado e Sociedade Civil no processo de formulação e implementação de políticas públicas: análise do Programa Nacional de DST e Aids (1980 - 2006).
GULDBRANDSSON e BJÖÖRN(2009)	An exploration of the theoretical concepts policy windows and policy entrepreneurs at the Swedish public health arena.
Houwie (2009)	Mandatory Reporting of Medical Errors: Crafting Policy and Integrating It Into Practice.
Martin et al. (2010)	One step forward, one step back: Quebec's 2003–04 health and social services regionalization policy.
Patroclo (2011)	As múltiplas facetas da interação entre pesquisa e o processo de formulação de política pública e ou intervenção em saúde pública.
Ollila (2011)	Health in All Policies: from rhetoric to action.
Takian et al. (2011)	Expediency and coincidence in re-engineering a health system: an interpretive approach to formation of family medicine in Iran.
Trevisani et al. (2012)	Fluxos decisórios na formulação das condicionalidades de saúde do programa bolsa família.
Sanabria (2012)	Política de Saúde na Colômbia: agenda e formulação nos anos 1990.
Barbosa (2012)	O processo de formulação da política de saúde mental: a experiência de Aracaju - Sergipe, 2001 a 2004.
Jat et al. (2013)	The emergence of maternal health as a political priority in Madhya Pradesh, India: a qualitative study.
Gangnon e Labonté (2013)	Understanding how and why health is integrated into foreign policy - a case study of health is global, a UK Government Strategy 2008-2013.
Mamudu et al. (2014)	Multiple Streams Approach to Tobacco Control Policymaking in a Tobacco-Growing State.
Paton (2014)	Garbage-can Policy-making Meets Neo-liberal Ideology: Twenty Five Years of Redundant Reform of the English National Health Service.
Göttems (2010)	Análise da política de atenção primária à saúde desenvolvida no Distrito Federal: a articulação entre o contexto político, os problemas, as alternativas e os atores na formação política de saúde (1979 a 2009).
Mcguigan (2015)	The NIH Public Access Policy and Federally Funded Research: An Analysis of Problem Recognition and Agenda Setting.

Quadro 2 - Síntese de alguns estudos sobre políticas de saúde que utilizaram-se do modelo teórico de Kingdon (2003) publicado nos últimos 10 anos

Extraído de: CAPES e SCIELO - produção da pesquisadora.

A utilização do modelo de Kingdon (2003) na análise de políticas de saúde teve uma maior utilização nos últimos anos, especialmente no cenário nacional, porém a aplicação do referencial em contextos subnacionais, como aplicado nesta pesquisa, ainda é incipiente. Entretanto, seu potencial enquanto modelo de análise de políticas públicas já está validado na literatura acadêmica. Especialmente na área das políticas de saúde, vale citar a afirmação de Göttems (2010) quando a autora nos diz sobre o consenso de que estas são extremamente complexas e, por um leque de diversificadas razões⁵⁹, o contexto atual é permeado pela incerteza e pelo conflito, especialmente pela influência de valores e de grupos de interesses na escolha pública e na implantação das práticas; pelo contexto histórico, político, econômico e social e pelo processo de decisão sobre o conteúdo das políticas.

Ainda de acordo com Göttems (2010),

essas características implicam a necessidade de abordagens amplas para quaisquer tentativas de compreensão e explicação [...]. *O modelo de Kingdon (2003), tanto pela amplitude das categorias que o compõem quanto pela incorporação da ambiguidade nas decisões sobre políticas públicas e valorização da consistência das idéias e propostas, vem se constituindo em uma forma didática de análise da composição da agenda pública, da formação e, até da avaliação das políticas públicas.* [...]. No caso do setor saúde, no Brasil, além da disputa entre interesses individuais e grupais, há a disputa entre as dimensões técnicas e política, nos processos de tomada de decisão, especialmente pela sobreposição da dimensão burocrática-administrativa sobre a política. (Göttems, 2010, p. 56, grifos nossos).

A autora complementa a análise citada afirmando que

para a área da saúde brasileira, relativamente rica em colegiados e fóruns de gestão, o modelo contribui para a análise da atuação de atores, grupos e empreendedores na formação das políticas de saúde, de que forma e quais os recursos de que cada um desses atores, grupos e empreendedores dispõe e utiliza para influenciar a entrada de problemas e propostas na agenda governamental. *As categorias do modelo permitem lidar com a complexidade dos problemas*, que extrapolam a interpretação epidemiológica, e com a racionalidade técnica, tais como o processo de captura da atenção dos atores em diferentes níveis de governo e fóruns; a escolha de alternativas e a competição entre elas, assim como as alianças em torno da sua aprovação; a leitura do contexto político nacional e local e, a identificação e a previsão de abertura da janela política. Trata-se de uma teoria consistente, que é capaz de sustentar o processo de análise de políticas em diferentes regimes governamentais e dinâmicas de formulação. *Do ponto de vista acadêmico, há relevância na aplicação, dada a amplitude de escopo das categorias, está no caminho metodológico*

⁵⁹ Göttems (2010) cita como possíveis razões que justificam a complexidade das políticas de saúde as peculiaridades do mercado da saúde, o *status* dos profissionais de saúde, os conflitos sobre os custos, benefícios e cobertura, o acesso à alta tecnologia e o controle sobre a qualidade de vida, entre outras.

a ser seguido, principalmente, quando se inclui a dimensão temporal dos processos políticos. (Göttems, 2010, p. 57, grifos nossos).

Por fim, ressaltamos as principais contribuições, potencialidades e limitações do modelo para a análise de políticas de saúde no âmbito do SUS, a saber: a) a incorporação da ambiguidade nas decisões; b) a valorização da consistência das ideias contidas nas propostas; c) a análise das diferentes interpretações sobre os problemas complexos da saúde brasileira pelos tomadores de decisão; d) a influência da macropolítica, das relações intergovernamentais e da sociedade civil na formação da agenda pública; e) o exame acurado da atuação dos atores e dos empreendedores nos processos decisórios locais, nacionais e nas arenas políticas. Como limites do modelo para a análise de políticas públicas de saúde do Brasil, constituem-se: a) a baixa capacidade preditiva; b) a ênfase descritiva dos aspectos situacionais e temporais das mudanças políticas; c) o foco na atuação dos atores e suas relações interpessoais em detrimento do marco institucional que delimita suas decisões. Considerando o exposto e com a finalidade de aumentar o potencial analítico do modelo, "recomenda-se a combinação deste com outros constructos teóricos que possibilitam abordar o peso das instituições, do tempo e da historicidade das mudanças políticas" (Göttems et al., 2013, p. 518).

3.1.4 A construção das narrativas

A análise documental e as entrevistas realizadas reproduziram um cenário complexo, composto por múltiplos eventos, arenas e atores que, para poder ser analisado pelo modelo teórico adotado, foi necessária a utilização prévia de uma técnica específica: a construção de narrativas. Geralmente compreende-se por narrativa uma apresentação cronológica de eventos, na qual as ações e ocorrências organizam-se e atendem, exclusivamente, a uma linha do tempo. As narrativas que construímos buscaram, sobretudo, a sensibilidade da inter-relação entre os elementos constitutivos do caso estudado, explicando o fluxo das ações tanto na sua singularidade quanto nas suas correlações com outros cenários. O objetivo foi produzir conjecturas entre a vivência do pesquisador, as evidências relativas aos eventos obtidas por meio dos documentos e das entrevistas e entre o modelo teórico adotado constituindo-se, assim, um processo dialógico triangular, com sucessivas idas e vindas no intento de reconstruir de forma mais fidedigna possível a realidade que nos propusemos a analisar.

Nesse sentido, foram construídas três narrativas, a saber:

- 1) **Primeira narrativa: Governo Luiz Henrique da Silveira / gestão 2003 - 2006.** Essa narrativa representa, temporalmente, o período entre 2003 e 2006 e, com ele, a eleição do governador Luiz Henrique da Silveira. Apresenta os eventos mais significativos do seu primeiro mandato, o contexto social e político em que a primeira e a segunda reforma de Estado foram empreendidas, as arenas utilizadas e os atores envolvidos no momentos de pré-decisão e decisão quando na elaboração da agenda governamental da política de descentralização da saúde. Vale ressaltar que essa narrativa incorpora a formação da agenda governamental desta política com suas especificidades técnicas e singularidades contextuais.
- 2) **Segunda narrativa: Governo Luiz Henrique da Silveira / gestão 2007 - 2010.** Essa narrativa representa, temporalmente, o período entre 2007 a 2010 e, com ele, a reeleição do governador Luiz Henrique da Silveira. Apresenta os eventos mais significativos do seu segundo mandato, o contexto social e político em que a terceira reforma de Estado foi empreendida, as arenas utilizadas e os atores envolvidos no momentos de pré-decisão e decisão quando na elaboração da agenda governamental da política de descentralização da saúde. Assim como a primeira narrativa, essa também incorpora a formação da agenda governamental desta política com suas especificidades técnicas e singularidades contextuais.
- 3) **Terceira narrativa: a agenda governamental de descentralização da saúde em Santa Catarina e o modelo "*multiple streams*" (Kingdon, 2003).** Essa narrativa analisa o contexto relatado anteriormente sob a ótica do modelo teórico "*multiple streams*". Assim, as categorias aplicadas para essa análise foram: fluxo dos problemas, das alternativas e do político, acrescido dos atores e arenas e da janela de oportunidade. O Quadro 3 apresenta as questões norteadoras que foram respondidas para cada categoria de análise adaptadas do trabalho de Göttems (2010).

Fluxo dos problemas	<ul style="list-style-type: none"> Qual foi a leitura do(s) problema(s) que originou(aram) a política de descentralização da saúde? Quais foi(ram) o(s) problema(s) subjacente(s) que conduziu(ram) à aprovação da política de descentralização da saúde?
Fluxo das alternativas	<ul style="list-style-type: none"> Quem as gerou? Quais os atores que predominavam? Como foram difundidas? Quais eram as demais alternativas que não ascenderam a agenda decisional?
Fluxo político	<ul style="list-style-type: none"> Qual era o contexto político institucional que fortaleceu ou enfraqueceu o problema e as propostas? Quais foram os problemas subjacentes que conduziram à política de descentralização da saúde em nível nacional à agenda do governo catarinense? Quais foram as questões que influenciaram as decisões tomadas em relação à política de descentralização da saúde?
Atores e as instituições no processo político	<ul style="list-style-type: none"> Quais foram os atores predominantes? Quais foram os grupos de defesa e oposição às propostas da política de descentralização da saúde? Como os atores envolvidos trabalharam as divergências em relação aos temas que ascenderiam à agenda?
Janela de oportunidades	<ul style="list-style-type: none"> Como foi a atuação dos empreendedores políticos e em que momento os fluxos foram unidos e em sob quais condições? Quais os contextos que promoveram a abertura da janela de oportunidades?

Quadro 3 - Questões norteadoras aplicadas em cada uma das categorias oriundas do modelo “*multiple streams*” para esta tese

Extraído de: Göttems (2010), adaptado por Winckler (2015).

4. O CONTEXTO DA PESQUISA

4.1 O ESTADO DE SANTA CATARINA

Com vistas a iniciar as considerações sobre o processo de descentralização da saúde no Estado de Santa Catarina, no período entre 2003 e 2010, apresentaremos os dados gerais referentes ao Estado como: histórico da colonização e do planejamento governamental catarinense, localização e limites, aspectos sócio-econômicos e os indicadores de saúde. Vale ressaltar que esses indicadores encontraram conjecturas nas narrativas que seguem este capítulo, pois descrevem os problemas que ascenderam a agenda governamental e construíram a política de descentralização da saúde, ao mesmo tempo que se entrelaçam com as políticas originadas no cenário nacional. Ressaltamos que esses indicadores apresentados referem-se ao mesmo período político estudado, pois visam, sobretudo, subsidiar a discussão em torno do tema abordado e sua construção temporal.

4.1.1 História da colonização catarinense e os reflexos sobre desenvolvimento territorial

O processo de ocupação de Santa Catarina iniciou-se em meados do século XVII, com a fundação de São Francisco, em 1658, Nossa Senhora do Desterro, em 1681 e Santo Antônio dos Anjos da Laguna, em 1682. Estas e outras localidades no litoral catarinense foram colonizadas, basicamente, por açorianos, que, dentro de um “modelo predominantemente de subsistência, calcado num sistema fundiário em que imperava a pequena propriedade” (Cunha, 1982, p. 20), destacavam a produção de farinha, aguardente e a pesca.

A imigração inicial, provenientes das ilhas de Açores e Madeira, tinha por objetivo a ocupação espacial do território da coroa portuguesa, sobretudo com preocupações de segurança em função dos conflitos com a Espanha. Não se estabelece, portanto, o objetivo de exploração dos produtos primários para exportação. Além disso, havia limitações geográficas para a introdução das *plantations* (Cunha, 1982).

Deve ficar assentado desde já que Santa Catarina está inserida em um conjunto de instituições federais de grande desigualdade e que, certamente, exerceram forte influência na conformação das instituições no espaço catarinense e, possivelmente, limitaram o potencial democrático da colonização.

No início do século XIX, chegaram os primeiros imigrantes europeus, na sua maioria provenientes da Alemanha, que fundaram a colônia de São Pedro de Alcântara em 1829. A entrada dos primeiros imigrantes italianos deu-se em 1836, com a fundação da colônia Nova Itália (atual São João Batista) no vale do rio Tijucas. A partir de 1875, com o incentivo do governo central à imigração, alemães e italianos chegaram em maior número a Santa Catarina, concentrando-se, principalmente, na região do Vale do Itajaí, norte e sul da província.

As primeiras décadas do século XX marcam a colonização da região do oeste catarinense por imigrantes ítalo e germano-brasileiros provenientes do Rio Grande do Sul. Nessa época, sobretudo a partir de 1916, a “região, efetivamente, passou a ter um destaque econômico mais expressivo, devido à exploração da madeira e da erva-mate e de pequenas atividades agropecuárias” (Goularti Filho, 2002, p. 981).

Ainda, de acordo com Goularti Filho (2002), o surgimento de vários, porém pequenos comerciantes e industriais nas zonas de colonização europeia engendrou uma acumulação pulverizada e uma concorrência mais acirrada, permitindo a prosperidade de alguns capitalistas, em detrimento de outros, gerando, assim, uma diferenciação social dentro da pequena propriedade. Nesse contexto, vale ressaltar que no processo de formação sócio-econômico de Santa Catarina, as desigualdades sociais não foram solucionadas com o planejamento do governo estadual, visto que “*o Estado e os planos sempre foram conduzidos pela burguesia industrial aliada à oligarquia agrária*” (Goularti Filho, 2002, p. 45, grifos nossos). Essa presença constante das oligarquias somente reduziu-se a partir de meados de 1980, quando, então, alternam-se no governo catarinense coalizões partidárias de centro-direita, lideradas por políticos do PFL ou PPB (atualmente PP) e de centro-esquerda, liderados pelo PMDB.

4.1.2 As políticas de desenvolvimento em Santa Catarina: o planejamento do governo estadual de 1950 a 2002

De acordo com Goularti Filho (2005), o planejamento governamental de políticas públicas voltadas ao desenvolvimento em Santa Catarina é recente e datam a partir da década de 1950 acompanhando paralelamente a elaboração dos planejamentos nacionais. A primeira experiência de planejamento foi o Plano de Obras e Equipamentos (POE), elaborado no governo Irineu Bornhausen (1951 - 1955) para um período de dez anos e representava uma estratégia política de continuidade de Bornhausen nas eleições

de 1960. As áreas de investimento previstas no POE seriam: as estradas de rodagem, a energia elétrica, a agricultura, a saúde e a educação.

Em 1960, com a mudança de governo de Irineu Bornhausen para Celso Ramos, o POE foi substituído pelo Plano de Metas do Governo (PLAMEG) que permanece em vigência até 1970, no governo Ivo Silveira. As prioridades de investimento desse plano foram direcionadas à área de estradas e rodagem, energia elétrica, agricultura, educação e cultura. Para administrar o Plano, foi instituído o Gabinete de Planejamento e seu órgão de supervisão passou a ser o Conselho de Desenvolvimento do Estado de Santa Catarina (CODESC), que incluiu representantes do governo estadual, de trabalhadores e das classes produtoras.

Em 1971, o governador Colombo Machado Sales substituiu o PLAMEG pelo Projeto Catarinense de Desenvolvimento (PCD), porém não no sentido de mudança, mas no de aperfeiçoamento. O PCD seguia o “modelo de desenvolvimento” apresentado pelo Governo Médici e tinha o propósito de integrar as regiões catarinenses e, com o intuito de descentralizar as políticas econômicas, subdividiu o Estado em 13 microrregiões.

Entre 1975 e 1979, durante o governo Antônio Carlos Konder Reis, foi elaborado o Plano de Governo (PD), em consonância com o II Plano Nacional de Desenvolvimento (PND), que pretendia melhorar a aplicação dos incentivos fiscais e dos mecanismos de crédito à população, a melhoria da qualidade de vida no campo e a organização dos conselhos comunitários.

Em 1979, o governador Jorge Konder Bornhausen (1979 - 1982) apresentou propósitos políticos e econômicos diferentes dos seus antecessores, de forma a seguir uma linha mais liberal e, consequentemente, com menor participação do Estado nas atividades econômicas. Foi elaborado o Plano de Ação (PA), o qual estava dividido em três programas: campo psicossocial, campo econômico e a Organização Administrativa e Planejamento. Nesse período, começa a se delinear no Estado a preocupação mais específica com o desenvolvimento regional e com a descentralização.

Em 1982, com a volta da eleição para governador, Esperidião Amin é eleito pelo partido Democrático Social (PDS), gestão 1983 - 1987. O Plano de Governo de Amin estava pautado na Carta dos Catarinenses e pretendia dar “prioridade aos pequenos, participação comunitária, integração estadual e qualidade de vida”. De tendência liberal, o plano visava a redução da participação do Estado na economia. No entanto, nessa Carta não havia um programa prévio de gastos e estava dividida em três setores: administrativo, social e econômico e de infraestrutura.

No governo Cacildo Maldaner (1987 - 1990), o PMDB elaborou o Plano de Governo Ruma à Nova Sociedade Catarinense. O plano foi construído a partir de 17 seminários regionais permanentes, realizado em várias cidades do Estado, e contemplava quatro grandes áreas: político-institucional, social, econômica e infraestrutura e ambiental. Esse plano reconhecia a importância do Estado como indutor do desenvolvimento, no entanto, sob o ponto de vista econômico, advogava em nome da austeridade fiscal e do saneamento do Estado. Pelo ótica política e social, o plano representava, até então, a proposta mais avançada para a sociedade catarinense, pois previa o orçamento participativo e a participação permanente de todos. Trazia como diretrizes básicas:

No plano executivo aquele instrumento de Governo previa que a gestão dos serviços públicos e a execução de obras de interesse local fossem delegadas aos municípios e a segmentos organizados da sociedade, transferindo-lhes os recursos e a responsabilidade de gerenciá-los, sob a supervisão do governo estadual. No campo da administração pública preconizava empreender esforços de modernização, adaptando os métodos de trabalho e os seus padrões organizacionais às avançadas tecnologias de comunicação social e do processamento de informações. Ao Estado cabe-lhe assumir o seu papel de agente indutor do desenvolvimento. No campo da administração pública colocava como diretrizes: [...] descentralizar as ações do governo (incentivando à participação popular, acompanhamento da execução de obras e serviços de interesse local e regional, delegando aos municípios e segmentos organizados da sociedade), modernizar a máquina administrativa, alcançar o equilíbrio financeiro, [...]. (Dario, 2004, citado por Rudnick e Mattedi, 2010, p. 42, grifos nossos).

Em 1991, assume o governo Antônio Carlos Konder Reis (após eleição de Vilson Kleinünbing) que constrói o Plano Saúde, Instrução e Moradia (SIM), representando o retorno de um plano com previsão de gastos para os quatro anos de governo e com metas mais detalhadas. Esse plano objetivava alçar para Santa Catarina um novo estágio de desenvolvimento com padrões de qualidade de vida semelhantes aos países de primeiro mundo.

A eleição do governador Paulo Afonso (gestão 1995 - 1998) defendia uma gestão mais democrática e descentralizada como condição necessária para o desenvolvimento auto-sustentado. O plano era dividido em quatro áreas: campo; criança; cidadania e modernização do Estado e, mesmo com orientação neoliberal, defendia o estabelecimento de parcerias entre o Estado e as organizações não governamentais (ONGs), prefeituras e empresas privadas para o desenvolvimento das ações. É importante ressaltar que, durante esse governo, especificamente no ano de 1997, foi publicada a Lei Complementar n. 157 de 9 de setembro de 1997, a qual regulamentou dispositivos constitucionais permitindo que fossem realizadas audiências públicas

regionais com o objetivo de estabelecer um novo padrão de gestão pública no qual a sociedade, e não mais o governo, deveria apontar as prioridades de investimentos do Poder Executivo. Essas prioridades, posteriormente seriam incluídas nos projetos de lei do plano plurianual e do orçamento anual. As audiências públicas regionais levaram o nome de “orçamento regionalizado” (Santa Catarina, 1997).

Temporalmente, essa gestão coincide com o governo do presidente Fernando Henrique Cardoso (FHC) e o início da Reforma Gerencial ou Reforma da Gestão Pública de 1995. Para esse intento, foi criado o Ministério da Administração e Reforma do Estado - MARE - coordenado pelo então ministro Luiz Carlos Bresser Pereira servindo de impulsos a esforços posteriores de modernização da gestão pública nos Estados (Abrucio; Gaetani, 2006). De acordo com Birkner et al. (2011), é possível perceber, a partir desse momento, o desdobramento de iniciativas estaduais que se somam hoje a um cenário de mudanças na gestão pública, no aprofundamento de discussões sobre o tema e de estratégias de desenvolvimento cujo êxito parece depender do modo de gestão pública que põe em prática. Não obstante, os autores ressaltam a consideração de outro aspecto: diferente de uma agenda nacional diretamente voltada à reforma da gestão administrativa, a agenda da descentralização política e administrativa para o desenvolvimento regional não é nacional. A reforma da gestão nacional tem uma relação direta com a reorganização da burocracia nacional e começa com a criação, em 1995, do Programa Nacional de Apoio à Gestão Pública (PNAGE). Esse programa incorporou estados e atravessou os dois governos de FHC. Já em relação a uma agenda nacional de descentralização e desenvolvimento regional, esta ainda não existe.

Seja em Santa Catarina, no Rio Grande do Sul ou em qualquer outro estado brasileiro, as agendas estaduais de desenvolvimento e descentralização são todas iniciativas independentes. Não há uma agenda nacional que, partindo da esfera governamental, incorpore num mesmo projeto uma política de descentralização e de desenvolvimento regional. (Birkner et al., 2011, p. 64).

Em 1999, Esperidião Amin retorna ao governo com o plano de governo “Santa Catarina: Estado Vencedor”. Da mesma forma que no seu primeiro plano de governo (Carta aos Catarinenses), o plano estava pautado em fundamentos subjetivos sem apresentar uma articulação com a realidade concreta para poder transformá-lo. O plano estava embasado em cinco pressupostos: 1) crescer: na educação, na saúde, na segurança em qualidade de vida, na economia, na renda e na socialização dos benefícios; 2) preservar o modelo catarinense que refletisse a forma de ser, de pensar, de

viver e de prosperar; 3) incluir - democratizar os benefícios da prosperidade para que um número maior de catarinenses pudesse usufruir deles; 4) parceria: o governo deveria estimular ações e criar oportunidades, não deveria ser um distribuidor de favores; 5) o bom exemplo indicando a meta final e coletiva.

No âmbito da Saúde, temos em 2002 a construção e a aprovação, pelo Conselho Estadual de Saúde (CES) e pela Comissão Intergestoras Bipartite (CIB), do Plano Diretor de Regionalização (PDR) e do Plano Diretor de Investimentos (PDI). Esses instrumentos seguiam as orientações normativas dadas pelas portarias GM/MS 95/01, GM/MS 544/01 e pela Instrução Normativa GM/MS 02/01 e objetivavam a reorganização e consolidação do modelo assistencial catarinense, de maneira a tornar cada macrorregião de saúde auto-suficiente em procedimentos de atenção à saúde em seu nível de abrangência. De acordo com o documento, o processo de descentralização da saúde no Estado foi deflagrado em março de 1999, quando passou a ser desenvolvido o Projeto Estruturante das Macrorregiões de Saúde que permitiu configurar e organizar 8 macrorregiões de Saúde, *conservando as 18 Regionais de Saúde*⁶⁰. Explicita-se, também, que o princípio da descentralização da saúde foi compreendido como um instrumento de racionalização administrativa e de democratização da gestão do Estado. É importante transcrever alguns conceitos-chave que esse documento traz bem como os seus instrumentos definidores dos mesmos, a saber (Santa Catarina, 2002, p. 5):

- 1) **Macrorregião de Saúde:** conceito empregado no Estado de Santa Catarina para descrever a organização estadual das ações e dos serviços de saúde, na qual, em sua abrangência, o Estado tem o compromisso de organizar a oferta de serviços de alta complexidade. Os critérios utilizados para a sua configuração incluíram elementos de geoprocessamento e indicadores econômicos-sociais (localização geográfica, contingente populacional, organização do sistema viário, agrupamento por regionais de saúde, equidistância ente polos tecnológicos, cultura de deslocamento, recursos tecnológicos disponíveis, Índice de Desenvolvimento Social (IDS), complexo econômico regional e bacia hidrográfica). De acordo com o PDR (2002), esse conceito descrito corresponde ao conceito de Região de Saúde descrito na NOAS 01/01.
- 2) **Regional de Saúde:** compreendida como a sede administrativa regionalizada para desenvolvimento de ações e serviços de âmbito do gestor estadual, sediada em município-polo de um conjunto de municípios, cuja delimitação respeita a divisão

⁶⁰ De acordo com o PDR de 2002 (Santa Catarina, 2001), estas estruturas foram criadas em 1993, inicialmente a partir da celebração de convênio de cooperação técnico-financeira entre a SES e as Associações de Municípios existentes no Estado, posteriormente tais entidades regionais foram legitimadas na estrutura estadual compondo a situação apresentada no Mapa 1.

geopolítica da Federação Catarinense de Municípios (FECAM). Nessa abrangência, o Estado estabelece o compromisso de organizar a oferta de serviços de média complexidade.

- 3) **Região de Saúde:** esse conceito foi definido pela NOAS 01/01 como uma base territorial de planejamento de atenção à saúde, não necessariamente coincidente com a divisão administrativa do Estado, a ser definida pela SES, de acordo com as especificidades e estratégias de regionalização da saúde em cada Estado. Dependendo do modelo de regionalização adotado, um estado pode se dividir em regiões e/ou microrregiões de saúde. Por sua vez, a menor base territorial de planejamento regionalizado, seja uma região ou uma microrregião de saúde, pode compreender um ou dois mais módulos assistenciais.

Os Mapas 1 e 2 representam, respectivamente, a divisão das 18 regionais de saúde e as 8 macrorregiões no Estado de Santa Catarina no ano de 2002.

Mapa 1 - Divisão das regionais de saúde no Estado de Santa Catarina, 2002
Extraído de: Santa Catarina (2001).

Mapa 2 - Divisão das macrorregiões de saúde no Estado de Santa Catarina, 2002
Extraído de: Santa Catarina (2001).

Em 2003, Luiz Henrique da Silveira assume o governo do Estado e inicia o processo de implantação das ações pautadas no Plano 15, o qual baseou-se em quatro linhas prioritárias: descentralização, municipalização, prioridade social e modernização do Estado. A materialização desse plano de governo construiu uma política de descentralização administrativa e regionalização do orçamento que tinha como principal justificativa combater a “litoralização” proveniente da ausência de políticas públicas regionalizadas. Com o intuito de reverter esse processo, o governo implantou um novo modelo de gestão e estrutura organizacional da administração pública que viesse a desburocratizar, descentralizar e desconcentrar os circuitos de decisão garantindo, assim, a eficiência e a eficácia dos serviços públicos. As principais instituições criadas para esse fim foram as Secretarias de Desenvolvimento Regional e os respectivos Conselhos de Desenvolvimento Regional, os quais foram considerados como braços operacionais do Estado na sua região de abrangência. O detalhamento dessa gestão será descrita no **Capítulo IV - A análise da agenda governamental de descentralização da saúde no Estado de Santa Catarina**, visto que é neste período de governo (2003 - 2010) que se concentra a análise deste estudo.

O que buscamos mostrar com essa contextualização do cenário catarinense frente aos seus planos de governo e prioridades estabelecidas, busca, sobretudo, encontrar subsídio na afirmação de Birkner et al. (2011) quando os autores nos dizem que

o estado catarinense tem trajetória marcada por alguma tendência descentralizadora e de equilíbrio regional. Isso não quer dizer que tenha se mantido ileso do centralismo estatal brasileiro. Todavia, fatores históricos como a diversidade econômica regional, certa capacidade endógena em um contexto sócio-econômico baseado no minifúndio trazidos por imigrantes europeus, *contribuiu para algumas iniciativas de caráter desconcentrado.* Nessa direção, a atual experiência governamental já é precedida de um certo regionalismo, *tornando menos estranhas as iniciativas governamentais de gênero descentralizador.* (Birkner et al., 2011, p. 54, grifos nossos).

De acordo com Siebert (2001), parte dessa trajetória catarinense marcada por essa "tendência descentralizadora" remonta o final dos anos de 1920 quando já era possível, por lei, a Associação entre Municípios para negociação de obras e utilidades comuns. Todavia, é a partir da década de 1960 que se observa mais articulação entre os municípios, na busca por mais poder decisório dos municípios e por assessoramento em questões técnico-administrativas. Na década seguinte, a Superintendência para o Desenvolvimento da Região Sul (SUDESUL) passa a incorporar as diretrizes estabelecidas pelo Serviço Federal de Habitação e Urbanismo (SERFHAU), incluindo o planejamento do Estado e uma programa de cooperação técnica entre os municípios. Durante a década de 1980, as Associações de Municípios realizaram o Planejamento Global Integrado (PGI) que contou com recursos oriundos do Governo Estadual. Nessa época, o associativismo municipal já contava com 15 associações que abrangiam todo o território do Estado, já servindo algumas delas, inclusive, de modelo para municípios de outros Estados brasileiros (FECAM, 2015)⁶¹. No entanto, existia uma dificuldade:

As Associações eram incapazes de unir forças para reivindicar assuntos de interesse dos municípios junto aos governos estadual e federal. 'O início da organização municipalista foi difícil, já que vivíamos um período de exceção institucional e o centralismo tributário era imenso', explica Milton Sander, primeiro presidente da FECAM e ex-prefeito de Chapecó. (FECAM, 2015).

É em meio a esse cenário e a essa problemática que o associativismo municipal catarinense constrói sua viga de sustentação: A Federação Catarinense de Municípios - FECAM é fundada no dia 3 de julho de 1980, na cidade de Chapecó, com o nome de Federação Catarinense das Associações Municipais⁶². Em 1992, o governo do Estado (gestão governador Antônio Carlos Konder Reis), com vistas a incentivar a participação das Associação de Municípios no planejamento regional, estabelece convênios de

⁶¹ De acordo com FECAM (2015). Disponível em: http://www.fecam.org.br/conteudo/index.php?cod_menu=16 Acessado em 22/06/2015.

⁶² Atualmente a FECAM conta com 21 associações municipais.

cooperação técnica a partir da Secretaria de Estado do Planejamento e Fazenda. Essa ação tinha como objetivo principal a elaboração de planos regionais e de desenvolvimento os quais davam voz às regiões e detalhavam diagnósticos e propostas como nenhum plano centralizado poderia fazer.

Por meio dessas experiências, em 1996 (gestão do governador Paulo Afonso), foi criado o Fórum Catarinense de Desenvolvimento Regional (FORUMCAT) que tinha como finalidade agregar todos os Fóruns de Desenvolvimento Regional e Integrado (FDRI) estabelecidos pelas Associações de Municípios em parceria com inúmeras entidades públicas e privadas. De acordo com Abrucio e Filippim (2010, p. 219), esses fóruns foram criados como instituições, congregando organizações de Estado, sociedade civil e do mercado e tiveram como "principal motivação atender o interior do Estado e pela necessidade, percebida pelos seus protagonistas, do envolvimento de diferentes atores na co-produção do desenvolvimento regional". O desenvolvimento das atividades dos fóruns regionais gerou a necessidade da criação de um mecanismo que desse suporte operacional para a execução das ações demandadas por eles, denominado: Agência de Desenvolvimento Regional (ADR). Essas agências foram inspiradas nas ADRs europeias e buscavam ser plataforma técnico-institucional de caráter operativo que identificavam problemas de desenvolvimento setorial ou regional, selecionando as oportunidades para intervenção e levantamento de recursos necessários para o desenvolvimento no âmbito do território.

Apesar de os métodos utilizados na promoção do desenvolvimento regional terem sido pouco organizados, observamos que as Associações de Municípios tiveram regionalização própria e que esta conserva um conjunto de semelhanças internas e de caráter dinâmico no que diz respeito à configuração de seus espaços geográficos em face de suas estruturas internas, as quais se diferenciam umas das outras. As atuais 21 Associações de Municípios não estão de acordo com as mesorregiões definidas pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística.

4.1.3 Localização e limites

De acordo com o Governo do Estado⁶³, a diversidade geográfica e humana de Santa Catarina é surpreendente para um território de apenas 95,4 mil km², o menor

⁶³ Relato disponível no endereço eletrônico <http://www.sc.gov.br/index.php/geografia>. Acessado em 27/08/2013.

Estado do Sul do Brasil. O Estado é dividido em oito principais regiões: Litoral, Nordeste, Planalto Norte, Vale do Itajaí, Planalto Serrano, Sul, Meio-Oeste e Oeste. Santa Catarina fica no centro geográfico das regiões de maior desempenho econômico do país, Sul e Sudeste, e em uma posição estratégica no Mercosul. O Estado faz fronteira com o Paraná (ao Norte), Rio Grande do Sul (ao Sul), Oceano Atlântico (Leste) e Argentina (Oeste). O Estado tem 295 municípios e a capital é Florianópolis. Entre as maiores cidades, destacam-se Joinville, Blumenau, Itajaí, Balneário Camboriú, Chapecó, Criciúma, Lages e Jaraguá do Sul.

Mapa 3 - Mapa político do Estado de Santa Catarina, Santa Catarina, 2013
Extraído de: IBGE (2013).

4.1.4 Aspectos demográficos e sócio-econômicos

Segundo dados do Censo Demográfico de 2010, o Estado, no ano de 2010, abrigava uma população de 6.248.436 habitantes, localizados majoritariamente na região urbana (84%) e apresentava uma densidade demográfica de 65 habitantes/Km² (IBGE, 2011). Aproximadamente 80% dos municípios têm menos de 20.000 habitantes e apenas 12 têm população superior a 100.000 habitantes.

Mapa 4 - Distribuição espacial da população segundo porte dos municípios, Santa Catarina, 2010
Extraído de: Santa Catarina (2011).

O Estado caracteriza-se por maior concentração populacional nas macrorregiões Nordeste e Grande Florianópolis (18%) e maior dispersão no Planalto Norte (5,7%) e Planalto Serrano (4,6%), com menos de 20 habitantes por Km². Os maiores contingentes populacionais encontram-se nas regionais da Grande Florianópolis, Joinville, Blumenau, Itajaí e Criciúma, que juntas abrigam quase 60% da população.

Segundo informações contidas no Plano Estadual de Saúde - PES - (2011)⁶⁴, a organização espacial dos serviços assistenciais do estado, desenhada no Plano Diretor de Regionalização - PDR, agrupa os municípios em 21 regiões de saúde e 9 macrorregiões de saúde (Mapas 5 e 6). Atualmente, existem, ainda, 36 Secretarias de Desenvolvimento Regional - SDRs, responsáveis pelo planejamento e pela execução orçamentária das ações de governo em âmbito regional⁶⁵.

⁶⁴ Plano Estadual de Saúde (2012 - 2015), versão preliminar, disponível em http://www.saude.sc.gov.br/materiais/PES_2012_CES.pdf. Acessado em 27/08/2013.

⁶⁵ A última revisão do PDR, realizada em 2008 e aprovada pelas instâncias colegiadas, considera as diretrizes do Pacto pela Saúde e os pressupostos de territorialização, flexibilidade, cooperação, co-gestão, financiamento solidário, subsidiariedade, participação e controle social. O PDR/2008 considera, ainda, a divisão adotada pelos órgãos executores da política de descentralização do Estado e os módulos assistenciais anteriormente aprovados no PDR/2002 (Santa Catarina, 2011).

Mapa 5 - Distribuição espacial da população segundo regiões de saúde, Santa Catarina, 2010
Extraído de: Santa Catarina (2011).

Mapa 6 - Distribuição espacial da população segundo as macrorregiões de saúde, Santa Catarina, 2010
Extraído de: Santa Catarina (2011).

O atual perfil demográfico do Estado acompanha o comportamento observado no país. Nos últimos anos, foram registrados: redução das taxas de crescimento, fecundidade e natalidade, aumento da esperança de vida e progressivo envelhecimento da população. Em 1980, a taxa de crescimento anual era de 2,1%, chegando a 1,31% entre 2000/2007, uma redução de 37,6% em pouco mais de três décadas.

A taxa de fecundidade total passou de 2 filhos em 2000 para 1,6 em 2010, e a expectativa de vida ao nascer passou de 73,5 anos em 2000 para 76 anos em 2009, representando um incremento de dois anos e meio na década. A expectativa de vida ao nascer é uma síntese das condições de vida e de reprodução da população. Calculada

para cada sexo individualmente, a esperança de vida das mulheres é sempre superior à dos homens, o que se deve em grande parte, à menor exposição das mulheres ao risco de morrer pela maioria das causas ao longo da vida. Para Santa Catarina, essa diferença é de mais de 7 anos.

A proporção de idosos na população passou de 6,7 % em 1990, para 8% em 2000, subindo para 10,5% em 2010, influenciando o perfil epidemiológico do Estado e demanda por serviços de saúde. Por outro lado, a proporção de crianças menores de 5 anos diminuíram sua participação, passando de 11,2 % em 1990 para 8,9 % em 2000 e 6,5% em 2010 (Santa Catarina, 2007; 2011). A pirâmide da Figura 7 permite visualizar a composição etária da população de Santa Catarina, com ênfase para o estreitamento da base e alargamento das faixas de idades mais avançadas.

Figura 3 - Pirâmide etária, Santa Catarina, 2009
Extraído de: Cadernos de Informação à saúde (2013)⁶⁶.

Essa transição demográfica implica importantes alterações na concepção da estrutura de atendimento à demanda para o setor saúde e exige uma adequação dos serviços de saúde à nova realidade.

No que tange aos indicadores demográficos, a Tabela 1 mostra que estes apresentam comportamento diferenciado nas macrorregiões do Estado.

⁶⁶ Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/tabdata/cadernos/sc.htm>. Acessado em 28/08/2013.

Tabela 1 – Indicadores demográficos segundo macrorregionais de saúde, Santa Catarina, 2010

Macrorregião	Taxa de crescimento anual (2000 - 2007)	Taxa de fecundidade 2010	Percentual de idosos 2010	Esperança de vida ao nascer 2009
Extremo Oeste	0,57	1,6	11,4	78,6
Foz do Rio Itajaí	2,80	1,6	9,6	75,6
Grande Florianópolis	2,16	1,4	10,2	76,4
Meio Oeste	0,27	1,7	11,4	74,4
Nordeste	1,94	1,6	9,1	77,4
Planalto Norte	0,71	1,7	10,2	76,3
Planalto Serrano	0,20	1,6	11,8	74,7
Sul	0,87	1,5	11,1	75,0
Vale do Itajaí	1,38	1,5	10,7	76,8
Santa Catarina	1,31	1,58	10,4	76,0

Extraído de: Santa Catarina (2011).

A taxa de crescimento anual do estado no período de 2000 a 2007 foi de 1,31%, mas, enquanto as macrorregiões do Planalto Serrano e do Planalto Norte apresentaram crescimento inferior a 0,3%, a Foz do Rio Itajaí e a Grande Florianópolis cresceram mais de 2% ao ano. A expectativa de vida ao nascer também permite evidenciar grandes desigualdades espaciais no estado variando de 74,7 no Planalto Serrano até 78,6 anos no Extremo Oeste.

O Índice de desenvolvimento humano (IDH) é um indicador composto por três variáveis referentes aos aspectos de saúde, educação e renda das populações. Seu valor varia entre a 0 e 1, e valores mais altos indicam melhores condições de vida. Em Santa Catarina, o IDH registrado em 2008 foi de 0,840, refletindo um alto desenvolvimento, sendo o maior da Região Sul e o segundo maior do Brasil, perdendo somente para o Distrito Federal (0,874). Destacam-se como municípios com maior IDH Florianópolis, Joinville, Blumenau e Tubarão (Santa Catarina, 2011).

A Tabela seguinte resume os principais indicadores sócio-demográficos estaduais:

Tabela 2 - Taxas demográficas estaduais, Santa Catarina, 2010

Taxas demográficas estaduais	
Analfabetismo em maiores de 15 anos (2009) ²	4.41
Taxa de crescimento da população (2010) ²	1.55
Proporção da população acima de 15 anos com mais de 8 anos de estudo(2009) ²	56.59
Esperança de vida ao nascer (2009) ² 🇧🇷	75.78
Fecundidade total (2008) ²	1.65
Proporção de idosos na população (2009) ²	10
Razão de sexo - nº de homens por 100 mulheres (2009) ²	98.7
Grau de urbanização (2009) ²	85.07
Natalidade (2008) ²	14.27
Mortalidade (2008) ²	5.57
Mortalidade infantil (2008) ² 🇧🇷	11.69
Taxa de trabalho infantil (2009) ²	11,81
Proporção de domicílios particulares permanentes por tipo de saneamento (2010) ² :	
Adequado (2)	66,34
Semi-Adequado (3)	29,57
Inadequado (4)	4,09
(2) abastecimento de água por rede geral, esgotamento sanitário por rede geral ou fossa séptica e lixo coletado diretamente ou indiretamente.	
(3) domicílio com pelo menos uma forma de saneamento considerada adequada.	
(4) todas as formas de saneamento considerados inadequados	
² Refere-se à taxa média geométrica de crescimento anual, apresentada em percentual (%). A taxa é calculada para o período 2000/2010 e considera a população de 2010, incluindo a estimada para os domicílios fechados. A população considerada para 2000 foi a recenseada. (fonte: ibge)	
- Fonte: IBGE 2007 / RIPS / IBGE	

Extraído de: Santa Catarina (2011).

4.1.5 Situação de saúde

Morbidade

De acordo com o Plano Estadual de Saúde (2011), a taxa de internação hospitalar pelo SUS em 100 habitantes de Santa Catarina apresenta clara tendência de redução de 8,7 em 1995 para 7.6 em 2000 e 6,4 em 2009. A próxima tabela mostra a proporção de internações hospitalares por faixa etária e o detalhamento de cada sexo.

Tabela 3 – Proporção (%) das internações hospitalares do SUS, segundo faixa etária, Santa Catarina, 2010

Faixa etária	Masculino	Feminino	Total
<5	10,5	6,2	8,1
5-14	7,7	4,3	5,8
15-24	9,0	20,6	15,5
25-34	10,5	19,1	15,3
35-44	12,0	12,3	12,2
45-54	14,4	10,7	12,3
55-64	14,4	9,4	11,6
65 anos e +	21,6	17,5	19,3
Total	100,0	100,0	100,0

Extraído de: Santa Catarina (2011).

Os partos continuam sendo a principal causa de internação no Estado, representando 17,8% das internações hospitalares realizadas pelo SUS no ano de 2010. As doenças do aparelho respiratório aparecem em segundo lugar, com destaque para as doenças pulmonares, pneumonias bacterianas e asma. As doenças do aparelho circulatório aparecem em terceiro lugar na ordenação.

Figura 4 - Internações hospitalares segundo grupo de causas, Santa Catarina, 2010
Extraído de: Santa Catarina (2011).

Mortalidade

Ainda de acordo com o Plano Estadual de Saúde (2011), o coeficiente de mortalidade geral em 2009 foi de 5,4 óbitos/1000 habitantes, ficando na tendência linear dos coeficientes registrados nos anos de 2004 (5,3), 2005 (5,0), 2006 (5,1), 2007 (5,3) e 2008 (5,3). Há predominância de óbitos no sexo masculino (2009) e, em termos comparativos com o coeficiente nacional (5,7 óbitos/mil), podemos observar uma equivalência. O Estado acompanha as tendências nacionais no que tange ao perfil de mortalidade, com diminuição dos óbitos por doenças infecto-parasitárias e aumento das mortes por causas externas e doenças crônico-degenerativas.

Tabela 4 - Mortalidade proporcional (%) por principais grupos de causas e sexo, Santa Catarina, 2009

Masculino		Feminino	
Causas Capítulos	%	Causas Capítulos	%
Doenças do aparelho circulatório	25,9	Doenças do aparelho circulatório	31,8
Neoplasias (tumores)	19,4	Neoplasias (tumores)	19,8
Causas externas	17,5	Doenças do aparelho respiratório	11,6
		Doenças endócrinas nutricionais e metabólicas	7,5
Doenças do aparelho respiratório	10,1	Causas externas	4,7
Doenças do aparelho digestivo	4,9	Doenças do aparelho digestivo	4,5
Algumas doenças infecciosas e parasitárias	4,1	Algumas doenças infecciosas e parasitárias	4,0
Doenças endócrinas nutricionais e metabólicas	3,8	Doenças do sistema nervoso	2,8
Doenças do sistema nervoso	1,9	Doenças do aparelho geniturinário	2,2
Doenças do aparelho geniturinário	1,8	Algumas afec originadas no período perinatal	1,6
Algumas afec originadas no período perinatal	1,6	Demais causas definidas	3,0
Demais causas definidas	3,0		
Sub-Total	100,0	Sub-Total	100,0
Mal Definidas	6,0	Mal Definidas	6,4
Total	100,0	Total	100,0

Extraído de: Santa Catarina (2011).

Na análise da mortalidade proporcional por grupos de causas das 21 Regiões de Saúde, apresentada na Tabela 5, podemos verificar que a ordenação observada no Estado se mantém com pequenas alterações, mas a importância relativa de cada grupo é diferente dependendo da região de saúde analisada.

Tabela 5 - Mortalidade proporcional (%) por principais grupos de causas segundo macrorregiões do Estado, Santa Catarina, 2009

Causas Capitulos	Extremo Oeste	Grande Fpolis	Planalto Serrano	Meio Oeste	Nordeste	Planalto Norte	Sul	Vale do Itajaí	Foz do Rio Itajaí	Total
Doenças do aparelho circulatório	28,8	31,0	25,6	24,7	26,6	28,3	31,8	27,3	28,3	28,5
Neoplasias (tumores)	22,0	20,6	19,8	18,6	20,3	19,3	17,7	19,5	18,9	19,7
Causas externas	12,3	12,4	9,1	11,4	11,3	10,0	10,3	12,5	16,5	11,9
Doenças do aparelho respiratório	12,7	10,0	12,3	11,7	11,4	11,6	10,4	10,4	7,7	10,8
Doenças endócrinas nutricionais e metabólicas	4,6	4,8	6,9	5,3	4,1	4,6	7,2	5,4	5,5	5,3
Doenças do aparelho digestivo	4,7	4,9	4,4	4,9	4,7	5,3	5,1	4,5	3,9	4,7
Algumas doenças infecciosas e parasitárias	3,1	5,1	2,5	3,2	5,4	2,5	3,9	3,3	6,2	4,1
Doenças do sistema nervoso	2,8	2,1	1,7	2,5	2,1	2,1	2,2	2,5	2,4	2,3
Doenças do aparelho geniturinário	1,6	2,3	1,4	2,0	1,9	1,3	2,2	1,8	2,6	2,0
Algumas afec originadas no período perinatal	1,5	1,4	2,9	1,5	1,9	1,4	1,6	1,6	1,5	1,6
Demais causas definidas	2,5	2,4	2,2	3,4	3,1	3,8	2,8	3,2	4,2	3,0
Subtotal (definidas)	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Mal Definidas	3,5	3,2	11,3	10,7	7,2	9,8	4,8	8,1	2,4	6,2
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Extraído de: Santa Catarina (2011).

4.1.6 Atenção à saúde

Neste tópico apresentaremos os dados referentes à atenção básica⁶⁷; à assistência farmacêutica (Eixo 1); à atenção hospitalar (Eixo 2) e aos leitos de UTI (Eixo 3); à média e alta complexidade ambulatorial (Eixo 4 e 5) e à regulação do acesso aos serviços de saúde (Eixo 6), visto que a política de descentralização da saúde no governo Luiz Henrique da Silveira contemplou ações que visaram impactar, diretamente, no desempenho dessas áreas⁶⁸. Mais uma vez, os dados informados foram retirados dos

⁶⁷ A inclusão de dados que contam a organização e a implementação da Atenção Básica no Estado são de grande importância para entender o contexto da saúde. De acordo com o Plano Estadual de Saúde (2005 - 2009), o objetivo principal desse nível de atenção à saúde é a redução da demanda dos serviços especializados e das internações hospitalares (Santa Catarina, 2007).

⁶⁸ A Política de Saúde Descentralizada era composta pelos seguintes eixos: 1) Incremento no financiamento estadual para a assistência na farmácia básica; 2) Incentivo à assistência hospitalar; 3) Ampliação no número de leitos de UTI; 4) Redução das desigualdades regionais com aumento do número de consultas e exames especializados; 5) Descentralização de serviços especializados com investimentos em ressonância magnética; 6) Regulação do acesso dos pacientes aos serviços de saúde.

Planos Estaduais da Saúde, vigência 2005 - 2009 (Santa Catarina, 2007) e 2012 - 2015 (Santa Catarina, 2011). Para melhor acompanhamento das ações definidas nesses planos, apresentaremos, quando necessário, um condensado das resultantes dessas proposições por meio da análise dos Relatórios Anuais de Gestão (RAG) dos anos de 2006 a 2010, das atas da Comissão Intergestores Bipartite (CIB) de 2003 a 2010 e, por fim, das atas do Conselho Estadual de Saúde (CES) de 2003 a 2010. Essa apresentação temporal das ações propostas pela Política de Saúde Descentralizada permite-nos contextualizar os embates, as arenas e os atores envolvidos na execução de cada questão que ascendeu à agenda. Ressaltamos que a apresentação desses dados não tem por objetivo analisar a implementação dessas políticas ou mesmo avaliá-las. Ressaltamos, também, que os Planos Estaduais de Saúde anteriores ao ano de 2005 e os Relatórios Anuais de Gestão anteriores ao ano de 2006 não estão disponíveis para consulta.

Atenção básica

A Atenção Básica caracteriza-se por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrangem a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde. Desenvolve-se por meio do exercício de práticas gerenciais e sanitárias democráticas e participativas, sob forma de trabalho em equipe, dirigidas a populações de territórios bem delimitados, pelas quais assume a responsabilidade sanitária, considerando a dinamicidade existente no território em que vivem essas populações (Brasil, 2006).

Implementada desde 1994, a Estratégia de Saúde da Família constitui importante pilar na organização e no fortalecimento da atenção básica. Como primeiro nível de atenção à saúde no Sistema, a estratégia potencializa a resolutividade dos serviços, por meio da ampliação do acesso, da qualificação e da reordenação das práticas sanitárias embasadas na Promoção da Saúde. Ela tem como objetivo a redução da demanda dos serviços especializados e das internações hospitalares (Santa Catarina, 2007).

A portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011, aprovou a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia de Saúde da Família (ESF) e Equipes de Agentes Comunitários de Saúde (EACS). A inclusão da odontologia (Equipes de Saúde Bucal - ESB) na ESF teve início em 2001.

De acordo com o Plano Estadual de Saúde 2012 - 2015 (Santa Catarina, 2011), a ESF está presente em todos os municípios do Estado, sendo que 78,8% destes possuem 100% de cobertura. Nos municípios com população acima de 100.000 habitantes, a ESF apresenta uma diminuição da cobertura variando entre 50 a 60%, com exceção do município de Florianópolis, que possui 84,5% de cobertura e o maior número de equipes do Estado. Ainda, segundo o documento, apesar de os avanços da ESF, o modelo assistencial ainda predomina no Estado, observando-se, assim, a necessidade da definição das linhas de atenção à saúde e a reorientação do modelo de atenção à saúde.

No ano de 2009, teve início no Estado de Santa Catarina o processo de fortalecimento da Atenção Primária à Saúde nas Redes de Atenção à Saúde, nas macrorregiões Nordeste e Planalto Norte, orientado por seis princípios: primeiro contato, longitudinalidade, integralidade, coordenação, orientação familiar e orientação comunitária. As figuras que seguem demonstram a evolução da cobertura do número de equipes de Saúde da Família, Saúde Bucal e Agentes Comunitários de Saúde no Estado, no período entre 2002 e 2013. As Tabelas 6 e 7 demonstram os dados relativos à cobertura populacional e à implantação das equipes de saúde da família, no período entre 2002 e 2013.

Tabela 6 - Cobertura populacional da estratégia de saúde da família, Santa Catarina, 2002 a 2013

Extraído de: Ministério da Saúde (2013)⁶⁹.

⁶⁹ Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/tabdata/cadernos/sc.htm>. Acessado em 28/08/2013.

Tabela 7 - Número de equipes de saúde da família implantadas, Santa Catarina, 2002 e 2013

Extraído de: Ministério da Saúde (2013)⁷⁰.

Já as Tabelas 8 e 9 demonstram os dados relativos à cobertura populacional e à implantação das equipes de saúde bucal no período entre 2002 a 2013.

Tabela 8 - Cobertura populacional das equipes de saúde bucal, Santa Catarina, 2002 a 2013

Extraído de: Ministério da Saúde (2013)⁷¹.

Tabela 9 - Número de equipes de saúde bucal implantadas, Santa Catarina, 2002 a 2013

Extraído de: Ministério da Saúde (2013)⁷².

⁷⁰ Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/tabdata/cadernos/sc.htm>. Acessado em 28/08/2013.

⁷¹ Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/tabdata/cadernos/sc.htm>. Acessado em 28/08/2013.

⁷² Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/tabdata/cadernos/sc.htm>. Acessado em 28/08/2013.

Por fim, as Tabelas 10 e 11 apresentam os dados relativos à cobertura populacional e à implantação dos Agentes Comunitários de Saúde no período entre 2002 e 2013.

Tabela 10 - Cobertura populacional das agentes comunitárias de saúde, Santa Catarina, de 2002 a 2013.

Extraído de: Ministério da Saúde (2013)⁷³.

Tabela 11 – Número de agentes comunitários de saúde, Santa Catarina, 2002 - 2013

Extraído de: Ministério da Saúde (2013)⁷⁴.

Em uma análise macrorregional, a Figura 5 mostra-nos a cobertura populacional de equipes de Saúde da Família e Saúde Bucal no ano de 2010. Já a Figura 6 apresenta a evolução no número de ESF e de ESB implantadas em Santa Catarina do ano de 1995 até 2010.

⁷³ Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/tabdata/cadernos/sc.htm>. Acessado em 28/08/2013.

⁷⁴ Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/tabdata/cadernos/sc.htm>. Acessado em 28/08/2013.

Figura 5 - Cobertura populacional de equipes de saúde da família e saúde bucal segundo macrorregião, Santa Catarina, 2010
Extraído de: Santa Catarina (2011).

Figura 6 - Evolução do número de equipes de saúde da família (ESF) e saúde bucal (ESB), Santa Catarina, 1995 - 2010
Extraído de: Santa Catarina (2011).

Segundo o PES (Santa Catarina, 2011), a SES investe recursos no co-financiamento para a Estratégia de Saúde da Família na Atenção Básica, sendo seus critérios discutidos e aprovados anualmente na Comissão Intergestores Bipartite (CIB). A figura a seguir revela, os montantes financeiros repassados aos municípios anualmente para o co-financiamento da Estratégia de Saúde da Família.

Figura 7 - Recursos de co-financiamento (milhões) repassados anualmente para o fortalecimento da estratégia de saúde da família, Santa Catarina, 2007 - 2011
Extraído de: Santa Catarina (2011).

O PES ainda relata que, em 2007, o co-financiamento era de 7 milhões e, em 2011, atingiu 35 milhões, totalizando um acréscimo de 400%. Entretanto, o mesmo documento aponta que, apesar de os investimentos na Atenção Básica, algumas macrorregiões apresentam a média de consultas básicas por habitante/ano menos do que a média do Estado que é de 1,37. As Figuras 8 e 9 apresentam o comparativo das médias de consultas básica habitantes/ano nos anos de 2005 e 2010.

Figura 8 - Média de consultas médicas básicas, por habitante/ano, Santa Catarina, 2005
Extraído de: Santa Catarina (2007).

Figura 9 - Média de consultas médicas básicas, por habitante/ano, Santa Catarina, 2010
Extraído de: Santa Catarina (2011).

Outra estratégia que obteve investimento financeiro estadual foram os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) o qual tem como objetivo principal ampliar a abrangência das ações da atenção básica, bem como a resolubilidade, apoiando a inserção da Estratégia de Saúde da Família na rede de serviços⁷⁵. O PES (2011) ressalta, quando na sua publicação, que 23 municípios foram credenciados. Em 2009, o Estado⁷⁶ passou também a co-financiar os NASF/SC, com o objetivo de cobrir uma lacuna da portaria ministerial⁷⁷ que impossibilitava municípios com menos de oito equipes credenciarem-se para terem o NASF Federal. Ainda, segundo o PES (2011), a maioria dos municípios de Santa Catarina (230 municípios em um total de 265) possuem menos de 8 equipes e a criação dos NASF/SC possibilitou entre 2009 e 2010, o credenciamento de 122 NASF/SC, sendo 28 na modalidade NASF/SC I, municípios que têm entre 4 e 7 equipes, e 94 na modalidade NASF/SC II municípios com até 3 equipes.

⁷⁵ Os NASFs são constituídos por equipes compostas de profissionais de diferentes áreas e que atuam em parceria com os profissionais das ESF, diretamente no apoio matricial às equipes. A responsabilidade compartilhada entre as equipes de saúde da família e o NASF prevê a revisão prática do encaminhamento com base nos processos de referência e contra-referência, ampliando para um processo de acompanhamento longitudinal de responsabilidade das equipes de AB/SF atuando no fortalecimento de seus atributos (Santa Catarina, 2011).

⁷⁶ Deliberação 023/CIB/09.

⁷⁷ Artigo 5º e 6º da Portaria GM nº 154 de 24 de janeiro de 2008, com republicação em 4 de março de 2008.

Assistência Farmacêutica (Eixo 1)

De acordo com Brasil (2011), a Assistência Farmacêutica, como política pública, teve início em 1971 com a instituição da Central de Medicamentos (CEME), que tinha como missão o fornecimento de medicamentos à população sem condições econômicas para adquiri-los e se caracterizava por manter uma política centralizada de aquisição e de distribuição de medicamentos. Mudanças de princípios foram introduzidas com a promulgação da Constituição Federal, em 1988, a qual estabeleceu a saúde como direito social (Art. 6º) e o seu cuidado como competência comum da União, dos estados, do Distrito Federal e dos municípios (Art. 23º). A regulamentação da Constituição Federal para a área da saúde foi estabelecida pela Lei Orgânica da Saúde (nº 8080/90), que, em seu Artigo 6º, determina, como campo de atuação do SUS, a formulação da política de medicamentos⁷⁸. A mesma lei orgânica atribui ainda ao setor da saúde a responsabilidade pela execução de ações de assistência terapêutica integral, inclusive farmacêutica.

Ainda, de acordo com Brasil (2011), a CEME foi responsável pela Assistência Farmacêutica no Brasil até o ano de 1997, quando foi desativada, sendo suas atribuições transferidas para diferentes órgãos e setores do Ministério da Saúde. No que se refere à ampliação do acesso aos medicamentos no Brasil, as instâncias gestoras e de controle social têm buscado sanar importantes lacunas que foram aprofundadas na década de 90, com o crescente e rápido desenvolvimento técnico e científico neste campo. A equidade no acesso aos medicamentos no SUS tem sido discutida a partir da premissa de que o *direito à assistência integral farmacêutica implica a partilha entre os entes federativos das responsabilidades legais do Estado, de propiciar o acesso igualitário e universal aos medicamentos e procedimentos terapêuticos para a assistência integral à saúde dos cidadãos*.

Diante dessa perspectiva, houve a necessidade de apontar aos gestores um direcionamento para que essa área fosse contemplada na sua plenitude. Assim, reuniu-se um grupo de profissionais que atuava nela, o qual discutiu os principais aspectos relacionados aos medicamentos no país (Brasil, 2011). Como resultado dessas discussões, foi estabelecida a Política Nacional de Medicamentos (PNM), publicada pela Portaria GM/MS nº 3916, em 1998 (Brasil, 2002) a qual estabelece diretrizes e prioridades que resultaram em importantes avanços na regulamentação sanitária, no gerenciamento de medicamentos e na organização e na gestão da Assistência Farmacêutica no SUS.

⁷⁸ Medicamento é um produto farmacêutico com finalidades profiláticas, curativas, paliativas ou para fins de diagnóstico (Brasil, 2002).

Das diretrizes estabelecidas, foram consideradas como prioridades a revisão permanente da Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME), a reorientação da Assistência Farmacêutica, a promoção do uso racional de medicamentos e a organização das atividades de Vigilância Sanitária de medicamentos para regular essa área.

A mesma portaria que publica a PNM ressalta que, para atingir um dos objetivos prioritários relacionado à reorientação da Assistência Farmacêutica, faz-se necessário promover a descentralização da sua gestão, o desenvolvimento de atividades para assegurar o uso racional dos medicamentos e ações que otimizem e tornem eficaz o sistema de distribuição no setor público e iniciativas que possibilitem a redução nos preços dos produtos. No que tange às responsabilidades estabelecidas pela PNM para cada uma das três esferas de gestão do SUS, cabe, especificamente à gestão estadual, em caráter suplementar, formular, executar, acompanhar e avaliar a política de insumos e equipamentos para a saúde (Brasil, 2002).

Em 2003, um amplo debate sobre a Assistência Farmacêutica foi realizado com a sociedade na I Conferência Nacional de Medicamentos e, com base nas propostas nela emanadas, o Conselho Nacional de Saúde (CNS) aprovou e publicou a Resolução CNS nº 338, de 6 de maio de 2004, que estabelece a Política Nacional de Assistência Farmacêutica (PNAF), definindo-a como

um conjunto de ações voltadas à promoção, proteção e recuperação da saúde, tanto individual como coletiva, tendo o medicamento como insumo essencial e visando o acesso e seu uso racional. Este conjunto envolve a pesquisa, o desenvolvimento e a produção de medicamentos e insumos, bem como a sua seleção, programação, aquisição, distribuição, dispensação, garantia da qualidade dos produtos e serviços, acompanhamento e avaliação de sua utilização, na perspectiva da obtenção de resultados concretos e da melhoria da qualidade de vida da população. (Brasil, 2004).

Mais recentemente, os Pactos pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão foram, instituídos por meio da Portaria GM/MS nº 399, de 22 de fevereiro de 2006. No Pacto de Gestão, definiu-se que o financiamento referente à Assistência Farmacêutica é de responsabilidade dos três gestores do SUS, devendo agregar a aquisição de medicamentos e insumos e a organização das ações de Assistência Farmacêutica necessárias, de acordo com a organização dos serviços de saúde. A Portaria GM/MS nº 204, de 29 de janeiro de 2007, regulamentou a forma de transferência dos recursos financeiros federais, estabelecendo, entre outros, o bloco de financiamento da Assistência

Farmacêutica, constituído por três componentes: o componente básico⁷⁹, o componente estratégico e o componente especializado.

Entretanto, a despeito dessa construção teórica e institucional, o PES (2007) afirma que, no Brasil, o acesso aos medicamentos segue um padrão de iniquidade social, contribuindo para a manutenção das desigualdades em saúde. Apesar de o mercado brasileiro de medicamentos estar entre os cinco maiores do mundo, cerca de 70 milhões de brasileiros não tem acesso a medicamentos. Enquanto os 15% da população que concentra renda acima de 10 salários mínimos consomem 48% do total de medicamentos do mercado, 51% da população com renda entre zero a quatro salários mínimos consomem apenas 16%. Não obstante, os medicamentos constituem uma das primeiras causas de intoxicações no Brasil, causando agravos diretos e indiretos à saúde das pessoas, com reflexos importantes tanto do ponto de vista da saúde pública como dos aspectos econômicos inerentes.

O mesmo documento afirma ainda que até o final de 2002 havia 23 programas no Ministério da Saúde relacionados à distribuição de medicamentos sem uma coordenação unificada ou articulada entre eles. A fragmentação nas estruturas de planejamento e organização contribuiu para *"desarticular a assistência farmacêutica do conjunto das ações de atenção à saúde, dissipando responsabilidades, verticalizando e centralizando o poder e a tomada de decisões"* (Santa Catarina, 2007, p. 107, grifos nossos).

Quando se transfere a discussão para o cenário catarinense, o PES (2007) aponta que,

em Santa Catarina, a Política Estadual de Medicamentos, instituída em março de 2001, cumpriu apenas as determinações do Ministério da Saúde. Nenhuma definição estratégica foi concretizada no âmbito estadual nesse período, tão pouco existiram iniciativas de construção de ações intermunicipais. Todas as etapas da assistência farmacêutica, sob a lógica organizacional do SUS, ainda necessitam ser consolidadas. Este fato foi constantemente apontado nas Conferências Regionais, Estadual e Nacional de Medicamentos e Assistência Farmacêutica, realizadas em 2003. Sua reversão constitui-se um dos objetivos da Diretoria de Assistência Farmacêutica. (Santa Catarina, 2007, p. 107, grifos nossos).

O documento ainda relata que nas discussões e nas manifestações das Conferências percebeu-se a priorização dos diferentes problemas relacionados à assistência farmacêutica, dependentes do grupo interlocutor, embora não sejam contraditórios (Figura 10). É ressaltado, ainda, que aspectos relativos ao financiamento,

⁷⁹De acordo com BRASIL (2001), a assistência farmacêutica básica compreende um conjunto de atividades relacionadas ao acesso e ao uso racional de medicamentos, destinados a complementar e a apoiar as ações de atenção básica à saúde.

elenco de medicamentos, burocracia e desinformação foram apontados. Demandas por medicamentos por meio do SUS crescente e não atendidas satisfatoriamente foram problemas centrais na perspectiva da Diretoria de Assistência Farmacêutica (DIAF). O grupo indicou duas causas principais desse problema: *"definições políticas inadequadas ou ausentes para o setor e falta de entendimento, nos diferentes níveis, do conceito de assistência farmacêutica, estando atualmente envolvido na sua resolução"* (Santa Catarina, 2007, p. 107, grifos nossos).

Figura 10 - Problemas centrais relacionados à assistência farmacêutica, conforme grupo interlocutor, DIAF, Santa Catarina, 2006
Extraído de: Santa Catarina (2007).

Atenção Hospitalar (Eixos 2 e 3)

A assistência hospitalar constitui a atenção terciária do SUS. No Brasil, são identificados diferentes tipos de hospitais: hospitais federais psiquiátricos, de ensino, de pequeno porte, filantrópicos e estratégicos. De acordo com Solla e Paim (2014), desde a última década, o Ministério da Saúde estabeleceu diretrizes para a atenção hospitalar como: modelo de atenção centrado no usuário; planejamento e gestão da rede; alocação global ou mista de recursos; contratualização com metas; fortalecimento da capacidade gerencial; relação com os gestores (inserção no SUS). Entretanto, essas diretrizes foram insuficientes para alterar os padrões históricos da assistência hospitalar que ainda

encontram ressonância em engrenagens de variáveis expansionistas. Para Solla e Paim (2014),

o desenvolvimento científico-tecnológico da medicina, a reprodução do modelo hegemônico, especialmente seu componente médico-assistencial privatista, as distorções da educação médica 'flexneriana', a medicalização da sociedade e a inflação de expectativas sociais de consumo médico parecem superar as forças racionalizadoras presentes no SUS. (Solla; Paim, 2014, p. 351, grifo dos autores).

Em Santa Catarina, o panorama da assistência hospitalar guarda semelhanças com a citação anterior. De acordo com o PES (Santa Catarina, 2011), esse é um sistema complexo em que as estruturas e os processos da organização estão interligados e que o funcionamento de um componente interfere em todo o seu conjunto. Nesse sentido, o plano ressalta que o positivo aumento da cobertura da ESF nos municípios catarinenses e a ampliação da estrutura ambulatorial do Estado por intermédio das policlínicas e das Unidades de Pronto-Atendimentos (UPAS) vêm alterando os encaminhamentos da rede hospitalar e a morbidade dos pacientes que a ela recorrem. Entretanto, os hospitais públicos e privados contratualizados têm sido uma preocupação constante do governo, pois, além de absorverem quase 70% das despesas públicas em Santa Catarina, alguns destes são considerados pelo Estado centros de excelência em determinadas áreas, enquanto outros estão “abaixo dos padrões” requeridos.

A estrutura Hospitalar Catarinense, em 2011, era composta por 213 hospitais vinculados ao SUS. Destes, 22 são públicos, 190 privados e 1 universitário e estavam distribuídos nas macrorregiões conforme a figura 11. Segundo o PES (Santa Catarina, 2011), no ano da sua publicação, o Estado administrava 14 hospitais públicos e 05 estavam com a administração terceirizada. Com um total de 14.422 leitos SUS disponíveis para a população, Santa Catarina apresentava em 2011 uma relação de 2,5 leitos por 1.000 habitantes. Entretanto, o documento base ressalta que

a distribuição de leitos por habitante apresenta importantes desigualdades macrorregionais quali-quantitativas, com maior concentração na macrorregião da Grande Florianópolis (3,6 leitos/habitantes) e menor na macrorregião Nordeste (1,3 leitos/habitantes). (Santa Catarina, 2011, p. 82).

Essa citação pode ser ilustrada nas Figuras 11 e 12 as quais representam, respectivamente, a quantidade de hospitais no Estado de Santa Catarina, segundo as regiões de saúde e o número de leitos SUS, segundo o tipo e regiões de saúde de Santa Catarina, ambos no ano de 2011.

Figura 11 - Quantidade de hospitais segundo regiões de saúde, Santa Catarina, 2011
Extraído de: Santa Catarina (2011).

Regional de Saúde	Total	/1.000 Hab	UTI	Cirúrg	Clinico	Obstét	Pediát.	Psiqu	Outra Espec.	Hosp DIA
São Miguel do Oeste	475	2,0	0	68	207	73	106	20	1	0
Chapécó	546	1,8	22	112	228	54	70	47	9	4
Xanxerê	399	2,1	20	44	149	78	85	12	11	0
Concórdia	366	2,5	20	54	162	51	53	25	1	0
Joaçaba	438	2,5	10	43	160	67	89	35	4	30
Videira	518	1,9	31	80	176	83	107	37	4	0
Rio do Sul	749	2,8	25	158	276	98	98	50	43	1
Timbó	196	1,4	0	24	89	29	26	25	3	0
Blumenau	452	1,2	42	140	144	64	49	1	11	1
Itajaí	437	1,5	38	159	104	34	86	10	6	0
Balneário Camboriú	182	0,8	19	37	48	28	41		1	8
Brusque	134	1,1	6	51	49	8	20		0	0
Grande Florianópolis	2.608	2,7	120	666	873	184	133	560	30	42
Tubarão	662	2,0	30	120	308	71	87	34	12	0
Criciúma	903	2,3	31	129	319	87	111	223	3	0
Araranguá	314	1,8	10	56	143	53	49	2	0	1
Joinville	877	1,4	64	258	331	85	62	36	13	28
Jaraguá do Sul	232	1,1	19	81	66	32	27	3	4	0
Mafra	362	1,6	21	64	131	83	53	7	3	0
Canoinhas	248	1,9	8	51	94	51	43	1	0	0
Lages	727	2,4	36	136	326	93	96	38	2	0
Santa Catarina	11.825	1,9	572	2.531	4.383	1.406	1.491	1.166	161	115

Figura 12 - Número de leitos SUS segundo tipo e regiões de saúde, Santa Catarina, 2011
Extraído de: Santa Catarina (2011).

No que tange às dificuldades enfrentadas pela rede hospitalar do Estado, o PES (2011, p. 84) aponta:

- dificuldade em acolher a demanda de cirurgias devido à falta de equipamentos, à falta de recursos humanos, à inadequação das estruturas físicas das salas cirúrgicas, ocasionando grande fila de espera em especialidades de média e alta complexidade;
- baixa resolutividade nas quatro clínicas básicas e, em sua maioria, realizam internações clínicas;
- necessidade constante de reformas e recuperação de suas áreas físicas para a adequação à legislação sanitária vigente, visto que as edificações das unidades hospitalares da SES/SC são, em sua maioria, antigas com mais de 30 anos de existência;
- ausência de plano diretor que envolva não apenas a infraestrutura física, administrativa e financeira, mas também os aspectos culturais, epidemiológicos e sociais para direcionar seu crescimento a partir das demandas potenciais e de suas possibilidades no contexto local e regional, definindo-se a sua vocação;
- o sucateamento do seu parque tecnológico bem como a natural defasagem tecnológica advinda da evolução da medicina, principalmente no que tange aos meios de diagnósticos e terapêuticos, além da necessidade de implantação de novos serviços de referência e qualificação superior de alguns de seus serviços. (Santa Catarina, 2011, p. 84, grifos nossos).

Por fim, o mesmo documento afirma que

os hospitais públicos de Santa Catarina, como os demais hospitais públicos do país enfrentam: a falta de autonomia orçamentária, financeira e técnico-administrativa; limitações de ordem fiscal especialmente quanto à admissão e expansão de recursos humanos; falta de agilidade nos processos licitatórios para aquisição de insumos de necessidade urgente. *A gestão burocrática e centralizada provoca elevação dos custos de manutenção da rede hospitalar dificultando o planejamento das ações.* (Santa Catarina, 2011, p. 84, grifos nossos).

Em relação à terapia intensiva, Brasil (2007b) afirma que, por ser uma área jovem, cujo processo de implantação e implementação no Brasil foi lento e consubstanciado pelas práticas americanas de atenção à saúde, tem suas unidades avaliadas e credenciadas por características tecnológicas de engenharia, pela conformação de sua equipe assistencial, pelo número de leitos, pela disponibilização de equipamentos, entre outros⁸⁰. Em Santa Catarina, de acordo com o PES (2011), as Unidades de Terapia Intensiva (UTIs) refletem as demandas crescentes por uma assistência cada vez mais complexa que, na ausência do correspondente crescimento da oferta de serviços,

⁸⁰ Até 1998, no SUS, o instrumento que determinava os pré-requisitos para credenciamento de leitos de terapia intensiva foi a Circular nº 01, de 1991, do INAMPS, por meio de *check list* específico para UTI Adulto e UTI Pediátrica e Neonatal. Entretanto, o dado disponível nessa época dizia respeito ao número de leitos credenciados (total de leitos de UTI), não especificando a faixa etária de clientela para atendimento. Posteriormente, as instalações físicas foram estabelecidas pela Portaria GM/ MS nº 1.884/1994 a qual foi novamente substituída em 1998 pela Portaria nº 3.432. Esta definiu novos critérios de classificação entre as UTIs existentes de acordo com a incorporação de tecnologia, a incorporação de recursos humanos e a área disponível (Brasil, 2007b).

aumentam os desafios para que a equidade seja concretizada, com acesso da população a uma assistência de forma adequada, oportuna e de acordo com as necessidades. O relatório ressalta, ainda, que esses leitos constituem-se um recurso assistencial estratégico e, por serem caros e escassos ao SUS, devem ser utilizados de forma criteriosa, racional e otimizada.

Em 2004, o PES (2007) apontava para a ampliação da capacidade instalada de UTIs, visando a regularização desse serviço aos padrões ministeriais. Na época, o Estado contava com 368 leitos objetivando incrementar 40,5% em relação aos leitos existentes e, assim, adequar-se ao parâmetro de cobertura em UTI de 4% de leitos⁸¹, totalizando 517 leitos. Já em 2011, o PES relatava que o Estado dispunha de 562 leitos de UTI um funcionamento heterogeneamente distribuídos em 9 macrorregiões, estando em 113 leitos em unidades próprias e os 449 restantes em unidades filantrópicas ou privadas. Com finalidade comparativa, a Figura 13 representa a distribuição dos leitos de UTI segundo a macrorregião de saúde em 2011, com predomínio na região litorânea, incluindo Grande Florianópolis, região Sul, Norte, Foz e Vale do Itajaí, apresenta-se inalterado.

Figura 13 - Distribuição UTIs/SUS por região, Santa Catarina, 2011
Extraído de: Santa Catarina (2011).

⁸¹ A Portaria GM/MS nº 1.101/2002 estabelece o número de leitos de UTI como 4% a 10% do total de leitos hospitalares (média para municípios grandes e regiões), que é definida na mesma portaria como de 1,5 a 3 leitos por 1.000 habitantes. Para leitos de UTI Neonatal, o Ministério da Saúde, quando criou o Programa Nacional de Humanização ao Pré Natal e Nascimento (PNHPN), Portaria GM/MS nº 569/2000, adotou o parâmetro da Sociedade Americana de Pediatria, para definir a necessidade de leitos, sendo 1 a 2 leitos por 1.000 nascidos vivos.

Média e Alta Complexidade - MAC (Eixos 4 e 5)

Por média complexidade ambulatorial, entende-se o conjunto de ações e de serviços que visam atender aos principais problemas e agravos da população, cuja complexidade da assistência na prática clínica demanda a disponibilidade de profissionais especializados e a utilização de recursos tecnológicos para o apoio diagnóstico e tratamento (Brasil, 2007b). Por alta complexidade, entende-se o conjunto de procedimentos que, no contexto do SUS, envolve alta tecnologia e alto custo, objetivando propiciar à população acesso a serviços qualificados, integrando-os aos demais níveis de atenção à saúde (Brasil, 2007b). Complementando essas definições, Solla e Paim (2014) afirmam que esse nível de atenção contempla um conjunto de ações, conhecimentos e técnicas assistenciais com certa densidade tecnológica, envolvendo processos de trabalho e tecnologias especializadas. Contudo, os limites entre a atenção básica e a MAC não são precisos, “pois a abrangência depende de definições políticas com diferentes critérios de valoração e de alocação de recursos pelo SUS entre as áreas básicas e as especialidades” (Solla; Paim, 2014, p. 344).

A organização dos serviços ambulatoriais em ambas complexidades está baseada na oferta e não na necessidade, de modo que o credenciamento de serviços pelo SUS tem sido realizado sem parâmetros de base populacional. No território nacional, há extensas regiões sem cobertura, configurando vazios assistenciais, ao mesmo tempo que a sua oferta ainda encontra-se desvinculada de linhas de cuidado que garantam continuidade a integralidade do cuidado. No entanto, observamos na última década um esforço por parte do Ministério da Saúde com vistas a definir parâmetros populacionais para oferta desses procedimentos e implementação de medidas para a indução de oferta nas regiões de saúde onde representam lacunas importantes (Solla; Paim, 2014).

Os principais problemas de gestão referentes aos serviços MAC podem ser lembrados: a) inadequação da oferta ao perfil epidemiológico; b) financiamento atrelado às tabelas SIA e SIH, com teto financeiro rígido; c) *processo de credenciamento, contrato e convênios sujeito a interferências extratécnicas, seja por pressão dos entes privados, seja por práticas clientelistas da política e da gestão*; d) indefinição do papel das esferas de governo na organização e operação da rede a despeito de todas as tentativas de normatizações⁸²; e) indefinição das relações entre rede básica e MAC, não obstante a profusão de leis, decretos, pactos e normas.

⁸² Tentativas por meio da NOAS 01/2002, com seus instrumentos PDR, PDI e PPI, do Pacto de Gestão em 2006, com as competências e responsabilidades sanitárias dos gestores, e do Decreto Presidencial 7.508/2011 (Solla; Paim, 2014, p. 345).

O cenário da atenção ambulatorial especializada em Santa Catarina novamente reflete o contexto nacional anteriormente descrito. De acordo com o PES (2011),

serviços de média complexidade apresentam déficit em todo o Estado. Os serviços deste nível hierárquico dão resolutividade à rede de serviços com custo moderado, quando comparados aos valores da Alta Complexidade. [...]. Na alta complexidade existe escassez de recursos humanos para atuar nas especialidades inerentes ao níveis secundário e terciário, destacando-se os serviços de ortopedia e neurologia, além da baixa resolubilidade dos serviços ambulatoriais e hospitalares na maioria das macrorregiões de saúde, especialmente na urgência e emergência. Nos serviços ambulatoriais e hospitalares de alta complexidade, evidencia-se o déficit de cobertura assistencial nas especialidades de cirurgia cardíaca, cirurgia ortopédica, terapia intensiva, diagnose em oncologia, assistência farmacêutica de alta complexidade, entre outras. [...]. *O Estado vem envidando esforços no sentido de homogeneizar a oferta destes serviços nas macrorregiões de saúde, com o objetivo de evitar deslocamentos onerosos aos pacientes, definindo nos seus planos estruturantes as referências macrorregionais e apontando as necessidades de investimento para induzir a desconcentração da oferta.* (Santa Catarina, 2011, p. 81, grifos nossos).

Em relação ao número de serviços e ao custo dos procedimentos desses níveis de atenção em Santa Catarina, o cadastro do SIA/SUS, em dezembro de 2009, informava que a capacidade instalada para o SUS/SC era de 3.772 unidades de saúde, das quais 1.500 (39,7%) eram postos e centros de saúde⁸³. O cadastro evidenciava, ainda, a existência de 400 serviços auxiliares de diagnose e terapia, responsável por procedimentos de média complexidade. O total de procedimentos aprovados no ano de 2010 foi de 112.004.784 correspondendo a um custo médio *per capita* de R\$ 12,09 e um custo médio unitário por procedimento de R\$ 3,56. Do total de procedimentos, 56,6% foram registrados na atenção básica, 31,6% na média complexidade e 11,8% na alta complexidade. A Figura 14 representa uma visão globalizada desse relato e a comparação com o cenário que se apresentava no ano de 2001. Ressaltamos que, apesar de o incremento financeiro (não vinculado a uma política específica), houve uma diminuição dos procedimentos realizados.

⁸³ Esse dado se repete nos dois Planos Estaduais de Saúde utilizados, a despeito da sua temporalidade.

Figura 14 - Demonstrativo dos percentuais de quantidade de procedimento x recursos gastos, Santa Catarina, 2001 e 2010

Extraído de: Santa Catarina (2011).

Em relação aos vazios assistenciais citados anteriormente, Santa Catarina compartilha do mesmo cenário com persistência do quadro no período entre 2004 e 2010. Por questões históricas, a maioria dos serviços de média e alta complexidade concentraram-se na capital do Estado e nas cidades vizinhas, o que explica os dados apontados pelo PES tanto de 2007 quanto de 2011.

No PES (2007), estão presentes as seguintes análises:

Apesar dos esforços do governo em regionalizar a assistência, persistem disparidades na distribuição dos serviços ambulatoriais especializados. Na Grande Florianópolis foram realizados 26% dos serviços de média complexidade e 92% dos serviços de alta complexidade, [...]. Nas regiões Meio Oeste e Sul catarinense a participação dos procedimentos de alta complexidade ainda são inferiores a 1% do total. (Santa Catarina, 2007, p. 19, grifos nossos)

Diz-nos o PES (2011) que podemos observar os mesmos apontamentos, com exceção do discreto incremento da produção desses serviços.

Apesar dos esforços em regionalizar a assistência, persistem disparidades dos serviços ambulatoriais especializados. Na região de Saúde da Grande Florianópolis foram realizados 15% dos serviços de média complexidade e 73,41% dos serviços de alta complexidade, o que explica a diferença da distribuição dos serviços nessa região quando comparada às demais. Nas demais regiões de saúde do estado a participação dos procedimentos de alta complexidade são inferiores a 1,9% em 06 regiões de saúde e inferior a 1% em 14 regiões de saúde. (Santa Catarina, 2011, p. 80, grifos nossos).

As Tabelas 12 e 13 ilustram as duas citações anteriores.

Tabela 12 - Distribuição percentual da produção ambulatorial (quantidade aprovada e valor aprovado) segundo grupos de procedimento da atenção básica (SIA), Santa Catarina, 2004

Macrorregiões	% da Quantidade Aprovada			% Valor Aprovado	
	Atenção Básica	Média Complex.	Alta Complex.	Média Complex.	Alta Complex.
Extremo Oeste	77,8	20,8	1,3	52,80	47,20
Meio Oeste	72,9	26,3	0,8	73,80	26,20
Planalto Norte	77,9	20,6	1,5	49,10	33,80
Nordeste	59,9	38,6	1,5	65,00	27,80
Vale do Itajaí	69,1	29,4	1,5	63,60	28,60
Planalto Serrano	67,8	31,1	1,1	77,90	10,00
Sul	70,5	28,6	0,8	69,20	21,10
Grande Florianópolis	24,9	35,3	39,8	40,80	54,80
Total	65,1	28,83	5,85	61,5	52,8

Extraído de: Santa Catarina (2007).

Tabela 13 – Distribuição Percentual da Produção Ambulatorial (quantidade aprovada e valor aprovado), segundo Grupos de Procedimento da Atenção Básica do SIA, Santa Catarina, 2010

Regiões de Saúde	% da Quantidade Aprovada				% Valor Aprovado			
	Atenção Básica	Média Complex.	Alta Complex.	Não se Aplica	Atenção Básica	Média Complex.	Alta Complex.	Não se Aplica
São Miguel do Oeste	71,88%	23,61%	0,43%	4,08%	63,77%	23,54%	9,65%	3,04%
Chapecó	70,71%	26,41%	1,76%	1,12%	33,65%	35,86%	27,75%	2,75%
Xanxerê	78,84%	20,08%	0,28%	0,80%	60,76%	30,70%	8,02%	0,52%
Concórdia	73,65%	25,34%	0,26%	0,75%	53,33%	38,27%	8,16%	0,24%
Joaçaba	56,81%	40,01%	0,82%	2,35%	44,69%	30,25%	24,09%	0,96%
Videira	56,27%	41,42%	0,76%	1,55%	50,53%	36,81%	11,78%	0,89%
Rio do Sul	63,48%	35,63%	0,55%	0,34%	54,45%	33,32%	11,65%	0,58%
Timbó	78,76%	20,43%	0,31%	0,51%	56,60%	32,92%	10,37%	0,12%
Blumenau	63,26%	34,54%	1,88%	0,31%	28,74%	41,15%	29,46%	0,65%
Itajaí	65,52%	33,48%	0,85%	0,16%	30,99%	42,88%	22,99%	3,14%
Balneário Camboriú	65,36%	33,97%	0,33%	0,34%	49,38%	42,70%	7,91%	0,01%
Brusque	66,06%	32,72%	0,74%	0,48%	43,01%	38,63%	18,28%	0,08%
Grande Florianópolis	12,32%	13,32%	73,25%	1,11%	16,95%	27,56%	51,16%	4,33%
Tubarão	78,51%	20,72%	0,37%	0,40%	53,45%	31,18%	15,23%	0,14%
Criciúma	67,77%	30,50%	1,18%	0,55%	37,11%	36,23%	26,49%	0,17%
Araranguá	57,13%	41,34%	0,65%	0,89%	60,34%	29,43%	10,04%	0,19%
Joinville	43,64%	54,30%	1,63%	0,43%	28,06%	46,74%	21,86%	3,34%
Jaraguá do Sul	52,85%	42,47%	2,02%	2,66%	35,34%	36,95%	25,04%	2,68%
Mafra	61,16%	36,94%	1,04%	0,85%	48,56%	33,33%	17,71%	0,40%
Canoinhas	65,26%	33,22%	0,21%	1,30%	52,78%	36,55%	9,86%	0,81%
Lages	54,71%	41,37%	0,51%	3,40%	46,63%	35,77%	15,02%	2,57%
Total	44,06%	25,30%	29,61%	1,03%	34,13%	33,98%	29,49%	2,40%

Extraído de: Santa Catarina (2011).

Regulação em saúde (Eixo 6)

De acordo com Brasil (2007b) regulação no setor saúde é uma ação complexa, que compreende um considerável número de atividades, de instrumentos e de estratégias, considerando que o setor é composto por um conjunto de ações, de serviços e de programas de promoção, de prevenção, de tratamento e de reabilitação, que incluem tanto cuidados individuais quanto coletivos e que requerem a atenção em distintos serviços de saúde ambulatoriais e hospitalares. No sistema de saúde, há dois tipos de regulação: a regulação sanitária de bens e de serviços, e a regulação da assistência. A primeira refere-se aos esforços das autoridades sanitárias de minimizar os efeitos adversos gerados pelos produtos e serviços por meio da economia, especialmente aqueles associados à produção de produtos alimentares e alimentos. A regulação da assistência refere-se às organizações com funções de financiamento, provisão e funções de desenvolvimento de pesquisas. A esse respeito, regulação é uma meta função dirigida às instituições, por meio de instrumentos tais como acreditação e certificação.

Com o processo de descentralização, o desafio da esfera estadual passou a consistir no exercício da função integradora, orientada por visão ampla e abrangente do sistema, no sentido de organizá-lo e provê-lo em suas lacunas com presteza e qualidade dos serviços requeridos pela população. Nesse sentido, o Conselho Nacional de Secretarias de Estado da Saúde (CONASS), em 2003, organizou um seminário para construção de consensos sobre o sistema de saúde e, nessa oportunidade, os gestores estaduais definiram que a regulação é uma das macrofunções a serem desempenhadas pelas Secretarias Estaduais de Saúde (Brasil, 2007b).

A despeito dessa iniciativa e dos diversos entendimentos, concepções e práticas que o termo encerra, ele foi aplicado inicialmente ao SUS pela NOAS/SUS 01/2002 a qual disseminou o conceito de regulação como sinônimo de regulação assistencial, vinculada à oferta de serviços, à disponibilidade de recursos financeiros e à Programação Pactuada Integrada (PPI). Essa é uma concepção restrita de regulação, que induz a iniciativa de controle do acesso e de adequação à oferta. Da mesma forma, esta norma operativa vinculou o processo e o exercício das ações de regulação às modalidades de gestão por ela estabelecidas.

Atualmente, os conceitos aplicados são: regulação da atenção à saúde⁸⁴, regulação assistencial⁸⁵ e regulação do acesso⁸⁶. Para instrumentalizar o conceito de regulação do acesso, foram criados os chamados complexos reguladores, os quais consistem na articulação e na integração de centrais de atenção pré-hospitalar e urgências, centrais de internação, centrais de consultas e serviços de apoio diagnóstico e terapêutico, implantadas sob a orientação de protocolos clínicos e linhas de cuidado previamente definidos. As diretrizes operacionais para a implantação da política nacional de regulação em todas as unidades federadas foi publicada no Pacto de Gestão por meio da portaria GM/MS nº 399/2006.

Entretanto, o Eixo 6 da política de saúde descentralizada, apesar de utilizar o termo regulação do acesso aos pacientes aos serviços de saúde, fazia referência a implantação da Telemedicina, uma parceira entre a SES e a Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC) que objetivava facilitar o acesso dos cidadãos aos exames médicos. A Tabela 14, retirada do PES (2007), ilustra essa correlação.

Tabela 14 - Recursos financeiro segundo eixo prioritário na política estadual de saúde, Santa Catarina, 2006 / Correlação do termo regulação do acesso a serviços de saúde - Telemedicina

AÇÃO	RECURSOS (R\$)
Incremento da assistência farmacêutica básica	6.166.700,00
Incentivo a assistência hospitalar	20.205.547,00
Ampliação do número de leitos de UTI	5.130.000,00
Redução das desigualdades regionais na alta e média complexidade	12.445.458,93
Descentralização de serviços especializados (ressonância magnética)	13.900.000,00
Regulação do acesso a serviços de saúde - Telemedicina	550.603,10

Extraído de: Santa Catarina (2007).

⁸⁴ De acordo com Brasil (2007b), essa forma de regulação tem como objeto a produção de todas as ações diretas e finais de atenção à saúde, dirigida ao conjunto de prestadores de serviços de saúde públicos e privados. As ações da regulação da atenção à saúde compreendem a contratação, a regulação assistencial, o controle assistencial, a avaliação da atenção à saúde, a auditoria assistencial e as regulamentações da vigilância epidemiológica e sanitária.

⁸⁵ Definida no Pacto pela Saúde, nas diretrizes do pacto de gestão, esse conceito de regulação comporta um conjunto de relações, saberes, tecnologias e ações que intermediam a demanda dos usuários por serviços de saúde e o acesso a eles (Brasil, 2007b).

⁸⁶ A regulação do acesso é definida por Brasil (2007b) como o estabelecimento de meios e ações para a garantia do direito constitucional de acesso universal, integral e equânime, independentemente de pactuação prévia estabelecida na PPI e/ou da disponibilidade de recursos financeiros.

De acordo com o Sistema Catarinense de Telemedicina e Telessaúde⁸⁷, o projeto da Telemedicina nasceu em Santa Catarina, em 2005, com o objetivo de ampliar o acesso a exames médicos. Para esse fim, criou-se uma infraestrutura tecnológica que suporta o envio de exames e a emissão de laudos a distância por especialistas que não estejam necessariamente no mesmo local ou cidade do paciente. Toda a tecnologia foi elaborada pelo Grupo Cyclops, que existe desde 1998, no Departamento de Informática e Estatística, do Centro Tecnológico da UFSC. Desde o início, o projeto já previa a ampliação do parque de equipamentos de Média e Alta Complexidade (MAC), como, por exemplo, eletrocardiogramas, equipamentos de tomografia computadorizada, ressonância magnética e raio-X. Dois anos depois, em 2007, o Ministério da Saúde criou o Programa Telessaúde Brasil. Como Santa Catarina já possuía experiência em Telemedicina e uma cobertura de rede que chegava a pelo menos sessenta municípios, foi um dos nove estados escolhidos para ter um Núcleo de Telessaúde. No princípio, foram distribuídos 100 computadores em Unidades Básicas de Saúde do interior do Estado que permitiram a estruturação de uma rede de serviços de educação permanente. Nos anos seguintes, os pontos de Telemedicina foram ampliados e, em 2009, ultrapassaram 140. O número de hospitais com equipamentos para MAC (Tomografia, Ressonância e Ultrassom) chegou a 15. O Telessaúde também se consolidou como ferramenta e serviço de educação permanente a distância. Em 2010, último ano de governo Luiz Henrique, o sistema Telemedicina e Telessaúde foram integrados, formando o Sistema Catarinense de Telemedicina e Telessaúde (STT).

Por fim, vale apresentar um quadro comparativo dos problemas elencados como prioritários pelos planos estaduais de saúde (2004 - 2009) e (2012 - 2015) referente aos indicadores apresentados.

⁸⁷ <https://telemedicina.saude.sc.gov.br/rctm/#> Acessado em 12/06/2015.

PROBLEMA PRIORITÁRIO	PES (2004 - 2009)	PES (2012 - 2015)
Atenção Básica	<ul style="list-style-type: none"> • Implementação incipiente da política nacional de recursos humanos para o SUS. • Insuficiente implementação das ações de monitoramento e avaliação das metas dos indicadores de atenção básica por parte dos gestores estadual e municipal. • A alta rotatividade aliada a insuficiência de oferta de cursos às equipes de saúde da família e agentes comunitários de saúde. • Insuficiência no financiamento da atenção básica. 	<ul style="list-style-type: none"> • Dificuldade na implantação da Estratégia de Saúde da Família (ESF) em municípios. • Dificuldade de fixação dos profissionais na ESF. • Inadequação na implementação e implantação no modelo de atenção primária à saúde.
Assistência Farmacêutica (Eixo 1)	<ul style="list-style-type: none"> • Definições de políticas inadequadas ou ausentes para o setor e disparidades na concepção de Assistência Farmacêutica, nos diferentes níveis de gestão do SUS. • Demanda por medicamentos através do SUS crescente e não atendida satisfatoriamente. • Gastos elevados com medicamentos agravados pelo crescimento das demandas judiciais. • Elenco de medicamentos limitado. • Ausência de recursos financeiros para estruturar e qualificar os serviços de assistência farmacêutica. • Problemas no planejamento e execução das etapas do ciclo da assistência farmacêutica. 	<ul style="list-style-type: none"> • Falta de logística e transporte e armazenamento de medicamentos. • Aumento das demandas judiciais na assistência farmacêutica no Estado.
Atenção Hospitalar (Eixos 2 e 3)	<ul style="list-style-type: none"> • Baixa resolutividade dos serviços hospitalares. • Existência de hospitais que limitam-se a oferta das especialidades básicas. • Desigualdades macrorregionais na distribuição de leitos por habitante. 	<ul style="list-style-type: none"> • Deficiência na infraestrutura da rede hospitalar estadual própria na prestação de serviços de média e alta complexidade. • Falta de plano diretor dos hospitais e redefinição da vocação dos mesmos conforme necessidade da rede estadual de saúde. • Hospitais de pequeno e médio porte com baixa resolutividade nas quatro clínicas básicas. • Dificuldade de implantação dos protocolos de acolhimento e classificação de risco. • Demanda reprimida de cirurgias. • Flexibilização de critérios de habilitação de alta complexidade. • Dificuldade de controle da ocupação dos leitos de UTI em unidades contratadas e conveniadas.
Média e Alta Complexidade (Eixos 4 e 5)	<ul style="list-style-type: none"> • Desigualdade de cobertura assistencial nas especialidades médicas e odontológicas, exames, assistência farmacêutica e na alta complexidade. • Desigualdades macrorregionais na oferta dos serviços ambulatoriais de média e alta complexidade. • Escassez e má distribuição de recursos humanos para atuação nas especialidades médicas. • Baixa resolutividade dos serviços ambulatoriais e hospitalares. 	<ul style="list-style-type: none"> • Concentração de serviços especializados de saúde e hospitais com grande capacidade de resolução na macrorregião da Grande Florianópolis. • Dificuldade no cumprimento da PPI por oferta de serviço baseada no mercado e não na necessidade do usuário; • Baixa adesão a contratualização dos prestadores de serviços do SUS. • Fragilidade no processo de monitoramento e avaliação da contratualização de serviços para o SUS.
Regulação em Saúde (Eixo 6)	Este item consta apenas como implantação da rede catarinense de Telemedicina.	<ul style="list-style-type: none"> • Pouca disponibilidade de consultas dos hospitais próprios da SES na central de marcação de consultas. • Ausência de determinados protocolos clínicos e de acesso que qualifiquem as autorizações de procedimentos pela regulação. • Não implantação da política estadual de regulação da atenção à saúde.

Quadro 3 - Lista de problemas prioritários elencados pelos PES, Santa Catarina, 2007 e 2011
Extraído de: Santa Catarina (2007) e Santa Catarina (2011).

CAPITULO IV
A ANÁLISE DA AGENDA GOVERNAMENTAL DE DESCENTRALIZAÇÃO
DA SAÚDE NO ESTADO DE SANTA CATARINA

5. A ANÁLISE DA AGENDA GOVERNAMENTAL DE DESCENTRALIZAÇÃO DA SAÚDE NO ESTADO DE SANTA CATARINA

5.1 PRIMEIRA NARRATIVA: GOVERNO LUIZ HENRIQUE DA SILVEIRA / GESTÃO 2003 - 2006

Luiz Henrique da Silveira nasceu em Blumenau e formou-se em Direito pela Universidade Federal de Santa Catarina. Iniciou sua vida pública em 1971 quando elegeu-se presidente do diretório municipal do MDB em Joinville. Até o ano de seu falecimento, elegeu-se para dez mandatos eletivos consecutivos, sempre pelo MDB/PMDB. Entre eles, estão os mandatos para deputado estadual, deputado federal, prefeito de Joinville, governador do Estado de Santa Catarina e Senador da República⁸⁸.

Em 2002, último ano de mandato do governador Esperidião Amin, Luiz Henrique da Silveira, então prefeito de Joinville (maior colégio eleitoral de Santa Catarina), lançou sua candidatura ao governo do Estado em uma aliança partidária com o Partido da Social Democracia Brasileira (PSDB) e uma proposta de governo baseada na descentralização. Esperidião Amin disputava com o peemedebista o seu terceiro mandato, tendo como slogan de campanha "Santa Catarina Melhor" e uma aliança com os seguintes partidos: PPB, PFL, PSL, PRTB, PST, PT do B. Amin era campeão de votos em todas as regiões do Estado e nunca havia perdido uma eleição. Essa conjuntura construiu uma clima de vitória antecipada entre os pepistas e, de acordo com reportagens publicadas na mídia, levou o governador a dedicar-se pouco na busca de votos⁸⁹. As pesquisas eleitorais mostravam larga vantagem para o então governador - Luiz Henrique não representava nem 10% das intenções de voto. Entretanto, o resultado das eleições levou o candidato Luiz Henrique ao segundo turno. Nesse interstício eleitoral, Luiz Henrique passou a apoiar publicamente o candidato à presidência da república Luiz Inácio Lula da Silva e recebeu, de forma recíproca, o apoio do PT em sua candidatura. Essa associação com o presidenciável e, consequentemente, com o sentimento de mudança que permeava o Brasil garantiu, a Luiz Henrique, uma imprevista vitória no segundo turno por uma

⁸⁸ Sua biografia completa por ser acessado no seguinte endereço eletrônico: <http://www.luizhenriquesenador.com.br/biografia.php>

⁸⁹ Notícia publicada em: <http://noticias.terra.com.br/eleicoes2006/interna/0,,OI1210031-EI6681.00.html>. Acessado 21/06/2015.

diferença de apenas 20 mil votos. Os Quadros 4 e 5 representam o resultado das eleições de 2002 para o governo do Estado no primeiro e no segundo turnos.

Governador				
ELEITOS PARA SEGUNDO TURNO				
Partido		Número	Nome	Votos
001	PPB	11	Espedito Amin Helou Filho	1.217.069
002	PMDB	15	Luiz Henrique da Silveira	918.615
NÃO ELEITO				
Partido		Número	Nome	Votos
003	PT	13	José Fritsch	634.380
004	PSB	40	Antônio Ballo Junior	48.036
005	PPS	23	Sérgio José Grando	31.323
006	PSTU	16	Guimar Salgado dos Santos	4.136
COLIGAÇÕES				
Nome		Composição		
FÉ NO BRASIL		PSB / PSD		
FRENTE ECOLÓGICA POPULAR		PPS / PSDC / PV		
FRENTE POPULAR		PC do B / PL / PMN / PT		
POR TODA SANTA CATARINA		PMDB / PSDB		
SANTA CATARINA MELHOR		PFL / PPB / PRB / PSL / PST / PT do B		
RESUMO DO CARGO				
Nome			Votos	
Votos Nominais			3.053.554	
Votos Nulos			146.034	
Votos em Branco			101.981	

Quadro 4 - Resultado das eleições para governo do Estado de Santa Catarina, primeiro turno, 2002
Extraído de: TRE/SC⁹⁰.

Governador				
ELEITO				
Partido	Número	Nome	Votos	
001	PMDB	15	Luiz Henrique da Silveira	1.512.447
NÃO ELEITO				
Partido	Número	Nome	Votos	
002	PPB	11	Espedito Amin Helou Filho	1.491.723
COLIGAÇÕES				
Nome		Composição		
POR TODA SANTA CATARINA		PMDB / PSDB		
SANTA CATARINA MELHOR		PFL / PPB / PRB / PSL / PST / PT do B		
RESUMO DO CARGO				
Nome			Votos	
Votos Nominais			3.004.170	
Votos Nulos			189.671	
Votos em Branco			45.105	

Quadro 5 - Resultado das eleições para governo do Estado de Santa Catarina, segundo turno, 2002
Extraído de: TRE/SC⁹¹.

⁹⁰ Disponível em: <http://www.tre-sc.jus.br/site/eleicoes/eleicoes-antiores/2002-geral/1o-turno/index.html>. Acessado em 21/06/2015.

⁹¹ Disponível em: <http://www.tre-sc.jus.br/site/eleicoes/eleicoes-antiores/2002-geral/2a-turno/index.html>. Acessado em 21/06/2015.

Um dos entrevistados, quando questionado sobre o **contexto político** no período anterior à eleição do governador Luiz Henrique, confirma o exposto:

*O que eu me lembro é que todos davam como certa a vitória do Esperidião Amin, até então imbatível em SC, e, aliás, as pesquisas de opinião pública, as primeiras que saíram, ele tinha mais de 60% e o **Luiz Henrique não chegava no segundo dígito**. E aí é que é preciso dar o grande valor ao Luiz Henrique de largar dois anos de mandato na prefeitura de Joinville, que era importante pra ele, e se lançar naquilo que se imaginava fosse uma aventura. **Em função da capacidade de articulação, da competência dele e, sobretudo, do trabalho, ele acabou revertendo aquela esmagadora possibilidade de perder numa vitória**. Tanto que ele publicou aquele livro: “A vitória que propalava impossível”. A vitória impossível, aí ele inserir no título, que propalava impossível, na verdade era. Então isso se deveu à capacidade de trabalho dele, é impressionante, ele tá sempre disposto a qualquer dia, a qualquer hora pra ir em qualquer lugar para desenvolver uma atividade política e as costuras que ele conseguiu fazer trazendo para apoiá-lo o PSDB, por exemplo, e foi agregando ao seu lado e tirando do lado do seu adversário político.*

O Amin naquela época tinha uma grande aprovação política, apesar de não ter feito grandes obras, mas popularmente, a sua popularidade era absurdamente alta e o Luiz Henrique, se não me engano, era 6% da preferência, tava com ele no início. Ele fez essa composição com o PSDB e foram para as eleições com uma ideia [...].

A coligação PMDB e PSDB trouxe para a campanha eleitoral o chamado **Plano 15** que, de acordo com o próprio documento, se constituiu como um plano de governo “cuidadosamente elaborado pelos melhores quadros do PMDB e PSDB, partidos que integraram a coligação Por Toda Santa Catarina [...]. Os órgãos de estudo e pesquisa desses partidos, [...] foram os principais articuladores deste Plano [...] além de dezenas de técnicos e militantes realizaram importantes contribuições”. Contudo, mais adiante, o mesmo documento relata que “como programa de governo, o Plano 15 reflete, sobretudo, a visão e a experiência político-administrativa de Luiz Henrique, fruto de seus 36 anos de vida pública, sempre construída no voto popular e na luta pela democracia”.

Nesse aspecto, os entrevistados que relataram ter participado da elaboração do Plano 15 também conferiram ao candidato **Luiz Henrique** a **identidade** das propostas contidas no plano as quais partiam, sobretudo, das suas experiências públicas anteriores.

*A ideia geral, que era a **ideia da descentralização**, que sempre foi uma pedra de toque do Luiz Henrique na própria campanha e mesmo na pré-campanha, isso era compartilhado por muitos. É claro que a elaboração do documento era uma tarefa mais restrita àqueles que tinham conhecimento técnico nas áreas especializadas. Então, em cada uma das tantas áreas do Plano 15 foi uma equipe de pessoas que ficaram encarregadas de dar à*

*redação final as **ideias que ele foi tendo, que ele foi desenvolvendo e que também foi buscando ao longo da campanha.***

*[...] uma série de pessoas que contribuíram para a construção desse novo modelo de gestão. Mas o que mais contribuiu e que foi decisivo nessa construção foi **a própria experiência do Luiz Henrique.** Primeiro em Joinville como prefeito, que lá ele já tinha as secretarias regionais nesse modelo descentralizado e, por isso, que ele tinha sucesso lá na questão do modelo político e administrativo do município, porque lá ele já administrava de forma descentralizada.*

*Ele é uma pessoa com ideias muito firmes, o que ele quer para determinadas áreas... **ele sempre soube e ele nunca se desviou daquilo.** Outras áreas que não eram as prioritárias na cabeça dele, ele até deixava algumas coisas acontecerem. Naquilo que foram compromissos assumidos internamente por ele, aquilo ele foi fiel do início ao fim. Ele sabia as rodovias que ele queria, ele sabia em termos de educação o que ele queria, em termos de saúde também.*

*E eu participei desse processo, mas **o Luiz Henrique foi decisivo nesse processo.** Nós dávamos todo o arcabouço técnico, mas era **ele quem dava a direção...** ele participava ativamente de todo o processo.*

Mesmo apontando para a clara objetividade que o candidato Luiz Henrique tinha ao conduzir a elaboração do Plano 15, este foi considerado por alguns entrevistados como uma **plano de ideias**, sem uma materialização concreta dos seus desdobramentos posteriores para que os seus operadores pudessem ter conhecimento.

*[...] na verdade os planos de governo quando vão para a eleição eles são muito um plano de intenções onde você tem ali grandes linhas, mas aquelas grandes linhas dificilmente são trabalhadas a fundo pra ser dita assim: ah... aquilo é o meu plano de governo. O Plano 15 até foi alçado nessa categoria, mas se você pegar **o Plano 15, ele é um livrinho de pouquinhas folhas, ali tem algumas coisas até pontuais, mas outras muito genéricas. A ideia toda logo depois da eleição é transformar isso num plano de governo, num PPA que possa ser executado no PPA...** era executar aquelas promessas em compromissos. O Luiz Henrique, eu sei que ele foi extremamente fiel àquele plano, ele usava o Plano 15 no bolso, ele usava o Plano 15 para fazer os discursos nos 8 anos, mas na minha avaliação ele era muito mais um plano de intenções quando foi lançado... é como se ele não nascesse de um resumo de um plano maior. Ele era um plano que, depois, foi desdobrado e aberto em várias ações, projetos e programas.*

***Não, não tinha** (conhecimento de como estruturar suas ideias). **Era uma ideia criada. Ele teve que se adequar às próprias pressões políticas,** colocar mais secretarias que planejava no começo, adequar uma certa estrutura à divisão estadual... Santa Catarina é um Estado muito regionalizado em áreas específicas... históricas, geográficas, culturais.*

*Com toda a honestidade, eu acho que na elaboração do Plano 15, o governador Luiz Henrique imaginou um processo de descentralização na cabeça dele, mas ele não tinha nenhuma fórmula e não tinha nenhum 'modus operandi' para que isso ocorresse... eu acho que isso estava **só***

no campo da ideia e quando ele assumiu chamou rapidamente algumas figuras para montar esse esquema de descentralização e aí foi a grande falha porque as pessoas não se entendiam, as pessoas que eram do planejamento, as pessoas que estavam envolvidas na área não se entendiam porque eram uma guerra e uma briga de perda de poder. Na verdade, a descentralização como uma proposta bem conduzida, iria provocar perda de poder e isso não era interessante para quem estava no poder central. Então, eu tenho a impressão que o governador fez a toque de caixa e depois se submeteu a todas as alterações da descentralização às imposições políticas que lhe foram feitas e que, desculpe, para mim, jamais houve alguma forma de planejamento estruturado.

Birkner et al. (2011), ao fazerem uma leitura sociológica do discurso desse líder político, afirmam que uma das suas características é a sua postura visionária motivada pela necessidade de ascender ao cargo que lhe permita o exercício do poder público e, cuja perspectiva, passa pela formulação da estratégia eleitoral capaz de despertar o eleitor para um novo tempo histórico, o que demanda uma proposta de governo inovadora, incluindo a governança e apoio necessário para viabilizá-la. Complementam os autores que essa estratégia discursiva foi devidamente estampada em propostas e plano de governo associada a uma eficaz comunicação no plano de *marketing* político.

No caso catarinense, tratou-se de apresentar um conjunto de propostas orientadas pela *ideia-força da descentralização*, para vencer um grupo político que, no âmbito da propaganda eleitoral, foi *devidamente associado ao passado oligárquico do estado e ao anacronismo centralizador imputado ao governo antecessor*. [...]. Esse foi o efeito do discurso da descentralização. E, ainda que apenas uma parte da sociedade o compreenda, os que constituem essa parte tornam-se voluntariamente agentes disseminadores do discurso inovador, influenciando as escolhas de outros e facilitando a ascensão do líder político. (Birkner et al., 2011, p. 58, grifos nossos).

O intitulado Plano 15 justificava-se nos problemas e nas respectivas causas enfrentadas pelo Estado naquele momento. Iniciando com o título Reestruturação, o plano trazia as premissas anteriormente assinaladas por Birkner et al. (2011) e, para tal, utilizava-se das seguintes expressões:

O Governo do Estado precisa de uma forte reestruturação. Temos tempos novos e um governo velho. Tempos digitais e um governo manual. *Concentrado e, por isso, ineficaz. Centralizador e, por isso, personalista. Distante e, por isso, ausente do conjunto das regiões mais afastadas. Autoritário e, por isso, reproduzidor das velhas práticas politiqueras de submissão via concessão de favores [...].* A reestruturação que propomos tem um fundo ético. *Busca a democratização das ações e a transparência.* Visa ao amplo engajamento e participação das comunidades de cada microrregião, com a regionalização do Orçamento, do Planejamento, da Fiscalização e das Ações. Ela tem, além de tudo, um objetivo econômico-

social: o de combater a litoralização, que vem esvaziando, dramaticamente, o campo e inchando, deformando as cidades, a começar por nossa bela Capital. Reequilibrar [...] é o objetivo deste programa. Santa Catarina tornou-se, nos últimos anos, um dos estados campeões nacionais de êxodo rural, face a centralização governamental. [...]. Daí a necessidade inadiável dessa reestruturação que se baseará em quatro linhas básicas: *descentralização, municipalização, prioridade social e modernização tecnológica*. (Fundação Ulysses Guimarães, 2002, s.p, grifos nossos).

Esse sentimento de centralização também foi encontrado no discurso de alguns entrevistados que vivenciaram, sob diversos papéis na estrutura do Estado, esse período anterior à eleição do governador Luiz Henrique. Ressaltamos que é na vontade de ampliar as possibilidades de participação nas decisões do Estado que esses entrevistados justificaram seu apoio ao candidato.

Em relação às características de gestão que a Coligação propôs, a **descentralização** ganhou um grande destaque à medida em que a reestruturação pretendida para o Estado parte, prioritariamente, desse pressuposto. O plano relatava que,

para que o Governo esteja efetivamente presente em todo o território catarinense, propomos uma *reengenharia de estrutura governamental*, que promova a distribuição de funções - sem aumentar um só cargo - *substituindo funções centralizadas por regionalizadas*. Essa regionalização fundamentar-se-á nas Secretarias e nos Conselhos de Desenvolvimento Regional. As secretarias atuarão como agências oficiais de desenvolvimento. Enquanto os Conselhos (integrados pelos Prefeitos e pelos órgãos da comunidade, que representem a força viva de cada microrregião), constituir-se-ão no Fórum permanente de debates sobre a aplicação do orçamento regionalizado; *a escala de prioridade das ações*; a integração Estado/Município/Universidade/Comunidade, no planejamento e execução de metas. (Fundação Ulysses Guimarães, 2002, p. 2, grifos nossos).

Apesar de o Estado já ter vivenciado práticas descentralizadoras, conforme relatos anteriormente apontados por Siebert (2001) e Birkner et al. (2011), incluindo a área da saúde com a configuração do PDR de 2002, a característica da descentralização aparece no discurso dos entrevistados como uma prática inovadora e com um enfoque para a democratização das relações e das funções do Estado. Vale ressaltar que esse novo modelo proposto para o Estado não se baseava nas práticas já utilizadas pelas Associações de Municípios ou anteriormente fomentadas pelo Estado: era uma descentralização baseada em cenários internacionais, neste caso, o modelo alemão de descentralização.

*E naquela época, como **era um projeto novo**, o Luiz Henrique estava com essa bandeira na mão e era prioridade dele a descentralização.*

*É importante salientar que, em Santa Catarina, já tem, a exemplo de outros estados brasileiros. Mas, no caso particular de Santa Catarina, **uma estrutura não diria oficial, mas oficiosamente, já funcionava, porque tinha a associação dos municípios. O Estado tem 21 associações de municípios... e a associação de municípios já era uma estrutura que ficava entre o município e o Estado, mas só que isso não estava regulamentado.** [...]. É importante salientar que isso não tem, em princípio, muitas novidades no que já foi feito em outros países. **Alemanha já tem uma estrutura bem parecida**, a própria Itália também já tinha umas estruturas entre os municípios e as províncias, no caso da Alemanha que tem uma estrutura intermediária.*

*Além disso, o Luiz Henrique ele é um político com uma visão muito ampliada e tem visitado muito os países desenvolvidos do mundo: Alemanha, Itália, Estados Unidos... então **ele se inspirou nesses modelos**, nesses países de primeiro mundo, que são todos descentralizados...são nesse formato descentralizados. Na época, inclusive, nós participamos de várias palestras de várias pessoas que vieram da Itália, consultores que vieram da Itália, da Alemanha, do Canadá, vários trabalhos de universidades.*

*Ele tinha a mais plena ideia de começo, meio e fim. Ele sabia exatamente como era o modelo, **ele desenhou o modelo inspirado no modelo da descentralização alemã**... sabia tudo, dominava... ele foi um professor para nós.*

Segundo Carneiro e Dill (2011), a Alemanha possui um arranjo federativo regional chamado de *Landkreis*⁹², ou simplesmente *Kreis*. É considerado um tipo específico de associação de municípios que é encontrado em todos os 16 Estados federados alemães⁹³. Com personalidade jurídica de Direito Público, portanto com estrutura burocrática formal, o *Kreis* tem poderes políticos-administrativos de abrangência supramunicipal (tem seus próprios Poderes Legislativos e Executivo eleitos diretamente pelo povo) e posiciona-se no edifício federativo entre o nível municipal e o Estadual. De acordo com os autores, o *Kreis* é o principal instrumento articulador de alcance regional

⁹² A palavra *LandKreis* comporta dois termos do idioma alemão: “círculo” (*Kreis*) e terra (*land*). De fato *Landkreise* é, em geral, composto por um círculo de 20 a 30 municípios de porte pequeno ou médio. O termo também sugere a definição alternativa de “rede de comunidades locais”. (Carneiro; Dill, 2011, p. 57).

⁹³ De acordo com Carneiro e Dill (2011), 3 dos 16 Estados alemães são na verdade Cidades-Estado – Berlim, Bremen e Hamburgo – com *status* político, autonomia normativa, capacidade tributária e conformação urbana historicamente diferenciados. Distribuem-se pelos demais 13 estados federados cerca 12.000 Municípios, 82 Cidades Livres (*Kreisfreie Städte*) e, ainda, 295 Governos Regionais (*Landkreise*). Isto sem falar das regiões administrativas e de planejamento criadas pelos governos estaduais em função de projetos ou programas específicos de desenvolvimento regional.

visto que possui, juntamente aos municípios, a prerrogativa de realizar as políticas públicas de interesse local e regional⁹⁴.

Dada a estrutura desse sistema federativo que, naturalmente, envolve a União com toda sua complexidade, praticamente todas as políticas públicas de interesse social repercutem no plano dos *Landkreise*. Diante desse quadro, os autores afirmam que nem sempre é possível ter clareza de qual é o ponto de partida das políticas: o nível local, o estadual ou o Federal. Porém, observando cuidadosamente o modelo alemão, Carneiro e Dill (2010) partem da hipótese de que os Municípios, enquanto base política comunitária, e os *Kreise*, no seu papel articulador, *possuem uma força e uma autonomia desconhecida no Brasil*. De acordo com os autores, essa hipótese se sustenta porque o *Landkreis* é,

em grande parte, sustentado do ponto de vista político e financeiro pelos Municípios. Em outras palavras podemos afirmar que *a transmissão de forças políticas de baixo para cima é notória no modelo alemão*. Tais forças brotam não somente dos partidos e sindicatos mas de uma miríade de associações, comunidades religiosas e sistemas educacionais e culturais que compõem o cotidiano cívico do país. Este conjunto de forças locais oferecem a base de sustentação aos Municípios e estes, por sua vez, aos *Kreise*, que então dão sustentação a todo corpo federativo a partir dos *Länder*. Por isso os *Kreise* trazem em si uma arquitetura e uma engenharia de poder requintada e complexa que vêm sendo experimentadas, construídas e reconstruídas há séculos no território que hoje corresponde à Alemanha. (Carneiro; Dill, 2010, p. 64, grifos nossos).

Comparando a estrutura federativa Brasileira com à Alemã, Carneiro e Dill (2011) afirmam que a federação Alemã é *bastante diversa do modelo brasileiro* que ainda concentra muitos poderes no plano federal. Expressão disso, está na própria constituição Brasileira que não dá a mesma autonomia aos Estados como a concedida pela constituição Alemã. Por outro lado, complementam os autores, a Carta Magna brasileira prevê apenas uma forma de governo local, tipificado na figura do município, independentemente do seu tamanho e da sua estrutura econômica ou do seu perfil social e cultural. Essas características terão consequências importantes para o projeto político-administrativo pretendido para o governo Luiz Henrique e serão posteriormente discutidas.

De acordo com o discurso dos entrevistados, o modelo de descentralização pretendida pelo governo tinha como premissa a capacidade dos governos locais de alçarem resultados mais eficazes para seus cidadãos, principalmente pelo fato de que estariam mais bem informados de suas preferências e pela proximidade das relações. De

⁹⁴ Apesar dessa importante prerrogativa, é necessário destacar que a estrutura federativa alemã prevê apenas duas esferas de governo: a federal e a estadual, sendo os municípios e os *Kreis* parte da estrutura do Estado e não devem ser vistos como entes federativos (Carneiro; Dill, 2011).

acordo com Viana (2014), são discursos que se fundamentam na ideia de descentralização como um processo de democratização. Soma-se ao descrito que, tanto no plano de governo quanto nos relatos dos entrevistados, há afirmativas sobre a impossibilidade de um governo ter, simultaneamente, características tão antagônicas como a centralização e a descentralização, ao mesmo tempo que imprimem à esta a garantia de combate às práticas clientelistas e ao personalismo presentes da cultura política brasileira. Essas premissas não encontram respaldo na literatura que embasa esta pesquisa como nos colocam Bobbio et al. (2004) e Viana (2014) quando apontam que estes são princípios opostos somente no plano conceitual (visto que se retroalimentam permanentemente), e, também, como o exposto por Arretche (1999), quando a autora nos diz que um governo descentralizado não garante a supressão de práticas clientelistas.

A centralização da administração pública é a garantia do subdesenvolvimento. Toda vez que eu tenho centralização eu tenho subdesenvolvimento, porque na medida em que eu descentralizo obrigações, que eu descentralizo atividades e descentralizo recursos, eu dou responsabilidades para as comunidades e as comunidades se organizam. Isso tem tudo a ver com aquilo que chamamos de sociedade civil organizada. Se nós pegarmos, no caso do Brasil, onde que o Brasil é mais desenvolvido? Onde é que o Brasil é mais subdesenvolvido? ***Tu vai ver que tem uma relação direta de proporcionalidade entre a sociedade civil organizada e a desorganizada dependendo do poder central.***

A reforma procurou a eficiência, ele alegava que as pessoas não deviam se deslocar tanto para a capital, [...]. É que o Luiz Henrique tinha um estilo, porque a reforma tem que se adaptar a pessoa, o Luiz Henrique passava a semana inteira, ele visitava cada município não sei quantas vezes, ele vivia nos municípios. ***Nós temos um governo que não vai para os municípios, se alguém quer fazer alguma coisa tem que vir aqui...*** nem o governador está presente, nem o governador vai, é um outro estilo. Ele acompanhava, por que estava presente, ele ia... então envolve as questões pessoais.

Eu acredito que a ideia da descentralização ela é fantástica. Acredito que, até então, nós tínhamos uma cultura que só ganhava recursos quem beijava a mão do rei e com a descentralização você teve a sociedade, em tese, teoricamente, participando mais e, realmente, quem sabe o que Chapecó precisa é a região e não o setor gerencial instalado aqui na secretaria. Então, essa junção da necessidade levantada na região, por pessoas da região, com todo o conhecimento técnico dos técnicos da secretaria setorial, isso tenho certeza ajudou bastante.

Quer dizer, a descentralização é a forma de eu gerenciar os bens públicos, o patrimônio público, os recursos públicos atendendo de forma mais próxima a população e de uma forma mais participativa. Na medida em que eu descentralizo os recursos e as atividades, eu permito maior participação da sociedade na gestão pública como um todo. Quando eu centralizo, eu excluo a população da gestão pública e o que é pior...

hoje, nós vemos na maior parte da população brasileira uma ojeriza à política, uma indiferença muito significativa aos políticos e à política. Se sentem cada vez menos envolvidos, por quê? Por causa da centralização. E por que nós temos toda a semana praticamente denúncias de corrupção? Quanto mais centralizado é a administração pública, mais permeável em termos de corrupção.

Torna-se interessante e necessário relatar o que o grupo político buscava para a municipalização, visto que, nessa perspectiva, também se definiam as funções deste “novo” Estado:

Nós propomos um novo sistema, no relacionamento entre o Estado e os municípios. Em geral, o *Estado será o planejador e coordenador das ações. E os municípios os seus executores*. Por outro lado, tudo o que comprovadamente é realizado com mais racionalidade, economia, rapidez e qualidade pelo poder local, será a ele delegado, com transferências total ou parcial dos recursos, caso a obra seja de natureza estadual ou municipal. Neste caso, a municipalização se manifesta pelo apoio do Estado aos municípios, por meio de ações que viabilizam a execução de obras locais, significando o reconhecimento de que a melhoria da qualidade de vida da população, frequentemente, dependente de realizações de âmbito restrito que, mesmo com custos relativamente baixos, não poderão ser suportadas pelos municípios. (Fundação Ulysses Guimarães, 2002, p. 3, grifos nossos).

Essa compreensão do papel do Estado teve reflexos importantes nas reformas administrativas empreendidas, pois modificaram a sua estrutura criando novas instituições e incorporando novos mecanismos para a burocracia já existente.

O Plano 15 elegeu ações para quinze áreas consideradas prioritárias: 1) desenvolvimento econômico, geração de emprego e renda; 2) desenvolvimento rural e pesqueiro; 3) desenvolvimento tecnológico; 4) Desenvolvimento urbano e habitação popular; 5) Educação; 6) Cultura; 7) Saúde; 8) Esportes; 9) Bem-Estar Social; 10) Saneamento Básico e Meio Ambiente, 11) Modernização do Estado e do Servidor Público; 12) Organização, Lazer e Turismo; 13) Segurança Pública; 14) Energia e 15) Transportes e Obras. Especificamente para a **área da saúde**, o plano elencou as seguintes prioridades:

- Planejar regionalmente as ações de Saúde, considerando o perfil demográfico, o perfil epidemiológico da população e as características quantitativas e qualitativas da rede de saúde na área;
- Reavaliar o sistema de gestão dos hospitais regionais do Estado, com o objetivo de garantir o seu funcionamento adequado;
- Implantar Centros de Diagnóstico Regionais, potencializando os municípios pólos de referência e levando os serviços para mais perto dos cidadãos;

- Implantar os Centros de Atendimento Diário, para acompanhamento de pacientes psiquiátricos com transtornos severos e Pronto Socorro Psiquiátricos;
- Auxiliar os municípios na ampliação do programa de atenção primária, especialmente, os de agentes comunitários e os de Saúde da Família;
- Implantar as Centrais de Regulação regionais, para controle de leitos e marcação de consultas e exames;
- Promover a criação de Centros de Controle de Doenças e de Centros de Vigilância Epidemiológica regionais;
- Garantir o acesso a medicamentos básicos e específicos a baixo custo ou gratuitos, buscando um modelo de suporte da assistência farmacêutica;
- Promover a ampliação da participação popular no controle social da área da Saúde, fortalecendo os Conselhos Locais, Municipais e o Estadual da Saúde, com o objetivo de operacionalizar as propostas provenientes destes fóruns;
- Criar a agência Estadual de Vigilância Sanitária, com seções regionalizadas, para a atuação integrada com os municípios. (Fundação Ulysses Guimarães, 2002, p. 11).

Na fala dos entrevistados que vivenciaram o contexto da saúde antes da eleição, é possível destacar a presença de um modelo centralizado na condução e nas ações desenvolvidas pela política de saúde. Esse cenário, a despeito das construções já promovidas, tanto pela institucionalização⁹⁵ quanto pela implementação do SUS, encontra, no Plano 15, uma alternativa para a sua reversão.

*E sempre na preocupação que continuava existindo já de outros governos e continuou se mantendo, inclusive, depois, é levar os técnicos a pensarem, e nisso eu acho que o governo Luiz Henrique favoreceu e muito, é como a realidade, os discursos dos políticos era: como reduzir a ambulâncioterapia? Só que redução de ambulâncioterapia é uma afirmação muito simplista, porque por traz da questão da ambulâncioterapia está toda uma **deficiência de serviços**, ou seja, as pessoas não vinham pra cá para passear, elas vinham porque precisava.*

*Já, na época de campanha, um dos compromissos de campanha do então candidato era a **descentralização das ações e serviços de saúde**, que era o **combate à ambulâncioterapia**, que efetivamente aconteceu. Com a implantação de alguns serviços regionais, reduziu o fluxo. É claro que não terminou a ambulâncioterapia, porque sempre nós vamos ter pacientes que o serviço de referência vai ser a capital do Estado, mas o movimento das ambulâncias passou a ser mais também o foco nos municípios polos daquelas regiões. E isso estava no plano de governo, no primeiro Plano 15 já estava lá o combate a ambulâncioterapia.*

*Na verdade, havia uma sensação pouco técnica de que havia uma disfunção da saúde no quesito ambulâncioterapia. **Todos percebiam a forte concentração de serviços públicos em Florianópolis** e, então, a **descentralização fazia sentido pra todo mundo por conta dessa necessidade de você dar um pouco mais de equidade, de acesso***

⁹⁵ Ressaltamos que, nesse período, o Estado estava organizando seus serviços públicos de saúde sob a égide da NOAS 01/2002.

mais homogêneo para as pessoas em outras regiões do Estado. Então, eu fiquei muito preocupado quando a gente começou a fazer levantamentos e começou a perceber que, por exemplo, nós tínhamos 600 cirurgias cardíacas por ano... mais ou menos... e aí você ia ver que apenas 10% vinham para Florianópolis, os outros 90% iam para Passo Fundo, Curitiba, ou seja, você tinha um Estado que não conseguia coordenar a atenção à saúde da sua população... era cada um por si, essa era a lógica.

Uma vez exitoso, o programa de governo precisava materializar-se por meio da implementação das propostas. Assim que tomou posse, no dia 2 de janeiro de 2003, o governador Luiz Henrique da Silveira encaminhou para a Assembleia Legislativa (ALESC) o projeto de reforma administrativa transformando o Plano 15 em Plano de Governo. No dia 7 de janeiro, o projeto foi lido no Expediente e passou a tramitar em regime de urgência. Como a Assembleia estava em recesso, o governador convocou reunião extraordinária. No dia 21 de janeiro pela manhã, o projeto foi aprovado nas Comissões de Constituição e Justiça, Finanças e Tributação e de Trabalho e Serviços Públicos. No mesmo dia, no período da tarde, o projeto foi incluído na Ordem do Dia e aprovado em primeiro e segundo turnos. Em 11 dias úteis, o eixo central do Plano de Governo, a descentralização administrativa, já estava amparado por lei. No dia 30 de janeiro de 2003, o projeto com 147 artigos, 90 páginas e 11 anexos, com a criação de **29 Secretarias de Estado de Desenvolvimento Regional (SDR)** e a reestruturação da estrutura administrativa estadual, transformou-se em **Lei Complementar nº 243/2003** e foi publicada no Diário Oficial do Estado (Santa Catarina, 2003). Torna-se importante observar a velocidade pela qual o projeto de lei tramitou da Assembleia Legislativa (ALESC) permitindo que o Governador, logo no início de seu mandato, pudesse operacionalizar a descentralização política-administrativa que pretendia. Nesse aspecto é notório que a coligação partidária que dava sustentação ao candidato conferiu-lhe governança⁹⁶ e governabilidade, visto que ela constituiu-se maioria na ALESC.

A questão da maioria parlamentar é o fio da navalha em que o executivo, seja ele prefeito, governador e presidente se submetem. Se não tiver maioria legislativa, fica bastante difícil de implementar aquilo que se pretende.

⁹⁶ O modo de gestão denominado Governança Pública expressa o caráter mais participativo da sociedade e, conseqüentemente, torna mais madura a relação entre Estado e sociedade. Nesses termos, a administração pública expressa-se menos burocrática e mais participativa, em direção a um projeto de desenvolvimento posto além do crescimento econômico. São agregados valores sociais nos processos de formulação, implementação e de resultado das políticas públicas (Souza et al., s/d).

A redação da **Lei Complementar nº 243/2003**, elaborada pela Comissão de Reestruturação da Administração Pública Estadual traz, na sua Exposição de Motivos, a seguinte justificativa: “urge a descentralização da atuação do Governo para que o mesmo esteja efetivamente presente em todo o território catarinense” para “reduzir as discrepâncias entre as diferentes regiões” (Santa Catarina, 2003, p. 3). Na seção IV dessa lei, descrevem-se as formas encontradas para que esse processo seja construído. Entretanto, o título da seção inicia-se com a utilização simultânea de dois termos: **da Descentralização e da Desconcentração**. Conforme exposto no embasamento teórico desta pesquisa, esses termos possuem diferentes significados e a opção por um ou outro, enquanto eixo norteador de uma política pública, produzirá diferentes resultados na implementação dessas políticas (Abrucio; Filippim, 2010). O que justificaria então a decisão de utilizá-los como conceitos “complementares”? Encontramos algumas respostas.

*Eu lembro que, num primeiro estudo, eu chamei a atenção do uso correto da terminologia: **ela não é uma descentralização, isso é uma desconcentração do ponto de vista administrativo** porque descentralização é quando você passa de uma esfera de governo para outra, da União para o Estado, do Estado para o município. **E aqui não era uma descentralização, é uma desconcentração**. Era um órgão do Estado levado para mais próximo do cidadão. **Se chama em direito administrativo “desconcentração”**. Então, **houve um processo de desconcentração do poder**. Até hoje, uma das propostas que eu estou trabalhando aqui na Assembleia é a descentralização: a mudança do pacto federativo nacional para que Estados e municípios tenham mais recursos e mais poder para legislar, administrar. Então, aqui era um processo de desconcentração, que era essa ideia de criar as SDR e levar o poder decisório para mais perto do cidadão. [...] Quando eu falei desconcentrar nessa reunião de colegiado, eu lembro que isso teve um impacto que, até hoje, as pessoas que estavam na reunião elas falam... **então percebeu-se que estavam usando a terminologia incorreta, mas não podia mudar por uma questão política, não havia como mudar, era um discurso**. Acho que aí era uma maneira de demonstrar que tinha-se percebido que o processo era de desconcentração.*

*(Tinha-se noção de que o termo era desconcentração e não descentralização?) Não, **tinha-se noção** e eu mesmo troquei ideias com ele (Luiz Henrique) a esse respeito. Agora, **descentralização é um conceito muito mais de domínio comum, do senso comum**. Então, **era muito mais fácil “vender” para SC um governo de descentralização do que um governo de desconcentração, que, tecnicamente, seria a palavra correta**. Contanto que, na condição de deputado, e isso nós debatemos, em algum... se eu não me engano na exposição de motivos da lei fala em desconcentração, mas no texto nós preferimos deixar o termo descentralização porque era realmente a ideia que foi vendida e pra que ficasse de acordo com aquilo que havia sido debatido por ele... o grande mote, a grande bandeira de campanha.*
(Mas vocês tinham plena certeza de que não era uma descentralização?)
Que era uma autêntica desconcentração da atividade administrativa.

Eu, pelo menos tinha, até por ser advogado dessa área de direito público tinha essa ideia e até cheguei a debater com ele.

Torna-se oportuno ressaltar que os atores entrevistados envolvidos diretamente com o processo de elaboração dessa primeira Lei Complementar divergem sobre seu processo de construção, uns alegando dificuldade técnica em se pensar e operacionalizar a descentralização (ou desconcentração?) e outros justificando uma simples adequação legal das ideias que já estavam sendo gestadas durante a campanha eleitoral. Entretanto, ao aproximar esses relatos com os modelos teóricos das políticas públicas, encontramos similaridade com o Modelo "Garbage Can", descrito por Souza (2006), pois, nesse movimento, podemos observar que a compreensão do problema e das soluções foi limitada e que o grupo político condutor desse projeto de lei operou em um sistema de tentativa e erro.

*Lá, em 2003, não se tinha pronto o que é que íamos... claro que tínhamos linhas gerais... mas a construção do dia-a-dia **foram aparecendo problemas e fomos resolvendo problemas nessa nova maneira de pensar, que era a descentralização...** então a solução dos problemas são totalmente diferentes quando você pensa centralizado e quando você pensa descentralizado.*

***Cada um dos atores tinham as suas concepções.** [...] então cada um foi tentando dentro do seu conhecimento e daquilo que ia andando, acomodar o seu conhecimento. **Nunca teve uma discussão teórica e politicamente aberta sobre a descentralização.** Isso (a descentralização) está aqui posto, nasceu. Em alguns seminários, a gente trazia a experiência de alguns lugares na tentativa de fomentar e de criar massa crítica pra numa possível revisão desse processo ter isso, mas isso não vingou.*

*A de 2003 eu participei, que **foi feito bem a toque de caixa porque precisava encaminhar para a Assembleia Legislativa**, então nós fizemos, mas já com o compromisso de fazer uma mudança, inclusive **a gente deixava claro que haveria uma mudança, pra fazer uma segunda reforma que seria em 2005.***

A criação das **29 SDRs** materializava a principal bandeira de campanha do governador Luiz Henrique ao mesmo tempo que direcionava a reengenharia da estrutura governamental para que o governo estivesse presente em todo o território catarinense. Essa experiência reformista, que não é exclusiva ao Estado de Santa Catarina (mencionado anteriormente no Capítulo III), precisa ser compreendida para além das suas proposições oficiais e julgamentos dedutivos e, apesar desta pesquisa não ter entrevistado atores que participaram desse nível de gestão, podemos analisar os desdobramentos dessa iniciativa pelas respostas obtidas. Com as SDRs

institucionalizadas, grande parte das funções até então realizadas pelas secretarias setoriais (chamadas anteriormente de centrais) foram repassadas às novas estruturas com a finalidade de impulsionar o desenvolvimento de suas regiões (Abrucio; Filippim, 2008). Desse modo, as secretarias setoriais (Fazenda, Planejamento, Administração, Saúde, Educação, etc.) foram imbuídas do papel de normatizar, formular e controlar as políticas públicas e coube às regionais o papel de coordenar e executar as políticas públicas (Santa Catarina, 2003). Vale lembrar que esses novos cargos com a materialização das SDRs foram considerados de livre provimento e podiam ser utilizados pelo gestor, nesse caso, pelo governador Luiz Henrique, para acomodar diversas “demandas”. Nessa reforma, também foram criados os **Conselhos de Desenvolvimento Regional**, vinculados à cada SDR, com características voltadas à deliberação coletiva, ao aconselhamento, à orientação e à formulação de normas e de diretrizes gerais para execução de programas que promovessem o desenvolvimento regional. Cada Conselho era constituído por: I) Membros Natos: o secretário de Estado de Desenvolvimento Regional, os Prefeitos da região de abrangência e os presidentes das Câmaras de Vereadores da região de abrangência; II) Dois representantes, por município da região de abrangência, membros da sociedade civil organizada, definidos por decreto do Chefe do Poder Executivo.

*De forma bem objetiva, Luiz Henrique queria, ele tinha essa determinação no início, de fazer com que as secretarias setoriais fossem única e exclusivamente secretarias de planejamento e que fossem criadas secretarias operacionais de desenvolvimento regional. Então, o Estado teria, digamos assim, **secretarias de planejamento que seriam setoriais e que de forma equivocada foram chamadas de secretarias centrais, mas, na verdade, seriam secretarias de planejamento nas mais diversas de governo, mas elas não executariam. Todas as execuções seriam na ponta nas diversas regiões do Estado.** E aí começa já um problema, porque tecnicamente o que a gente tinha concebido, primeiro não seriam secretarias de estados, seriam secretarias de desenvolvimento regional. A ideia é que em cada associação de município tivesse uma agência de desenvolvimento regional, com uma secretaria executiva formada evidentemente, por todos os prefeitos daquela associação de municípios, pelos presidentes das câmaras de vereadores e sempre representante da sociedade civil dos empregadores e dos empregados. Então, haveria de cada município um representante da sociedade civil, tanto dos empregados quanto dos empregadores, tanto dos sindicatos patronais quanto do sindicato dos trabalhadores. E é claro que isso formaria um conselho de desenvolvimento regional, para cada uma das microrregiões tivesse um conselho de desenvolvimento regional... e é claro que, no andar da carruagem, antes, inclusive, de ser encaminhado o projeto de lei complementar que criou a nova estrutura da administração pública em Santa Catarina, **o governador Luiz Henrique decidiu que não seria agência de desenvolvimento regional e sim agência de desenvolvimento regional.** Por dois motivos: um, [...], que agência teria que ser constituída na forma de uma estrutura autárquica. É uma autarquia*

especial [...] imagina 21 autarquias! Seria um negócio bem complicado. Secretaria de Estado já tem mais flexibilidade, pode criar, pode... digamos assim... mudando o governo... pode ter essa flexibilidade. E, por outro lado, a visão mais política dele que a gente não tinha... olha, pra tu indicares alguém para assumir uma secretaria executiva de uma agência de desenvolvimento regional não teria muita importância, mas ser um secretário de Estado de desenvolvimento regional politicamente seria mais relevante, por isso essa ideia.

Outra questão que foi uma determinação do Luiz Henrique e que aconteceu na primeira gestão rigorosamente: reuniões mensais com todos os secretários regionais e com os secretários setoriais dependendo do tema que as secretarias regionais estavam com dificuldade para dar andamento ao processo. Capacitação do primeiro dia ao último do ano, por quê? Primeiro as SDRs eram novas, a gente tinha antes a saúde com um recorte com as coordenadorias regionais, a educação com outro recorte que nunca se casavam, com a criação das secretarias regionais aqueles recortes sumiram, eram o mesmo recorte, o mesmo desenho e na primeira gestão qual foi o alinhamento? Planejamento conjunto SDR - setorial. Execução do que é possível na SDR. E a secretaria setorial ela ficava com o papel de desenhar a política, fazer a coordenação e dar suporte àquela execução.

Então, qual foi a primeira preocupação: era criar uma estrutura administrativa com, naquela época, 29 secretarias regionais, que foi a lei, passou na Assembleia e foi votada por unanimidade e que criou essas estruturas e com a estrutura montada se começou a montar as questões temáticas [...]. Agora não é mais assim, agora é a gerência regional ligada ao secretário regional e o secretário regional interagindo com o secretário setorial. O secretário setorial muda a competência, ele cuida mais da política, da avaliação, controle da política pública e o regional trabalha com a execução e a operacionalização do processo. Então, começou a haver um trabalho de como operacionalizar isso... na saúde a mesma coisa, e aí o operacional, o dia-a-dia, aí teríamos sempre com o enfoque descentralizado... todo o poder de decisão do Estado para as secretarias regionais onde vai ser discutido no Conselho de Desenvolvimento Regional, as grandes tomadas de decisão... então tudo isso foi sendo construído ao longo do tempo, ao longo dos anos [...].

Entretanto, em uma leitura comparada às entrevistas, conseguimos observar contradições importantes, inclusive sobre o papel decisório das instituições criadas pela primeira Lei Complementar. Façamos uma aproximação desta última transcrição com a que segue:

(As SDRs não tinham papel ou função decisória?) Não. No planejamento eles até participavam como voz e até como “voto”, mas a tomada de decisão não era da secretaria regional, nem do gerente regional de saúde ou de educação. Eles eram partícipes do planejamento, do que estava sendo pensado para o próximo ano ou para o período de 4 anos.

A literatura que embasa esta pesquisa afirma que, para constituir-se como descentralização, é necessário a realocação de autoridade e de poder para as esferas

subnacionais (Falleti, 2006) e, quando esse movimento não desloca o poder decisório, ele pode e deve ser conceituado como **desconcentração**. Ao analisar as entrevistas, podemos observar que o que ocorreu, para além das impossibilidades legais geradas pelo próprio pacto federativo brasileiro e a despeito das propostas de campanha do governador, foi, realmente, uma desconcentração administrativa. Soma-se ao descrito que, ao compararmos a estrutura política-administrativa e as finalidades conferidas às SDRs com o papel desempenhado pelos *Landkreise* no sistema federativo alemão, podemos afirmar que aquelas se constituíram, no máximo, como uma “imagem-objeto” que ficou restrita ao plano das ideias.

Em relação ao número das SDRs estabelecidas pela **Lei Complementar nº 243/2003**, não há na sua redação a exposição dos critérios adotados para a criação de cada uma das 29 (vinte e nove) secretarias. Nesse momento, faz-se o seguinte questionamento: Por que um número de secretarias regionais diferente das estruturas já organizadas para a mesma finalidade e que fomentavam a rede de cooperação municipalista presente no Estado desde 1961? Por que desconsiderar a atuação anterior dos Fóruns de Desenvolvimento e/ou Associações de Municípios⁹⁷ que tinham propósitos muito similares aos das SDRs? Esse questionamento também é feito por Abrucio e Filippim (2010) e sustenta a afirmação seguinte:

é a concentração de poder em Santa Catarina passa pelo controle da máquina política posta em ação pela estrutura de sustentação da coalizão dominante nas SDRs. Contudo, é inegável que o debate crítico desta experiência e as constantes renegociações da arena política podem contribuir para o aperfeiçoamento, seja de seu sistema de funcionamento, seja da retomada de seus princípios de descentralização para o desenvolvimento, resguardando a autonomia e interdependência. A experiência ainda é muito recente e talvez não chegue a ponto de modificar profundamente relações arraigadas de clientelismo e patrimonialismo tão cristalizadas nas relações políticas brasileiras. (Abrucio; Filippim, 2010, p. 226, grifos nossos).

Apesar de os questionamentos não se constituírem como problema deste estudo, suas respostas contribuem sobremaneira para a nossa análise visto que encontram eco na hipótese desta tese quando nos permitem observar que as características da cultura política brasileira perpassam pelas diversas fases que constroem o ciclo de uma política pública. Nesse sentido, vale transcrever algumas respostas encontradas as quais transitam tanto pela decisão de poucos atores em arenas desconhecidas (ou não

⁹⁷ De acordo com Abrucio e Filippim (2010), a FECAM, em 2002, encaminhou para a equipe do governador Luiz Henrique a sugestão de compatibilizar a área geográfica das SDRs com a das 21 Associações de municípios.

formalizadas) quanto pela necessidade de acomodação política que a aliança partidária trouxe à proposta do governador.

Vamos dizer que são as duas coisas. Sempre as coisas andam juntas, por mais que se queira fazer uma acomodação política e ele deve ter tido, tem uma argumentação para isso e essa argumentação é bastante forte... não sei se essa argumentação era clara, mas sei que era forte, impedindo ele de resistir... não sei se precisava de tantas secretarias, talvez não precisasse.

E ele, em função até de uma pressão política, entendeu o seguinte: olha, já teríamos que criar não 21 secretarias de desenvolvimento regional, mas criamos já inicialmente 29 secretarias, em função de algumas discussões regionais que não enquadravam na estrutura dos 21 municípios.

[...] ficamos full time trabalhando, elaborando, levando, discutindo como Governador em primeiro lugar, com alguns secretários e, depois, e com os deputados da base de apoio aí começa, de certa forma, um pouco de fisiologismo político daqui, ali e tivemos que, de alguma forma, cedendo politicamente, procurando manter o eixo, mas tivemos que ceder. Por exemplo, o número de secretarias que, em princípio, eram pra ser 21 e passou pra 29, pressão... porque um deputado de uma determinada região pediu para o governador que naquela região tivesse uma secretaria de desenvolvimento regional... eu me lembro bem de Palmitos que foi criada uma secretaria regional que não havia o porquê. Em laguna também foi criada... Laguna pertencia a AMUREL, que é a associação dos municípios da região de Laguna, mas se criou uma... e por aí afora. Outros municípios que assim, agora me falha a memória, que não tinham, que não faziam parte de uma associação de municípios, mas que acabaram criando secretarias de desenvolvimento regional.

[...] era pra coincidir com o número de diretorias da fazenda que existiam antigamente e também para coincidir com as associações de municípios, que eram 21. Mas aí, por questões políticas resolveram aumentar para dar sustentabilidade política ao projeto, para ser aprovado e, como nós tínhamos a maioria, não foi muito difícil.

O desenho das regionais entre esse período da eleição até a posse, “n” estudos de descentralização, de recortes possíveis. Se pega a constituição o recorte, de 19; se for usar o mesmo recorte das associações de municípios, são 21... mas se a gente casa o mesmo desenho da associação de municípios, pra quê que eu vou fazer? Eu sobreponho uma a outra e começa politicamente a dar problemas... então vamos pensar em outros desenhos... foram sendo pensados outros desenhos e o desenho final das 26 regiões apresentado para o Luiz Henrique... o componente político... ele disse: essa aqui tem que ser mais ou isso isso, esse município tem que ser, esse sai, aquele município entra... foi a sensibilidade política dele.

Bom, num primeiro momento, nós procuramos vários deputados daquela época para tratar com o governador Luiz Henrique de uma proposta que não fosse tão radical como acabou sendo. Nós propusemos a ele, num primeiro momento, que fossem tantas secretarias de desenvolvimento regional quanto eram as mesorregiões do Estado, não as microrregiões. Seriam 8: norte, sul... e agora são nove, na época eram

*8... governador: nós entendemos ser de bom tamanho, vamos começar com 8, depois a gente aprofunda, radicaliza, no sentido da palavra tira até a raiz, né? Mas não, ele sempre... não, tem que ser de acordo com as microrregiões porque quem mais precisa são os municípios mais longínquos, tanto que eu quero começar por São Miguel do Oeste que é a mais distante e acabou, neste aspecto, **prevalecendo a vontade pessoal dele** contra alguns que ponderavam que se devesse desenvolver, talvez, um processo paulatino, progressivo, mas não, ele achou que deveria fazer as 36... primeiro as 29, depois 30 e depois 36.*

Outro fator importante que deve ser observado é a configuração dada aos CDRs, os quais tem metade da sua composição assegurada aos poderes públicos municipais e a outra metade restrita a duas entidades por municípios, indicadas e homologadas pelo chefe do executivo municipal. Para Birkner (2008, p. 307), este foi um importante ponto de inflexão dessa nova política, visto que a substituição dos Fóruns de Desenvolvimento Regional, com participação aberta e voluntária, pelos CDRs, marcados pela presença institucional, retirou “certo grau de espontaneidade da sociedade civil, que comodamente, deu lugar à costumeira ação governamental”. Em uma análise a partir do modelo da Coalizão, a alteração desse cenário pode ser compreendido pelo contexto da política estabelecida, quando substitui um modelo *bottom up* por um *top down*⁹⁸. Em um comparativo com o modelo de descentralização alemão, a estruturação dada aos CDRs configurou-se como uma completa inversão da “imagem-objetivo”.

Logo após a aprovação desta Lei Complementar, o governador cria o **Programa Cicerus**, que tinha como finalidade dar ao Estado um novo perfil de atuação, “para transformar os compromissos assumidos em realidade”. Esse programa, que fez alusão ao escritor, orador e político romano *Marcus Tullius Cicerus*⁹⁹ (51 a.C.), justificava-se pelas seguintes assertivas:

O Estado precisa de uma gestão pública orientada pelo primado da cidadania, uma Gestão capaz de servir ao cidadão, de apresentar resultados, de mobilizar energias e capacidades; O Estado precisa de uma nova cultura de gestão pública, uma cultura fundada na ética e no aprofundamento dos valores do serviço público, apostando no mérito, no incentivo ao desempenho individual e coletivo, na responsabilidade e na responsabilização, na definição de objetivos e na subsequente avaliação de seus resultados. [...] Em síntese: o que se pretende é uma GESTÃO ao

⁹⁸ Esses modelos estão descritos no item 1.2 do Embasamento Teórico.

⁹⁹ Por que Cicerus? Um documento que apresenta a versão preliminar da segunda Reforma Administrativa (Santa Catarina, 2005, s/p) responde esse questionamento com a seguinte assertiva: “É tradição batizar os acordos com o nome do local onde foram assinados ou do santo padroeiro do dia da sua assinatura. O Programa de Modernização e Fortalecimento da Gestão do Estado fez a opção de batizar seu Programa de “Cicerus” menos pela figura do homem que lhe empresta o nome, mas muito mais pela força dos seus escritos”.

serviço do cidadão, uma gestão amiga da economia, uma gestão motivadora de tantos quantos nela trabalham, articulada em torno de três eixos norteadores: *aprofundamento de descentralização da Gestão Pública Estadual*, busca da melhoria na eficiência, eficácia e efetividade dos serviços prestados ao cidadão, administração por projeto com foco nos resultados. (Santa Catarina, 2005, s/p. grifos nossos).

Para dar suporte a esse intento, institui-se um grupo de trabalho composto por representantes de diversas áreas de atuação, organizado em três redes concebidas, com as seguintes nomenclaturas: a Rede deliberativa, a Rede de ação e a Rede consultiva. Vale explicitá-las detalhadamente, visto que elas apresentam, tanto na sua organização quanto no seu funcionamento, o fluxo das ações e do poder decisório e o papel dos atores participantes. De acordo com os relatos obtidos nas entrevistas, esse grupo trabalhou ativamente por quase dois anos, foi institucionalizado por um decreto do governador e com *lôcus* de trabalho junto ao seu gabinete.

Sua composição era:

- 1) **Rede deliberativa:** instância governamental responsável pela supervisão da elaboração do Programa e pelas deliberações finais. Esta rede é composta por 4 (quatro) grupos:
 - O **GE - Grupo Estratégico:** composto pelo Governador; Vice-governador; Secretário de Estado do Planejamento, Orçamento e Gestão; da Casa Civil, da Fazenda e da Administração. *É a instância política de deliberação, negociação, irradiação e legitimação do Programa.*
 - O **GCE - Grupo de Conselheiros externos:** *instância formada por especialistas de notória competência*, cuja contribuição deve ser permeada por uma visão não viciada dos reais problemas enfrentados pelo Estado;
 - O **GEX - Grupo Executivo:** *com a função de formular, acompanhar e supervisionar as propostas de reestruturação da gestão. Composto por técnicos de carreira do Estado*, cuja competência e experiência na área pública é o lastro que os fez escolhidos, irão elaborar o programa e os projeto de leis necessários à sua implementação. O perfil do grupo é a multisetorialidade, uma visão abrangente e modernizante, buscando a melhoria da prestação dos serviços públicos e não ser por ele servido. A primeira tarefa deste grupo será a definição das diretrizes de atuação, ou seja, quais os caminhos que a gestão do estado deverá ter.
 - O **GG - Grupo de Governança:** *é formado pelos Secretários de Estado* que proporcionarão as circunstâncias necessárias para o tranquilo desempenho das funções do Grupo Executivo, *permitindo acesso às informações e disponibilizando técnicos à medida das solicitações.*
- 2) **Rede de Ação (ou grupo de Apoio):** *instância direcionada às organizações formuladoras, executoras e beneficiárias das políticas de gestão, composta por representantes da Instituição da Administração Pública Estadual* (articulador institucional);
- 3) **Rede Consultiva:** instância de participação ampliada aberta à sociedade. É uma instância fornecedora de insumos, avaliativa e irradiadora do Programa, *formada por grupos de interlocução com a sociedade*, procurando agregar atores e interessados em torno do projeto. Grupo formado por *integrantes do governo, servidores públicos, partidos*

políticos, representantes de outros poderes, representantes da sociedade civil, da mídia, da academia, dos sindicatos, entre outros interessados. (Santa Catarina, 2005, s/p. grifos nossos).

As próximas transcrições apresentam, de forma breve, a constituição do grupo, incluindo a escolha discricionária (quando não contraditória) dos seus constituintes, o seu funcionamento, sua finalidade e as principais dificuldades enfrentadas pelo grupo.

*O grupo foi constituído... **o governador Luiz Henrique constituiu um grupo**, de forma metafórica, foi criado um programa chamado Cicerus.... Cícero foi um senador romano que trabalhou muito com a questão da gestão pública e de uma gestão pública mais participativa, mais descentralizada... então, a metáfora do Cicerus foi mais por causa disso.*

*(Qual foi o critério de seleção dessas pessoas?) O critério foi o seguinte: **eu procurei trazer diversas áreas do governo e pessoas que eu já tinha um conhecimento pessoal**. [...], das diversas áreas eu fui trazendo pessoas que eu já conhecia e, evidentemente, **eu sabia que eram pessoas qualificadas**, que tinham conhecimento da administração pública.*

***O governador disse: olha, eu gostaria que fosse convidado** e até porque, digamos assim... eu até salientei pra ele que havia necessidade... algumas ideias a gente tinha, mas que precisávamos de conhecimento das diversas áreas... eu já tinha conhecimento e de algumas áreas já tinha adiantado, como é o caso particular da saúde, visto que o SUS já tinha alguns municípios plenos em saúde em Santa Catarina, não eram o caso de Florianópolis ainda, mas alguns já estavam bem adiantados nessa questão do SUS e outras áreas já era muito centralizado, não tinha nenhuma descentralização. O caso da infraestrutura, o antigo departamento de estradas e rodagem tinha estruturas estaduais. **O Estado de Santa Catarina teve sempre algumas estruturas**. Por exemplo, a agricultura, a EPAGRI tinha as regionais, a CIDASC. Como veio também uma pessoa da EPAGRI que participou ativamente do processo. Então, eu procurei trazer gente que já conhecia as áreas respectivas.*

***O Cicerus tinha uma estrutura, chegamos a ter alguns documentos do próprio programa e a missão dele era entregar um projeto de lei complementar à casa civil para colocá-la num formato legal e encaminhá-la para a Assembleia Legislativa**. Então o trabalho do Cicerus era um trabalho de construção do novo modelo de gestão pública estadual.*

*Nós tínhamos reuniões, praticamente todos os dias com algumas pessoas e, uma vez por semana, o grupo se reunia, por que trabalhou também de forma descentralizada para que houvesse... fizemos reuniões em diversas secretarias e também fomos nas macrorregiões, nas 8 principais do Estado, pra discutir, ver como seria feito... por que também tinham questões, por exemplo: **como é que seria a secretaria de desenvolvimento regional, depois interagiria com os municípios, aí viria a história do conselho de desenvolvimento regional, a representação, tudo isso a gente propunha, levava para o governador, o governador dava um ok**.*

*O Cicerus, quando a gente recebeu a encomenda, **a encomenda era: temos que fazer uma reforma administrativa, temos que deixar a***

estrutura do governo mais com a cara do que é esse processo de descentralização. Fomos buscar um grupo dentro do próprio Estado pra compor. Então, nós tínhamos pessoas da saúde, educação, infraestrutura e tentamos convidar pessoas que sabíamos que tinham conhecimento teórico e que teriam condições de levar isso à frente. Tentamos fazer vários momentos de discussão, trocas de ideias, mas nós não tínhamos como encomenda... Ah... **temos esse cabedal teórico aqui e agora vamos ter que dar uma roupagem pra que ele aconteça...não, isso não tinha. Cada um tinha o seu, cada um tinha as suas ideias e nessas discussões é que o Cicerus foi andando... e daí a gente ia levando para o governador.**

Na **área da saúde**, os desdobramentos da primeira reforma administrativa geraram mudanças importantes na estrutura da SES, apesar de algumas resistências internas em aderir à descentralização proposta, visto a estrutura descentralizada em que a área já operava e que estava estabelecida desde 1993. Os entrevistados relacionados com a pasta e que faziam parte da cúpula governamental afirmaram que, em nenhum momento, o governador Luiz Henrique determinou, especificamente, quais as ações que deveriam ser realizadas, somente que a saúde, assim como as outras secretarias, deveriam pautar-se na descentralização de suas ações e de seus serviços. Sob essa perspectiva, esses atores buscaram construir uma agenda que conciliasse o plano de governo com a legislação do SUS para que a política de descentralização da saúde adquirisse contornos legais e exequíveis.

(Quando ele lhe delegou o cargo [...] ele - governador Luiz Henrique - passou alguma instrução, alguma demanda específica para que você pudesse atuar e trabalhar na SES?) **Não, mas quando você entra em um governo evidentemente você tem que fazer parte de um conjunto... aliás o Luiz Henrique, ele é uma pessoa, um administrador que tem um viés político muito forte, isso não há nenhuma dúvida. [...]. Ele nunca foi um gestor que interferiu na SES e nomeei todas as pessoas que eu quis nomear, ele me deu autonomia.**

E isso estava no plano de governo, no primeiro plano 15 já estava lá, o combate a ambulâncioterapia. Qual era a forma de combater a ambulâncioterapia, era levar para as regionais o maior número possível de serviços. E aí a gente começou a trabalhar os **planos estruturantes** para isso. **Então, a nossa agenda passou a ser a agenda da construção dos planos.**

Na saúde você não começa do zero, né? Então, por exemplo, veio a portaria do Ministério da Saúde dando prazos para a construção do Plano Estadual de Oncologia. Já tinha um desenho no Estado e a portaria ministerial dizia: um serviço para tantos mil habitantes para tantos casos/ano. O que já existia no Estado? Por exemplo, lá em Porto União. Nós já tínhamos um serviço que havia sido iniciado pelo governo anterior, nós concluímos aquele serviço de quimioterapia e aí Mafra, também quis implantar, mas lá não dava para implantar [...], por que nós tínhamos um desenho baseado em um número de habitantes e nos serviços já

*instalados. Aí o que a gente fez? Baseado na portaria e nos serviços de câncer que já estavam instalados [...] o planejamento foi: aonde nós poderíamos (implantar?). **Então sempre respeitando a diretriz ministerial porque se você não obedecesse a portaria você não conseguiria credenciar os serviços.** Então você elaborava o plano com a equipe de planejamento das SES, ia pra Brasília, ele era avaliado, voltada para as adequações conforme o Ministério da Saúde exigia, e nós fazíamos o financiamento da implantação dos serviços novos.*

Essas diretrizes não foram as únicas consideradas na elaboração dessa agenda inicial da saúde catarinense. Questões como **demandas “externas” e visões pessoais** sobre as prioridades da saúde pública (mesmo contrárias à diretriz definida pelo governador) também foram colocadas em evidência e interferiram, mesmo que negadas nas entrevistas, sobre a decisão dos problemas prioritários que receberiam a atenção da gestão.

*Quando a gente começou na SES, no primeiro ano, a nossa equipe se voltou para a questão administrativa, nós passamos até outubro sem gastar um centavo extra. A SES tinha uma dívida importante, tinha que controlar as despesas... depois a gente começou a investir naquelas coisas que entendia que eram importantes, né? **É claro que nesse processo de descentralização as pessoas traziam demandas, as demandas da Secretaria eu sempre procurava atender naquilo que era a demanda,** mas você tem que trabalhar com os índices clássicos de saúde pública e focar em algumas áreas específicas, transplantes, por exemplo... demos o ponta pé inicial no que estava capengando e hoje estão fortes... mas é... havia um processo de descentralização e a tua compreensão, eu já tinha alguma experiência na saúde pública.*

*(Quem trazia essas outras demandas?) **Os municípios, as SDRS, a comunidade, os hospitais, os políticos, os prefeitos... mas eu sempre tive uma preocupação administrativa muito grande, com a eficácia... não só de atender uma demanda política.***

*(Elas não eram fortes o suficiente para pautar a sua agenda?) **Não.***

*(O que prevalecia então na decisão de colocar um tema na agenda?) **O que prevalecia era o interesse geral da SES... atingir os índices... é claro que você vai fazer política e administração juntas... você tem que escutar as pessoas, mas eu pessoalmente sou... eu lembro, por exemplo, que havia um deputado que cada mês ele ia lá fazer um pedido e eu dizia sempre que não dava.... tinha que segurar os recursos.***

*(Você buscou o plano de governo do Luiz Henrique para construir as políticas de saúde?) **Sim, claro...***

*(Você concordava com todos os pontos elencados?) **Na verdade, quando você vai olhar os planos de governo, eles são todos muito parecidos. Eles são muito parecidos nos objetivos, nas metas... então aquela questão de diminuir a ambulâncioterapia, levar as coisas mais próximas... se procurava estar. É claro que muitas coisas eu percebo, até hoje, que é um discurso político que não tem eficácia nenhuma.** Quando você vê, por exemplo, esse processo de levar a saúde pública, a saúde de maneira geral mais próxima... o modelo aí de saúde da família... você percebe que o discurso é repetido, que se não tiver uma eficácia, isso é muito desperdício de dinheiro público e, hoje, com a facilidade de transporte e tal, **muitas vezes, é melhor você ter serviços mais especializados***

centralizados... então, esse discurso me parece um discurso meio antigo que é até difícil de explicar para a população, mas precisa trabalhar no sentido de melhorar os serviços públicos, de dar acesso do que, muitas vezes, levar o serviço na porta de cada um.

Eu sou um militante da saúde pública, “[...] tava atendendo no posto de saúde. Então, quando você tá num cargo público você não percebe a demanda lá na ponta da linha, do sujeito que está com o problema... você tem que ter um plano imediato, plano imediato é a média complexidade, é a cirurgia eletiva... isso é um problema que está afetando ali o dia a dia e que precisa ser resolvido. Então: qual é o problema? É a falta de acesso ao hospital. Então, às vezes, você tem uma visão ideológica, mas você tem que associar com a coisa prática do dia a dia. A questão administrativa tem que associar... o meio com o fim... não basta só fazer um discurso. Tem muita gente que, às vezes, vai para o governo na área da saúde, mas não tem compreensão do sistema, tem uma compreensão ideológica... e quem vai esperar o SUS se implantar?

Partindo do exposto, vale resgatar as análises publicadas por Lotufo e Miranda (2007) quando buscaram respostas para a baixa capacidade dos governos estaduais na formulação e na implementação de políticas públicas, sob a ótica de seus dirigentes¹⁰⁰. De acordo com os autores, esses dirigentes das SES, quando questionados sobre a utilização do tempo e o foco da sua atenção, relataram que existe sempre uma "grande pressão" das demandas imediatas sobre as prioridades da SES e que essa pressão dificulta o enfoque em temas programados, de médio e longo prazos. "Os dirigentes *tentam cumprir a agenda*, mas trabalham *meio programado e meio no improviso*" (Lotufo; Miranda, 2007, p. 1155, grifo dos autores). Em outro momento, quando questionados sobre quais os critérios adotados para amparar ou subsidiar o processo de tomada de decisões, os entrevistados referiram-se, pela ordem, à análise de situação; à *experiência e intuição*; às informações e opiniões técnicas; e à disponibilidade financeira (Lotufo; Miranda, 2007). Nesse sentido, os relatos dos nossos entrevistados guardam similaridade com os dados apresentados por Lotufo e Miranda e parecem indicar à existência de uma prática generalizada de gestão dos sistemas estaduais de saúde que se pautam, sobretudo, pelas demandas e pelas experiências anteriores dos seus dirigentes.

Para subsidiar uma análise ampliada desse cenário, também resgatamos as afirmações de Birkner et al. (2011) quando os autores detalham as ações que decorrem após a eleição do governante para materialização do seu plano de governo.

Para tanto, formuladores de políticas públicas foram encarregados do detalhamento para orientar a implementação. Em seguida, entra em funcionamento algo que requer rápida e progressiva compreensão dos

¹⁰⁰ Trata-se de um estudo de casos múltiplos envolvendo 12 secretarias estaduais de Saúde (incluindo a SES de Santa Catarina), com níveis de análise imbricados.

atores políticos regionais, encarregados de operacionalizar a nova política nas regiões. É nesse ponto que políticos eleitos escolhem, nas suas bases, os operadores desses novos arranjos. Esses operadores assimilam o discurso de uma nova forma de governar no cotidiano do desempenho das funções às quais foram designados. Do mesmo modo, é nesse processo que eles percebem as possibilidades reais de mudança, ajudando a construir e disseminar o discurso novo. (Birkner et al., 2011, p. 58).

Essa afirmação, quando comparada às transcrições anteriormente apresentadas, mostram que existe um interstício entre o processo de "assimilar o discurso" e "construir e disseminar o discurso novo", provando que as decisões além de não serem puramente racionais estão sujeitas a outros fatores, a outros atores e a outras arenas.

Apesar de o Estado de Santa Catarina, naquele momento, estar implementando o SUS pela lógica da NOAS 01/2001, a qual dava as primeiras notas sobre a descentralização e regionalização dos serviços, havia importantes entraves operacionais para a construção dessa agenda, como a conciliação entre a agenda de reforma do Estado de Santa Catarina e as diretrizes organizativas emanadas pelo Ministério da Saúde. Em relação à **agenda de reformas do Estado**, os grandes entraves estavam, sobretudo, em adequar e operacionalizar as estruturas recém criadas com as já existentes (Mapa 1), tanto em relação aos seus processos de trabalho quanto aos novos cargos e, conseqüentemente, novos atores e arenas de decisão.

*Olha, na verdade, nós fomos chamados para reestruturar as gerências de saúde. A gente tinha as regionais de saúde na época, razoavelmente bem estruturadas e com foco extremamente técnico. Então tinham equipes com vigilância epidemiológica, sanitária, equipes de planejamento e auditoria [...]. O que aconteceu é que, **com a construção das SDRs elas, de certa forma, desmontaram algo que existia e tinham vínculo direto com as secretarias de Estado setoriais**, e isso aí, para algumas secretarias, não fazia a menor diferença porque tinham um âmbito, um espaço de atuação mais político do que técnico, **mas, para a saúde, em particular, foi uma solução de continuidade nas ações**. E os municípios, muitos deles, não trabalhavam bem com a epidemiologia que precisava ter um suporte do Estado em várias áreas, a VISA, então foi um período de meses, de mais de um ano no qual todos esses serviços ficaram perdidos. Não havia como tu pagar uma diária, uma série de questões administrativas imediatas que ficaram sem uma definição sobre como você faria... esses servidores que estavam lotados lá na SES e iam ser transferidos para as SDRs, como seria?*

*[...] a questão das 18 regiões de saúde que a gente sempre fala é que na verdade **existiam 18 regiões de saúde mais ou menos estruturadas e que podiam funcionar como regionais de saúde efetivamente** ou 18 regiões, que partiram dos antigos CARS do INAMPS, **que não chegavam as 21 regiões administrativas**, mas elas eram quem, na verdade, quando a gente ia se reunir com os municípios, que se utilizava a estrutura. Nós sempre utilizamos a estrutura dessas regionais. Nós não podíamos contar com... fazer alguma reunião administrativa regional contando com a*

estrutura de uma regional pequena **porque eles mesmos reconheciam que não tinham condições de organizar qualquer tipo de atividade.**

Na saúde foi mais complexo, por quê? Porque nós tínhamos o gerente de dois pesos com a mesma hierarquia e o mesmo vencimento. Vamos pegar o exemplo de Lages. A SDR de Lages já tinha uma gerência de saúde toda ela estruturada, antes do governo do Luiz Henrique, porque nós tínhamos 18 gerências de saúde... então, essas regionais antigas elas tinham toda a estrutura desde vigilância sanitária, vigilância epidemiológica, assistência farmacêutica, controle, avaliação e auditoria, tudo montado. Quando você cria a SDR de São Joaquim, nós só tínhamos a figura do gerente. [...]. Então foi muito difícil por causa disso, **porque você tinha a pessoa do gerente, mas não tinha a estrutura de apoio para que a SDR executasse as ações.** Então eles tinham que manter as relações com as antigas gerências de saúde pelas estruturas... ele dependia da regional anterior pra poder desenvolver suas atividades.

Quando esse projeto estava, em janeiro de 2003, **nós tivemos que fazer a reforma da SES para deslocar não sei quantos cargos,** mas eu acho que nós tínhamos que limpar em torno de 30 porque era necessário que estes cargos fossem transferidos para construir as estruturas das SDRs. **Então, esses projetos, eles tornaram algumas estruturas da saúde muito fragilizadas** por falta de... por necessidades de ajuste que, na verdade, não é um ajuste que vinha de dentro pra fora e sim de fora pra dentro, tem que tirar 30% dos cargos. Isso pra mim foi uma mutilação em algumas estruturas.

[...] tinha uma instância municipal, tinha o conselho estadual discutindo e decidindo bipartite e o federal. **Como trazer a participação dessa instância regional entre o município e o Estado?** Entre os dois foi criada uma nova esfera, com muito mais poder de discussão do que de decisão, só que os gerentes de saúde, muitas vezes, traziam que aquilo que eles percebiam que seria uma necessidade não tinha sido nem apresentado nem discutido no nível municipal porque o município tá olhando ele, ele não tem a obrigação de ficar olhando ao redor e, quando chegava a discussão no Estado, quem era o representante regional desse processo?

Em várias vezes, havia complexidades para você realizar certas coisas. Por exemplo, a lógica da auditoria. **Vários setores que eram relevantes para a saúde ficaram inoperantes por muito tempo.** O setor de auditoria ficou ali, aquele núcleo dentro de Florianópolis, dentro da SES, mas os auditores regionais ficaram muito tempos perdidos, sem articulação.

[...] tem como a gente repensar a discussão e o gasto fundo a fundo? Governo federal manda para o governo estadual e que depois manda para o municipal... e a região? **A região não tem dinheiro para fazer a política regional. Como eu faço política regional sem dinheiro?** E daí a secretaria da saúde nos dizia: não, eu tenho que cumprir a legislação que é de fundo a fundo. Nós inclusive penamos: bom, vamos criar 36 fundos nas regionais, porque as secretarias regionais são unidades orçamentárias, mas por que eu vou criar 36 fundos de saúde regionais? Não cabia, não precisava dessa burocracia, mas seria a forma de passar.

Quem era o gestor do fundo estadual de saúde? Só podia ter um gestor, então não tinha como a gente abrir uma conta e o secretário ter autonomia para dizer onde é que ele ia gastar aquele dinheiro se quem respondia era o secretário central. Então os debates com a

*Secretaria de Planejamento foram muitos, por quê? Porque para a saúde aquilo já era uma rotina nas 18 gerências de saúde, que já existia, o gerente era subordinado a SES administrativa e tecnicamente, antes da reforma. **A partir da reforma ele era subordinado administrativamente ao secretário da SDR e, tecnicamente, ao secretário de saúde.** Então foram reuniões internas, foram seminários regionais, foi muita construção para que a gente pudesse afinar e trabalhar em harmonia, porque nós tínhamos que cumprir uma política de governo, em regiões que não se tinha estrutura, mas que o serviço não podia parar. E tinha conflito mesmo porque nós dizíamos tecnicamente para a regional como é que tinha que executar, **mas nós não tínhamos poder de decisão em cima daqueles gerentes de saúde, não tínhamos autonomia de mando porque estava subordinado ao secretário regional.***

No que tange às **diretrizes organizativas** publicadas pelo **Ministério da Saúde**, os entrevistados afirmaram que estas, em determinados momentos, constituíram-se como facilitadoras do processo de descentralização que estava sendo construído no Estado, visto que instrumentalizavam o ente nas ações que lhe eram próprias. Em alguns relatos, podemos observar que a existência dessas diretrizes auxiliavam, inclusive, a SES a fundamentar negativas para solicitações provenientes de uma SDR. Porém, em outros momentos, elas eram consideradas obstáculos, principalmente quando os critérios estabelecidos para o credenciamento dos serviços não atendiam à estrutura territorial e populacional das novas regiões de saúde.

***De jeito algum.** Até porque essa é uma crítica que eu sempre fiz e continuo fazendo que é: tanto o Estado quanto a União... tu enquanto detentor do poder de uma macropolítica tu tens que fazer uma macropolítica que sirva... tens que servir para o pé 40, mas também para o 35. Então, o que é importante é que tanto o ente federado nacional quanto o subnacional eles deem flexibilidade tanto para os Estados quanto para os municípios para adequarem as políticas. E isso, na minha lógica também de pensar, **o que o Estado engoliu é por falta de argumento** de chegar lá em cima e dizer: olha querido, não dá para ser assim por isso, por isso e por aquilo. **Porque o que tinha argumento passava tudo.** Tu ia lá e sentava com a criatura e justificava: é assim e não tem como. Passa. Tem um exemplo de um Estado chamado São Paulo que nunca na história do SUS engoliu as coisas do Ministério da Saúde e as coisas acontecem, por quê? Por que eles têm argumento, eles vão lá em cima. **E Santa Catarina nunca teve essa postura e isso é um problema,** porque, se você tiver um secretário que não entenda e que não deixe o corpo técnico participar, ele também não vai argumentar pra dizer não pra muita coisa.*

*[...] **a gente teve sempre muito contato com o Ministério da Saúde,** principalmente, porque é nessa época, **2004, 2005, 2006 que sai uma avalanche de políticas descentralizadas de alta complexidade.** Sai a portaria da TRS, da oncologia, da cardiologia, da ortopedia... é tudo nesse período. [...]. **A gente sempre que precisou** (do Ministério da Saúde) **eles vinham dar treinamento,** na questão do próprio sistema que também teve mudanças importantes, também no processamento... **eles sempre muito abertos. Isso no nosso lado técnico.** E no lado dos dirigentes maiores, do secretário e do adjunto, também foi uma época em que o Estado teve uma boa representatividade no CONASS, porque tanto o [...] quanto o [...]*

e depois a [...], eles fizeram parte da **diretoria do CONASS**, representando a região sul... e isso também dá, além da visibilidade, dá uma abertura bastante grande dentro do Ministério da Saúde... abre portas.

(Quando o governador parte do pressuposto que é a região quem deve decidir e esta região decide e traz uma demanda aprovada pelo conselho vocês - SES - interferiam nessas decisões e nessas solicitações?) **Se não estava dentro do plano, com certeza. Ou do plano que já estava construído ou dos planos em construção... dos planos da política de saúde. [...]. Então, quando vinha demanda do coletivo dos prefeitos, da SDR, a resposta nossa era técnica para aquilo, se cabia ou não cabia. Quando cabia se fazia e quando não cabia não se fazia.** (Ou seja, a agenda deles estava submetida...) **Tecnicamente aos critérios das normas do SUS.**

Tubarão, por exemplo, ficou fora da rede de câncer, de quimioterapia. Explica para a população do sul de SC que não comportava! **Aí, eu nunca esqueço, foi a representação política do sul e a direção do hospital com o Ministério da Saúde.** Quando eles me ligaram, porque a gente cumpriu a portaria, se nós colocássemos Tubarão nós não estaríamos cumprindo a portaria, estaríamos implementando um serviço sem estar dentro dos parâmetros da portaria.

(Mas eles foram para onde?) **Para Brasília, no Ministério da Saúde, com 20 mil assinaturas.** Eles me ligaram e eu disse que só falava se eles colocassem o telefone no viva-voz porque não adiantava o secretário executivo do Ministério da Saúde falar comigo, uma vez que nós tínhamos construído baseados na portaria. **Aí, eu disse: não tem problema, vocês autorizam? Nós aqui em Santa Catarina deixamos, mas são vocês que têm que autorizar, porque é vocês que aprovam o plano.**

(E eles autorizaram?) **Depois sim, tanto é que o serviço está funcionando. Agora a portaria foi flexibilizada.**

(Mas eles autorizaram por esta pressão externa?) **Ah, com certeza. Vinte mil assinaturas.**

Baseados na diretriz que o SUS é descentralizado, mas descentralizado obedecendo as diretrizes, senão você não credencia, você sabe que tudo aquilo que investe você tem custeio, tem que credenciar dentro das normas do Ministério da Saúde e, quando a gente diz Ministério da Saúde, são normas pactuadas porque na prática para você ter uma portaria passou na CIT, passou no colegiado de secretários municipais e estaduais, pelo menos tem a representação deles. O Ministério da Saúde também não publica portaria... às vezes ele dá umas atravessadas, mas eles procuravam pelo menos demonstrar que discutiam com os outros dois entes: Estados e municípios. Não é: **a gente segue a diretriz ministerial! Que é baseada na diretriz do SUS, que é baseada na tripartite. Talvez a maior dificuldade nossa era cumprir com o que a portaria dizia do que a interferência do governador.**

(As portarias ministeriais acabavam sendo um obstáculo para acabar com a ambulâncioterapia?) **Com certeza.** Por outro lado, a gente sabe que não temos recursos para tudo. Quanto mais você concentrar a alta complexidade é melhor, melhor o resultado, não dá pra gente ter todos os serviços em todos os lugares. **Então alguns serviços, conforme a complexidade do procedimento e a portaria, você tem dois serviços no Estado ou você tem um.**

A nossa bronca era no sentido que eles davam com uma mão e tiravam com a outra. Então, você veja bem, quando começavam com

aquele negócio que eles aumentavam o recurso para atendimento na área de cardiologia, mas aumentavam o número da população para ser atendida, então dificilmente você conseguia atender a portaria... quer dizer, não tinha recursos, você tinha uma abrangência de pessoas muito grande para atender e, muitas, vezes, aquela região não tinha essa abrangência de pessoas para ser atendida pela portaria... isso era um problema sério.

Esse relatos guardam, novamente, estreita relação com dados apresentados por Lotufo e Miranda (2007) quando destacam a importante influência do Ministério da Saúde na determinação de direcionalidade para as políticas estaduais de saúde, tanto pelas prioridades definidas na esfera federal quanto pela sua atuação sobre o processo de formulação de suas políticas públicas. Nesse sentido, os dados analisados a partir das entrevistas com gestores de SES mostraram alusões sobre a dificuldade que o Ministério da Saúde possui em considerar as diferenças regionais, em razão de uma condução ministerial ainda excessivamente normativa, uniforme, rígida e burocrática, que trata de modo indistinto as situações complexas e as condições diversas. Em contrapartida, as entrevistas também ressaltaram a atuação positiva do Ministério da Saúde no apoio e na cooperação intergovernamentais.

Um fator interessante a ser destacado era a relação estabelecida pela SES com o Ministério da Saúde, por conta da representatividade dos dirigentes da SES no Conselho Nacional de Secretários de Estado da Saúde (CONASS), e a capacidade dessa relação em proporcionar aberturas importantes para o questionamento dessas portarias estruturantes de alta complexidade em saúde. A transcrição que segue relata essa relação de dependência que garantia, de certa forma, a autonomia do ente subnacional:

(Então elas eram estruturantes mas não engessavam?) ***Não engessavam. E aí é o que eu digo Mariana, não engessavam por quê? Por que a gente tinha argumento e ia lá e dizia: não dá para ser assim, não vai.***
 (Argumentos e canais de abertura?) ***Isso. Abertura e que você tivesse argumento técnico justificando.***
 (Mas se você tivesse só argumento técnico?) ***Não chegaria lá também.***
 (Então a representação no CONASS e no CONASEMS era fator importante para que o Estado tivesse autonomia?) ***Sim.***

A gente sempre que precisou eles (Ministério da Saúde) vinham dar treinamento, na questão do próprio sistema que também teve mudanças importantes, [...], eles sempre muito abertos. Isso no nosso lado técnico. E no lado dos dirigentes maiores, do secretário e do adjunto, também foi uma época em que o Estado teve uma boa representatividade no CONASS, [...], eles fizeram parte da diretoria do CONASS, representando a região sul... e isso também dá, além da visibilidade, dá uma abertura bastante grande dentro do Ministério da Saúde... abre portas.

A despeito desse contexto, a SES construiu a sua **primeira agenda governamental da saúde** com dois grandes temas: o mutirão de **cirurgias eletivas** e uma política de incentivo aos **hospitais filantrópicos**. O tema das **cirurgias eletivas**, de acordo com as entrevistas, surgiu da visão profissional do seu primeiro secretário que, por ser da área da saúde, percebia a dificuldade de acesso dos usuários do SUS aos mais variados tipos de cirurgias. No entanto, não se pode falar em cirurgia eletiva sem uma rede hospitalar de retaguarda. Assim, a política de incentivo aos hospitais filantrópicos, segundo tema dessa primeira agenda, surgiu em decorrência da necessidade em se operacionalizar esse mutirão. Em um segundo momento, os técnicos da SES foram acionados e respaldaram essa decisão quando transformaram esses sentimentos em números e estratégias de operacionalização.

Todo o secretário, ele sempre quer deixar uma marca. E acho que o [...] por ser médico e ser médico do interior, acho que tinha na própria experiência dele, sentia a dificuldade do paciente do interior de ter acesso a cirurgia. E ele também solicitou, a gente fez um levantamento do que tinha caído o número de cirurgias, que a quantidade de filas que se tinha para realizar cirurgia de ortopedia, de otorrino, varizes... e que o prestador não fazia porque o dinheiro; segundo, e a própria pressão da associação dos hospitais era de que o recurso pago era muito aquém do que se gastava. E aí, em função disso, ou seja, ele tinha a visão de que precisava se fazer alguma coisa e ele também queria marcar o mandato dele, eu acho, como secretário, e tinha essa visão que a cirurgia tinha caído muito, com mais os dados que se trabalhou internamente dentro da SES e que realmente apontavam que você tinha uma demanda muito grande reprimida na questão da cirurgia foi que nasceu o projeto das cirurgias eletivas. Na época, a ideia era um recurso fixo, se eu não me engano era 30 mil e que tu repassava para o hospital e ele tinha que fazer x cirurgias/mês, ele tinha que fazer um pacote de cirurgias fechado.

Ali, como você tem um SUS que admite a iniciativa privada e filantrópica, [...] que desde de 88 sempre trabalhou incentivando a sua própria desconstrução. Então aqui se trabalhou muito com os hospitais filantrópicos e nós da SES fortalecemos muito os hospitais filantrópicos. Aqui em Santa Catarina, há um processo brutal de concentração de serviço público na capital. A grande maioria dos hospitais públicos estão aqui na grande Florianópolis e não havia espaço para construir novas unidades públicas. Então nós fomos fortalecendo esses serviços filantrópicos e nós procuramos levar, desconcentrar algumas áreas de atendimento como a cardiologia, o tratamento do câncer, fortalecendo essas unidades. Nós começamos, inclusive, começamos um processo que não havia de repassar recursos para os hospitais filantrópicos para eles poderem atender melhor o SUS.

A implantação do **Serviço Móvel de Urgência (SAMU)** no Estado de Santa Catarina também foi um tema que ascendeu à primeira agenda governamental. Entretanto, não com o mesmo enfoque dos temas anteriormente descritos, mas por uma

indução política ministerial por meio da publicação da portaria nº 1.864/GM em 29 de setembro de 2003. Percebemos o trânsito desse tema até a sua ascensão na agenda de governo pela leitura das atas da CIB durante todo o período de governo estudado. Ainda, no ano de 2003 (Ata CIB de 18 de dezembro de 2003), a SES buscou, junto ao Ministério da Saúde, consultoria específica para transpor os grandes embates (principalmente os relacionados ao financiamento e à responsabilidade de contratação de recursos humanos) entre os membros do COSEMS e os técnicos da SES e que impediavam a aprovação do Plano Estadual de Urgência e Emergência para o Estado. Como não houve acordo com a CIB, o CES¹⁰¹ foi chamado e dirimiu o impasse estabelecido por intermédio de resolução própria a qual aprovava o plano Estadual. O tema SAMU permaneceu na agenda durante todo o período do governo Luiz Henrique alternando períodos de consenso e dissenso entre os atores e com mudanças na configuração do seu plano operativo tanto por ocasião das mudanças nas portarias ministeriais quanto pelas soluções encontradas no decorrer do processo.

A agenda ministerial era a portaria seca. Aí quando a gente não conseguia cumprir a portaria, porque, no Estado, não era só a SES, era a equipe de planejamento com o corpo diretivo da SES que isso era construído também pelo COSEMS e aprovado na CIB e no CES, tudo tinha que ser aprovado no CES. Tu discutias tecnicamente o processo, dentro da SES e aí fazia o desenho, o esboço, mas os encaminhamentos iam ser dados a partir da construção junto com os gestores municipais e aí tinha que ser aprovado pelo CES. O exemplo mais típico disso é que nós não conseguimos aprovar na CIB a implantação do SAMU Santa Catarina. Teve uma (secretária municipal) que não aceitava. Aí veio um técnico do Ministério da Saúde para ajudar a aprovar, baseado na diretriz ministerial, mesmo assim nós não conseguimos e o CES teve que ser convocado pra poder referendar a tomada de decisão da SES, discutir com o CES, aprovar no CES para a gente mandar para Brasília, porque a gente não conseguia aprovação com a (secretária municipal e, consequentemente, a aprovação na CIB).

Torna-se importante relatar a exposição de motivos que justificou a chamada da reunião extraordinária do CES em 23 de dezembro de 2003. De acordo com a Ata da Reunião, o presidente do CES (também gestor da SES) explica o motivo da convocação alegando que o projeto SAMU é um projeto nacional antigo, mas que somente em 2003 foi efetivamente incorporado como política de saúde pelo Ministério da Saúde. Informou,

¹⁰¹ O Conselho Estadual de Saúde (CES), conforme Santa Catarina (2009), foi criado pela Lei Estadual nº 9.120, de 18 de junho de 1993, é um “órgão colegiado de caráter permanente e deliberativo, com funções de formular estratégias, controlar e fiscalizar a execução da política estadual de saúde, inclusive nos aspectos econômicos e financeiros, conforme prevê a Lei nº 8.142/90”. É composto do governo do Estado, dos prestadores de serviços de saúde, dos profissionais de saúde e dos usuários.

também, que foi editada uma portaria ministerial que regulamentava a implantação desse serviço nos Estados e municípios e que a SES estava disposta a implantar o sistema. Afirmava que o projeto já havia sido discutido nas regiões de saúde havendo adesão de algumas delas. Porém, quando o assunto foi para discussão na CIB, onde se decide por consenso, não houve acordo. Diante desse impasse gerado e da obrigatoriedade em protocolar o projeto no Ministério da Saúde até 22 de dezembro de 2003, formalizando a adesão à política, a própria portaria previa que, caso não houvesse consenso na CIB, deveria-se recorrer ao CES, depois à Comissão Intergestora Tripartite e, por fim, ao Conselho Nacional de Saúde. De acordo com a Ata, uma das conselheiras questionou o presidente do CES sobre os motivos da não aprovação e ele respondeu:

1) Financeiro; 2) *Problemas de ordem política*. [...] o motivo explicitado na CIB foi à questão financeira, em que o COSEMS quer que o Estado entre com mais recursos. O secretário afirmou que a proposta da SES é excelente, tendo em vista outros Estados, mas acrescentou que a negociação não se esgota neste momento e que o assunto voltará à CIB, uma vez que não há maneira de implantar o projeto sem os municípios. (CES, 2003, grifos nossos).

Nesse momento, os conselheiros, ao perceberem a situação de dependência em que a SES estava, iniciaram uma ampla discussão em torno das suas responsabilidades enquanto órgão consultivo e deliberativo das políticas de saúde a serem implementadas no Estado. Explicitaram também a relação conflituosa com a CIB, principalmente na definição de competências e dos fluxos que deveriam ser estabelecidos e respeitados entre as duas instâncias decisórias. Segue a transcrição de alguns desses relatos.

A conselheira [...] manifestou-se no sentido de que há necessidade de deixar claro o que é de competência da CIB e o que é de responsabilidade do CES. Disse não achar certo o assunto vir a esta Mesa por motivo de não haver acordo na CIB. Para ela, essa discussão já deveria ter vindo a esse Plenário, [...]. O Secretário [...] esclareceu também que a *CIB é a instância de pactuação de dinheiro e ao CES cabe a discussão das políticas de saúde*. Disse que a CIB não é contra o projeto, apenas não acordou a questão financeira. O Conselheiro [...] ratificou a preocupação da Conselheira [...] e disse que percebe os mesmos problemas com relação ao Conselho Nacional e à CIT, onde algumas vezes aprova-se à revelia do conhecimento do Conselho de Saúde. [...]. O Conselheiro [...] disse que *essa é uma questão que o CES tem que se posicionar, mas sobretudo deve aproveitar a ocasião, que recoloca-o no seu devido lugar, com sua devida importância, num espaço de responsabilidade*. Acrescentou que existe publicado o PDR e o PDI (2002), que não foi aprovado neste Conselho. Sugeriu aprovar o plano com algumas ressalvas. (CES, 2003, grifos nossos).

Por fim, o projeto foi aprovado com a ressalva de acompanhamento por uma Comissão do CES, junto às discussões na CIB. Essa relação conflituosa entre essas duas instâncias decisórias e destas com o Estado permeia todo o período estudado e foi bem definida por seus representantes que, quando entrevistados, fizeram as seguintes afirmações:

*[...] eu me lembro na época de implementação do SAMU, a gente reuniu dia 23 de dezembro, pra fazer um debate muito aprofundado sobre o que fazer pra trazer o SAMU para o Estado porque tinham algumas dificuldades, [...], de gestão mesmo, qual seriam as melhores medidas pra se adequar o SAMU aqui no Estado. **Então é um espaço que era ouvido, mas não era o espaço onde se decidia, em hipótese alguma. O espaço que se decidia eram outros espaços, tão pouco a própria bipartite aqui no Estado, ainda é bastante frágil, se decide, mas não se decide muito. Os espaços de definição, eu acho que não mudou muito desde então, é muito no núcleo duro de governo, lá na fazenda, administração... é lá quem até hoje que faz as principais definições.***

Paralelamente a construção dessa agenda, o Estado seguia com a implantação da sua **Reforma Administrativa**. No entanto, essas agendas eram tão diversas que chegamos a nos questionar se havia uma agenda única para o Estado ou se eram realmente duas agendas: uma para o Estado e outra para a saúde. As entrevistas apontaram para a formação de **agendas governamentais distintas** que, em alguns momentos, faziam interlocuções. Esses breves períodos de comunicação davam-se por meio do representante do grupo Cicerus na área da saúde, o qual fazia parte do grupo executivo e tinha a responsabilidade de integrar a área que representava e suas especificidades com o programa de reformas que o grupo estava construindo. Entretanto, os entrevistados afirmam que esse representante não tinha a "experiência necessária" nem capacidade para articular as demandas e os conflitos entre a SES e o Programa Cicerus, o que fragilizou sobremaneira o diálogo entre essas duas instituições. Soma-se ao descrito a dificuldade do Grupo Cicerus em compreender a estrutura do SUS e as suas diretrizes organizativas bem como aliar os interesses particulares, provenientes também das novas estruturas regionais (SDRs), com as reais demandas da área.

*Foi criado esse grupo Cicerus, ainda com esse nome cheio de circunstância e pompa, mas a articulação interna era muito frágil. O representante da SES no grupo Cicerus, ele não dominava toda a área e também não buscava essa informação para levar. **Tanto é que, depois da reforma administrativa, eu, várias vezes, briguei lá na secretaria de planejamento porque as coisas não batiam.** E um exemplo desses, inclusive teve participação bastante acirrada do COSEMS foi com relação a questão dos polos regionais, lá da divisão administrativa, e querer que a saúde se dividisse da mesma forma. Então, assim, a ideia do grupo*

Cicerus, na minha avaliação, era boa, porque tu pegaria um grupo que teria a capacidade de olhar para baixo e ver como é que eu vou redesenhar e **o que faltou, na minha avaliação, é que os escolhidos tinham que ter uma vinculação maior com a própria estrutura da secretaria... e não com representantes que representassem o partido (PMDB), por exemplo.**

Eu acho que ninguém percebeu (grupo Cicerus) **a dimensão e, até hoje, não percebem a dimensão estratégica da instância regional na área da saúde.** Ou seja, as pessoas não percebem e não existem outra políticas com tal articulação intergovernamental que não a saúde. Então, essa lógica de interdependência, de cooperação, de atuação conjunta, de articulação regional para você ter a rede de atenção que sempre demanda para fora do município uma série de necessidades, isto poucas pessoas se davam conta naquela época.

[...] então, eu fiquei nesse trabalho pesado, realmente um dos trabalhos mais difíceis que eu fiz na minha vida, **porque era um grupo politicamente heterogêneo esse grupo Cicerus, que geravam, às vezes, diretrizes contraditórias e a dificuldade da gente operacionalizar as diretrizes que eles produziam era muito grande porque me dava a sensação de que havia uma certa ilusão de que o plano estrutural de cada secretaria deveria ser muito parecido um com o outro quando na verdade as necessidades eram totalmente diferentes.** Então, houve muitos incômodos [...] e além do mais eram aquelas discussões que você fazia tecnicamente em um ambiente e depois politicamente eram feitas alterações que, às vezes, não correspondiam nem de perto ao que estava mais ou menos combinado e terminou, no meu modo de ver, de maneira muito surpreendente, **se criando projetos muito diferentes uns dos outros, muito particulares, que atendiam interesses particulares de cada secretaria e privilegiando, em geral, as secretarias centrais.**

Eu acho que em grande parte as nossas necessidades eram muito mais visíveis e concretas que as que estavam na pauta do secretário de planejamento fundamentalmente... porque a administração continuava na sua lógica setorial e pouco se envolveu, por incrível que pareça... a secretaria de planejamento, naquele momento, assumiu uma função muito relevante numa lógica de estruturar essa nova configuração do Estado, percebendo também que havia, além dessa dimensão, que parece, **acabou vencendo esse conflito de interesses que a lógica do ganho político, do espaço de visibilidade de determinada liderança, ocupação do cargo, numa lógica mais pragmática, tinha a dimensão da boa política, ou seja, de um espaço de discussão regional, uma possibilidade de você construir uma política de desenvolvimento regional cooperativa entre todos os municípios, [...] essas duas coisas, na época, eram muito visíveis, ou seja, tinha os que puxavam pelo lado de uma tentativa de organizar uma estrutura que pudesse ser competente para coordenar o desenvolvimento regional e aqueles que estavam satisfeitos com a descentralização dos cargos.** E, nesse aspecto, a gente tinha muitas demandas e essas demandas de transferência de recursos **que era uma questão importante,** a gente trabalhou bastante e foi uma demanda nossa que não fomos nós que resolvemos, foi a secretaria do planejamento e quase que sob medida pra permitir a transferência de recursos nos orçamentos para que pudesse haver a **execução orçamentária descentralizada.**

A questão da transferência de recursos para uma unidade regional (SDRs) foi considerado um dos grandes entraves nesse processo de reforma do Estado e, de acordo com os entrevistados, fez com que a saúde ficasse “parcialmente descentralizada”. Segundo Brasil (2007b), o repasse automático fundo a fundo foi um dos mais importantes instrumentos de gestão do SUS e, sem esse instrumento, seria impossível a implementação do SUS com uma parceria entre três esferas de governo. Esse sistema de repasse é singular ao SUS (o distingue dos demais sistemas públicos como educação, segurança, etc). Ele foi criado por meio do Decreto nº 1.232, de 30 de agosto de 1994 (Presidente Itamar Franco, 1992 - 1995) o qual “dispõe sobre as condições e forma de repasse regular e automático de recursos do Fundo Nacional de Saúde para os *fundos estaduais, municipais e do Distrito Federal* e dá outras providências”. Nesse decreto, o seu § 2º determina que: “A transferência de que trata o art. 1º *fica condicionada à existência de fundo de saúde e à apresentação de plano de saúde, aprovado pelo respectivo Conselho de Saúde*, do qual conste a contrapartida de recursos no Orçamento do Estado, do Distrito Federal ou do Município” (Brasil, 2007b, p. 155, grifos nossos).

Isso (a transferência de recursos) era um complicador pro modelo que o Luiz Henrique iria propor. Ele pensava em avançar... para alterar isso aí ele tinha que alterar a própria Constituição que, no se artigo 18, diz quais são os entes da federação. Você não pode criar outro ente da federação, por isso que é uma desconcentração.

O fundo da saúde era um fundo orçamentário, que eu teria que ter um fundo orçamentário na regional, e essa discussão... o que a gente dizia que não era que a gente queria que vocês (Secretaria de Estado da Saúde) imponham pra saúde, mas minimamente vamos levar, vamos sentar na mesa com eles (Ministério da Saúde), vamos pedir uma reunião com eles e vamos dizer: olha, em Santa Catarina tem uma instância intermediária entre o Estado e o município, que antes não existia e que agora existe, e que a gente precisa passar esse dinheiro lá pra ele, por quê? Como que eu faço isso? Isso, a secretaria da saúde ela ouvia, ela entendia, os gerentes de saúde das SDRs ficavam ávidos para que isso algum dia acontecesse, mas eu não tomei conhecimento de nenhuma reunião aonde a secretaria da saúde tenha solicitado ao Ministério da Saúde para que a gente pudesse sentar e discutir. Então, a saúde entrou na descentralização parcialmente, por que a descentralização de recursos para as SDRs nunca aconteceu justamente porque tinha que ser fundo a fundo. Então eles até gastavam lá na região, mas com o orçamento todo centralizado aqui em Florianópolis.

Outra questão relatada pelos entrevistados foi a dificuldade em operacionalizar a **divisão de comando técnico e administrativo** entre as secretarias setoriais e as secretarias regionais. A criação destas SDRs e, com elas, o cargo de um Secretário de

Estado Regional com o mesmo poder hierárquico que o Secretário Setorial interferiu, sobremaneira, na perspectiva do **comando único** das ações de saúde.

Na realidade mesmo, a SES, não conseguiu, em momento algum, ser só planejadora. E aí são inúmeras as causas e, inclusive, isso era uma briga nossa porque você tem toda uma lógica de descentralização, você dá um empoderamento para o camaradinho que está lá na regional de saúde, na SDR, só que a coisinha básica que ele tinha que fazer não faz, ele diz que não tem pessoal, que não tem capacidade técnica para fazer e isso assim, coisas básicas, ridículas...o processamento, por exemplo, de todos os hospitais, se mantém centralizado porque as regionais não têm quem faça.

[...] até a reforma administrativa, as regionais de saúde eram vinculadas à secretaria de Estado da Saúde, tanto administrativamente quanto tecnicamente. Eu fui voto vencido nessa reforma do Projeto Cícero, porque no entendimento do Sistema Único de Saúde, que já um projeto descentralizado desde a sua essência, desde o seu nascimento, ficou muito estranho você ter um 4º vínculo, porque o SUS é: Estado, município e União. E o Estado de Santa Catarina criou um viés, criou uma SDR, uma secretaria. Então você teve um outro ente para você conseguir fazer as coisas. Então, pra não ficar de todo o mal, eles deixaram as nossas gerências de saúde vinculadas tecnicamente com a saúde, mas isso criou um problema e até hoje vem criando um problema para nós. [...] Por quê? Você ficando com seus funcionários e suas ações administrativamente vinculadas à SDR você não consegue ter ações rápidas e precisas que precisa ter. Porque saúde é uma coisa que você não pode esperar para amanhã, precisa ter as suas ações para a ontem, principalmente dentro da área de vigilância em saúde. Quando dá um surto ou um acidente, eu não tenho tempo pra pedir licença para um secretário microrregional para atuar na área de abrangência dele. Eu tenho que atuar e pronto. E isso criou sempre conflito. E a questão de repasse financeiro para você descentralizar diária, combustível, para alguma ação que tem que ser feita no município ou na regional, você tem que fazer uma descentralização de crédito. Isso foi uma coisa que deu certo empecilho. Então é um problema para a saúde porque ele tem a sua conformação, mas, por outro lado, nas outras como segurança, educação, assistência social, isso pegou e deu certo porque não tem esse problema.

Historicamente, pela própria lei de constituição dos fundos de saúde, sempre coube à CIB a discussão sobre a divisão dos recursos da saúde e ao CES a sua aprovação. No entanto, com a constituição dos CDRs e seu papel deliberativo, inclusive nas questões pertinentes à saúde, criou-se um outro *locus* decisório que confrontou as decisões tomadas pela própria CIB.

Então, a descentralização é a forma de se gerenciar a administração pública de forma mais participativa, envolvendo a comunidade local, envolvendo a população mais diretamente, saindo de uma democracia representativa e indo para uma democracia mais participativa e o que é importante, nos dois governos do Luiz Henrique, os orçamentos do Estado eram feitos de forma participativa nas regionais. Eram feitos os orçamentos pelos conselhos de desenvolvimento regional, depois

esses orçamentos vinham para a Assembleia Legislativa pra serem aprovados e consolidados pela secretaria do planejamento. Então, os conselhos definiam a prioridade de cada região e o Estado só podia consolidar aquelas obras que foram aprovadas pelo conselho. Isso é novo na administração pública brasileira.

E na discussão... porque, na tomada de decisão da saúde era sempre na CIB e daí a gente dizia: ok pessoal, vocês foram lá, discutiram, tomaram esta decisão, mas o secretário regional e o gerente de saúde estão dizendo que pra região dele não é isso... e agora? Faz como? Não tinha dinheiro novo, porque não tem dinheiro novo, não dava pra usar aquele recurso porque a decisão já tinha sido tomada pra outra linha de ação, por isso que, nesse sentido... não quero dizer que eles eram atrapalhados... é que na construção não foi pensado.

Não bastassem os obstáculos descritos, o governo que se propunha ser descentralizador na sua essência, publicou em 7 de junho de 2004, o Decreto nº 1.931 que **“Cria o Grupo Gestor de Governo e dá outras providências”**. Esse Grupo gestor, vinculado diretamente ao gabinete do Governador, era formado pelos Secretário de Estado da Fazenda, o Secretário de Estado do Planejamento, Orçamento e Gestão e o Secretário de Estado da Administração e estava incumbido de modernizar a gestão pública e de articular e coordenar ações que impactassem na redução de despesas, no incremento de receitas, no fortalecimento da descentralização, na articulação e coordenação política e na *potencialização dos recursos para a realização de ações sociais e obras*. Na prática, esse grupo formalizava a centralização dos recursos financeiros em uma unidade gestora que tinha autoridade para decidir sobre a liberação dos recursos para cada secretaria setorial que, depois de transferidos, eram destinados ao financiamento das políticas públicas. Entretanto, no caso da saúde, não havia possibilidade de transferência da SES para as SDRs visto a impossibilidade da criação de um fundo regional de saúde.

Então, o processo cultural de administração centralizada continuava, as SDRs não tinham muita autonomia, na época... agora muito menos... tinha que ter um orçamento claro, definido, distribuído... os orçamentos eram centralizados, quem distribuía os recursos, na prática, era primeiro a secretaria da fazenda e depois a secretaria central.

O que nós íamos lá na fazenda pedir era: pelo amor de Deus, dinheiro! Nós tínhamos o orçamento, mas não tínhamos o financeiro. Então, nós empenhávamos, liquidávamos e ficávamos com aquela pilha de pagamentos para serem feitos.

Claro, e as nossas brigas com a fazenda sempre eram por financeiro ou quando tinha que fazer contingenciamento que caía a arrecadação, eles contingenciavam o orçamento da saúde, mas nós tínhamos autonomia por quê? Porque nós tínhamos alguns empenhos globais que não iam... Os recursos federais, a autonomia era total nossa.

(Não foi um paradoxo o Luiz Henrique falar de descentralização à medida em que ele concentrava os recursos e a decisão do uso para o conselho gestor?) ***É que as pessoas estavam gastando demais e mal, esse foi o problema.***

(Foi baseado nessa justificativa que ele construiu?) ***Eu acredito que sim. Enfim... então, é claro que, muitas vezes, eu tive que brigar e ameaçar ir embora para conseguirmos, mas sempre fui atendido. Teve situações bem, bem difíceis.***

Na época nós fizemos uma audiência convocando o secretário da administração, da fazenda e eles mandaram representante que não falaram coisa com coisa. [...] Como é que pode um Estado como Santa Catarina ter um gestor que tem suas obrigações com o SIPOPS, com PPA, com LDO, com plano de saúde, com a agenda nacional de saúde, enfim, com vários instrumentos de planejamento, que tem obrigação, de acordo com a lei 141, ***de tudo ser pago através do fundo de saúde e nada pode ser pago de despesa que não estiver no plano ou na agenda aprovado pelos conselhos. Isso está na lei e essa lei tem que ser cumprida*** [...] a gestão era apenas dos recursos advindos do Ministério da Saúde, fundo a fundo, que este não tinha como o Estado receber, mas os recursos que deveriam advir da fonte 100, ou seja, os recursos obrigatórios que deveriam ser repassados (12% previstos na Emenda Constitucional 29) [...]. Eu, na época [...], infelizmente, fui em várias reuniões do comitê gestor [...] ***para interferir sobre a liberação de recursos e que o conselho gestor não libera, e o pior, o conselho gestor, que antes era formado pelos secretários da fazenda, da administração, do planejamento e da casa civil, mais o governador, não fazia parte nem do comitê gestor o secretário de estado da saúde? Isso é uma coisa inadmissível.*** Como é que um gestor que tem a obrigação de fazer planejamento, de seguir as normas institucionalizadas do SUS, que tem as suas regras, que não é o gestor do fundo? Está claro que é ele que tem que ser o ordenador da despesa, está na Constituição federal.

Na verdade, ***esse conselho gestor ele não discutia ideias, ele só discutia “dimdim”, só.***

Éramos os ordenadores (SES), mas quem decidia se ia ou não eram eles.

(Você não considera contraditório o Luiz Henrique falar em descentralização ao mesmo tempo que ele centraliza o recurso?) ***Com certeza. É uma incoerência, assim, gritante. Mas também tem um certo conhecimento da legislação porquê? Porque, mesmo tendo esse conselho, eles não feriram o que diz que o ordenador tem que ser o secretário. Por que o fundo fala: ordenador de despesa. E essa ordenação ainda era o que eles mandavam fazer, entendeu?***

(Como eles mandavam fazer?) ***Sim, eles que decidiam.***

(Então eles alteravam a decisão da SES?) ***Eu não me lembro disso, mas eu me lembro de algumas coisas que a gente decidia e eles achavam que não, que não era assim e tinha que mudar.***

Esse último relato guarda correlação com o exposto por Viana (2014, p. 46) quando a autora nos diz que “todo ato de descentralização vincula-se a novos movimentos de centralização”. Entretanto, de acordo com a autora, esse movimento de retomada da sua capacidade gerencial após a expansão dos seus aparelhos e funções é inerente à própria lógica interna do Estado e não deve ser vinculado a formas autoritárias de governar-se.

Diante desses impasses, o grupo Cicerus organizou uma intensa agenda de trabalho, com reuniões, palestras e formações externas para que seus membros pudessem adquirir uma identidade única e, ao mesmo tempo, superar todos os obstáculos que estavam postos ao processo de descentralização que se pretendia. Os entrevistados relataram que o governador Luiz Henrique participava ativamente dessa construção, atuando tanto como demandador quanto orientador das produções do grupo.

*Semanalmente. Todas as sextas-feiras nós tínhamos uma prestação de contas, mas nós ficávamos reunidos todos os dias... era das 8:00 até as 19, 20 horas pra dar conta do trabalho. [...]. Sabia, passo a passo. **Ele** (Luiz Henrique) **participou de todos os momentos**. Contanto que o grupo Cicerus ficou no andar superior onde tem a secretaria de planejamento, lá no centro administrativo. Então, nós tínhamos acesso rapidinho, se precisasse de uma interlocução, de um ok do Luiz Henrique ou do Dr. Eduardo (vice-governador) ou de alguém do estratégico a gente tinha acesso. Então todo o final de semana, todas as apresentações que a gente fazia, por secretaria, o Luiz Henrique estava presente... todas. A apresentação era de 20 minutos, por secretaria. [...]. (Mas a quem cabia a decisão final?) **Era conjunto** (grupo Cicerus), **mas a palavra final sempre foi do Luiz Henrique**. **Sempre foi dele. Tanto é que chegou no final ele falou: é isso que eu queria, é isso que eu vou apresentar para a Assembleia.***

***Foi um trabalho fantástico, maravilhoso. Nós treinamos mais de 1000 pessoas.** A gente ficava... a primeira SDR, o governador mandou para São Miguel do Oeste... eu disse: pô governador, logo a primeira lá longe, na ponta do Estado? Ele disse: não, é descentralização... então tu não entedesse? Eu queria começar por Florianópolis. Ele disse: Florianópolis vai ser a última. E ele tinha razão. Começamos por São Miguel do Oeste. Ficamos uma semana lá.*

*Outra questão que foi uma determinação do Luiz Henrique e que aconteceu na primeira gestão rigorosamente: reuniões mensais com todos os secretários regionais e com os secretários setoriais dependendo do tema que as secretarias regionais estavam com dificuldade para dar andamento ao processo. **Capacitação do primeiro dia ao último do ano.***

*Tinha grande parte porque um dos princípios fundamentais baseados no Plano 15, sobretudo, **nas conversas com o Luiz Henrique, foi pegar a ideia dele, discutir, interpretar em alguns documentos, apresentar para ele o que a gente fazia... nós fizemos várias apresentações do que era o modelo...***

*(Vocês tentavam materializar as ideias...) **Dele** (governador)... **porque ele não tinha escrito nada, estava na cabeça dele.** Então da cabeça dele nós botamos no papel, o 'power point' e depois ele foi tendo uma documentação. A partir daí ele dizia: é isso que eu quero... não, não é isso, é aquilo. [...]. **A intuição inicial foi dele. Nós fizemos uma interpretação, seguramente colocamos outras coisas que ele não tinha previsto até porque nós pegamos uma literatura a respeito, buscamos nos basear teoricamente o que ele tinha concebido para ter uma substância, uma base teórica da administração pública...** por isso que eu saí dessa administração pública mais fisiológica, burocrática para a nova administração pública, o novo modelo público fazendo todo esse timeline pra ele entender o que está havendo na administração*

pública no mundo todo e dizer o seguinte: olha, o que nós estamos falando governador é disso. É isso que o senhor quer? É isso mesmo que eu quero. Então toda a fundamentação foi feita em cima disso.

Isso na primeira gestão foi muito trabalhado, as secretarias setoriais tinham que se desdobrar em 10 para dar assistência no melhor possível, fazer reuniões periódicas... eu lembro que a secretaria da saúde fazia reuniões quase que mensais com todos os gerentes de saúde, os gerentes de saúde, entre eles, trocavam experiências, trocavam informações sobre problemas, sobre soluções.

Com a **SES** o grupo **Cicerus** constituiu três grupos de trabalho, divididos por área de abrangência (gestão em saúde, vigilância em saúde e assistência em saúde), que atuaram na busca de um diagnóstico situacional da secretaria, e posterior proposta de solução, visando, sobretudo, a modernização e o fortalecimento da gestão. Em um primeiro momento, os problemas e as causas correspondentes levantados foram:

PROBLEMAS**CAUSAS****PROPOSTA DE SOLUÇÃO**

1. Crise de identidade na SES.

1.1) Falta de decisão política na estruturação das macro-funções que competem ao gestor/SES.

A esfera estadual tem vivido um processo de contradições que tem dificultado o exercício de seu papel de integrador e de desenvolvimento regional e micro-regional.

1.2) Cultura centralizadora e executora.

Perda da função de prestação direta de serviços de saúde como primeira consequência do processo de municipalização.

Coexistência em seu interior de duas culturas institucionais distintas e inadequadas às exigências do SUS assistência médica inampiana e cultura sanitaria.

Inadequação de métodos e estruturas frente às atribuições que lhe foram sendo colocadas pelo SUS.

1.1) Estruturação da SES em torno das Macro-funções: formulação e condução da política de saúde, regulação, acompanhamento e avaliação.

1.2) Descentralização gradativa para os municípios/regionais da gestão dos serviços.

1.3) Sensibilidade para a mudança da cultura institucional, levando-a a assimilar o seu novo papel de coordenador, formulador e gestor de políticas de saúde.

1.4) Instituição de novas instâncias de mecanismos de gestão e controle social.

1.5) Adequação organizacional da SES para dinamizar e qualificar o apoio aos processos estruturantes dos municípios/regionais.

2. Inexistência de um processo sistematizado de regulação.

2.1) Falta de definição de responsabilidades para a consolidação do processo;

2.2) Fragmentação das ações de regulação na estrutura da SES. Essas esparsas experiências de regulação caracterizam a fragmentação da ação do Estado;

2.3) Sobreposição de ações de regulação da estrutura da SES;

2.4) Falta de integração entre os sistemas de planejamento, controle, avaliação, regulação e auditoria;

2.5) Falta de infraestrutura física, tecnológica e insuficiência de recursos humanos para a implantação e desenvolvimento do processo de regulação;

2.6) Independência das atividades de Controle e Avaliação para subsidiar as ações de regulação. As ações de avaliação de gestão são restritas ao acompanhamento dos instrumentos gerenciais e avaliação dos indicadores da atenção básica, não acompanhando a

2.1) Inclusão de Diretoria de Regulação no organograma da SES como responsável pela efetivação da regulação no Estado;

2.2) Definição clara de responsabilidade/papéis dentro da nova estrutura organizacional da SES;

2.3) Integração das ações e informações relacionadas ao processo de regulação;

2.4) Estruturação física, de RH e dos componentes do Complexo Regulador;

2.5) Fortalecimento das ações de Controle, Avaliação e Auditoria com vistas à melhoria da qualidade dos serviços, do acesso dos usuários ao setor saúde, assim como às informações que possam possibilitar a qualidade de vida.

PROBLEMAS	CAUSAS	PROPOSTA DE SOLUÇÃO
3. Fragmentação das informações de saúde.	3.1) Apesar da SES disponibilizar um número importante de informações e dados, estes são fragmentados e não têm traduzido em instrumentos analíticos e qualificadores das ações de saúde oferecidas à população. As informações não são analisadas sob a ótica da “inteligência institucional”, ou seja, não há equipes analisando o perfil epidemiológico e discutindo as melhores práticas para reverter os quadros negativos.	3.1) Criação de uma diretoria que tenha sob sua responsabilidade a produção, análise, tratamento e divulgação de informações das diversas áreas.
4. Ações de controle e avaliação estão incipientes na SES.	4.1) Falta de definição das atribuições de Controle e Avaliação. 4.2) A descrição das atribuições de controle e avaliação, no regimento interno da SES está restrita ao processamento do SIA e SIH/SUS. 4.3) As atribuições desta área, assim como de boa parte das estruturas da SES foram descritas baseadas no serviços desenvolvidos pelas pessoas que compõem a Gerência/Diretoria.	4.1) Qualificar as ações de controle e avaliação atribuindo como competência a utilização de parâmetros, critérios e protocolos assistenciais em saúde, estabelecidos através do Planejamento.
5. Os contratos, convênios e acordos estão fragmentados em várias estruturas da SES.	5.1) Inexistência de um setor específico para a formalização de contratos e convênios.	5.1) Criação de um setor, unificando a formalização legal de contratos, acordos e convênios para a SES e para o SUS, distribuídos em Contratos Administrativos e Assistenciais.
6. Duplicidade de atividades entre auditoria, vigilância sanitária e acompanhamento e avaliação da gestão.	6.1) Sobreposição de funções.	6.1) Explicitar, no regimento interno, as atribuições específicas de cada Diretoria e estabelecer os fluxos e procedimentos.
7. Excesso de departamentalização dos Programas de Saúde dissociados de um processo de planejamento.		
7. Estrutura organizacional inadequada para o desenvolvimento de Recursos Humanos para o SUS.	7.1) Indefinição de papéis entre as áreas de desenvolvimento.	7.1) Criação da Escola de Saúde Pública para o desenvolvimento de Recursos Humanos para o SUS.
8. Morosidade dos trâmites dos processos administrativos dos recursos humanos da SES.	8.1) Falta de autonomia na administração de Recursos Humanos na SES em relação à Secretaria de Estado da Administração.	8.1) Manter na estrutura organizacional da SES, a Diretoria de Administração de Recursos Humanos, com autonomia em relação à Secretaria de Administração e desvinculada do desenvolvimento de Recursos Humanos.

Quadro 6 - Descrição dos macro-processos da SES, Grupo Cicerus, 2004

Extraído de: Cicerus, (2004)¹⁰².

¹⁰² Documento técnico produzido pelo grupo Cicerus para reestruturação administrativa da SES.

Diante do quadro apresentado, torna-se essencial ressaltar o **Item 1 - Crise de Identidade na SES**, visto que ele reafirma as transcrições das entrevistas anteriormente apresentadas. Essa “crise de identidade”, aos nossos olhos, teve como origem a cultura centralizadora do Estado Brasileiro (e, conseqüentemente das práticas de saúde executadas antes da institucionalização do SUS) e as novas instituições criadas na Reforma Administrativa do Estado (SDRs) as quais impuseram à SES um novo processo de trabalho com divisão de funções e de capacidade decisória. As entrevistas apontaram também que esta não era uma crise setorial, mas uma crise do Estado de Santa Catarina, pois perpassava todas as instituições vinculadas ao poder público e que foram, direta ou indiretamente, modificadas pela Reforma Administrativa.

Um dos pontos mais interessantes observados foi a conformação adquirida pelas estruturas de poder criadas para democratizar o Estado: as SDRs. Essas instituições, a partir do momento que começaram a operacionalizar as suas funções, alcançaram uma visibilidade política importante e foram rapidamente apropriadas por agentes em ascensão e ambiciosos pela ocupação de novos espaços de prestígio e poder. Esses novos representantes do Estado, considerando que eram os principais interlocutores entre os municípios e a cúpula governamental do Estado, começaram a disputar espaço com outros dois atores: os **Deputados Estaduais** e os **Secretários Setoriais**. Em relação aos **Deputados Estaduais**, o conflito concentrou-se na realização de tarefas historicamente delegadas aos representantes do povo: a intermediação de interesses para resolução de conflitos e aporte de recursos. A ruptura da dinâmica institucional provocada pela ascensão desses Secretários também gerou conflitos com os **Secretários Setoriais** (muitos com mandatos de Deputados Estaduais) quando estes começaram a questionar o benefício pessoal que teriam ao submeterem-se a papéis de pouca visibilidade, visto que as secretarias setoriais tinham, agora, uma função planejadora e não executora.

*Primeiro as SDRs eram novas, a gente tinha antes a saúde com um recorte com as coordenadorias regionais, a educação com outro recorte que nunca se casavam, com a criação das secretarias regionais aqueles recortes sumiram, eram o mesmo recorte, o mesmo desenho e, na primeira gestão, qual foi o alinhamento? Planejamento conjunto SDR setorial. Execução do que é possível na SDR. E a secretaria setorial ficava com o papel de desenhar a política, fazer a coordenação e dar suporte àquela execução. É claro que isso acabou não acontecendo, por quê? Porque as secretarias setoriais não tinham e não têm até hoje essa visão. Eu lembro de uma reunião na secretaria da educação que os diretores diziam assim: **a gente perdeu o controle do que a gente fazia!** Eu disse: não, a gente só perde o controle daquilo que a gente tem! Quando a gente não tem, a gente não perde. [...] **Então a secretaria setorial ela precisa***

de um outro tipo de capacidade, por que ela não seria mais executora, ela seria planejadora, coordenadora. [...] O secretário regional [...] ele tinha que estar preocupado com os municípios dele. [...] só que as equipes não estavam preparadas para isso. Elas estavam preparadas para o seguinte: eu sou o cara que vai fazer todas as obras de educação... então eu tenho a obra x, y, z... essa aqui porque foi fulano que pediu, essa aqui beltrano que pediu... e não tinha essa visão desprovida de amor ou ódio por partido e pessoas olhando realmente como fazer, onde eu quero chegar, ser em termos de educação... isso as secretarias setoriais não tinham e não têm ainda hoje.

Quando foi feita a reforma, longe de ter aumentado o número de cargos de confiança, nós reduzimos o número de cargos de confiança. Só que é o seguinte, em Florianópolis, o número de cargos de confiança foi significativamente reduzido e os cargos de confiança foram levados para o interior. Então as secretarias de desenvolvimento regional, de cada secretaria setorial, foram reduzidos os cargos de confiança e colocados nas gerências de cada área. **Então na área da saúde, tem a gerência de saúde lá na secretaria de desenvolvimento regional. E, com isso, nós, definitivamente, descentralizamos não só os recursos, mas também os cargos de maneira que tivesse gente com competência para tocar as atividades nas regiões. A questão que se coloca, que eu acho que é pertinente, é do ponto de vista político, porque, de fato, infelizmente, o Brasil ainda é muito... a cultura do partido que ganha é levar os companheiros para os diversos cargos da administração pública. No começo nós tentamos e não conseguimos, confesso, impedir.**

[...], porque também os secretários das secretarias setoriais começaram a perceber que as secretarias setoriais não tinham poder que esperavam que tivesse... por que eu sou deputado e aceito ser secretário? Porque eu tenho poder, um 'governozinho' a parte. Na verdade, a ideia era que as secretarias setoriais fossem secretarias de planejamento, nas suas áreas respectivas e tendo uma coordenação geral da secretaria de planejamento do Estado, só que, quando eu assumo a secretaria da educação (por exemplo), eu, secretário, começo a cercar a descentralização porque eu vou perder poder.

Seguramente, porque o secretário de desenvolvimento regional, ele passou a ter um poder lá na ponta e, politicamente, ele passou a ser um novo ator. E, seguramente, o que alguns deputados começaram a perceber: para aí... esse agente, daqui a pouco, ele vai se candidatar a deputado, ele vai tirar o meu eleitorado, porque uma pessoa que tem poder na ponta, que interage com a comunidade, ele passa a ser uma liderança e, evidentemente, aí que começou as podas ao processo de descentralização, porque a descentralização no limite, e é esse o objetivo, é empoderar as pessoas, digamos o mais próximo possível do cidadão... quem tem o poder de decidir lá na ponta, né... e é claro que, com isso... **porque na política brasileira, seja um vereador, seja um deputado estadual, seja um deputado federal, ele nada mais é que uma espécie de correntista. Os nossos políticos não têm a visão de criar lei em favor da sociedade, eles são agentes fisiológicos para trazer benefícios, [...]. Legislativo faz leis, fazem políticas públicas, mas a maioria dos deputados não têm esse tipo de consciência e, evidentemente, quando as secretarias de desenvolvimento regional... elas cercaram essa intermediação que o deputado fazia com o executivo.**

Por exemplo, se você pegar os dois mandatos do Luiz Henrique, pouco o Luiz Henrique recebeu prefeitos. Ele não recebia prefeitos, porque não havia necessidade. Prefeito não precisava vir a Florianópolis... o que o

prefeito fazia? Participava do conselho de desenvolvimento regional e interagia com o secretário de desenvolvimento regional porque ele era uma espécie de subgovernador, então não tinha o porquê de o prefeito vir aqui de pires na mão em Florianópolis, e o deputado perdeu esse papel e os deputados começaram a podar o processo de descentralização. Eles diziam o seguinte: olha, para aí, a secretaria de desenvolvimento regional está acabando com a nossa intermediação, de buscar recursos pela nossa intermediação... entendeu? Isso é uma mudança de cultura e a gente tem que entender que a descentralização muda a cultura, a forma de fazer... eu corto a intermediação, por que na intermediação tem corrupção também.

(Como foi trabalhar a questão da unidade de condução tendo a decisão dividida entre a secretaria setorial e a secretarias regionais?) Muito ruim. Eu só conseguia manter o nosso posicionamento pelo conhecimento e pelo força política, pelo fato de eu ter um mandato. Isso era muito forte.

A **Secretaria de Planejamento, Orçamento e Gestão**, estrutura central do governo Luiz Henrique, também enfrentou essa "crise de identidade" do Estado e o poder paralelo dos seus novos atores. Apesar de estar imbuída em organizar o processo de descentralização, trazendo o planejamento como subsídio para a tomada de decisão para, assim, construir uma agenda única de desenvolvimento para o Estado, essa Secretaria foi destituída da sua função em nome dessas novas "adequações".

Apesar de que a secretaria de planejamento, orçamento e gestão deveria fazer esse papel, ela jamais conseguiu, porque praticamente todos os outros secretários eram políticos e aí, esses políticos faziam as suas próprias agendas, os seus próprios projetos e o mais cruel disso... vamos imaginar que um secretário fosse pegar, por exemplo, de Tubarão, ele naturalmente puxava para a região dele em detrimento de outra e, assim, eram todas as outras.

(Qual era a função da secretaria do planejamento?) Ah... de alguma maneira fazíamos correções de algum grande desvio. Isso fazia. Mas, mais que o planejamento, ela usava o orçamento pra fazer isso. Então vamos supor que tinha uma secretaria regional que ficou na miséria por 6 meses, não davam atenção nada, vinha então o secretário regional: pô, fiquei abandonado... então nós víamos o orçamento e fazíamos essas correções.

[...] a secretaria de planejamento, naquele momento, assumiu uma função muito relevante numa lógica de estruturar essa nova configuração do Estado, percebendo, também, que havia além dessa dimensão, que parece acabou vencendo esse conflito de interesses que a lógica do ganho político, do espaço de visibilidade de determinada liderança, ocupação do cargo, numa lógica mais pragmática.

Birkner et al. (2011, p. 60) quando realizaram uma avaliação parcial sobre a agenda pública de Santa Catarina (período 2007 - 2008), com ênfase na atuação das Secretarias de Desenvolvimento Regional, já mencionavam a necessidade de um trabalho

contínuo pela assessoria da Secretaria de Estado de Planejamento e Gestão, com necessidade de uma agenda anual de visitas e de participação nas reuniões do CDR para “lembrar os conselheiros do caráter necessariamente regional e integrativo que algumas demandas devem ter”. Para os autores, naquele momento, as resistências às mudanças não pareciam “inquebrantáveis”.

Em 29 de abril de 2004, houve **mudança** no cargo de **Secretário de Estado da Saúde** o qual passou a ser ocupado por um deputado da base aliada, porém com vinculação partidária diferente do antecessor. Torna-se importante ressaltar que, nessa transição, praticamente nenhum cargo comissionado foi alterado, ou seja, manteve-se a mesma estrutura já formalizada pelo secretário anterior. Os entrevistados acreditam que essa permanência do quadro diretivo esteve condicionado a um posicionamento do próprio governador, o qual viu na equipe instituída grande capacidade de trabalho e potencial técnico para executar as mudanças pretendidas.

Eu sempre vi a equipe da saúde muito unida. Era uma equipe que sabia o que queria, onde queria chegar com o projeto que estavam levando à frente.

(Você acha que houve interferência do governador Luiz Henrique para manter esse processo já iniciado?) ***Parece que sim, porque os dois (secretários) são pessoas completamente diferentes, mas a autonomia que foi dada para os técnicos em cima do projeto de descentralização foi praticamente o mesmo.***

*Houve uma coisa que nunca havia visto lá dentro em todos esses anos cedida: **houve uma continuidade muito tranquila, tanto com relação a manutenção dos técnicos, inclusive nos cargos que ocupavam, o [...] mexeu muito pouco nessa questão quando o [...] saiu, mesmo sendo de partido distinto e isso também foi uma característica muito interessante do primeiro mandato do Luiz Henrique, na minha avaliação... essa questão que os dois secretários tinham de não ser centralizador, [...]. É claro que por questões políticas que tinham, por serem deputados, tinha um viés um pouco assistencialista, mas não impactava em nada na questão das decisões internas.***

*[...] o (secretário) foi muito claro numa coisa: **o papel político é dele, técnico éramos nós. Então ele ouvia muito os técnicos, por mais que se tenha essa impressão, e a gente também tinha de que ele é autoritário, mas ele sabia ouvir os técnicos da secretaria. Você pode ver que praticamente não houve mudanças, de mudança nas pessoas. [...] mesmo que a gente divergisse um com o outro, na hora de construir o grupo era muito coeso.***

Independentemente das mudanças no quadro diretivo do governo, o Programa Cicerus continuava convergindo esforços para a complexa tarefa de descentralizar o Estado. O grupo construiu e apresentou vários produtos dentre os quais destacamos a

Proposta de Estruturação da SES e o Projeto de Lei que embasou a segunda Reforma Administrativa.

Em relação à **Proposta de Estruturação da SES**, o grupo elaborou um documento no qual foram apresentadas as propostas de reforma administrativa para a Secretaria Setorial da Saúde e a proposta das estruturas das Gerências de Saúde, vinculadas às SDRs, bem como os fatores críticos para que essa estruturação fosse realizada. Vamos transcrever esses fatores críticos elencados visto que eles guardam estreita relação com a hipótese desta pesquisa. São eles:

- Lei de Responsabilidade Fiscal que limita a contratação de pessoal para área da saúde nos três níveis de governo.
- *Falta de definição política da estrutura central visando à descentralização das ações no nível regional e local.*
- *Existência de uma cultura centralizadora que dificulta a operacionalização da descentralização;*
- *Que o gestor de saúde deve ter perfil técnico, tanto no nível setorial como regional.*
- Deficiência de recursos humanos qualificados no nível local para assumirem a descentralização das atividades da saúde.
- Não estruturação adequada (física e recursos humanos) das gerências regionais de saúde para efetivar a descentralização das ações.
- Falta de interesse e ou condições do gestor municipal de assumir as ações descentralizadas. (Cicerus, 2004, s/p. grifos nossos).

Como proposta de mudança imediata o documento sugeria:

- Definição por setor de quais as ações e atividades que podem ser descentralizadas.
- Caracterizar a forma como será operacionalizado o projeto de autonomia gerencial das unidades assistenciais próprias.
- *As gerências de saúde devem estar subordinadas tecnicamente à SES, legalmente.*
- Definir um plano de cargos, carreiras e salários que fixe o servidor público. (Cicerus, 2004, s/p. grifos nossos).

Além de dar subsídios para transpor os embates até então vivenciados pelo setor, o documento legitimou a autoridade técnica da SES perante as SDRs ao mesmo tempo em que sugeriu que o cargo de Secretário de Estado da Saúde tivesse um perfil técnico. Entretanto, no mesmo documento, encontramos um organograma resumido que define, por meio de linhas de decisão e de linhas de execução, o papel e a função de cada cargo a ser instituído quando na reforma organizacional. Ou seja, ao definir uma linha divisória entre quem executa e quem decide, o modelo descentralizador deixa o seu enfoque democrático para se tornar mais próximo do "argumento neoliberal, das lógicas privadas da eficiência, da racionalidade e do lucro" (Viana, 2014, p. 31).

Figura 15 - Estrutura modelo utilizada para a reforma organizacional da Secretaria de Estado da Saúde, Santa Catarina, 2004
Extraído de: Cicerus (2004).

Entretanto, independentemente dessa linha demarcatória, os entrevistados visualizaram nesse processo inicial um oportuno e importante **momento para implementar a descentralização do SUS** garantindo, assim, a interiorização dos serviços de saúde que historicamente estavam concentrados na capital do Estado.

[...] aos poucos, nós começamos a perceber que um espaço muito importante de atuação para nós da saúde, que tínhamos problemas reais para resolver, nos aproximamos da secretaria de planejamento para dar uma direcionalidade para o processo e que atendesse as necessidades da saúde.

A partir do momento da descentralização, e aí sem entrar no mérito da descentralização administrativa, mas esse 'boom' de descentralização também favoreceu a questão da saúde, porque a partir dessa descentralização administrativa, dentro da SES também se permitiu discutir a descentralização dos serviços tirando da lógica de centrar tudo na capital e levar para o interior a questão dos recursos, e eu acho que isso teve um impacto grande, inclusive, tem dados... tanto é que na avaliação do IDSUS o ano de 2010 - 2011 o Estado de SC teve uma nota muito boa justamente por causa da descentralização dos seus serviços. Então, basicamente, desde que eu me entendo por gente, cedida dentro do Estado a busca sempre foi poder ampliar o acesso das

peças e a política de descentralização favoreceu essa proposta de levar o acesso para o interior.

Vale ressaltar que a **CIB**¹⁰³ não fez parte, em nenhum momento, das discussões prévias sobre a elaboração desse documento. Quanto ao **CES**, na sua Ata da Reunião Ordinária de 15 de dezembro de 2004, há um item intitulado Programa Cicerus - Reestruturação Administrativa do Estado - e o relato de uma explanação resumida, por um membro do grupo, sobre as principais diretrizes que compõem o Programa. Segue o relato presente na ata.

Disse que o programa surgiu por vontade do governo atual em melhorar a prestação de serviços públicos em todas as áreas. Justificou dizendo que no ano de 2004 o Estado arrecadou cinco bilhões de reais e em contrapartida devolveu em obras apenas 150 milhões. O [...] falou que a falta de recursos é uma realidade, no entanto, a falta de gestão ainda é pior. Disse que para resolver esse problema é preciso incentivar a mudança de cultura e comportamento na administração pública. [...] destacou como uma das estratégias, a descentralização dos serviços, tanto os de planejamento, e aí se incluem tanto os orçamentários, quanto os de execução. [...]. O [...] disse ainda que o SUS está servindo de modelo para se operar nas outras áreas. (CES, 2004).

Entretanto, quando questionamos nas entrevistas o motivo pelo qual há uma participação do Grupo em uma reunião da CES, os entrevistados foram enfáticos em afirmar que essa interlocução foi feita apenas com o intuito informativo e que só se concretizou por solicitação de um amigo que era conselheiro do CES.

Eu participei, inclusive, do Conselho Estadual de Saúde numas 2 ou 3 reuniões, explicando o programa, dizendo... porque o conselho estadual, inclusive era presidente do conselho um velho amigo já falecido... ele me convidou 2 vezes para explicar, porque o conselho tinha gente da sociedade civil organizada. [...]. Para eles entenderem melhor [...]. Para colocar e para dizer pro pessoal o que é que precisaria ser continuável... é preciso salientar o seguinte: isso aqui é o arcabouço jurídico básico que precisa ser detalhado em cada área, em cada secretaria setorial, em cada secretaria de desenvolvimento regional porque tem algumas coisas que são muito específicas e, de fato, na questão da saúde tinha um problema mais grave porque tinha um modelo do SUS que não podia ser ofendido. Inclusive nós tivemos o cuidado de quando fizemos a descentralização da administração pública de Santa Catarina fazer totalmente articulada com a ideia do SUS também. Porque o SUS já tinha, já estava em plena descentralização aqui em Santa Catarina, então a gente procurou... em muito nós até utilizamos o modelo do SUS para as outras áreas.

¹⁰³ Quando nos reportamos à CIB estamos falando tanto da plenária que reúne os representantes do Estado e os representantes dos municípios quanto das suas câmaras técnicas que objetivam apoiar as decisões da plenária.

Sob a ótica dos representantes da CES e da CIB a construção desse processo foi visualizada como uma condução unilateral da SES e com vistas a “seduzir” seus participantes.

*Eu lembro que nesta transição Amin / Luiz Henrique houve um processo de construção nas secretarias, um tal de... não sei se era projeto... um tal de Cicerus, que era um conjunto de técnicos ligados ao PMDB e que pensaram essa reformulação administrativa do Estado. **O CES tentou, a gente insistiu de alguma forma dar alguns palpites, mas era um núcleo bastante fechado, com muito poucas possibilidades de se participar do processo de definição.***

*(O CES discutiu alguma coisa sobre descentralização?) **Discutiu, no debate sobre os planos, como é que ficaria a questão das SDR principalmente, como ficaria essa estrutura, qual o papel delas, mas não deliberou. Só apresentou algumas ideias, mas não tomou posição... não que eu lembre.***

*(Você lembra alguma discussão sobre os Conselhos de Desenvolvimento Regional, sobre o papel decisório destes conselhos nas regiões, algum embate no CES?) **Eu lembro que foi apontado para nos seduzir, porque essa coisa da participação é algo que o conjunto das lideranças que estava no Conselho dá um valor bastante alto, e essa questão da participação da comunidade eu lembro que ganhou destaque importante... nós vimos como um ponto positivo.***

Não. Nunca foi discutido, nem na CIB, nós apenas discutimos essa última colocação que eu falei (sobre o número excessivo de SDRs e regiões de saúde), opinião pessoal, foi colocada em gabinete a portas fechadas com os dois (secretário de saúde e diretor geral da SES).

Não obstante, quando o governo assume essa postura de apresentar as ideias previamente elaboradas para o CES, ele contradiz a sua agenda primária. O Plano 15, quando indica que um dos temas elencados como prioritários na área da saúde seria “promover a ampliação da participação popular no controle social da área da Saúde, fortalecendo os Conselhos Locais, Municipais e o Estadual da Saúde, com o objetivo de operacionalizar as propostas provenientes destes fóruns”. Fica o questionamento: Como fortalecer o controle social, especificamente o CES, se não é dado a ele o poder de participar e decidir sobre as políticas de saúde que devem ser executadas? Por que não vincular o CES ao desempenho da descentralização pretendida?

De acordo com Lubambo e Coutinho (2004), existe quase uma unanimidade em torno da ideia de que a participação concreta dos segmentos populares no processo decisório é condição básica para efetivação da gestão pública. Nessa perspectiva, os conselhos setoriais materializaram os necessários canais de comunicação entre a sociedade civil e o poder político e se apresentaram como uma das formas de constituição de sujeitos democráticos com o propósito de atuar nas políticas públicas sem

anular ou substituir os movimentos de pressão organizados. Partindo do pressuposto de que um Estado descentralizado não pode prescindir de canais de participação, possibilitando que as questões sejam administradas no âmbito da esfera pública, a Constituição de 1988 regulamentou, no país, a participação popular como elemento no processo político. Contudo, a instituição desses conselhos gestores, a despeito da quase unanimidade em torno dos efeitos positivos da descentralização decisória, ainda não se firmaram, como um fator de garantia do bom desempenho da gestão. Nesse sentido, Lubambo e Coutinho (2004) questionam, para além dos condicionantes institucionais sob os quais se dá a prática da gestão pública, qual a real capacidade que esses conselhos possuem em empreender ações coletivas sustentáveis tendo como suposto a participação de uma pluralidade de atores e interesses organizados.

Apoiados nos estudos de Gohn (2001), os autores afirmam que essa experiência participativa pode resultar tanto em cidadãos ativos, politizados, com visão crítica da realidade, conhecedores dos problemas que os circundam, com compreensão sobre as causas e as origens desses problemas, como em cidadãos ativos só na dimensão de tarefeiros, executores de “missões”, com atuações individualizadas e personalistas, muito distantes de qualquer sentido público propriamente dito (Lubambo; Coutinho, 2004, p. 64). A rigor, segundo Melo (2003), citado por Lubambo e Coutinho (2003, p. 64), o grau de eficiência e eficácia no âmbito das ações de um programa ou política setorial depende, fundamentalmente, de algumas condições como: o nível de legitimidade e representatividade política dos seus membros, a disponibilidade real de recursos para o setor envolvido, o grau de socialização das informações (interna e externamente ao conselho ou instância competente para as deliberações), o grau de compromisso com *empowerment* e a capacidade de acomodação de conflitos entre os atores envolvidos.

Nesse sentido, se existem conclusões sobre a importância da consolidação institucional para o sucesso das ações/interesses do Estado [...] há lacunas de conclusões sobre a atuação dessas esferas de participação como agentes de controle social. Opiniões existem sobre as potencialidades, outros depoimentos sobre os limites a sua constituição como um arcabouço institucional efetivo e sustentável. [...]. *Contudo, a principal questão no elenco dos limites relaciona-se à identificação dessas instituições nomeadas de instrumentos de controle e participação social, como portadoras de real significado representativo.* (Melo, 2003, citado por Lubambo; Coutinho, 2004, p. 65, grifos nossos).

Assim, diante do limite entre o caráter consultivo ou deliberativo em que um conselho pode se estabelecer, podemos observar que a postura do governo catarinense em excluir o CES de participar e decidir sobre a política de descentralização (não apenas

na situação anteriormente relatada, mas ao longo de toda a gestão do governador Luiz Henrique) fomentou uma instituição de “papel”, com mero poder fiscalizatório e repleto de atuações individualizadas e personalistas.

O outro produto construído e apresentado pelo grupo Cicerus foi o **projeto de lei** que configuraria a **2ª Reforma Administrativa**. Um trabalho intenso que durou aproximadamente 18 meses e que buscou embasamento teórico e técnico para dar forma às ideias iniciais do governador. Como havia uma experiência descentralizadora em curso, os embates e os obstáculos vivenciados até o momento também foram incluídos nas discussões buscando, sobretudo, dar racionalidade e eficiência ao novo projeto de Estado. De acordo com as entrevistas, os principais pontos a serem corrigidos e que estavam correlacionados com a vinculação política partidária foram a centralização orçamentária pelas secretarias setoriais e o nivelamento instrucional dos cargos em comissão.

Então, o projeto Cicerus, ele veio pra aperfeiçoar, corrigir muitas coisas que a gente identificou como problema da mistura da política partidária, da política de apadrinhamento com a própria gestão. Então, no projeto Cicerus, se você observar a diferença quando começou, ele tem várias evoluções. [...]. Foi onde entrou o [...] e mais outros professores que nos ajudaram. Então, em fevereiro de 2005, veio o projeto Cícerus que alinhava um dos pontos mais fracos que tinha, na primeira parte era o orçamento. Por uma questão de concentração de poder, os secretários centrais (setoriais) eles não delegavam e não repartiam orçamento. No projeto Cicerus nós já avançamos nessa questão. Segundo, que o alinhamento do profissional da área com a sua área de formação. Também no projeto Cicerus a gente corrigiu isso. Então, por exemplo, um profissional da área de saúde, um gerente da área de saúde ou diretor, ele tinha que ter uma formação da área da saúde. Um diretor da secretaria tinha que ser um médico ou um enfermeiro graduado. Na infraestrutura, alguém com engenharia. Então, esse foi o projeto Cicerus, que nós desenvolvemos ao longo de 2005, combatendo muita interferência política nesse processo.

E uma das coisas que eu salientei é que a descentralização não era uma questão político partidária. Era uma questão de Estado e nós dividimos os cargos da administração pública de Santa Catarina na Lei Complementar, em cargos de Estado e em cargos de governo. Os cargos de Estado só poderiam ser ocupados por servidores públicos de carreira. Por exemplo: o gerente de saúde de uma secretaria de desenvolvimento regional, por exemplo, tem que ser um servidor público de carreira da saúde. Na educação a mesma coisa, porque são considerados cargos de Estado. Agora, existem outros cargos que não são de Estado, são de governo, e aí o governo poderia colocar os companheiros que evidentemente... até porque a gente tem que considerar que na medida que aquele partido foi eleito, ou que aquela coligação de partidos foi eleita, eles têm todo o direito de indicar seus companheiros pra fazer parte do governo, mas aquilo que é permanente, que não pode ser descontinuado, tem que ser ocupado por servidores públicos de carreira.

Esse foi o ponto frágil da primeira reforma porque ela não descentralizou o orçamento. Aí o que acontece? O senhor super, hiper, secretário central sentava em cima do orçamento. Daí, passou-se responsabilidade para a regional, mas não passou o poder do orçamento, então enfraqueceu a regional. Na 284 (Lei Complementar) nós mudamos isso e que depois foi mudado de novo e, de novo, enfraqueceram a regional. **Porque se tu não deres orçamento para a regional ela é nada.** O que ocorre: o secretário central ele faz chantagem com o regional e eu vi isso, porque ele tem o orçamento na mão.

Sob essa perspectiva, o grupo findou a proposta e foi convidado a apresentá-la na Casa D'Agronômica, Residência Oficial do Governador do Estado. Entretanto, foi neste momento que o "sonho" de uma descentralização democrática foi derrotado.

O Cicerus teve um momento. Eu fiquei até a gente mandar o projeto pra assembléia e o projeto que foi para a Assembleia, vamos ser bem generosos, **era uns 30% daquilo que a gente tinha pensado e proposto como estrutura do Estado**, por quê? Porque muitos avanços que a gente propunha eram na área de gestão como um todo e nessa área de gestão **você ia tirar muita gente da área de conforto** e, por mais que o Luiz Henrique tenha dito, durante todo o processo: Isso é o que eu quero... **chegou num determinado ponto que politicamente ele não tinha como bancar aquele projeto.** E de uma forma extremamente inteligente... assim, eu aprendi a admirar e invejar... eu queria ter um décimo da capacidade dele de arquitetar as coisas como ele arquitetava... ele nunca chamou a gente pra dizer: eu não tenho condições de levar esse projeto a frente, nunca. Ele montou uma reunião na Casa da Agronômica, com toda a base do governo na Assembleia e nós fomos apresentar o projeto antes de ir pra Assembleia. **E o projeto foi totalmente estraçalhado. Estraçalhado.** Eu sai de lá arrasada, chorando, brava... eu sentei no carro e chorei tanto, tanto... eu disse assim: não acredito, como que fui ser ingênua de acreditar que aquilo que a gente tava fazendo ia pra frente. Nós, como grupo Cicerus, acreditamos piamente que todos as propostas de modernização do Estado, que estavam contempladas no Cicerus iam pra frente... **mas depois desse episódio o banho de água fria foi tão grande que o grupo se dissolveu.**

(Quem estava nesta reunião?) **Nesta reunião todos os deputados da base governista. Alguns secretários setoriais também,** secretário de administração que era um dos grandes afetados porque a secretaria de administração ia desaparecer do mapa, **muitos cargos comissionados iam ser transformados todos em, obrigatoriamente, em nível superior, todos eles de carreira...** ah, ele vai ser diretor, ele vai ser gerente, mas tem que ser de carreira... nível superior obrigatório... pode até ser do partido A ou B, porque isso é do jogo político... o que seria de livre escolha eram os cargos de secretário de Estado, só. **E daí os deputados olhavam pra nós e diziam: tão vendo esses meninos aqui? ... porque eles levaram todos os assessores juntos... vocês estão acabando com o emprego desses meninos aqui.... e a gente só se olhava e se perguntava: mas a gente só fez aquilo que nos encomendaram, nos pediram a modernização do Estado.**

(Então pode-se dizer que foram os deputados que decidiram a proposta final?) Ficou assim: o que entraria como prejudicial a determinados interesses ficou: preferencialmente de nível superior, preferencialmente de carreira... ou seja, preferencialmente e nada é a mesma coisa. **Então, a**

partir daquela fatídica noite de apresentação do projeto, tudo que é de bom do projeto foram os deputados que fizeram e tudo que é de ruim foi a equipe Cicerus que fez. E muita coisa que foi estudada e foi pensada nem aparece no projeto de lei que foi para a Assembleia.

(E o governador, como se posicionou nesse processo?) *Ele se posicionou politicamente. Ele teria, ao meu modo de ver, duas alternativas: fazer o que ele fez ou ter chamado a nossa equipe e ter dito: olha, eu pedi pra vocês fazerem isso tudo só que eu não consigo segurar isso na Assembleia... eu vou ter toda a minha base aliada contra a minha candidatura ao senado, contra o projeto A, B ou C. Porque o que acontece a partir da Constituição de 88, 89... governador nenhum consegue aprovar, nem nome de rua na Assembleia, se ele não tiver a base governista a favor dele.* O Luiz Henrique montou uma estratégia política muito inteligente. Todos os projetos que eram encaminhados para a Assembleia Legislativa, uma semana antes de chegar o projeto lá, ele fazia reunião na Casa D'Agronômica com toda a base governista, cada dono do projeto, cada secretaria interessada pelo projeto ia lá e fazia uma exposição oral do projeto, sabatinado por todo mundo e aquilo que não agradava ou que não poderia, ou que traria prejuízos, era pontuado e depois reestruturado. Então, quando chegava na Assembleia, da base governista já tinha sido feita a costura do quê, como e onde podia. O projeto Cicerus era um projeto muito grande e muito ousado. Então, essa reunião que, para todos os demais projetos eram reuniões restritas, geralmente deputados da base aliada, o governador e o interessado do projeto, no programa Cicerus foi uma reunião extremamente ampliada. *E o governador, ele fez o que era possível fazer segundo o tabuleiro político que ele tinha na frente.*

[...] você tem que entender a crueldade do modelo político brasileiro. O executivo ele é um poder refém do legislativo em todos os níveis. Isso é crueldade. O executivo, é refém do legislativo e a Assembleia é um grande balcão de negócios... e eu tô falando porque é sigilosa essa entrevista. A Assembleia é um balcão de negócios, uma barganha... esse é modelo político brasileiro, onde ninguém é amigo, são todos rivais. [...]. O poder de decisão do executivo no Brasil ele é relativo.

Eu vou fazer uma afirmação: não vi nenhum interesse coletivo superar o próprio. Nenhum. Na reforma do Cicerus, quando a gente criou a SC parcerias nós queríamos a possibilidade de privatizar a CELESC e quebrar algumas outras situações rígidas e eu, pessoalmente, tive ameaça de deputados na época. Me lembro que numa noite eu fui levar para o governador isso aqui (Programa Cicerus) e tinha uns 8 deputados lá na Casa da Agronômica, coincidiu de eu estar com o projeto, eles me colocaram literalmente num canto, principalmente por causa da CODESC... *principalmente para um deles que na época era deputado estadual e hoje é federal... ele dizia: e o quê que eu vou fazer com meus amigos que estão lá? O minúsculo interesse de um deputado que tem 3 ou 4 cargos lá se sobrepunha e se sobrepõem a uma questão, a uma solução estratégica para o Estado. Assim que funcionava e assim que funciona.*

E, assim, dois anos depois da sua eleição e de todos os embates descritos, o governo Luiz Henrique encaminhou à Assembleia Legislativa a **segunda Reforma Administrativa** que, a exemplo da primeira, também tramitou em regime de urgência. O projeto que deu entrada na ALESC em 12 de janeiro de 2005 era composto por 217

artigos, 136 páginas e 12 anexos, com a revogação parcial de oito leis e a criação de mais uma Secretaria de Desenvolvimento Regional, totalizando 30 SRDs no Estado. No dia 11 de fevereiro, foi aprovado por maioria pelas Comissões e, no mesmo dia, incluído na Ordem do dia. Em 28 de fevereiro o projeto foi convertido na **Lei Complementar nº 284/2005** (Santa Catarina, 2005). Enquanto a primeira reforma administrativa foi aprovada em 11 dias, a segunda levou 23 dias úteis e, diferentemente de 2003, quando somente o Partido Progressista (PP) votou contra, na segunda reforma o Partido dos Trabalhadores (PT) também emitiu voto contrário à reforma. Vale ressaltar que, apesar do sentimento de traição que permeou os representantes do grupo Cicerus, a defesa do projeto de Lei Complementar foi feita por um dos seus dirigentes/idealizadores.

Ao entrevistarmos um ex-deputado da base governista e que fez parte do momento de discussão e aprovação na ALESC desse projeto de Lei Complementar, podemos observar a forte **relação de dependência** entre os poderes que constituem o Estado. Essa relação complexa, protagonizada por diversos atores e em arenas nem sempre instituídas formalmente, levam-nos a questionar o verdadeiro demandador da agenda governamental, seja ela uma agenda da saúde ou das outras áreas que cabem ao Estado executar. Segue o relato:

*A despeito do governador Luiz Henrique ter contado sempre com maioria legislativa, ele também tinha contra si uma oposição ferrenha, afinal de contas ele havia derrotado o candidato que era até então imbatível em Santa Catarina, um partido forte, arquirrival sempre do PMDB que é o PP, e os deputados do PP faziam ferrenha oposição... tanto que, **embora nós soubéssemos da aprovação do projeto, que aí é uma questão numérica, que nós tínhamos maioria para aprovar, o projeto sofreu resistências fortes da oposição o que nos demandou um trabalho maior de convencimento nas comissões e depois, também no plenário, onde também houve uma forte reação da oposição.** Então, o que eu me lembro daquele tempo era: por um lado nós tínhamos a certeza da aprovação, por outro lado nós sabíamos que iríamos enfrentar, como de fato enfrentamos, uma oposição obstinada em combater o projeto, como aliás é da razão de ser da oposição.*

*(Mas simplesmente pelo fato de ser oposição?) **Por ser oposição e pelo fato de que o discurso que eles faziam era de que as secretarias seriam cabides de empregos** e pelas outras razões que eles trouxeram.... mas substancialmente primeiro: porque o papel da oposição é ser contra e foram, e segundo: o grande mote deles foi, para que inchar mais o Estado, trazer tantos órgãos e tal... isso foi o grande mote da oposição contrário à aprovação do projeto de descentralização.*

*(O senhor acha que se ele não tivesse a maioria na ALESC ele não teria conseguido as aprovações?) **Eu acho que com a capacidade de articulação dele, ele buscava construir essa maioria que viria a viabilizar o projeto, tamanha era a convicção e a obstinação dele em aprovar o projeto e a sua reconhecida capacidade de articulação que ele, primeiro, iria buscar compor uma maioria pra depois, com essa maioria, viabilizar a aprovação do projeto.***

Quando questionamos esse mesmo ator sobre o processo de aprovação da segunda Reforma Administrativa, confrontando a informação dada por outro ator e anteriormente relatada nesta pesquisa, o entrevistado afirma:

*Tendo sido deputado de situação e de oposição, Eu sempre tive comigo o entendimento de que a Assembleia não pode ser tida como um cartório, meramente carimbador das propostas que recebe, sobretudo, do poder executivo, que é o que demanda maior trabalho na Assembleia. A Assembleia tem por dever institucional examinar os projetos que recebe e a luz das suas convicções procurar aprimorá-las. E foi isso que aconteceu. Também um projeto de descentralização administrativa. **É claro que havia nos deputados de situação o compromisso de aprovar a descentralização, mas não necessariamente, dentro de 100% da conformação de como ela veio do executivo.** Daí as emendas que foram apresentadas e eu participei intensamente disso, provavelmente apresentei até algumas emendas, no entendimento de que elas serviriam para aprimorar o projeto e também, em alguma medida, tem concessão desde que entendida essa mesma premissa, pra uma proposta, uma emenda apresentada por um deputado de oposição. Você pode aceitar perfeitamente uma emenda, como certamente aceitamos várias, mas eu não saberia dizer hoje, aqui e agora, se essa mudança foi tão radical. **Me parece que há um certo exagero falar que o que foi aprovado corresponderia a 30% da versão original.** Acho um exagero, mas não tenho base concreta para infirmar essa afirmação. **Mas, com certeza, as modificações que foram feitas, foram ao entendimento de que elas aprimorariam o projeto e não desfigurariam a ideia central da descentralização.***

Por fim, quando perguntamos sobre o **papel de um deputado** na configuração de uma política pública e a sua relação com as outras instâncias decisórias, o entrevistado nos responde:

*Eu penso que o papel do deputado de oposição e de um deputado de situação e da Assembleia, mas falando como deputado de situação, **é claro emprestar apoio ao governo, mas emprestar apoio ao governo naquilo que se entende que vai servir para melhorar o Estado. A descentralização é importante? É. Tem que ser feita? Tem. Mas como vai ser feita? Vamos discutir, vamos chegar... com certeza.** Por isso que eu refuto aquela afirmação dos 30% e, com certeza, **o projeto final que restou foi um projeto que veio ao encontro da ideia inicial do governo com os aprimoramentos da Assembleia.***

A divisão entre as funções de legislar, de executar e de se manifestar, julgando os conflitos, bem como entre as atividades necessárias à gestão do Estado em um ambiente de *res publica*, difundida como divisão de poderes, com atribuições precípuas, porém não exclusivas a cada um, é lição antiga deixada por Montesquieu que procurava, assim, evitar qualquer forma de tirania, e hoje é considerada um mandamento básico e elemento estrutural ao Estado democrático e de direito. Sob essa perspectiva, Pinheiro et al. (2011,

p. 1735) afirmam que, ao seu tempo e ao seu modo, cada povo criou uma gramática própria para operar o sistema político vigente, havendo, assim, incontáveis modelos de instituições e de relacionamento entre elas. No caso brasileiro, em que pese as particularidades da república presidencialista, outras características institucionais têm contribuído "se não para um permanente estado de crise e de instabilidade institucional, no mínimo para um quadro de persistente confronto entre os poderes, com repercussões nocivas que se estendem para todo o ambiente econômico e social do país".

Entretanto, a necessária separação entre os poderes (neste caso a separação entre o executivo e o legislativo) não significa a ausência da necessidade de coordenação das diversas ações entre eles, visto que um dos princípios basilares do Estado Democrático de Direito é o princípio da legalidade¹⁰⁴. Nesse sentido, Pinheiro et al. (2011) observam que, embora caiba ao Executivo a iniciativa de propor e modificar muitas leis necessárias à operação (gestão) do Estado, bem como de implementar as políticas públicas na esfera da sua competência, aquele depende do Parlamento pois é a esta instituição que cabe a aprovação de suas iniciativas, convertendo-as, por fim, em lei. Entretanto, sem a maioria parlamentar, torna-se inviável a aprovação das leis que darão suporte ao projeto de governo. Para Pinheiro et al, (2011, p. 1743), o multipartidarismo permitido ao sistema político brasileiro dificulta a construção de maiorias legislativas estáveis, "as quais, imediatamente após os pleitos, começam a ser construídas em um exercício de engenharia política que se estende ao longo de toda a legislatura a fim de assegurar sustentação ao Poder Executivo".

Esse cenário, reproduzido também no governo Luiz Henrique com vistas a garantir na ALESC a aprovação da segunda Reforma Administrativa, forçou o executivo a lançar mão de outros expedientes como a distribuição de cargos de livre provimento, tanto nas secretarias setoriais quanto nas secretarias regionais. Esse desdobramento, além de consequências mensuráveis apresentadas por outros estudos (Goularti; Butzke, 2012; Abrucio; Filippim, 2010; Rudnick; Mattedi, 2010; Birkner et al., 2011; Birkner; Tomio, 2011) também gerou certa dúvida em nossos entrevistados sobre a quem, neste momento, cabia a **decisão** da formação da **agenda de governo**.

Se você perguntar para ele, ele vai dizer que não, mas seguramente eu posso afirmar que ele ficou refém do próprio modelo que ele construiu. [...] Num governo presidencialista, ele tem que ser majoritário, ou seja, quem ganha as eleições tem que ter a maioria

¹⁰⁴ De acordo com Pinheiro et al. (2011), o princípio da legalidade refere-se a ação dos agentes públicos orientada conforme o disposto na lei, devendo esta ser apreciada e votada no Parlamento como forma de sinalizar a vontade da maioria.

para poder governar, para poder implementar o seu plano de governo. Como é que eu posso, num governo presidencialista, eu ter que depois discutir com os parlamentares para fazer uma coligação [...], pra ter uma base de apoio. No caso de Santa Catarina, num primeiro momento ele constituiu um boa maioria que fez a reforma, mas é claro que, logo na sequência, deputados de um lado, secretários de outro, **começaram a perceber que a descentralização não era bom pra eles... iria minar a tradição política-eleitoral deles, iria criar uma nova realidade no Estado, então eles começam pouco-a-pouco...**

Como todo governador é refém. (Você acha que os projetos pessoais de reeleição dele seriam comprometidos?) **Eu acho que sim. Não ao ponto de ele não se reeleger nem de eleger seu sucessor, só que a dificuldade e a negociação seria muito mais complicada.** E o desgaste político na Assembleia na discussão desse projeto... por que os deputados fazem? É só pegar o jornal todos os dias: notinha no jornal, projeto não sei o quê... não ia ser uma discussão técnica, ia ser uma discussão de tirar da gaveta algum rabinho preso de alguém, de algum lugar.

O aumento do número das regionais foi por imposição política de deputados que realmente impuseram a sua vontade em favor do apoio que dariam na ALESC pro governo Luiz Henrique, porque muitas das regiões... posso citar aqui: a região de Ibirama foi uma delas que foi conquistada a ferro e fogo pelo deputado [...] e que não havia nenhuma necessidade por que a regional de saúde de Rio do Sul é onde deveria ter sido feito os grandes investimentos e era uma regional de saúde de uma abrangência de 250 mil habitantes e que nunca recebeu nenhum incentivo, nenhum apoio do Estado.

Eu acredito que sim... até hoje, se você for analisar, **você não consegue extinguir algumas secretarias.**

Findado esse processo de elaboração e aprovação da **Lei Complementar nº 284/2005**, o grupo Cicerus foi se desfazendo e, nesse movimento, esvaziaram-se as perspectivas de uma efetiva modernização do Estado. Interessante observar que, nesse momento, enquanto os entrevistados apontam a **incompetência do Estado** na execução dos seus papéis, eles justificam as características positivas que o Estado apresenta relacionando-as com as **questões culturais** trazidas pelos seus colonizadores.

A dor é por ter sido traído.

(Traído por quem?) **Traído em parte pelo Luiz Henrique e em parte pela política.** Por um grupo político que diz querer modernização mas não quer. Infelizmente, Santa Catarina tem um péssimo hábito. **A gente se acha ótimo, melhor que todo mundo porque não depende do governo nós sermos um Estado líder.** Nós somos líder em produção, economia forte... independe do governo. Quanto menos interferir melhor. Nós somos bons em saúde... em parte até hoje por atuação do governo, mas muito porque o governo (federal) nem coloca a mão. [...] **A índole do povo catarinense é de trabalhar.** Nós nos valemos... nós somos o Estado menos inseguro do Brasil, mas não por conta da atuação da segurança pública, não por causa da atuação da polícia civil e militar, mas porque somos um povo pacífico, um povo ordeiro. **É muito mais uma questão cultural do que a atuação do governo.**

Nesse processo de esvaziamento ideológico e surgimento de novos atores e arenas decisórias, a política estadual da saúde passava a contar com um novo obstáculo. **A incorporação de mais uma SDR (e gerência de saúde)** no mapa administrativo e político do Estado. Diante da incompleta estruturação das 29 SDRs estabelecidas pela Primeira Reforma - presença de mais uma estrutura regional, sem qualquer justificativa técnica plausível -, os técnicos da SES novamente travaram uma batalha com a cúpula governamental em nome de um desenho administrativo coerente cujos princípios organizativos do SUS pudessem ser construídos.

*Por outro lado a gente dizia: vamos hierarquizar as SDRs, **mas o governo do Estado tem que assumir o compromisso de fazer um concurso público e incorporar as pessoas para trabalhar, porque não adianta ter SDR com nome bonito e não ter ninguém lá dentro**, e nisso o governo não assumiu nenhum compromisso. Então, na verdade, era isso que eu chamo de desgaste **porque a gente consegue fazer uma mudança estrutural e aumenta o número de cadeiras, mas todas elas ficam vazias.***

*São influências e referências externas que tu não podes negar... tu tens uma estrutura que vai gerar pessoas em determinados lugares e aí tu tens que criar essa atualização do PDR. **Eu não podia negar a existência de 30 regiões, com 30 regionais de saúde que, mais cedo ou mais tarde, teriam 30 equipes de saúde.** Mas como não havia ainda equipes de saúde a gente fez todo um processo de transição, gerências que tinham abrangência sobre gerências que não tinham pessoas e fomos fazendo... só que esse processo tem que ter um tempo para ele se esgotar, para você sair da disposição transitória e ir para a permanente e nesse caso aconteceu o pior, [...].*

*Agora vamos convir... a gente não está livre, **as políticas não caem do céu, ou seja, você não está isento de contingenciamento, porque você tem um contingenciamento histórico, a gente tinha uma estrutura disponível, que eram 18, mas que funcionavam de fato eram menos, não eram 18 estruturas completas**, algumas tinham auditoria melhor, outras vigilância epidemiológica melhor... e é **a partir dessas referência que você vai construindo a realidade.** Você não vai criar uma região onde não existe nada por que você vai ter dificuldade de sustentar essa ideia. Mas as pessoas diziam: por que mudar? Só tem 18 com gente, não temos que ficar incomodado com o Estado ter 29. Essa era uma discussão que se fazia. **Porque que eu vou me mexer pra ter as 29 se eu não tenho ainda as 18 concretamente com algum tipo de capacidade operacional?** Aí eu disse: mas se nós não assumirmos as 29 então eu sou obrigado a dizer para o governo que nós temos que eliminar as gerências de saúde das SDRs, que nós não queremos assumir. Depois nós fizemos um PDR com as 29 regiões, com todas as transições [...].*

As discussões e as negociações entre a Secretaria de Planejamento, Orçamento e Gestão e a SES em torno deste desenho administrativo que deveria ser incorporado pelo

setor saúde permitiu que a SES “conquistasse” o direito de planejar suas políticas a partir do PDR de 2002, ou seja, considerando apenas as antigas 18 regiões do Estado. Contudo, havia uma condição: para **publicização dos indicadores e das ações realizadas/planejadas**, os dados deveriam ser **desagregados** conforme o desenho vigente. Nesse momento, a **agenda da saúde distanciava-se** novamente da **agenda do Estado**.

*Tipo: pega a vacinação lá da região de Lages. Pra nós lá, enquanto região de saúde, tinham só duas que era Lages e São Joaquim, mas na produção dos dados e isso servia para o estado inteiro, quando fosse produzir a questão da vacina, tinha que ser a vacinação pelas 30 SDRs, o que, na verdade, na maioria das vezes, a gente nem conseguia cumprir... **porque como você tinha a SDR e não tinha a estrutura operacional, para funcionar a maioria delas não tinha nem como produzir. Mas a maioria das vezes, na SES, a gente desconsiderou as 30.***

*[...] desde o começo foi uma **briga muito dura** no sentido de que a saúde não pode, **não serve para nada**, tu fazer essas 29, 30...*

Não foi acatada pelo grupo que fazia reforma** porque não podia ser diferente das demais secretarias. Eu, sinceramente, acho que foi... **eles não levaram em consideração os critérios da saúde.

*(Então o planejamento da saúde seguiu a revelia da reforma do Estado?) **Completamente, a revelia do que o Estado estava fazendo.** Nunca, embora tivesse que respeitar e isso foi respeitado, foi a questão dos convênios e talvez isso, politicamente, pudesse ter tido alguma influência e aí eu não vou interferir porque eu não estava envolvido em política.*

*(Então a política do Estado foi feita a revelia da política de saúde?) **A política de descentralização eu acredito que sim, mas o emblema da descentralização foi fundamental para que a saúde pudesse interiorizar.***

Para os representantes do **COSEMS**, os municípios também foram negativamente afetados com essa reforma, tanto pela ausência de estrutura das SDRs quanto pela indicação política dos Gerentes de Saúde, visto que estes estavam administrativamente atrelados ao Secretário de Estado de Desenvolvimento Regional. Nesse sentido, a proposta de municipalização contida no Plano 15, não trouxe benefícios para esses entes, pelo menos na área da saúde.

Pra nós interferiu negativamente por quê? Porque nós criamos regionais de saúde, com gerentes que não estavam atrelados ao sistema central, e pior, que não estavam enquadrados dentro do SUS, dentro da política do SUS e que iam fazer a política partidária do secretário de desenvolvimento regional. Então, a gente sempre via isso como uma reforma extremamente desnecessária.

(E a construção do sistema ocorreu independente dela?) ***Independente de ela estar ali ou não, nós continuamos a tomar as nossas decisões.*** O que nós fizemos foi convidar, o que era proibido na época, os gerentes regionais para participar das prévias do COSEMS, nós fizemos até a alteração do estatuto do COSEMS para permitir isso porque nós entendíamos que eles, ao escutarem, podia ser uma forma de aprendizado de como se faz o consenso... o Estado não se contrapôs a isso, nós não tivemos uma presença maciça, talvez o Ministério da Saúde se fez muito mais presente através da sua representante, que não perdia uma dessas reuniões... demos um espaço amplo para que os gerentes regionais participassem das decisões dos colegiados.

Nesse cenário de impasses e de negociações, a SES, ainda em 2005, publicou uma nova agenda para a saúde intitulada **Política de Saúde Descentralizada**¹⁰⁵. Essa nova agenda foi organizada em **6 Eixos** e, de acordo com os entrevistados, não contou com participação do Grupo Cicerus na sua elaboração. Essa agenda governamental foi considerada resultado de uma construção coletiva (técnicos e dirigentes), realizada no espaço institucional da SES e baseada nas demandas externas, portarias ministeriais e prerrogativas pessoais do gestor da saúde. Vale ressaltar que o grande limitador da decisão de incorporar apenas 6 eixos foram os **recursos financeiros** disponíveis, visto que eles deveriam partir do tesouro do Estado (fonte 100). Os eixos propostos bem como as suas justificativas e valores investidos estão descritos no Quadro 7.

• EIXO 1: INCREMENTO NO FINANCIAMENTO ESTADUAL PARA ASSISTÊNCIA NA FARMÁCIA BÁSICA

Responsabilidade do Estado o repasse de R\$ 0,50 per capita/ano para a compra de medicamentos da Farmácia Básica. À União e aos Municípios cabem, respectivamente, R\$ 1,00 e R\$ 0,50. O financiamento da Assistência Farmacêutica básica é de R\$ 2,00 per capita ano.

Em 2003, foi ampliado em 20%, passando para R\$ 0,60 centavos. Por iniciativa do Governo do Estado, para 2005, será reajustado para R\$ 1,00 per capita/ano.

Considerando o aumento da população de 2002 a 2005, isso significará um aumento de 108% no valor investido na área. Para 2005, a previsão é de R\$ 6.155.700,00 em investimentos.

¹⁰⁵ Considerando o novo desenho administrativo do Estado, a partir de abril de 2005, a SES promoveu vários encontros macrorregionais que objetivaram debater sobre os limites e as perspectivas para o desenvolvimento da regionalização da assistência em saúde de Santa Catarina, a partir das diretrizes do Plano Diretor de Regionalização de 2001 e da sua revisão em 2003.

• EIXO 2: INCENTIVO À ASSISTÊNCIA HOSPITALAR

Com o objetivo de aumentar a eficiência e eficácia do sistema hospitalar, a Secretaria de Estado da Saúde está investindo de 10% a 20% do teto PPI - Programação Pactuada Integrada. O investimento se dá na forma de incentivos financeiros calculados de acordo com o porte das unidades hospitalares.

Com o incentivo, fica assegurada uma receita adicional para as unidades hospitalares que prestam serviços para o SUS.

O resultado esperado é a estruturação de uma rede hospitalar qualificada e integrada ao SUS ao mesmo tempo que possibilitará a modernização das unidades hospitalares.

O incentivo será da seguinte forma:

- 1) Hospitais de porte I - 10% do teto da PPI;
- 2) Hospitais de porte II - 15% do teto da PPI;
- 3) Hospitais de porte III - 20% do teto da PPI
- 4) Hospitais de ensino (Fideps e IntegraSUS) - 10% do teto da PPI.

O valor a ser investido nessa área em 2005 é de R\$ 20.205.547,00.

• EIXO 3: AMPLIAÇÃO NO NÚMERO DE LEITOS DE UTI - UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA

De acordo com a legislação vigente, 4% dos leitos disponíveis nos Estados devem ser reservados às UTIs. Assim em Santa Catarina deveriam existir 585 leitos. Entretanto, hoje o Estado conta com 433, ou seja, um déficit de 171 leitos.

Para reverter esse quadro, a SES mapeou todas as unidades hospitalares, dividindo-as em microrregiões. Ao mesmo tempo assumiu o compromisso de viabilizar a implantação dos 171 leitos necessários para cumprir com a legislação.

Os leitos serão distribuídos de forma que as regiões mais necessitadas recebam mais.

Em 2005 deverão ser investidos R\$ 5.130.000,00 na implantação dos novos leitos de UTI.

• EIXO 4: REDUÇÃO DAS DESIGUALDADES REGIONAIS COM AUMENTO DO NÚMERO DE CONSULTAS E EXAMES ESPECIALIZADOS

Para aumentar a oferta de serviços de média e alta complexidade em todas as regiões de Santa Catarina e garantir o acesso da população a esses serviços, a SES irá investir neste ano R\$ 12.445.458,93.

Com o objetivo de reduzir as desigualdades regionais, estudo realizado por esta Secretaria apontou regiões com menor oferta de serviços MAC - Média e Alta Complexidade.

Os recursos serão liberados para 8 macrorregiões conforme segue abaixo:

- 1) Extremo Oeste: R\$ 6,07 per capita;
- 2) Planalto Serrano: R\$ 2,98 per capita;
- 3) Planalto Norte: R\$ 2,95 per capita;
- 4) Meio Oeste: R\$ 2,58 per capita;
- 5) Sul: R\$ 1,71 per capita;
- 6) Vale do Itajaí: R\$ 1,02 per capita;
- 7) Nordeste: R\$ 1,02 per capita;
- 8) Grande Florianópolis: R\$ 1,06 per capita.

• EIXO 5: DESCENTRALIZAÇÃO DE SERVIÇOS ESPECIALIZADOS COM INVESTIMENTO EM RESSONÂNCIA MAGNÉTICA

Seguindo os parâmetros do Ministério da Saúde, a SES realizará investimentos em quatro regiões. As prioridades serão: Extremo Oeste, Planalto Serrano, Norte/Nordeste e Alto Vale do Itajaí.

Os recursos serão aplicados na compra de equipamentos de ressonância magnética, melhorando o acesso da população a esse tipo de exame. O valor aproximado para a aquisição de cada equipamento é de US\$ 1.200.000,00.

Serão investidos mais de R\$ 13.900.000,00 nesta ação.

• EIXO 6: REGULAÇÃO DO ACESSO DOS PACIENTES AOS SERVIÇOS DE SAÚDE

A garantia da Saúde das pessoas depende do acesso oportuno aos serviços e procedimentos necessários à recuperação da sua saúde.

Para isso, a SES implantará nas oito macrorregiões sistemas informatizados de marcação de consultas e exames com garantia de acesso para quem precisa.

O diagnóstico e os resultados dos exames por imagem à distância também serão viabilizados com a instalação de uma rede de telemedicina com alta tecnologia.

Quadro 7 - Eixos da política de saúde descentralizada, SES, Santa Catarina, 2005
Extraído de: SES (2005)¹⁰⁶.

Isso aqui foi uma construção interna da secretaria. Foi feito isso aqui com o superintendente da época, com os diretores de áreas afins e com o secretário e [...]. Então, dentro do que era possível fazer com o recurso que a gente tinha, porque a saúde também tem os eixos em que ela tem que atuar. Ainda hoje nós temos o incentivo da farmácia básica, o incentivo para cirurgias eletivas, então, muito disso aqui está em consonância com que o programa nacional tinha, com que o Ministério da Saúde tinha. Então, depois disso aqui ainda tem outras.

Foi coletivo. Demandas de portarias, se você olhar vários planos têm a questão das portarias ministeriais, demanda já do nosso período de governo, por exemplo, nós já sabíamos aonde nós precisávamos de mais leitos de UTI, então a gente sabia onde é que precisava cobrir os serviços... a assistência farmacêutica [...] para que as regionais fossem cada menos dispensários de medicamentos e fossem um espaço de uma política de saúde na assistência farmacêutica [...]. Os incentivos dos hospitais, que era uma forma de a gente... também era demanda do dia-a-dia que a gente vivia, né? Mas foi amplamente debatido.

Sim. Dentro do nosso orçamento, dentro das nossas prerrogativas, dentro do que a gente podia fazer pra ajudar na questão do atendimento a população... que é uma coisa que se você vê aqui, a questão da farmácia básica... antigamente o estado comprava todos os medicamentos... o que ele começou a fazer? Passou a descentralizar o recurso para os municípios, pra fazer compra de medicamento, compra de insulina... [...]. Cirurgias eletivas, concentração daquelas filas loucas que sempre existiu, que ainda existe... então tem um Hospital lá em Blumenau que pode fazer, mas ele é privado/conveniado, então vamos dar um

¹⁰⁶ Disponível em: http://portalses.saude.sc.gov.br/index.php?option=com_content&view=article&id=341&Itemid=256. Acessado em 16/07/2015.

incentivo para que ele possa nos ajudar a tirar a fila... e assim foi feito como um todo.

Tinha muito mais... seis... podia ter sido dois ou um... de acordo com a demanda que vinha das regionais, dos municípios, das reuniões que a gente tinha na CIB [...] então, isso foi construído dentro daquela demanda que vinha, das pressões externas que culminaram... não lembro se foram 16 ou 17 temas, mas o que causaria mais impacto e que ajudaria mais os municípios e ajudaria mais a questão da resolução das regionais, e até próprio a questão da descentralização, foi o incentivo financeiro.

Porque eram as demandas que ele (secretário da saúde) tinha no gabinete, ou seja, ele vê o mundo conforme as demandas que ele tem no gabinete. Então é os municípios, os deputados demandavam isso para ele. Demandavam ajuda para os hospitais, demandavam apoio financeiro para a compra de equipamentos para o diagnóstico, [...].

Nesse processo de **intermediação das demandas e interesses**, visualizamos por meio das entrevistas, manobras estratégicas que alinhavam uma agenda técnica com a visibilidade política que esta poderia conferir ao seu decisor. Para Rocha (2010, p. 101), esse movimento pode ser considerado como agregação de interesses, uma vez que supõe a conversão dos problemas públicos em alternativas e soluções políticas. Nas palavras do autor, “o processo de agregação permite a ponte ente os interesses dos cidadãos e o processo de formulação de políticas. [...] é necessário sublinhar a importância dos partidos políticos neste processo, bem como os lobbies”.

Discutimos bastante na época, mas foi um projeto de forte orientação e inspiração do Secretário de Estado na época [...]. [...] ele tinha um ‘timing’ político que eu acho uma virtude dele... ele percebeu que nós estávamos enrolados nesse processo de descentralização, sem muita orientação, sem muita clareza e quis ter uma certa marca, uma política mais estruturada e aí conversou com todos... tinha até alguns desvios, umas ideias sem pé nem cabeça que ele queria incluir, mas como havia uma discussão democrática na época e que foi aos poucos se estruturando na forma como ficou, nesses 6 pontos.

Sim, foi ele (o Secretário de Estado da Saúde) que... a gente acreditou, retirou coisas que não faziam sentido, que não iam ter impacto também e criou outras que faziam sentido... ele tinha muito interesse em uma política mais bem estruturada para incentivos aos hospitais conveniados ao SUS, então isso aí foi criado e aí estruturou projetos mais ou menos desorganizados e fragmentados que estavam sempre ou não muito bem encaminhados, ou abandonados, ou em implantação... ele, na verdade, deu uma unidade para aquela proposta... eu gostei... eu achei que ele acertou.

[...] me parece que uma das inspirações ou questões que levaram o secretário [...] a ter essa iniciativa de estruturar uma política descentralizada é de que ele, aos poucos, foi se tornando fragilizado por ser um resistente ao processo que, na época, exigia que as SDRs executassem o orçamento, Eu acho que ele, de certa forma, ele criou

este projeto mostrando que a saúde estava empenhada na descentralização de verdade, mesmo que, neste caso, ela fosse um agente autônomo produzindo processos descentralizados.

(Foi uma estratégia para dizer quem comandava?) **Exatamente. Ele reafirmou a autonomia e a sua autoridade e, obviamente, os benefícios que isso poderia advir dessas transferências de recursos. O [...] é uma pessoa esperta. Além do mais, o resultado eleitoral que ele teve foi muito significativo.** Uma pessoa que teve 15 mil votos numa eleição teve 45 mil votos na outra, na verdade ele triplicou o número de votos passando pela secretaria da saúde, que antes do [...] era o buraco negro, todo mundo se enterrava.

É oportuno relatar que, nessa "construção coletiva", um grande destaque é dado à **CIB** e quase nenhum ao **CES**. Entretanto, quando questionamos os representantes da CIB/COSEMS da época estudada sobre essa construção, eles afirmaram que à instituição CIB foi dado apenas o direito de discutir as alternativas para a implementação, visto que a formação da **agenda** estava **decidida pela SES**.

Em relação à construção desses eixos que eu já peguei formado, isso aqui foi um motivo de uma das reuniões, eu me lembro, de eu ter sido chamado com todo o 'staff' com a secretária adjunta de saúde pra me apresentar o plano. O plano já estava pronto.

(Mas por qual motivo o senhor foi chamado?) **Apenas para apresentar o programa. O que nós fizemos, depois disso, de cada programa desse, nós fazíamos uma área de debate e sobre isso nós fizemos uma série de modificações desses programas. Alguns vantajosos para a população, outros a gente não conseguiu vantagens.**

Muitas das discussões que se formulava... por isso que houve essa série de resoluções da CIB exatamente porque não se podia ir contra uma política que era uma política não da SES, que era uma política partidária, uma política que era emanada por entidades que tinham influência junto ao governo estadual, junto ao governador Luiz Henrique. Nunca se deu autonomia de se dizer para a SES: olha, isso aqui não deu certo, vamos cortar isso aqui, vamos estudar a fundo porque soluções existiriam.

Os relatos que seguem, emitidos pelos representantes da SES, corroboram com as transcrições anteriores. Destacamos a última transcrição, visto que ela explicita a **linha divisória** entre quem decide e quem discute as alternativas para a sua implementação.

(Mas esta parceria com a CIB estava no âmbito da implementação das decisões ou estava ainda no decidir o que fazer?) **Não, não... mas nós ouvíamos, de verdade, a bipartite e nós nos sensibilizávamos com isso.**

(Foi consultivo, mas não decisório?) **Algumas vezes sim... nós tomamos algumas decisões conjuntas, principalmente na questão das especialidades, quando tinha que tirar de um município e passar para outro.**

Pelo que eu me lembro, isso foi levado pronto. Principalmente, que isso sempre foi a grande briga do Conselho (CES). Por quê? Na CIB, é claro que antes de ir para a mesa da CIB sempre teve aquelas reuniões prévias que é a tal da câmara técnica. E era na câmara técnica, com certeza, a gente levou... lembro dessa questão do incentivo, isso sim a gente discutiu... mas é muito mais assim na lógica: nós discutimos, entendeu? Até porque, na realidade, isso era uma questão muito séria, na minha avaliação, e os municípios nunca disseram não... quando tinha recurso no meio. (Então a participação era mais no âmbito da implementação e não da decisão do que fazer?) Com certeza.

*(Qual era o papel da CIB?) **Reativo. Eles recebiam as informações mais formatadas, prontas ou em fase final... eu me lembro claramente em ter apresentado para a CIB este projeto que eu estava desenvolvendo que era a alocação de recursos adicionais para a região com menos performance de produção de serviços de média e alta complexidade, e fizemos a discussão nesse sentido [...].***

*O principal foi a diretriz do governo de descentralizar, depois foi a direção da secretaria de saúde... técnica... **a diretriz dada pelo secretário que o grupo técnico complementava junto com o conjunto de secretários... que todos, todos, não têm nenhum plano construído, numa política implementada que não tivesse sido discutida no colegiado.***

De acordo com Nascimento (2006), as CIBs são fóruns deliberativos e negociais, com a função precípua de elaborar propostas, acompanhar a implementação de políticas, avaliar seus resultados e definir a destinação de recursos. Leão (2013, p. 30), complementa o exposto afirmando que o caráter deliberativo da CIB é decorrência de expressa determinação legal, e a Intergestores está vinculada aos objetivos que lhe foram atribuídos por lei e pela normativa infralegal que regulamenta sua atuação. A CIB tem previsão legal na Lei nº 8.080 de 1990, em seu artigo 14 - A, incluída recentemente pela Lei nº 12.466 de 2011 quando, no seu Art. 14 - A, declara que "As Comissões Intergestores Bipartite e Tripartite são reconhecidas como foros de negociação e pactuação entre gestores, quanto aos **aspectos operacionais** do Sistema Único de Saúde (SUS)". Em parágrafo único, são estabelecidos seus objetivos:

I - decidir sobre os aspectos operacionais, financeiros e administrativos da gestão compartilhada do SUS, em conformidade com a definição da política consubstanciada em planos de saúde, aprovados pelos conselhos de saúde;

II - definir diretrizes, de âmbito nacional, regional e intermunicipal, a respeito da organização das redes de ações e serviços de saúde, principalmente no tocante à sua governança institucional e à integração das ações e serviços dos entes federados;

III - fixar diretrizes sobre as regiões de saúde, distrito sanitário, integração de territórios, referência e contrarreferência e demais aspectos vinculados à integração das ações e serviços de saúde entre os entes federados. (Leão, 2013, p. 30, grifos nossos).

De acordo com Viana et al. (2010), a institucionalidade da CIB é fruto de um determinado modo de organização e funcionamento em que é possível verificar a existência de estruturas permanentes para processamento técnico-político dos temas e assuntos que são objeto da negociação intergovernamental. Também é decorrente de um padrão regular de funcionamento de sua plenária e estruturas de organização interna, bem como da existência de representatividade regional. Reflete, ainda, sua legitimidade como **instância de negociação e decisão técnico-política** para os governos estaduais e municipais. Diante dessa divergência conceitual sobre o papel das CIBs, especialmente em relação à linha tênue que separa a etapa da formação da agenda com a formulação das alternativas, podemos afirmar que à CIB de Santa Catarina, neste momento, coube apenas a **discussão operacional**, financeira e administrativa das políticas de saúde previamente decididas.

Cada política dessa foi discutida na CIB, então você apresentava as notas técnicas que eram apresentadas, então mostrava-se como isso aconteceria, então foi uma discussão relevante. [...]. Então era uma discussão que, em geral, qualificava o processo, mostrava os limites, que não era do jeito que se queria.

Eu não sei se sou uma pessoa ingênua ou otimista, mas me dava a sensação de um processo super democrático, ou seja, ninguém era dono da verdade, ninguém tinha um projeto... até o secretário [...], ele era aberto a discussão que aperfeiçoava projetos, ele não tinha ideias fechadas.

Tudo o que a gente construiu... a gente construiu a 4 mãos: SES, COSEMS e depois o CES que ia se inteirar do processo, aprovar ou não aprovar e várias vezes a gente teve que fazer algumas alterações por demanda.

Por serem as CIBs espaços de negociação compostos apenas por atores estatais, o que fragiliza seu potencial democrático, há a possibilidade de que atores sociais participem e colaborem com as discussões nas reuniões da CIB, que são públicas, e cujas demandas em pauta podem ser originárias dos Conselhos (Lei nº 8.142/1990, art. 1º, § 2º). Ademais, suas deliberações, quando versam sobre a política estadual de saúde, devem estar sob o escrutínio desses Conselhos, conforme o capítulo V, artigo 11º, § 1, do

seu Regimento Interno¹⁰⁷ (Leão, 2013). Entretanto, mesmo diante dessa possibilidade e da necessidade de comunicação entre a CIB e o CES, o que se observou por meio das entrevistas foi o não cumprimento dos **fluxos** estabelecidos entre estas instâncias e uma constante **competição** pelo privilégio de uma “**decisão**”. Ressaltamos também que, para a **SES**, esse cenário marcado pela ausência de fluxos comunicativos conferiram a ela **liberdade** para legitimar a sua agenda utilizando-se das duas instâncias quando necessário ou conveniente.

As normas sempre existiram, elas estavam escritas. Qual é o dever da CIB em relação ao CES? Enviar para a homologação todas as resoluções do SUS e, sob a responsabilidade da CIB, todos os projetos executivos das políticas de saúde. O que a CIB não podia fazer eram as políticas de saúde. O que houve na época, como a CIB se tornou muito forte, uma ciúmeira danada do CES, principalmente de alguns integrantes que eram contrários as decisões tomadas na CIB e que acharam que a CIB queria dominar a saúde no Estado, querendo desrespeitar os outros... eu tive que ir no CES explicar, numa reunião do CES, explicar: olha aqui... as suas funções são essas, vocês daqui pra frente tem que cuidar disso, vocês é que são responsáveis pelas políticas de saúde tanto assim que foram vocês que aprovaram primeiramente o SAMU, mas as decisões de como vai ser executado o SAMU não compete a vocês. A regulamentação é a CIB que faz, a CIB que é o órgão de pactuação.

(O CES compreendia este fluxo?) ***Não, as decisões políticas deles... aliás eles nunca mandaram de volta nada dizendo assim: olha, aprovamos a política tal, aprovamos a política do negro agora vocês são responsáveis pela execução dessa política. Eles aprovaram a política do negro em Santa Catarina e ficou na mão deles e não mandaram para nós para regulamentarmos, seja através de portaria ou das ações que nós iríamos fazer.***

O CES sempre teve uma briga muito grande, não é a toa que depois veio o decreto que regulamenta a CIB, porque o CES de Santa Catarina, inclusive, fez várias denúncias no CNS discordando de que a CIB deliberava a utilização do recurso financeiro. E que agora com o

¹⁰⁷ De acordo com o Regimento Interno da CIB de Santa Catarina, no seu capítulo V, à Comissão Intergestores Bipartite compete:

I - *Cumprir e fazer cumprir as deliberações da política técnica e administrativa orientada pela Comissão Tripartite, respeitando os acordos firmados pela Bipartite e aprovados pelo Conselho Estadual de Saúde, nos casos que couber.*

II - Deliberar sobre os aspectos operacionais do SUS.

III - Dar parecer sobre assuntos de natureza técnico-administrativa que tenham sido propostos pelos representantes dos gestores municipais ou estaduais.

IV - Acompanhar as atividades referentes ao desenvolvimento do processo de descentralização.

V - Estabelecer os fluxos das atividades que envolvem as ações de descentralização.

VI - Propor a execução dos serviços necessários e imprescindíveis para consecução do processo de descentralização.

VII - Estabelecer critérios técnicos referentes a acordos, contratos ou convênios que envolvam as atividades de descentralização.

VIII - Acompanhar a programação física e financeira das atividades ambulatoriais e hospitalares, desenvolvidas conjuntamente entre a Secretaria de Estado da Saúde e os municípios.

IX - Acompanhar os Colegiados de Gestão Regionais, assessorando-os na elaboração de seus regimentos e funcionamento.

decreto (decreto 7508/2011) resolveu esse problema. Então, nessa situação, também houve isso: por que é que vão botar aqui e não ali? Mas aí o argumento era: não, isso foi discutido com os municípios, os municípios concordaram.

No CES era uma discussão bem mais superficial do que a CIB, porque a CIB é uma área técnica qualificada, ou seja, os municípios não estão aí de espectadores, são altamente participativos, eles entendem do que está se falando.

(Mas tudo o que a CIB decidia o CES tomava ciência ou essa comunicação não existia? Eram caminhos paralelos e convergentes ou divergentes?) Não... **em alguns momentos eram paralelos.** O CES até pela prática do dia-a-dia, se você pegasse o conselheiro [...] ele era sempre contra tudo, então tem coisas que você tem que evitar, você não pode ficar refém, ou tu aprova ou tu não aprova. Quer questionar questiona no plano estadual, questiona no relatório de gestão, agora no dia-a-dia, se você não agir, você também não faz. **Se o CES foi atropelado algumas vezes? pode ter sido. Mas a reunião da CIB não. Por que na CIB não ia para votação. Na CIB você tinha que exaurir o tema até construir consenso.**

(O CES chegou a questionar sobre a utilização do recurso e a definição das prioridades?) **Sim, mas aí se utilizava a argumentação de que o COSEMS já havia discutido e o COSEMS representa todos os municípios do Estado.**

(Então, estrategicamente, era viável não haver fluxos definidos entre o CES e a CIB?) **Sim, claro...**

(Ter o argumento que eu - SES - discuti com os municípios e os municípios aprovaram tinha um peso sobre as decisões do CES?) **Sim.**

(Por que lendo as atas do CES e da CIB em nenhum momento eu vi um fluxo entre as discussões das políticas) **Sim, a grande briga do CES era essa. E de uma política que tenha nascido dentro CES então? Não existe.**

Esses relatos guardam relação com o exposto por Vasconcelos e Pasche (2006, p. 550), quando afirmam que, com a constituição e o funcionamento das CIBs, “intensificaram-se os conflitos com os Conselhos de Saúde que perceberam uma subtração de suas competências neste processo”. As próximas transcrições depõem os sentimentos dos membros dos CES sobre esses conflitos ao mesmo tempo que buscam justificativas.

Nós tínhamos contato com o COSEMS nas reuniões ordinárias do CES. Não tinha muita proximidade com os debates do COSEMS. O que a gente tentou fazer foi que a gente conseguiu ir, [...], mas fora disso não lembro uma relação mais institucionalizada das organizações com o COSEMS, tão pouco o COSEMS chamava a gente do CES para participar dos seus fóruns. A bipartite, então, o que tinha era confusão, porque a decisão mesmo como boa parte envolvia recursos era na CIB e não no CES, e isso gerava um certo ‘stress’. Mas é o que eu consigo lembrar do COSEMS.

(O CES debatia sobre a CIB e a seu papel decisório?) ***Sim, mas era tão frágil essa relação e o significado da CIB para o conjunto dos Conselheiros que não se fazia muito presente para ali dizer: pô, vocês decidem e nós homologamos, entendeu? Nem se chegava a se estabelecer um conflito.***

(Vocês se sentiam desprivilegiados em relação à CIB?) ***Sim.***

(Porque vocês entendiam que a CIB decidia e vocês não?) ***Sim.***

(E esse era um sentimento partilhado por todos?) ***Quem entendia da CIB, sim. Mas tinha conselheiro que nem sabia.***

Entretanto, sendo o CES um órgão colegiado de caráter permanente e deliberativo, "com funções de formular estratégias, controlar e fiscalizar a execução da política estadual de saúde, inclusive nos aspectos econômicos e financeiros" (Santa Catarina, 2009), por qual motivo foi excluído das decisões? De acordo com os entrevistados, pelo mesmo motivo que levou a CIB, em 2002, a ser excluída do espaço deliberativo: **questões ideológicas** fortemente ligadas à **questões pessoais**.

No princípio, lá em 2003, acho que ele (COSEMS) veio com uma marca muito reativa... da herança anterior.. depois, infelizmente... como a câmara técnica do COSEMS sempre teve uma cara muito única, isso também dava um caráter muito reativo e uma coisa muito interessante e que você participou desse processo, é que, às vezes, essa cara reativa perdia para os próprios pares quando a gente (SES) contra-argumentava.

O CES, na minha avaliação... não está claro para o próprio conselho qual é o papel dele. Porque se a gente pega lá a 8142 ela fala: cabe ao conselho fiscalizar, coordenar, etc... e aí onde eles se perdem? Eles não propõem. A mesa do conselho era uma grande embate, também em cima de posições. Aí você tinha o representante dos hospitais que defendia os hospitais e batia no Estado, você tinha o do sindicato médico que batia nos hospitais e nas políticas... então era, é ainda hoje, infelizmente, muito claramente, uma arena de embate. E onde que eles fiscalizam, única e exclusivamente: no relatório de gestão... que é quando aprova o orçamento... é onde daí vira bicho... mas como que só gastou isso na educação e saúde? Mas a política já foi decidida lá atrás... nem sabem.

Com a CIB era tranquila, até porque todos estavam no mesmo barco e todos tinham que remar pra frente. Com o CES era mais difícil, pois a questão era muito ideológica. Não era uma questão de saúde programática e pragmática. Era uma questão iminentemente ideológica. [...]. Não tinha como dividir a tomada de decisão com eles. Eu vejo o CES andando em círculos, não anda em linha reta, para frente.

A gente... eles iam com frequência lá... todo mundo era ouvido... haviam aquelas polêmicas envolvendo as questões ideológicas, que mesmo eu sendo aliado a uma tese ideológica e a algumas pessoas, ali na gestão você tem que tomar medidas práticas... tem que tomar decisão, tem botar dinheiro lá para atender as pessoas.

Interessante observar que, apesar do tema “**capacitação para os conselheiros**” estar sempre presente nos Planos de Saúde, inclusive como prioridade do Plano 15, a pouca compreensão que os seus conselheiros tinham do seu papel e a dificuldade de traduzi-lo em uma representação coletiva foram pontos importantes para excluí-los de um protagonismo decisório. Esse cenário, acrescido da pouca experiência democrática, permitiu que o **CES** também adquirisse um **personalismo** que contradiz sua função e reduz a sua legitimidade.

*[...] Conselho é um órgão colegiado, é um colégio, não é uma entidade, é um colégio onde diversas representações vão lá discutir, definir a respeito daquela pauta específica e representação significa definição política e é muito da natureza de como se vê a política na sociedade. **Na política mais geral, você não vê instituições, você não vê partido, [...], mas o que você vê são pessoas, e isso é muito ruim porque acaba descaracterizando esse espaço. Porque o espaço de Conselho é o espaço de sujeitos coletivos, não é um espaço de indivíduos. É um espaço de representação. O cara tem que estar lá representando o trabalhador rural, o trabalhador urbano ou os usuários de alguma associação e não representando ele mesmo, entendeu? Mas acaba sendo contaminado por esse problema da política, até porque o mesmo problema que a gente vê no Conselho ou nas representações políticas a gente vê nas entidades. Tem entidades que têm os mesmos dirigentes há 30, 40 anos. Acabam se apropriando daquela instituição, daquela representação. Então, o problema da representação são as dificuldades da tenra idade da nossa democracia, do quanto é incipiente, do quando ainda está engatinhando ainda a nossa experiência com a democracia.***

Partindo do cenário descrito ao qual não coube nem à CIB nem ao CES a elaboração da agenda da política de saúde descentralizada, resta-nos questionar: De qual coletivo estão se referindo? Em que arena ela foi decidida? Por que esses 6 Eixos? Na tentativa de responder esses questionamentos iremos descrever como se deu a incorporação na agenda de cada um desses eixos individualmente.

No que tange ao **Eixo 1: Incremento no Financiamento Estadual para a Assistência Farmacêutica**, as entrevistas respaldam o descrito no Capítulo III - O Contexto da Pesquisa, quando o PES (2007) afirma que, em Santa Catarina, a Política Estadual de Medicamentos, instituída em março de 2001, havia cumprido apenas as determinações do Ministério da Saúde, ou seja, apenas o repasse obrigatório e sistemático da contrapartida financeira para os fundos municipais de saúde. O documento aponta ainda que, nas discussões e nas manifestações das Conferências de Saúde, percebeu-se a priorização dos diferentes problemas relacionados à assistência farmacêutica, dependentes do grupo interlocutor, embora não sejam contraditórios (conforme apontado na Figura 10 - Capítulo III). Entretanto, as reais motivações que

levaram a SES a ampliar o incremento financeiro divergem entre os entrevistados, visto que uns alegam ser uma decisão gerada pela demanda dos municípios e outros por ser uma política de visibilidade e com baixo custo. Vale ressaltar que, a despeito da origem dessa ideia, ela guarda relação com o que estava estabelecido pelo Plano 15 como prioridade para a área da saúde.

Para ajudar os municípios. Porque o recurso que vinha da união era insuficiente. Já se tinha um debate grande da importância da autonomia dos municípios, então, como é que você ajudava o município a adquirir mais medicamentos? Era o Estado comprando e entregando ou era o Estado dando uma verba de repasse mensal pra ajudar a cobrir o teto da assistência farmacêutica básica? E aí passou a ser contínuo. [...] já se discutia: se o município recebe dinheiro da União, qual é a contrapartida do Estado para ajudar no papel principal dos municípios que era a atenção básica? E esse debate era nacional de ajudar os municípios, na lógica de quem executava era o município e ainda e é ainda hoje.

Os municípios reclamavam muito da Assistência Farmacêutica, os processos de judicialização da Atenção Básica eram assim, determinados até por promotores, totalmente ilegal e que os secretários de saúde faziam cumprir. Eu dizia que os municípios tinham que ter uma certa disciplina em determinadas áreas que eram prioritárias. Então, esse eixo, foi um eixo que eu acho que foi bem escolhido, quem planejou, quem pensou, foi melhorado consideravelmente através da CIB. Só quero dizer que, depois dessas conquistas, nunca mais se mexeu no co-financiamento da Assistência Farmacêutica, ao contrário, houve uma tendência, da última administração, de se diminuir o valor, inclusive da relação dos medicamentos básicos dos municípios. (O senhor percebe algum viés político sobre esse eixo?) Eu não percebo como um ato político, mas como uma efetivação do SUS, como uma necessidade da Atenção Básica.

Isso aqui, se você for pensar, na realidade é... não era uma demanda significativa, porque eu não lembro nem da mesa da CIB discutindo isso e se você leu as atas todas você vai ver que não tem. É que é uma política que dá visibilidade, na minha avaliação, a baixo custo. Então ela é muito facilmente visível... tinha uma discussão antiga que a gente defendia e que nós só fomos conseguir isso lá na frente, em 2007, que era a criação do PAB estadual. Na realidade tinha que ser um incremento que fosse crescendo anualmente e que isso só foi viabilizado em 2007 e que não entrou como uma descentralização de recursos.

Em relação a essa última descrição, reiteramos a fala do entrevistado quando afirma que a Assistência Farmacêutica não era uma demanda frequente na pauta da CIB. Na leitura das Atas, não encontramos referências a essa discussão. Entretanto, de acordo com o relato de um dos entrevistados, a ascensão desse tema à agenda governamental foi resultado da ação específica do **Conselho Regional de Farmácia**, o qual tinha representação no CES juntamente aos demais conselhos regionais dos profissionais da área da saúde. Segue o relato com destaque para o termo “marca do farmacêuticos”.

*Sim, aí tem a nossa né, a nossa marca, a marca dos farmacêuticos. Quem trouxe, quem fez e inaugurou esse debate, inclusive ano passado comemorou-se os 10 anos da política, foi a política de assistência farmacêutica. Quem trouxe... é uma política que surge do controle social. Surge da participação da sociedade, muito particularmente da **participação dos farmacêuticos**. Teve muito da nossa formulação, da nossa intervenção a respeito de umas teses que nós desenvolvemos, que a **categoria farmacêutica desenvolveu na década de 90 para o enfrentamento dos problemas da categoria que necessariamente precisavam se traduzir numa política**. São 3 ou 4 teses fundamentais: a primeira de que medicamento não é um produto comercial qualquer. É um insumo garantidor da saúde. O segundo: que farmacêutico, necessariamente, tem que ser um profissional de saúde. Terceiro: que farmácia não pode ser um comércio, farmácia deve ser considerada e tratada como um estabelecimento de saúde. E quarta: que a assistência farmacêutica é um direito, ou seja, está lá na 8080 o direito à assistência terapêutica, inclusive farmacêutico. **Com base nisso, a gente formulou a necessidade de se ter uma política para estruturar as ações do sistema**. Conseguimos, em 2003, convocar uma conferência nacional, formular, apresentar propostas e aprovamos em 2004 no Conselho Nacional de Saúde a partir dessa iniciativa de participação do conselho na política nacional de assistência farmacêutica, [...]. **Então tem algo concreto que saiu da participação. Hoje, inclusive, para alguns gestores se tornou um problema porque nós conseguimos materializar, consolidar, inclusive no judiciário, o entendimento que a assistência farmacêutica é um direito. Os tribunais estão congestionados de ações judiciais da população exigindo acesso... então tem um exemplo concreto**. E, boa parte dessas formulações surgiram aqui de Santa Catarina mesmo. Quem criou, quem defendeu, apresentou, coordenou a conferência nacional da assistência farmacêutica foi uma professora da UFSC [...]. Quem foi o primeiro secretário de ciência e tecnologia e mudou a estrutura do Ministério da Saúde para criar o departamento de assistência farmacêutica foi o prof. [...] aqui da UFSC. Hoje, nos últimos 8 anos, o diretor da assistência farmacêutica é o ex-presidente deste conselho, que é o [...]. Se tem alguma que se pode dizer desse período da iniciativa do conselho que prosperou e deu frutos vistosos foi esta.*

Diante do relato fica o questionamento: Qual o real retorno coletivo dessa "marcas pessoais"? O que justifica a necessidade de autoria de uma política pública quando esta deveria pautar-se, somente e sobretudo, nas necessidades coletivas demandadas pela sociedade (e não pela demanda por uma categoria)? Nessa perspectiva, trazemos novamente a afirmação de Gohn (2001), citada por Lubambo e Coutinho (2004, p. 64), quando afirmam que a experiência participativa dos conselhos pode ser tanto resultado de uma "organicidade" de fato quanto resultado da configuração de meras instituições de "papel" com "atuações individualizadas e personalistas, muito distantes de qualquer sentido público propriamente dito".

O **Eixo 2: Incentivo à Assistência Hospitalar** foi reconhecido como uma agenda já estabelecida pelo secretário anterior e que, nesse momento, recebeu incrementos

financeiros e organizacionais, ou seja, tanto um aumento nos valores a serem repassados (de acordo com o Porte do Hospital¹⁰⁸) quanto à reelaboração dos critérios que determinam quais e como os hospitais poderão ser beneficiados. Não obstante, esse eixo, ao mesmo tempo que guarda relação com o Plano 15, reitera uma demanda externa histórica, com ampla permeabilidade na gestão da saúde, que são os prestadores de serviço, em especial os hospitais privados conveniados ao SUS. Entretanto, a despeito das políticas propostas pela SES, o PES, publicado em 2011, ainda menciona que "os hospitais públicos e privados contratualizados têm sido uma preocupação constante do governo, pois além de absorverem quase 70% das despesas públicas em Santa Catarina alguns desses são considerados centros de excelência em determinadas áreas, enquanto outros estão abaixo dos padrões requeridos" (Santa Catarina, 2011, p. 82).

(Nós construímos este eixo baseados) Nas PPIs que já era... começaram a ser implementadas... é que a PPI não veio dos Estados, também vieram de diretriz nacional, então a necessidade da contratualização do Estado com os Hospitais prestadores de serviço. Com o SUS, os contratos que a rede hospitalar tinha eram os antigos contratos do ex-INAMPS, então como é que você vai fazer uma contratualização dos hospitais que eles não queriam ser contratualizados por nós, então nós tivemos que fazer uma contratualização que nós estávamos irregular, repassando recurso para eles sistemáticos, porque todo o mês nós pagávamos a produção, sem contrato com quem era responsável porque os contratos eram do INAMPS... aí nós abrimos edital de contratualização, chamamento público.

O incentivo à assistência hospitalar é uma fórmula encontrada pra se tentar resolver...[...] Por duas razões: a primeira era pela reclamação dos hospitais pela baixa remuneração oferecida pela SUS. A segunda, que é muito pior do que isso, que era o famoso represamento de AIHs. [...] Então, era um eixo onde se colocava uma enormidade de dinheiro, não era pouco, [...] depois de alguns acordos, porque isso foi sendo renovado de ano a ano, eu me lembro que o último que foi aprovado onde se exigiu a obrigação da contratualização dos hospitais que não eram contratualizados, a obrigação de se manter as 4 clínicas básicas, a obrigação... o mínimo de cirurgias básicas... isso já estava colocado no eixo, mas não se cumpria... foi apenas uma forma política, se contentava, se fechava o boca dos hospitais e mesmo assim houve pagamento de AIHs represadas, porque uma vez aderido ao eixo não se podia mais falar em AIHs represadas, mas os hospitais, muito inteligentemente, emitiam as internações porque as internações eram todas elas de urgência e emergência, não eram eletivas. [...] Na verdade, quem provocou essa despesa não foi o Estado, quem provocou foram os prestadores. [...] Então esse é um eixo que pra mim foi estritamente político, embora a gente trabalhou durante todos esses 6

¹⁰⁸ A classificação hospitalar por unidade prestadora de serviços do SUS em Santa Catarina foi aprovada na Comissão Intergestores Bipartite de 29 de janeiro de 2004 e considera como itens de avaliação para essa classificação o número de leitos existentes, o número de leitos de UTI cadastrados, o total de internações, a classificação (clínica básica incompleta, geral, geral/referência ou especialidade) e os serviços de alta complexidade existentes. Para cada item avaliado, uma pontuação é concedida e, assim, o hospital poderá ser classificado como porte I, II, III ou IV (maior pontuação).

*anos na tentativa de impor... se você olhar todas as deliberações que existem sobre incentivo hospitalar você vai ver que a cada ano existia uma nova imposição na tentativa de solucionar, **mas que nunca foi solucionado a ponto de nós formarmos uma deliberação da CIB, uma comissão de secretários municipais e de funcionários da SES para estudar uma forma diferente de aplicação desse dinheiro para custear a deficiência dos hospitais e tentar formar uma política hospitalar, principalmente, dos pequenos e médios hospitais, mas essa comissão nunca foi pra frente por ordens superiores.***

Apesar desta pesquisa não se ocupar da implementação e da avaliação das políticas de saúde, é necessário destacar um relato no qual o entrevistado afirma o porquê este item, mesmo sendo avaliado como ineficiente, não foi removido da agenda governamental. Nesse sentido, conforme relatado no Capítulo III, apesar das tentativas do Ministério da Saúde em estabelecer diretrizes para a atenção hospitalar, como a contratualização com metas e o fortalecimento da capacidade gerencial (e essas tentativas serem reproduzidas pelos entes subnacionais), fatores de “**ordem superior**” como a “lógica pessoal, assistencialista e patrimonialista” superam qualquer força “racionalizadora” presente no SUS. Nesse sentido, acreditamos que essa questão pode ampliar o escopo das causas descritas por Solla e Paim (2014)¹⁰⁹ que buscam explicar a insuficiência dessas diretrizes para alterar os padrões históricos da assistência hospitalar no Brasil.

*O Ministério da Saúde até tentou, fez uma política para hospital de ensino, uma para hospital filantrópico, aquela para hospital de pequeno porte que não vingou, mas assim... **esse incentivo tinha que ser aperfeiçoado...** eu te dou 50 mil... e eu me lembro que eu fiquei muito brava, por quê? Porque eram tantos porcentos era o percentual do incentivo, **só que o cara tem meta a cumprir, ele tem que fazer as cirurgias, ele tem que fazer isso... não, no primeiro trimestre de avaliação já acabaram com a nossa festa...***

(Quem acabou?) **Seres superiores.**

(Ou seja, não foi fiscalizado?) **A gente até acompanhava, mas o não cumprimento das metas não significava tirar o dinheiro do cara.**

(Então o gestor sabia?) **Claro.**

(E a determinação de não cortar o incentivo era dele?) **Sim. É complicado... então eu dou o dinheiro, mas eu tô te dando para isso e não para você ir lá no cabeleireiro pintar o cabelo.**

(Então podemos atribuir a circularidade dos temas na agenda pelo desvio de finalidade que motivou a construção da política? E que a manutenção desses incentivos também comprometem os meus projetos políticos pessoais?) **Com certeza. E aí vem a grande crítica que é a história das políticas de Estado e das políticas de Governo, né? Daí, resumidamente, infelizmente, é que o gestor público, seja ele o**

¹⁰⁹ Solla e Paim (2014) atribuem ao desenvolvimento científico-tecnológico da medicina a reprodução do modelo hegemônico, as distorções da educação médica ‘flexneriana’, a medicalização da sociedade e a inflação de expectativas sociais de consumo médico as principais causas que explicam a insuficiência das diretrizes ministeriais para alterar os padrões históricos da assistência hospitalar no Brasil.

secretário, seja ele o governador ou o deputado, a lógica ainda é muito pessoal, muito assistencialista, muito patrimonialista. E aí prejudica tudo.

*Eu acho que na administração estava sendo assim, recebendo ordens: **olha, vocês não podem tirar o incentivo hospitalar dos hospitais, agora vocês podem fazer as tentativas que acharem necessárias.** Então, o que acontece é que, todas as tentativas que foram feitas, como assinar termo de responsabilidade, fazer programa para a execução da alta complexidade, fazer planos de aplicação desses recursos pelo municípios, exigir a contratualização dos hospitais mas, os hospitais não contratualizavam porque a FEHOESC¹¹⁰ dizia que não era para contratualizar e, mesmo assim, o Estado pagava o incentivo, ou seja, **nada do que se tinha decidido se aplicava, se tinha decisão, se tinha legislação, isso eu cansei de dizer: nós temos uma legislação belíssima, nós temos uma série de resoluções que foram emanadas aqui no consenso bipartite que, se aplicadas, poderiam resolver e muito os problemas do assistencialismo.***

Em relação ao **Eixo 3: Ampliação no Número de Leitos de UTI**, as entrevistas nos mostram que os critérios e as argumentações técnicas conseguiram elevar esse tema ao patamar de problema. A deficiência de leitos de UTI, no Estado, era facilmente apontada por números construídos a partir de parâmetros ministeriais e amplamente debatida nas reuniões da CIB¹¹¹.

Necessidade de leitos em algumas regiões do Estado. A demanda. O dia-a-dia mostrava para a gente que estava faltando leitos. Nos baseamos na portaria 106, se não estou enganada, que nos dava alguns parâmetros do quantitativo mínimos dos leitos de UTI, do total de leitos dos hospitais, criamos um critério de financiamento disso por leito, baseado mais ou menos quanto custaria os equipamentos para aquele conjunto de leitos e multiplicávamos pelos leitos que seriam ampliados. Nós não financiávamos custeio, nós financiávamos os investimentos para ampliar os leitos de UTI. Muitos hospitais tinham 6 leitos e o custo dele mensal era o mesmo que se ele tivesse 10, por quê? São múltiplos de 10 para ter um médico e um enfermeiro pela portaria que estava em vigência na época. Então, quando você colocava para mais 4 leitos, você ampliava o teto, sem aumentar o custo de recursos humanos para aquela unidade hospitalar.

Por exemplo, as que poderiam continuar porque ainda precisam, ou seja, tem demanda: UTI, a questão do incentivo hospitalar. Só que elas foram criadas como um eixo estruturante para uma política na

¹¹⁰ De acordo com a página eletrônica: <http://www.ahesc-fehoesc.com.br/institucional-fehoesc/>, a FEHOESC – Federação dos Hospitais e Estabelecimentos de Serviços de Saúde do Estado de Santa Catarina foi fundada em 11 de agosto de 1995, a partir do SINDHESC – Sindicato dos Hospitais e Estabelecimentos de Serviços de Saúde do Estado de Santa Catarina. Os órgãos fundadores foram os Sindicatos das Regiões Norte-Nordeste, dos Vales, Serrana, Oeste, Meio Oeste, Grande Florianópolis e Sul, que elegeram também o seu primeiro Presidente, Tércio Egon Paulo Kasten, que ainda hoje exerce essa função. Juntamente à AHESC, a entidade assumiu o compromisso de buscar o melhor para a rede hospitalar catarinense.

¹¹¹ Conforme descrito no Capítulo III, em 2004, o PES (2007) apontava para a necessidade de ampliação da capacidade instalada de UTIs visando a regularização desse serviço aos padrões ministeriais. Na época, o Estado contava com 368 leitos objetivando incrementar 40,5% em relação aos leitos existentes e, assim, adequar-se ao parâmetro de cobertura em UTI de 4% de leitos, totalizando 517 leitos.

questão hospitalar e elas tinham que ter desdobramento. Por exemplo, o leito de UTI: bom, a primeira coisa eu vou lá, dou dinheiro e tu constrói, com o dinheiro que eu tô te dando e com os equipamentos, tu vai lá e cata o médico que tu precisa. Num segundo momento, o quê teria que ter? Aí sim, eu tenho essa política e vou aprimorando até que se resolva o problema... eu teria que ter um custeio diferenciado para aquelas UTIs que, efetivamente, resolvem o problema.

Compararam o peixe porque era interessante, dava IBOPE, ou seja, **ela foi construída na visão dos técnicos que têm que resolver o problema, só que ela tinha que ter continuidade,** não é só eu dar dinheiro para eu construir UTI, eu tenho que ter financiamento e ainda tenho que ter financiamento adequado, eu tenho que ter a regulação desses leitos... não adianta.

No entanto, os grandes embates na CIB em torno desse eixo sempre guardaram estreita relação com o credenciamento dos leitos de UTI pelo Ministério da Saúde e, conseqüentemente, a liberação dos recursos para seu custeio. Nesse sentido, os entrevistados afirmam que havia um paralelismo entre a agenda governamental do Estado (construir leitos) e a agenda governamental da União (pagar a produção desses leitos) e que a demora no credenciamento desses leitos pelo Ministério estava diretamente relacionada às solicitações de credenciamento para leitos construídos “equivocadamente”, ou seja, em locais físicos e territoriais que não seguiam os parâmetros estabelecidos pelas portarias ministeriais/estaduais. Para os entrevistados esses “equivocos” guardavam estreita relação com as demandas políticas pessoais nas quais também estavam incluídas as demandas dos novos Secretários de Desenvolvimento Regional.

Porque o Ministério da Saúde nunca admite, mas em todas as políticas desde carros até leito de UTI, ele credencia conforme o fluxo de caixa dele. Sempre quando você, e nossas visitas ao Ministério da Saúde eram mensais, sempre tinha análise de processo. Eles estavam analisando, muitas vezes não era nada, era um pedido de 8 para 10 leitos. **Era a falta de recursos financeiros do Ministério da Saúde, do orçamento deles, que eles não credenciavam por falta de orçamento.** Isso não era só nos leitos de UTI. Isso era de maneira geral.

(Mas quando vocês tomaram esse tema como um item da agenda o Ministério da Saúde tinha conhecimento?) **Sabia, sabia.** O Ministério da Saúde... até porque dentro da política, das portarias do Ministério da Saúde, tem um rito do Ministério, não é o ritmo do município que está. Por alguns motivos: **O principal deles sempre era o orçamental e financeiro.** Aí ele fechava 6 meses, aí você cansava de pedir por favor, aí eles faziam as revisões dos tetos e incorporavam... faziam aquelas portarias publicando... se você perceber tem um conjunto de portarias publicando leitos de UTI em vários Estados. Aí parece que eles pegam um pilha de processos que estavam aguardando e publicavam baseado no recurso que eles tinham para um conjunto de leitos.

O critério de credenciamento (pelo Ministério da Saúde) **ele não demorava e nunca demorou mais dos que 6 meses.** Só que teve um grande problema e principalmente com essa política de descentralização dos leitos de UTI, **que, quando a gente desenhou, a política tinha toda uma lógica que ela tinha que estar localizada em hospital de médio e grande porte, tinha que ter x internações e x cirurgias... só que este critério não foi respeitado e aí entra uma questão politiquiera.**

(Não foi respeitado por quem?) **Pelo secretário** que...e aí eu vou dar o exemplo com nome e sobrenome: **Hospital de Maravilha. Uma titica, que o número de internações era mínimo, cirurgia não fazia e eles foram lá e pediram dinheiro e receberam.** E eu me lembro tão bem eu dizendo assim: eu quero ver como eles vão arranjar intensivista, porque não vão arranjar intensivista para ficar lá com 10 leitos... o cara não tem mais o que fazer em Maravilha.

(Quem fez pressão?) **Secretário e deputado da região. Então, na verdade, os leitos da UTI, o grande problema que se teve é que o próprio critério de onde deveria ter o leito de UTI não foi respeitado.** E aí realmente... eu te digo que se fosse eu Ministra faria a mesma coisa, por quê? O Estado vai lá a dá dinheiro para construir a UTI num lugar que não cabe UTI, o cara não tem intensivista, como é que credencia? Entendeu? Não tinha como fazer isso. E isso que a gente mandava e eles deram algumas abertura, por exemplo: a portaria de credenciamento de UTI dizia que se você tiver o clínico com experiência comprovada em UTI você tem 01 ano para formar um intensivista, ou seja, você vai ter que catar um algum lugar. E tinha gente que passava um ano e eles não arranjavam o tal do intensivista. **Maravilha você sabe a novela que ficou, né? Até 3 meses atrás, eu estive lá [...] para ver um equipamento que eles pediram e ganharam, o intensivista eles ainda não têm.**

Para o **Eixo 4: Redução das Desigualdades Regionais com Aumento do Número de Consultas e Exames Especializados**, as entrevistas nos mostram que, apesar de ter ascendido à agenda governamental e de ser uma tema de pauta constante nas reuniões da CIB, o Eixo não foi implementado. As justificativas para a sua não implementação estavam justamente nos critérios técnicos estabelecidos para a liberação dos recursos, cujos valores baseavam-se nas defasagens da PPI e no valor médio que os exames e consultas custavam em cada região. O exemplo desse eixo mostra-nos que a incorporação de um tema na agenda não significa, necessariamente, que ele será implementado. Para Kingdon (2003), esse tema foi incorporado apenas à agenda governamental sem ascensão à agenda decisional, ou seja, não se encontrava integralmente apto a receber uma decisão.

[...] essa questão das desigualdades regionais que pra mim o nome nem era esse mas acabou ficando... **você via que tinha que aumentar a oferta de consultas e exames lá na ponta** e que o cara vinha pra cá pra ficar esperando no Hospital Celso Ramos 500 anos.

[...] nós também contribuimos **era a a de tentar compensar as defasagens da PPI**, por exemplo, a gente percebia que alocávamos dinheiro para determinados municípios e aquele recurso não era

*consumido, então significava uma déficit de serviços. **Aí a gente fez todo um plano para aumentar o aporte de recursos para os municípios polo das regiões para que eles, nossa hipótese era de que o custo para você ofertar serviços naquelas regiões era maior que o custo SUS. Então, nós tínhamos um adicional que nós alocávamos para os municípios para eles fazerem o compra direta de serviços naquele perfil que a gente queria... que não foi um projeto que foi bem encaminhado, não deu certo, mas você percebe que tem um viés técnico.***

Esse foi o mais difícil e não emplacou. Por quê? Porque... na prática, quando você se propõe a pagar diferenciado para um grupo, o outro grupo reage. Então, assim, quando você paga uma consulta especializada para você garantir a descentralização, porque a dificuldade era a parte ambulatorial, não era tanto a parte hospitalar... então as consultas especializadas, por que a gente tem demanda até hoje? Porque os valores que o SUS remunerava eram insuficientes, o valor que o Estado tinha era insuficiente para fazer frente à demanda dos procedimentos... então, quanto você paga hoje uma consulta? Aí o que a gente teve que buscar para suprir esse eixo? O credenciamento dos consórcios, por que numa região você conseguia comprar a consulta especializada por trinta reais e na outra nem cinquenta chegava, na outra era cem reais e aí o caminho foi o credenciamento e o fortalecimento do consórcio público que para este eixo, vendo hoje, eu veria ele como fortalecimento dos consórcios.

Na tentativa de buscar explicações sobre o porquê esse eixo, apesar de ter sido incorporado na agenda governamental, não ter gerado uma política específica, retornamos às bases teóricas que enunciam as características de um problema que torna possível o desencadear de uma política ou, nas palavras de Kingdon (2003): O que o fez permanecer na agenda governamental sem ascender a agenda decisional? Nesse sentido, Peters (2005), citado por Rocha (2010, p. 98), afirma que, em primeiro lugar, os problemas não são meras questões, podem ser resolvidos ou não. O segundo atributo é a sua complexidade, ou seja, quando o problema está envolto em vários interesses. O terceiro atributo é a escala, isto é, o problema deve ser quantificável para permitir uma política ajustada; em outras palavras, não deve ser um problema abstracto ou teórico. Como consequência o problema deve traduzir-se em um valor monetário já que, em última análise, as iniciativas de solução de problemas ou políticas traduzem-se em uma despesa. Ora, se diante do exposto teórico o eixo se enquadra na categoria de problema, resta-nos analisar qual foi o *lôcus* em que o problema sofreu uma inflexão e os principais motivos dessa reversão. Nesse sentido, resgatamos um relato do gestor da pasta quando ele afirma que, para validar o Eixo 2, um grande embate foi travado com o **Grupo Gestor**, o qual detinha as prerrogativas para a liberação dos recursos que financiavam todas as políticas incorporadas na agenda.

[...] eu provoquei o debate e naquele era o que nós tínhamos nas mãos e com possibilidade real de acontecer.
 (Ou seja, somente o que você tinha governança?) **Isso. Foi muito difícil convencer a Fazenda a liberar os incentivos para os hospitais, mas convencemos. Tiramos dos nossos 12%, mas convencemos.**

Diante do exposto, parece-nos que a existência de **outras arenas decisórias**, formalmente instituídas e não pertencentes às instâncias deliberativas próprias do SUS, podem ter sido as responsáveis pela sua não-ascensão à agenda decisional. Apesar de não existirem relatos que comprovem se a existência dessas arenas foram as responsáveis ou não pela não-ascensão completa desse eixo à agenda, existem afirmações no PES de 2011 que demonstram que a não-implementação do Eixo 2 continuou fomentando os cenários que deveriam ser combatidos pela descentralização pretendida pelo governo Luiz Henrique. Em outras palavras, persiste, em Santa Catarina, a circularidade desse tema em uma agenda sistêmica aguardando, mais uma vez, a oportunidade de entrar na agenda governamental e, assim, possibilitar a efetivação de um dos princípios do SUS: a garantia da assistência.

serviços de média complexidade apresentam déficit em todo o Estado. Os serviços deste nível hierárquico dão resolutividade à rede de serviços com custo moderado, quando comparados aos valores da Alta Complexidade. [...]. Na alta complexidade existe escassez de recursos humanos para atuar nas especialidade inerentes ao níveis secundário e terciário, destacando-se os serviços de ortopedia e neurologia, além da baixa resolubilidade dos serviços ambulatoriais e hospitalares na maioria das macrorregiões de saúde, especialmente na urgência e emergência. Nos serviços ambulatoriais e hospitalares de alta complexidade, evidencia-se o déficit de cobertura assistencial nas especialidades de cirurgia cardíaca, cirurgia ortopédica, terapia intensiva, diagnose em oncologia, assistência farmacêutica de alta complexidade, entre outras. [...]. *O Estado vem envidando esforços no sentido de homogeneizar a oferta destes serviços nas macrorregiões de saúde, com o objetivo de evitar deslocamentos onerosos aos pacientes, definindo nos seus planos estruturantes as referências macrorregionais e apontando as necessidades de investimento para induzir a desconcentração da oferta.* (Santa Catarina, 2011, p. 81, grifos nossos).

No que tange o **Eixo 5: Descentralização de Serviços Especializados com investimento em Ressonância Magnética**, as entrevistas afirmam que este tema foi incorporado na agenda governamental com um forte viés pessoal, visto que não havia critérios técnicos que o sustentassem. Posteriormente a essa decisão coube aos técnicos da SES elaborarem "critérios técnicos" para distribuição desses equipamentos, buscando um alinhamento entre as demandas pessoais com as demandas do sistema de saúde. Como destacou um dos entrevistados: elaboraram-se critérios técnicos para a distribuição

dos aparelhos de Ressonância, porém sem correlacionar com as diretrizes terapêuticas para a solicitação dos exames.

*[...] e a questão da ressonância magnética, **isso aqui foi do próprio secretário, da cabecinha dele**, até porque nós, e quando eu falo nós eu falo do grupo da [...], a ressonância magnética a gente sabia que equipamento nós temos mais que o Estado de São Paulo, por exemplo.*

*(Então esse item, tecnicamente, não tinha embasamento?) Na minha avaliação não. **Tecnicamente não precisava. Mas a decisão foi política.***

*[...] essa questão do investimento em ressonância magnética foi uma coisa que eu sempre considerei absurda. Primeiro porque, nunca se foi pensado numa política, inclusive em nível nacional, em se colocar diretrizes terapêuticas para a solicitação desses exames. Então, o que se via na prática é que o cara passou na frente do consultório com dor no joelho, era um pedido de ressonância... e nós tínhamos um estudo provando isso, de que 90% das ressonâncias magnéticas feitas no Estado eram normais e de que dessas 90% normais a grande maioria era de coluna vertebral solicitadas para fins periciais. [...] **esse foi uma conotação política para se contentar os grandes pedidos de deputados de várias regiões.***

A sequência dos relatos mostram-nos que o viés pessoal estava fortemente articulado¹¹² com interesses políticos e que há uma naturalização dessas interferências, desde que elas não alterem o preceito maior que é a "construção do SUS". A primeira descrição mostra a **agregação de interesses**. Já a segunda, mostra **os benefícios provenientes dessa agregação**. E, por fim, a **naturalização dessas agregações**.

***Eu tomei uma decisão, sem consultar o Luiz Henrique de levar um aparelho de ressonância magnética para Canoinhas**, em detrimento de Joinville, e sofri muita pressão por parte das forças políticas de Joinville e de Jaraguá também que não entendiam por que aquele aparelho ia para Canoinhas e não para Joinville, e **nós provamos para o Governador que se nós fizéssemos isso nós evitaríamos que aquelas pessoas se deslocassem para Joinville, Jaraguá e, até mesmo, para Florianópolis e que aquilo ali ajudaria a descentralização** e ele bateu o pé e ficou com o nosso grupo, mesmo sendo da cidade dele.*

*(Mas você acha que ele te apoiou por compreender os critérios técnicos ou pelo força do seu mandato?) **Pelos dois, mas pesou a questão técnica, ele sentiu da necessidade... ele sentiu.***

*Eu me lembro uma, a de Canoinhas, a **situação do deputado representante da região que vinha todos os dias, seu [...] que infelizmente se reelegeu novamente e a gente tem que conviver com determinadas figuras, dizendo que ele precisava na cidade dele, uma cidade de 50.000 habitantes, de fazer ressonância magnética e, quando o centro ficou pronto, e a Ressonância Magnética foi instalada,***

¹¹² De acordo com Rocha (2010) entende-se por articulação de interesses, a modelização dos mesmos, de forma que se tornem aceitáveis pelo sistema político. Esses interesses podem ser articulados por grupos mais ou menos organizados no qual os partidos políticos e burocracia também estão incluídos.

não tinha recursos suficientes para serem designados e tocarem o MAC. Segundo, não tinham profissionais que quisessem tocar o serviço ao custo que o Estado estava oferecendo. Então, não fizeram pesquisa de mercado nenhuma... quiseram que o profissional fosse trabalhar por 5 mil reais, 8 horas por dia e aí o que aconteceu: o equipamento se tornou um equipamento de luxo para o SUS, numa cota que era pré-determinada pelo Estado através da PPI para a região Norte e que continuou o mesmo problema... a única coisa que mudou é que os pacientes ao invés de esperar e vim fazer em Florianópolis ficaram esperando na fila para fazer em Canoinhas.

Aí, sempre, sempre a gente tem que ver que tem um componente técnico e um componente político que a gente tem que trabalhar junto. Então não adianta dizer que numa gestão pública você não tem que levar em consideração os dois, você precisa levar. Quando foi definido quando nós soubemos que a gente foi lançar isso, a gente soube que o [...] tinha dado a ressonância para Canoinhas, não sei se você lembra desse episódio, por que a ressonância não era para Canoinhas. [...] então se vinha uma pressão política que não tinha cabimento, não passava, não mesmo... as interferências políticas que a gente teve aqui foram de que, por exemplo, os aceleradores lineares iriam para Canoinhas... mas o que é isso no meio de tudo? Nada. Perto de uma região que não tinha, porque o planalto norte também não tinha, entende... a surpresa técnica é que o deputado [...] nos disse na entrada do auditório: Um aparelho vai para Canoinhas. Pronto. Pra gente coube, na hora de fazer os processos licitatórios dizer para onde é que ia aquele aparelho. Mas não teve nem um ferimento maior na pressão política da construção dos planos.

Diante do exposto, é notória a impossibilidade em alterar os relatos repetidamente expostos nos PES de 2007 (p. 19) e 2011 (p. 80) quando afirmam que, no Estado de Santa Catarina, "apesar dos esforços em regionalizar a assistência, persistem disparidades dos serviços ambulatoriais especializados". O que persiste, para nós, é o questionamento: Qual é o parâmetro ético que delimita a naturalização ou a rejeição de uma "surpresa técnica"?

De acordo com o institucionalismo da escolha racional, os indivíduos podem intencionalmente fazer escolhas, visto que não estão meramente seguindo "roteiros" ou regras institucionais ou estruturais, mas são agentes reflexivos. Segundo Cortes e Lima (2012, p. 44) embasadas nas reflexões de Giddens (1989), "os indivíduos são agentes responsáveis por suas próprias ações, embora não possam ser responsabilizados pelas circunstâncias em que fazem as escolhas. Entretanto, quaisquer que sejam essas circunstâncias, sempre há alternativas para eles optarem". Em sentido contrário, para o neoinstitucionalismo sociológico, os atores buscam obter legitimidade ante "às pressões institucionais para que se submetam às regras culturais, às normas, às expectativas, independente das práticas que adotem" (Cortes; Lima, 2012, p. 45). Nessa vertente, mesmo admitindo que os constrangimentos institucionais e eventos macroestruturais

limitem as possibilidades de problemas tornarem-se objeto de política, é fundamental examinar os processos cognitivos e as dimensões normativas envolvidas na formação da agenda governamental.

Confrontando o questionamento anterior com o aporte teórico dessas duas escolas, podemos supor que as possibilidades de respostas que explicam o processo político evidenciado, encontram-se nos limites entre os imperativos cognitivos e os normativos, ou seja, entre as dimensões que legitimam socialmente determinadas formas de conceber e explicar problemas e de considerar moralmente aceitáveis certas ações políticas.

Por fim, em se tratando do **Eixo 6: Regulação do Acesso dos Pacientes aos Serviços de Saúde**, de acordo com as entrevistas, podemos afirmar que foi um problema que ascendeu à agenda de governo e foi implementado, mesmo não compreendendo a totalidade das diretrizes operacionais estabelecidas pela Política Nacional de Regulação. Entretanto, quando nos reportamos ao PES (2011), o próprio documento relata que ainda havia pouca disponibilidade de consultas dos hospitais próprios da SES na central de marcação de consultas, ausência de determinados protocolos clínicos e de acesso que qualificassem as autorizações de procedimentos pela regulação, e, principalmente, a não implantação da política estadual de regulação da atenção à saúde. Não obstante, se o título do eixo foi utilizado de forma equivocada e considerarmos que a intenção da proposta era facilitar o acesso dos cidadãos aos exames médicos, os dados informados pelo Grupo Grupo Cyclops/UFSC mostram que os resultados da política, além de guardarem estreita relação com o Plano 15, podem ser considerados relevantes para o Estado e para o SUS. Entretanto, acreditamos que a apropriação e a utilização prévia da metodologia de trabalho pela UFSC e a necessidade de um pequeno aporte de recursos (quando comparado aos outros eixos) permitiu a fácil conversão da alternativa em problema.

Foi implementado, tanto é que quando a gente teve a influenza A - H1N1 foi a primeira regulação física de leitos de UTI no Estado que foi implantado, que foi baseado já na política.

(O Eixo 6 tinha política ministerial indutora?) ***A regulação sempre teve política ministerial.***

(Por que a política nacional de regulação é de 2006?) ***Mas o controle, avaliação e auditoria eles já controlavam, avaliavam, regulavam... Da marcação de exames, nós já tínhamos implantado em Lages, quando eu era secretária municipal, e tinha mais... tinha mais uma região do Estado. Isso foi melhorando.***

Rocha (2010) diz-nos que a conversão de um fato em um problema depende da forma como as pessoas o veem, isto é, depende de um intérprete. O autor complementa,

ainda, que essa interpretação não é, necessariamente, racional; envolve valores, crenças, ideologias e interesses, pois esses fatores dão forma às percepções da realidade. Nesse sentido, gostaríamos de destacar um tema que pela argumentação técnica não ascendeu à agenda de governo. Contudo, quando retornou ao debate, intermediado por outros atores e em outras arenas, passou a ser considerado um problema.

*Lembro de discussões que a gente fazia, por exemplo, em relação à residência médica. A residência médica é considerada uma especialização, só que ela tem 5.760 horas. Como você pode considerar um plano de carreira que dê vantagem para quem tem especialização com valor igual para quem tem residência médica. Residência Médica é uma especialização com valor muito grande e como nós não somos academia, somos serviço, estimular quem tem residência médica para quem não tem é muito importante para o serviço, ou seja, você induz a qualificação profissional. **Pois fiz uma discussão muito grande e não foi contemplada. Depois o sindicato dos médicos [...] entrou numa disputa grande com a SES, [...], eles ficaram muito incomodados com algumas alterações que foram feitas no plano de carreira e o que aconteceu foi que emplacaram a gratificação que eu imaginava na época que ela deveria ser isonomizada com a gratificação de mestrado. Pois o sindicato numa discussão e negociação dentro da SES conseguiu que ela fosse igualada ao doutorado, ou seja, numa discussão técnica contra interesses políticos ou mais centralistas não houve vantagem para esta tese de uma tentativa de valorizar a residência, mas, depois, numa discussão política...***

Em um segundo momento, o entrevistado complementa sua fala ressaltando o **poder coercitivo** da **Assembleia Legislativa** frente ao governo ao mesmo tempo que explicita, mais uma vez, o quadro persistente de confronto entre os poderes. Esta transcrição guarda estreita relação com o exposto por Kingdon (2003) quando o autor afirma que nenhum desses atores é dominante no processo de construção da agenda, uma vez que estes podem ter seu poder reduzido pela ação de grupos de interesse. Nesse caso específico, o "grupo de interesse" pode ser facilmente identificado.

*Eu também não sei se a **Secretaria não calculava a força dos médicos dentro da Assembleia**, que poderia ter até perdas ou o governo como um todo não imaginava a possibilidade de ter que engolir sapo, **que eventualmente poderia estar acatando decisões que poderiam perder num outro espaço de poder dentro da Assembleia, nas comissões ou como emendas**, mas essas emendas são exatamente essas que eu digo que acabaram passando.. é isso que eu tô querendo te falar.*

*[...] haviam negociações dentro da secretaria que eventualmente a secretaria encaminhava determinados consenso acordos que fazia e **os sindicatos não tinham o que perder. Eles colocavam essas demandas também na mão de deputados que apresentavam emendas e muitas delas depois voltavam para a negociação porque se o Estado não atualizasse seus deputados e autorizasse uma votação eu acho que eventualmente poderia não haver votação, [...].***

O **ano de 2006** inicia-se e, com ele, todas as negociações que antecedem o pleito eleitoral ao governo do Estado e à Assembleia Legislativa. Nesse momento, ocorre a troca do gestor da saúde, visto que seu ocupante sai para disputar as eleições. Em seu lugar, **assume o secretário adjunto** que mantém tanto o corpo diretivo da SES quanto os temas já incorporados na agenda da saúde. Apesar de as prefeituras e as câmaras de vereadores não estarem nessa disputa, os atores municipais ganham destaque uma vez que são considerados estratégicos para que as campanhas eleitorais tenham permeabilidade. Nessa dinâmica complexa, o **COSEMS**, como representante dos municípios na gestão do SUS, **ganha espaço para adentrar às arenas informais** e, supostamente, "participar da tomada de decisão".

Em sua página eletrônica¹¹³, essa instituição diz ter como missão promover e consolidar um novo modelo de gestão pública de saúde busca alicerçado em conceitos como "descentralização" e "municipalização", *romper com a estrutura "centralista" de decisões impostas de cima para baixo que desconsideram as especificidades e as demandas dos municípios*. Pela análise das Atas da CIB, é possível observar um **protagonismo do COSEMS** em torno da política estadual de saúde quando, por meio de uma intensa discussão técnica em torno das políticas estruturantes de alta complexidade publicadas pelo Ministério da Saúde, buscou operacionalizá-las da forma mais coerente possível. Entretanto, as entrevistas revelam-nos que, apesar do seu enfoque democrático, as decisões permaneceram nas **arenas informais** cabendo ao conjunto de secretários e, consequentemente, à CIB apenas a discussão das alternativas.

A política era: vamos discutir o que der, até a essência, até o final, certo ou errado vamos buscar acertar o melhor possível dentro das condições e vou te falar mais: as decisões na verdade eram tomadas por mim e pela [...] lá dentro do gabinete.

Soma-se ao exposto os relatos dos entrevistados quando eles apontam que essa permeabilidade conferida à instituição deu-se, sobretudo, pela postura do seu dirigente, visto que o COSEMS de Santa Catarina ainda não adquiriu a consciência política necessária para consolidar seu papel na estrutura do SUS.

Eu, tenho que ser honesto contigo de novo... pelos antecedentes do COSEMS e pelos precedentes após, realmente acho que depende muito

¹¹³ O histórico do COSEMS de Santa Catarina, bem como sua missão, estatuto e diretoria atual estão disponíveis no site <http://cosems.saude.sc.gov.br>.

de quem estava a frente do comando do COSEMS, de quem realmente queria ver o sistema funcionando.

(E onde esse consenso era construído entre a COSEMS e a SES? Durante a plenária da CIB ou anteriormente a ela?) ***Começava lá nas câmaras técnicas. Depois era com o presidente, porque se você não convencesse o presidente e ele não te convencesse, não adiantava levar para a plenária.***

(Então a decisão também cabia a ele de alguma maneira?) ***Não, não, mas ele tinha que ser, pelo perfil do [...], você tinha que construir consenso com ele.***

Agora, no momento, o COSEMS está novamente dominado pelo governo do Estado e ele tem muito pouca força. É só você olhar a página da SES e olhar qual é a pauta que o presidente do COSEMS fez de pedidos para o novo secretário de Estado da saúde. Você vê se aquilo são reivindicações que deveriam ser feitas numa pauta de discussão entre dois gestores? Porque eu considero que a CIB, como elemento gestora, o coordenador da CIB/COSEMS tem tanta força quanto o coordenador CIB/SES, apenas o que difere é que um é executivo e o outro não, mas que tem que ser respeitado de todas as formas [...].

No cenário nacional, ainda no ano de 2006, um movimento liderado por diversas instâncias que orientam a condução do sistema de saúde público brasileiro pactuou responsabilidades no campo da gestão do Sistema e atenção à saúde, introduzindo um novo modo de produzir e pensar saúde devido à ineficácia das políticas até então executadas. A publicação da portaria GM/MS nº 399, de 22 de fevereiro de 2006, intitulada **Pacto pela Saúde**, trazia uma unidade de princípios que, guardando coerência com a diversidade operativa, prometia respeitar as diferenças loco-regionais, agregar os pactos anteriormente existentes, reforçar a organização das regiões sanitárias - instituindo mecanismos de co-gestão e planejamento regional -, fortalecer os espaços e os mecanismos de controle social, qualificar o acesso da população à atenção integral à saúde, redefinir os instrumentos de regulação, de programação e de avaliação, *valorizar a macro-função de cooperação técnica entre gestores* e propor um financiamento tripartite que estimulasse critérios de equidade no financiamento (Brasil, 2006, grifos nossos). Nesse novo esforço de construção do SUS, surgiram novas arenas de discussão e de decisão: os **Colegiados de Gestão Regional (CGR)**. Esses colegiados objetivaram, sobretudo, fortalecer as relações entre os estados e seus respectivos municípios, por meio da criação de espaços permanentes de negociação para tomada de decisão compartilhada pelos participantes, consolidando, portanto, um modelo de cogestão que preservaria a autonomia dos integrantes, manteria o foco na coordenação federada e fortaleceria as relações intergovernamentais no âmbito do SUS. Apesar da sua implementação em Santa Catarina estar temporalmente vinculada ao ano de 2007, é

importante ressaltar sua origem e finalidade, visto que seus desdobramentos terão reflexos na formação da agenda de saúde do Estado.

Retomando o cenário da **disputa eleitoral**, Luiz Henrique lançou sua candidatura à reeleição apoiado por uma ampla aliança partidária¹¹⁴. Com o slogan de campanha “**A mudança continua (2007 - 2010)**”, o **novo Plano 15** ressaltava as realizações do primeiro mandato como “revolucionárias”, ao mesmo tempo que reafirmava seu compromisso com a continuidade da descentralização.

- i) *prioridade do primeiro mandato de governo, a descentralização revolucionou a gestão pública em Santa Catarina. Sepultou a política centralizadora, personalista e ineficaz. Substituiu decisões autoritárias do governante por decisões democráticas, ágeis e transparentes por meio das Secretarias e dos Conselhos de Desenvolvimento Regional. O sucesso deste modelo reflete-se no resgate da distribuição harmônica do desenvolvimento para todas as regiões;*
- ii) *descentralizar substancialmente as ações finalísticas ainda executadas pelas Secretarias Setoriais, inclusive seus recursos orçamentários; e,*
- iii) Implementar a gestão por projetos nas Secretarias de Desenvolvimento Regional, como instrumento de aumento da eficiência, efetividade e relevância com base em resultados. (Fundação Ulysses Guimarães, 2006, p. 3, grifos nossos).

Para a **área da saúde**, o novo Plano 15 enfatizava que as ações propostas continuariam dando destaque aos aspectos relacionados com a descentralização e a regionalização, contribuindo para sanar as carências ainda existentes e reduzir as diferenças entre as regiões do Estado (Fundação Ulysses Guimarães, 2006, s/p, grifos nossos). Entre as ações propostas no plano, destacamos as seguintes:

- *Ampliar a rede de Telemedicina.*
- *Fomentar a modernização gerencial e tecnológica da Rede Hospitalar do Estado, objetivando a otimização do desempenho, profissionalização da gestão e ampliação do acesso da população.*
- *Buscar o fortalecimento do controle social do SUS, através da capacitação permanente dos Conselhos Estaduais e Municipais, fornecendo subsídios para operacionalização das propostas e ações provenientes deste fórum.*
- *Ativar os complexos reguladores em todas as mesorregiões do Estado, garantindo, através de protocolos clínicos e Medicina Baseada em Evidência, o acesso dos pacientes a exames de média e alta complexidade.*
- Promover a expansão e consolidação da Estratégia de Saúde da Família e Agentes Comunitários, com a participação de equipes multiprofissionais para a atuação na atenção básica dos municípios, buscando a integralidade da atenção.

¹¹⁴ A aliança partidária que sustentou a campanha do candidato Luiz Henrique era composta pelos seguintes partidos políticos: PMDB, PSDB, PFL, PPS, PRTB, PAN, PHS e PT do B.

- Promover a descentralização e implantação dos Centros de Vigilância em Saúde.
- Fortalecer a Escola Estadual de Saúde Pública como agente de capacitação permanente, desenvolvimento e qualificação dos recursos humanos para o SUS.
- Consolidar Santa Catarina como o Estado da Federação com o melhor desempenho na captação de órgãos e tecidos para transplante no país e como o maior transplantador proporcional à sua população nos próximos 4 anos.
- *Investir em tecnologia e equipes técnicas para tornar Santa Catarina independente em relação a procedimentos de Alta Complexidade.*
- *Intensificar a estruturação da Assistência Farmacêutica Estadual para garantir o acesso da população aos medicamentos cuja dispensação esteja sob sua responsabilidade.*
- Incentivar e investir em municípios estratégicos para a implantação de pronto atendimento 24 horas, em conformidade com a Política Nacional de Atendimento Integral as Urgências.
- Ampliar o atendimento móvel de urgência com novas equipes e manter a capacitação dos seus técnicos através dos Núcleos de Educação Permanente em Urgências.
- Investir no Centro Catarinense de Reabilitação.
- Garantir a cobertura vacinal no Estado.

De acordo com Abrucio e Filippim (2010, p. 223), a estratégia das coligações foi acirrada para o segundo turno das eleições e, somente com a ampla coligação partidária formada, foi possível ao candidato Luiz Henrique levar adiante o projeto de implantação das SDRs que criara no seu primeiro mandato. Nas palavras dos autores, “viu-se, no período eleitoral, uma intensa movimentação dos membros das SDRs em torno da reeleição de Luiz Henrique e da continuidade do que denominavam de descentralização em Santa Catarina”. Em outubro de 2006, **Luiz Henrique foi eleito com 52,71% dos votos válidos**. Esse fato é considerado histórico na política catarinense, pois foi a primeira vez que um governador é reeleito no Estado.

GOVERNADOR			
ELEITO			
Partido	Número	Nome	Votos
001	PMDB 15	Luiz Henrique da Silveira	1.685.184
NÃO ELEITO			
Partido	Número	Nome	Votos
002	PP 11	Espeditão Amin Helou Filho	1.511.918
COLIGAÇÕES			
Nome		Composição	
SALVE SANTA CATARINA		PMN / PP / PRONA / PV	
TODOS POR TODA SANTA CATARINA		PAN / PFL / PHS / PMDB / PPS / PRTB / PSDB / PT do B	
RESUMO DO CARGO			
Nome			Votos
Votos Nominais			3.197.100
Votos Nulos			278.770
Votos em Branco			57.406

Quadro 8 - Resultado das eleições para o governo do Estado de Santa Catarina, segundo turno, 2006

Extraído de: TRE/SC¹¹⁵.

A despeito de todos os obstáculos expostos, para os entrevistados desta pesquisa, esse **primeiro mandato** foi considerado **democrático, inovador e potencializador** dos princípios organizativos do **SUS**.

*Esse primeiro governo do Luiz Henrique foi um governo dinâmico, internamente, ou seja, as **políticas públicas me pareceram serem valorizadas dentro do governo**, inclusive as ações e por mais que hoje possa se criticar a descentralização hoje, na época, era uma inovação de gestão, não dá pra negar.*

5.2 SEGUNDA NARRATIVA: A ELEIÇÃO DE LUIZ HENRIQUE DA SILVEIRA E SEUS DESDOBRAMENTOS

Assim que tomou posse, o governador Luiz Henrique, em 13 de fevereiro de 2007, encaminhou à Assembleia Legislativa a terceira Reforma Administrativa. O projeto que também tramitou em regime de urgência era composto por 209 artigos, 14 anexos e 206 páginas, revogava duas leis e instituíra mais seis Secretarias Regionais, totalizando **36**

¹¹⁵ Disponível em: <http://www.tre-sc.jus.br/site/eleicoes/eleicoes-antiores/2006-geral/2a-turno/index.html>. Acessado em 05/07/2015.

SDRs. Após 37 dias de tramitação, em 7 de maio, o projeto foi convertido na **Lei Complementar nº 381/2007** (Santa Catarina, 2007). Na Exposição de Motivos do Comitê Gestor, anexado ao projeto de Lei, justificou-se: “dentro dessa nova reestruturação as Secretarias descentralizadas passarão por uma reengenharia, *de modo a ajustar o tamanho do seus quadros*, com as necessidades de cada microrregião”, tendo no Índice de Desenvolvimento Humano o “critério para distribuição de recursos públicos de forma regionalizada e por função governamental” (Santa Catarina, 2007, p. 4, grifos nossos).

De acordo com os entrevistados, a **ampliação do número de SDRs de 30 para 36** foi uma estratégia política utilizada para acomodar os aliados políticos¹¹⁶ e garantir que aspirações políticas do candidato Luiz Henrique tivessem sucesso. Soma-se ao descrito que essa acomodação de interesses revelou conflitos entre os atores estratégicos da arena política e os que empreendiam a reforma levando muitos destes a deixarem o governo.

Na reeleição, ele teve que fazer uma ampla coligação e abrir espaço para todo aquele povo onde o secretário queria tal secretaria... acontece um loteamento do poder e nesse loteamento do poder é claro que o governador vai ficar com uma fatia daquilo que ele não abre mão, se eu abrir mão disso, eu não vou ser o governador. Mas naquela máxima: vão-se os anéis e ficam-se os dedos, foi o que ele fez. [...] No segundo mandato ele ficou refém do processo político, como hoje a gente tem no Brasil.

[...] na realidade a descentralização que no primeiro mandato significou na lógica que vamos construir uma nova forma de governar, num segundo voltou aos tupiniquins... então agora eu crio mais cargos, mas dou para os meus aliados e os meus aliados garantem. E isso, na realidade, trouxe um bom fruto para o Luiz Henrique. Ele conseguiu fazer o sucessor [...] e se eleger senador, ou seja, a política de descentralização pelo menos, para ele, deu certo. Se elegeu, se reelegeu.

Te confesso que, em 2005, as modificações foram politicamente aceitáveis, assim, numa visão técnica, dava para aceitar. A de 2007 aí degenerou já, de uma forma... se alterou demais, criaram-se 36 secretarias de desenvolvimento regional, aí eu disse: olha, passou a ser brincadeira, não é assim... aí eu comecei a ver que o processo estava degenerando.

Na reforma da reforma que foi feita em 2007, que eu iniciei e que depois eu saí [...]. Saí por que vi que... eu entendo que o técnico tem que aceitar as questões políticas, mas tudo tem um limite e, partir do

¹¹⁶ Ao final do segundo mandato do governador, o Estado de Santa Catarina possuía 65 secretarias que, para um Estado que representa 1,13% do território nacional, é considerado, proporcionalmente, o Estado da federação com maior número de secretarias. Nesse período, também contabilizou-se 796 cargos de provimento em comissão regulamentados também pela Lei n. 381, lotados na administração direta, estando 413 à disposição das SDRs, o que representa 51, 8% do total de cargos.

momento que este limite foi ultrapassado, eu vi que eu não teria nenhuma razão de continuar nesse processo e, por isso, eu me afastei.

A de 2003 que criou o modelo, a de 2005 que seria a grande reforma e a de 2007 já foi um arranjo. Eu, inclusive, cheguei a fazer... parafraseando o Rui Barbosa, um pouco meio chateado, uma jornalista veio me questionar o porquê que eu fava saindo e eu: olha, tem tanto burro mandando no homem inteligência, que era o governador, que eu cheguei a pensar que burrice é ciência. Como eu sei que burrice não é ciência eu tô saindo. O Luiz Henrique, inclusive, ficou muito chateado comigo, ficou um tempo sem falar comigo, mas, enfim... só pra te dizer que, de fato, em 2007, a minha participação foi só no arcabouço, mas o que tem lá dentro eu não participei.

Para Abrucio e Filippim (2010), essa ampliação da fragmentação da abrangência das SDRs, passando de 30 para 36, revelam indícios de que tenham obedecido a interesses de lideranças regionais que deram sustentação ao governo tornando-se o grande pacto de sustentação do segundo mandato. Para os autores: “o que se pode inferir é que em Santa Catarina **a descentralização** é também sinônimo de **regionalização política**”. Na fala dos entrevistados desta pesquisa também há o questionamento sobre a validade e a necessidade dessa ampliação, uma vez que atendeu a critérios não revelados à sociedade.

Porque, na verdade, se fosse para ter essa descentralização, o projeto da macro ou uma mexida muito sutil resolveria o problema da descentralização.... mas não foi isso que eles foram atrás e a prova, na minha avaliação cabal de que essa descentralização foi usada depois, na sequência como um trampolim político foi: como eu passo... primeiro eu tenho 29, depois eu vou para 30 e para 36... o quê que mudou? O que mudou na conjuntura deste Estado que justifique essa ampliação? Não tem.

Os Secretários de Estado do Desenvolvimento Regional eram nomeados pelo governador, obedecendo a critérios de indicação pelos partidos da coalizão política que governava Santa Catarina e, conseqüentemente, de interesses desses grupos em cada região. Nesse sentido, ocorria apoio eleitoral recíproco, ou seja, “a lista de candidatos que competem nas eleições locais pode ser escolhida pelos dirigentes do partido do governo central; em contrapartida, as autoridades locais podem desempenhar um papel chave na seleção dos candidatos para as eleições governamentais do governo central” (Rodden, 2005, citado por Abrucio; Filippim, 2010, p. 223). Fato que comprova o exposto é a análise pela variável da carreira político-partidária dos Secretários indicados pelo governador quando observou-se que, dos 36 Secretários, 24 eram filiados ao PMDB, 7 eram filiados

ao PSDB e 5 eram filiados ao DEM (antigo PFL), justamente os partidos da coalizão dominante (Abrucio; Filippim, 2010).

Quando em 2010, Abrucio e Filippim propõem-se a analisar o papel do governo Estadual na experiência catarinense de descentralização, os autores afirmaram que a atuação do governo do Estado no processo de articulação regional foi percebido de diferentes formas, dependendo do lugar político-partidário de onde falava o entrevistado. Quando estes eram situacionistas, pronunciavam-se publicamente favoráveis à aproximação do governo nas regiões por meio das SDRs. Entretanto, os mesmos entrevistados que ressaltavam os resultados positivos também assinalavam a influência de interesses políticos locais sobre a tomada de decisão do governo do Estado afirmando que as SDRs funcionavam como uma "forte estrutura político-partidária, pois os cargos são de livre nomeação, ou seja, cargos de confiança indicados pelos partidos que compõem a base do governo, equacionando assim o problema de compra das decisões políticas e uma estrutura de apoio de cabos eleitorais" (Abrucio; Filippim, 2010, p. 223). Quando transportamos esse cenário para a saúde, o **"loteamento" dos cargos** também foi sentido pelos entrevistados os quais o descreveram como uma **força negativa** para uma possível **agenda positiva e democrática da saúde**.

Na minha avaliação, esse segundo mandato... e aí provavelmente porque a colcha de retalhos aumentou muito, os participantes no jogo poder, ou seja, na base aliada do governador... eu acho que ele ampliou bastante... isso a gente percebia não nos cargos que estavam dentro da SES, mas nas dificuldades que a gente tinha nas SDRs, por exemplo... que daí ele puxava pra ele dificuldades assim... de você ir para Chapecó e o cara te botar na sala dele e dizer que aquilo não era pra dizer para o Hospital por que o Hospital era um grande aliado, entendeu?

[...] e outra coisa que também fica muito gritante neste processo, como alguma coisa que 'melecou' tudo no meu jeito de ver, é que os próprios adversários que desciam o pau no cabide de emprego não tiveram como acabar com esse cabide de emprego, por quê? Na realidade, tu deu tanta força lá, na realidade tu deu tanto força lá, aquela pessoa que era pra ser o alvo da descentralização, ele centralizou tanto o poder dentro dele mesmo que ele vinha e conversava diretamente com o governador, passando por cima, inclusive, dos outros.

Esse último relato mostra-nos que o processo de ruptura da dinâmica institucional provocada pela ascensão desses Secretários, iniciado ainda durante o primeiro mandato do governador Luiz Henrique, gerou **novos conflitos** com os Secretários Setoriais quando esses atores, agora mais empoderados politicamente, passaram a disputar a centralização do poder decisório. Esse confronto pelo poder também ultrapassou a linha

demarcatória entre a **decisão política** e a **decisão técnica** a partir do momento em que os burocratas da SES ficaram impedidos de atuar nas suas funções ao mesmo tempo que continuavam a executar atividades que já deveriam estar descentralizadas.

*A impressão que eu tinha na época e que continuo tendo é de que as **SDRs ficam muito mais politíqueiras**, pra não dizer politizadas porque não era essa palavra, e, com isso, eles tinham mais interferência... **então a descentralização, na realidade, acabou sendo, tendo um revés muito grande porque você descentraliza, mas o cara que está lá na ponta fazendo a descentralização ele também centraliza nele próprio**, na pessoa dele e, isso, na minha avaliação, tinha muito a ver com a questão política-partidária dos indicados que ocupavam estes cargos.*

*Outro levantamento que a gente fez na época também é que ia te dando uma indignação porque **você participou de um primeiro processo muito democrático**, que tu via frutos e de repente tu começa a ver... **a sensação de quem tava lá dentro era de: nós fomos enganados e bem enganados, entendeu?** Porque tu começa vendendo esse peixe e daqui a pouco mais esse peixe já te engoliu e já está tomando forma e já era muito maior que o centro que eu queria descentralizar.*

*(Houve dificuldade na tomada de decisão?) **Com certeza. Dificuldade na tomada de decisão, dificuldade nas ações, inclusive. Eu cansei de dizer pro secretário do momento: é minha obrigação, se você não quiser fazer nada não faça, mas eu não posso alterar resultado de auditoria por que vai prejudicar o sujeitinho que está lá sentado na SDR, sinto muito.***

*[...] inclusive, isso era uma briga nossa porque você tem toda uma lógica de descentralização, **você dá um empoderamento para o camaradinho que está lá na regional de saúde, na SDR, só que a coisinha básica que ele tinha que fazer não faz, ele diz que não tem pessoal, que não tem capacidade técnica para fazer e isso assim, coisas básicas, ridículas... o processamento, por exemplo, de todos os hospitais, se mantém centralizado porque as regionais não tem quem faça.***

*[...] o que houve e o que nós criticávamos duramente era o descaso de algumas gerências de saúde, descaso de algum secretários regionais de saúde que estavam ali simplesmente por questões meramente políticas e também a falta de conhecimento de muitos gerentes regionais de saúde... isso realmente foi uma coisa que me deixou muito preocupado e tem que ser revisto. **Eu sempre digo que saúde não se brinca porque morre gente.***

Analisando esse cenário fica o questionamento: não é paradoxal perceber a perda do poder de decisão, mensurar negativamente os seus reflexos e, ao mesmo tempo, ampliar o número de "instâncias decisoras"? Conforme os depoimentos que se seguem podemos responder ao nosso questionamento.

*Em princípio, **mas se você observares aumentou o número de regionais, mas reduziu o poder delas. Quer dizer, tu aumenta o número de regionais mas como cabide de empregos e não mais como***

processo de descentralização. *Pra que eu, deputado, pudesse colocar os meus cabos eleitorais pendurados na secretaria.*
 (E como diminuiu o poder de decisão?) **Diminuindo o orçamento das regionais.** *Tu podes ver na história de 2005, quando começa, os orçamentos eram extremamente descentralizados e depois vai caindo. No atual governo, foram drasticamente cortados os orçamentos das regionais. As regionais não têm mais poder. Os conselhos de desenvolvimento regional nem mais se reúnem, por quê?*

É claro que eu procurei trabalhar com as Secretarias Regionais, fazer as coisas via secretaria, eu procurava.... mas você não muda o modelo com uma lei, né? Então o processo cultural de administração centralizava continuava, as SDRs não tinham muita autonomia, na época... agora muito menos... tinha que ter um orçamento claro, definido, distribuído... os orçamentos eram centralizados, quem distribuía os recursos, na prática, era primeiro a secretaria da fazenda e depois a secretaria central.

Nesse momento, torna-se importante enfatizar dois pontos fundamentais que questionam a descentralização pretendida para Santa Catarina: **o orçamento descentralizado** e a atuação dos **Conselhos de Desenvolvimento Regional**. Estudos como o de Souza et al. (s/d) e Abrucio e Filippim (2010, p. 225) apontam que foi difícil precisar qual o poder decisório conferido às SDRs sobre o **orçamento** pertinente a sua região de abrangência. Segundo os autores, “o desenho atual da participação das SDRs no orçamento é o seguinte: o Conselho de Desenvolvimento Regional levanta as necessidades regionais. Dessas necessidades levantadas, o Conselho define prioridades que são encaminhadas ao governo estadual que as contempla (ou não) no orçamento”. Entretanto, apesar de o Plano Pluri-Anual (PPA) da região ser montado por toda a estrutura de governo em cada região, só coube às SDRs decidir sobre a aplicação de despesas fixas, visto que sobre os recursos de investimentos só era permitido decidir dentro do percentual orçamentário definido pelo governo estadual e obedecendo às fontes de recursos pré-estipuladas (Abrucio; Filipim, 2010). Nesse sentido, quando se diminuem os orçamentos das regionais e se limitam a utilização desse recurso, o governo diz claramente onde está o *locus* da autoridade e, assim, contrapõem-se a lógica da descentralização¹¹⁷.

Em relação aos **Conselhos de Desenvolvimento Regional**, nesse segundo mandato, pode-se afirmar por meio dos relatos dos entrevistados que estes se tornaram

¹¹⁷ Em termos de orçamento, Faletti (2006) afirma que, quando na descentralização administrativa, se as receitas não forem transferidas do centro para cobrir os custos da administração e provisão de serviços, não podemos falar em descentralização fiscal, ou seja, há uma descentralização parcial ou incompleta.

meros **"burocratizadores"** de um poder de decisão que continuava centralizado na secretaria setorial ou no grupo gestor¹¹⁸.

*Eu te diria que **você percebia pouco a presença das SDRs...** como eu te coloquei, o poder, apesar de você ter um quadro administrativo que levava o poder para as regionais, o poder continua centralizado, **o poder de decisão continua centralizado...***

(Mesmo com a presença do Conselho de Desenvolvimento Regional?)

Mesmo. Porque o Conselho, ele funciona como uma instância que tem que dizer um sim pra todo mundo. O Conselho não funciona como um lugar que tem 1.000 reais e tem um pedido de 10.000 e ele tem que dizer qual é os 1.000 que ele vai gastar.

(Mas essa não era a lógica da sua concepção?) **Mas ele nunca funcionou assim.** O Conselho, primeiro o SDR tinha que arrumar os 1.000 reais, ele escolhia os 1000 e levava lá pro Conselho referendar... **era só burocrático... ele não teve nenhuma eficácia. Os Conselhos sempre tem eficácia porque, quando tem Conselho, nunca se faz um absurdo... eles têm essa capacidade de impedir alguns absurdos ou eventualmente numa questão muito polêmica, mas não tem eficácia no sentido de ter poder... ele não tem poder nenhum e o secretário regional também muito pouco.**

Considerando, novamente, que a participação e o controle social são apontados pela literatura como elementos-chave para um processo de descentralização e que este pode ser favorecido em cenários onde há tradição associativista, cabe a reflexão sobre a reversão desse processo em Santa Catarina. Para Abrucio e Filippim (2010), o ponto de inflexão estava na concentração de poder nas instâncias centrais e pelo controle da máquina política posta em ação pela estrutura de sustentação da coalização dominante nas SDRs. Para os entrevistados desta pesquisa, a resposta a esse questionamento perpassa pela não institucionalização das novas práticas de gestão propostas pelo governo Luiz Henrique.

*Ele teve dificuldade de consolidar esse modelo porque tu pensa assim: são quatros Is. O primeiro I é da ideia, da intuição. O segundo I é da interpretação: você interpreta isso com um conjunto de pessoas, com os deputados, com as pessoas que têm algum poder pro pessoal assumir a tua ideia... é o I da interpretação. **Claro que na interpretação, a ideia original já vai sendo modificada, mas não tem problema.** E aí, depois, eu incorporo isso, faço uma integração, no caso de um projeto de lei complementar pra mudar a estrutura da administração pública de Santa Catarina. **Mas o quarto I, que é o mais importante, é o que não funcionou, que é o I da institucionalização porque só tens uma coisa consolidada quando ela é institucionalizada.** Então, nós fomos até a integração num projeto de lei que depois foi modificado e entrou o atual governo, mudou a lei complementar... manteve alguma coisa e flexibilizou outras, enfim... em mudando o governo em Santa Catarina o grande projeto de descentralização do Luiz Henrique foi por água abaixo.*

¹¹⁸ Ressaltamos que o Grupo Gestor, nesse segundo mandato, permaneceu em vigência pela publicação do decreto nº 005, de 17 de janeiro de 2007.

Como consequência da publicação da portaria GM/MS nº 399 em 2006, no ano de 2007, iniciaram-se, no Estado, os primeiros movimentos para a institucionalização das novas configurações prescritas pelo Pacto pela Saúde, incluindo a formação dos **Colegiados de Gestão Regional**. Essas novas instâncias deliberativas deveriam apresentar-se como uma importante estrutura para o desenvolvimento e para o aprimoramento das relações intergovernamentais, visto que proporcionariam um espaço institucional para o desenvolvimento da cooperação entre os agentes governamentais na articulação dos seus serviços de saúde. Para consolidar esse propósito, a atuação desses Colegiados deveria estar articulada com a **CIB** a fim de garantir institucionalidade aos acordos intergovernamentais estabelecidos. Assim, diante dessa nova instituição e da necessidade de organizar-se um **"fluxo deliberativo"** entre essas arenas, a CIB/SC determinou, por meio de ato deliberativo, que os assuntos discutidos no CGR só ascenderiam à reunião ordinária da CIB para homologação quando seu conteúdo estivesse restrito ao ambiente loco-regional e não alterasse o desenho das políticas estaduais. Caso contrário, os temas discutidos só poderiam ser indicados, ascendendo a pauta da CIB em um segundo momento. De acordo com os entrevistados, as deliberações oriundas dessas novas arenas, diferentemente das decisões dos Conselhos de Desenvolvimento Regional, não conflitavam com a agenda governamental da SES e tampouco se constituíram como um elemento de coerção para os atores envolvidos no processo de formulação da agenda. Parte desse "não-conflito", pode ser justificado pela relação que se estabeleceu entre **CDR, CGR e CIB**, a qual era baseada em uma **"cooperação homologatória"** de decisões políticas prévias, cabendo à CIB, quando possível (em virtude das prerrogativas contidas em seu regimento interno), negar algumas solicitações que contrariassem os princípios do SUS.

[...] então, como que eram feitos esses convênios? Passava no CDR, eles eram aprovados, evidentemente eles eram aprovados de acordo com a vontade política porque eram conselhos iminentemente políticos, não eram conselhos técnicos infelizmente. Só se tinha política nesses conselhos e depois ia pro CGR e no CGR, raras vezes, elas vinham no dia da reunião, às vezes até atrasados, passando o dia da reunião, pedindo pra que a gente assinasse a aprovação de tal projeto porque senão não entraria na deliberação da CIB, porque a CIB precisava fazer a homologação, apenas isso, a CIB não podia contrariar uma decisão do CGR. Se o CGR resolvesse fazer qualquer construção de qualquer atividade, a única coisa que podia fazer era aprovar ou não. (Houve conflitos entre as CDR, CIR e CIB?) Não houveram conflitos, não que eu me lembre. Houve questionamentos, houve reprovações de alguns convênios que nós achamos incabíveis, como, por exemplo, a concessão de equipamentos para municípios com verbas do Estado

através de convênios para municípios que não tinham a menor condição de ter operadores. Houve conflitos grandes também com o Estado em relação a equipamentos grandes fechados na caixa e que continuam hoje. Se você fizer uma força tarefa e vai ver, vai encontrar inúmeros estabelecimentos públicos ou que estão usando os equipamentos públicos para uso particular, tanto é assim que essa discussão depois de um tempo chegou na CIB e que foi obrigatório colocar nos convênios, por imposição da CIB, que não se realizasse pelo menos 70% dos exames através do SUS, o bem teria que ser devolvido. Mas porque não poderia ser devolvido? Porque existia a contrapartida do município, era convênio, o município fazia a contrapartida e você teria que devolver o dinheiro para o município para recolher... o município era proprietário, ele fez a contrapartida.

Segundo Abrucio (2006), “as **parcerias intergovernamentais** não podem ser fruto do domínio de uma instância em detrimento da autonomia da outra ou das demais”. O mesmo autor salienta que, para manter o controle mútuo e a negociação em um ambiente federativo, a chave encontra-se justamente nas **relações intergovernamentais**. Dessa forma, a integração e o compartilhamento de ações e de decisões conjuntas deve ocorrer em um ambiente permeado por muito diálogo, persuasão, negociação, acordo e consenso, os quais são paradoxais aos conceitos de mando e imposição. No caso catarinense, as parcerias intergovernamentais estiveram diretamente atreladas às relações político-partidárias estabelecidas entre os atores.

Apesar do exposto, a formatação dos CGR trouxeram um novo recorte para o mapa de Santa Catarina, visto que foram formadas 16 instâncias no Estado¹¹⁹ as quais seguiam, mais ou menos, a lógica do PDR de 2002. Nesse momento, o governo de Santa Catarina trabalhava simultaneamente com 4 recortes diferentes em seu mapa político: 36 SDRs com 36 gerências de saúde e 36 Conselhos de Desenvolvimento Regional, 18 regiões de saúde (PDR de 2002), 21 Associações de Municípios e 16 Colegiados de Gestão Regional. A Figura 16 ilustra parte dessa fragmentação quando apresenta o recorte das 36 SDRs em contraposição com os CGR (representado pelas cores no mapa) no ano de 2008.

¹¹⁹ Os primeiros 15 CGR foram aprovados pela CIB no ano de 2007. O 16º só foi encaminhado para aprovação no ano de 2009, após a discussão no Estado do novo desenho para o PDR da saúde.

Figura 16 - Configuração dos Colegiados de Gestão Regional x desenho administrativo do Estado após a publicação da Lei Complementar 381/2007
Extraído de: Santa Catarina (2009).

Diante desse quadro, é inevitável o questionamento: Como operar um sistema tão complexo quanto o SUS, repleto de interesses e institucionalidades, diante de tamanha fragmentação? Para nossos entrevistados, essa lógica político-administrativa era conflituosa e não permitia qualificar o Sistema de Saúde.

[...] mas depois, quando foi para 36, aí, de fato, não tinha mais nenhuma capacidade de sustentar tecnicamente módulos populacionais tão pequenos. E com a ideia do pacto, a partir de 2006, com a ideia de módulos regionais minimamente... então isso aí reforçou a ideia de que há um limite técnico para a gente ficar produzindo... as 36 produziram uma fragmentação muito grande para a lógica da saúde e isto aí, para nós, foi um processo que foi ruim. Eu acho que essa lógica de você trabalhar com instrumentos de planejamento ajuda você a perceber variáveis, gera diagnósticos mais qualificados, alinha com variáveis que são novas ou eram impossíveis há alguns anos e agora nós incluímos e isso nos dá um panorama diferente para a gente pensar no futuro... eu acho que sempre nós tivemos área de planejamento qualificada aqui na SES e no Estado... agora que eu acho que ela está sendo suprimida pela fazenda, pela lógica da arrecadação...

Apesar da lógica fragmentada, a SES “caminhava” no sentido de dar continuidade às ações implementadas durante o primeiro mandato. Prova dessa afirmativa está no resgate de uma entrevista publicada na mídia eletrônica, quando o novo secretário de

Estado da saúde¹²⁰, reeleito deputado estadual com 44.432 votos, reafirma seu compromisso com a descentralização e com a política de saúde descentralizada.

Figura 17 - Prioridade da SES para o segundo mandato do governador Luiz Henrique, segundo reportagem mídia eletrônica, 2007

Extraído de: Jornal A Notícia¹²¹.

Entretanto, ao mesmo tempo que o gestor da SES mantém a agenda já estabelecida, um novo problema passa a receber a sua atenção: Como estimular a ida de **médicos especialistas** para o **interior do Estado**? Para o secretário, a resolução dos problemas anteriormente elencados como prioridade só conseguiriam êxito (consolidar o modelo de descentralização) com a descentralização conjunta de profissionais que operem a tecnologia até então financiada pela SES. Somado ao exposto, tornava-se também necessário **ampliar a cobertura da ESF**, visto que uma atenção básica, como porta de entrada do sistema de saúde, pode ser capaz de resolver pelo menos 80% dos problemas de saúde (Turrini et al., 2008). Ressaltamos que essas duas questões estavam presentes na agenda de prioridades para a saúde do novo Plano 15. O relato de um entrevistado, acrescido da reportagem publicada ilustram essa discussão.

¹²⁰ O deputado reeleito retornou ao cargo de Secretário de Estado da Saúde em 26 de janeiro de 2007.

¹²¹ Disponível em: <http://www.an.com.br/2007/fev/17/0des.jsp>. Acessado em: 10/07/2015.

Levar o médico para o interior do Estado

Secretário admite dificuldade de oferecer atendimento especializado em todas as regiões

OLIVER ALBERT

Estimular a ida de médicos especializados para o interior do Estado é um dos principais desafios na área da saúde em Santa Catarina. A redistribuição dos profissionais para todas as regiões exigirá também a oferta de estrutura adequada para esse atendimento. A lista de carências do setor aponta para necessidade de investimentos em frentes que vão do atendimento preventivo até o de alta complexidade.

O deputado estadual reeleito Luiz Eduardo "Dado" Cherem (PSDB), que reassume o comando da Secretaria Estadual da Saúde no dia 26, tem em mãos um "check-up" das prioridades do setor e uma previsão de entrada de R\$ 1,39 bilhão em recursos estaduais e federais para administrar em 2007. Encabeçam a lista de desafios o fortalecimento do Programa de Saúde da Família (PSF) – que reduz a demanda por consultas especializadas e caras – e a melhoria da qualidade do atendimento hospitalar. Há carência de leitos – a média catarinense de 2,5 leitos por mil habitantes está abaixo da nacional (2,66 por mil habitantes) – e de profissionais em todo o Estado. Investimentos em equipamentos e compra de remédios também disputam espaço no ranking de prioridades.

De todos, o principal problema a ser enfrentado é a falta de médicos com especialidades nas cidades do interior. Ao contrário dos grandes centros, como Florianópolis e Joinville, por exemplo, os municípios localizados principalmente no Meio-oeste e Sul recebem menos de 1% do total de atendimentos de alta complexidade. Isso significa que essa parte da população quase não conta com assistência em áreas como cardiologia e neurologia. Para ter acesso a exames, como ressonância magnética e tomografia computadorizada, e acompanhamento, como reabilitações e terapias especializadas, os moradores dessas regiões são obrigados a enfrentar longas viagens.

"Sem dúvida, esse é o nosso maior desafio e vamos trabalhar para resolver isso", garante Cherem, que comandou a Secretaria da Saúde no primeiro mandato de Luiz Henrique da Silveira (PMDB). "A questão é que não há poucos médicos especializados em SC. O que precisa ser feito é a redistribuição desses profissionais para essas regiões menos atendidas", explica Jânio Silva, 52 anos, presidente do Sindicato dos Trabalhadores de Saúde Pública e Privada (Sinsau-SC).

Ampliar o número de profissionais está na pauta de prioridades. Cerca de 90 vagas devem ser preenchidas em breve por médicos através de concurso.

"Mas em algumas regiões, o problema é maior. No Hospital Materno-infantil, de Joinville, por exemplo, há a necessidade de contratar 1,2 mil pessoas", cobra Silva.

Figura 18 - Prioridade da SES para o segundo mandato com enfoque para atendimento médico especializado e fortalecimento da atenção básica, segundo reportagem mídia eletrônica, 2007
Extraído de: Jornal A Notícia¹²².

Muito antes de ter o "Mais médicos aí no Brasil, nós estávamos criando uma proposta que não prosperou de fazer algo parecido, mas com médicos brasileiros, especialistas, que iam para o interior do Estado e com incentivo nosso. Nós pagaríamos uma quantia x, os municípios pagariam uma quantia x e nós teríamos especialistas em otorrino, oftalmo, neuro que era uma especialidade bem difícil, gastro, para aquelas regiões. Nós íamos começar um projeto piloto em Xanxerê. Infelizmente, por questões financeiras, não foi possível e também eu estava saindo da SES e não foi dado continuidade, mas o projeto estava sendo muito bem elaborado, muito bem discutido. Eu queria fazer... porque, na verdade, tava começando a instituir a profissão de médico com carreira no Estado... nossa ideia era mais ou menos esta, fazer com que eles rodassem o Estado e, depois, quando se aposentassem, se aposentassem com salário diferenciado, eles não iam ter escolha de município, eles seriam mandados para os locais que nós achávamos que era necessário, mas eles não iam fazer clínica médica, eles iam assumir as especialidades.

¹²² Disponível em: <http://www.an.com.br/2007/fev/17/0des.jsp>. Acessado em: 10/07/2015.

Apesar das soluções encontradas para reverter a “ambulâncioterapia” parecerem complementares, é importante lembrar a afirmação de Escorel et al. (2007) e Giovanella et al. (2009), citadas por Borges e Baptista (2010, p. 39), quando as autoras nos dizem que “a busca pela integralidade da atenção e pelo papel da ESF de reordenadora do modelo de atenção passa também pelo enfrentamento da mercantilização dos níveis de atenção mais complexos”. Ou seja, na sua essência, os problemas elencados podem ser completamente divergentes e resultarem em políticas de saúde controversas.

Outro ponto que merece destaque está em uma particularidade do relato anteriormente transcrito, quando o entrevistado nos diz que, “infelizmente, por questões financeiras não foi possível e também eu estava saindo da SES e não foi dado continuidade, mas o projeto estava sendo muito bem elaborado, muito bem discutido”. Apesar de ter sido incorporado à **agenda governamental**, o problema não ascendeu à **agenda decisional**, em outras palavras, o problema não se encontrava integralmente apto a receber uma decisão. Quando nos reportamos ao primeiro mandato do governador Luiz Henrique, vimos que o **Eixo 4** da Política de Saúde Descentralizada também não foi implementado, apesar de ter alçado a prerrogativa de problema e ter sido incorporado à agenda governamental da saúde. Novamente, as **questões financeiras** justificaram a não implementação. Diante da repetição desses cenários, questionamo-nos o quão potente é a questão financeira a ponto de decidir se um problema encontra-se apto ou não para receber uma decisão. Ora, se a política de incentivo hospitalar (Eixo 2) era, proporcionalmente, o eixo com o custo mais elevado, por que essa “prerrogativa financeira” não se fez valer?

Apesar de não existirem relatos que justifiquem a queda desse tema da agenda governamental, existem afirmações no PES de 2011 que demonstram que a não-implementação desse eixo continuou fomentando os cenários que deveriam ser combatidos pela descentralização pretendida pelo governo Luiz Henrique. Em outras palavras, persiste, novamente, em Santa Catarina, a circularidade desse tema em uma agenda sistêmica, aguardando, mais uma vez, a oportunidade de entrar na agenda governamental e, assim, possibilitar a efetivação de um dos princípios do SUS: a garantia da assistência.

Na alta complexidade existe escassez de recursos humanos para atuar nas especialidade inerentes ao níveis secundário e terciário, destacando-se os serviços de ortopedia e neurologia, além da baixa resolubilidade dos serviços ambulatoriais e hospitalares na maioria das macrorregiões de saúde, especialmente na urgência e emergência.[...]. O Estado vem

envidando esforços no sentido de homogeneizar a oferta destes serviços nas macrorregiões de saúde, com o objetivo de evitar deslocamentos onerosos aos pacientes, definindo nos seus planos estruturantes as referências macrorregionais e apontando as necessidades de investimento para induzir a desconcentração da oferta. (Santa Catarina, 2011, p. 81, grifos nossos).

Para Borges e Baptista (2010), a definição de prioridade na agenda política remete a uma compreensão de que há um interesse do governo na resolução de um problema, ou pelo menos, de demonstrar que há um interesse em resolvê-lo. Contudo, deve-se considerar que nem sempre a definição de prioridade vem acompanhada de uma análise política de viabilidade, de um projeto de sustentabilidade ou de um interesse real de enfrentá-lo. Ao contrário, estudos de análise política têm se dedicado a mostrar que existem incongruências entre as fases de uma política em um distanciamento cada vez mais crescente entre a chamada fase de formulação e a de implementação da política, evidenciando as inconsistências no momento da formulação. Portanto, depreende-se que, entre a eleição de uma prioridade e a construção de viabilidade de uma política, há um conjunto de variáveis e circunstâncias a considerar que não se apresentam no simples enunciado de prioridade. Para as autoras, esse caminho descrito remete ao momento de **implementação** de uma política, quando há uma reformulação dos pactos e a busca (ou não) de respostas concretas aos problemas que se apresentam. Nesse caminho para a construção da viabilidade de uma política, põe-se em cena os diferentes atores participantes e induz à formação de uma base institucional que possa dar sustentação e continuidade aos processos políticos definidos (institucionalmente).

Diante do exposto, outra dúvida surge: Por que os processos políticos definidos institucionalmente e incorporados à agenda governamental não ascendem a agenda decisional? É realmente a ausência de uma base institucional concreta que determina essa fragilidade? O *lôcus* desse questionamento está nas multiplicidades de arenas e atores que permitem definições “contraditórias” sobre os problemas que devem realmente estar na agenda de um governo? Nesse momento, só conseguiremos supor que as possibilidades de respostas que explicam o processo político evidenciado encontram-se nos limites entre os imperativos cognitivos e os normativos, se considerarmos a existência de arenas e de atores externos à dimensão do SUS os quais concebem e explicam os problemas a serem priorizados de forma completamente alheira aos princípios e aos valores que o sistema encerra, conforme afirmamos em páginas anteriores.

Vamos retomar ao ano de 2007, à política de saúde no cenário nacional e aos seus desdobramentos no Estado de Santa Catarina. A publicação do **Pacto pela Saúde**, já

mencionada no primeiro mandato do governador Luiz Henrique, estabelecia como prioridade a atenção básica, reafirmando “a estratégia da Saúde da Família como modelo de atenção básica à saúde e como centro ordenador das redes de atenção à saúde no SUS” (Brasil, 2006). Entretanto, para prosseguir nesse intento, era necessário reverter tanto o financiamento da média e alta complexidade para a atenção básica quanto os fluxos de encaminhamentos na rede de atenção. Nesse sentido, a criação do **Piso da Atenção Básica (PAB)**¹²³ foi uma importante estratégia de institucionalidade da política, dado que introduz uma lógica de financiamento que desatrela o faturamento da produção aportando recursos regulares e diretos para que os municípios pudessem investir nos procedimentos localmente definidos como prioritários para a prevenção e a promoção da saúde. No Estado de Santa Catarina, a criação de um **PAB Estadual** também foi incorporado à agenda governamental e tinha como prerrogativa **co-financiar a atenção básica dos municípios**. Apesar do paralelismo entres as agendas federal e estadual, não conseguimos identificar se a ascensão desse item na agenda foi por uma indução ministerial ou pela “demanda” constante provocada por instâncias deliberativas estaduais do SUS, especialmente pela CIB.

*[...] por exemplo, tu tirar 7 milhões que você poderia usar para investir para ti e resolver que isso vai lá para o município para ajudar na atenção básica, para ele pegar a escadinha, pintar o posto, fazer o que ele acha que tem que fazer na unidade básica dele. **Começava com 7 milhões e não iria parar. A cada ano tu agregar 7 milhões de reais é importante. Nós pagamos os 28 milhões.***

*[...] eu participei dentro da política estadual de saúde porque todas as resoluções que melhoraram, com exceção de algumas, por exemplo, algumas conquistas que até hoje persistem como a conquista do co-financiamento da Atenção Básica, as melhorias que foram feitas gradualmente, as conquistas da Assistência Farmacêutica e as melhorias que foram feitas e foram cumpridas, então muitas das coisas eu me sinto gratificado, mas vou te dizer uma coisa com toda a honestidade: **se não fosse o COSEMS cutucar o Estado e fazer com que o Estado efetivamente cumprisse com aquelas decisões e fizesse cobrança diuturnamente, ter pulso forte e firme e em determinadas coisas não se faziam concessões [...].***

¹²³ O Piso da Atenção Básica (PAB) consiste em um montante de recursos financeiros federais destinados à viabilização de ações de Atenção Básica à saúde e compõe o Teto Financeiro do Bloco Atenção Básica. O PAB é composto de uma parte fixa (PAB fixo) destinada a todos os municípios e de uma parte variável (PAB variável) que consiste em montante de recursos financeiros destinados a estimular a implantação das seguintes estratégias nacionais de reorganização do modelo de atenção à saúde: Saúde da Família (SF); ACS; Saúde Bucal (SB); Compensação de Especificidades Regionais; Núcleos de Atenção à Saúde da Família (NASF), Saúde Indígena (SI); e Saúde no Sistema Penitenciário. Os repasses dos recursos dos PABs fixo e variável aos municípios são efetuados em conta aberta especificamente para essa finalidade, com o objetivo de facilitar o acompanhamento pelos Conselhos de Saúde no âmbito dos municípios, dos estados e do Distrito Federal (Brasil, 2009).

Entretanto, quando observamos o desdobramento que essa política teve nos anos posteriores (2008 e 2009), como a constituição dos NASF/SC¹²⁴, podemos concluir que as **lacunas assistenciais** deixadas pelas portarias do Ministério da Saúde, associadas à relativa permeabilidade do COSEMS (que mantinha o mesmo presidente eleito em 2005¹²⁵), direcionaram a construção de uma **agenda governamental** voltada ao **fortalecimento dos serviços de saúde nos municípios**¹²⁶. Contudo, conforme relato dos entrevistados, o plano da “interferência” continuava na fase de operacionalização e não da decisão, ou seja, manteve-se o *lôcus* decisório anteriormente estabelecido.

Nós tínhamos um pacto com a secretária [...] e com o secretário de que nós não iríamos interferir nas políticas, nós iríamos propor ações. Por exemplo: o NASF é uma política de saúde? Se nós considerarmos a fundo o NASF é uma política de saúde, mas nós colocamos no título do NASF como uma política de saúde instituída pelo Estado com modificação do "modus operandi" em SC, por isso que ele ficou denominado NASF/SC. Hoje, esse exemplo foi copiado pelo Estado, o Estado federalizou os NASF e todos os NASF foram federalizados. Em Santa Catarina, todo o dinheiro que era destinado ao NASF e que não era pouco, não foi repactuado nessa última pactuação do co-financiamento da Atenção Básica... não sei como isso vai ficar... assim, acho que, em algumas coisas, o Estado não teve fôlego pra fazer as coisas que deveria fazer, não tinha pessoal capacitado.

Outro desdobramento da Lei Complementar nº 381 no âmbito da saúde foi a necessidade de **reformulação do PDR de 2002**, visto que a nova fragmentação político-administrativa do Estado, compartilhada com outros recortes anteriormente relatados, inviabilizava sobremaneira a execução das políticas de saúde. Para esse fim, ainda no ano de 2007, constituiu-se uma comissão formada por representantes da SES, das Regionais de Saúde e do COSEMS, a qual fomentou diversos encontros presenciais e virtuais para discussão e debate entre os participantes. Em 2008, como resultado desse processo, foi apresentado um documento-base em que se definiam as novas diretrizes do **PDR/2008**¹²⁷, ao mesmo tempo que se identificavam as regiões e macrorregiões de

¹²⁴ Os NASF/SC obtiveram investimento estadual na perspectiva de ampliar a abrangência das ações da atenção básica, bem como a sua resolubilidade, apoiando a inserção da ESF na rede de serviços. Essas estruturas estaduais surgiram com o objetivo de cobrir uma lacuna da portaria ministerial GM nº 154 de 24 de janeiro de 2008 a qual impossibilitava municípios com menos de 8 equipes de ESF credenciarem-se no NASF federal.

¹²⁵ Até o ano de 2010, a presidência do COSEMS manteve-se representada pela mesma pessoa.

¹²⁶ A evolução dessa agenda específica está descrita no Capítulo III desta tese - O Contexto da Pesquisa.

¹²⁷ De acordo com Santa Catarina (2008) o PDR/2008 ampliou os critérios para regionalização da assistência, aprovados no PDR/2002, revistos e atualizados no PDR/2005 e 2007, adequando-os à realidade das novas estruturas da administração estadual.

saúde. Na mesma oportunidade, foi publicizado o desenho das redes de alta complexidade aprovadas no período 2005 - 2008, apontando as necessidades de adequação da rede aos pressupostos da regionalização.

Nesse documento, os conceitos de **macrorregião de saúde** e de **região de saúde** foram alterados com destaque aos parâmetros populacionais que justificam cada conceito e que estavam ausentes no PDR de 2002.

MACRORREGIÃO DE SAÚDE – formada por uma ou mais regiões de saúde organizada e estruturada para atender à parte da Média Complexidade que se evidencia como mais complexo e à Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar. Não possui município sede e sua definição depende de cumprimento de critérios que levam em conta serviços de alta complexidade instalados, população referenciada e investimentos feitos pelo Estado por meio de convênios. *Deve atender às diretrizes estabelecidas neste documento de no mínimo 300.000 habitantes.*

REGIÃO DE SAÚDE – base territorial de planejamento da atenção à saúde, não necessariamente coincidente com a divisão administrativa do Estado a ser definida pela SES, de acordo com as especificidades e estratégias de regionalização da saúde no Estado, considerando as características demográficas, socioeconômicas, geográficas, sanitárias, epidemiológicas, oferta de serviços, relações entre municípios, entre outras (Santa Catarina, 2002). *A região de saúde deve atender às diretrizes estabelecidas neste documento e ser referência para uma população mínima de 100.000 habitantes, podendo ser formada por mais de um município de referência.* (Santa Catarina, 2008, p. 126, grifos nossos).

Os Mapas 7 e 8 representam, respectivamente, a divisão das novas **21 regiões de saúde** e as **9 macrorregiões** no Estado de Santa Catarina no ano de 2008. É importante observar que, apesar da sua reelaboração estar diretamente vinculada à terceira reforma administrativa (Lei complementar nº 381), a construção do território da saúde no Estado estava, mais uma vez, completamente desvinculada do desenho político-administrativo. Essa repetição de contexto reforça o observado durante o primeiro mandato: a formação de **agendas governamentais distintas**. Entretanto, a frágil interlocução que havia entre elas (materializada na presença de um interlocutor entre o grupo Cicerus e a SES) já não estava mais tão evidente, o que conferiu à **agenda estadual da saúde**, nesse momento,

uma correlação mais próxima da **agenda ministerial** do que da **agenda política-administrativa do Estado**.

Mapa 7 - Divisão das regionais de saúde no Estado de Santa Catarina, 2008
Extraído de: Santa Catarina (2008).

Mapa 8 - Divisão das macrorregiões de saúde no Estado de Santa Catarina, 2008
Extraído de: Santa Catarina (2008).

O documento-base do PDR/2008 foi aprovado pela CIB, por meio da Deliberação nº 092/08 no dia 3 de julho de 2008 e foi apresentado ao CES na reunião do dia 29 de outubro de 2008. A aprovação final do documento na CIB ocorreu em 20 de novembro de 2008 e no CES em 3 de março de 2009. Essa temporalidade foi exposta com o objetivo de mostrar que, a despeito dos embates anteriores entre CIB e CES, parecia haver, nesse momento, um **fluxo bem estabelecido e respeitado entre as instâncias**. Fomos buscar nas atas do CES alguma indicação que justificasse tal sentimento. Encontramos um relato na Ata da 146ª reunião ordinária do CES, realizada em 24 de setembro de 2008 que pauta a realização de uma reunião prévia entre membros do CES e da CIB com os seguintes encaminhamentos:

Ficou acordado o seguinte fluxo entre a CIB e o CES: Todas as pactuações realizadas na CIB, após reuniões, serão enviadas ao CES para conhecimento e homologação. Em caso de uma determinada pactuação necessitar por parte da plenária de um maior esclarecimento, será solicitado explicações à CIB. Tudo o que for políticas, planos e relatórios de gestão que envolvem a gestão do SUS estadual e a SES, serão encaminhados antes ao CES, sendo que somente após aprovados é que as pactuações de estrutura e organização do sistema serão discutidas e aprovadas na CIB. Tudo o que se relaciona com a gestão municipal especificamente, permanece sendo objeto de apreciação e aprovação pelos respectivos conselhos municipais. O conselheiro [...] disse que esses encaminhamentos são o primeiro passo para se ter o fluxo correto das ações do CES e CIB, cabendo, se necessário, alterações no decorrer dos trabalhos. A Presidência da sessão submeteu os encaminhamentos à aprovação em Plenário, o qual aprovou os encaminhamentos que determinam o fluxo das tramitações na CIB e CES, por unanimidade. (CES, 2008, grifos do autor).

Vale ressaltar que, nas atas das reuniões (ordinárias e extraordinárias) do CES posteriores a citada, nenhum outro relato sobre esse tema foi encontrado.

Por fim, é necessário destacar algumas falas dos entrevistados desta pesquisa quando revelam suas opiniões sobre a descentralização empreendida na totalidade do governo Luiz Henrique e seus reflexos sobre a agenda governamental da saúde construída no mesmo período.

Na minha avaliação ele acabou numa autofagia... a partir do momento que faz uma descentralização e que ela dá certo, num primeiro momento, por quê? Porque você descentraliza a ação, mas você também descentraliza poder e foi isso que aconteceu. Num segundo momento, quando tu já vem com uma outra ótica de descentralização que é muito mais pensado no futuro em termos políticos, eu acho que ali sepultou o processo... porque aí você centralizou de modo inverso, você centralizou de lá pra cá... então era o cara lá da 'SDRzinha' de Maravilha, do 'cuxixó do mundo' que tinha poder pra chegar

aqui e dizer pro deputado que ele queria duas ambulâncias para o município dele... pro deputado, pro secretário, para qualquer um.

*A questão da descentralização, por exemplo, nós discutimos diversas vezes. O [...] me chamou no seu gabinete e disse: [...], como é que nós vamos botar especialista lá no meio-oeste? Eu disse: [...], vamos fazer através do Consórcio, assim, assim... vamos fazer o consórcio legalizado, vamos pagar de acordo com o mercado, você (SES) vai contribuir com tanto... cheguei a fazer até uma apresentação ao Governador e o governador aprovou e isso não saiu do papel. Aí, quando assumiu o novo secretário, alguém tirou esse troço engavetado e colocou de que isso poderia ser feito não através dos consórcios, mas através das policlínicas regionais. Aí como não deu certo, o Estado emitiu uma medida provisória, que é a 190, prometendo R\$ 0,30/habitante/mês para que o município compre o exame, mas ele vai comprar o exame aonde? Se na região dele não tem? Ele vai comprar o exame porque ele passou lá na frente do doutor e o doutor resolveu pedir um exame de ressonância magnética, não tem um protocolo de diretrizes e ele vai ter que pagar... ou porque o cara para fazer perícia precisa fazer ressonância magnética da coluna lombar... quer dizer, não vai funcionar a descentralização dessa forma. **A descentralização vai funcionar na hora em que a gente realmente preencher os vazios assistenciais e fazer de uma forma tal em que haja uma governança, quer seja através das redes e aí se justifica fazer...** nós estamos sem PDI aprovado, nós estamos com o PDI de 2002... não foi aprovado até o hoje um novo PDI... se aplica o dinheiro a medida... basta ver que o atual secretário foi fazer uma visita para o Hospital Misericórdia e liberou 100 mil reais... então... que política nós temos? [...] E as centrais de regulação que se discute não é de agora, em 1995 a gente já discutia isso... a questão da regulação não é de agora.*

*Mas alguém não tinha que estar lá e quem teria que fazer esse papel teria que ser a gerência de saúde (vinculada as SDRs): olha, meu senhor, tem aqui a lógica de diminuir a ambulâncioterapia, a lógica que o paciente fique aqui. Esse entraves que eram: **eu descentralizo, mas eu descentralizo o poder nu e cru e não a concepção da palavra, ou seja, aquele poder mesmo marrento, né? Que o cara faz porque ele pode fazer, mas ele faz da cabeça dele, porque ele também não sabia necessidade de coisa nenhuma.** No caso de Maravilha, o hospital foi lá e pressionou, o Hospital tinha baixíssima internação e achou que botando UTI o cara ia ganhar dinheiro... bom né?*

Ao finalizar essa segunda narrativa, finalizamos também o tempo histórico de um governo que buscava, em seu plano de ideias, uma "forte reestruturação" para o Estado de Santa Catarina. Reestruturar para "descentralizar" e, assim, combater práticas "personalistas", "autoritárias", reprodutoras das velhas formas "polítiques de submissão via concessão de favores". Uma reestruturação que tinha como "imagem-objetivo" um modelo muito distante das nossas práticas/cultura políticas, mas que almejava a democratização das ações e a sua transparência. Durante essa trajetória governamental, vários fatores interferiram em seu processo de construção, sejam eles: arenas, atores, definições diversas sobre problemas prioritários, decisões superpostas e poderes paralelos. Ao mesmo tempo que os dados obtidos nos revelavam a existência desses fatores, inúmeros questionamentos foram feitos na tentativa de compreender o motivo

pelo qual a proposta acabou em uma “autofagia”, sobre os porquês das suas inflexões, sobre as causas do não alcance dos resultados pretendidos, sobre a circularidade de temas nas agendas públicas.

Quando nos propomos, neste estudo de caso, analisar o “Estado em ação”, observamos que esta “ação” não pode ser compreendida somente nos seus aspectos normativos e de intervenção direta, visto que esse movimento é marcado por paradoxos e contradições, relacionados tanto com as características da estrutura estatal quanto com as respostas de outras diversas instituições ligadas aos problemas colocados. Observamos também que, apesar de as ações estatais geralmente incluírem instâncias e dispositivos reguladores e legitimadores, estes não são necessariamente utilizados de uma forma coerente ou convergente. Nesse sentido, concluímos que a imprevisibilidade dos resultados de uma política pública, perpassando pelo processo de formação da agenda, pode ocorrer por uma multiplicidade de motivos. Em relação às **arenas** e aos **atores**, esses motivos podem estar relacionados com às seguintes perspectivas: 1) o processo de produção dos atores sociais é múltiplo e variado, não sendo possível prever a transformação das questões sociais em problemas políticos a serem objeto de intervenção do Estado; 2) a interpretação feita pelos atores sociais não é, necessariamente, racional: envolve valores, crenças, ideologias e interesses, pois esses fatores dão forma às percepções da realidade; 3) é impossível prever exatamente o comportamento dos diferentes atores às políticas de Estado, principalmente quando esses atores competem pelo poder de decisão; 3) as políticas se operam em contextos de incerteza e, nessa perspectiva, é necessário separar a capacidade de elaboração da capacidade de execução das políticas; 4) é necessário considerar as múltiplas arenas formais e informais existentes em uma rede decisional e, diante dessa multiplicidade, temos que relativizar as suas capacidades frente as suas perspectivas legais.

Em relação aos **interesses** que permeiam as “ações”, a imprevisibilidade pode estar relacionada aos seguintes aspectos: 1) os atores nem sempre estão de acordo com os possíveis ganhos (pessoais e coletivos) que as políticas encerram; 2) que o não-alinhamento entre os objetivos pretendidos pela “ação” e os interesses diversos dos atores envolvidos aumentam a possibilidade das políticas não obterem a cooperação necessária para a sua sobrevivência; 3) que os benefícios historicamente acumulados com a manutenção do *status quo* institucional também devem ser considerados quando na construção de uma agenda governamental. Nesse sentido, apoiamo-nos em Bobbio et al. (2004) quando os autores afirmam que o princípio da descentralização, enquanto valor

e tema específico da administração pública, só pode ser compreendido a partir do lugar em que atua, visto que

cada um encontra na descentralização aquilo que considera mais oportuno e conveniente encontrar, conforme se verifica com frequência também nos nossos dias. Como a descentralização pode identificar-se com várias ideologias, é importante verificar quais são estas num determinado momento histórico, numa sociedade com um determinado desenvolvimento social, visto que somente deste modo será possível estabelecer se a descentralização se efetua ou se em seu lugar atua uma descentralização fictícia e aparente, cujas motivações profundas devem ser pesquisadas. (Bobbio et al., 2004, p. 333, grifos nossos).

Diante desses apontamentos é possível aproximar os significados atribuídos ao conceito de **interesse** com o de **personalismo**, tantas vezes utilizado nesta pesquisa. O que esse conceito representou neste estudo de caso? Quais os desdobramentos que a relação entre os termos gerou para a perspectiva da **participação** e da **democracia**?

Para subsidiar essa discussão, faz-se necessário discutir brevemente as concepções de democracia e o caso brasileiro. De acordo com Guimarães (2008), durante o processo de redemocratização do país, o modelo de democracia minimalista proposto por Shumpeter (1983) não se fez aceito pelos principais setores coletivos da sociedade brasileira, sendo também alvo de críticas¹²⁸ entre as democracias já consolidadas. Um dos principais fatores que contribuíram para a sua não aceitação foi o anseio da sociedade civil em se tornar parte do processo de deliberação das políticas públicas, além da rejeição ao modelo centralizador desenhado pela história política nacional, sobretudo na figura do executivo federal. As críticas à concepção minimalista de democracia representativa vão do pluralismo¹²⁹ à concepção deliberativo-participativa,

¹²⁸ A crítica às concepções minimalistas centra-se fundamentalmente na sua incapacidade de garantir, como o método de seleção de líderes pela população em geral, que haja limites para as ações dos representantes, qualidade das políticas executadas e responsividade política por parte dos eleitos. O problema da representação se coloca a partir de um hiato que se cria entre representantes e representados, um vez que o mecanismo eleitoral mostra-se falho (Guimarães, 2008).

¹²⁹ A concepção pluralista inspira-se em Weber (1992) ao considerar que existem vários centros de poder dispersos na sociedade e, nesse sentido, o poder não está nas mãos das elites políticas, mas, sim, disperso pelos diversos centros de poder, representados por associações, grupos e entidades da sociedade, que representam os mais diversos tipos de interesse. Essa proposta alternativa ao modelo representativo minimalista baseia-se na necessidade de que os governantes se preocupem com as demandas dos diversos segmentos que se organizam na sociedade e, dessa forma, consigam realizar uma democracia realmente participativa na sociedade. Entretanto, a perspectiva pluralista não ultrapassa a participação institucionalizada por meio do voto (Guimarães, 2008).

passando pelo modelo institucionalista¹³⁰. De acordo com a autora, essas concepções/ modelos surgem no pós-guerra e se apresentaram como uma posição contra-hegemônica de democracia. Contudo, "a maioria dessas concepções não rompe com o procedimentalismo de Shumpeter, mas vinculam a este procedimento uma visão crítica capaz de promover, na democracia, um aperfeiçoamento da convivência humana" (Santos, 2001, citado por Guimarães, 2008, p. 39).

Para além desses modelos propostos, considera-se que o processo de redemocratização brasileiro, apesar do forte viés oligárquico, foi capaz de incorporar, devido a fortes pressões provenientes dos movimentos sociais e da esquerda, algumas críticas propostas por uma perspectiva de democracia participativa e deliberativa¹³¹. Essa perspectiva tem em Jürgen Habermas o autor que abriu espaço para que o procedimentalismo passasse a ser pensado como prática social e não como método de constituição de governos. Além disso, Habermas inovou ao propor uma combinação do melhor de duas concepções dominantes de democracia: republicanismo cívico e liberalismo. Dentro da perspectiva do republicanismo cívico, ele propõe desenvolver a participação na democracia, em relação ao liberalismo ele enfatiza as regras das instituições e da lei (Guimarães, 2008). Dessa análise comparada, Habermas retira o que denomina ser uma **democracia deliberativa**, ou seja, uma concepção democrática por meio da ênfase na capacidade do discurso.

[...] a teoria do discurso não faz realização de uma política deliberativa depender de uma cidadania coletivamente capaz de ação, mas sim da institucionalização dos correspondentes procedimentos e pressupostos comunicativos. Essa teoria já não opera com o conceito de um todo em um sistema de normas constitucionais que regulem o equilíbrio de poder e o compromisso de interesses de modo inconsciente e mais ou menos automático, conforme o modelo da troca mercantil. [...]. A teoria do discurso, diferentemente, conta com a intersubjetividade de ordem superior de processos de entendimento que se realizam na forma institucionalizada da deliberações, nas instituições parlamentares ou na rede de comunicação dos espaços públicos políticos. (Habermas, 1995, p. 47-50).

¹³⁰ A perspectiva institucionalista propõe uma crítica que se preocupa fundamentalmente com a ausência de limites para com seus representantes. O sistema eleitoral livre e competitivo, descrito pela proposta minimalista de democracia, não consegue atingir os seus objetivos e formar um governo virtuoso. Dentro da perspectiva institucionalista, a transformação de um governo eleito democraticamente em um regime democrático se dá no momento em que um conjunto de mecanismos institucionais de controle precisam ser criado para garantir responsividade por parte dos representantes políticos. Nesse sentido, a democracia e a qualidade da representação devem ser pensadas e aprimoradas do ponto de vista da criação de instituições, as quais devem ser inseridas, para um maior controle dos governantes pelos governados. Entretanto e novamente, a concepção não consegue ultrapassar a perspectiva de representação exclusivamente durante o processo eleitoral (Guimarães, 2008).

¹³¹ Trata-se de uma concepção que fundamenta a idéia de que a legitimidade das decisões políticas se ancora na perspectiva da deliberação pública de um conjunto de cidadãos livres e iguais (Costa, 2003, citado por Guimarães, 2008, p. 42).

Diante do exposto, cabe acrescentar que essa “intersubjetividade” é formada, de acordo com Habermas, por meio de discussões e sucessivos entendimentos que se institucionalizam em deliberações (seja por meio de instituições parlamentares ou de uma rede de comunicação em espaços públicos políticos). Tais comunicações e discussões são (ou deveriam ser) **desprovidas de sujeito** (personalidade, indivíduo), o que possibilita (ou possibilitaria) a constituição de espaços “[...] nos quais se pode dar uma formação mais ou menos racional da opinião e da vontade acerca de temas relevantes para a sociedade como um todo, e acerca das matérias que precisam de regulação” (Habermas, 1995, p. 50). Essa possibilidade conferida à intersubjetividade, foi um dos principais elementos introduzidos por Habermas, quando permitiu aos movimentos sociais promover a institucionalização da diversidade cultural, visto que esta não se faz representar de modo satisfatório pela via partidária tradicional. Nesse sentido, os movimentos sociais seriam importantes pelo propósito de transformar práticas dominantes predecessoras, ao propor uma ampliação do conceito de cidadania, por meio de uma ampliação da possibilidade de participação política. Segundo Guimarães (2008), teria sido exatamente esse o processo ocorrido no caso brasileiro, tendo em vista a grande diversidade cultural e a desigualdade social que operam no país e que não se viam (ou veem) representados pelos representantes eleitos.

No entanto, a despeito da incorporação dessas concepções democráticas durante o processo de redemocratização brasileira, Habermas, ao afirmar que os grandes embates da política contemporânea tem estreita ligação com as polêmicas geradas em torno das normas implementadas, foca na **legitimidade da política**. Para o autor, esse é um problema que está, sobretudo, ligado às dificuldades que decorrem da expressão da maioria no processo de formação da vontade geral, ao mesmo tempo que se evidencia a ausência de um processo de deliberação coletiva em que haja a participação racional de **todos** os indivíduos possivelmente interessados ou afetados por decisões políticas (Avritzer, 2000).

Como resultante dessa análise, àquele ideal normativo de Habermas (de que as normas válidas são aquelas que provêm de um debate racional anterior) imprimem-se dois elementos novos para a teoria democrática contemporânea: 1) o autor não trabalha com aferição de vontades, mas propõe que em seu lugar seja elencada a discussão racional entre indivíduos iguais que fazem uso de suas razões; 2) há uma mudança no conceito de preferência que, em vez de dadas e aferidas no processo eleitoral, depende de uma rede de processos de negociação regulados de forma justa e a partir de várias formas de argumentação. Nesse sentido, o discurso racional habermasiano resgata a

dimensão argumentativa (quando exclui a “vontade da maioria”) ao mesmo tempo que rechaça a ideia de que é possível negociar as decisões políticas a partir de interesses estabelecidos longe dos maiores interessados.

Apesar da incorporação de algumas das críticas propostas pelo modelo democrático deliberativo e participativo ao modelo democrático brasileiro, quando confrontamos essa perspectiva com os dados concretos da realidade empírica expostos por esta pesquisa, revelaram-se interstícios entre a exigência habermasiana de “argumentação racional” para a efetivação do debate público (e constituição da esfera pública) e a prática histórico-cultural brasileira de contatos primários e laços pessoais: **personalismo**. Nesse sentido, vale resgatar o significado desse termo por nós utilizado. Conforme exposto na introdução desta pesquisa, o termo personalismo vinculou-se às raízes ibéricas da colonização brasileira ao mesmo tempo que transitou entre a dualidade do coletivo e do individualismo, entre a atividade política como uma atividade destinada ao bem comum e a política de práticas não-rationais e particularistas, entre o instrumental teórico e a realidade política brasileira (incluindo a realidade exposta nesta pesquisa ao analisar a formação da agenda da saúde em Santa Catarina). É dessa tensão entre a eficácia institucional e a predisposição valorativa individual que se desenvolve o personalismo. Em outras palavras, dos interesses privados expostos como se fossem públicos construindo uma agenda pública a partir de decisões discricionárias.

Com o intento de aproximar a realidade posta com os ideários de democracia brasileira (incluindo o processo de discussão racional habermasiano), utilizaremos das análises de alguns pensadores brasileiros como Sérgio Buarque de Holanda, Roberto DaMatta e Raimundo Faoro. Entretanto, é fundamental ressaltar que a utilização dessas três abordagens teóricas sobre a especificidade cultural brasileira não significa que compartilhamos dos seus pressupostos para explicar, por exemplo, a concepção da trajetória de constituição da modernidade ocidental. Assim como Jessé de Souza (2000) e Sérgio B. F. Tavolaro (2005), ressaltamos a necessidade de evitar quaisquer traços “essencializantes” nos esforços interpretativos de contextos modernos e que soluções para as dificuldades cognitivas em entender o cenário que está posto demanda, sobretudo, da necessidade de derivação daquelas referências conceituais. Nesse sentido, resgatamos um posicionamento de Tavolaro (2005) quando o autor nos diz que

esses padrões variados devem ser considerados configurações passíveis de serem assumidas por diversas sociedades, em momentos históricos diferentes, não como resultado de tendências (sejam elas culturais, sejam econômicas) invariáveis, mas sim do confronto entre projetos sociais, demandas, interesses e visões de mundo díspares que disputam entre si a

liderança na organização da sociedade. Dessa maneira, configurações sociais históricas e contingentes, por excelência, deixarão de correr o risco de serem ossificadas e projetadas tanto no passado como no futuro e no presente da sociedade brasileira e de outros contextos modernos. (Tavolaro, 2005, p. 13, grifos nossos).

Entretanto, apesar de considerarmos a existência desses "padrões variados", inclusive na formação da agenda governamental, os dados apontados por esta pesquisa revelam-nos a persistência de manifestações culturais peculiares que remontam às raízes luso-ibéricas. E é nesse sentido que, mesmo de forma breve, resgataremos alguns trechos das principais obras desses autores quando mencionam a dificuldade brasileira em transpor determinadas características herdadas e que aqui constroem o significado do termo **personalismo**.

De acordo com Tavolaro (2005, p. 7, grifos nossos), Sérgio Buarque de Holanda atribui à nossa herança lusitana, marcada por "*aversão congênita a qualquer ordenação impessoal da existência*" (1994), a importância remanescente do patriarcalismo no tecido social do Brasil contemporâneo. O perfil da empresa colonizadora de portugueses, ancorada na ética da aventura em detrimento da ética do trabalho, revelaria a incompatibilidade de nosso passado ibérico com a racionalização característica de "terras protestantes". Com isso, estabilidade e segurança – atributos de uma ordem racionalizada – teriam sido postos em segundo plano em favor do desejo pela recompensa imediata. Naquele contexto, ao se estabelecer como autoridade máxima e inquestionável da ordem social, *pater familias* e família patriarcal teriam se tornado os disseminadores hegemônicos dos principais códigos e princípios de sociabilidade, emanando para a totalidade do corpo social ideias de poder, de respeitabilidade, de obediência e de coesão social, moldando, assim, instituições das mais variadas. Tal condição explicaria, ainda, a proeminência do privado sobre o público e, conseqüentemente, a invasão do Estado por códigos sociais característicos do ambiente familiar. Nas palavras do autor,

No Brasil, [...] é possível acompanhar, ao longo da nossa história o *predomínio constante das vontades particulares que encontram seu ambiente próprio em círculos fechados e pouco acessíveis a uma ordenação impessoal*. [...]. E um dos efeitos decisivos da supremacia incontestável, absorvente do núcleo familiar [...] está em que as relações que se criam na vida doméstica sempre forneceram o modelo obrigatório de qualquer composição social entre nós. Isso ocorre mesmo onde as instituições democráticas, fundadas em princípios neutros e abstratos, pretendem assentar a sociedade em normas anti-particularistas. (Holanda, 2006, p. 159-160, grifos nossos).

Para Raimundo Faoro (2001), citado por Tavoraro (2005, p. 7-8), em vez do “patriarcalismo”, nossa peculiaridade moderna teria suas raízes no Estado patrimonial que se constituiu em Portugal desde os idos de sua formação. Em um cenário como aquele, onde as fronteiras entre os domínios públicos e a casa real permaneceram marcadamente porosas, *códigos impessoais teriam encontrado pouquíssimo espaço para permear o funcionamento do aparato estatal e para regular as relações entre o Estado e os súditos da Coroa*. Conforme Faoro, nem mesmo os chefes locais conseguiram impedir que, após a Independência, se estabelecesse no Brasil uma ordem bastante similar à do além-mar: com a Constituição de 1824, o imperador e sua burocracia institucionalizaram-se como fonte primordial de poder, sufocando por décadas a emergência de fontes paralelas de poder. Mesmo o controle das oligarquias estaduais no período de 1889 a 1930 não teria representado mudanças tão substanciais, já que, com a queda da monarquia, teria prevalecido um tipo de relação autoritária entre as elites políticas (estaduais e locais) e suas bases, *marcado por obediência pessoal e por extrema porosidade entre os domínios públicos e os âmbitos privados dos líderes mais proeminentes*. Com a Revolução de 1930, teria voltado a se instalar no Brasil um Estado de tipo patrimonial gerido por uma *burocracia estamental controladora de toda a dinâmica social e avessa à plena impessoalização e racionalização político-administrativas*.

Já DaMatta (1980, 1995, 2000), citado por Tavoraro (2005, p. 8), defende a existência de um sistema dual pretensamente estruturando e orientando o Brasil contemporâneo: *um código pessoal em coexistência com um sistema legal individualizante enraizado na ideologia burguesa liberal*. Tal sistema dual expressar-se-ia na posição que “casa” e “rua” ocupariam na gramática social brasileira: a “casa”, domínio privado por excelência, seria o território da intimidade, do familiar, das relações pessoais, do parentesco, da afeição e do descanso; a “rua” (mercado, Estado, tráfego, entre outros), domínio público por excelência, seria um ambiente vivido e percebido como “a dura realidade”, esfera do trabalho, da luta, da disputa pela sobrevivência e, com bastante frequência, da punição (DaMatta, 2000). Enquanto “em casa”, os brasileiros seriam “pessoas” submetidas a regras de conduta estabelecidas pelos códigos do amor e do parentesco, na “rua” seriam meros “indivíduos”, sujeitos a regras impessoais comumente vivenciadas como injustas e imprevisíveis.

Diante do exposto, podemos argumentar que o modelo de democracia deliberativa proposto por Habermas, apesar de constituir-se como uma importante âncora normativa para que as sociedades contemporâneas desenvolvam relações políticas mais justas e igualitárias, apresenta-se no cenário catarinense como uma forma utópica que deve ser

discutida por todos aqueles que buscam repensar o processo de democratização e construir alternativas para tal intento. Por fim, correlacionando o exposto com as hipóteses que constroem esta, tese, concluímos que a descentralização operada no governo Luiz Henrique não alçou os supostos ideais democráticos pretendidos visto que o debate público (quando existente) e as ações sociais provenientes deste (incluindo as políticas públicas de saúde) permaneceram, preferencialmente, pautados pelo interesse particular - personalismo - do que pela finalidade coletiva.

5.3 TERCEIRA NARRATIVA: A AGENDA GOVERNAMENTAL DE DESCENTRALIZAÇÃO DA SAÚDE EM SANTA CATARINA E O MODELO “MULTIPLE STREAMS” (KINGDON, 2003)

Nesta terceira narrativa, retomamos os objetivos e as premissas iniciais desta tese e, apoiadas no modelo teórico utilizado, buscaremos responder às questões levantadas nas duas primeiras narrativas. Por fim, apresentaremos algumas conclusões e observações sobre a aplicação do modelo de Kingdon (2003). Em relação à política de descentralização da saúde, um dos argumentos centrais desta pesquisa era que as causas que conferem circularidade a importantes questões do sistema de saúde brasileiro estivessem apoiadas no processo de formação da agenda governamental, nos aspectos relativos às decisões tomadas, na leitura e na interpretação dos problemas, nas alternativas escolhidas para enfrentá-las; no meio político e na atuação dos atores, ou seja, que as explicações pudessem estar na dimensão política da política de saúde. Para responder a esse questionamento, torna-se necessário reescrever as principais questões apontadas pelas narrativas anteriores pelo modelo dos “Fluxos Múltiplos”: fluxos dos problemas, das soluções, da política, do papel dos atores e das arenas e das janelas de oportunidades.

5.3.1 Fluxo dos problemas

O fluxo dos problemas, na formação da agenda governamental da saúde em Santa Catarina, foi analisado buscando-se responder às seguintes questões: Qual foi a leitura do(s) problema(s) que originou(aram) a política de descentralização da saúde? Qual(is) foi(ram) o(s) problema(s) subjacente(s) que conduziu(ram) à aprovação da política de

descentralização da saúde? De acordo com a proposta de Kingdon (2003), existem **três formas** para que os problemas capturem a atenção governamental:

- 1) indicadores que apontam e mensuram a magnitude de uma situação ou problema;
- 2) ocorrência de eventos, crises, desastres ou uma experiência pessoal;
- 3) "*feedback*" oriundo do monitoramento do orçamento, dos custos ou dos problemas.

Para responder a esses questionamentos à luz do referencial teórico, elaboramos um quadro analítico no qual correlacionamos os problemas que ascenderam à agenda com as possibilidades descritas para um problema ser percebido. Nesse quadro, os números utilizados como marcadores correlacionam-se entre as colunas "descrição dos problemas" e "fluxo dos problemas".

PERÍODO DE GOVERNO	DESCRIÇÃO DOS PROBLEMAS	FLUXO DOS PROBLEMAS Kingdon (2003)	AGENDA
Primeiro Mandato 2003-2006	<ol style="list-style-type: none"> Experiência profissional do gestor em não conseguir dar acesso as demandas dos seus pacientes. Dificuldade de acesso às cirurgias eletivas (demanda). 	<ol style="list-style-type: none"> Experiência pessoal. <i>Feedback</i> dos problemas. 	Cirurgias eletivas
	<ol style="list-style-type: none"> Desconcentrar áreas de atendimento especializado para viabilizar a descentralização dos serviços. Viabilização do mutirão de cirurgias eletivas. 	<ol style="list-style-type: none"> <i>Feedback</i> dos problemas. _____ 	Incentivo hospitalar
	<ol style="list-style-type: none"> Indução ministerial através da publicação da portaria nº 1864/GM. 	_____	SAMU
	<ol style="list-style-type: none"> Enfrentamento dos problemas de uma categoria profissional (farmacêuticos). Demanda dos municípios por auxílio financeiro para compra de medicamentos. Efetivação dos princípios do SUS. 	<ol style="list-style-type: none"> _____ <i>Feedback</i> dos problemas. 	Assistência farmacêutica (Eixo 1)
	<ol style="list-style-type: none"> Instrução ministerial sobre a necessidade de reconstrutualizar os hospitais e prestadores de serviço. Baixa remuneração do SUS dos valores pagos às internações hospitalares, principalmente para as internações de média complexidade. Repesamento das AIHs (demanda dos prestadores). 	<ol style="list-style-type: none"> _____ 2 e 3. <i>Feedback</i> dos problemas. 	Incentivo hospitalar (Eixo 2)
	<ol style="list-style-type: none"> Demanda dos municípios? Demanda dos prestadores (unidades hospitalares). Adequação dos parâmetros ministeriais que estabeleciam o número necessário de leitos de UTI para o Estado. 	<ol style="list-style-type: none"> <i>Feedback</i> dos problemas. Indicadores de saúde. 	Ampliação dos leitos de UTI (Eixo 3)
	<ol style="list-style-type: none"> Demanda dos municípios por acesso à consultas e exames especializados (alta e média complexidade). Necessidade de compensar as defasagens da PPI em exames e consultas. Necessidade de compensar o custo destes exames e consultas que variavam conforme a região do Estado. 	<ol style="list-style-type: none"> <i>Feedback</i> dos problemas. Indicadores de saúde. 	Redução das desigualdades regionais (Eixo 4)
	_____	_____	Investimento em ressonância magnética (Eixo 5)
	<ol style="list-style-type: none"> Necessidade de regulação de leitos hospitalares durante a epidemia da gripe H1N1. 	<ol style="list-style-type: none"> Crises. 	Regulação do acesso (Eixo 6)

PERÍODO DE GOVERNO	DESCRIÇÃO DOS PROBLEMAS	FLUXO DOS PROBLEMAS Kingdon (2003)	AGENDA
Segundo Mandato 2007 - 2010	<ol style="list-style-type: none"> 1. Falta de médicos especialistas no interior do Estado. 2. Demanda reprimida por consultas especializadas e cirurgias eletivas. 3. Necessidade de operar tecnologia investida pela SES durante o primeiro mandato. 	<ol style="list-style-type: none"> 1, 2 e 3. <i>Feedback</i> dos problemas. 3. Indicadores de saúde. 	Interiorização dos médicos especialistas
	<ol style="list-style-type: none"> 1. Necessidade de aquedar o recorte político-administrativo vigente (Lei complementar nº 381/2007) aos planos operacionais estabelecidos no e para o setor saúde. 2. Necessidade do setor saúde de trabalhar com módulos operacionais compatíveis com as diretrizes impostas pelo SUS. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. <i>Feedback</i> dos problemas. 2. Indicadores de saúde. 	Revisão do PDR
	<ol style="list-style-type: none"> 1. “Indução” ministerial através da publicação da portaria GM/MS 399/2006 - Pacto pela Saúde. 2. Demanda dos municípios por auxílio financeiro para custear a ESF. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. _____ 2. <i>Feedback</i> dos problemas. 	PAB Estadual /Co-financiament o da Atenção Básica

Quadro 9 - Fluxo dos problemas.

Extraído de: Winckler (2015).

A partir do Quadro 9 apresentado, podemos observar que a forma “**feedback**” dos **problemas** foi a que mais contribuiu para a captura da atenção governamental das questões elencadas para a agenda. Esse termo utilizado por Kingdon (2003) traduziu-se na fala dos entrevistados pela expressão “demanda” e mostrou-nos que ela exerce uma forte indução na construção de políticas públicas. Mas o que é demanda? Para Pinheiro et al. (2005, p. 22), demanda pode ser definida como a “expressão de aspirações da sociedade por direitos sociais”. Já, para Castiel (1985), demanda é a necessidade sentida transformada em ação e que é medida por meio da população que busca os serviços de saúde. Sob essa perspectiva, podemos afirmar que as demandas que constroem os problemas que ascenderam a agenda governamental representam, em uma ótica ampliada, a falta ou pouca acessibilidade aos serviços de saúde. É certo que se especificássemos todos os sentidos que constroem o conceito de acessibilidade certamente teríamos outras, para não dizer várias, agendas governamentais. Entretanto, quando nos reportamos às entrevistas, o conceito de acessibilidade aproxima-se de uma crítica à insuficiência dos serviços para se garantir a saúde como um direito universal. De acordo com Fekete (1997), essa dimensão diz respeito à acessibilidade organizacional, na qual os obstáculos enfrentados pelos sujeitos estão relacionados desde a sua entrada

na unidade de saúde perpassando pelas dificuldades na continuidade da assistência. Entretanto, se o sentido da acessibilidade que constrói essa demanda estiver vinculado ao conceito de barreira geográfica¹³², podemos afirmar que ele guardaria estreita relação com o proposto pelo programa de governo e com as “titulações” conferidas à agenda governamental.

Independentemente do sentido conferido ao conceito, torna-se essencial questionar o que fez, especificamente, essas “demandas” chamarem a atenção dos decisores públicos? Para Kingdon (2003), essa avaliação pode ser pautada pelos valores de cada ator, pela comparação a situações ideais ou a modelos e, também, pela categorização dos dados de cada situação problema. Para Zahariadis (2007), a atenção às demandas sociais é uma das maiores preocupantes funções dos políticos e gestores porque problemas são abundantes, lotam a agenda e, por algumas vezes, alguns se tornam administráveis. Entretanto, apesar de considerarmos essas argumentações insuficientes para explicar o cenário apresentado, elas sinalizam uma expressiva capacidade de legitimação que o “*feedback*” dos problemas ou “demandas” ainda possuem.

Além do “*feedback*” dos problemas, podemos observar a presença da forma “**indicadores de saúde**” no fluxo dos problemas. No entanto, os relatos dos entrevistados mostram-nos que esses indicadores de saúde não se constituíram, em nenhum momento, como fonte primária de construção. Em outras palavras, os indicadores de saúde sempre estiveram vinculados a uma ação posterior, como leitura de um problema subjacente com vistas a validar a existência de uma situação que precisava de atenção. Essa perspectiva corrobora com a afirmação de Capella (2004) quando nos diz que esses indicadores, por si só, não determinam a existência concreta de um problema. Antes são interpretações que auxiliam a demonstrar a existência de uma questão. Lotufo e Miranda (2007, p. 1154) apontam que, para os dirigentes de SES, “o SUS produz muitas informações, mas que as mesmas encontram-se desconectadas e arquivadas em diferentes bancos de dados, dificultando sua disponibilidade e tornando-as de pouca utilidade no cotidiano da gestão”.

O evento “**crise**” está relacionado com apenas um item da agenda (Eixo 6) e, em uma análise temporal, a crise provocada pela epidemia da gripe H1N1 e que inaugurou a regulação dos leitos hospitalares em Santa Catarina não possui relação direta com a

¹³² Para Unglert et al. (1987), a dimensão conferida ao termo acessibilidade geográfica comporta não somente a distância entre a população e os recursos, mas também as características físicas dos espaços de vida em que as pessoas circulam e que dificultam ou impedem seu acesso aos serviços de saúde.

ascensão do eixo à agenda¹³³. Nesse sentido, os dados apresentados por Lotufo e Miranda (2007, p. 1155) guardam novamente correlação com o exposto, visto que a maior parte dos gestores de SES informou ter vivenciado algum momento ou situação de crise no decorrer do processo de gestão em análise e que a condução de reações ou respostas institucionais ante as referidas situações de crise "ocorreu de forma centralizada e personalizada". Entretanto, se considerarmos que o problema elencado diz respeito à implantação do programa de Telemedicina em parceria com a UFSC (conforme PES de 2007 e ilustrado na Tabela 14), não há uma forma de indução correspondente para esse fluxo.

O termo "**experiência pessoal**" também se fez presente em apenas um problema da agenda (termo utilizado por um dos nossos entrevistados e que pode ser traduzido pela sua dificuldade profissional em dar acesso às demandas dos seus pacientes) e, quando acrescido com "*feedback*", pode novamente ser traduzido pelo conceito de demanda. A diferença entre esta "demanda" com as demais já descritas e que tiveram o termo como caracterizador está no ator que os traduz e valora. Essa perspectiva encontra respaldo na afirmação de Secchi (2013, p. 45) quando nos diz que "se um problema é identificado por algum ator político e esse ator tem interesse na sua resolução, este poderá lutar para que tal problema entre na lista de prioridades de atuação".

A "**indução ministerial**", presente na coluna dos problemas, também não encontra tradução no modelo teórico utilizado, uma vez que representa a reatividade da SES frente às portarias ministeriais e não a visualização das questões em uma das três formas elencadas por Kingdon (2003). Por fim, ressaltamos que, para o problema Investimento em Ressonância Magnética, considerando o fluxo em questão, não conseguimos traduzi-lo pelo modelo teórico. Esta condição de "não-pertencimento" ou "não-tradução" constrói-se no fato de que o personalismo dado ao problema não encontra previsão teórica.

5.3.2 Fluxo das soluções ou alternativas

O fluxo das soluções ou alternativas, na formação da agenda governamental da saúde em Santa Catarina, foi analisado buscando-se responder às seguintes questões: Quem as gerou? Quais os atores que predominaram? Como foram difundidas? Quais eram as alternativas que não ascenderam à agenda decisional? Assim sendo, buscamos

¹³³ A epidemia da gripe H1N1 ocorreu no ano de 2009 e a ascensão do problema regulação na agenda data o ano de 2005.

a evolução dos problemas priorizados bem como as características das propostas que sinalizavam para a existência de **confiabilidade técnica**, **aceitabilidade** e **capacidade de antecipação das restrições futuras**. Vale lembrar que, segundo Kingdon (2003), as ideias geradas nesse fluxo não estão necessariamente relacionadas à percepção de problemas específicos, ou seja, esse fluxo surge de forma desordenada e desorganizada. Nas palavras do autor: “as pessoas não necessariamente resolvem problemas [...], elas geralmente criam soluções e, então criam problemas para os quais possam apresentar soluções” (Kingdon, 2003, p. 32). O próximo quadro analítico correlaciona os problemas que ascenderam a agenda com as suas respectivas propostas de soluções ou alternativas. Nesse quadro, os marcadores numéricos não possuem correlação com os itens descritos nas outras colunas.

PERÍODO DE GOVERNO	DESCRIÇÃO DAS ALTERNATIVAS	FLUXO DAS SOLUÇÕES OU ALTERNATIVAS Kingdon (2003)	AGENDA
	Solucionar a demanda reprimida por cirurgias eletivas pelo sistema de mutirões.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Os valores conferidos a esta solução foram validados pela comunidade de especialistas quando construíram indicadores que traduziam a experiência pessoal do seu demandador. 2. Tinha aceitabilidade tanto pelos usuários que constituíam-se como demanda quanto pela comunidade de especialistas que viam a possibilidade de ampliar o acesso aos serviços de saúde. 3. As possibilidades de restrições foram previstas e subsidiaram a construção do item Incentivo hospitalar. 4. Os custos desta ação não foram impeditivos para a sua realização. 	Cirurgias eletivas
	Repassar mensalmente incentivo financeiro às unidades hospitalares com o objetivo de fortalecer os hospitais filantrópicos do Estado.	<ol style="list-style-type: none"> 1. A necessidade de fortalecer os hospitais filantrópicos presentes no Estado era uma demanda aceita pelos prestadores e pela comunidade de especialistas. 2. Possibilidade de desconcentrar a demanda "litoralizada" também conferia aceitabilidade da proposta. 3. A viabilização do problema anteriormente elencado (cirurgias eletivas) previa restrições futuras, especialmente dos prestadores de serviço. 	Incentivo hospitalar
	Viabilizar a implantação do SAMU no Estado de Santa Catarina seguindo as prerrogativas ministeriais.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Ter um projeto tecnicamente viável, aprovado e financiado (mesmo que parcialmente) pelo Ministério da Saúde garantia aceitabilidade da proposta pela comunidade de especialistas. 2. Possibilidade de preenchimento de uma lacuna assistencial no Estado (rede de atenção das urgências e emergências) e garantia de implementação do SUS. 3. Não havia previsão das restrições futuras, visto o embate com a CIB para a aprovação do projeto. 	SAMU
	Ampliar o valor repassado mensalmente aos municípios para custear a assistência na farmácia básica.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Ao cumprir uma normativa institucional (financiamento solidário dos três entes federados) a política garantia a sua viabilidade técnica. 2. O incremento (valor além do estabelecido na portaria) se constituía uma política de baixo custo, ampla permeabilidade e fácil aceitabilidade. 3. Por ter respaldo nas instâncias deliberativas (CIB - demanda dos municípios por auxílio financeiro e CES - pela representação do Conselho Regional de Farmácia) e estar previsto no Plano de Governo (Plano 15) também seria uma alternativa aceitável. 4. Os custos eram relativamente baixos, principalmente quando comparados aos demais eixos. 	Assistência farmacêutica (Eixo 1)

PERÍODO DE GOVERNO	DESCRIÇÃO DAS ALTERNATIVAS	FLUXO DAS SOLUÇÕES OU ALTERNATIVAS Kingdon (2003)	AGENDA
Primeiro Mandato 2003 - 2006	Aumentar a eficiência e eficácia do sistema hospitalar a partir de incentivos financeiros calculados de acordo com o porte das unidades hospitalares.	<ol style="list-style-type: none"> 1. O aporte de recursos financeiro aos hospitais mediante contratualização prévia (conforme normativa ministerial) garantia de aceitabilidade pela comunidade de especialistas. 2. O aporte de recursos financeiros atendia a demanda dos prestadores de serviços que justificavam a sua baixa eficiência e eficácia aos valores pagos pela tabela SUS. Este repasse financeiro também garantia a aceitabilidade dos prestadores. 3. Os critérios técnicos utilizados para concessão dos recursos imprimiram confiabilidade técnica e possuíam respaldo com as ideias do Plano 15. 4. Apesar de ter sido implementado, não houve capacidade de antecipação das restrições, visto a dificuldade da SES em aprovar este tema junto ao Grupo Gestor. 	Incentivo hospitalar (Eixo 2)
	Cumprir com a legislação do SUS através da implantação de 171 leitos.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Os parâmetros ministeriais garantiam a confiabilidade técnica. 2. A possibilidade de resolução das demandas dos municípios e/ou prestadores) conferia aceitabilidade da alternativa. 3. A comunicação prévia com a agenda ministerial para credenciamento dos leitos implantados (pelo menos os que estavam de acordo com os parâmetros populacionais) conferia "certa" capacidade de antecipação das restrições futuras. 4. A viabilização de recursos financeiros permitia a implantação da proposta. 	Ampliação dos leitos de UTI (Eixo 3)
	Aumentar a oferta de serviços de média e alta complexidade para garantir o acesso da população a esses serviços.	<ol style="list-style-type: none"> 1. A possibilidade de atender as demandas por exames de média e alta complexidade conferia aceitabilidade da proposta. 2. Os critérios utilizados para a distribuição dos recursos (defasagem da PPI e custo médio dos exames em cada região do Estado) garantiam a confiabilidade técnica. 3. Era uma alternativa tecnicamente viável, aceita pela comunidade de especialistas, e pela comunidade política por permitir realizar uma das propostas do Plano 15. 4. A não previsão de possíveis restrições financeiras pelo Grupo Gestor não permitiu que o tema ascendesse à agenda decisional. 	Redução das desigualdades regionais (Eixo 4)
	Descentralizar serviços de Ressonância Magnética para suprir os parâmetros ministeriais.	<ol style="list-style-type: none"> 1. A descentralização de equipamentos de ressonância magnética constituía-se como uma política de alto custo e grande visibilidade política. 2. Não havia critérios técnicos que o justificasse como problema e, por este motivo, não foi bem aceita pela comunidade de especialistas. 3. Tinha aceitabilidade perante a comunidade política. 4. Apesar do custo elevado não havia impeditivos financeiros para a sua implementação. 	Investimento em ressonância magnética (Eixo 5)

PERÍODO DE GOVERNO	DESCRIÇÃO DAS ALTERNATIVAS	FLUXO DAS SOLUÇÕES OU ALTERNATIVAS Kingdon (2003)	AGENDA
	Oportunizar serviços e procedimentos necessários para a população catarinense como garantia de saúde.	<ol style="list-style-type: none"> 1. A garantia de acesso da tecnologia “litoralizada” para todos os catarinenses tinha grande aceitabilidade pelos municípios e comunidade de especialistas e comunidade política. 2. A existência de um saber e uma prática regulatória no SUS conferia confiabilidade técnica à alternativa. 3. A existência de um saber e uma prática prévia do Grupo Cyclops/UFSC também conferia confiabilidade técnica à alternativa - Telemedicina. 4. A proposta tinha o menor custo quando comparada as alternativas anteriormente descritas. 	Regulação do acesso (Eixo 6)
Segundo Mandato 2007 - 2010	Descentralizar o atendimento das especialidades médicas.	<ol style="list-style-type: none"> 1. A organização de um plano de carreira para os servidores do SUS em âmbito estadual sempre teve grande aceitabilidade pela comunidade de especialistas. 2. Constituiu-se como uma alternativa de curto prazo para atendimento das demandas por especialistas não resolvidas pelas propostas desenvolvidas durante o primeiro mandato. 3. Permitia que a tecnologia financiada durante o primeiro mandato fosse utilizada. 4. Não teve capacidade de antever futuras restrições. 	Interiorização dos médicos especialistas
	Adequar o recorte político-administrativo vigente (Lei complementar nº 381/2007) aos planos operacionais estabelecidos no e para o setor saúde.	<ol style="list-style-type: none"> 1. A possibilidade do setor saúde em trabalhar com módulos operacionais compatíveis com as diretrizes do SUS conferia grande aceitabilidade pela comunidade de especialistas. 2. Os critérios técnicos necessários para a sua construção construía a sua confiabilidade técnica. 3. Por ser uma demanda do governo central, estar contido no Plano 15 e com baixo custo não houve restrições a esta alternativa. 	Revisão do PDR
	Fortalecer a atenção básica dos municípios para torná-la resolutiva e, assim, diminuir a demanda por especialidades.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Por ser uma demanda dos municípios e estar de acordo com a política nacional o co-financiamento da AB tinha confiabilidade técnica e aceitabilidade perante a comunidade de especialistas, comunidade política e pelos municípios. 2. Era uma proposta no plano 15 e, apesar do seu alto custo financeiro, não teve restrições. 	PAB Estadual / Co-financiamento da Atenção Básica

Quadro 10 - Fluxo das soluções ou alternativas
Extraído de: Winckler (2015).

Diante do Quadro 10 apresentado, podemos observar a **diversidade de ideias** que construíram as alternativas para os problemas elencados na agenda. Essa diversidade mostra-nos que não há um padrão de regularidade para esse fluxo, visto que as ideias surgem de forma desordenada e desorganizada. Essa afirmativa corrobora com o exposto por Kingdon (2003, p. 32) quando o autor nos diz que “as pessoas não necessariamente

resolvem problemas [...], em vez disso, elas geralmente criam soluções e, então, procuram problemas para os quais possam apresentar soluções”.

O esforço analítico de reescrever as narrativas à luz desse referencial teórico reforça a **existência de uma gestão não-racionalizadora do sistema de saúde**, uma vez que temas importantes para a consolidação sistema e do direito que este encerra, como a a garantia da assistência (representada pela interiorização das especialidades, regulação do acesso e a redução das desigualdade regionais com o aumento da oferta de serviços de média e alta complexidade), não conseguiram ascender à agenda decisional. Em uma análise ampliada, essa condição de “não-ascensão” expressa, segundo Paim (2006), os limites dos modelos de atenção vigentes no sistema de saúde brasileiro ao mesmo tempo que revela toda a crueza do modelo de desatenção hegemônico. Soma-se ao descrito que as ações negadas garantiriam a descentralização efetiva das ações e serviços de saúde e, assim, guardariam grande coerência com os planos e os discursos do governo Luiz Henrique. Entretanto, como explicar a viabilização de alternativas com alto custo operacional e baixa confiabilidade técnica como os investimentos em ressonância magnética? Na ausência de respostas tecnicamente lógicas, faz-se necessário algumas reflexões:

- A permanência desses problemas na agenda, mesmo não atendendo a todos os critérios estabelecidos pelo referencial teórico, mostram que outras questões são consideradas para viabilizar uma alternativa.
- A imposição dos critérios racionalizadores descritos por Kingdon (2003) reduzem-se frente ao papel que as ideias conferem a este fluxo.
- As ideias, enquanto afirmação de valores, podem especificar as relações causais e podem ser a solução para os problemas públicos e, sobretudo, expressam identidades públicas e privadas, conforme exposto por Faria (2003).

Essas reflexões trazem para o cerne desta discussão o **primado das ideias** e da centralidade do discurso, da argumentação e da interpretação sobre as explicação do processo das políticas públicas centradas nos interesses e nas instituições. De acordo com Kingdon (2003),

Political scientists are accustomed to such concepts as power, influence, pressure and strategy. If we try to understand public policy solely in terms of these concepts, however, we miss a great deal. The content of the ideas themselves, far from being mere smokescreens or rationalizations, are integral parts of decision making in and around government. (Kingdon, 2003, p. 125).

John (1999) também ressalta o poder das ideias quando afirma que

mais do que atores racionais perseguindo os seus interesses, é a interação de valores, normas e diferentes formas de conhecimento que caracteriza o processo das políticas (*policy process*). Há apenas uma curta distância entre o argumento de que a linguagem é central ao *policy-making* e a afirmação de que as ideias são reais apenas por que elas dão sentido àqueles que usam. *As políticas são uma disputa entre formas de discurso que são baseadas na luta pelo poder e na busca do significado*. Os sistemas de ideias constroem interesses dos tomadores de decisões. A ação política refere-se à linguagem que é um sistema de significação através do qual as pessoas constroem o mundo [...]. Sendo a maneira pela qual as pessoas enquadram as questões, conferem sentido ao mundo e propõem soluções, as ideias têm uma vida que lhes é própria. Elas são independentes no sentido em que o discurso tem as suas próprias regras, as quais estruturam a forma como o público e os *policy makers* percebem os *policy issues*, como quando um problema público assume a forma de uma história, com um começo, um meio e um fim, sendo o fim da intervenção governamental bem-sucedida. (John, 1999, p. 157 citado por Faria, 2003, p. 23, grifos nossos).

Diante do protagonismo conferido ao sistema de ideias é necessário ponderar o lugar conferido à comunidade de especialistas (*policy communities*) e aos *policy makers*. Em relação à comunidade de especialistas, podemos destacar sua importante, porém não decisiva, atuação. Sua permeabilidade e poder de influência dependem do momento e da arena em que cada ideia é formulada. Na configuração do SUS, essas comunidades possuem e atuam em institucionalidades próprias (CIB, CES e CGR) e se **alternam no jogo decisório conforme a intencionalidade do *policy maker*** (gestor da SES). Essa intencionalidade, além de não seguir uma lógica racional, também não pode ser representada por uma simples linha divisória (como propôs o Grupo Cicerus no projeto de reestruturação da SES¹³⁴). Também não coincide com as prerrogativas estabelecidas pela legislação que as constituíram corroborando, assim, com os inúmeros estudos descritos na literatura acadêmica e que apontam para a fragilidade dessas instâncias decisórias e, conseqüentemente, da fragilidade do déficit democrático da democracia brasileira (Gerschman; Santos, 2006; Lubambo; Coutinho, 2004).

No que tange ao papel dos *policy makers*, por mais que as teorias democráticas coloquem uma forte ênfase na importância dos dirigentes eleitos, o que se observou nesta pesquisa é que o seu poder pode ser reduzido pela ação de outros grupos de interesse. Esse apontamento está previsto na teoria de Kingdon (2003) quando o autor nos diz que os políticos – tanto o político eleito, quanto dirigentes em cargos políticos – são centrais para a formação da agenda, mas tem menor controle sobre as alternativas que são

¹³⁴ Conforme apresentado na Figura 15 - Primeira Narrativa: Primeiro Mandato do Governador Luiz Henrique / 2003 - 2006.

consideradas e ainda menos controle sobre o processo de implementação. Seus principais recursos de atuação são a capacidade de veto, de contratação de pessoas, de coordenação, de capacidade de dar publicidade a um determinado assunto e apelar para aliados políticos. Entretanto, não era esperado que a sua ação central na formação da agenda sofresse inflexão pelos próprios aliados políticos (Grupo Gestor).

Esse cenário “imprevisto” provoca uma nova perspectiva de análise: **o espaço da agenda governamental e o espaço da agenda decisional**. Conforme descrito por Kingdon (2003), a agenda decisional é um subconjunto da agenda governamental composto por questões que se encontram integralmente aptas a receber uma decisão, ou seja, estão amplamente prontas para se converterem em uma política pública. No entanto, o caso descrito aponta que há um **interstício entre os dois espaços** e que este pode se configurar como uma nova arena, permeado por conflitos e com ações de outros atores. O autor também aponta que o espaço conferido à agenda decisional, por estar mais próxima da fase da implementação das políticas, não está tão sujeito ao controle do *policy maker*. Essa perspectiva fomentou questionamentos durante a primeira e a segunda narrativa sobre quem era, de fato, o real demandador da agenda.

Em um cenário ampliado, essa análise também pode ser transferida para o espaço onde “supostamente” há a divisão dos poderes em um Estado Republicano (nesse caso, a separação entre o executivo e o legislativo na república presidencialista brasileira) e que é caracterizado, conforme relata Pinheiro et al. (2011, p. 1743), por um “permanente confronto entre os poderes, com repercussões nocivas que se estendem para todo o ambiente econômico e social do país”. Exemplifica o descrito o momento quando o Governador Luiz Henrique altera a sua agenda governamental (a qual estava construída sob problemas reais vivenciados pelo Estado, estava legitimada pela sociedade quando o elegeu e com alternativas construídas pela comunidade de especialistas - Grupo Cicerus) em função da necessidade de manutenção da maioria legislativa e, conseqüentemente, da garantia da implementação da reforma administrativa pretendida. Nesse contexto em que a atribuição central dos dirigentes eleitos é relativizada, podemos afirmar que, no desordenado mundo da política brasileira, até os modelos que buscam ordená-lo possuem limitações, sobretudo quando são formulados a partir de contextos políticos e institucionais consolidados¹³⁵.

¹³⁵ Vale lembrar que o modelo teórico de Kingdon (2003) foi aplicado pelo autor com a finalidade de compreender os processos de formação da agenda e de determinação de políticas alternativas no âmbito do *governo federal norte-americano*, nas áreas de saúde e transporte.

5.1.3. Fluxo político

O fluxo político foi analisado com base nas questões: Qual era o contexto político institucional que fortaleceu ou enfraqueceu o problema e as propostas? Quais foram os problemas subjacentes que conduziram a política de descentralização da saúde em nível nacional à agenda do governo catarinense? Quais foram as questões que influenciaram as decisões tomadas em relação à política de descentralização da saúde?

Segundo Capella (2004), nesse fluxo, três elementos exercem influência sobre a agenda governamental:

1. Forças políticas organizadas ou grupos de interesses.
2. Clima ou “humor” nacional (*national mood*).
3. Mudanças de gestão.

Para responder a esses questionamentos à luz do referencial teórico elaboramos novamente um quadro analítico no qual correlacionamos o cenário nacional, as forças políticas organizadas e mudanças no governo entre a primeira e a segunda gestão do governador Luiz Henrique, bem como os aspectos que favoreciam, ou não, as mudanças na política de saúde. Nesse quadro, os números utilizados como marcadores correlacionam-se entre as colunas “descrição do contexto político” e “fluxo político”.

PERÍODO DE GOVERNO	DESCRIÇÃO DO CONTEXTO POLÍTICO	FLUXO POLÍTICO Kingdon (2003)	AGENDA
	<ol style="list-style-type: none"> 1. Como o CES sempre permaneceu como uma “zona de conflitos ideológicos” neste momento não se constitui como uma oposição as alternativas elencadas pela SES. 2. A CIB, neste momento, apesar da grande reatividade às construções da SES, tinha com pouca permeabilidade aos espaços decisórios. 3. O discurso da descentralização, enquanto prática inovadora e com enfoque para a democratização das relações e das funções do Estado, construía um sentimento de pertencimento à gestão Luiz Henrique. 4. A reestruturação da equipe diretiva da SES trazia para a instituição novas possibilidades para a gestão do SUS, incluindo a permeabilidade de experiências profissionais (posteriormente traduzidas pelo conceito de “demanda”) que deveriam ser valoradas pelos burocratas e inseridas na agenda governamental. 5. A mudança no governo (tanto na gestão quanto na sua composição) aliada com a mudança no legislativo catarinense permitia a introdução de novos itens para a agenda de governo. 	<p>1 e 2. Não haviam forças políticas ou grupos de interesse suficientemente organizados e contrários a questão agendada.</p> <p>3. Havia um clima estadual que favorecia as mudanças institucionais e a ascensão de novos itens na agenda do governo.</p> <p>4 e 5. As mudanças na gestão também favoreciam a ascensão de novos itens na agenda do governo (tanto central quanto setorial).</p>	<p>Cirurgias eletivas</p>

PERÍODO DE GOVERNO	DESCRIÇÃO DO CONTEXTO POLÍTICO	FLUXO POLÍTICO Kingdon (2003)	AGENDA
	<ol style="list-style-type: none"> 1. Como o CES sempre permaneceu como uma “zona de conflitos ideológicos”, neste momento não se constitui como uma oposição as alternativas elencadas pela SES. 2. A CIB, neste momento, apesar da grande reatividade às construções da SES, tinha com pouca permeabilidade aos espaços decisórios. 3. Os prestadores de serviço (instituições hospitalares conveniadas ao SUS) tinham interesse no aporte de recursos financeiros que a proposta previa. 4. O discurso da descentralização, enquanto prática inovadora e com enfoque para a democratização das relações e das funções do Estado, construía um sentimento de pertencimento à gestão Luiz Henrique. 5. A reestruturação da equipe diretiva da SES trazia para a instituição novas possibilidades para a gestão do SUS, incluindo a permeabilidade de experiências profissionais (posteriormente traduzidas pelo conceito de “demanda”) que deveriam ser valoradas pelos burocratas e inseridas na agenda governamental. 6. A mudança no governo (tanto na gestão quanto na sua composição) aliada com a mudança no legislativo catarinense permitia a introdução de novos itens para a agenda de governo. 	<p>1 e 2. Não haviam forças políticas ou grupos de interesse suficientemente organizados e contrários a questão agendada.</p> <p>3. O grupo de interesse vinculado a esta questão reagiu positivamente a proposta, apesar das condicionalidades estabelecidas para o repasse dos recursos financeiros.</p> <p>4. Havia um clima estadual que favorecia as mudanças institucionais e a ascensão de novos itens na agenda do governo.</p> <p>5 e 6. As mudanças na gestão também favoreciam a ascensão de novos itens na agenda do governo (tanto central quanto setorial).</p>	Incentivo hospitalar

PERÍODO DE GOVERNO	DESCRIÇÃO DO CONTEXTO POLÍTICO	FLUXO POLÍTICO Kingdon (2003)	AGENDA
	<ol style="list-style-type: none"> 1. Apesar do CES sempre ter se constituído como uma “zona de conflitos ideológicos” neste momento não fez oposição ao projeto elaborado pela SES. 2. A CIB que ainda se caracterizava pela grande reatividade às construções da SES não aprovou o projeto Estadual (de acordo com a portaria ministerial havia a necessidade de homologação do projeto ou pela CIB, ou pelo CES, ou pela CIT ou pelo CNS). 3. A dificuldade de aprovação do projeto Estadual na CIB empoderou o CES enquanto instância decisória. 4. A existência de uma política ministerial indutiva favorecia a aceitação do projeto pela SES. 5. O discurso da descentralização, enquanto prática inovadora e com um enfoque para a democratização das relações e das funções do Estado, ainda construía um sentimento de pertencimento à gestão Luiz Henrique. 6. A mudança no governo (tanto na gestão quanto na composição) aliada com a mudança no legislativo catarinense permitia a introdução de novos itens para a agenda de governo. 	<p>1 e 3. As forças políticas ou grupos de interesse organizados (CES), aprovou a proposta apresentada pela SES na tentativa de ascender aos espaços decisórios.</p> <p>2. As forças políticas ou grupos de interesse organizados (CIB), foram contrários a questão agendada por discordarem da proposta apresentada pela SES.</p> <p>4. Havia um clima nacional que favorecia as mudanças institucionais e a ascensão de novos itens na agenda.</p> <p>5. Havia um clima estadual que favorecia as mudanças institucionais e a ascensão de novos itens na agenda do governo.</p> <p>6. As mudanças na gestão também favoreciam a ascensão de novos itens na agenda do governo (tanto central quanto setorial).</p>	SAMU

PERÍODO DE GOVERNO	DESCRIÇÃO DO CONTEXTO POLÍTICO	FLUXO POLÍTICO Kingdon (2003)	AGENDA
	<ol style="list-style-type: none"> 1. O CES, através da representação conferida pelos Conselhos Regionais de profissionais da saúde, tinha interesse em subsidiar uma política que atendesse os interesses de determinada categoria profissional. 2. A CIB visualizava no repasse financeiro uma forma de viabilizar a assistência farmacêutica e garantir o cumprimento da legislação do SUS. 3. O discurso da descentralização, enquanto prática inovadora e com enfoque para a democratização das relações e das funções do Estado, construía um sentimento de pertencimento à gestão Luiz Henrique. 4. A mudança no governo (tanto na gestão quanto na sua composição) aliada com a mudança no legislativo catarinense permitia a introdução de novos itens para a agenda de governo. 5. A mudança do gestor da SES favorecia a construção de uma nova agenda para a saúde com a ascensão de novas questões. 6. A efetivação da assistência farmacêutica estava contemplada no Plano de Governo (Plano 15). 7. A indução ministerial da obrigatoriedade de uma contrapartida financeira pelos Estados favorecia a ascensão deste item na agenda. 	<p>1 e 2. Não haviam forças políticas ou grupos de interesse contrários a questão agendada.</p> <p>1 e 2. Os grupos de interesse (CIB e CES) vinculados a esta questão reagiram positivamente à proposta.</p> <p>3 e 4. Permanecia um clima estadual que favorecia as mudanças institucionais e a ascensão de novos itens na agenda do governo.</p> <p>5. As mudanças na gestão, incluindo a nomeação de novo gestor para a pasta, também favoreciam a ascensão de novos itens na agenda do governo.</p> <p>6. A previsão desta questão no Plano de governo garantia governabilidade à propostas.</p> <p>7. Havia um clima nacional que favorecia as mudanças institucionais e a ascensão de novos itens na agenda.</p>	Assistência farmacêutica (Eixo 1)

PERÍODO DE GOVERNO	DESCRIÇÃO DO CONTEXTO POLÍTICO	FLUXO POLÍTICO Kingdon (2003)	AGENDA
Primeiro Mandato 2003 - 2006	<ol style="list-style-type: none"> 1. Como o CES ainda se configurava como uma “zona de conflitos ideológicos”, neste momento, não se constitui como uma oposição as alternativas elencadas pela SES. 2. A CIB visualizava na política proposta uma forma de reduzir a pressão dos prestadores de serviços pelo pagamento das AIHs repesadas. 3. Os prestadores de serviço (instituições hospitalares conveniadas ao SUS) tinham interesse no aporte de recursos financeiros que a proposta previa. 4. O discurso da descentralização, enquanto prática inovadora e com enfoque para a democratização das relações e das funções do Estado, construía um sentimento de pertencimento à gestão Luiz Henrique. 5. A mudança no governo (tanto na gestão quanto na sua composição) aliada com a mudança no legislativo catarinense permitia a introdução de novos itens para a agenda de governo. 6. A mudança do gestor da SES favorecia a construção de uma nova agenda para a saúde com a ascensão de novas questões. 7. A proposta elaborada estava contemplada no Plano de Governo (Plano 15). 8. A indução ministerial pela obrigatoriedade de reconstrutualização dos hospitais conveniados ao SUS favorecia a ascensão deste item na agenda. 	<p>1, 2 e 3. Não haviam forças políticas ou grupos de interesse contrários a questão agendada.</p> <p>3. Os grupos de interesse (prestadores de serviço) vinculados a esta questão reagiram positivamente à proposta, apesar das condicionalidades estabelecidas para o repasse dos recursos financeiros.</p> <p>4. Permanecia um clima estadual que favorecia as mudanças institucionais e a ascensão de novos itens na agenda do governo.</p> <p>5 e 6. As mudanças na gestão, incluindo a nomeação de novo gestor para a pasta, também favoreciam a ascensão de novos itens na agenda do governo.</p> <p>7. A previsão desta questão no Plano de governo garantia governabilidade à propostas.</p> <p>8. Havia um clima nacional que favorecia as mudanças institucionais e a ascensão de novos itens na agenda.</p>	Incentivo hospitalar (Eixo 2)

PERÍODO DE GOVERNO	DESCRIÇÃO DO CONTEXTO POLÍTICO	FLUXO POLÍTICO Kingdon (2003)	AGENDA
	<ol style="list-style-type: none"> 1. Como o CES ainda se configurava como uma “zona de conflitos ideológicos”, neste momento, não se constitui como uma oposição as alternativas elencadas pela SES. 2. A CIB visualizava na política proposta uma forma de reduzir a pressão dos prestadores de serviços pelo pagamento das AIHs repesadas. 3. Os prestadores de serviço (instituições hospitalares conveniadas ao SUS) tinham interesse no aporte de recursos financeiros que a proposta previa. 4. O discurso da descentralização, enquanto prática inovadora e com enfoque para a democratização das relações e das funções do Estado, construía um sentimento de pertencimento à gestão Luiz Henrique. 5. A mudança no governo (tanto na gestão quanto na sua composição) aliada com a mudança no legislativo catarinense permitia a introdução de novos itens para a agenda de governo. 6. A mudança do gestor da SES favorecia a construção de uma nova agenda para a saúde com a ascensão de novas questões. 7. As normativas ministeriais que calculavam o número de leitos de UTI necessários para o Estado favorecia a ascensão deste item na agenda. 	<p>1 e 2. Não haviam forças políticas ou grupos de interesse contrários à questão agendada.</p> <p>3. Os grupos de interesse (prestadores de serviço) vinculados a esta questão reagiram positivamente à proposta, pois viam na incorporação dos leitos de UTI a possibilidade de aumento no seu faturamento.</p> <p>4 e 5. Permanecia um clima estadual que favorecia as mudanças institucionais e a ascensão de novos itens na agenda do governo.</p> <p>6. As mudanças na gestão, incluindo a nomeação de novo gestor para a pasta também favoreciam a ascensão de novos itens na agenda do governo.</p> <p>7. Havia um clima nacional que favorecia as mudanças institucionais e a ascensão de novos itens na agenda.</p>	Ampliação dos leitos de UTI (Eixo 3)

PERÍODO DE GOVERNO	DESCRIÇÃO DO CONTEXTO POLÍTICO	FLUXO POLÍTICO Kingdon (2003)	AGENDA
	<ol style="list-style-type: none"> 1. Como o CES ainda se configurava como uma “zona de conflitos ideológicos”, neste momento, não se constitui como uma oposição as alternativas elencadas pela SES. 2. A CIB visualizava no repasse financeiro uma forma de viabilizar a garantia da assistência e redução da demanda reprimida por consultas e exames em seus municípios. 3. O discurso da descentralização, enquanto prática inovadora e com enfoque para a democratização das relações e das funções do Estado, construía um sentimento de pertencimento à gestão Luiz Henrique. 4. A mudança no governo (tanto na gestão quanto na sua composição) aliada com a mudança no legislativo catarinense permitia a introdução de novos itens para a agenda de governo. 5. A mudança do gestor da SES favorecia a construção de uma nova agenda para a saúde com a ascensão de novas questões. 6. A garantia de acesso aos serviços de saúde de forma descentralizada estava contemplada no Plano de Governo (Plano 15). 	<p>1 e 2. As forças políticas contrárias a questão agendada estavam no próprio governo, em uma instância não vinculada ao setor saúde.</p> <p>1 e 2. Os grupos de interesse (CIB) vinculados a esta questão reagiram positivamente à proposta.</p> <p>3 e 4. Permanecia um clima estadual que favorecia as mudanças institucionais e a ascensão de novos itens na agenda do governo.</p> <p>5. As mudanças na gestão, incluindo a nomeação de novo gestor para a pasta, também favoreciam a ascensão de novos itens na agenda do governo.</p> <p>6. A previsão desta questão no Plano de governo garantia governabilidade às propostas.</p>	<p>Redução das desigualdades regionais (Eixo 4)</p>

PERÍODO DE GOVERNO	DESCRIÇÃO DO CONTEXTO POLÍTICO	FLUXO POLÍTICO Kingdon (2003)	AGENDA
	<ol style="list-style-type: none"> 1. Como o CES ainda se configurava como uma “zona de conflitos ideológicos”, neste momento, não se constitui como uma oposição as alternativas elencadas pela SES. 2. A CIB visualizava na compra e distribuição dos equipamentos de Ressonância Magnética, sem vinculação com protocolos clínicos, um grande equívoco. 3. O discurso da descentralização, enquanto prática inovadora e com enfoque para a democratização das relações e das funções do Estado, construía um sentimento de pertencimento à gestão Luiz Henrique. 4. A mudança no governo (tanto na gestão quanto na sua composição) aliada com a mudança no legislativo catarinense permitia a introdução de novos itens para a agenda de governo. 5. A mudança do gestor da SES favorecia a construção de uma nova agenda para a saúde com a ascensão de novas questões. 6. A garantia de acesso aos serviços de saúde de forma descentralizada estava contemplada no Plano de Governo (Plano 15). 	<p>1 e 2. As forças políticas contrárias a questão agendada estavam no próprio governo (burocratas da SES).</p> <p>1 e 2. Os grupos de interesse (CIB) vinculados a esta questão reagiram negativamente à proposta.</p> <p>3 e 4. Permanecia um clima estadual que favorecia as mudanças institucionais e a ascensão de novos itens na agenda do governo.</p> <p>5. As mudanças na gestão, incluindo a nomeação de novo gestor para a pasta, também favoreciam a ascensão de novos itens na agenda do governo.</p> <p>6. A previsão desta questão no Plano de governo garantia governabilidade à propostas.</p>	<p>Investimento em ressonância magnética (Eixo 5)</p>

PERÍODO DE GOVERNO	DESCRIÇÃO DO CONTEXTO POLÍTICO	FLUXO POLÍTICO Kingdon (2003)	AGENDA
	<ol style="list-style-type: none"> 1. Como o CES ainda se configurava como uma “zona de conflitos ideológicos”, neste momento, não se constitui como uma oposição as alternativas elencadas pela SES. 2. A CIB visualizava na regulação do acesso uma forma de viabilizar a garantia da assistência (pelo cumprimento da PPI) e redução da demanda reprimida por consultas e exames em seus municípios. 3. Os grupos de interesse (UFSC) tinham interesse em expandir a tecnologia formatada. 4. O discurso da descentralização, enquanto prática inovadora e com enfoque para a democratização das relações e das funções do Estado, construía um sentimento de pertencimento à gestão Luiz Henrique. 5. A mudança no governo (tanto na gestão quanto na sua composição) aliada com a mudança no legislativo catarinense permitia a introdução de novos itens para a agenda de governo. 6. A mudança do gestor da SES favorecia a construção de uma nova agenda para a saúde com a ascensão de novas questões. 7. A garantia de acesso aos serviços de saúde de forma descentralizada estava contemplada no Plano de Governo (Plano 15). 	<p>1 e 2. Não haviam forças políticas o grupos de interesse contrários à questão agendada;</p> <p>2 e 3. Os grupos de interesse (CIB e UFSC) vinculados a esta questão reagiram positivamente à proposta.</p> <p>3 e 4. Permanecia um clima estadual que favorecia as mudanças institucionais e a ascensão de novos itens na agenda do governo.</p> <p>5. As mudanças na gestão, incluindo a nomeação de novo gestor para a pasta também favoreciam a ascensão de novos itens na agenda do governo.</p> <p>6. A previsão desta questão no Plano de governo garantia governabilidade à propostas.</p>	Regulação do acesso (Eixo 6)
	<ol style="list-style-type: none"> 1. Como o CES ainda se configurava como uma “zona de conflitos ideológicos”, neste momento, não se constitui como uma oposição as alternativas elencadas pela SES. 2. Não há relatos nas atas da CIB e do CES de discussões sobre essas propostas. 3. A gestão do COSEMS via como positiva a construção de uma carreira profissional vinculada a gestão estadual do SUS. 4. A interiorização de médicos especialistas garantia a SES a operacionalização dos investimentos realizados durante o primeiro mandato. 5. A garantia de acesso aos serviços de saúde de forma descentralizada estava contemplada no Plano de Governo (Plano 15). 	<p>1, 2 e 3. Não identificamos o lugar dos grupos de interesses contrários à proposta.</p> <p>4. A previsão desta questão no Plano de governo e o interesse da SES garantia governabilidade à proposta.</p>	Interiorização dos médicos especialistas

PERÍODO DE GOVERNO	DESCRIÇÃO DO CONTEXTO POLÍTICO	FLUXO POLÍTICO Kingdon (2003)	AGENDA
Segundo Mandato 2007 - 2010	<ol style="list-style-type: none"> 1. Como o CES ainda se configurava como uma “zona de conflitos ideológicos”, neste momento, não se constitui como uma oposição as alternativas elencadas pela SES. 2. A CIB e os CGR visualizavam na alteração do PDR uma forma de tornar as políticas de saúde mais coerentes e exequíveis. 3. O Planejamento regional das ações de serviços de saúde estava contemplado no Plano de Governo (Plano 15). 	<p>1 e 2. Não haviam forças políticas ou grupos de interesse contrários a questão agendada.</p> <p>1 e 2. Os grupos de interesse (CIB e CGR) vinculados a esta questão reagiram positivamente à proposta.</p> <p>3. A necessidade de adequação do Plano de Regionalização com a Lei Complementar 381 garantia governabilidade à proposta (mesmo com uma configuração de um desenho regionalizado para a saúde diferente do desenho político-administrativo).</p>	Revisão do PDR
	<ol style="list-style-type: none"> 1. Como o CES ainda se configurava como uma “zona de conflitos ideológicos”, neste momento, não se constitui como uma oposição as alternativas elencadas pela SES. 2. A CIB visualizava no repasse financeiro uma forma de: ampliar o custeio da ESF, viabilizar a garantia da acesso à saúde e, conseqüentemente, redução da demanda reprimida por consultas e exames em seus municípios. 3. O auxílio aos municípios na ampliação da atenção primária estava contemplada no Plano de Governo (Plano 15). 4. A indução ministerial pela obrigatoriedade de uma contrapartida financeira pelos Estados favorecia a ascensão deste item na agenda. 	<p>1 e 2. Não haviam forças políticas ou grupos de interesse contrários a questão agendada.</p> <p>1 e 2. Os grupos de interesse (CIB) vinculados a esta questão reagiram positivamente à proposta.</p> <p>3. A previsão desta questão no Plano de governo garantia governabilidade à proposta.</p> <p>4. Havia um clima nacional que favorecia as mudanças institucionais e a ascensão de novos itens na agenda.</p>	PAB Estadual / Co-financiamento da Atenção Básica

Quadro 11 - Fluxo político
Extraído de: Winckler (2015).

De acordo com Kingdon (2003), independentemente do reconhecimento de um problema ou alternativa, esse fluxo segue sua **própria dinâmica** e as coalizões são construídas em um processo de barganha e negociação política. Diante do quadro apresentado, podemos observar que, em algumas questões, a independência desse fluxo é verificada com muita nitidez. Questões que encontravam respaldo nos pressupostos do fluxo dos problemas e no fluxo das alternativas foram completamente negadas pelo fluxo da política. Em sentido contrário, questões construídas sem o embasamento desses pressupostos conseguiram ascender a agenda governamental pelo fluxo da política.

Não obstante, é necessário reconhecer que a existência de **clima nacional** favorável (traduzido pelas legislações estruturantes do SUS) e de um **clima estadual** também favorável (garantido pelas eleições e entrada de um novo grupo no governo do Estado) os quais afetaram significativamente a ascensão de novos itens à agenda governamental da saúde¹³⁶. Entretanto, a reeleição do governador Luiz Henrique e o retorno, no segundo mandato, do segundo gestor da saúde já não conferiam mais a propulsão necessária para transformação da agenda governamental. Essa observação baseia-se no depoimento dos entrevistados quando afirmam que o primeiro mandato do governador, apesar das dificuldades em estruturar e operacionalizar os novos conceitos e modelos trazidos pelo seu plano de governo, era considerado democrático e tinha adesão dos principais atores envolvidos no processo decisório. No segundo mandato, as distorções provocadas pela Lei complementar nº 381 e todo o desdobramento político-administrativo vinculado a ela, afastaram esse sentimento de pertencimento e entusiasmo nutrido durante a gestão anterior. Nesse momento, o clima nacional (construído pela publicação da portaria nº 399 - Pacto pela Saúde - e os seus desdobramentos) foi mais significativo para a construção da agenda estadual.

Mudanças no governo são vistas por Kingdon (2003) como fatores que influenciam, no fluxo político, a mudança na agenda governamental. A eleição de novos membros para o Congresso e para os cargos eletivos do Poder Executivo, bem como a nomeação de altos funcionários e assessores nessas duas esferas criam condições para que algumas questões cheguem à agenda, ao mesmo tempo que restringem outras. A **reeleição** de um mesmo grupo político também é considerada um elemento crítico no processo de *agenda-setting*, visto que se configura como um novo ciclo político. Entretanto, essa perspectiva não é compartilhada por Baumgartner e Jones (1993). De acordo com Capella (2005), embora os estudos conduzidos por esses autores apontem, em alguma medida, para a ideia de ciclos políticos, eles rejeitam a perspectiva de Kingdon (2003) devido ao “**legado institucional**” do processo de *agenda-setting*. Nesse sentido, podemos afirmar que o legado institucional deixado pela primeira gestão do governador Luiz Henrique foi considerado um elemento crítico para processo de formação

¹³⁶ Essa percepção do clima não reside necessariamente na sondagem da opinião pública. Em suas entrevistas, Kingdon descobre uma série de incongruências entre as pesquisas de opinião pública e as opiniões dos indivíduos tomadas em entrevistas versando sobre um tópico específico. No plano mais geral, as pessoas podem perceber um clima anti-regulação, por exemplo, ao mesmo tempo que pesquisas de opinião pública mostram o desejo da intervenção estatal para a solução de problemas específicos. O clima, como concebido pelo autor, é detectado por políticos em viagens, contatos com eleitores, cobertura jornalística e pelos relatos de seus assessores. Funcionários públicos também percebem o clima, por meio de palestras, conversas com ativistas, políticos e grupos de interesse, contato com o público e pela mídia (Capella, 2005).

da agenda, uma vez que a inflexão das suas propostas originais alteraram completamente o fluxo da política. Por outro lado, o legado institucional do SUS manteve alguns temas na agenda independentemente do novo ciclo político.

Outro elemento desse fluxo é composto pelas **forças políticas organizadas**, exercidas, principalmente, pelos **grupos de pressão**. Segundo Capella (2005), o apoio ou oposição dessas forças a uma determinada questão sinaliza o consenso ou conflito em uma arena política, permitindo aos formuladores de políticas avaliarem se o ambiente é propício ou não a uma proposta. Quando grupos de interesses e outras forças organizadas estão em consenso em relação a uma proposta, o ambiente é altamente propício para uma mudança nessa direção. No entanto, quando existe conflito em um grupo, os defensores de uma proposta analisam o equilíbrio das forças em jogo, procurando detectar setores favoráveis ou contrários à emergência de uma questão na agenda. A percepção de que uma proposta não conta com apoio de alguns setores não implica necessariamente no abandono de sua defesa, mas indica que haverá custos durante esse processo.

Nesse sentido, as narrativas anteriores e o conteúdo do Quadro 11 mostraram-nos que, no primeiro mandato, as forças políticas institucionalmente formatadas e pertencentes à estrutura do SUS (CIB e CES) não estavam suficientemente organizadas para bloquear a ascensão à agenda governamental das questões que não tinham consenso (com exceção da não aprovação do tema SAMU pela CIB). A única força política organizada e institucionalizada que provocou a queda de temas que já haviam sido incorporados à agenda governamental estava dentro do próprio governo (Grupo Gestor). Em outras palavras, o conflito se concentrava no âmbito privado e foi combatido pelo gestor da pasta da saúde pela “força do seu mandato”. O que permanece sem explicação são os motivos que o fizeram pleitear e manter determinadas questões na agenda sem o adequado consenso e com altos custos operacionais. Seria pelo simples poder de pleitear interesses que lhe eram próprios ou que poderiam lhe conferir maior visibilidade?

No segundo mandato, o CES permanecia insuficientemente organizado e, conseqüentemente, sem capacidade de bloqueios ou restrições. A CIB, por sua vez, conseguiu organizar-se como uma importante força política e obrigava a SES a construir alternativas conjuntas. Entretanto, dois pontos devem ser ponderados diante dessa afirmativa: 1) a organização da CIB não alterou o *locus* decisório; 2) o perfil do presidente do COSEMS associado à relevância do ente municipal durante pleito eleitoral de 2006 permitiu à CIB “certa permeabilidade” às arenas informais de decisão, porém sem o poder

de bloquear a incorporação de temas à agenda. A única força política que permanece organizada e com poder para restringir o acesso de temas caros à saúde pública era o Grupo Gestor.

5.1.4 Os atores e as arenas

A identificação dos atores pautou-se pelas seguintes questões: Quais os atores predominantes? Quais foram os grupos de defesa e oposição às propostas da política de descentralização da saúde? Como os atores envolvidos trabalharam as divergências em relação aos temas que ascenderiam à agenda?

Para Kingdon (2003), a identificação dos atores depende do fluxo no qual está se tratando e podem ser divididos em atores “visíveis” e “invisíveis”. Os “visíveis” são aqueles que recebem atenção do público por meio da exposição da imprensa e incluiu o Presidente e seus assessores do alto escalão, membros do congresso nacional, mídia, partidos políticos e comitês de campanha. O grupo dos participantes “invisíveis” é composto por acadêmicos, burocratas de carreira e funcionários do congresso. A principal diferença entre os dois grupos é que os primeiros possuem autoridade formal garantida por estatutos internos e pela Constituição e, geralmente, trabalham nos fluxos de problemas e políticas. De uma forma sintética, as respostas podem ser visualizadas no Quadro 12.

PERÍODO DE GOVERNO	ATORES E ARENAS	OS ATORES Kingdon (2003)	AGENDA
	<ol style="list-style-type: none"> 1. Ator governamental: Gestor da SES que apresenta a proposta. 2. Ator governamental: burocratas da SES que traduzem quantitativamente a proposta. 3. Arena decisória: SES. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Ator “visível”. 2. Atores “invisíveis”. 	Cirurgias eletivas
	<ol style="list-style-type: none"> 1. Ator governamental: Gestor da SES que apresenta a proposta. 2. Ator governamental: burocratas da SES que traduzem quantitativamente a proposta. 3. Arena decisória: SES. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Ator “visível”. 2. Atores “invisíveis”. 	Incentivo hospitalar
	<ol style="list-style-type: none"> 1. Ator governamental nacional: Ministério da Saúde que publica portaria normatizando o atendimento pré-hospitalar. 2. Ator governamental estadual: Gestor da SES que decide pela adesão à política nacional. 3. Ator governamental: burocratas da SES que constróem projeto específico para a implementação da política no Estado de Santa Catarina. 4. Ator não-governamental: Conselho Regional de Farmácia. 5. Arenas decisórias: SES, CIB (não consensuado) e CES (homologa o projeto). 	<ol style="list-style-type: none"> 1 e 2. Atores “visíveis”. 3 e 4. Atores “invisíveis”. 5. Arenas Formais e institucionalizadas na configuração do SUS. 	SAMU
	<ol style="list-style-type: none"> 1. Ator governamental nacional: Ministério da Saúde quando regulamenta o financiamento solidário entre os entes federados. 2. Ator governamental estadual: Gestor da SES que amplia a contrapartida estadual. 3. Ator governamental: burocratas da SES que constróem projeto específico para a implementação da política no Estado de Santa Catarina e Grupo Gestor. 4. Arenas decisórias: SES, CIB (homologa a decisão) e CES (origem da ideia?). 5. Arena decisória: Grupo Gestor (participação não revelada). 	<ol style="list-style-type: none"> 1 e 2. Atores “visíveis”. 3 e 4. Atores “invisíveis”. 5. Arenas Formais e institucionalizadas na configuração do SUS. 6. Arena formal e institucionalizada porém externa ao SUS. 	Assistência farmacêutica (Eixo 1)

PERÍODO DE GOVERNO	ATORES E ARENAS	OS ATORES Kingdon (2003)	AGENDA
Primeiro Mandato 2003-2006	<ol style="list-style-type: none"> 1. Ator governamental nacional: Ministério da Saúde quando obriga os Estados a contratualizarem as instituições hospitalares. 2. Ator governamental estadual: Gestor da SES que acata as alternativas sugeridas pelos burocratas da SES. 3. Ator governamental: burocratas da SES que constróem projeto específico para a implementação da política no Estado de Santa Catarina e Grupo Gestor. 4. Atores não-governamentais: prestadores de serviços (hospitais). 5. Arenas decisórias: SES, CIB (homologa a decisão). 6. Arena decisória: Grupo Gestor (garante o aporte financeiro). 	<ol style="list-style-type: none"> 1 e 2. Atores “visíveis”. 3 e 4. Atores “invisíveis”. 5. Arenas Formais e institucionalizadas na configuração do SUS. 6. Arena formal e institucionalizada porém externa ao SUS. 	Incentivo hospitalar (Eixo 2)
	<ol style="list-style-type: none"> 1. Ator governamental nacional: Ministério da Saúde quando define parâmetros quantitativos para os leitos de UTI no Estado. 2. Ator governamental estadual: Gestor da SES que acata as alternativas sugeridas pelos burocratas da SES. 3. Ator governamental: burocratas da SES que constróem projeto específico para a implementação da política no Estado de Santa Catarina. 4. Ator não-governamental: prestadores de serviço (hospitais). 5. Arenas decisórias: SES, CIB (homologa a decisão). 6. Arena decisória: Grupo Gestor (participação não revelada). 	<ol style="list-style-type: none"> 1 e 2. Atores “visíveis”. 3 e 4. Atores “invisíveis”. 5. Arenas Formais e institucionalizadas na configuração do SUS. 6. Arena formal e institucionalizada porém externa ao SUS. 	Ampliação dos leitos de UTI (Eixo 3)
	<ol style="list-style-type: none"> 1. Ator governamental estadual: Gestor da SES que acata as alternativas técnicas sugeridas pelos burocratas da SES. 2. Ator governamental: burocratas da SES que constróem projeto específico para a implementação da política no Estado de Santa Catarina. 3. Arenas decisórias: SES e CIB (homologa a decisão). 4. Arena decisória: Grupo Gestor (indefer a proposta - não liberação dos recursos financeiros). 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Ator “visível”. 2. Ator “invisível”. 3. Arenas Formais e institucionalizadas na configuração do SUS. 4. Arena formal e institucionalizada porém externa ao SUS. 	Redução das desigualdades regionais (Eixo 4)
	<ol style="list-style-type: none"> 1. Ator governamental estadual: Gestor da SES que decide pela implantação da política. 2. Ator governamental: burocratas da SES que constróem projeto específico para a implementação da política no Estado de Santa Catarina. 3. Arenas decisórias: SES. 4. Arena decisória: Grupo Gestor (garante o aporte financeiro). 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Ator “visível”. 2. Ator “invisível”. 4. Arena formal e institucionalizada porém externa ao SUS. 	Investimento em ressonância magnética (Eixo 5)

PERÍODO DE GOVERNO	ATORES E ARENAS	OS ATORES Kingdon (2003)	AGENDA
	<ol style="list-style-type: none"> 1. Ator governamental nacional: Ministério da Saúde. 2. Ator governamental estadual: Gestor da SES. 3. Ator governamental: burocratas da SES que constróem projeto específico para a implementação da política no Estado de Santa Catarina. 4. Ator não-governamental: UFSC. 5. Arenas decisórias: SES. 6. Arena decisória: Grupo Gestor (participação não revelada). 	<ol style="list-style-type: none"> 1 e 2. Atores “visíveis”. 3 e 4. Atores “invisíveis”. 6. Arena formal e institucionalizada porém externa ao SUS. 	Regulação do acesso (Eixo 6)
Segundo Mandato 2007 - 2010	<ol style="list-style-type: none"> 1. Ator governamental estadual: Gestor da SES. 2. Ator governamental: burocratas da SES que constróem projeto específico para a implementação da política no Estado de Santa Catarina. 3. Arenas decisórias: SES. 4. Arena decisória: Grupo Gestor (participação não revelada). 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Ator “visível”. 2. Ator “invisível”. 4. Arena formal e institucionalizada porém externa ao SUS. 	Interiorização dos médicos especialistas
	<ol style="list-style-type: none"> 1. Ator governamental estadual: Gestor da SES. 2. Ator governamental: burocratas da SES que constróem projeto específico para a implementação da política no Estado de Santa Catarina. 3. Arenas decisórias: SES, CIB e CES. 4. Arena decisória: Grupo Gestor (participação não revelada). 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Ator “visível”. 2. Ator “invisível”. 3. Arenas Formais e institucionalizadas na configuração do SUS. 4. Arena formal e institucionalizada porém externa ao SUS. 	Revisão do PDR
	<ol style="list-style-type: none"> 1. Ator governamental nacional: Ministério da Saúde. 2. Ator governamental estadual: Gestor da SES que decide pela formalização de um PAB estadual para financiar a Atenção Básica. 3. Ator governamental: burocratas da SES que constróem projeto específico para a implementação da política no Estado de Santa Catarina. 4. Arenas decisórias: SES, CIB (homologa a decisão). 5. Arena decisória: Grupo Gestor (participação não revelada). 	<ol style="list-style-type: none"> 1 e 2. Atores “visíveis”. 3. Ator “invisível”. 5. Arenas Formais e institucionalizadas na configuração do SUS. 6. Arena formal e institucionalizada porém externa ao SUS. 	PAB Estadual /Co-financiamento da Atenção Básica

Quadro 12 - Os atores e as arenas
Extraído de: Winckler (2015).

De acordo com Rocha (2012), o termo **"arenas políticas"** refere-se ao espaço onde se desenham as políticas específicas. Esses espaços possuem uma configuração própria que está diretamente relacionada à cultura política e ao tipo de democracia. No Quadro 12 apresentado, fizemos uma distinção entre as arenas decisórias visualizadas

nesta pesquisa: **as arenas formais e institucionalizadas na configuração do SUS e as arenas formais e institucionalizadas, porém externas ao SUS.** Em relação às primeiras (SES, CIB e CES), podemos observar que, apesar de estarem institucionalizadas e de terem seus fluxos internos e externos descritos, essas arenas competem constantemente pelo poder decisório, fragilizando, sobremaneira, o seu potencial democrático. Essa fragilidade, atribuída tanto ao excesso de ideologismo dos seus representantes quanto à fluidez da linha que delimita o espaço entre a decisão técnica e a decisão política, permite que as questões incorporadas à agenda governamental não representem nem as reais demandas da sociedade nem as necessárias ações para efetivar o sistema de saúde. Especialmente à CIB e ao CES observamos que a ausência de protagonismo dessas instâncias deliberativas permitiu à SES subutilizá-las ou utilizá-las conforme a sua conveniência, conferindo, assim, um padrão completamente irregular de participação. Apesar do exposto, Gerschman e Santos (2006) afirmam que essas instâncias ainda possuem potencial para se contraporem às representações que pautam a arena política. Será? Qual potencial deve ser destacado quando há o predomínio de características personalistas demandando a pauta dessas arenas? Qual potencial pode ser a elas conferido quando o *lócus* do poder decisório flutua para além das instâncias configuradas pelo SUS (arenas formais e institucionalizadas, porém externas ao SUS)?

Para Guimarães (2008), as instituições funcionam como canais que expressam e processam as demandas da sociedade junto ao poder público e devem ser reconhecidas enquanto parte da sociedade civil, pois elas vêm se desenvolvendo por meio de uma nova cultura política, que contribuiu para uma nova maneira de atuação, qual seja, a de luta em prol de uma participação ativa na deliberação das políticas públicas. A autora cita Habermas (1984) quando este afirma que a sociedade civil tem o papel de agregar e expressar as demandas da sociedade como um todo, situações que se realizam nos domínios da vida privada, para trazê-las até à esfera política. Nesse sentido, a sociedade civil possui um duplo papel, segundo o autor, que seria, primeiramente, o papel de captação para a ampliação da infraestrutura comunicativa presente no mundo da vida e da produção de esferas públicas alternativas. Em um segundo momento, tem o papel de captar as expectativas da sociedade apresentadas no mundo da vida, buscando, na esfera política, as alternativas necessárias, sendo, nesse sentido, propositiva (Guimarães, 2008, p. 46-47). Ainda, citando Habermas (1984), a autora relata que a sociedade civil só pode atuar de forma plena, se os direitos liberal-democráticos de reprodução cultural, de

integração social e de socialização, que garantem à possibilidade de se questionar a ordem tradicional, forem assegurados. Dessa forma, observa-se que a Constituição de 1988 incorporou algumas dessas críticas, propostas pelo modelo democrático-deliberativo e participativo, ao modelo democrático em construção, ao considerar o componente discursivo-argumentativo e participativo, no interior do Estado, como essencial para a consolidação democrática; ou, ao menos, foi obrigada a considerá-lo por pressões advindas da sociedade civil (Guimarães, 2008, p. 47).

Entretanto, Zioni e Westphal (2007) afirmam que esse processo de participação

exige uma atualização da representação sobre movimentos sociais, [...] das novas formas de sociabilidade e inserção social, dos diferentes espaços de construção de identidade o que torna o tema da participação *algo mais complexo do que a simples existências de canais formais de representação e de apresentação de demandas*. (Zioni; Westphal, 2007, p. 33, grifos nossos).

Em relação aos **atores**, podemos observar que a apresentação das propostas estiveram, majoritariamente, centradas nos **atores governamentais**, ou seja, todas as propostas surgiram no governo que mobilizava suas forças políticas para apreciação e aprovação nas instâncias deliberativas (CES, CIB e CGR). Nessa perspectiva, cabe destaque ao papel indutor do **Ministério da Saúde**, o qual ainda pode ser considerado como um ator relevante para a construção e organização das políticas públicas de saúde, mesmo em um estado federalizado. Outros **atores governamentais** que merecem destaque são o gestor da SES (ator “visível”) e os burocratas de carreira do Estado (atores “invisíveis”). Ao gestor da SES, apesar de manejar recursos institucionais, recursos organizacionais e recursos de comando da atenção pública, neste estudo de caso, não pode ser considerado como o ator mais forte na definição da agenda. Essa perspectiva é contrária à afirmação de Kingdon (2003, p. 23) quando nos diz que “*no other single actor in the political system has quite the capability of the president to set agendas in given policy areas for all who deal with those policies*”. Em que momento ela contradiz o modelo teórico? Para Kingdon, a redução do poder decisório do “presidente” (aqui equiparado ao gestor da SES) está no fato de que as alternativas estão nas mãos dos especialistas afastando-o, assim, da determinação do resultado final. Para nós, a redução do poder decisório do gestor da SES não está na presença dos especialistas e das alternativas por eles construídas, mas sim a atores externos que detém o poder de decisão sobre quais questões da agenda serão financiadas. Caso o

"Grupo Gestor" seja considerado uma "comunidade de especialistas", quem sabe consigamos uma adequação do modelo à realidade observada.

No que tange ao papel dos **atores governamental invisíveis**, especialmente aos burocratas de carreira da SES, observamos que, além de inserirem novas ideias na agenda, esses atores ajudam a focalizar a atenção em uma questão já existente (como no caso do incentivo hospitalar). Entretanto, sua atuação no processo de "*agenda-setting*" é reduzido, visto a ausência de controle sobre o processo de implementação das políticas. Por fim, consideramos que atores como a mídia, a associação dos profissionais, os sindicatos e a Assembleia Legislativa¹³⁷ não tiveram capacidade de oposição às propostas do governo.

5.1.5 Janelas de oportunidades

Janela de oportunidades para Kingdon (2003) é a combinação entre problemas, soluções com um meio político favorável modificando, assim, a agenda. Nesse momento, o problema é reconhecido, uma solução está disponível e as condições políticas tornam o momento propício para a mudança permitindo a convergência entre os três fluxos e possibilitando que questões ascendam a agenda. A análise da abertura dessas janelas requer igualmente que se revisem as narrativas que compõem este trabalho, facilitada pelos seguintes questionamentos: Como foi a atuação dos empreendedores políticos e em que momentos os fluxos foram unidos e sob quais condições? Quais dos contextos que promoveram a abertura da janela de oportunidades? O Quadro 13 sintetiza a análise realizada.

¹³⁷ O papel desempenhado pela Assembleia Legislativa de Santa Catarina na formação da agenda governamental da saúde não foi considerado relevante pelos entrevistados. Já, na configuração da agenda governamental do Estado, o papel da Assembleia Legislativa foi decisivo na estruturação da agenda.

PERÍODO DE GOVERNO	JANELAS DE OPORTUNIDADES Kingdon (2003)	AGENDA
Primeiro Mandato 2003-2006	Mudanças na gestão estadual (governo e SES).	Cirurgias eletivas
	Mudanças na gestão estadual (governo e SES).	Incentivo hospitalar
	Mudanças na gestão estadual (governo e SES) e decisão do gestor pela adesão à política nacional.	SAMU
	Mudanças na gestão estadual (SES) e decisão do gestor pela adesão à política nacional.	Assistência farmacêutica (Eixo 1)
	Mudanças na gestão estadual (SES) e decisão do gestor pela adesão à diretriz ministerial.	Incentivo hospitalar (eixo 2)
	Mudanças na gestão estadual (governo e SES) e decisão do gestor pela adesão aos parâmetros nacionais.	Ampliação dos leitos de UTI (Eixo 3)
	Mudanças na gestão estadual (governo e SES).	Redução das desigualdades regionais (Eixo 4)
	Mudanças na gestão estadual (governo e SES).	Investimento em ressonância magnética (Eixo 5)
	Mudanças na gestão estadual (governo e SES).	Regulação do acesso (Eixo 6)
Segundo Mandato 2007 - 2010	Mudanças na gestão estadual (SES).	Interiorização dos médicos especialistas
	Mudanças na gestão estadual (SES) e alteração do desenho político-administrativo do Estado.	Revisão do PDR
	Mudanças na gestão estadual (SES) e decisão do gestor pela adesão à política nacional.	PAB Estadual /Co-financiamento da Atenção Básica

Quadro 13 - As janelas de oportunidades
Extraído de: Winckler (2015).

De acordo com Capella (2007), as circunstâncias que possibilitam a convergência dos fluxos são identificadas, sobretudo, pelo fluxo dos problemas e pelo fluxo político. Uma oportunidade para a mudança surge quando um novo problema consegue atrair a atenção do governo ou quando mudanças são introduzidas na dinâmica da política. O fluxo das soluções não exerce influência direta sobre a agenda, uma vez que as propostas, alternativas e as soluções elaboradas nas comunidades chegam à agenda apenas quando os problemas percebidos ou demandas políticas criam oportunidades para essas ideias.

Diante do Quadro 13 apresentado, podemos observar que as janelas de oportunidades tiveram, sem dúvida, grande influência do **fluxo político**. As mudanças na gestão do governo estadual, tanto no nível central quanto no setorial, especialmente durante o primeiro mandato, foram as grandes responsáveis pela construção da agenda.

No segundo mandato, o fluxo político também apareceu como um meio importante para a configuração dessa agenda, entretanto o contexto político da reeleição do governador Luiz Henrique (e seus desdobramentos) delegou a esse fluxo um papel mais secundário. Apesar dessa predominância do fluxo político, os demais fluxos propostos por Kingdon (2003) aparecem de forma alternada e imprevista como meio para ascensão dos itens à agenda. Diante dessa perspectiva e para uma melhor compreensão desse processo, faz-se necessária uma análise individualizada dos temas da agenda.

Em relação ao item **Cirurgias Eletivas**, podemos afirmar que a janela de oportunidade foi aberta pelo gestor da SES em uma ação política (favorecida pela mudança na gestão estadual) que conciliava a sua experiência profissional (traduzida no fluxo dos problemas pelo termo “demanda reprimida”) com a elaboração de alternativas pela comunidade de especialistas. O item **Incentivo Hospitalar** também segue a mesma perspectiva descrita na questão anterior, com exceção de que nessa janela o fluxo dos problemas não se fez tão evidente quando o fluxo das alternativas (possibilidade de restrições futuras pelos prestadores privados).

No item **SAMU**, a janela de oportunidade abriu-se para o nível estadual pela possibilidade de alinhamento com o nível federal. Esse fluxo das alternativas alinhado com o fluxo político, permitiu ao gestor da SES empreender a liderança necessária para ascensão do item à agenda governamental. Apesar de não ter encontrado um “solo fértil” para o livre acoplamento dos fluxos, os obstáculos enfrentados foram controlados “administrativamente”. Apesar do modelo teórico, esse item não contou com o fluxo dos problemas para ascender à agenda.

No que tange à ampliação da **Assistência Farmacêutica**, podemos afirmar que a união dos três fluxos deu-se pela ação empreendedora do gestor da SES e da representação do Conselho Regional de Farmácia por meio do CES que, alinhados à diretriz nacional, aproveitaram a oportunidade para implantar no Estado um projeto com características diferenciadas. Nesse item, assim como os demais vinculados ao termo “Eixo”, há uma predominância do fluxo político em relação aos demais, visto que esses itens representam mudanças na gestão da SES e a permanência do positivo contexto político impresso ao primeiro mandato do governador Luiz Henrique. O item **Incentivo Hospitalar** ascendeu à agenda principalmente pelo fluxo dos problemas, visto que a demanda gerada pelas AIHs represadas somada à pressão dos prestadores de serviço eram constantes na pauta da saúde. A relevância desse fluxo, aliado ao fluxo político, combinado com uma indução ministerial e com a ação empreendedora dos técnicos da SES permitiram que o item ascendesse à agenda.

O Eixo 3, **Ampliação dos Leitos de UTI**, subiu à agenda governamental pelos mesmos fluxos descritos no item anterior. Entretanto, embora caibam aos técnicos da SES uma importante ação empreendedora, consideramos que esse item teve sua janela aberta pela ação do Gestor da SES quando decide adotar os parâmetros ministeriais estabelecidos para quantificar o número mínimo de leitos de UTI necessários para o Estado de Santa Catarina. Em relação ao item **Redução das Desigualdades Regionais**, apesar de contar com a presença dos 3 fluxos e ter no gestor da SES um potencial empreendedor, a "frágil governança" desse ator em relação a outras arenas e atores não permitiu que a janela de oportunidade abrisse completamente (não ascendeu à agenda decisional).

O item investimento em **Ressonância Magnética**, apesar de não contar com o apoio do fluxo dos problemas nem com o fluxo das alternativas, foi conduzido à agenda por ação política do gestor da SES que, por força do seu mandato legislativo, conduziu a ascensão do eixo. Nesse momento, novamente nos questionamos sobre a contradição posta por essa análise quando se comparam os contextos que embasam a "não-ascensão" do item Redução das Desigualdades Regionais com a ascensão do item Ressonância Magnética. Como pode o Gestor da SES, na mesma temporalidade, imprimir condições de governança tão distintas?

No que se refere ao item **Regulação do Acesso**, podemos afirmar que sua ascensão à agenda deu-se pela união dos três fluxos mediante ação política do gestor da SES. Entretanto, ao subdividirmos o item em regulação de acesso e implementação da Telemedicina, podemos afirmar que, naquele item, há predominância do fluxo dos problemas sobre o fluxo das alternativas, e, neste, do fluxo das alternativas sobre os demais, associado a uma ação empreendedora do Grupo Cyclops/UFSC. O tema **Interiorização dos Médicos Especialistas**, apesar de apoiar-se fortemente ao fluxo dos problemas e das soluções, teve no fluxo político uma redução do seu poder de acoplamento. Soma-se ao descrito que, apesar do gestor da SES configurar-se como um potencial empreendedor para a questão, ela não ascendeu à agenda decisional pela sua "frágil governança".

Em relação ao item **Revisão do PDR**, observamos que o fluxo da política (especialmente relacionada com redefinição do desenho político-administrativo do Estado) associado ao fluxo dos problemas (configuração dos CGR e da dificuldade em organizar planos e fluxos para o sistema de saúde) abriram a janela de oportunidade para a ascensão desse item na agenda. Como empreendedores, temos a ação política do gestor do Estado e da SES e dos técnicos da SES que construíram o fluxo das alternativas. Por

fim, a criação do **PAB Estadual** se caracterizou pelo clima nacional favorável, representado pelo alinhamento (intencional?) político entre o Ministério da Saúde e a SES. Nessa perspectiva, a janela de oportunidade foi aberta pelo Gestor da SES como condição para ampliação da atenção básica nos municípios catarinenses.

É importante ressaltar que as eleições e as mudanças de governo representaram os fatores mais relevantes na abertura da janela de oportunidade somente durante o primeiro mandato do Governador Luiz Henrique. No segundo mandato, o alinhamento com as diretrizes nacionais (inclusive com as lacunas deixadas por elas) ganharam relevância e mantiveram as janelas de oportunidade abertas para temas importantes do SUS. Em contrapartida, o monitoramento dos indicadores não pareceram representar grandes dispositivos para a mudança da agenda. Os diversos indicadores que o setor da saúde acompanha (apresentados no Capítulo III - Cenário da Pesquisa) e que mensuram as dimensões das condições de vida e saúde da população, bem como os resultados das ações implementadas (observadas pela evolução desses indicadores em um período de tempo) deveriam, sobretudo, sinalizar direções para o sistema de saúde. Contudo, neste estudo de caso, eles exerceram baixa influência sobre a agenda do Governo, salvo quando o monitoramento diz respeito à aceitação do Governador em fases pré-eleitorais ou à validação das percepções dos gestores. Em sentido contrário, o *feedback* dos problemas, traduzidos pelo conceito de “demanda”, tiveram um maior predomínio sobre este processo e nos mostram que a gestão do sistema de saúde ainda não adquiriu a maturidade e o protagonismo necessários ao papel que lhe cabe.

Outro aspecto que deve ser considerado está relacionado ao desempenho da função de gestor da SES que, em Santa Catarina (período 2003 a 2010), foi feito, majoritariamente, por políticos vinculados a mandatos estaduais ou federais. Esses atores, apesar de apresentarem posturas consideradas “democráticas”, não fortaleceram as instâncias decisórias do SUS, tornando a gestão da saúde centrada nos atores governamentais, insulados no poder executivo e, conseqüentemente, permeáveis a visões personalistas sobre o sistema de saúde e suas prioridades.

7. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O principal objetivo que originou esta tese era investigar **por que e como** se deu o processo de descentralização no Estado de Santa Catarina, especialmente na área da saúde, tendo como ponto central da análise os momentos de decisão e pré-decisão referentes aos problemas e às políticas que constituem o objeto do processo decisório. Para alcançar esse intento, utilizamos como base empírica uma ampla análise documental e entrevistas com atores vinculados à cúpula governamental do Estado durante a gestão Luiz Henrique da Silveira (2003 - 2010) que, posteriormente, foram analisadas a partir do marco teórico *Multiple Streams Framework*, de John W. Kingdon (2003). A partir dessa análise, foi possível concluir que os processos de discussão, de negociação e de aprovação das políticas são tão importantes quanto o conteúdo específico que elas encerram. Nesse sentido, uma abordagem estritamente tecnocrática da formulação das políticas públicas passaria por cima dessas etapas, as quais têm seu cerne no desordenado mundo da política. Diante dessa perspectiva, consideramos inseparáveis o processo político e o de formulação de políticas, visto que desprezar o vínculo existente entre eles ao se promover uma mudança no *status quo* pode conduzir ao fracasso das propostas e/ou à frustração de expectativas.

Essa consideração corrobora com o exposto por Cohn (2006) quando a autora nos diz que

apontar o que está por trás das 'políticas de saúde' não significa reduzir-se ao estudo das medidas de ações adotadas por distintos governos ao longo do tempo, mas sim buscar apontar exatamente 'o que está por trás' disso tudo, e seus efeitos para a frente. Num segundo momento, significa concentrar as atenções para *mostrar as articulações das políticas de saúde com as dimensões econômicas, políticas e sociais da nossa sociedade nos grandes marcos que caracterizam sua trajetória histórica no país, e que consistem nas raízes dos principais desafios que essa área enfrenta hoje*. (Cohn, 2006, p. 233, grifos nossos).

O presente trabalho apresentou, ainda, um quadro conceitual sobre a formação da agenda governamental o qual contribuiu para a compreensão das complexas variáveis e interações que fazem parte desse processo. O método de construção das narrativas facilitou, sobretudo, a visualização ampliada dessas complexidades permitindo identificar os principais atores (e a relação estabelecida entre eles), as arenas utilizadas, o papel das ideias e dos interesses e o comportamento das instituições envolvidas. Considerados em conjunto, o arcabouço conceitual, o estudo de caso e a análise dos

resultados demonstraram que, embora possam ocorrer mudanças importantes nas políticas públicas, nem toda agenda é subsidiada por questões técnicas ou é institucionalmente exequível. Os dados evidenciados nesta pesquisa também contribuíram para a explicação de um fenômeno conhecido como "negação da agenda" (*agenda denial*) o qual, conforme Capella (2015, p. 64), representa as questões sistematicamente ausentes da agenda governamental. Nas palavras da autora, "a 'não-decisão' em políticas públicas, ou a decisão de não considerar uma questão como sendo um problema, é um aspecto que ainda merece aprofundamento". Contudo, apesar de desvelarmos algumas das condições que constroem, no sistema de saúde catarinense, essa "agenda negada", persistem dúvidas sobre como fomentar outras "formas e/ou formatos" para o SUS com potencialidade para transformar o cenário posto: Estariam na instituição de novas arenas de discussão? Estariam em *práxis* emancipatórias que possibilitem atores mais "racionais" e participativos? Estariam na configuração de novas instituições com maior permeabilidade aos espaços de decisão? Ou estariam, simplesmente, na reestruturação do sistema a partir da realidade evidenciada e não de uma "imagem-objetivo" (como os ideais da Reforma Sanitária)?

Outra análise que merece destaque está no baixo potencial democrático das instituições envolvidas com a formulação da *agenda-setting*, permanecendo, esta, insulada no poder executivo e, conseqüentemente, permeável a visões personalistas sobre o sistema de saúde e suas prioridades. De acordo com Capella (2015, p. 64), a aproximação das "conexões entre os estudos de formulação da agenda e a teoria democrática, considerando as transformações nas formas de governança e nos processos decisórios que se situam no nível supranacional" também constitui-se como outro importante desafio. Para nós, a aproximação entre a realidade concreta, visualizada por meio dos dados obtidos, com as formas de conceber e exercer a democracia na atualidade permite refletir sobre a idealizada "democracia sanitária brasileira", visto que ampliam

a capacidade de análise sobre o seu atual estado da arte e sobre os possíveis caminhos que podem ser seguidos para o aperfeiçoamento constante das instituições e dos processos de participação da sociedade em decisões estatais de saúde, sejam elas do Poder Legislativo, do Poder Executivo ou do Poder Judiciário. (Aith, 2015, p. 90).

Em relação ao esforço analítico de reescrever as narrativas que contaram, de forma ampliada, o primeiro e segundo mandato do governo estudado a partir do modelo de Kingdon (2003), acreditamos que esse movimento agregou importantes contribuições

teórico-metodológicas, uma vez que o setor saúde possui uma dinâmica própria, repleto de atores e instâncias decisórias. Identificar como atuam os atores (governamentais ou não-governamentais) e a inter-relação entre os problemas, alternativas e o meio político (segundo e terceiro objetivo específico desta pesquisa) nos permitiram lidar com a complexidade desse setor para além das questões epidemiológicas e da racionalidade técnica. Essa assertiva também é compartilhada por Göttems (2010) quando a autora nos diz que os fluxos que sustentam o modelo teórico - problemas, alternativas e meio político - permitem compreender as diferentes interpretações dos problemas e como esses captam a atenção dos atores, nas mais variadas arenas; a escolha de alternativas e a competição entre elas, assim como as alianças em torno da sua aprovação; a leitura do contexto político (nacional e estadual), e a identificação e a previsão da abertura da janela política, visto que essas possibilidades de interpretações estão previstas nesse modelo.

Entretanto, observamos que o arcabouço teórico de Kingdon (2003) trouxe algumas limitações para a interpretação do caso. A primeira limitação diz respeito as “não-traduições” dos achados pelos condicionantes/características que constroem cada fluxo. Essa perspectiva de “não-tradução” pode ser explicada pelo fato de que nenhum modelo, em sua totalidade, pode abarcar a realidade que se pretendeu analisar. Essa dificuldade encontra-se, sobretudo, na análise do fluxo político, visto a necessidade da sua complementação com outros aportes teóricos das Ciências Sociais, dada tanto pela amplitude da rede política quanto pela sua influência sobre as políticas públicas. A segunda limitação diz respeito ao primeiro objetivo específico desta pesquisa que era identificar a articulação empreendida entre a reforma administrativa do Estado e a construção da política de descentralização da saúde. A constatação de que foram agendas governamentais distintas construídas sob uma frágil interlocução só foi possível em uma análise ampliada e que dificilmente seria contemplada pelas características do modelo teórico. Em outras palavras, não é possível compreender a agenda de uma política pública sem analisar todo o contexto político e institucional em que ela se constrói.

Por fim, concluímos que o objetivo de analisar a formação da agenda governamental da saúde torna possível a identificação de relevantes fatores que, historicamente, conferem a circularidade (não resolução) de temas caros à saúde pública, incluindo a descentralização do SUS. No entanto, quando partimos do pressuposto teórico de que a política é feita por ciclos deliberativos organizados em vários estágios sequenciais e interdependentes, temos de admitir que, os fatores causais dessa circularidade, também devem se reproduzir em outros estágios, com outros atores e em

outras arenas e que a compreensão dessa totalidade tornará mais factível as proposições que essa política encerra.

REFERÊNCIAS¹³⁸

- Abrucio LF. Os barões da federação: os governadores e a redemocratização brasileira. São Paulo: HUCITEC /Departamento de Ciência Política, USP; 1998.
- Abrucio FL. Para além da descentralização: os desafios da coordenação federativa no Brasil In: Fleury S. (Org). Democracia, descentralização e desenvolvimento: Brasil & Espanha. Rio de Janeiro: Editora FGV; 2006.
- Abrucio FL, Gaetani F. Avanços e perspectivas da gestão pública nos estados: agenda, aprendizado e coalizão. Conselho Nacional de Secretários de Administração (CONSAD). Avanços e perspectivas da gestão pública nos estados. Brasília: CONSAD; 2006.
- Abrucio FL, Sano H. Federalismo e articulação intergovernamental: os conselhos de secretários estaduais. In: Hochman G, Faria CAP. Federalismo e políticas públicas. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2013.
- Aith FMA. Direito à saúde e democracia sanitária: experiências brasileiras. R. Dir. Sanit. 2015; 15(3): 85-90.
- Arretche M. Políticas sociais no Brasil: descentralização em um Estado federativo. Rev. bras. Ci. Soc. 1999; 14(40).
- Arretche M. Relações Federativas nas Políticas Sociais. Educ. Soc. 2002; 23(80): 25-48.
- Arretche M, Marques E. Condicionantes locais da descentralização das políticas de saúde. In: Hochman et al. (orgs). Políticas Públicas no Brasil. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2007.
- Arretche M. Federalismo e igualdade territorial: uma contradição em termos? Dados. 2010; 53(3): 587-620.
- Avritzer L. Teoria democrática e deliberação pública. Lua Nova. 2000; 50: 25-46.
- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. Incentivo à Assistência farmacêutica Básica: o que é e como funciona. Brasília: Ministério da Saúde; 2001.
- Brasil. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Legislação do SUS. Brasília: CONASS; 2003.
- Brasil. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 338, de 06 de maio de 2004. Aprova a Política Nacional de Assistência Farmacêutica. Diário Oficial da União, Poder Executivo, Seção 1 nº 96, 20 de maio de 2004. Brasília: Ministério da Saúde; 2004.
- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Departamento de Apoio à Descentralização. Coordenação–Geral de Apoio à Gestão Descentralizada. Diretrizes operacionais dos Pactos pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão. Brasília: Série A. Normas e Manuais Técnicos; 2006.
- Brasil. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Plenárias nacionais de conselhos de saúde: resgate histórico do controle social no SUS. Brasília: Editora do Ministério da Saúde; 2007a.
- Brasil. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Legislação Estruturante do SUS / Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Brasília : CONASS; 2007b.
- Brasil. Ministério da Saúde. O SUS de A a Z : garantindo saúde nos municípios / Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde. 3. ed. Brasília: Editora do Ministério da Saúde; 2009.

¹³⁸ De acordo com o estilo Vancouver.

Brasil. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Assistência Farmacêutica no SUS / Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Brasília: CONASS; 2011.

Birkner WMK. Desenvolvimento regional e descentralização político-administrativa: um estudo comparativo dos casos de Minas Gerais, Ceará e Santa Catarina. *Rev. Sociol. Polit.* 2008; 16(30).

Birkner WMK et al. Secretarias de Desenvolvimento Regional de Santa Catarina - Avaliação Parcial: Período 2007/2008. *Revista Húmus*. 2011; 1(2): 53 – 72.

Bobbio N, Matteucci, Gianfranco P. Dicionário de Política. Brasília: Editora da Universidade de Brasília; São Paulo: Imprensa Oficial do Estado de São Paulo; 2004.

Borges CF, Baptista TWF. A política de atenção básica do Ministério da Saúde: refletindo sobre a definição de prioridades. *Trab. educ. saúde*. 2010; 8(1): 27-53.

Capella ACN. Formação da Agenda Governamental: perspectivas teóricas. (XXIX Encontro Anual da ANPOCS, 2005).

Capella ACN. Perspectivas teóricas sobre o processo de formulação de políticas públicas. In: Hochman G (org). *Políticas públicas no Brasil*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2007.

Capella ACN. *Agenda-setting*. In: Giovanni GD, Nogueira MA. Dicionário de políticas públicas. 2 ed. São Paulo: Editora da Unesp; Fundap; 2015.

Carneiro JMB, Dill G. Arranjos federativos regionais na Alemanha e o papel articulador dos Landkreise. *Cadernos Adenauer XII*. 2011; 4: 57-76.

Carvalho SN, Costa V. Políticas Públicas, tomada de decisões e formação da agenda governamental. *Cadernos FUNDAP*. 1988; 8(15).

Castiel LD. Guerra é doença: a questão da paz e os profissionais da saúde coletiva no Brasil. *Cad. Saúde Pública*. 1985; 1(4): 397-399.

Chizzotti A. Pesquisa qualitativa em ciências humanas e sociais. Petrópolis, RJ: Vozes; 2006.

Cohn A. Políticas de saúde: implicações e práticas. In: Campos GWS, et al. (Orgs). *Tratado de saúde coletiva*. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz; 2006.

Cohn A. A reforma sanitária brasileira após 20 anos do SUS: reflexões. *Cad. Saúde Pública*. 2009; 25(7).

Cortes SV, Lima LL. A contribuição da sociologia para a análise de políticas públicas. *Lua Nova*. 2012; 87: 32-62.

Costa RCR. Descentralização, financiamento e regulação: a reforma do sistema público de saúde no Brasil durante a década de 1990. *Rev. Sociol. Polit.* 2002; 8: 49-71.

Couto CG. Constituição, competição e políticas públicas. *Lua Nova*. 2005; 65.

Cunha IJ. Evolução econômico-industrial de Santa Catarina. Florianópolis: Fundação Catarinense de Cultura; 1982.

Dourado DA, Elias PEM. Regionalização e dinâmica política do federalismo sanitário brasileiro. *Rev. Saúde Pública*. 2011; 45(1).

Falleti T. Efeitos da descentralização nas relações intergovernamentais: o Brasil em perspectiva comparada. *Sociologias*. 2006; 8(16): 46-85.

Faria CAP. Idéias, conhecimento e políticas públicas: um inventário sucinto das principais vertentes analíticas recentes. *Rev. bras. Ci. Soc.* 2003; 18(51).

Fekete MC. Estudo da acessibilidade na avaliação dos serviços de saúde. In: Santana JP. (org). Desenvolvimento gerencial de unidades básicas do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília: OPAS; 1997.

Fernandes ASA. Políticas Públicas: definição, evolução e o caso brasileiro. 2010. [Acessado em 30 de julho de 2011]. Disponível em: http://serv01.informacao.andi.org.br/b6d71ce_114f59a64cd_-7fcc.pdf.

Filippim ES, Abrucio FL. Quando descentralizar é concentrar poder: o papel do governo estadual na experiência catarinense. Rev. Adm. Contemp. 2010; 14(2).

Filippim ES, Rossetto AM, Rossetto, CR. Abordagens da administração pública e sua relação com o desenvolvimento em um contexto regional: o caso do Meio Oeste Catarinense. Cad. EBAPE.BR. 2010; 8(4).

Flick U. Introdução à pesquisa qualitativa. 3 ed. Porto Alegre: Artmed; 2009.

Franzese C, Abrucio FL. Efeitos recíprocos entre federalismo e políticas públicas no Brasil: os casos dos sistemas de saúde, de assistência social e de educação. In: Hochman G, Faria CAP. Federalismo e políticas públicas no Brasil. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2013.

Frey K. Políticas públicas: um debate conceitual e reflexões referentes à prática da análise de políticas públicas no Brasil. Rev. Planej. e Pol. Públ. 2000; 21.

Fuks M. Definição de Agenda, Debate Público e Problemas Sociais: Uma Perspectiva Argumentativa da Dinâmica do Conflito Social. BIB. 2000.

Gerschman S, Santos MAB. O sistema único de saúde como desdobramento das políticas de saúde do século XX. Revista Brasileira de Ciências Sociais. 2006; 21(61): 177-227.

Gerschman S, Viana AL. Descentralização e desigualdades regionais em tempos de hegemonia liberal. In: Saúde e democracia: história e perspectivas do SUS. Rio de Janeiro, RJ: Editora Fiocruz; 2005.

Gomide AA. Agenda governamental e Formulação de Políticas Públicas: o projeto de lei de diretrizes da política nacional de mobilidade urbana. 2008. [Acessado em 30 de julho de 2011]. Disponível em: http://www.ipea.gov.br/sites/000/2/publicacoes/tds/td_1334.pdf.

Göttems LBD. Análise da política de atenção primária à saúde desenvolvida no Distrito Federal: a articulação entre o contexto político, os problemas, as alternativas e os atores na formação da política de saúde (1979 a 2009) [Doutorado]. Faculdade de Economia, Administração, Contabilidade e Ciências da Informação e Documentação, Universidade de Brasília; 2010.

Göttems LBD et al. O modelo dos múltiplos fluxos de Kingdon na análise de políticas de saúde: aplicabilidade, contribuições e limites. Saúde e sociedade. 2013; 22: 511-520.

Goularti Filho A. A formação econômica de Santa Catarina. Ensaios FEE. 2002; 23(2): 977-1007.

Goularti Filho A. O planejamento estadual em Santa Catarina de 1950 a 2002. Ensaios FEE. 2005; 26(1): 627-660.

Goularti JG, Butzke L. As secretarias regionais e a política de desenvolvimento regional em Santa Catarina. In: VI Encontro de Economia Catarinense, Joinville/SC; 2012.

Guimarães L, Giovanella L. Entre a cooperação e a competição: percursos da descentralização do setor saúde no Brasil. Rev. Panam. Salud Publica/Pan Am J Public Health. 2004; 16(4).

Guimarães AAM. Democracia possível: espaços institucionais, participação social e cultura política. Campinas, SP: Editora Alínea; 2008.

- Habermas J. Três modelos normativos de democracia. *Lua Nova*. 1995; 36:39-53.
- Hall PA, Taylor RCR. As três versões do neo-institucionalismo. *Lua Nova*. 2003; 58: 193-223.
- Hochman G (org). *Políticas públicas no Brasil*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2007.
- Holanda SB. *Raízes do Brasil*. São Paulo: Companhia das Letras; 2006.
- Junkes RV. Incentivo ao Desenvolvimento das Microempresas por meio das contratações públicas: a agenda política da Lei Complementar nº 123/2006 [dissertação]. Itajaí: Universidade do Vale do Itajaí, Centro de Ciências Sociais e Jurídicas, 2010.
- Junqueira LP. A Descentralização e a Reforma do Aparato Estatal em Saúde. In: Canesqui AM (org.). *Ciências Sociais e Saúde*. São Paulo: Hucitec/Abrasco; 1997.
- Kingdon J. *Agendas, Alternatives and Public Policies*. Boston: Little, Brown; 2003.
- Kuschnir R, Chorny AH. Redes de atenção à saúde: contextualizando o debate. *Ciênc. saúde coletiva*. 2010; 15(5): 2307-2316.
- Leão TM. O poder normativo das comissões intergestores bipartite e a efetividade de suas normas: um estudo a partir da CIB-Bahia [Mestrado]. Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo; 2013.
- Lima NT (Org). *Saúde e Democracia: história e perspectivas do SUS*. Rio de Janeiro, RJ: Editora Fiocruz; 2005.
- Lotta GS. *Implementação de Políticas Públicas: o impacto dos fatores relacionais e organizacionais sobre a atuação dos burocratas de nível de rua no programa de saúde da família [doutorado]*. São Paulo: Universidade de São Paulo, Departamento de Ciência Política, 2010.
- Lotufo M, Miranda AS. Sistemas de direção e práticas de gestão governamental em secretarias estaduais de Saúde. *Rev. Adm. Pública*. 2007; 41(6): 1143-1163.
- Luz MT. Duas questões permanentes em um século de políticas públicas de saúde no Brasil republicano. *Ci. Saúde Col*. 2000; 5 (2):293-312.
- Lubambo CW, Coutinho HG. Conselhos gestores e o processo de descentralização. *São Paulo Perspec*. 2004;18(4): 62-72.
- Martins HF. Uma teoria da fragmentação de políticas públicas: desenvolvimento e aplicação na análise de três casos de políticas de gestão pública [Doutorado]. Fundação Getúlio Vargas, Rio de Janeiro; 2003.
- Marques EC. Notas críticas à literatura sobre Estado, políticas estatais e atores políticos. *BIB*. 1997; 43: 67-102.
- Menecucci T. A implementação da Reforma Sanitária: a formação de uma política. In: Hochman G (org). *Políticas públicas no Brasil*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2007.
- Mendes EV. *Os grandes dilemas do SUS*. 2 t. Salvador: Casa da Qualidade; 2001.
- Miranda AS. Processo decisório em Comissão Intergestores do Sistema Único de Saúde: governabilidade resiliente, integração sistêmica (auto)regulada. *Rev. Pol., Planej. e Gestão em Saúde*. 2010; 1(10).
- Nascimento PR. *Espaços de deliberação democrática no SUS e discussão sobre a universalidade de direitos [Doutorado]*. Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo; 2006.

- Paim JS. Desafios para a saúde coletiva no século XXI. In: Campos GWS et al (orgs.). Tratado de Saúde Coletiva. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz; 2006.
- Penteado CC, Fortunato I. Mídia e políticas públicas: possíveis campos exploratórios. Rev. bras. Ci. Soc. 2015; 30(87): 129-141.
- Perdicaris PR. Gestão para resultados como política pública: uma análise da formação da agenda e formulação de alternativas em municípios brasileiros [Mestrado]. Escola de administração de empresas de São Paulo; 2009.
- Pinheiro IA, Vieira LJM, Motta PCD. Mandando Montesquieu às favas: o caso do não cumprimento dos preceitos constitucionais de independência dos três poderes da república. Rev. Adm. Pública. 2011; 45(6): 1733-1759.
- Pinto ICM. Ascensão e queda de uma questão na agenda governamental: o Caso das Organizações Sociais da Saúde na Bahia [tese]. Bahia: Universidade Federal da Bahia, Curso de Administração; 2004.
- Pinto ICM. Mudanças nas políticas públicas: a perspectiva do ciclo de política. Rev. Pol. Públ. 2008; 12(1): 27-36.
- Pinto ICM, Vieira da Silva LM, Baptista TVF. Ciclo de uma política pública de saúde: problematização, construção da agenda, institucionalização, formulação, implementação e avaliação. In: Paim JS, Almeida-Filho N (orgs). Saúde coletiva: teoria e prática. Rio de Janeiro: MedBook; 2014.
- Rocha JAO. Gestão do Processo Político e Políticas Públicas. Lisboa: Editora Escolar; 2010.
- Rocha HS. Juventude e políticas públicas: formação de agenda, elaboração de alternativas e embates no Governo Lula [Mestrado]. Escola de Administração de Empresas de São Paulo, Fundação Getúlio Vargas, São Paulo; 2012.
- Rocha CV. Significados e tendências do federalismo e das relações governamentais no Brasil e na Espanha. In: Hochman G, Faria CAP. Federalismo e políticas públicas no Brasil. Rio de Janeiro, Ed. Fiocruz; 2013.
- Rudnick LT, Mattedi MA. Uma análise da política de descentralização administrativa em Santa Catarina, 2003-2009. 2010.
- Sales T. Raízes da desigualdade social na cultura política brasileira. Revista Brasileira de Ciências Sociais. 1994; 25: 26-37.
- Santa Catarina. Lei Complementar nº 157, de 9 de setembro de 1997. Regulamenta os §§ 5, 6 e 7 do artigo 120 da Constituição Estadual, e adota outras providências.
- Santa Catarina. Projeto de lei complementar nº 0001.8/2003b. Exposição de motivos da Comissão de Reestruturação da Administração Pública Estadual. Florianópolis, 02 de janeiro de 2003.
- Santa Catarina. Lei Complementar n. 243, de 30 de janeiro de 2003. Estabelece modelo de gestão e a estrutura organizacional da Administração Pública Estadual e dispõe sobre a estrutura organizacional do Poder Executivo.
- Santa Catarina. Secretaria de Estado do Planejamento. Projeto Cicerus – Modernização e fortalecimento da gestão do Estado. Florianópolis; 2005. Relatório técnico.
- Santa Catarina. Lei Complementar n. 284, de 28 de fevereiro de 2005. Estabelece modelo de gestão e a estrutura organizacional da Administração Pública Estadual e dispõe sobre a estrutura organizacional do Poder Executivo.

- Santa Catarina. Secretaria de Estado da Saúde. Gerências Regionais de Saúde: Diretrizes e Organizações. Florianópolis: Gráfica do Estado/SEA, 2006.
- Santa Catarina. Secretaria de Estado da Saúde. Gerência de Planejamento do SUS. Plano estadual de saúde / Secretaria de Estado da Saúde de Santa Catarina. Florianópolis: IOESC, 2007.
- Santa Catarina. Lei Complementar nº 381, de 07 de maio de 2007. Dispõe sobre o modelo de gestão e a estrutura organizacional da Administração Pública Estadual.
- Santa Catarina. Secretaria de Estado da Saúde. Sistema Único de Saúde. Plano diretor de regionalização: PDR 2008. Florianópolis: IOESC; 2008.
- Santa Catarina. Secretaria de Estado da Saúde. Gerência de Planejamento do SUS. Plano Estadual de Saúde / Secretaria de Estado da Saúde de Santa Catarina. Florianópolis: IOESC, 2011.
- Secchi L. Políticas públicas: conceitos, esquemas de análise, casos práticos. 2. ed. São Paulo: Cengage Learning, 2013.
- Siebert CF. Panorama do planejamento regional em Santa Catarina: da centralização à construção da solidariedade regional. IN: Siebert CF (orgs). Desenvolvimento Regional em Santa Catarina. Blumenau: Edifurb; 2001.
- Solla JJS; Paim JS. Relação entre a atenção básica, de média e alta complexidade: desafios para a organização do cuidado no Sistema Único de Saúde. In: Paim JS; Almeida-Filho N. Saúde Coletiva: teoria e prática. Rio de Janeiro: Med Book; 2014.
- Souza J. A modernização seletiva: uma reinterpretação do dilema brasileiro. Brasília: Editora Universidade de Brasília; 2000.
- Souza C. Federalismo, desenho constitucional e instituições federativas no Brasil pós-1988. Rev. Sociol. Polit. 2005; 24.
- Souza C. Políticas públicas: uma revisão da literatura. Sociologias. 2006; 16.
- Souza C. Estado da arte da pesquisa em políticas públicas. In: Hochman G (org). Políticas públicas no Brasil. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2007.
- Souza LR, Secchi, L. A Política Científica e Tecnológica de Santa Catarina: análise a partir do modelo de coalizões de defesa. Rev. Adm. Pública. 2014; 48(4): 939-960.
- Tavares FMM. Três Variantes do Personalismo na Política da América Hispânica: o Caudilhismo, o Bolivarianismo e o Populismo como Expressões de Afirmação Regional. CadernosPROLAM/USP. 2011; 10(1): 3650.
- Tavolaro, Sergio B. F. Existe uma modernidade brasileira? Reflexões em torno de um dilema sociológico brasileiro. Rev. bras. Ci. Soc. 2005; 20(59): 5-22.
- Turrini RNT, Lebrão ML, Cesar, CLG. Resolutividade dos serviços de saúde por inquérito domiciliar: percepção do usuário. Cad. Saúde Pública. 2008; 24(3): 663-674.
- Unglert CVS et al. Acesso aos serviços de saúde: uma abordagem de geografia em saúde pública. Revista de Saúde Pública. 1987; 21(5): 439-446.
- Vasconcelos CM, Pasche DF. O Sistema Único de Saúde. In: Campos GWS, et al. (Orgs). Tratado de saúde coletiva. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz; 2006.
- Viana AL; Lima LD; Oliveira RG. Descentralização e federalismo: a política de saúde em novo contexto - lições do caso brasileiro. Ciênc. saúde coletiva. 2002; 7(3).

Viana AL; Lima LD; Ferreira MP. Condicionantes estruturais da regionalização na saúde: tipologia dos Colegiados de Gestão Regional. *Ciênc. saúde coletiva*. 2010; 15(5).

Viana AL. Descentralização e política de saúde: origens, contextos e alcance da descentralização. 2 ed. São Paulo: Hucitec; 2014.

Weiss RS. Learning from stranger: the art and method of qualitative interview studies. New York: The Free Press; 1994.

Zahariadis N. The multiple streams framework: structure, limitations, prospects. In: Sabatier P (org). *Theories of the policy process*. University of California. Colorado; 2007.

Zioni F, Westphal MF. O enfoque dos determinantes sociais da saúde sob o ponto de vista da teoria social. *Saúde e sociedade*. 2007; 16(3): 26-34.

Zioni F, Almeida ES. Políticas Públicas e Sistemas de Saúde: A Reforma Sanitária e o SUS. In: Rocha AA; Chester LGC (Orgs). *Saúde Pública: bases conceituais*. São Paulo: Atheneu; 2008.

Anexo A - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (Em duas vias, sendo uma para o sujeito da pesquisa)

Você está sendo convidado(a) para participar, como voluntário, em uma pesquisa. Após ser esclarecido(a) sobre as informações a seguir, no caso de aceitar fazer parte deste estudo, assine ao final deste documento, que está em duas vias. Uma delas é sua e a outra é do pesquisador responsável.

INFORMAÇÕES SOBRE A PESQUISA:

Título do projeto: A Agenda Governamental da Política de Descentralização da Saúde: o poder decisório no Estado de Santa Catarina.

Pesquisador responsável: Mariana Golin Silva Winckler

E-mail: marianawinckler@usp.br

Telefone para contato: (47) 9154-0304

Pesquisador participante: Profa. Dra. Fabíola Zioni

Telefone para contato: (11) 3061-7703 / 3061-7149 / 3061-7627 (Departamento Materno-infantil da FSP-USP)

E-mail: fabiolaz@usp.br

Comitê de Ética em Pesquisa da FSP da USP:

Endereço: Avenida Dr. Arnaldo, 715, térreo, São Paulo - Capital

Telefone: (11) 3061-7779

Estamos desenvolvendo uma pesquisa "A Agenda Governamental da Política de Descentralização da Saúde: o poder decisório no Estado de Santa Catarina". Este projeto tem como tema a análise da agenda governamental da política de descentralização da saúde e como objetivo geral investigar por que e como se deu o processo de descentralização no Estado de Santa Catarina, especialmente na área da saúde, tendo como central da análise os momentos de decisão e pré-decisão referente aos problemas e políticas que constituem o objeto do processo decisório. As perguntas são abertas e os entrevistados respondem por si mesmos.

Assim, gostaríamos de contar com a sua participação nas entrevistas que serão realizadas. Elas poderão trazer explicações muito úteis para o planejamento e execução das políticas públicas de saúde. Estas entrevistas serão gravadas em gravadores digitais e, posteriormente, transcritas e analisadas.

Sua colaboração será muito importante para a realização desta pesquisa. As informações e opiniões emitidas por você poderão lhe causar algum desconforto, principalmente no que se refere a determinadas repostas. Porém, ressaltamos que estes riscos são mínimos e que será assegurado tanto o sigilo quanto o anonimato do conteúdo da sua entrevista. Ressaltamos, ainda, que a qualquer momento da realização da pesquisa, caso não seja do seu interesse a continuidade da participação, você poderá retirar este consentimento. O resultado desta pesquisa será entregue, após a conclusão da mesma, para você e/ou a instituição que representa.

Desde já, agradecemos a sua colaboração e nos colocamos à disposição para qualquer esclarecimento.

CONSENTIMENTO DE PARTICIPAÇÃO DO SUJEITO

Eu, _____, RG _____, CPF _____ abaixo assinado, concordo em participar do presente estudo como sujeito. Fui devidamente informado e esclarecido sobre a pesquisa, os procedimentos nela envolvidos, assim como os possíveis riscos e desconfortos decorrentes de minha participação. Também sei que esta participação está isenta de despesas. Estou ciente de que a entrevista será gravada, seus resultados tratados com sigilo e que, caso não queira participar da investigação, tenho liberdade de retirar este consentimento.

Local e Data: _____

Nome: _____

Assinatura do sujeito ou Responsável: _____

Assinatura da testemunha: _____

Telefone para contato: _____

Para maiores informações e esclarecimentos consulte a resolução 466/12 da CONEP.

FACULDADE DE SAÚDE
PÚBLICA DA UNIVERSIDADE
DE SÃO PAULO

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: A agenda governamental da política de descentralização da saúde: o poder decisório no Estado de Santa Catarina

Pesquisador: Mariana Golin Silva Winckler

Área Temática:

Versão: 3

CAAE: 14328213.6.0000.5421

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

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 653.999

Data da Relatoria: 23/05/2014

Apresentação do Projeto:

Inalterado

Objetivo da Pesquisa:

Inalterado

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Modificou as Informações Básicas, esclarecendo sobre os riscos mínimos, conforme sugerido pelo Relator.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Nenhuma pendência adicional

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Atendeu à pendência

Recomendações:

Nada a acrescentar

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Adequado

Endereço: Av. Doutor Arnaldo, 715

Bairro: Cerqueira César

CEP: 01.246-904

UF: SP

Município: SÃO PAULO

Telefone: (11)3061-7779

Fax: (11)3061-7779

E-mail: cep@fsp.usp.br

CURRÍCULO LATTES

Currículo do Sistema de Currículos Lattes (Mariana Golin Silva Winckler)

02/08/15 19:12

Mariana Golin Silva Winckler

Endereço para acessar este CV: <http://lattes.cnpq.br/2217262820777076>
 Última atualização do currículo em 02/08/2015

Possui graduação em Odontologia (UNIVALI/SC), especialização em Odontologia para Pacientes com Necessidades Especiais (ABO/PR), especialização em Processos Educacionais na Saúde (IEP- Hospital Sírio Libanês), mestrado em Gestão de Políticas Públicas (UNIVALI/SC) e é doutoranda em Saúde Pública (USP/SP). Tem experiência na área de Odontologia, com ênfase em Pacientes Especiais e na Gestão Pública atuando principalmente nos seguintes temas: dinâmicas institucionais das políticas públicas (especialmente das políticas públicas de saúde), participação política, planejamento e gestão do SUS e pesquisa social em saúde. Também possui experiência com Metodologias Ativas no Processo Ensino-Aprendizagem e com tutoria em cursos EADs. Atualmente é docente do curso de graduação em odontologia do Instituto de Ensino Superior Avantis (SC) e tutora de cursos de especialização EAD. (Texto informado pelo autor)

Identificação

Nome Mariana Golin Silva Winckler
Nome em citações bibliográficas WINCKLER, Mariana Golin Silva

Endereço

Endereço Profissional Faculdade Avantis, Curso de Odontologia.
 Avenida Marginal Leste
 Estados
 88339125 - Balneário Camboriú, SC - Brasil
 Telefone: (47) 33630631
 URL da Homepage: <http://www.avantis.edu.br>

Formação acadêmica/titulação

2010 Doutorado em andamento em Saúde Pública (Conceito CAPES 6).
 Universidade de São Paulo, USP, Brasil.
 Título: AGENDA GOVERNAMENTAL DA SAÚDE: entre poderes, idéias e instituições.
 Orientador: Fabíola Zioni.
 Palavras-chave: políticas públicas de saúde; Planejamento e gestão pública;
 Agenda de governo; Poder decisório.
 Grande área: Ciências da Saúde / Área: Saúde Coletiva / Subárea: Saúde Pública.
 Setores de atividade: Atividades de atenção à saúde humana.

2007 - 2009 Mestrado profissional em Gestão de Políticas Públicas.
 Universidade do Vale do Itajaí, UNIVALI, Brasil.
 Título: Representações sociais das necessidades de saúde: construções intra-urbanas no município de Camboriú (SC). Ano de Obtenção: 2009.
 Orientador: Guillermo Alfredo Johnson.
 Palavras-chave: necessidades de saúde; políticas públicas de saúde;
 representações sociais; determinantes sociais de saúde; diferenciais intra-urbanos.
 Grande área: Ciências da Saúde / Área: Saúde Coletiva / Subárea: Saúde Pública.

CURRÍCULO LATTES

Currículo do Sistema de Currículos Lattes (Fabiola Zioni)

02/06/15 19:01

Fabiola Zioni Endereço para acessar este CV: <http://lattes.cnpq.br/3865892368069931>

Última atualização do currículo em 08/06/2015

É graduada em Ciências Sociais pela Universidade de São Paulo (1973), possui títulos de mestre e doutora em Saúde Pública pela Universidade de São Paulo (1988/1994). Realizou pós-doutorado no Département de Sociologie da Université Victor Segalen, Bordeaux2, França. Atualmente é responsável pela disciplina de pós graduação Saúde e Sociedade na Faculdade de Saúde Pública- USP. É professora livre-docente da Universidade de São Paulo. Tem experiência na área de Saúde Pública com ênfase em Sociologia da Saúde, trabalhando com os seguintes temas: participação política e políticas públicas, determinantes sociais da saúde, exclusão social, métodos de pesquisa social em saúde. Foi presidente da Comissão de Cultura e Extensão da FSP-USP de 2006 a 2010. Foi coordenadora do Curso de Especialização à Distância Docência de Sociologia no Ensino Médio e autora e responsável pelo Bloco Sociologia - Teorias Clássicas e Contemporâneas e Temas e métodos de pesquisa em sociologia (USP- Secretaria de Estado de Educação - Estado de São Paulo). Foi diretora do Coral USP de 2012 a 2015. Atualmente coordena projeto de extensão no Vale do Ribeira, em parceria com a Fundação Abrinq. (Texto informado pelo autor)

Identificação

Nome	Fabiola Zioni
Nome em citações bibliográficas	ZIONI, F.; ZIONI, FABIOLA

Endereço

Endereço Profissional	Universidade de São Paulo, Faculdade de Saúde Pública. Avenida Dr. Arnaldo, 715 Cerqueira César 01246904 - São Paulo, SP - Brasil Telefone: (11) 30617757 Fax: (11) 30617757 URL da Homepage: http://www.fsp.usp.br
------------------------------	---

Formação acadêmica/titulação

1989 - 1994	Doutorado em Saúde Pública (Conceito CAPES 6). Universidade de São Paulo, USP, Brasil. Título: Pesquisa Participante: relato e avaliação de uma experiência, Ano de obtenção: 1994. Orientador: Aracy Witt de Pinho Spinola. Palavras-chave: Movimentos Sociais; Participação popular; Pesquisa Participante. Grande área: Ciências da Saúde / Área: Saúde Coletiva.
1980 - 1988	Mestrado em Saúde Pública (Conceito CAPES 6). Universidade de São Paulo, USP, Brasil. Título: Mulheres e crianças primeiro. O caráter da intervenção do estado no grupo materno-infantil da colônia ao milagre brasileiro, Ano de Obtenção: 1988.