

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA – UFSC
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE – CCS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE PÚBLICA – PPGSP**

**REGIONALIZAÇÃO EM SAÚDE :
UM ESTUDO DA PERCEPÇÃO DOS
GESTORES MUNICIPAIS DE SAÚDE NO
ESTADO DE SANTA CATARINA
JANEIRO DE 1998 A AGOSTO DE 2000**

CLÉCIO ANTÔNIO ESPEZIM

Florianópolis – SC
2000

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA – UFSC
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE – CCS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE PÚBLICA – PPGSP

REGIONALIZAÇÃO EM SAÚDE

**Um Estudo da Percepção dos Gestores Municipais de
Saúde no Estado de Santa Catarina
Janeiro de 1998 a Agosto de 2000.**

Dissertação apresentada ao Programa
de Pós-Graduação em Saúde Pública
da Universidade Federal de Santa
Catarina, como requisito parcial para
obtenção do grau de mestre.

Mestrando : Clécio Antônio Espezim
Orientador : Professor Doutor João Carlos Caetano

FLORIANÓPOLIS, 2000



SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL
UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE PÚBLICA

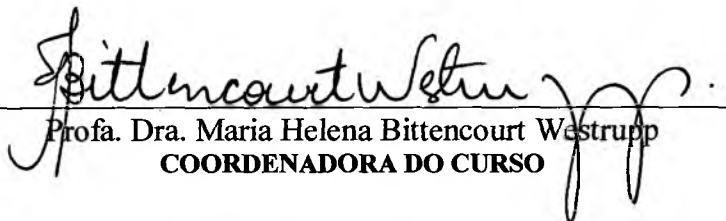
" REGIONALIZAÇÃO EM SAÚDE: um estudo da percepção dos gestores municipais de saúde no Estado de Santa Catarina - Janeiro de 1998 a Agosto de 2000"

AUTOR: CLÉCIO ANTONIO ESPEZIM

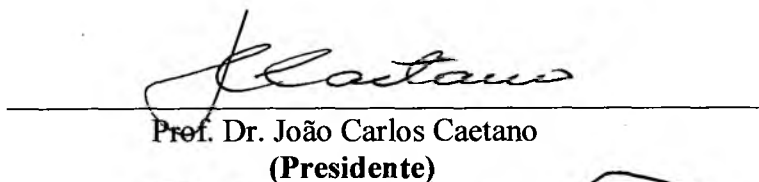
ESTA DISSERTAÇÃO FOI JULGADA ADEQUADA PARA A OBTENÇÃO DO TÍTULO DE:

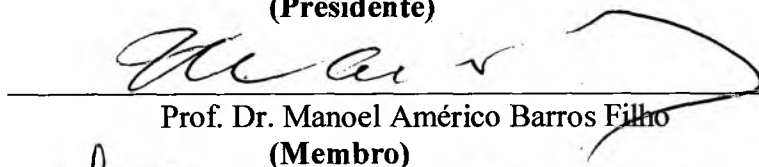
MESTRE EM SAÚDE PÚBLICA

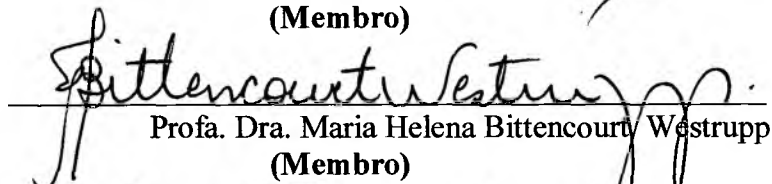
ÁREA DE CONCENTRAÇÃO EM ADMINISTRAÇÃO E PLANEJAMENTO DE SERVIÇOS DE SAÚDE.

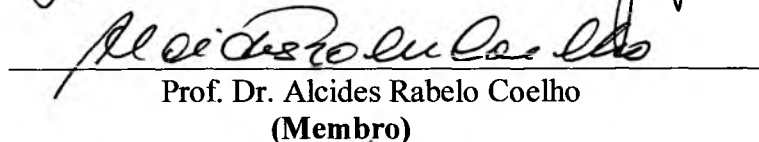

Prof. Dra. Maria Helena Bittencourt Westrupp
COORDENADORA DO CURSO

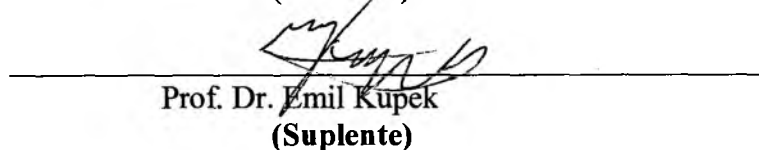
BANCA EXAMINADORA:


Prof. Dr. João Carlos Caetano
(Presidente)


Prof. Dr. Manoel Américo Barros Filho
(Membro)


Prof. Dra. Maria Helena Bittencourt Westrupp
(Membro)


Prof. Dr. Alcides Rabelo Coelho
(Membro)


Prof. Dr. Emil Kupek
(Suplente)

SUMÁRIO

RESUMO	vi
ABSTRACT	vii
LISTA DE TABELAS	viii
AGRADECIMENTOS	X
1. INTRODUÇÃO	1
2. OBJETIVOS	6
2.1. OBJETIVO GERAL	6
2.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS	6
3. MÉTODO	7
3.1. TIPO DE ESTUDO	7
3.2. CONCEITUALIZAÇÃO DAS VARIÁVEIS OU CATEGORIAS	7
3.3. UNIVERSO DO ESTUDO	10
3.4. UNIDADE DE ANÁLISE	11
3.5. PLANO AMOSTRAL	12
3.6. FONTES DE DADOS	13
3.7. INSTRUMENTOS DE COLETA DE DADOS	13
3.8. PRÉ-TESTAGEM DO INSTRUMENTO	13
3.9. ANÁLISE DOS DADOS	14
3.9.1. APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS DADOS	14
3.10. CONSIDERAÇÕES ÉTICAS E ADMINISTRATIVAS	15
3.11. VALIDADE INTERNA E EXTERNA DO ESTUDO	15
3.12. DIVULGAÇÃO E UTILIZAÇÃO DE RESULTADOS	16
4. REVISÃO BIBLIOGRÁFICA	17
4.1. CENTRALIZAÇÃO E DESCENTRALIZAÇÃO	17
4.2. DESCENTRALIZAÇÃO E DESCONCENTRAÇÃO	21
4.3. ORIGENS DA DESCENTRALIZAÇÃO	24
5. APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS RESULTADOS	37
5.1. CARACTERÍSTICAS DA AMOSTRA PESQUISADA	37
5.1.1. ESCOLARIDADE DOS GESTORES MUNICIPAIS DE SAÚDE	43
5.1.2. FORMAÇÃO PROFISSIONAL DOS GESTORES MUNICIPAIS DE SAÚDE	44

5.1.3.	EXPERIÊNCIA PROFISSIONAL DOS GESTORES MUNICIPAIS DE SAÚDE	45
5.2.	AS FUNÇÕES DAS REGIONAIS DE SAÚDE	46
5.2.1.	FUNÇÃO MAIS ATUANTE	46
5.2.2.	FUNÇÃO A SER FORTALECIDA	48
5.2.3.	HIERARQUIA DAS FUNÇÕES	49
5.3.	CARACTERIZAÇÃO DAS REGIONAIS DE SAÚDE, OBJETO DO ESTUDO	50
5.3.1.	ESTRUTURA ORGANIZACIONAL DAS REGIONAIS DE SAÚDE	51
5.3.2.	AÇÕES E/OU SERVIÇOS DAS REGIONAIS DE SAÚDE QUE CONTRIBUÍRAM FAVORAVELMENTE NO NÍVEL MUNICIPAL E REGIONAL, PARA O DESENVOLVIMENTO DO SISTEMA DE SAÚDE NESSES NÍVEIS DE ATUAÇÃO	53
5.3.2.1.	NÍVEL MUNICIPAL	53
5.3.2.2.	NÍVEL REGIONAL	54
5.3.3.	IMPORTÂNCIA DAS REGIONAIS DE SAÚDE NO NÍVEL REGIONAL	56
5.3.4.	CENTRALIZAÇÃO DAS DECISÕES NAS REGIONAIS DE SAÚDE	57
5.3.5.	PARTICIPAÇÃO DAS REGIONAIS DE SAÚDE EM REUNIÕES DOS COLEGIADOS DE SECRETÁRIOS MUNICIPAIS DE SAÚDE E EM AÇÕES DE INTERESSE DOS MUNICÍPIOS	58
5.3.5.1.	PARTICIPAÇÃO DAS REGIONAIS DE SAÚDE NAS REUNIÕES DOS COLEGIADOS DE SECRETÁRIOS MUNICIPAIS DE SAÚDE	58
5.3.5.2.	PARTICIPAÇÃO DAS REGIONAIS DE SAÚDE NAS AÇÕES DE INTERESSE DOS MUNICÍPIOS	59
5.3.6.	DESEMPENHO DO COORDENADOR REGIONAL DE SAÚDE	60

5.4.	PLANEJAMENTO MICRORREGIONAL DE SAÚDE	61
5.4.1.	FAVORABILIDADE OU NÃO A IMPLANTAÇÃO DO PROCESSO DE PLANEJAMENTO NO NÍVEL MICRORREGIONAL	61
5.4.2.	AS REGIONAIS DE SAÚDE E O PLANEJAMENTO MICRORREGIONAL	63
5.4.3.	ATITUDE DOS GESTORES MUNICIPAIS DE SAÚDE EM RELAÇÃO AO ENFRENTAMENTO DE SITUAÇÃO- PROBLEMA NO NÍVEL REGIONAL	65
5.4.3.1.	1ª SITUAÇÃO-PROBLEMA : INSTALAÇÃO DE UM CENTRO DE ESPECIALIDADES MÉDICAS NA MICRORREGIÃO	65
5.4.3.2.	2ª SITUAÇÃO-PROBLEMA : POLUIÇÃO FLUVIAL ADVINDA DE ESGOTOS DOMÉSTICOS E INDUSTRIAIS	67
6.	CONSIDERAÇÕES FINAIS	68
7.	REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	72
	ANEXOS	77

RESUMO

Este estudo objetivou verificar a percepção dos Gestores Municipais de Saúde do Estado de Santa Catarina, quanto ao desempenho das Regionais de Saúde, órgãos técnico-administrativos regionalizados, da Secretaria de Estado da Saúde. O trabalho foi realizado por amostragem não probabilística, intencional, pesquisando 7 (sete) Regionais de Saúde, correspondendo a 38,89% da totalidade existente no Estado, envolvendo 131 dos 293 Gestores Municipais de Saúde, correspondendo a 49,71% em relação ao total do Estado. Como instrumento de pesquisa, utilizou-se um questionário semi-estruturado que possibilitou, junto aos Gestores Municipais de Saúde, o alcance dos objetivos, utilizando-se ainda, o levantamento de dados secundários, encontrados em relatórios da Secretaria de Estado da Saúde. Constataram-se, como principais resultados, que a função de assessoria das Regionais de Saúde junto aos municípios aparece como a mais atuante, que a estrutura organizacional das Regionais de Saúde não atende às necessidades dos Gestores Municipais de Saúde. Constatou-se, também, junto aos Gestores Municipais de Saúde, a importância das Regionais de Saúde. Como fatores de obstáculo para o desenvolvimento das ações das Regionais de Saúde, foram apontados : a falta de recursos humanos qualificados e a falta de recursos financeiro para a sua manutenção. Com relação à atuação das Regionais de Saúde, frente à solução dos problemas no nível regional com base neste estudo, recomenda-se que a Secretaria de Estado da Saúde reavalie as funções e a estrutura organizacional das Regionais de Saúde, com vistas ao fortalecimento do Processo de Regionalização, facilitando e incentivando o desenvolvimento de ações regionais.

Palavras-chave :

Regionalização em Saúde, Percepção dos Gestores Municipais de Saúde, quanto ao desempenho das Regionais de Saúde/Descentralização técnico-administrativa da Secretaria de Estado da Saúde.

ABSTRACT

This study aimed to verify the perception of the Municipal Health Managers in the State of Santa Catarina, regarding to the performance of the Regional Health Offices as technical and administrative offices of the Health State Secretary in the regions. There are 18 Regional Health Offices in the State, and this study took a non-probabilistic, intentional sample of seven, accounting for 38,89% of the Offices. It also involved 131 of the 293 Municipal Health Managers accounting for 49,51% of the total Managers. The data collection was based on a partial-structured application form applied to the managers and also on secondary data collected from reports of the Health State Secretary. The main results showed that advisory function of the Regional Offices in the counties is the most active, the organisational structure of the Regional Health Offices do not answer the needs claimed by the Municipal Health Managers, however they recognised the importance of them as the government representation in the counties. The difficulties pointed out by the Regional Offices are : lack of qualified human resources and lack of financial resources for their maintenance. Concerning to the performance of the Regional Health Offices to solve regional problems and based on this study it is recommended that the Health State Secretary to re-evaluate the functions and the organisational structure of the Regional Health Offices in order to strength the regional process and also to facilitate and to incentive the developing of regional actions.

LISTA DE TABELAS

Tabela 01	Regionais de Saúde, segundo o município–sede e número de municípios, SC – 1998/99	11
Tabela 02	Regional de Saúde pesquisada, segundo o município–sede e o número de municípios, SC – 1998/99	12
Tabela 03	Municípios da amostra pesquisada, segundo o porte e tipo de gestão, SC – 1998/99	37
Tabela 04	Escolaridade dos Gestores Municipais de Saúde, segundo o porte do Município, SC – 1998/99	43
Tabela 05	Área de formação profissional dos Gestores Municipais de Saúde, segundo o nível superior, por porte do Município, SC – 1998/99	44
Tabela 06	Experiência anterior em gerenciamento de serviços de saúde, por parte dos Gestores Municipais de Saúde, segundo o porte do Município, SC – 1998/99	45
Tabela 07	Opinião dos Gestores Municipais de Saúde, segundo a função mais atuante nas Regionais de Saúde, por porte do Município, SC – 1998/99	46
Tabela 08	Opinião dos Gestores Municipais de Saúde, segundo a função que necessita ser fortalecida nas Regionais de Saúde, por porte do Município, SC – 1998/99	48
Tabela 09	Hierarquização das funções das Regionais de Saúde, segundo os Gestores Municipais de Saúde, SC – 1998/99	49
Tabela 10	Opinião dos Gestores Municipais de Saúde quanto à estrutura organizacional das Regionais de Saúde frente suas necessidades, segundo o porte do Município, SC – 1998/99	51
Tabela 11	Ações e/ou serviços desenvolvidos pelas Regionais de Saúde que contribuíram favoravelmente no nível municipal, segundo os Gestores Municipais de Saúde, por porte do Município, SC – 1998/99	53
Tabela 12	Ações e/ou serviços desenvolvidos pelas Regionais de Saúde, que contribuíram favoravelmente no nível regional, segundo os Gestores Municipais de Saúde, por porte do Município, SC – 1998/99	54

Tabela 13	Importância atribuída às Regionais de Saúde pelos Gestores Municipais de Saúde, segundo o porte do Município, SC – 1998/99	56
Tabela 14	Origem das decisões no nível regional em questões referentes à área da saúde, na opinião dos Gestores Municipais de Saúde, segundo o porte do Município, SC – 1998/99	57
Tabela 15	Opinião dos Gestores Municipais de Saúde quanto à participação das Regionais de Saúde em reuniões do Colegiado de Secretários Municipais de Saúde, segundo o porte do Município, SC – 1998/99	58
Tabela 16	Opinião dos Gestores Municipais de Saúde quanto à participação das Regionais de Saúde nas ações desenvolvidas no nível municipal, segundo o porte do Município, SC – 1998/99	59
Tabela 17	Opinião dos Gestores Municipais de Saúde quanto ao desempenho gerencial do Coordenador Regional de Saúde, segundo o porte do Município, SC – 1998/99	60
Tabela 18	Posicionamento dos Gestores Municipais de Saúde quanto à favorabilidade ou não a implantação do processo de planejamento microrregional, segundo o porte do Município, SC – 1998/99	61
Tabela 19	Opinião dos Gestores Municipais de Saúde quanto à existência de planejamento microrregional realizado pelas Regionais de Saúde, segundo o porte do Município, SC – 1998/99	63
Tabela 20	Opinião dos Gestores Municipais de Saúde quanto à existência ou não da definição de objetivos e metas traçadas pelas Regionais de Saúde, segundo o porte do Município, SC – 1998/99	63
Tabela 21	Opinião dos Gestores Municipais de Saúde, indicando a quem confiariam a instalação de um Centro de Especialidades Médicas em uma microrregião, segundo o porte do Município, SC – 1998/99	65
Tabela 22	Opinião dos Gestores Municipais de Saúde, indicando a quem confiariam os estudos da solução dos problemas de poluição fluvial, segundo o porte do Município, SC – 1998/99	67

Dedico à

**Tatiana e
Juliana, sentido e razão do
meu viver,**

e à

**Jealousy,
a quem espero ter me
tornado parte da sua
vida**

**A felicidade aparece para aqueles
que choram, para aqueles que se
machucam, para aqueles que
buscam e tentam sempre e para
aqueles que reconhecem a
importância das pessoas que
passam por suas vidas.**

Agradecimentos especiais :

**Aos meus pais Clécio e Zenaide,
pelo exemplo de vida e presença
amiga na história da minha vida.**

**Aos meus irmãos Alcivandro, Paulo,
Tânia e demais familiares, pelo estímulo
e incentivo.**

Agradecimentos :

Ao Prof. Dr. João Carlos Caetano pela segura e objetiva orientação.

Aos professores do Programa de Pós-graduação em Saúde Pública que, em suas funções de mestres, souberam transmitir seus conhecimentos.

Aos colegas de Curso pelo companheirismo.

Aos colegas de trabalho da Secretaria de Estado da Saúde pela compreensão e amizade.

Aos Gestores Municipais de Saúde pela colaboração prestada.

Aos profissionais e amigos João Flávio Vendruscolo e Waldemar Marcelino Vieira, companheiros de trabalho, pela colaboração e incentivo.

1. INTRODUÇÃO

A Constituição Federal de 1988, em seu Capítulo II, artigo 6º, define saúde como direito social. A partir da Assembléia Nacional Constituinte foi elaborado um texto referente à área da saúde, dando como resultado a incorporação de conceitos e princípios voltados a uma nova lógica de organização da saúde, vinculando a saúde aos conceitos políticos, econômicos, sociais; colocando a saúde como um direito social universal, a partir do direito à cidadania; caracterizando serviços e ações de saúde como relevância pública; abrindo caminhos para a criação do Sistema Único de Saúde – SUS.

A Constituição Federal, em seu artigo 194 e as Leis Orgânicas da Saúde nºs.: 8.080/90 e 8.142/90, estabelecem as diretrizes básicas, a partir das quais, o Estado deveria prover condições para o efetivo funcionamento do modelo de saúde proposto para a sociedade brasileira, o que viria a se concretizar em seguida, com a implantação do Sistema Único de Saúde, SUS, no Brasil.

Tais diretrizes já vinham ganhando força desde a década de 80, quando em 1987 se realizou a 8ª Conferência Nacional de Saúde, com expressiva representação da sociedade civil, que buscou consolidar as bases doutrinárias para a então pretendida Reforma Sanitária Brasileira, apontando, na ocasião, para a criação de um Sistema Único de Saúde, voltado à universalidade, à igualdade, à participação, à descentralização e à integralidade do atendimento.

Paralelamente à elaboração da nova Constituição Federal, o Ministério da Previdência e Assistência Social/Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social, juntamente com algumas Secretarias de Estado da Saúde esboçavam os primeiros passos voltados à criação do Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde – SUDS (1987), que era considerado como estratégia para a instalação do Sistema Único de Saúde – SUS.

A implantação do SUDS, apontava para a desconcentração de recursos e para a descentralização, em parte, do processo decisório aos estados (estadualização), visando ao esvaziamento programado do INAMPS, em vista da pretendida fusão da sua estrutura administrativa com a estrutura das Secretarias Estaduais de Saúde.

Assim, pode-se considerar o SUDS como uma estratégia desencadeante de dois outros processos, para possibilitar a descentralização das ações e serviços de saúde : a municipalização e a distritalização.

O SUS surgiu como um sistema (ou assim se esperava) para responder ao quadro em que se encontrava a saúde no Brasil, caracterizado pelos tipos variados de doenças vinculadas ao modelo sócio-econômico, pelo desequilíbrio entre a oferta e a necessidade da população, pela excessiva centralização, levando a decisões não adequadas, pela insuficiência de recursos, pelo desperdício dos poucos recursos alocados para a saúde, pela baixa cobertura assistencial da população, excluindo do atendimento, grandes regiões pobres, pela ineficiência técnico-gerencial e política do sistema, pela baixa qualidade dos serviços oferecidos, pela falta do controle social e, enfim, pela insatisfação e preocupação crescentes da população, em relação ao atendimento à saúde.

O artigo 4º, da Lei Orgânica nº.: 8.080/90, define o Sistema Único de Saúde – SUS, como “um conjunto de ações e serviços de saúde prestados por órgãos e instituições públicas federais, estaduais e municipais, da Administração Direta e Indireta e das Fundações mantidas pelo poder público e complementarmente, pela iniciativa privada”, o que coloca tal sistema numa nova formulação político-organizacional para o reordenamento dos serviços e ações de saúde, objetivando a mesma doutrina e os mesmos princípios em todo o território nacional, sob a responsabilidade dos governos federal, estadual e municipal.

Essa redistribuição de responsabilidades gestoras, expressa em toda a legislação complementar do Sistema Único de Saúde – SUS, particularmente instrumentalizada com as edições das Normas Operacionais Básicas 1/93 e 1/96, acabou induzindo, com grande ênfase, o processo de municipalização da saúde, sem, contudo, dar conta até o presente momento, de outras mudanças também necessárias, quando se consideram as novas atribuições de cada nível de governo, pois a requalificação do papel do Estado, a reestruturação organizacional e a reorientação do processo de trabalho das instâncias gestoras são medidas imprescindíveis ao processo de consolidação do Sistema Único de Saúde – SUS.

Assim, a esfera estadual de Santa Catarina, atenta a esse processo tem adotado medidas junto à estrutura administrativa da Secretaria de Estado da Saúde – SES, visando a atender o processo da descentralização, definindo e redefinindo o seu papel, e vem assumindo, gradativamente, a função gestora que lhe compete, buscando

organizar-se interregionalmente, para responder as demandas de saúde de sua população.

A Reforma Administrativa do Estado, ocorrida na administração do Governo Wilson Pedro Kleinubing, determinada pela Lei nº.: 8.240, de 12 de abril de 1991, e Lei nº.: 8.245, de 18 de abril de 1991, extinguiu administrativamente na área da saúde, além da Fundação Hospitalar de Santa Catarina, o Departamento Autônomo de Saúde Pública, aonde estavam vinculados os 07 (sete) Centros Administrativos Regionais de Saúde – CARS, com sede nos seguintes municípios : Florianópolis, Joinville, Criciúma, Lages, Joaçaba, Chapecó e Blumenau (não contemplado no Projeto original).

Esses Centros Administrativos Regionais de Saúde, segundo COELHO (1980), originaram-se através do “Projeto de Regionalização dos Serviços de Saúde Pública”, mais conhecido por “Projeto CARS”, elaborado em 1973, pela Secretaria de Estado da Saúde, através da Coordenação de Saúde Pública e Hospitalar, para substituir os 12 (doze) Distritos Sanitários até então existentes no Estado, com o objetivo de implantar no nível intermediário uma estrutura técnico-administrativa, que já previu, em seu projeto inicial, 06 (seis) CARS, com a finalidade de assegurar a atenção integral à saúde, assessorando e executando serviços de saúde no nível local e regional, quando necessários. Cabiam, ainda, aos CARS funções de supervisão, coordenação e controle das unidades sanitárias locais, a maioria delas pertencentes à rede estadual.

A partir de 1973, segundo COELHO (1980), esses CARS passaram a ser implantados gradativamente de forma informal, e no ano de 1976 foi estabelecida por Decreto do Governador Antônio Carlos Konder Reis a sua criação.

Em 1978, foi aprovada, também por Decreto do Governo de Estado, a estrutura organizacional dos mesmos. Em razão da extinção dessas estruturas regionais em 1991, segundo Caderno II da SES (1993), a Secretaria de Estado da Saúde resgatou esse nível intermediário, justificando que a inexistência das instâncias regionais sobrecarregava o nível central, dificultando os ajustes das normas técnicas e administrativas no nível local, passando a utilizar como mecanismo de gerenciamento nesse nível, 18 (dezoito) Regionais de Saúde, aproveitando a distribuição geográfica das Associações de Municípios do ano de 1992 e suas sedes microrregionais que passaram a ser sede das Regionais de Saúde. A implantação dessas Regionais de Saúde efetivou-se através de convênios de cooperação técnico-financeira entre a

Secretaria de Estado da Saúde e Associação de Municípios, que constituem-se em entidades jurídicas de direito privado, sem fins lucrativos e que possuem entre suas atribuições, o compromisso de desenvolver e acompanhar, com os órgãos estaduais e federais, programas de saúde e promoção social para os municípios associados, bem como prestar serviços, promover assessoria técnica na área da saúde, conforme prevêm seus Estatutos.

Essa nova proposta, foi elaborado o Projeto denominado "Regionalização da Saúde", em 1992, pela Secretaria de Estado da Saúde, através da Diretoria de Planejamento, a qual se caracterizou pela implantação de um novo modelo organizacional, contemplando o nível regional com uma visão municipalista, incluindo a participação efetiva dos municípios, com uma estrutura organizacional capaz de oferecer apoio aos municípios, e assegurando o acompanhamento, o controle e a avaliação dos serviços prestados à população.

A Regionalização de Saúde, foi aprovada pelo Conselho Estadual de Saúde e constou do Plano Estadual de Saúde (1994), aprovado através do Decreto nº.: 4.323, de 08 de março de 1994, pelo Governo do Estado.

Entretanto, segundo os relatórios da SES 1998 e 1999, a Secretaria de Estado da Saúde, juntamente com as Associações de Municípios, sofreu inúmeras diligências por parte do Tribunal de Contas do Estado. Houve questionamento com relação à qualificação técnica das Associações, quanto à execução de ações na área da saúde, à contratação de pessoal, aos recursos para diárias, ao patrimônio dos materiais permanentes adquiridos pelas Associações e quanto às ações na área da saúde, levando a Secretaria de Estado da Saúde a rever o projeto de regionalização do setor.

Por esta razão, foram extintos os Convênios com as Associações de Municípios e instituídas as Regionais de Saúde, oficialmente, junto á estrutura organizacional da Secretaria de Estado da Saúde, através do Decreto do Governo Paulo Afonso Evangelista Vieira nº.: 3.187, de 15/09/98.

Após essa readequação, as Regionais de Saúde passaram a ter a seguinte estrutura organizacional : uma Coordenação, responsável pelo seu gerenciamento técnico-administrativo; um Setor de Planejamento; um Setor Técnico e um Setor Administrativo, como apoio ao desenvolvimento das ações de competência dessas Regionais.

Considerando a Regionalização da Saúde em desenvolvimento no Estado e com o propósito de identificar a função das Regionais de Saúde, formulou-se o problema central da pesquisa :

Qual a percepção dos Gestores Municipais de Saúde em relação às Regionais de Saúde?

Este projeto de pesquisa, a partir de seu problema central, pretende obter a identificação das seguintes perguntas :

- Qual a percepção dos Gestores Municipais de Saúde em relação ao papel desempenhado pelas Regionais de Saúde?
- Quais os fatores que dificultam a ação das Regionais de Saúde?
- Quais as ações e os serviços prestados pelas Regionais de Saúde no nível regional?
- Qual o nível de participação do Colegiado de Secretários Municipais de Saúde nas decisões de âmbito regional?
- Qual o grau de centralização das Regionais de Saúde, em relação à sua atuação no nível regional?

2. OBJETIVOS

2.1. Objetivo Geral :

Verificar a percepção dos Gestores Municipais de Saúde em relação às Regionais de Saúde do Estado de Santa Catarina.

2.2. Objetivos Específicos :

- Identificar se a estrutura organizacional das Regionais de Saúde está adequada para atender às necessidades regionais.
- Identificar a percepção dos Gestores Municipais de Saúde, quanto à função desempenhada pelas Regionais de Saúde.
- Identificar os fatores que possam causar obstáculos ao desenvolvimento das ações das Regionais de Saúde, segundo a percepção dos Gestores Municipais de Saúde.
- verificar o grau de participação do Colegiado de Secretários Municipais de Saúde nas decisões de âmbito regional.
- Identificar a existência da centralização das Regionais de Saúde, em relação à sua atuação no nível regional, segundo a percepção dos Gestores Municipais de Saúde.

3. MÉTODO

3.1. Tipo de Estudo

Pesquisa do tipo descritivo-exploratório, aplicada nos anos de 1998 e 1999.

É pesquisa do tipo descritiva, como o própria palavra já indica, pois procura-se descrever o problema, que já está definido, buscando respostas para perguntas como o quê, quem, onde, como e quando.

Da mesma forma, é pesquisa exploratória por se tratar de um estudo sobre o qual há pouco conhecimento acumulado e sistematizado, não havendo estudo semelhante no Estado.

Os métodos utilizados para conduzir esta pesquisa exploratória foram :

- dados primários, através de questionário;
- dados secundários, através de relatórios da secretaria de Estado da Saúde, para coleta de maiores informações sobre o estudo da pesquisa.

3.2. Conceitualização das Variáveis, ou Categorias

Regional de Saúde – Órgão intermediário da Secretaria de Estado da Saúde, com finalidade de assegurar assessoria aos municípios e o acompanhamento, o controle e a avaliação das ações e dos serviços desenvolvidos no nível regional.

Secretaria de Estado da Saúde – Órgão executivo do poder público, responsável pela política de saúde do Estado.

Associações de Municípios – Entidades voltadas á busca de soluções para problemas municipais e microrregionais de forma geral.

Coordenadoria Regional de Saúde – Estrutura responsável pelo gerenciamento, no nível regional, da política traçada pela Secretaria de Estado da Saúde. O Coordenador é um cargo comissionado do governo do Estado, nomeado pelo governador.

Gestão Municipal – Composta pelos Secretários Municipais de Saúde, com a responsabilidade de planejar, executar e controlar as ações de saúde na sua área de abrangência.

Microrregião – Divisão de espaço geográfico do Estado de Santa Catarina, no qual estão contidos vários municípios-membros de uma Associação de Municípios, sendo polarizada por um deles.

Colegiado de Secretários Municipais de Saúde – Órgão que sugere estratégias de ações à Regional de Saúde, com a finalidade de cooperar na sua linha de atuação.

Conselho Municipal de Saúde – Órgão colegiado do sistema local de saúde que se constitui num mecanismo de participação institucionalizada, onde atuam de forma paritária representantes do governo, dos profissionais de saúde, dos prestadores de serviços e dos usuários dos serviços de saúde.

Secretaria Municipal de Saúde – Órgão executivo do poder público municipal, responsável pela política de saúde do município.

Percepção – Ato ou efeito de perceber.

Influência – Capacidade de sugerir, inspirar uma ação.

Atitude – Comportamento e procedimento.

Opinião – Parecer, conceito.

Poder – Capacidade de controlar e formular estratégias e definir prioridades.

Assessoria – Repasse de informações, orientações e procedimentos de caráter técnico-administrativo.

Política de Saúde – Constitui o conjunto de ações em saúde com áreas definidas. Envolve ações, serviços e estrutura organizacional de um sistema de saúde.

Planejamento – Meio instrumental que tem por objetivo o desenvolvimento e a transformação de uma realidade social.

Planejamento Microrregional – Ações planejadas englobando vários municípios.

Reivindicação – Forma pela qual os municípios ou a população solicitam o atendimento para suas demandas.

Fórum Regional de debates – Instância onde os Gestores Municipais de Saúde poderão discutir problemas comuns e trocar experiências, a nível regional.

Centralização – Centralização do poder de decisão.

Descentralização – Delegação do poder de decisão.

Desconcentração – Delegação de competência, sem deslocar o poder de decisão.

Regionalização – Processo eficaz na descentralização da prestação de serviços e da racionalização e otimização de recursos para a área da saúde.

Tamanho – O tamanho do município, mensurado pelo número de habitantes.

Participação – Tentativa de influenciar a formulação de políticas públicas e/ou o processo de planejamento no nível microrregional, por partes dos gestores municipais de saúde.

Cooperação – Atuação conjunta das esferas de governo, visando ao bem comum.

Município-pólo – Município-sede da Regional de Saúde.

3.3. Universo de Estudo

O universo do presente estudo é compreendido pelas 18 (dezoito) Regionais de Saúde, conforme consta do Anexo I e na Tabela a seguir:

Tabela 1 - Regionais de Saúde, segundo o município sede e número de municípios, SC
– 1998/99.

Regionais de Saúde	Município–Sede	Número de Municípios
1 ^a	Xanxerê	17
2 ^a	Videira	16
3 ^a	Concórdia	16
4 ^a	Rio do Sul	28
5 ^a	São Miguel D'Oeste	21
6 ^a	Araranguá	15
7 ^a	Itajaí	11
8 ^a	Joaçaba	19
9 ^a	Blumenau	14
10 ^a	Chapecó	38
11 ^a	Mafra	04
12 ^a	Criciúma	10
13 ^a	Joinville	09
14 ^a	Tubarão	18
15 ^a	Lages	19
16 ^a	Canoinhas	09
17 ^a	Jaraguá do Sul	07
18 ^a	Florianópolis	22
T O T A L		293

Fonte : SES

3.4. Unidade de Análise

A unidade de análise do presente estudo compreende os gestores municipais de saúde do Estado de Santa Catarina.

3.5. Plano Amostral

A pesquisa foi realizada através de uma amostragem não probabilística intencional, composta por 07 (sete) Regionais de Saúde (Anexo 2), correspondendo a 38,89% do total das Regionais existentes, e abrangendo 131 municípios, perfazendo um total de 44,71% do total de municípios do Estado (Tabela 2).

A escolha das Regionais obedeceu aos seguintes critérios :

- Regionais de Saúde já pertencentes ao antigo projeto dos Centros Administrativos Regionais de Saúde / PROJETO CARS – 1973;
- Regionais de Saúde com características macrorregional;
- Regionais de Saúde localizadas em cidades-pólo-regionais.

Tabela 2 - Regional de Saúde pesquisada, segundo o município-sede e o número de municípios, SC – 1998/99.

Regionais de Saúde	Município–Sede	Número de Municípios
8 ^a	Joaçaba	19
9 ^a	Blumenau	14
10 ^a	Chapecó	38
12 ^a	Criciúma	10
13 ^a	Joinville	09
15 ^a	Lages	19
18 ^a	Florianópolis	22
T O T A L	07	131

Fonte : SES

3.6. Fontes de Dados

Os dados utilizados na pesquisa são do tipo primário e secundário. Os dados primários foram coletados através de **questionário** (Anexo III) semi-estruturado com os **Gestores Municipais de Saúde**, da área de abrangência de 07 (sete) Regionais de Saúde. Os dados secundários são oriundos de registros administrativos, documentos da Secretaria de Estado da Saúde, concementes ao Projeto CARS/1973, “Projeto de Regionalização” – Caderno II – 1993, da SES, Relatórios Anuais da SES – 1998 e 1999, Relatórios Anuais das Regionais de Saúde 1998–99.

3.7. Instrumentos de Coleta de Dados

Utilizou-se o questionário como instrumento de coleta de dados.

O **Questionário** foi remetido via Correio (Anexo III), e o retorno do mesmo foi através do Correio, com porte pago.

Salienta-se que 90% dos questionários remetidos, obedeceram ao Plano de Execução de Cronograma da Pesquisa, que previa a sua devolução até o mês de dezembro/98. Os 10% restantes necessitaram contato com os gestores municipais via telefone e/ou por fax, salientando-se da importância da obtenção de todas as respostas, como fator de enriquecimento da pesquisa, atingindo-se, no mês de março, o recebimento de 100% dos questionários remetidos.

3.8. Pré-Testagem do Instrumento

O Instrumento de Coleta de Dados utilizado neste estudo (questionário), foi pré-testado na 14ª Regional de Saúde, com sede no município de Tubarão, com as seguintes características :

- Abrange 18 (dezoito) municípios.
- Perfaz uma população estimada em 306.081 habitantes.

- Possui municípios de médio e pequeno porte.
- Regional implantada em 1993.
- Anteriormente os municípios pertencentes a essa regional eram vinculados ao 3º CARS, com sede em Criciúma (atualmente 12ª Regional de Saúde – incluída no plano amostral).

No Pré-Teste foram encaminhados os questionários aos 18 (dezoito) gestores municipais de saúde, remetidos via Correio em setembro/98, devolvidos conforme prazo determinado, em outubro/98, na totalidade, possibilitando estudo prévio para a validade e a confiabilidade na análise dos dados do plano amostral.

3.9. Análise dos Dados

3.9.1. Apresentação e Análise dos Dados

O plano de análise dos dados da pesquisa se desenvolveu em 02 (duas) fases : **fase empírica e fase analítica.**

Na fase empírica, desenvolveu-se um plano que especificou os procedimentos para a coleta de dados : onde, quando e como os dados serão coletados.

Na fase analítica, a partir dos questionários obtidos, procedeu-se à análise dos dados, considerando-se :

- a) perfil dos gestores, funções e caracterização das Regionais de Saúde.
- b) planejamento microrregional de Saúde.

No primeiro item apresentou-se :

- a escolaridade e a experiência dos Gestores Municipais, analisando-se as funções exercidas pelas Regionais de Saúde, buscando-se identificar qual a função considerada mais atuante; qual a função menos atuante e qual deverá ser a hierarquia das funções das Regionais de Saúde.

No segundo item, identificou-se a favorabilidade ou não da implantação do processo de planejamento no nível microrregional.

3.10. Considerações Éticas e Administrativas

Para a elaboração do presente estudo, como medidas preliminares, foram adotadas :

- Consentimento do Coordenador de Ações Regionais da SES, a quem as Regionais de Saúde estão subordinadas diretamente, e que participam do objeto da pesquisa no Pré-Teste e no Plano Amostral.
- Consentimento por parte do Coordenador de Ações Regionais da SES, para consulta e manuseio dos dados secundários, oriundos de registros administrativos, relatórios anuais de atividades das Regionais e documentos da SES, concernentes ao Projeto CARS/1973 e Projeto de Regionalização/1993.
- Consentimento dos Coordenadores Regionais de Saúde, cujas Regionais participaram do objeto da pesquisa.
- Encaminhamento aos Gestores Municipais de Saúde que participarão do **Pré-Teste e do Plano Amostral**, os consentimentos assinados, bem como os **Instrumentos de Coleta de Dados** com todas as informações e instruções necessárias ao preenchimento e sigilo do mesmo, demonstrando que todas as precauções seriam tomadas para assegurar que o direito e a liberdade dos indivíduos pesquisados seriam respeitadas já que os dados processados não identificariam o informante.

3.11. Validade Interna e Externa do Estudo

Com a finalidade de avaliar a validade interna deste estudo, foram primeiramente identificadas as vantagens e desvantagens do próprio instrumento de coleta, com vistas a aumentar consideravelmente a taxa de resposta das questões constantes no questionário. A partir desse levantamento, foram previstos alguns ajustes no questionário utilizado, com a finalidade de obter a maior confiabilidade possível dos

dados a serem utilizados no estudo, os quais poderiam distorcer os resultados ou dificultar as interpretações, por ocasião da análise.

Por se tratar de um estudo descritivo exploratório e por não existir pesquisa no Estado de Santa Catarina com relatos e experiências sobre a percepção dos gestores municipais de saúde em relação às Regionais, pretende-se usar a análise deste estudo para a generalização da pesquisa, considerando-o como contribuição para o processo de Regionalização da Saúde do Estado.

3.12. Divulgação e Utilização de Resultados

Em Santa Catarina, no setor saúde, apesar de termos uma certa experiência nos processos de descentralização, poucas pesquisas foram realizadas sobre o papel das Regionais de Saúde, suas relações com os níveis central e local, com o planejamento e a administração microrregional, havendo portanto uma escassez de conhecimentos registrados oficialmente.

Com esta pesquisa, possibilitou-se a obtenção de dados originais, resultando num estudo pioneiro acerca da percepção dos gestores municipais de saúde em relação ao processo de Regionalização da Saúde.

Por se entender que a divulgação deste estudo possa contribuir para o desenvolvimento do processo de descentralização em andamento no Estado de Santa Catarina, pretende-se divulgá-lo através de publicações em revistas e periódicos da área, assim como a sua apresentação e discussão em seminários e reuniões no âmbito estadual.

4. REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

4.1. Centralização e Descentralização

A temática centralização/descentralização é abordada por inúmeros autores, evidenciando-se mais controvérsias do que consenso sobre o tema. O ponto comum da maioria dos autores é a correlação com a delegação ou não do poder de decisão, seja a nível societário ou organizacional.

Diante da diversidade de interpretações sobre o tema, encontramos em ROVERSI – MÔNACO (1993), a informação de que “a centralização e a descentralização, em geral, não são instituições jurídicas únicas, mas fórmulas, contendo princípios e tendências, de modo a se ter um aparelho político ou administrativo”.

Já VASCONCELOS (1979), conceitua centralização / descentralização como processos. Na centralização, há uma concentração de decisões e autoridade no ápice da organização e, na descentralização, esses fatores encontram-se dispersos pelos níveis inferiores.

Sob essa perspectiva, pode-se afirmar que a descentralização é conseqüência de um processo de concentração e desagregação que pode transcorrer mais ou menos, lentamente, conforme a sociedade em que ocorra.

Segundo JUNQUEIRA (1996), entender a descentralização como processo que se dá em determinado tempo e espaço implica, assim, entendê-la em relação (dialética) com a centralização. Se a descentralização é definida como processo de transferência de poder do centro para a periferia, só o poder centralizado pode ser descentralizado : não existindo poder central, não haverá certamente o que transferir.

Segundo MOTTA e PEREIRA (1986), os termos centralização / descentralização, no nível organizacional, podem ser empregados em três sentidos relativamente independentes. Podem ser de caráter :

- geográfico – quando ocorre a dispersão de unidades com atividades em diversas regiões ou pontos do país;

- funcional – com relação às funções executadas pelos departamentos, considera-se centralizada quando um mesmo departamento executa diferentes funções.
- decisório – quando se refere à definição do nível em que são tomadas as decisões finais.

A descentralização dentro da administração pública, segundo FISCHER (1987), pode ser assim classificada :

- “entre esfera de governo;
- da administração direta para a indireta;
- do setor público para o setor privado;
- do setor público para a sociedade organizada”.

É afirmado pela autora que o primeiro e o quarto item relacionam-se à descentralização e à participação popular. Esta última não entendida como “resultante das concessões do poder estabelecido”.

No entender de GRAU (1980), a descentralização da administração pública pode ocorrer através de três modalidades :

- “territorial ou geográfica;
- de serviço ou funcional;
- por pessoa privada ou por colaboração”.

Os dois primeiros itens são colocados pelo autor, como sendo articulações que o Estado (administração central) faz para manter o controle, quer seja especial ou setorial. No entanto, na “descentralização por pessoa privada ou por colaboração”, ocorre uma verdadeira transferência de atribuições do setor público para a iniciativa privada, onde entidades são autorizadas a prestar serviços de natureza pública. A forma de descentralização colocada tem relação com as atribuições desenvolvidas pelas Associações de Municípios de Santa Catarina, as quais são registradas como entidades de direito privado, mas desenvolvem várias atribuições da administração pública, como, por exemplo, do Convênio já extinto, de cooperação técnico-financeira com a Secretaria de Estado da Saúde, para, de forma conjunta, administrar as Regionais de Saúde.

Essas situações, em termos administrativos de gestão de ações a serem desenvolvidas, revestem-se de grande importância, pois determinam a estratégia a ser usada e os resultados a serem alcançados.

Sabe-se que o conceito de descentralização nos países latino-americanos, vem acompanhado de posturas democráticas e participativas, mas, seu

entendimento, entretanto, passa necessariamente pela centralização, pois, segundo JUNQUEIRA (1996), um poder totalmente descentralizado com a extinção do poder central, constitui a negação do Estado.

Já PRATTS (1973), tratando desse tema, afirma que descentralização e centralização são dois extremos opostos, mas não mutuamente excludentes, ligados entre si por uma relação dialética. Ambas subsistem integralmente, embora possam manifestar-se sob diferentes formas, o que explica que não existe descentralização, nem centralização em estado puro.

E assim, sob essa perspectiva, vislumbra-se a descentralização como conseqüência de um processo de concentração e de desagregação.

Para BOBBIO (1986), há centralização, quando o poder das entidades locais e dos órgãos periféricos são reduzidos ao mínimo indispensável para que ainda possam ser considerados entidades subjetivas de administração; ao contrário, há descentralização, quando os órgãos centrais do Estado detêm apenas o poder mínimo indispensável para realizar suas atividades.

E se esses dois extremos estão relacionados dialeticamente, a existência de um não implica desaparecimento do outro. Entender, portanto, a descentralização como um processo que ocorre em determinado tempo e espaço implica entendê-la em relação com a centralização.

Os processos de centralização e descentralização não acontecem do mesmo modo, se considerarmos órgãos federais e órgãos estaduais. Pode-se dizer que existem formas variadas e/ou intermediárias dessas duas situações nos estados e na União.

Surge daí a diferença entre descentralização política e descentralização administrativa : a primeira traz implícita o conceito de autonomia política, a descentralização administrativa deriva do aparelho político-administrativo do Estado, segundo comentários de JUNQUEIRA (1996).

Esse autor, ao falar do setor saúde no Brasil, afirma em seu arrazoado que a descentralização é um dos pressupostos das diversas iniciativas de mudanças que ocorreram na saúde, a partir da década de 80, concluindo com o Sistema Único de Saúde – SUS.

Entretanto, como o conceito de descentralização não é único na literatura, é interessante que se possa recuperar o contexto situacional em que o mesmo surgiu, até como na resposta à necessidade de se dar eficiência e eficácia ao

aparato técnico-administrativo e gerencial, responsável pela gestão das políticas econômico-sociais.

Ao conceituar descentralização, JUNQUEIRA (1996) cita que, apesar das diferenças existentes no âmbito da gestão pública, ela tem um significado específico e precípua, que é o da transferência de poderes dos níveis centrais de governo para os níveis mais periféricos, gerando mais autonomia de gestão, em oposição a um poder centralizado e burocratizado. E nesse sentido, afirma o autor, a centralização emerge em oposição ao poder centralizado, determinando formas diversas de organização, através de criação de outras instâncias de poder e de decisão. Forma-se, assim um poder permeável aos interesses da sociedade, dando, espera-se, maior eficácia à gestão, por permitir uma maior proximidade entre o problema existente, a solução proposta e o controle social das ações de interesse social.

Ao falar sobre esse assunto, observa-se que a utilização do conceito de descentralização como estratégia de mudança teve início na década de 70, pelos países centrais democráticos, como alternativa à crise do Estado em questões sociais. Isso ocorreu em razão do questionamento do seu papel de Estado protetor, ocasionando a expansão do aparato burocrático, gerando, em consequência, uma acentuada centralização das decisões, o que geralmente compromete a eficácia como um todo.

Na América Latina, regimes autoritários centralizadores, burocráticos e excludentes instalaram-se por vários anos, determinando rumos não tão próprios para a participação em torno de questões sociais, econômicas ou políticas.

A saúde, como uma das políticas de interesse social, não fugiu dessa situação adversa da ação do Estado. No entanto, muitos segmentos e grupos se organizaram, tentando entrar neste intrincado e centralizado método de gestão, tentando delinear novos caminhos para o setor, buscando interferir no modelo centralizador vigente, vislumbrando um modelo de saúde universalizado, descentralizado, mais participativo e equânime.

Projetos de descentralização para a Saúde, entretanto, no pensar de JUNQUEIRA (1996), não estão necessariamente vinculados à democratização das ações, nem mesmo à participação popular e à eficácia da gestão.

Embora se constitua em instrumento de mudança do formato do Estado e de seu aparato, tornando-o mais permeável a interesses coletivos e sociais, não se

pode dizer que haja uma relação direta entre essas variáveis e a eficácia da gestão esperada.

Entretanto, a descentralização é um processo que se apresenta em relação ao poder centralizador do Estado, favorecendo uma melhor obtenção do bem comum.

4.2. Descentralização e Desconcentração

Os termos descentralização e desconcentração, para alguns autores, são sinônimos; há os que pensam que um é totalmente independente do outro, e outros que os concebem como condicionantes.

Para ROVERSI – MÔNACO (1993), descentralização e desconcentração, “implica a existência de uma pluralidade de níveis de decisão exercida de forma autônoma pelos órgãos independentes do centro”. Para UGA (1991), a descentralização é entendida “enquanto um processo de distribuição de poder que pressupõe, por um lado, a redistribuição dos espaços de exercício de poder – ou dos objetos de decisão – isto é, das atribuições inerentes a cada esfera de governo e, por outro, a redistribuição dos meios para exercer o poder, ou seja, os recursos humanos, financeiros, físicos”. LOBO (1988), também entende a descentralização como um movimento que trata de uma “redefinição de centros de poder que, se bem colocados primordialmente no interior do aparelho do Estado, direta ou indiretamente se articulam com a sociedade em geral”.

Também é entendido por UGA (1991), como um processo de dispersão físico-territorial de instituições governamentais inicialmente localizadas de forma concentrada. A desconcentração, identificada como tradicional, no histórico da administração pública, é reconhecida por LOBO (1988), como um mecanismo útil, mas não definitivo; considera-se ainda, que este mecanismo “não afeta necessariamente a distribuição de poder decisório, atuando, na maioria das vezes, apenas no plano físico-territorial”, enquanto a “descentralização, sim, envolve uma questão de redistribuição de poder, de deslocamento de centros decisórios”.

A descentralização e a desconcentração são estratégias diversas para atingir um mesmo objetivo : levar mais próximo da população o poder de decisão sobre

as ações do poder público, com o intuito de dar maior eficácia às ações estatais, viabilizando a participação.

Segundo JUNQUEIRA (1996), a descentralização distribui a administração do poder no âmbito de um território, buscando consubstanciar a reforma político-administrativa que fortalece as estruturas regional e local de poder, em detrimento do nível central. Mas, sem dúvida, a sua efetividade está condicionada pela composição dos interesses dos grupos sociais dominantes e das respectivas estruturas sociais de poder.

Para ROFMAN (1990), a concentração ou centralização de poder que ocorreu em determinado modelo desenvolvimentista, significou acumulação de funções do Estado no nível superior, sem nenhuma delegação. No entanto, a ruptura dessa centralização, segundo ele, pode manifestar-se não apenas pela descentralização, mas também, pela desconcentração e devolução.

A descentralização tem passado, principalmente, pelo interior do aparato estadual, por demandas de burocratas e de atores políticos vinculados a movimentos sociais. ARRETICHE (1995).

Embora alguns autores, como BORJA (1987) e BOISIER (1987), considerem a desconcentração como estratégia para a descentralização, tais possibilidades serão consideradas como partes do processo, não como um caminho para chegar à descentralização.

Desconcentrar é delegar competências sem deslocar o poder de decisão. Desconcentração implica transferência de algum poder por delegação. Nesse caso, o órgão que transfere não perde seu poder de decisão, e o que recebe as competências as tem por delegação, agindo em nome do governo central, sua autonomia é relativa. Nesse sentido, a desconcentração não conduz, necessariamente, à descentralização. Faz parte desse processo, mas não é, como querem alguns autores, uma condição necessária para descentralizar. BOISIER (1987); TOBAR (1991).

A desconcentração, em um determinado momento da conjuntura política, pode constituir-se na melhor estratégia para transferir poder, mas não em uma etapa da descentralização, pois envolve decisões políticas distintas. Enquanto descentralizar é redistribuir poder e alterar os interesses de grupos no poder, desconcentrar é um meio termo entre o poder centralizado e o transferido.

Assim, desconcentração significa delegar competência, no âmbito do próprio aparelho estatal, para entidades descentralizadas ou para unidades deslocadas,

geograficamente, da própria organização. Implica uma perspectiva hierárquica, pois significa transferir a capacidade de tomar decisão de um nível para outro de uma mesma organização; por isso a unidade que recebeu a delegação trabalha com as mesmas normas que regulam as atividades do organismo que delegou as competências. BOISIER (1987).

A desconcentração difere da descentralização, sendo estratégias diversas para se atingir um mesmo objetivo : levar para mais próximo da população o poder de decisão sobre as ações do poder público, com o intuito de dar maior eficácia às ações estatais, viabilizando a participação.

Como processo de transferência de poder para pessoas ou grupos, a descentralização contraria interesses, pois esses autores se organizam em torno de competências que lhes atribuem o poder de tomar decisões. Então, nesse processo, há efetivamente uma redistribuição do poder decisório, como resposta a uma situação de centralização.

A redistribuição do poder também é uma decisão política, denominada de político-administrativa ou territorial, porque não se refere apenas à transferência de atribuição de decisão para outro órgão, como também envolve uma dimensão geográfica ou espacial.

A descentralização, contudo, surge como uma alternativa de mudança nessa conjuntura e como um instrumento para racionalizar e dar eficácia ao aparato estatal das políticas sociais. Apesar de se constituir independente da posição, diz JUNQUEIRA (1996), uma das estratégias importantes para a reestruturação do Estado, o conceito varia conforme a concepção do seu papel e do entendimento que se tenha da natureza da crise a ser enfrentada. Pois o Estado, no seu papel de Gestor Estadual tem por finalidade permitir o entendimento da função estratégica perseguida para a gestão neste nível de Governo. O primeiro destes papéis é exercer a gestão do Sistema Único de Saúde – SUS em âmbito estadual. O segundo, é promover as condições e incentivar o poder municipal para que assuma a gestão da atuação à saúde de seus municípios, sempre na perspectiva da atenção integral. E em terceiro, lhe compete assumir, em caráter transitório, a saúde daquelas populações pertencentes a municípios que ainda não tomaram para si esta responsabilidade.

Torna-se necessário um esforço do setor estadual para superar tendências históricas de complementar a responsabilidade do município.

Considera-se, ainda, como o mais importante e permanente papel do Estado, a promoção da harmonização, da integração e da modernização dos sistemas municipais, gerando assim, o Sistema Estadual de Saúde.

A descentralização, portanto, sob uma perspectiva progressista, implica transferir competência, com vistas à democratização da administração pública, podendo contribuir para o desenvolvimento de modelos econômicos socialmente mais justos, pela mudança das relações Estado e Sociedade.

A descentralização é, aqui, uma estratégia para reestruturar o aparato estatal, não com o objetivo de que reduzido ganhe agilidade e eficiência, mas para aumentar a eficácia das ações das políticas sociais pelo deslocamento, para esferas periféricas de competências e de decisão sobre as políticas.

O deslocamento do poder de decisão é um meio para democratizar a gestão através da participação, o que aponta para a redefinição da relação Estado e Sociedade. Esse movimento deve ter como horizonte a implementação de políticas que promovam a universalização dos benefícios sociais, de "modo eficiente e equânime". CARDOSO (1995).

Portanto, mesmo com a concordância quanto ao significado geral da descentralização como transferência do poder central para outras instâncias de poder, constituindo um processo para um novo reordenamento estatal, as diferenças de posição de conservadores e progressistas sobre a finalidade da descentralização, decorrem de concepções distintas do papel do Estado e da sua relação com a sociedade e o mercado. Enquanto os neoliberais preconizam o Estado mínimo e o mercado como regulador das relações sociais, os progressistas não retiram o caráter de intervenção do Estado, mas concebem uma nova relação Estado e Sociedade.

4.3. Origens da Descentralização

A descentralização dos sistemas de serviços de saúde no Brasil, segundo MENDES (1993), construiu-se a partir do sistema de serviços como processo social resultante das demandas de economia e do embate entre distintos atores sociais.

Por consequência, ao longo desde século, o sistema de saúde transitou do sanitarismo campanhista (1900 até os anos 60), para o modelo médico-assistencial

privativista (dos anos 60 até metade dos anos 80), chegando ao modelo hoje vigente (SUS).

VIEIRA (1967) situa no período do Império o marco inicial da preocupação de técnicos com a questão da descentralização/centralização no desenvolvimento de ações sanitárias. Com a proclamação da República, a descentralização foi estabelecida, cabendo aos estados a responsabilidade da administração sanitária e aos municípios a administração de serviços locais de seu interesse. Entretanto, desde o Império, a predominância de uma ou outra corrente resultava de situação momentânea. Pode-se considerar que, até hoje, ora privilegia-se uma autoridade central, ora privilegiam-se as atribuições dos governos locais. Especificamente em relação à sistematização das questões relacionadas à regionalização, considera-se a 3ª Conferência Nacional de Saúde como o início desse processo no Brasil.

No plano internacional, PAIM (1990), RIVERA (1992), MENDES (1993) apontam a Conferência de Punta Del Este, em 1961, patrocinada pela Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS), como impulsionadora do planejamento em saúde, na América Latina, e do método de programação em saúde CENDES/OPAS (OPAS, 1965). A partir de 1965, passou-se a falar de regiões programáticas e planos regionais. A incapacidade dos modelos de assistência à saúde vigentes, de proporcionarem cobertura universal, abriu campo para experiências alternativas de ações de saúde e práticas médicas, desenvolvendo um corpo doutrinário e conceitual baseado na regionalização, hierarquização e integração dos serviços, com ênfase em ações de cuidados primários que visavam a orientar a implantação de Programas de Extensão de Cobertura, segundo a Organização Mundial da Saúde, 1976.

Em 1975, foi promulgada a Lei nº.: 6.229, estruturando o Sistema Nacional de Saúde no Brasil. Definia responsabilidades entre os níveis de governo envolvidos : ao Ministério da Saúde cabia a formulação da política, a coordenação do sistema e as ações de alcance coletivo, ao Ministério da Previdência e Assistência Social cabiam as ações sobre as pessoas.

Aos estados foram atribuídas funções difusas, reservando-lhes prioridades para os serviços básicos de saúde, e aos municípios especificava, apenas, uma vocação tradicionalmente atribuída a esses níveis : prestação de serviços de pronto-socorro. Definia, também, uma política institucional integrada, inter e intragovernamental, a integralidade da atenção à saúde com articulação das atividades

de promoção, proteção e recuperação da saúde; a organização e a prestação de serviços com base no levantamento dos problemas epidemiológicos, considerando a regionalização e hierarquização. Além disso, determinava que a construção e a ampliação de hospitais e outras unidades de saúde deveriam observar, obrigatoriamente, padrões mínimos fixados pelo Ministério da Saúde.

Uma das conclusões da 5ª Conferência Nacional de Saúde (Brasil, Ministério da Saúde, 1975) recomendava a regionalização, ainda de forma embrionária, da seguinte maneira :

A regionalização de serviços hierarquizados em complexidade crescente é um processo eficaz na descentralização da prestação de serviços básicos de saúde e de racionalização do uso da capacidade instalada e recursos humanos. A regionalização é sempre válida quando não há separação das ações preventivas e curativas, sendo importante considerar os aspectos de saneamento básico e da melhoria da habitação. A adoção de um modelo de Regionalização de Serviços é fundamental na implementação do Sistema Nacional de Saúde, com a integração indispensável de todas as unidades a nível operativo, tanto públicas quanto privadas, dando ênfase ao aproveitamento de capacidade instalada do setor público.

A Constituição Federal de 1988 incorporou um conjunto de conceitos, princípios e diretrizes propostas pelo movimento da Reforma Sanitária : o conceito de saúde, entendido numa perspectiva de articulação de políticas sociais e econômicas; o entendimento da saúde como direito social universal, derivado do exercício de uma cidadania plena; a caracterização das ações e serviços de saúde como de relevância pública; a criação de um Sistema Único de Saúde organizado segundo as diretrizes de descentralização, com mando único em cada esfera de governo.

A opção dos constituintes pela descentralização foi clara. No art. 196, inciso I, declara-se que as ações e serviços de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único, organizado de acordo com algumas diretrizes, dentre elas, a descentralização, com direção única em cada esfera de

governo. Ao mesmo tempo, o art. 197 permite a execução de serviços por terceiros e, o art. 199 diz que a assistência à saúde é livre à iniciativa privada.

Como decorrência da Constituição Federal, elaborou-se, a Lei 8.080/90, que dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, as Constituições Estaduais e as Leis Orgânicas Municipais.

A Lei 8.080/90, expressou as conquistas incorporadas na Constituição de 1988, mantendo e aprofundando as suas ambigüidades, mas, também, servindo de apoio jurídico-legal para a continuidade de luta política na arena sanitária. Incorporaram-se os principais mandamentos constitucionais : saúde como direito de todos e dever do Estado; o conceito ampliado de saúde, incluindo sua determinação social.

É explícito, na Lei Orgânica nº.: 8.080/90, quando em seu artigo 7º, diz que as ações e serviços de saúde obedeçam aos princípios da regionalização e hierarquização. Reforça essa determinação no artigo 8º, onde “as ações e serviços de saúde, executados pelo Sistema Único de Saúde, serão organizados de forma regionalizada e hierarquizada em níveis de complexidade crescente”. CARVALHO & SANTOS (1992), comentando a Lei 8.080, apontam que “... a regionalização – como distribuição espacial de serviços de saúde, de qualquer nível de complexidade, organizados para atender à população de uma região – exige a simultânea hierarquização desses níveis, cada qual com resolutividade própria”.

Com a finalidade de operacionalizar esses mandados legais, o Ministério da Saúde baixou a Portaria MS nº: 545/1993. Os temas mais intimamente relacionados com as preocupações deste trabalho são tratados de seguinte forma :

... o objetivo mais importante que se pretende alcançar com a descentralização do SUS é a completa reformulação do modelo assistencial hoje dominante, centrado na assistência médico-hospitalar individual, assistemática, fragmentada e sem garantia de qualidade, deslocando o eixo deste modelo para a assistência integral universalizada e equânime, regionalizada e hierarquizada e para a prática da responsabilidade sanitária em cada esfera de governo em todos os pontos do sistema, a regionalização deve ser entendida como uma articulação e modificação municipal que leve em consideração

características geográficas, fluxo de demanda, perfil epidemiológico, oferta de serviços e acima de tudo, a vontade política expressa pelos diversos municípios de se consorciar ou estabelecer qualquer outra relação de caráter cooperativo.

Com essa base jurídica, o SUS passou a regular-se, na sua ação cotidiana, por meio de Normas Operacionais Básicas – NOB's : 91, 93 e 96, que desencadearam um processo de descentralização intenso, transferindo para os Estados e principalmente para os municípios, um conjunto de responsabilidades e recursos para a operacionalização do Sistema Único de Saúde – SUS.

Segundo MENDES (1993), a NOB 01/91, ainda editada pela presidência do INAMPS, teve por objetivo fornecer instruções para implementação do SUS, visando basicamente, a operacionalizar as Leis 8.080/90 e 8.142/90, e o fez tendo como instrumento o convênio entre a União, estados e municípios. Ela criou a unidade de cobertura ambulatorial, critérios para transferências de recursos federais aos estados e municípios e instrumentos de acompanhamento, controle e avaliação, expressando uma nítida cultura inamsiana. Essa norma, instituiu o pagamento por produção de serviços, transformando os prestadores públicos em vendedores de serviços. Apesar de isso significar recuo em relação ao SUDS, os municípios apoiaram aquela NOB, por perceberem a oportunidade de receber recursos diretamente da União, sem intermediação dos estados. Estava consolidado o caminho para a radicalização da municipalização dos serviços de saúde.

A NOB SUS-93, continua afirmando o autor, institucionalizou as Comissões Intergestores Tripartite e Bipartite. Além disso, impulsionou a municipalização do serviços de saúde, mediante a instituição das três formas de gestão: incipiente, parcial e semiplena que expressavam, por si mesmas, graus crescentes de devolução.

Esta Norma Operacional Básica de caráter descentralizatório, incidiu sobre uma fração do Ministério da Saúde, oriunda do INAMPS, portadora de cultura de regulação e mais aberta à descentralização na forma de devolução. As tentativas de descentralizar os espaços de saúde pública, especialmente, a Fundação Nacional de Saúde – nichos mais tradicionais e conformados historicamente como estruturas institucionais de tipo monopólio estatal e de cultura campanhista – não alcançaram ultrapassar os limites estreitos de uma desconcentração tutelada.

A municipalização, que já vinha se desenvolvendo, acelerou-se na década de 90.

Fica claro que, nesse período, a ênfase na descentralização se deu no campo da atenção ambulatorial e hospitalar e na forma de devolução da União para os municípios. Houve nítida polarização institucional entre o governo federal, detentor do poder financeiro e normalizador, e os municípios, novos atores sociais que surgiram na cena político-sanitária, com capacidade de responder, com agilidade, por meio de Secretarias Municipais de Saúde, às demandas organizacionais postas pelo Ministério da Saúde.

O Estado de Bem-Estar-Social concretizou-se mediante a organização e produção de bens e serviços coletivos ou privados, regulados pelo Estado. Dessa forma, estabeleceram-se novos padrões de relação entre Estado e sociedade, em que os Estados nas relações sociais, para regular as atividades econômicas, ao mesmo tempo em que garantiam alguns direitos sociais dos cidadãos. Esse Estado, constituído no pós-guerra, em razão desse caráter intervencionista, desenvolveu grandes e centralizados aparelhos burocráticos e, no início dos anos 70, começou a dar sinais de esgotamento.

Embutido em um conjunto mais amplo de reformas econômicas, a descentralização surgiu como alternativa de racionalização de um aparelho de Estado amplo, centralizado e onipresente. Mas é verdade que há leituras distintas da descentralização.

Noutra vertente, para MENDES (1993), os sociais-democratas, sem negar a crise do Estado do Bem-Estar-Social, procuram introduzir reformas econômicas e sociais que permitam superá-la sem, contudo, desconstruir o Estado. Não se busca um Estado mínimo, mas um Estado necessário, menor e mais forte, redefinido em seus contornos e garantidor dos direitos sociais dos cidadãos. Um Estado “flexível e aberto, para o sistema mundial e para a sociedade, [...] capaz de descentralizar-se em direção ao local e ao regional, conectando-se não com a sociedade civil mas com as sociedades civis”. Nesse caso, a descentralização, além de servir como instrumento de racionalização, é, também, forma de democratização do Estado e de construção de cidadania.

A descentralização é, pois, instrumento fundamental, seja da proposta neoliberal, seja da social-democrata. A diferença entre essas duas visões de

descentralização está no modo como se interpreta o papel do Estado, na ordem econômica e social.

O movimento da descentralização, como parte da reforma do Estado, não demorou a chegar aos países do terceiro mundo, de forma reflexa. Na América Latina, e muito particularmente no Brasil, a descentralização foi introduzida como parte de processos de redemocratização, vez que os regimes autoritários caracterizavam-se por serem centralizados, burocráticos, excludentes e portadores de intervenções sociais fragmentadas e descoordenadas.

A intervenção do Estado brasileiro, no autoritarismo, foi crescente e com ampla participação da burocracia militar e civil. As políticas sociais foram construídas e implementadas como decisões particularizadas de burocratas e de grupos de interesses, instalando-se, "em todas as ações de governo, uma lógica política baseada no privilégio e na privatização das atividades públicas".

A crise do Estado brasileiro aguçou-se nos anos 80 e expressou-se em quatro dimensões : a crise fiscal, a crise da forma de intervenção do Estado na economia, a crise do aparelho de Estado e a crise política. A crise fiscal definiu-se pela perda do crédito público e por poupança pública negativa; a crise do modo de intervenção estatal, pelo esgotamento do modelo protecionista de substituição de importações e pelas dificuldades de criar um Estado de Bem-Estar-Social no país; a crise do aparelho do Estado, pelo enrijecimento burocrático extremado e pela apropriação clientelista e corporativa das instituições públicas; a crise política, pelo esgotamento do pacto burocrático-capitalista que sustentou o regime autoritário.

A resposta da sociedade brasileira á crise política deu-se com a redemocratização de 1985 e consolidou-se na Constituição de 1988. Contudo, as crises fiscais, do modo de intervenção na economia e do aparelho do Estado não foram resolvidas pela Nova República.

É nesse contexto de redemocratização e de reforma do Estado brasileiro que a descentralização adquiriu força no País. A consolidação de um processo descentralizatório teve seu momento apical na Constituição de 1988 e manifestou-se, contundentemente, no incremento relativo de recursos tributários para estados e municípios. Foi em razão disso que a descentralização dos serviços de saúde transformou-se em mandato constitucional em 1988.

Descentralização não se caracteriza conceitualmente, segundo MENDES (1993), como um movimento discreto e nem como um processo social cujo ritmo e conteúdo sejam estabelecidos por determinação política das realidades de uma nação.

Também, desconcentração não se constitui em conceito unívoco, articulado como algo oposto à centralização. Ao contrário, apresenta-se, na realidade política, como unidade dialética que se exprime, fatualmente, pela convivência de tendências de centralização e descentralização, ainda que o vetor de maior peso possa ser a descentralização. Tal como advertem BOBBIO (1992) e outros, no seu *Dicionário de Política* : “A centralização e a descentralização [...] não são instituições jurídicas únicas, mas fórmulas contendo princípios e tendências [...]. Além disso, se for verdade que eles representam dois tipos diferentes e contrapostos de ordenamentos jurídicos, é também verdade que se trata de figuras encontradas na sua totalidade somente em teoria. Se, de um lado, a descentralização total leva a romper a própria noção de Estado, também, de outro, foi detectado o caráter utópico de uma centralização total no Estado moderno, caracterizado por grande quantidade e complexidade de finalidades e de funções. Isso significa que todos os ordenamentos jurídicos positivos são parcialmente centralizados e, em parte, descentralizados; isso é, que, considerada a centralização e a descentralização como dois possíveis valores, não existe um sistema político-administrativo que esteja exclusivamente orientado para a otimização de uma ou de outra. Em consequência do entrelaçamento dos dois princípios, mesmo em sistemas limitados da organização de um Estado, a descentralização e a centralização muito dificilmente se encontram em estado puro, mas aparecem como centralização e descentralização imperfeitas”.

Em decorrência da imprecisão conceitual, segundo BOISIER (1987), surgem alguns erros comuns na interpretação do conceito de descentralização, quando se utilizam os termos *desconcentração* e *descentralização* como intercambiáveis; como resultado do manejo de diferentes modalidades de descentralização; ao se estabelecer uma relação mecânica entre descentralização e democracia; e ao se atribuir um caráter unívoco ao processo de descentralização.

Apesar dessas dificuldades em se conceituar, há quem defina a descentralização como “uma alteração profunda na distribuição do poder, visando à transformação do aparato político-institucional consolidado em bases centralizadoras, a partir de um movimento oposto descentralizador”.

Por essas razões, segundo MENDES (1998), prefere-se uma interpretação conceitual referida pela unidade dialética da centralização/descentralização e pela visão processual que admite que a descentralização se apresenta, na prática social, com graus ou com formas distintas. Os diferentes graus representariam um gradiente que iria de menos descentralização para mais descentralização; as formas seriam expressões possíveis de descentralização determinadas pelo contexto político e que, determinado momento e, em determinada sociedade, podem conviver entre si. De fato, graus e formas não são excludentes, desde que se reconheça que a descentralização não admite uma forma pura.

Na literatura, aparecem tipologias distintas de graus ou formas de descentralização, sendo mais comum a que, simplesmente, distingue desconcentração de descentralização. Mas há outras maneiras de precisar descentralização. Assim, BOISIER (1987), interpreta deslocalização, desconcentração e descentralização; JACOBI (1993), propõe desconcentração, delegação e devolução.

A descentralização, segundo afirma MENDES (1993), quando aplicada aos serviços de saúde, apresenta algumas características singulares, derivadas, ou da natureza econômica dos bens e serviços de saúde, ou da especificidade da organização destes mesmos serviços.

A descentralização dos serviços de saúde é imprescindível em nosso país – dado seu tamanho, sua diversidade e sua desigualdade – mas aqui, como em qualquer outro lugar, ela sempre apresentará fortalezas e debilidades. E o que tem sido buscado, de forma sistemática, influído pelo movimento municipalista, é a exaltação das fortalezas da devolução municipalizada. Nada sobre a centralização de alguns serviços, muito pouco sobre a desconcentração federal e sobre a devolução estadualizada, quase nada atual sobre a delegação ao setor privado e sobre a privatização.

Se tomarmos a descentralização como um processo, são inegáveis os seus resultados positivos no sistema público, seja como reforma do aparelho do Estado, seja como espaço de criação de cidadania, seja quanto a seus produtos.

A descentralização do SUS tem estimulado o controle público dos serviços de saúde, mediante a criação e o desenvolvimento de Conselhos Estaduais, Municipais e Locais de Saúde. Dessa forma, surgiram, por todo o País, esses diferentes conselhos que, de modo mais ou menos consciente, começaram a controlar os sistemas de saúde respectivos. Estima-se que haja, hoje, mais conselheiros municipais de saúde que vereadores no País. Ainda que, em muitos lugares, esses conselhos

sejam motivo de distorções partidárias ou corporativas, o resultado global é positivo e aponta para um movimento democratizador nos serviços de saúde, sem precedentes em nenhum outro espaço social da vida nacional. Desse modo, a descentralização vem propiciando a construção da cidadania na saúde.

Com as características de um País como o Brasil, é impossível não se buscar a descentralização das ações de saúde, considerando-se a extensão territorial e as peculiaridades sócio-econômicas e seus costumes. Mas a descentralização hoje em andamento está longe de contribuir ou solucionar os problemas com equidade, eficiência, e eficiência para a satisfação da população, o objetivo e finalidade última dos sistemas de saúde.

Por isso, é importante uma reformulação processual de descentralização dos serviços de saúde, buscando-se a instituição de um novo pacto federativo e a conformação de nova descentralização.

De qualquer forma, qualquer estratégia de reformulação deverá, necessariamente, considerar o papel do Estado moderno nos serviços de saúde. A natureza econômica peculiar dos serviços de saúde convocam, obrigatoriamente, o Estado na regulação dos serviços a serem prestados. Por outro lado, acumulam-se evidências de que o papel fundamental do Estado, em relação aos serviços de saúde, deve ser financiá-los e regulá-los, devendo deixar a prestação direta dos serviços. A retirada do Estado da prestação direta dos serviços é justificada por várias razões, entre as quais, a crise da administração burocrática, impossibilidade de cumprir bem esses dois papéis ao mesmo tempo, a existência das “falhas de governo”, etc.

Um terceiro ponto fundamental, ligado ao anterior, é que a construção de um Estado forte na regulação implicará desprivatizá-lo pela ruptura dos anéis burocráticos que o invadem e pelo afastamento de interesses clientelísticos e corporativos que o tornam prisioneiro de interesses particularistas.

Isso posto, algumas medidas tornam-se necessárias para o aperfeiçoamento da descentralização dos sistemas de serviços de saúde em nosso país.

A instauração de um sistema nacional de saúde, conforme afirmação de MENDES (1994), sob a égide do federalismo cooperativo, exigirá profundas mudanças nas estruturas das três instâncias federativas mas, especialmente, no Ministério da Saúde e nas Secretarias Estaduais de Saúde. As estruturas atuais não são coetâneas com a modernidade sanitária, pois foram conformadas para o desempenho de papéis

que faziam sentido em outro momento. Não se trata de reformas administrativas, porque elas não darão conta de restabelecer a coerência entre métodos, sistemas e objeto.

Essa reengenharia institucional, segundo o mesmo autor, implica uma clara divisão das competências federativas, de tal forma que cada nível se estruture para o desempenho de suas funções típicas de governo. Essa transformação institucional deverá ser orientada pelo postulado da coerência, por um paradigma organizacional estratégico-descentralizado e pelos princípios da administração pública gerencial.

Dessa forma, o Estado deverá preparar-se para uma nova missão e para o exercício das suas funções típicas assim identificadas : a formulação e a condução das políticas de saúde, o exercício de funções normativas, a utilização da inteligência epidemiológica, o exercício de funções de vigilância sanitária, a ordenação de um sistema de informações, o exercício da informação e da comunicação social, a participação na formulação e implementação de políticas de Recursos Humanos para a saúde, a cooperação técnica, entre outras.

Para MENDES (1988), considera-se a municipalização um importante movimento para a descentralização dos serviços de saúde e são inegáveis os resultados positivos desse processo. Assim, dadas as características singulares da organização dos serviços de saúde e a extrema diversidade dos municípios brasileiros no tocante à população, recursos econômicos e capacidade gerencial, a descentralização, que leva a uma autarquização municipal, pode levar ao aumento da iniquidade, da ineficiência, à perda de qualidade dos serviços e à baixa sustentabilidade desse processo. Assim, sem impedir o seu desenvolvimento, a municipalização deve ser revisada, de tal modo que se estabeleçam, nos espaços subestaduais e supramunicipais das microrregiões, conforme experiências internacionais bem-sucedidas, sistemas microrregionais de saúde ou, como é comum denominar-se em outros países, os Distritos Sanitários.

Contudo, os níveis municipal e microrregional, pouco são incluídos no processo de Planejamento como instrumento de transformação de uma realidade social, havendo uma concentração setorial por parte das Secretarias Estaduais de Saúde.

No Estado de Santa Catarina, existe ainda uma forte concentração de poder, apesar da existência de tentativas de planejamento participativo em nível microrregional, a exemplo das Regionais de Saúde, que possuem em sua estrutura organizacional, um setor de planejamento.

As próprias Prefeituras Municipais procuram conjugar esforços através do associativismo intermunicipal, alcançando, pelo menos teoricamente, propostas de elaboração de planejamento microrregional, como o que aconteceu com as Associações de Municípios e os Consórcios Intermunicipais de Saúde.

Em vários Estados, as Associações de Municípios transformaram-se em representantes políticos dos interesses das microrregiões, ampliando seu campo de atuação até para a execução do planejamento microrregional, utilizando a cooperação intermunicipal como estratégia de ação.

A cooperação intermunicipal ocorre com a formação de Associações de Municípios, voltadas à problemática das microrregiões. Em alguns Estados, esta cooperação existe com os Consórcios Intermunicipais, formados para solucionarem problemas específicos e comuns, podendo ser de caráter permanente ou transitório. No Estado de Santa Catarina encontram-se em funcionamento 09 (nove) Consórcios Intermunicipais de Saúde, sediados nos municípios de Maravilha, Chapecó 02 (dois), Herval D'Oeste, Jaraguá do Sul, Araranguá, Lages, Videira, São Miguel D'Oeste, para atender as necessidades médicas de caráter ambulatorial e hospitalar, abrangendo um total de 216 municípios e beneficiando uma população de 1.439.014 habitantes.

A formação desses Consórcios possibilita a manutenção de atendimento ao paciente nos municípios ou na Região, evitando seu deslocamento, para outros centros, bem como possibilita aporte de recursos para viabilizar serviços de alto custo, que isoladamente aos municípios não seria possível.

Em Santa Catarina, as Associações de Municípios são entidades registradas com personalidade jurídica de direito privado, sem fins lucrativos, com duração indeterminada e com estatuto próprio, aprovado em Assembléia Geral (GAPLAN/FECAM, 1984).

SOUTO-MAIOR (1988) utilizou o termo microrregional, como sendo “uma área, englobando vários municípios, mas não necessariamente correspondendo a uma microrregião homogênea”.

Um dos maiores desafios do sistema brasileiro está em reconstruir, com outra qualidade, o papel do Estado como coordenador efetivo das políticas setoriais, tendo a descentralização como uma das principais diretrizes, uma vez que sua implantação determina um novo desenho do aparato estatal da Saúde, estruturando-se em torno das macro-funções, estabelecidas pelo documento gerado por grupo de trabalho do Ministério da Saúde, em março/99, as quais abaixo citamos :

- formulação e condução da política de saúde, regulação, cooperação técnica e de execução de ações de caráter suplementar e supra-municipal.

Nesse sentido, a descentralização constitui uma estratégia de mudança, visando a racionalizar e dotar de maior eficácia o aparato estatal das políticas sociais, através da transferência de competências do poder central para outras instâncias de poder e da redefinição da relação entre Estado e sociedade.

Sob essa perspectiva, RONDINELLI (1981) entende que a descentralização é uma condição para que as organizações articulem os interesses dos excluídos, buscando garantir igualdade de acesso, ao mesmo tempo em que viabiliza políticas de desenvolvimento, de modo a aumentar a equidade, fortalecendo as unidades regionais e permitindo aos líderes políticos a apreensão dos problemas e prioridades do desenvolvimento.

Diante do exposto, cabe aqui reiterar que, embora seja incontestável a importância do processo de descentralização da saúde no Brasil, é necessário compreender que esse processo não acontece de forma linear no conjunto de um país com o desenho federativo como o nosso, sobretudo em função das marcadas desigualdades que criam a sociedade brasileira e, em razão justamente dessas características, é que a descentralização é absolutamente necessária.

Desse modo, pensar que a descentralização pode, de per si, responder por todas as contradições presentes na realidade nacional é, no mínimo, obscurecer o seu verdadeiro papel.

Nesse sentido, concordamos com JUNQUEIRA (1996), ao afirmar que : "a descentralização como processo político-administrativo de transferência de poder é fator de democratização enquanto o torna mais permeável às demandas os cidadãos, através de sua participação no processo de tomada de decisão. Esse processo tem singularidades, em função da realidade social no qual o processo se desenvolve e das suas organizações, pois em última instância, são elas que viabilizam a distribuição do poder".

Assim, a compreensão do processo de descentralização dos serviços de saúde não pode prescindir das considerações relativas à natureza econômica dos bens e serviços e da especificidade da organização dos serviços de saúde.

É pouca, ainda, a avaliação rigorosa da descentralização dos serviços de saúde no Brasil. Há que se caminhar muito ainda e amadurecer esse processo, corrigindo-se distorções e fortalecendo o que até aqui se constituiu em acerto.

5. APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS RESULTADOS

5.1. Características da Amostra Pesquisada

Para a distribuição do porte dos municípios, utilizou-se por critério o número de habitantes, ficando assim dividido :

- Pequeno porte : até 10.000 habitantes.
- Médio porte : de 10.001 a 100.000 habitantes.
- Grande porte : mais de 100.001 habitantes.

Tabela 3 – Municípios da amostra pesquisada, segundo o porte e o tipo de gestão, SC – 1998/99.

TIPO DE GESTÃO	PORTE						TOTAL	
	GRANDE		MEDIO		PEQUENO		FREQUÊNCIA	%
	FREQ	%	FREQ	%	FREQ	%		
Gestão Plena de Atenção Básica	2	1,53	10	7,63	109	83,21	121	92,37
Gestão Plena do Sistema Municipal	5	3,81	3	2,29	2	1,53	10	7,63
TOTAL	7	5,34	13	9,92	111	84,74	131	100,00

Fonte : SES

Os dados da Tabela 3, identificam que a grande maioria dos municípios componentes da amostra pesquisada concentram-se em pequeno porte, correspondendo a 111 municípios (84,74%); 13 concentram-se em médio porte (9,92%) e 07 (5,34%) em grande porte.

Observa-se também que, do total dos municípios em Gestão Plena do Sistema Municipal (10 municípios), 5 (cinco) são de grande porte, seguidos por 3 (três) de médio porte e 2 (dois) de pequeno porte.

A Norma Operacional Básica – NOB-01/96, do Sistema Único de Saúde – SUS, definida pela Portaria nº.: 1.742, de 30/08/96, redefine o modelo de gestão do sistema de saúde no Brasil e estabelece as condições de gestão municipal e estadual.

Os municípios que não aderirem ao processo de habilitação, permanecem, para efeito dessa Norma Operacional, na condição de prestadores de

serviços ao Sistema, cabendo ao Estado, a gestão do Sistema Único de Saúde naquele território municipal, enquanto for mantida a situação de não-habilitado.

Entretanto habilitados na Gestão Plena de Atenção Básica e na Gestão Plena do Sistema Municipal, os municípios terão sob sua responsabilidade :

- Gestão Plena de Atenção Básica :

- a) Elaboração de programação municipal dos serviços básicos, inclusive domiciliares e comunitários, e da proposta de referência ambulatorial especializada e hospitalar para seus municípios, com incorporação negociada à programação estadual.
- b) Gerência de unidades ambulatoriais próprias.
- c) Gerência de unidades ambulatoriais do estado ou da União, salvo se a CIB ou a CIT definir outra divisão de responsabilidades.
- d) Reorganização das unidades sob gestão pública (estatais, conveniadas e contratadas), introduzindo a prática do cadastramento nacional dos usuários do SUS, com vistas à vinculação de clientela e à sistematização da oferta dos serviços.
- e) Prestação dos serviços relacionados aos procedimentos cobertos pelo PAB e acompanhamento, no caso de referência interna ou externa ao município, dos demais serviços prestados aos seus municípios, conforme a PPI, mediado pela relação gestor-gestor com a SES e as demais SMS.
- f) Contratação, controle, auditoria e pagamento aos prestadores dos serviços contidos no PAB.
- g) Operação do SIA/SUS quanto a serviços cobertos pelo PAB, conforme normas do MS, e alimentação, junto à SES, dos bancos de dados de interesse nacional.
- h) Autorização, desde que não haja definição em contrário da CIB, das internações hospitalares e dos procedimentos ambulatoriais especializados, realizados no município, que continuam sendo pagos por produção de serviços.
- i) Manutenção do cadastro atualizado das unidades assistenciais sob sua gestão, segundo normas do MS.
- j) Avaliação permanente do impacto das ações do Sistema sobre as condições de saúde dos seus municípios e sobre o seu meio ambiente.
- k) Execução das ações básicas de vigilância sanitária, incluídas no PBVS.

- l) Execução das ações básicas de epidemiologia, de controle de doenças e de ocorrências mórbidas, decorrentes de causas externas, como acidentes, violências e outras, incluídas no TFECED.
- m) Elaboração do relatório anual de gestão e aprovação pelo CMS.

- Gestão Plena do Sistema Municipal :

- a) Elaboração de toda a programação municipal, contendo, inclusive, a referência ambulatorial especializada e hospitalar, com incorporação negociada à programação estadual.
- b) Gerência de unidades próprias, ambulatoriais e hospitalares, inclusive as de referência.
- c) Gerência de unidades ambulatoriais e hospitalares do estado e da União, salvo se a CIB ou a CIT definir outra divisão de responsabilidades.
- d) Reorganização das unidades sob gestão pública (estatais, conveniadas e contratadas), introduzindo a prática do cadastramento nacional dos usuários do SUS, com vistas à vinculação da clientela e sistematização da oferta dos serviços.
- e) Garantia da prestação de serviços em seu território, inclusive os serviços de referência aos não-residentes, no caso de referência interna ou externa ao município, dos demais serviços prestados aos seus municípios, conforme a PPI, mediado pela relação gestor-gestor com a SES e as demais SMS.
- f) Normalização e operação de centrais de controle de procedimentos ambulatoriais e hospitalares relativos à assistência aos seus municípios e à referência intermunicipal.
- g) Contratação, controle, auditoria e pagamento aos prestadores de serviços ambulatoriais e hospitalares, cobertos pelo TFGM.
- h) Administração da oferta de procedimentos ambulatoriais de alto custo e procedimentos hospitalares de alta complexidade conforme a PPI e segundo normas federais e estaduais.
- i) Operação do SIH e do SIA/SUS, conforme normas do MS, e alimentação, junto às SES, dos bancos de dados de interesse nacional.
- j) Manutenção do cadastro atualizado de unidades assistenciais sob sua gestão, segundo normas do MS.

- k) Avaliação permanente do impacto das ações do Sistema sobre as condições de saúde dos seus munícipes e sobre o meio ambiente.
- l) Execução das ações básicas, de média e alta complexidade em vigilância sanitária, bem como, opcionalmente, as ações do PDAVS.
- m) Execução de ações de epidemiologia, de controle de doenças e de ocorrências mórbidas, decorrentes de causas externas, como acidentes, violências e outras incluídas no TFECD.

As condições de Gestão do Estado, estabelecidas na NOB-01/96, são :
Gestão Avançada do Sistema Estadual e Gestão Plena do Sistema Estadual, cabendo-lhe responsabilidades comuns às duas condições de gestão estadual o que segue abaixo :

- a) Elaboração da PPI do estado, contendo a referência intermunicipal e coordenação da negociação na CIB para alocação dos recursos, conforme expresso na programação.
- b) Elaboração e execução do Plano Estadual de Prioridades de Investimentos, negociado na CIB e aprovado pelo CES.
- c) Gerência de unidades estatais da hemorrede e de laboratórios de referência para controle de qualidade, para vigilância sanitária e para a vigilância epidemiológica.
- d) Formulação e execução da política de sangue e hemoterapia.
- e) Organização de sistemas de referência, bem como a normalização e operação de câmara de compensação de AIH, procedimentos especializados e de alto custo e ou alta complexidade.
- f) Formulação e execução da política estadual de assistência farmacêutica, em articulação com o MS.
- g) Normalização complementar de mecanismos e instrumentos de administração da oferta e controle da prestação de serviços ambulatoriais, hospitalares, de alto custo, do tratamento fora do domicílio e dos medicamentos e insumos especiais.
- h) Manutenção do cadastro atualizado de unidades assistenciais sob sua gestão, segundo normas do MS.
- i) Cooperação técnica e financeira com o conjunto de municípios, objetivando a consolidação do processo de descentralização, a organização da rede regionalizada

e hierarquizada de serviços, a realização de ações de epidemiologia, de controle de doenças, de vigilância sanitária, bem assim o pleno exercício das funções gestoras de planejamento, controle, avaliação e auditoria.

- j) Implementação de políticas de integração das ações de saneamento às de saúde.
- k) Coordenação das atividades de vigilância epidemiológica e de controle de doenças e execução complementar conforme previsto na Lei nº 8.080/90.
- l) Execução de operações complexas voltadas ao controle de doenças que possam se beneficiar da economia de escala.
- m) Coordenação das atividades de vigilância sanitária e execução complementar conforme previsto na Lei nº 8.080/90.
- n) Execução das ações básicas de vigilância sanitária referente aos municípios não habilitados nesta NOB.
- o) Execução das ações de média e alta complexidade de vigilância sanitária, exceto as realizadas pelos municípios habilitados na condição de gestão plena de sistema municipal.
- p) Execução do PDAVS nos termos definidos pela SVS/MS.
- q) Apoio logístico e estratégico às atividades à atenção à saúde das populações indígenas, na conformidade de critérios estabelecidos pela CIT.

- Responsabilidades específicas da Gestão Avançada do Sistema Estadual :

- a) Contratação, controle, auditoria e pagamento do conjunto dos serviços, sob gestão estadual, contidos na FAE;
- b) Contratação, controle, auditoria e pagamento dos prestadores de serviços incluídos no PAB dos municípios não habilitados;
- c) Ordenação do pagamento dos demais serviços hospitalares e ambulatoriais, sob gestão estadual;
- d) Operação do SIA/SUS, conforme normas do MS, e alimentação dos bancos de dados de interesse nacional.

- Responsabilidades específicas da Gestão Plena do Sistema Estadual :

- a) Contratação, controle, auditoria e pagamento aos prestadores do conjunto dos serviços sob gestão estadual, conforme definição da CIB.
- b) Operação do SIA/SUS e do SIH/SUS, conforme normas do MS, e alimentação dos bancos de dados de interesse nacional.

Os Estados que não aderirem ao processo de habilitação permanecem na condição convencional, desempenhando as funções anteriormente assumidas ao longo do processo de implantação do Sistema Único de Saúde – SUS.

No Estado de Santa Catarina, segundo os relatórios de atividades/1998/99/2000, da Secretaria de Estado da Saúde – SES, em relação à condição de Gestão Municipal e Estadual, apresenta-se a seguinte situação :

- 22 municípios (7,51%) encontram-se na condição de Gestão Plena do Sistema Municipal;
- 271 municípios (92,49%) encontram-se na condição de Gestão Plena de Atenção Básica;
- O Estado de Santa Catarina encontra-se na condição de Gestão Plena do Sistema Estadual, a partir da Portaria/MS nº.: 1.360, de 09/12/99.

Essas diferentes condições de gestão, estabelecidas pela NOB–01/96, explicitam as responsabilidades do gestor perante outros gestores e perante a população.

Os dados apresentados na Tabela 3 identificam que a maioria dos municípios do plano amostral pesquisado (92,37%) ainda não ingressou na condição de Gestão Plena do Sistema Municipal de Saúde, realidade essa similar àquela encontrada no Estado de Santa Catarina (92,49%).

Esses dados podem sugerir a falta de técnicos habilitados para assumir esse tipo de gestão no nível municipal, uma vez que a NOB–01/96 exige a formação de um contingente de profissionais qualificados em diferentes áreas de gestão do Sistema Único de Saúde, bem como pode sugerir a inexistência de um sistema municipal que possa garantir à população o acesso aos serviços e a disponibilidade das ações e meios para o atendimento integral, conforme preconiza a Norma Operacional Básica–01/96.

Os dados também podem levar a entender que o Gestor Estadual de Saúde não está cumprindo o seu papel básico enquanto Gestor do Sistema Único de Saúde, no âmbito estadual, uma vez que, segundo a NOB-01/96, ele tem como uma de suas responsabilidades nucleares, promover as condições e incentivar o poder municipal para que assuma a gestão da atenção à saúde de seus munícipes, sempre na perspectiva da atenção integral.

5.1.1. Escolaridade dos Gestores Municipais de Saúde

Tabela 4 – Escolaridade dos Gestores Municipais de Saúde, segundo o porte do Município, SC – 1998/99.

GRAU DE ESCOLARIDADE	PORTE						TOTAL	
	GRANDE		MÉDIO		PEQUENO		FREQUÊNCIA	%
	FREQ	%	FREQ	%	FREQ	%		
Primário	0	0,00	0	0,00	6	4,58	6	4,58
1º Grau	0	0,00	0	0,00	15	11,45	15	11,45
2º Grau	0	0,00	0	0,00	36	27,48	36	27,48
Curso Superior	7	5,34	13	9,92	54	41,23	74	56,49
TOTAL	7	5,34	13	9,92	111	84,74	131	100,00

Fonte : Questionário

A Tabela 4 identifica que 43,51% (57) dos Gestores Municipais de Saúde da amostra não possuem escolaridade de nível superior, sendo todos de municípios de pequeno porte. A totalidade dos municípios de médio e grande portes possuem Gestores Municipais de Saúde com curso superior. Ao aprofundarmos os dados desta Tabela, considerando os municípios individualizados por porte, observa-se a seguinte posição : 48,65% dos Gestores Municipais de Saúde de municípios de pequeno porte possuem curso superior; 32,43% possuem 2º grau completo; 13,5%, o 1º grau completo e 5,40% somente o curso primário, levando-nos a interpretar que os municípios de pequeno porte têm maiores dificuldades em ter Gestores Municipais de Saúde com grau superior.

5.1.2. Formação Profissional dos Gestores Municipais de Saúde

Tabela 5 – Área de formação profissional dos Gestores Municipais de Saúde, segundo o nível superior, por porte do Município, SC – 1998/99.

ÁREA DE FORMAÇÃO	PORTE						TOTAL	
	GRANDE		MEDIO		PEQUENO		FREQUÊNCIA	%
	FREQ	%	FREQ	%	FREQ	%		
Enfermagem	2	2,70	1	1,35	22	29,73	25	33,78
Medicina	1	1,35	6	8,11	11	14,87	18	24,33
Farmácia/Bioquímica	0	0,00	0	0,00	2	2,70	2	2,70
Odontologia	0	0,00	0	0,00	2	2,70	2	2,70
Assistente Social	0	0,00	1	1,35	6	8,11	7	9,46
Administração	0	0,00	4	5,41	11	14,86	15	20,27
Outros	4	5,41	1	1,35	0	0,00	5	6,76
TOTAL	7	9,46	13	17,57	54	72,97	74	100,00

Fonte : Questionário

A Tabela 5 demonstra que, dos Gestores Municipais de Saúde, 33,78%, correspondendo a 25, são profissionais da área de enfermagem, caracterizando-se como a maior força de trabalho. Em segundo lugar, com 24,33%, correspondendo a 18 gestores, aparece a área de medicina e, em terceiro lugar vem a administração, com 20,27%, correspondendo a 15 profissionais.

Com menor percentual de participação como Gestores Municipais de Saúde, em ordem decrescente, temos : assistência social (9,46%), outros (6,76%), farmácia/bioquímica (2,70%) e odontologia (2,70%).

Na área de formação "outros", estão incluídos os profissionais de pedagogia, medicina veterinária e psicologia.

Fazendo-se uma análise mais aprofundada dos dados desta Tabela, observamos que : 42,86% (3) dos 7 (sete) Gestores Municipais de Saúde, localizados em municípios de grande porte, pertencem à área de formação da saúde (enfermagem, medicina, odontologia e farmácia/bioquímica) e 57,14% (4) são de outras áreas de formação; 53,85 (7) dos 13 (treze) Gestores Municipais de Saúde, localizados em municípios de médio porte pertencem à área da saúde e 46,15% (6) são de outras áreas de formação; 68,52% (37) dos 54 (cinquenta e quatro) Gestores Municipais de Saúde, localizados em municípios de pequeno porte, são da área da saúde, e 31,48% (17) 54, são de outras áreas de formação.

Dos 74 (setenta e quatro) Gestores Municipais de Saúde com nível superior, 63,51 (47) são área da saúde e 36,49 (27), possuem formação em outras áreas.

5.1.3. Experiência Profissional dos Gestores Municipais de Saúde

Tabela 6 – Experiência anterior em gerenciamento de serviços de saúde, por parte dos Gestores Municipais de Saúde, segundo o porte do Município, SC – 1998/99.

EXPERIÊNCIA	PORTE						TOTAL	
	GRANDE		MÉDIO		PEQUENO		FREQUÊNCIA	%
	FREQ	%	FREQ	%	FREQ	%		
Sim	7	5,34	7	5,34	54	41,23	68	51,91
Não	0	0,00	6	4,58	57	43,51	63	48,09
TOTAL	7	5,34	13	9,92	111	84,74	131	100,00

Fonte : Questionário

Os dados da Tabela 6 identificam que 51,91%, correspondendo a 68 Gestores Municipais de Saúde, já passaram por experiência anterior na área da saúde, no que se refere a gerenciamento.

Dos 48,09% sem experiência, correspondendo a 63 Gestores Municipais de Saúde, 43,51% e 4,58% situam-se em municípios de pequeno e médio portes, respectivamente.

Na totalidade dos municípios de grande porte, todos os Gestores Municipais de Saúde possuem experiência prévia em gerenciamento de serviços de saúde.

5.2. As Funções das Regionais de Saúde

As Regionais de Saúde têm como funções básicas, de acordo com o Projeto "Regionalização de Saúde"/1993/SES :

- Planejamento, assessoria, avaliação das ações desenvolvidas no nível regional, reivindicação e fórum de debates.

Dentro dessa ótica, solicitou-se que os Gestores Municipais de Saúde mencionassem :

- a) Qual das 5 (cinco) funções é a mais atuante?
- b) Qual dentre as funções menos atuantes merece ser fortalecida?
- c) Qual deverá ser a hierarquia das funções?

5.2.1. Função mais Atuante

Tabela 7 – Opinião dos Gestores Municipais de Saúde, segundo a função mais atuante nas Regionais de Saúde, por porte do Município, SC – 1998/99.

FUNÇÕES DE ATUAÇÃO	PORTE						TOTAL	
	GRANDE		MEDIO		PEQUENO		FREQUENCIA	%
	FREQ	%	FREQ	%	FREQ	%		
Assessoria	5	3,82	10	7,63	75	58,01	90	68,74
Fórum de Debates	1	0,76	1	0,76	4	3,05	6	4,58
Avaliação	1	0,76	2	1,53	16	12,21	19	14,50
Reivindicação	0	0,00	0	0,00	4	3,05	4	3,05
Planejamento	0	0,00	0	0,00	12	9,16	12	9,16
TOTAL	7	5,34	13	9,92	111	84,74	131	100,00

Fonte : Questionário

No tocante à função considerada pelos Gestores Municipais de Saúde como a mais atuante nas Regionais de Saúde, a Tabela 7 identifica a função "assessoria", com o percentual de 68,74%, correspondendo à opinião de 90 Gestores.

Esses dados são significativos, especialmente se considerarmos que dos 90 municípios que apontaram a função "assessoria" como a mais atuante das Regionais de Saúde, 75 (83,33%) são de pequeno porte, o que pode sugerir que os Gestores

Municipais de Saúde desses municípios são os que mais utilizam as Regionais de Saúde como apoio às suas necessidades no setor.

A função de “avaliação” é apontada pelos Gestores Municipais de Saúde, com um percentual de 14,50%, como a mais importante. Essa função é de primordial importância para o desenvolvimento do sistema no nível regional, pois através da avaliação dos serviços e das ações desenvolvidas no âmbito regional, o Gestor Estadual/Regional de Saúde poderá detectar distorções, propor correções e acompanhar os serviços prestados pela rede pública privada, contratada e/ou conveniada pelo Sistema Único de Saúde.

A “avaliação”, em conjunto com o Serviço de Auditoria, deve ser efetuada nos níveis assistencial e administrativo, em especial, na aplicação dos recursos financeiros definidos nos Planos de Saúde, de modo a garantir a eficiência e a efetividade das ações desenvolvidas, visando à satisfação dos usuários do Sistema Único de Saúde. A “avaliação”, em nosso entender, deve determinar a qualidade e a pertinência das atividades e serviços, através da análise da veracidade das informações em saúde, prestadas pelos gestores do SUS e pelas pessoas físicas ou jurídicas que dele participam de forma complementar, comparando o desempenho e os resultados com os respectivos parâmetros tecnicamente definidos.

A função “planejamento”, que aparece em terceiro lugar com 9,16%, foi apontada somente por municípios de pequeno porte. Essa função é de suma importância para o sistema de saúde, por ser um instrumento fundamental para se conseguir seu desenvolvimento.

Cabe considerar ainda que a função “planejamento” não foi considerada pelos municípios de grande e médio portes.

Quanto à função “fórum de debates”, mesmos apontada de forma pouco expressiva na Tabela 7, tais dados nos sugerem um certo grau de fragilidade nas discussões das ações de interesse regional. Entende-se que a existência desses fóruns regionais de saúde, é uma forma de exercício permanente de cidadania, não só para fortalecer os Gestores Municipais de Saúde, como também, para contribuir no aperfeiçoamento do sistema de saúde. Nesses casos, deve haver uma negociação permanente entre o Estado e o Município, na qual a discussão política acontece de forma democrática.

A função “reivindicação” nas Regionais de Saúde, apontada como pouco atuante (3,05%) e somente por municípios de pequeno porte, não pode ser classificada

como um instrumento paternalista, mas sim, como um canal de comunicação entre o Estado e o Município, devendo acontecer, através do fórum de debates nas Regionais de Saúde, onde as prioridades devem ser elencadas no âmbito regional, conforme preconiza o Projeto de Regionalização da Saúde/1993, constante no CADERNO II da SES.

5.2.2. Função a ser Fortalecida

Tabela 8 – Opinião dos Gestores Municipais de Saúde, segundo a função que necessita ser fortalecida nas Regionais de Saúde, por porte do Município, SC – 1998/99.

FUNÇÕES DE ATUAÇÃO	PORTE						TOTAL	
	GRANDE		MÉDIO		PEQUENO		FREQUÊNCIA	%
	FREQ	%	FREQ	%	FREQ	%		
Assessoria	1	0,77	0	0,00	4	3,05	5	3,82
Fórum de Debates	0	0	2	1,52	40	30,53	42	32,06
Avaliação	1	0,76	0	0,00	4	3,05	5	3,82
Reivindicação	1	0,76	11	8,40	39	29,77	51	38,93
Planejamento	4	3,05	0	0,00	24	18,32	28	21,37
TOTAL	7	5,34	13	9,92	111	84,74	131	100,00

Fonte : Questionário

A função “reivindicação”, com o percentual de 38,93%, foi considerada pelos Gestores Municipais de Saúde como a menos atuante nas Regionais de Saúde, correspondendo à indicação de 51 Gestores, concentrando essa opinião na maioria dos municípios de médio e pequeno portes.

Entretanto, esses dados tendem a demonstrar que os meios tradicionais de reivindicação não vêm atingindo seus objetivos e resultados, apontando para a necessidade de reivindicações feitas em conjunto, visando a atender o que preceituam as normas do Sistema Único de Saúde – SUS, (Lei Orgânica da Saúde nº.: 8.142/90 e NOB–01/96), que orientam e fortalecem a operacionalização conjunta do Sistema.

As Comissões Intergestores Bipartite (Municípios e Estado) e Tripartite (Municípios, Estados e União) e Conselhos de Saúde são espaços permanentes de negociação e pactuação entre os gestores do SUS.

A função “fórum de debates”, com percentual de 32,06%, foi indicada em segundo lugar pelos Gestores Municipais de Saúde como a menos atuante nas Regionais de Saúde, correspondendo à indicação de 42 Gestores, concentrando-se, esta opinião, em sua maioria, nos municípios de pequeno porte.

Os dados da Tabela 8 identificam uma similar opinião dos Gestores Municipais de Saúde entre as funções “fórum de debates” e “reivindicação”, mostrando serem as duas que mais necessitam ser fortalecidas.

A função “planejamento”, com o percentual de 21,37% correspondendo a 28 dos Gestores Municipais de Saúde, foi indicada como a terceira na ordem de ser fortalecida, distribuindo-se em municípios de grande e médio portes, sugerindo o grau de conscientização dos Gestores Municipais de Saúde na solução dos problemas microrregionais de saúde.

As funções “assessoria” e “avaliação”, com um igual percentual de 3,82%, foram apontadas como as duas que menos necessitam ser fortalecidas, confirmando a opinião dos Gestores Municipais de Saúde já apresentada na Tabela 7, por terem sido as mais atuantes nas Regionais de Saúde.

5.2.3. Hierarquia das Funções

Tabela 9 – Hierarquização das funções das Regionais de Saúde, segundo os Gestores Municipais de Saúde, SC – 1998/99.

NÚMERO DE ORDEM	TIPO DE FUNÇÃO
1ª	Assessoria
2ª	Avaliação
3ª	Planejamento
4ª	Reivindicação
5ª	Fórum de Debates

Fonte : Questionário

Para verificar a hierarquização, foram analisadas quais as funções das Regionais de Saúde que os Gestores Municipais de Saúde consideraram as mais importantes junto ao conjunto de seus municípios.

Adotou-se o critério de maior número de indicações para as combinações possíveis, sendo que o arranjo apresentado representa a maioria dos casos.

A maioria dos Gestores Municipais de Saúde entende que a “assessoria” deveria ser a função de maior importância. Isso faz concluir que as deficiências em pessoal técnico, por parte das Secretarias Municipais de Saúde, são enormes, considerando ainda a complexidade gerencial dos municípios, e que as Regionais de Saúde devem continuar a exercer essa prestação de serviço, com vistas à correção das distorções existentes.

A função “avaliação” aparece em segundo lugar, seguida das funções “planejamento”, “reivindicação” e “fórum de debates”, evidenciando a atuação das Regionais de Saúde, apontada na Tabela 9, onde os Gestores Municipais de Saúde definiram as funções mais atuantes das Regionais de Saúde. Somente a função “fórum de debates” não seguiu a mesma ordem.

5.3. Características das Regionais de Saúde, Objeto do Estudo

As mudanças ocorridas no Setor Saúde em anos recentes apontam para a necessidade de se definir um modelo de atenção à saúde, no qual o Gestor Estadual possa desenvolver um papel de integração entre os municípios, objetivando o desenvolvimento regional, passando por funções que definem a condução da atual política de saúde, regulando e cooperando tecnicamente com a execução de ações de caráter suplementar e supra municipal.

Essas mudanças foram previstas pelo Ministério da Saúde através da Secretaria de Políticas de Saúde, de acordo com o Projeto de Fortalecimento e Apoio ao Desenvolvimento Institucional da Gestão Estadual do Sistema Único de Saúde de 1999.

Nesse sentido a Secretaria de Estado da Saúde necessita estabelecer uma regionalização que permita a descentralização de suas macro-funções, com uma estrutura regional que privilegie a articulação com os municípios e que seja responsável

pelo planejamento das ações de saúde no âmbito de atuação, fortalecendo, dessa forma, o modelo de gestão descentralizada, redesenhando o Modelo Assistencial de Saúde, com base nos princípios doutrinários e organizativos do Sistema Único de Saúde – SUS.

Dentro dessa ótica, formularam-se questões, constantes no questionário, que possibilitassem uma aproximação com algumas particularidades das Regionais de Saúde, a fim de verificar a existência desse processo de mudança, assim discriminadas:

- **A estrutura organizacional das Regionais de Saúde, frente às necessidades dos Gestores Municipais de Saúde.**
- **As ações e/ou serviços das Regionais de Saúde que contribuíram favoravelmente, nos níveis municipal e regional para o desenvolvimento do Sistema de Saúde nesses âmbitos.**
- **A importância das Regionais de Saúde no nível regional.**
- **A centralização das decisões nas Regionais de Saúde.**
- **A participação das Regionais de Saúde nas reuniões dos Colegiados de Secretários Municipais de Saúde.**
- **A participação das Regionais de Saúde nas ações de interesse dos municípios.**
- **O desempenho do Coordenador Regional de Saúde.**

5.3.1. Estrutura Organizacional das Regionais de Saúde

Tabela 10 – Opinião dos Gestores Municipais de Saúde quanto à estrutura organizacional das Regionais de Saúde frente suas necessidades, segundo o porte de município, SC – 1998/99.

OPINIÃO DOS GESTORES	PORTE						TOTAL	
	GRANDE		MEDIO		PEQUENO		FREQUÊNCIA	%
	FREQ	%	FREQ	%	FREQ	%		
Não atende	1	0,76	0	0,00	82	62,60	83	63,36
Atende	6	4,58	13	9,92	29	22,14	48	36,64
TOTAL	7	5,34	13	9,92	111	84,74	131	100,00

Fonte : Questionário

A Tabela 10 tem por base a pergunta formulada no questionário, no sentido de se obter a opinião dos Gestores Municipais de Saúde, para verificar se a atual estrutura das Regionais de Saúde é capaz de atender às necessidades voltadas ao Setor Saúde da região.

Os dados da Tabela 10 demonstram que 63,36% (83) dos Gestores Municipais de Saúde indicaram que a atual estrutura das Regionais de Saúde não atende às suas necessidades, concentrando-se, em sua grande maioria, nos municípios de pequeno porte, com 62,60% (82). Entretanto, verifica-se na mesma Tabela que, na ampla maioria dos municípios de grande e médio portes, os Gestores Municipais de Saúde indicaram que a atual estrutura organizacional das Regionais de Saúde atende às suas necessidades.

Contudo, esses dados levam-nos a interpretar que a atual estrutura organizacional das Regionais de Saúde não atende a totalidade dos Gestores Municipais de Saúde da amostra pesquisada, quanto às necessidades sentidas no Setor Saúde, naquele nível de atuação.

Essa constatação compromete o Gestor Estadual em sua instância regional, onde as necessidades sentidas e não atendidas tornam-se mecanismo dificultador ao papel do Estado no exercício da gestão do Sistema Único de Saúde.

Solicitou-se, ainda, no questionário, em pergunta aberta, para complemento de dados da Tabela 10, que os Gestores Municipais de Saúde, ao opinarem que a atual estrutura organizacional não atende as necessidades, especificassem quais os fatores obstaculizantes. Observou-se que a maioria das indicações foram para a falta de recursos humanos qualificados e a falta de recursos financeiros para manutenção.

Os recursos humanos, apontados como deficiência na estrutura organizacional das Regionais de Saúde, representam ser um fator agravante, uma vez que o Sistema Único de Saúde considera-os como um instrumento básico para o seu desenvolvimento.

Os dados demonstram a coerência da Tabela 10, que identifica a insatisfação dos Gestores Municipais quanto à estrutura organizacional do nível regional, uma vez que é praticamente consensual o entendimento de que, para a viabilização do Sistema Único de Saúde e de suas diretrizes, os recursos humanos são instrumento fundamental, o que reforça a necessidade de o Gestor Estadual rever o

perfil lotacional das Regionais de Saúde e implementar as suas ações nesse nível de gestão.

Quanto ao fator financeiro, identificado como um obstáculo na manutenção da estrutura regional, faltam-nos dados que possam possibilitar uma análise da redistribuição orçamentária e financeira destinada às Regionais de Saúde. Contudo, pelos Relatórios Anuais das Regionais de Saúde, período de 1998/1999, essas não dispunham de programação orçamentária e financeira específica para a sua manutenção. Os recursos, quando destinados, eram por demanda e em forma de adiantamento ao Coordenador Regional de Saúde.

5.3.2. Ações e/ou Serviços das Regionais de Saúde que Contribuíram Favoravelmente no Nível Municipal e Regional, para o Desenvolvimento do Sistema de Saúde nesses Níveis de Atuação

5.3.2.1. Nível Municipal

Tabela 11 – Ações e/ou serviços desenvolvidos pelas Regionais de Saúde que contribuíram favoravelmente, no nível municipal, segundo os Gestores Municipais de Saúde, por porte do Município, SC 1998/99.

AÇÕES/SERVIÇOS DE NÍVEL MUNICIPAL	PORTE						TOTAL	
	GRANDE		MEDIO		PEQUENO		FREQUÊNCIA	%
	FREQ	%	FREQ	%	FREQ	%		
Assessoria	0	0,00	0	0,00	40	30,53	40	30,53
Planejamento	3	2,29	3	2,29	4	3,05	10	7,63
Treinamento	0	0,00	0	0,00	5	3,82	5	3,82
Imunização	4	3,05	10	7,63	62	47,33	76	58,02
TOTAL	7	5,34	13	9,92	111	84,74	131	100,00

Fonte : Questionário

Dos 131 Gestores Municipais de Saúde da amostra pesquisada, 58,02% (76) indicaram que o serviço desenvolvido pelas Regionais de Saúde que mais contribuiu no nível municipal foi o de imunização.

Com esses dados, conclui-se que as Regionais de Saúde continuam sendo referência para os municípios nos serviços voltados à vacinação, não modificando a tendência existente desde a criação dos CARS, onde se intensificava a execução de programas de vacinação, sob a responsabilidade dessas instâncias regionais, cujas atividades são essencialmente atribuídas aos Gestores Municipais.

Com um percentual de 30,53% (40), concentrado em municípios de pequeno porte, foi apontada pelos Gestores Municipais de Saúde a assessoria, como ação favorável.

Com relação às ações de planejamento, que por sua importância frente às novas formas de condução do Setor Saúde, esperava-se ter um número mais expressivo, apontando-as como atuação das Regionais de Saúde junto aos municípios, obteve-se apenas 7,63% (10) dos Gestores Municipais de Saúde indicando como uma ação favorável.

Quanto à ação de treinamento, os dados demonstram que apenas 3,82% (5) dos Gestores Municipais de Saúde indicaram como uma ação favorável das Regionais de Saúde, concentrando-se essa opinião em municípios de pequeno porte.

5.3.2.2. Nível Regional

Tabela 12 – Ações e/ou serviços desenvolvidos pelas Regionais de Saúde, que contribuíram favoravelmente no nível regional, segundo os Gestores Municipais de Saúde, por porte do Município, SC – 1998/99.

AÇÕES/SERVIÇOS DE NÍVEL REGIONAL	PORTE						TOTAL	
	GRANDE		MÉDIO		PEQUENO		FREQUÊNCIA	%
	FREQ	%	FREQ	%	FREQ	%		
Assessoria	1	0,76	5	3,82	42	32,06	48	36,14
Planejamento	3	2,29	0	0,00	3	2,29	6	4,58
Imunização	3	2,29	8	6,10	55	41,99	66	50,38
Integração com os Municípios	0	0,00	0	0,00	11	8,40	11	8,40
TOTAL	7	5,34	13	9,92	111	84,74	131	100,00

Fonte : Questionário

Entre os 131 Gestores Municipais de Saúde da amostra pesquisada, 50,38% (66) indicaram que os serviços referentes à imunização, são os que

contribuíram favoravelmente no nível regional, tendência semelhante já verificada na Tabela 11, onde 58,02% dos Gestores Municipais de Saúde indicaram que este mesmo serviço desenvolvido pelas Regionais de Saúde contribuiu favoravelmente no nível municipal.

Esse dado pode sugerir que as Regionais de Saúde estão voltadas para a prestação de serviços em programas tradicionais.

O mesmo raciocínio pode ser aplicado aos serviços de assessoria, indicado pelos Gestores Municipais de Saúde, com um percentual expressivo de 36,14% (48), como uma ação favorável no nível regional.

Apesar de esse serviço ser considerado positivo, não vem trazendo repercussões práticas ao desenvolvimento do sistema como um todo.

Conforme os Relatórios da SES/Regionais de Saúde (1998/99), essa assessoria concentra-se no repasse de informações técnicas frente aos programas de saúde coordenados pelo nível central, tais como : Saúde da Mulher e da Criança, do Idoso, Tabagismo, etc.

A integração com os municípios que aparece com 8,40% (11) é, por outro lado, um fator positivo, uma vez que as tarefas de harmonização e de integração dos sistemas municipais por parte das Regionais de Saúde é uma das condições para a consolidação Sistema Único de Saúde – SUS.

Os dados da Tabela 12 demonstram que uma pequena minoria dos Gestores Municipais de Saúde da amostra pesquisada, com um percentual de 4,58% (6), indicaram ser o planejamento uma ação favorável desenvolvida pelas Regionais de Saúde, o que pode levar a interpretar que a Secretaria de Estado da Saúde, através das Regionais de Saúde, está pouco atuante nesse processo que visa a melhoria do Sistema de Saúde.

5.3.3. Importância das Regionais de Saúde no Nível Regional

Tabela 13 – Importância atribuída às Regionais de Saúde pelos Gestores Municipais de Saúde, segundo o porte do Município, SC – 1998/99.

OPINIAO DOS GESTORES	PORTE						TOTAL	
	GRANDE		MEDIO		PEQUENO		FREQUÊNCIA	%
	FREQ	%	FREQ	%	FREQ	%		
Nenhuma	4	3,05	5	3,82	17	12,98	26	19,85
Moderadamente	1	0,76	2	1,53	35	26,71	38	29,01
Bastante	2	1,53	6	4,58	59	46,04	67	51,15
TOTAL	7	5,34	13	9,92	111	84,74	131	100,00

Fonte : Questionário

Os dados da Tabela 13 demonstram que a maioria dos Gestores Municipais de Saúde, 51,15% (67) opinaram que as Regionais de Saúde são importantes, opinião distribuída entre os diversos portes de municípios.

Os dados desta Tabela identificam ainda que, para 19,85% (26) dos Gestores Municipais de Saúde, as Regionais de Saúde não exercem nenhuma importância, opinião distribuída também entre os três portes de municípios.

Entretanto, ao analisarmos estes dados, considerando individualmente os municípios por porte, as opiniões “moderada” e “bastante”, dos Gestores Municipais de Saúde, apontam que 84,68% (94) são de municípios de pequeno porte; 61,54% (8) são de municípios de médio porte e que 42,86% (3) são de municípios de grande porte, demonstrando-se, com estes números, que há uma tendência à diminuição da importância das Regionais de Saúde, quanto maior for o porte do município.

5.3.4. Centralização das Decisões nas Regionais de Saúde

Tabela 14 – Origem das decisões no nível regional em questões referentes à área da saúde, na opinião dos Gestores Municipais de Saúde, segundo o porte do Município, SC – 1998/99.

ORIGEM DAS DECISÕES	PORTE						TOTAL	
	GRANDE		MÉDIO		PEQUENO		FREQÜÊNCIA	%
	FREQ	%	FREQ	%	FREQ	%		
Secretaria de Estado da Saúde	0	0,00	2	1,53	13	9,22	15	11,45
Secretarias Municipais de Saúde	5	3,82	8	6,40	35	26,72	48	36,64
Associação dos Municípios	2	1,53	0	0,00	10	7,65	12	9,16
Regional com Colegiado dos Secretários Municipais de Saúde	0	0,00	2	1,53	49	37,40	51	38,93
Regional de Saúde	0	0,00	1	0,76	4	3,05	5	3,82
TOTAL	7	5,34	13	9,92	111	84,74	131	100,00

Fonte : Questionário

Os dados da Tabela 14 demonstram que não existe, de forma predominante, a centralização das decisões nas Regionais de Saúde, uma vez que somente 3,82% (5) dos Gestores Municipais de Saúde da amostra pesquisada afirmaram a existência dessa centralização. As decisões pelos dados acima apresentados, são tomadas de forma conjunta entre Regionais de Saúde e Colegiado de Secretários Municipais de Saúde, em um percentual de 38,93% (51).

É demonstrado ainda, nessa Tabela, de forma significativa, que as decisões sobre ações de saúde, de interesse local, são tomadas no nível municipal, com o percentual de 36,64% (48).

Contudo, ao analisarmos de forma isolada os municípios por porte, chega-se às seguintes conclusões : 71,43% (5) dos Gestores Municipais de Saúde, apontam que a origem das decisões está nas Secretarias Municipais de Saúde; 61,54% (8) dos Gestores Municipais de Saúde que apontaram esta mesma origem de decisão são de municípios de médio porte e 31,53% (35), são de municípios de pequeno porte.

Tais dados nos sugerem que, quanto maior o porte dos municípios, maior é seu poder de decisão local, salientando a importância do papel dos Gestores Municipais de Saúde, junto ao processo de descentralização da saúde, em desenvolvimento no Estado.

5.3.5. Participação das Regionais de Saúde em Reuniões dos Colegiados de Secretários Municipais de Saúde e em Ações de Interesse dos Municípios.

5.3.5.1. Participação das Regionais de Saúde nas Reuniões do Colegiado de Secretários Municipais de Saúde.

Tabela 15 – Opinião dos Gestores Municipais de Saúde quanto à participação das Regionais de Saúde em reuniões do Colegiado de Secretários Municipais de Saúde, segundo o porte do Município, SC – 1998/99.

PARTICIPAÇÃO DAS REGIONAIS NAS REUNIÕES	PORTE						TOTAL	
	GRANDE		MÉDIO		PEQUENO		FREQUÊNCIA	%
	FREQ	%	FREQ	%	FREQ	%		
Sim	3	2,29	12	9,16	90	68,70	105	80,15
Não	4	3,05	1	0,76	21	16,04	26	19,85
TOTAL	7	5,34	13	9,92	111	84,74	131	100,00

Fonte : Questionário

A Tabela 15 identifica a participação das Regionais de Saúde nas reuniões do Colegiado de Secretários Municipais de Saúde, que acontecem periodicamente em cada microrregião. Estes colegiados são respaldados pela Lei Orgânica da Saúde nº.: 8.142/90, e objetivam basicamente a integração intermunicipal entre os seus membros, constituindo-se em um fórum legítimo existente nas três esferas de Governo (municipal, estadual, federal). Esse é também um instrumento de intervenção no processo, para indicar um modelo de saúde mais adequado ao atendimento das necessidades locais e regionais, de acordo com o conceito que fundamenta os princípios do SUS. Essa participação está garantida, em todos os níveis, com os Conselhos nacional, estadual e municipais, e através das Comissões Intergestores Bipartite e Tripartite.

Os dados da Tabela 15 demonstram que as Regionais de Saúde participam das Reuniões do Colegiado de Secretários Municipais de Saúde, pois

80,15% (105) dos Gestores Municipais de Saúde assim indicaram, e somente 19,85% (26) da amostra pesquisada afirmam que não.

De acordo com os dados acima, interpreta-se que a participação das Regionais de Saúde nas reuniões dos Colegiados de Secretários Municipais de Saúde, apesar de ser efetiva, ainda não é total.

5.3.5.2. Participação das Regionais de Saúde nas Ações de Interesse dos Municípios.

Tabela 16 – Opinião dos Gestores Municipais de Saúde, quanto à participação das Regionais de Saúde nas ações desenvolvidas no nível municipal, segundo o porte do Município, SC – 1998/99.

PARTICIPAÇÃO	PORTE						TOTAL	
	GRANDE		MÉDIO		PEQUENO		FREQUÊNCIA	%
	FREQ	%	FREQ	%	FREQ	%		
Nenhuma	6	4,58	7	5,34	29	22,14	42	32,06
Moderada	0	0,00	3	2,29	32	24,43	35	26,72
Bastante	1	0,76	3	2,29	50	38,17	54	41,22
TOTAL	7	5,34	13	9,92	111	84,74	131	100,00

Fonte : Questionário

Os dados da Tabela 16 demonstram que 32,06% (42) dos Gestores Municipais de Saúde indicaram não existir nenhuma participação das Regionais de Saúde no desenvolvimento das ações no nível municipal, estando essas opiniões distribuídas entre os três portes de municípios.

Entretanto, o percentual de 41,22% (54) da opinião dos Gestores Municipais de Saúde indica que as Regionais de Saúde têm bastante participação nas ações desenvolvidas no nível municipal, concentrando-se essa opinião, na maioria da amostra pesquisada, em municípios de pequeno porte.

Quanto à participação “moderada”, apontada pelos Gestores Municipais de Saúde, com o percentual de 26,72% (53), percebe-se a relação de interação das Regionais de Saúde com os municípios, como fator positivo ao desenvolvimento local.

Entretanto, ao analisarmos os dados da Tabela 16 de forma mais detalhada por porte dos municípios, considerando a opinião dos Gestores Municipais de

Saúde referente à participação “moderada” e “bastante” das Regionais de Saúde nas ações de interesse dos municípios, identifica-se que, 73,87% (82) dos Gestores Municipais de Saúde, são de municípios de pequeno porte; 46,15% (6) são de municípios de médio porte e 14,20% (1) é de grande porte.

Os dados mostram, também, existir uma tendência, semelhante aos dados da Tabela 13, com diminuição da participação das Regionais de Saúde nas ações de interesse dos municípios, quanto maior for o porte do município.

5.3.6. Desempenho do Coordenador Regional de Saúde.

Tabela 17 – Opinião dos Gestores Municipais de Saúde, quanto ao desempenho gerencial do Coordenador Regional de Saúde, segundo o porte do Município, SC – 1998/99.

DESEMPENHO ADEQUADO	PORTE						TOTAL	
	GRANDE		MÉDIO		PEQUENO		FREQUÊNCIA	%
	FREQ	%	FREQ	%	FREQ	%		
Sim	5	3,81	9	6,87	65	49,63	79	60,31
Não	2	1,53	4	3,05	46	35,11	52	39,69
TOTAL	7	5,34	13	9,92	111	84,74	131	100,00

Fonte : Questionário

De acordo com as atribuições do Coordenador Regional de Saúde, constantes no CADERNO II da SES/1993 – “Projeto de Regionalização da Saúde”, considera-se fundamental o seu desempenho, pois o mesmo, além de representar politicamente a Secretaria de Estado da Saúde no nível local e regional, exerce funções estratégicas junto aos municípios, nas áreas de : planejamento, controle e avaliação, auditoria e vigilância em saúde, entre outras.

Pelos dados da Tabela 17, conclui-se que os Gestores Municipais de Saúde, em sua maioria, 60,31% (79), indicaram que o Coordenador Regional de Saúde não está desempenhando adequadamente suas funções gerenciais frente à sua Regional de Saúde.

Contudo, 39,69% (52) dos Gestores Municipais de Saúde manifestaram estar satisfeitos com a atuação de seus Coordenadores Regionais de Saúde.

5.4. Planejamento Microrregional de Saúde

5.4.1. Favorabilidade ou não a Implantação do Processo de Planejamento no nível Microrregional

Tabela 18 – Posicionamento dos Gestores Municipais de Saúde, quanto à favorabilidade ou não a implantação do processo de planejamento microrregional, segundo o porte do Município, SC – 1998/99.

POSIÇÃO	PORTE						TOTAL	
	GRANDE		MEDIO		PEQUENO		FREQUÊNCIA	%
	FREQ	%	FREQ	%	FREQ	%		
Favorável	6	4,58	13	9,92	94	71,76	113	86,26
Não Favorável	1	0,76	0	0,00	17	12,98	18	13,74
TOTAL	7	5,34	13	9,92	111	84,74	131	100,00

Fonte : Questionário

Os dados da Tabela 18 mostram que 86,26% (113) dos Gestores Municipais de Saúde são favoráveis à implantação do planejamento microrregional, distribuindo-se entre todos os municípios da amostra. Ao avaliarmos esta Tabela chegamos à seguinte posição :

- Todos os Gestores Municipais de Saúde de médio porte foram favoráveis, à implantação do processo de planejamento.
- Os Gestores Municipais de Saúde de pequeno e grande portes praticamente equivalem-se, com percentuais de 84,68% e 85,71%, respectivamente, considerando o total nestes portes.

A pergunta constante no questionário foi fechada e direcionada para se obter uma indicação objetiva, quanto à necessidade de implantação de um processo de planejamento microrregional, baseado no macro analítico desse estudo, não considerando o tipo de planejamento a ser implantado (Normativa / Estratégico / Operacional).

Segundo MATUS (1985), se não há planejamento, a alternativa é a improvisação ou a resignação, ambas as indicações renunciam a construção de um futuro melhor. Porque o planejamento, diz este autor é um meio instrumental para se

conseguir o desenvolvimento. Os dados indicam, pelo menos em tese, que os Gestores Municipais de Saúde têm visão da problemática microrregional e reconhecem que de forma isolada não conseguem solucionar muitas questões inerentes à área da saúde, principalmente, àquelas que estão fora de seu controle e que são as ações de referência regional (serviços de saúde de média e alta complexidade).

Essa citação é respaldada pela Tabela 8, quando os Gestores Municipais de Saúde indicam a necessidade da função “planejamento” a ser fortalecida na Regional de Saúde e pela justificativa da favorabilidade da implantação do planejamento, conforme consta na Tabela 18.

Essa situação reforça o papel do planejamento no nível regional e deve ser entendida como uma forma para organizar os serviços de saúde em um determinado espaço / população, compreendendo um sistema onde as rede ambulatorial e hospitalar estejam hierarquizadas, de acordo com o nível de complexidade crescente, a fim de garantir padrão de resolutividade aos problemas de saúde no nível regional, em qualquer dos níveis considerados. De qualquer forma, as ações gerenciais do Setor Saúde são prejudicadas, se não houver uma ação pactuada entre esses níveis de gestão (municipal / regional), que devem estar em consonância com as políticas estabelecidas pelo sistema de saúde e adaptadas no nível regional, para evitar o centralismo histórico do aparato estatal, pouco realista, pouco eficaz e desperdiçador dos recursos públicos.

A Tabela 18, mostra também que 13,74% (18) Gestores Municipais de Saúde são de opinião contrária ao planejamento microrregional e desses, apenas 1 é de município de grande porte. Esses dados podem sugerir, que o processo de planejamento está ainda em fase de aceitação e implantação, talvez pelo ao não conhecimento do processo, como se pode verificar na Tabela 19, ou pela falta de profissionais capacitados para o exercício dessa atividade.

5.4.2. As Regionais de Saúde e o Planejamento Microrregional

Tabela 19 – Opinião dos Gestores Municipais de Saúde, quanto à existência de planejamento microrregional realizado pelas Regionais de Saúde, segundo o porte do Município, SC – 1998/99.

OPINIÃO	PORTE						TOTAL	
	GRANDE		MÉDIO		PEQUENO		FREQUÊNCIA	%
	FREQ	%	FREQ	%	FREQ	%		
Sim	0	0,00	2	1,53	43	32,12	45	34,35
Não	7	5,34	11	8,39	68	51,92	86	65,65
TOTAL	7	5,34	13	9,92	111	84,74	131	100,00

Fonte : Questionário

Os dados da Tabela 19 indicam que 65,65% (86) dos Gestores Municipais de Saúde não têm conhecimento da existência de planejamento realizado pelas Regionais de Saúde e 34,35% (45) afirmaram positivamente, quanto à sua existência, não havendo uma homogeneidade de opinião.

Conforme o projeto de Regionalização/1993/SES, as Regionais de Saúde têm, no planejamento, um importante instrumento de gestão para promover o desenvolvimento de ações no nível regional que possibilitem uma interação com as realidades locais de saúde, no sentido de tornar possível o alcance dos objetivos e das metas necessárias para a proteção, promoção, recuperação e reabilitação da saúde.

Tabela 20 – Opinião dos Gestores Municipais de Saúde, quanto à existência ou não da definição de objetivos e metas traçadas pelas Regionais de Saúde, segundo o porte do município, sc – 1998/99.

OPINIÃO	PORTE						TOTAL	
	GRANDE		MÉDIO		PEQUENO		FREQUÊNCIA	%
	FREQ	%	FREQ	%	FREQ	%		
Sim	0	0,00	2	1,53	47	35,87	49	37,40
Não	7	5,34	11	8,39	64	48,87	82	62,60
TOTAL	7	5,34	13	9,92	111	84,74	131	100,00

Fonte : Questionário

Os dados apresentados na Tabela 20 indicam que a grande maioria dos Gestores Municipais de Saúde, 62,60% (82) afirma não existir objetivos e metas

traçadas pelas Regionais de Saúde, reforçando o que foi demonstrado na Tabela 19, quanto à não existência de um planejamento microrregional das Regionais de Saúde.

Entretanto, observa-se não existir uma afirmação homogênea entre os Gestores Municipais de Saúde, pois 37,40% (49) indicaram existir definição de objetivos e metas traçadas pelas Regionais de Saúde, confirmando, novamente os dados da Tabela 19, no tocante à existência de planejamento microrregional.

Considerando os dados das Tabelas 19 e 20 que demonstram a opinião dos Gestores Municipais de Saúde, quanto à existência de um planejamento microrregional e quanto à existência de definição de objetivos e metas traçadas pelas Regionais de Saúde, observa-se uma dicotomia entre o discurso e a prática em função dos Relatórios Anuais das Regionais de Saúde (1998 e 1999) pesquisados, que não indicam nenhuma ação de planejamento sob a lógica de organização dos sistemas microrregionais de serviços de saúde. Estes Relatórios apresentam um tímida participação das Regionais de Saúde na implantação da Programação Pactuada Integrada – PPI, na implantação do Programa de Saúde da Família – PSF, que se constituem, sob a égide do Ministério da Saúde, um instrumento fundamental para a organização do modelo de atenção e da gestão do Sistema Único de Saúde e para a elaboração dos Planos Regionais, junto aos municípios. A participação das Regionais de Saúde na PPI e PSF, deu-se na forma de assessoria da equipe de planejamento do nível central, uma vez que tais programas foram centralizadas e coordenadas por este nível de gestão. Na elaboração dos Planos Regionais, que se desenvolveu no período de 1997, o procedimento foi inverso. A coordenação e a operacionalização ficou à cargo das Regionais de Saúde, visando a descentralização e a participação dos Gestores Municipais de Saúde de cada microrregião. Entretanto, a Regional de Saúde inverteu o processo metodológico preconizado pelo nível central, centralizando os procedimentos, não buscando a participação efetiva dos Gestores Municipais de Saúde na discussão e eleição das prioridades no nível regional, resultando na ilegitimidade dos planos, por parte do próprio nível central e dos órgãos colegiados do Sistema Único de Saúde – SUS, ocasionando o engavetamento dos planos regionais.

5.4.3. Atitude dos Gestores Municipais de Saúde em Relação ao Enfrentamento de Situação-problema no nível Regional

No Questionário, foram colocadas duas questões indicando situações-problemas : 1ª) a instalação de um Centro de Especialidades Médicas na microrregional; 2ª) a poluição fluvial advinda de esgotos domésticos e industriais.

As questões visam a avaliar a atitude dos Gestores Municipais de Saúde, quanto à utilização do apoio das Regionais de Saúde para a resolução dessas situações-problemas.

5.4.3.1. 1ª Situação-problema : Instalação de um Centro de Especialidades Médicas na Microrregião

Tabela 21 – Opinião dos Gestores Municipais de Saúde, indicando a quem confiariam a instalação de um Centro de Especialidades Médicas em uma microrregião, segundo o porte do Município, SC – 1998/99.

OPINIAO DE CONFIANÇA	PORTE						TOTAL	
	GRANDE		MÉDIO		PEQUENO		FREQUENCIA	%
	FREQ	%	FREQ	%	FREQ	%		
Regional e Colegiado de SMS	4	3,05	8	6,11	83	63,36	95	72,52
Secretaria de Estado da Saúde	1	0,76	0	0,00	15	11,45	16	12,22
Regional de Saúde	0	0,00	1	0,76	9	6,97	10	7,63
Negociaria diretamente c/ o MS	2	1,53	4	3,05	4	3,05	10	7,63
TOTAL	7	5,34	13	9,92	111	84,74	131	100,00

Fonte : SMS = Secretários Municipais de Saúde
MS = Ministério da Saúde

Os dados apresentados na Tabela 21 indicam que 72,52% (95) dos Gestores Municipais de Saúde confiariam os estudos para a implantação do Centro de Especialidades Médicas à Regional de Saúde e ao Colegiado de Secretários Municipais de Saúde.

Ao se analisar os dados da Tabela 21 somente por porte dos municípios, identifica-se que dos municípios de grande porte, 57,14% dos Gestores Municipais de Saúde confiariam os estudos à Regional de Saúde e ao Colegiado de Secretários

Municipais de Saúde; já nos municípios de médio porte, 61,54% dos Gestores Municipais de Saúde confiariam os estudos à Regional de Saúde e ao Colegiado de Secretários Municipais de Saúde, aumentando para 74,77%, esta opinião nos municípios de pequeno porte.

Os dados da Tabela 21 fortalecem a atuação das Regionais de Saúde em suas áreas de abrangência e evidenciam a atuação conjunta entre as Regionais de Saúde e os Colegiados de Secretários Municipais de Saúde na resolução de seus problemas nesse nível.

Na pergunta aberta do questionário sobre o assunto, onde foi solicitada a justificativa da opinião de confiança, os Gestores Municipais de Saúde se posicionaram afirmando que :

- a) Não há interferência partidária.
- b) Não teriam condições de sozinhos realizar os estudos técnicos necessários.
- c) Há imparcialidade por parte da Regional de Saúde e dos Municípios, em favor de critérios mais técnicos, na decisão de instalação do serviço, evitando-se disputa entre os municípios.
- d) Há facilidade do estudo pelo conhecimento da realidade.

Os dados da Tabela 21 confirmam ainda que 12,22% (16) confiariam os estudos à Secretaria de Estado da Saúde. Com igual percentual de 7,63% (10), dos Gestores Municipais de Saúde confiariam, respectivamente, na Regional de Saúde e no Ministério da Saúde.

5.4.3.2. 2ª Situação-problema : Poluição Fluvial, Advinda de Esgotos Domésticos e Industriais

Tabela 22 – Opinião dos Gestores Municipais de Saúde, indicando em quem confiariam os estudos da solução dos problemas de poluição fluvial, segundo o porte do Município, SC – 1998/99.

ORDEM DE CONFIANÇA	PORTE						TOTAL	
	GRANDE		MÉDIO		PEQUENO		FREQUENCIA	%
	FREQ	%	FREQ	%	FREQ	%		
Colegiado dos SMS/Reg. Saúde	7	5,34	10	7,63	52	39,70	69	52,67
Município causador da poluição	0	0,00	3	2,19	41	31,30	44	33,59
Governo do Estado/SES	0	0,00	0	0,00	18	13,74	18	13,74
TOTAL	7	5,34	13	9,92	111	84,74	131	100,00

Fonte : Questionário

Os dados da Tabela 22 apontam que 52,67% (69) dos Gestores Municipais de Saúde recorreriam ao Colegiado de Secretários Municipais de Saúde/Regionais de Saúde, para a solução dos problemas ambientais apresentados, distribuída essa ordem de confiança, nos municípios de pequeno, médio e grande portes. A Tabela 22, também, apresenta que 47,33% (62) da amostra pesquisada não seguem o caminho esperado, uma vez que consideramos como melhor alternativa de solução, a figura dos Colegiados de Secretários Municipais de Saúde e Regionais de Saúde.

Os dados apresentados acima indicam não haver uma homogeneidade no grau de confiança para resolução de um problema no nível regional, apesar de haver predominância de solução nos Colegiados de Secretários Municipais de Saúde e Regional de Saúde.

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A análise dos resultados da pesquisa mostrou que :

- A função “assessoria”, prestada pelas Regionais de Saúde aos municípios, aparece apontada pelos Gestores Municipais de Saúde, como a mais atuante, o que significa um importante apoio técnico referente ao processo de gestão para o desenvolvimento de ações e serviços de saúde. A seguir, em ordem decrescente, vêm as funções : “avaliação”, “planejamento”, “fórum de debates” e “reivindicação”.
- Entre as funções das Regionais de Saúde indicadas como menos atuantes junto aos municípios, aparece a de “reivindicação”, concentrando-se tal opinião nos municípios de médio e pequeno portes, o que demonstra que os meios tradicionais de reivindicação de forma isolada, não vêm atingindo seus objetivos, apontando para a necessidade de reivindicações feitas em conjunto, fortalecendo, a partir daí, o alcance das necessidades por eles sentidas.
- Pela opinião da maioria dos Gestores Municipais de Saúde, a instância regionalizada da Secretaria de Estado da Saúde, através das Regionais de Saúde, constitui-se um fator de muita importância para o apoio aos municípios no desenvolvimento de suas ações. Entretanto, os dados da pesquisa mostram que há uma tendência à diminuição dessa importância quanto maior for o porte município.
- A participação das Regionais de Saúde nas reuniões dos Colegiados de Secretários Municipais de Saúde, apesar de ser efetiva, ainda não é total, conforme opinaram os Gestores Municipais de Saúde. Por essa razão, há necessidade de as Regionais de Saúde reafirmarem sua integral participação, uma vez que esses Colegiados constituem-se em uma forma legítima, existente em cada região, significando uma importância considerável na consecussão das metas e objetivos do Setor para o atendimento das necessidades locais e regionais.
- Na pesquisa, percebe-se que, em relação á participação das Regionais de Saúde nas ações desenvolvidas no nível municipal, esta existe, apesar de não ser

considerada de forma integral pelos Gestores Municipais de Saúde. Evidencia-se, também, tendência à diminuição dessa participação, ao se considerar os municípios de grande porte, caracterizando-se, com isso, uma maior autonomia.

- Quanto à opinião dos Gestores Municipais de Saúde referente ao desempenho dos Coordenadores Regionais de Saúde, em sua maioria, indicaram que estes não estão desempenhando adequadamente suas funções gerenciais junto às Regionais de Saúde, sendo necessária melhor atenção por parte do Gestor Estadual, pela importância do gerenciamento regional.
- Apesar de a maioria dos Gestores Municipais de Saúde da amostra pesquisada não ter conhecimento da existência do processo de planejamento microrregional realizado pelas Regionais de Saúde, esses mostram-se favoráveis à sua implantação, levando-se a considerar a necessidade do fortalecimento desse instrumento no nível regional.
- Ao se pesquisar sobre a possibilidade de solucionar situação-problema no nível regional, os Gestores Municipais de Saúde apontaram, em sua grande maioria, que confiariam na Regional de Saúde e no Colegiado de Secretários Municipais de Saúde, encontrando, nas ações conjuntas, maior possibilidade de solucionar os problemas no nível regional.
- A partir da opinião de 38,93%, correspondendo 51 Gestores Municipais de Saúde, que a origem das decisões no nível regional, encontra-se na Regional de Saúde, em conjunto com o Colegiado de Secretários Municipais de Saúde; e de 36,64%, correspondendo a 48 Gestores Municipais de Saúde, que a origem das decisões encontra-se nas Secretarias Municipais de Saúde, o que demonstra não existir, de forma predominante, centralização das decisões referentes ao Setor Saúde. Somente 3,82%, correspondendo a 5 Gestores Municipais de Saúde, da amostra pesquisada, afirmaram existir centralização junto às Regionais de Saúde. Nos municípios de médio e grande portes, constatou-se, na opinião dos Gestores Municipais de Saúde, que existe maior concentração das decisões no nível municipal.

- Na opinião de 83 Gestores Municipais de Saúde (63,36%) da amostra pesquisada, a estrutura organizacional das Regionais de Saúde não atende às suas necessidades, concentrando-se, em sua grande maioria, essa opinião, nos municípios de pequeno porte. Considerando que a maioria dos Gestores Municipais de Saúde assim opinar é de municípios de pequeno porte, torna-se necessário que o Gestor Estadual reavalie essas estruturas regionais, visando readequá-las às necessidades locais, cumprindo suas funções neste nível de gestão.
- Como fator de obstáculo ao desenvolvimento das ações das Regionais de Saúde, os Gestores Municipais de Saúde apontaram como os principais, a falta de recursos humanos qualificados e a falta de recursos financeiros para a manutenção das ações no nível regional, necessitando, por parte da Secretaria de Estado da Saúde um posicionamento, com vistas à sua resolução.
- Entre as ações e serviços onde as Regionais de Saúde contribuíram favoravelmente, tanto no nível municipal, quanto regional, os Gestores Municipais de Saúde citaram o programa de imunização, caracterizando as Regionais de Saúde como executoras de ações tradicionais, não expressando as aspirações atuais do sistema, baseadas na formulação e condução da política de saúde no nível regional, na cooperação técnico-administrativa e na execução de ações de caráter suplementar e supra-municipal.
- Apesar da importância da gestão regional, através das Regionais de Saúde, percebe-se que a Secretaria de Estado da Saúde não conseguiu alterar a forma de atuação dentro da concepção do Sistema Único de Saúde – SUS, nem dar a autonomia necessária para a configuração de uma política regional de saúde, que contemple de forma mais ampla, o nível regional, tais como : a condução da Programação Pactuada Integrada – PPI, a elaboração dos Planos Regionais de Saúde, a integração inter-municipal, o acompanhamento e a avaliação das ações e dos serviços desenvolvidos neste nível, o que merece atenção, por parte do Gestor Estadual, no sentido de modificar sua forma de atuação.
- Cabe ao Gestor Estadual da Saúde exercer, no âmbito estadual, o gerenciamento do Sistema Único de Saúde – SUS, acompanhando, avaliando e apoiando os municípios, através de suas instâncias regionalizadas, instrumentalizando-as para

que exerçam atividades por macro-função, modificando seu papel tradicional de executora de serviços e assumindo suas funções na condução das políticas de saúde em sua área de atuação, visando a elevação do nível de saúde da população.

- O processo de descentralização acarretou à esfera estadual de Governo uma série de contradições que têm dificultado o exercício de seu papel de integração e desenvolvimento regional. A perda de sua função de prestação direta de serviços de saúde, como primeira consequência do processo de municipalização, a coexistência, em seu interior, de duas culturas institucionais distintas e inadequadas às exigências do SUS – assistência médica inampliana e cultura sanitária, as contradições advindas da incapacidade administrativa de solucionar alguns problemas gerados no processo de municipalização, bem como a instituição de novas instâncias e mecanismos de gestão e controle social, levaram o Gestor Estadual do Sistema a uma posição tímida frente à condução do processo. Desta forma, como repercussão, houve retardo no desenvolvimento do exercício do seu papel junto às instâncias regionais. Considerados tais fatos, recomenda-se, a requalificação do papel como Gestor Estadual, a reestruturação organizacional e a reorientação do processo de trabalho, medidas estas, imprescindíveis ao processo de consolidação do SUS, conformando um novo modelo de atuação, determinando repercussão positivas, junto às Regionais de Saúde, no seu desenvolvimento institucional, reestruturando-se em torno das macro-funções, a formulação e condução da política de saúde, regulação, cooperação técnica e de execução de ações de caráter complementar e supra-municipal.
- Acredita-se que a melhor definição do papel do Gestor Estadual, terá, certamente, impacto positivo na organização do sistema como um todo, propiciando a necessária articulação entre as Regionais de Saúde, conseqüentemente, entre os municípios, no sentido de garantir os preceitos constitucionais de universalização, integralidade e equidade, através da hierarquização e racionalização no uso dos recursos, possibilitando a ação integrada e intersetorial necessária à efetiva promoção à saúde.

7 – REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ARRETCHE, M. T. S.. Descentralização, Democracia, Reforma do Estado e Bem Estar. Conceitos que não se equivalem, São Paulo, FUNDAP, 1995.

BOBBIO, N. et all. Dicionário de Política. 2ª Ed. Brasília, Ed. Universidade de Brasília, p.329–335 : Descentralização e Centralização, 1986.

BOBBIO, N. et all. Dicionário de Política, Brasília : Edunb, vol. 1, 4ª ed., 1992.

BOISIER, S.. Loas Processos de Descentralizacion Y Desarrollo Regional en América Latina. Revista de la Cepal, Santiago do Chlle, 1987.

BOISIER, S.. La Descentralizacion : Um Tema Difuso y confuso. Santiago do Chile, Ilpes, 1987.

BORJA, J.. Dimensiones Teóricas, Problemas Y Perspectivas de la Descentralizacion del Estado, Movimento Social Y Gestión Local. Barcelona : Instituto de Cooperacion Ibero Americano/Flaesó/Claeso, 1987.

BRASIL. Ministério da Saúde. 5ª Conferência Nacional de Saúde, 1975.

BRASIL. Congresso Nacional. Constituição Federal. Brasília : Gráfica do Congresso Nacional, 1988.

BRASIL. Congresso Nacional. Lei 8.080. Brasília : Gráfica do Congresso Nacional. 1990.

BRASIL. Congresso Nacional. Lei 8.142. Brasília : Gráfica do Congresso Nacional. 1990.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº.: 545/93. Diário Oficial da União. Brasília. DF. 1993.

BRASIL. Ministério da Saúde. Norma Operacional Básica do SUS-01/96. Diário Oficial da União, 30/08/1996.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Projeto de Fortalecimento e Apoio ao desenvolvimento Institucional de Gestão Estadual do Sistema Único de Saúde. Brasília, 1999.

CARDOSO, F. H.. Social Democracia e a Alternativa Viável. O Estado de São Paulo, SP, 1995.

CARVALHO, G. S. L. e SANTOS. Sistema Único de Saúde – Comentários a Lei Orgânica de Saúde. São Paulo : HUCITEC, 1992.

COELHO, A. R.. Contribuição para o Estudo dos Serviços Estaduais de Saúde Pública de Santa Catarina - 1973 - 1979. Dissertação de Mestrado, São Paulo. Faculdade de Saúde Pública da USP, 1986.

FEDERAÇÃO CATARINENSE DOS MUNICÍPIOS. Estatuto das Associações de Municípios. Florianópolis, 1991.

FICHER, T.. A Gestão do Município e as Propostas de Descentralização e Participação Popular. Revista de Administração Municipal, Rio de Janeiro, V.34. N.118, p. 18-35, ago/junho, 1987.

GRAU, E. R.. A Distinção entre as Noções de Administração Direta e Indireta. Revista de Administração, São Paulo, V.15, n. 2, p. 19-27, abr/junho, 1980.

JACOBI, P.. Descentralização In : Fundação Escola Nacional de Administração Pública. Estrutura e Organização do Poder Executivo, Brasília, 1993.

JUNQUEIRA, L. A. P.. Mudança uma Nova Causa Compartilhada : do ERSA ao SUS. Tese de Doutorado, São Paulo, Faculdade de Saúde Pública da USP, 1996.

LEI ORGÂNICA DA SAÚDE/MINISTÉRIO DA SAÚDE, Assessoria de Comunicação Social, 2ª Edição, Brasília, DF, 1991.

LOBO, T.. Descentralização, uma Alternativa de Mudança. Adm. Pública, n.1, 1988.

MENDES, E. V.. A Organização da Saúde no Nível Local. HUCITEC, São Paulo, 1998.

MENDES, E. V.. As Políticas de Saúde no Brasil nos anos 80 : A Conformação da Reforma Sanitária e a Construção da Hegemonia do Projeto Neo-liberal. São Paulo, 1993.

MENDES, E. V.. Distrito Sanitário. O Processo Social de Mudanças das Práticas Sanitárias do SUS. São Paulo, 1993.

MENDES, E. V.. Distrito Sanitário. O Processo Social de Mudanças das Práticas Sanitárias do SUS. São Paulo : HUCITEC / Abrasco, 1994.

MOTTA, F. C. P., PEREIRA, L. C. B.. Introdução à Organização Burocrática. 2ª edição, São Paulo, Brasiliense, 1986.

MATUS, C.. Planificacion, Libertad y Cowflicta. Caracas. IV E PLAN. 1985.

PAIM, J.. Direito à Saúde Cidadania e Estado, In : Anais de 8ª Conferência Nacional de Saúde, Brasília, 1990.

PLANEJAMENTO E POLÍTICAS PÚBLICAS. Revista Semestral do IPEA. n.5. 1991.

PRATS, Y.. Descentralisation et Developpement. Paris : Editions Cujos, 1973.

- RIVERA, U., JAVIER, F^{CO}.. Planejamento e Programação em Saúde : Um Enfoque Estratégico. Francisco Javier Rivera (org.); Francisco Javier Rivera, Mário Testa, Carlos Matus – 2, ed. – São Paulo : Cortez, 1992.
- ROFMAN, A.. Aspectos Conceptuales Sobre Descentralizacion Político-Administrativa en América Latina”, In : Seminário - Toller sobre : Descentralizacion de los Servicios del Salud, como Estratégias para El Desarrollo de Los Sistemas Locales del Salud. Quito, 1990.
- RONDINELLI, D. A.. Government Descentralizacion in Comparative Perspective : Theory and Praticce in Developing Countriens International Revieov of Administrative Scilnces, 1981.
- ROVERSI - MONACO, FÁBIO. Descentralização e Centralização. In : BOBBIO, N. et all, Dicionário de Política. 5ª ed. Brasília, UnB, V.I., 1993.
- SANTA CATARINA. Secretaria de Estado da Saúde. Departamento Autônomo de Saúde Pública. Projeto de Regionalização dos Serviços de Saúde – Projeto CARS. Florianópolis, 1973.
- SANTA CATARINA. Gabinete de Planejamento. Federação Catarinense de Municípios, 1984.
- SANTA CATARINA. Secretaria de Estado da Saúde. Projeto de Regionalização da Saúde. Caderno II – Regionalização da Saúde, Florianópolis, 1993.
- SANTA CATARINA. Secretaria de Estado da Saúde. Plano Estadual de Saúde do Estado de Santa Catarina, Florianópolis, SC, 1994.
- SANTA CATARINA. Secretaria de Estado da Saúde. Relatórios Anuais de Atividades – 1998 e 1999, Florianópolis, SC.

SANTA CATARINA. Secretaria de Estado da Saúde. Relatórios Anuais de Atividades das Regionais de Saúde – 1998 e 1999, Florianópolis, SC.

SOUTO-MAIOR, J.. Micro-regionalização do planejamento da Paraíba. João Pessoa : Gabinete de Planejamento e Ação Governamental do Estado da Paraíba, 1988.

TEIXEIRA, S. M. F.. Descentralização dos Serviços de Saúde : Dimensões Analíticas. Revista de Administração Pública. Rio de Janeiro, 1990.

TOBAR, F.. O Conceito de Descentralização : Usos e Abusos. Planejamento e Políticas Públicas. Brasília, 1(5): 3-51, 1991.

UGA, M. A. de. Descentralização e Democracia : o outro lado da moeda. Planejamento e Políticas Públicas, Brasília : IPEA, N.5, 1991.

VASCONSELLOS, E.. Centralização X Descentralização : Uma Aplicação para Laboratórios de Instituições de Pesquisa e Desenvolvimento. Revista de Administração, 1979.

VIEIRA, P. R.. Em Busca de uma Teoria da Descentralização. Revista de Administração Pública. Rio de Janeiro, n 2. P. 45-66. Fundação Getúlio Vargas. 1967.

ANEXOS

ANEXO I

Regionais de Saúde de Santa Catarina 1999

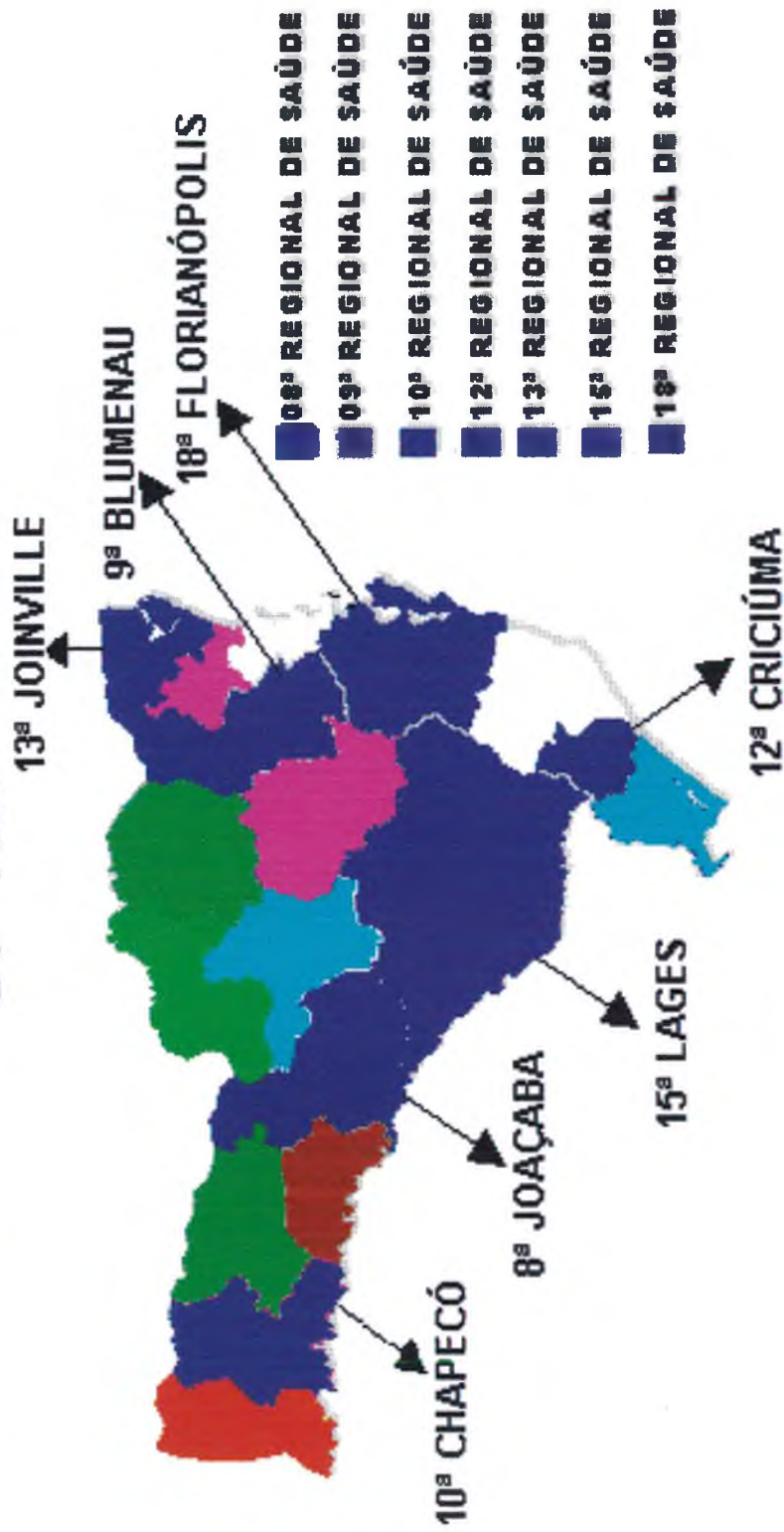


- 01^o REGIONAL DE SAÚDE
- 02^o REGIONAL DE SAÚDE
- 03^o REGIONAL DE SAÚDE
- 04^o REGIONAL DE SAÚDE
- 05^o REGIONAL DE SAÚDE
- 06^o REGIONAL DE SAÚDE
- 07^o REGIONAL DE SAÚDE
- 08^o REGIONAL DE SAÚDE
- 09^o REGIONAL DE SAÚDE
- 10^o REGIONAL DE SAÚDE
- 11^o REGIONAL DE SAÚDE
- 12^o REGIONAL DE SAÚDE
- 13^o REGIONAL DE SAÚDE
- 14^o REGIONAL DE SAÚDE
- 15^o REGIONAL DE SAÚDE
- 16^o REGIONAL DE SAÚDE
- 17^o REGIONAL DE SAÚDE
- 18^o REGIONAL DE SAÚDE

ANEXO II

Regionais de Saúde Componentes da Amostra

SC - 1999



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE PÚBLICA
CURSO : MESTRADO EM SAÚDE PÚBLICA

ANEXO III : QUESTIONÁRIO

Este Questionário é um dos instrumentos de coleta de dados para a dissertação de mestrado de Clécio Antônio Espezim, orientado pelo Prof. Dr. João Carlos Caetano, do Curso de Mestrado em Saúde Pública, Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública da Universidade Federal de Santa Catarina.

Além de pesquisar a percepção dos Gestores Municipais de Saúde em nosso Estado em relação ao Processo de Regionalização da Saúde, dentro dos critérios científicos, a dissertação identificará estratégias de ação para o melhoramento da atenção à saúde no nível regional.

Instruções :

- 1 – Este Questionário, uma vez processados seus dados eletronicamente, será destruído, para preservar absoluto anonimato.
- 2 – Leia e responda atentamente uma a uma as questões.
- 3 – Não existem respostas certas ou erradas, não se trata de um testemunho de conhecimentos.
- 4 – Responda todas as questões; a sua opinião pessoal é por muito importante para o resultado final desta pesquisa.
- 5 – Além do pesquisador e seu orientador, ninguém terá acesso às respostas do presente Questionário.

PARTE I

Identificação :

1 – Nome do Gestor Municipal de Saúde :

2 – Município :

PARTE II

Responda as questões relacionadas com a problemática em estudo.

3 – Qual o número aproximado de habitantes de seu município?

1. () De 0 a 5.000 habitantes
2. () De 5.001 a 10.000 habitantes
3. () De 10.001 a 20.000 habitantes
4. () De 20.001 a 40.000 habitantes
5. () De 40.001 a 60.000 habitantes
6. () De 60.001 a 80.000 habitantes
7. () De 80.001 a 100.000 habitantes
8. () Mais de 100.000 habitantes.

4 – Cite exemplos de ações e/ou serviços prestados ou em execução pela Regional de Saúde, que contribuiriam favoravelmente, no nível municipal e no nível regional em sua administração :

Nível Municipal

Nível Regional

5 – Na sua opinião, a Regional de Saúde encontra-se estruturada organizacionalmente para atender às suas necessidades?

1. Atende
2. Não Atende

Caso tenha responsabilidade as opções 1 e 2, cite os fatores que estão obstaculizando.

6 – No decorrer de sua administração, a maior parte das decisões acerca das ações e/ou serviços executados que refletiram favoravelmente no nível regional, foram tomadas pela :

1. Secretaria de Estado da Saúde
2. Secretarias Municipais de Saúde
3. Associação de Municípios
4. Regional de Saúde com a participação do Colegiado de Secretários Municipais de Saúde
5. Regional de Saúde

7 – Há um plano de ação com objetivos, metas, procedimentos, diretrizes, estratégias e cronograma de atividades no nível regional?

1. Sim
2. Não
3. Não tem conhecimento.

8 – A Regional de Saúde tem participado das reuniões do Colegiado de Secretários Municipais de Saúde dessa microrregião?

1. Sim
2. Não.

9 – No período de sua atual administração a Regional de Saúde tem contribuído para o desenvolvimento das ações de saúde no nível municipal?

1. Nenhuma participação.
2. Participação moderada.
3. Bastante participação.

10 – O Coordenador Regional de Saúde está desempenhando adequadamente a sua função?

1. Sim
2. Não

11 – Em sua opinião, há necessidade de implantação de um processo de planejamento microrregional nessa microrregião?

1. Sim
2. Não.

Porque?

12 – Caso o Governo Federal, através do Ministério da Saúde, tivesse a intenção de instalar um Centro Regional de Especialidades Médicas na microrregião a qual seu município pertence, com a finalidade de desenvolver atividades nas áreas médicas, tendo como base o estudo do perfil epidemiológico da região, a quem confiaria sua instalação?

1. À Regional de Saúde e as negociações de localização a cargo do Colegiado de Secretários Municipais.
2. À Secretaria de Estado da Saúde.
3. À Regional de Saúde.

4. () Preferiria negociar diretamente com o Ministério da Saúde, e contratar uma Consultoria para realizar estudos técnicos.

13 – Supondo que um rio atravessasse vários municípios de sua microrregião, inclusive o seu, e esteja sendo poluído por esgotos domésticos e industriais, ocasionando sérios problemas à saúde da população.

Qual seria a sua atitude, em ordem de confiança :

- () confiaria inteiramente a solução do problema ao Governo Estadual/Secretaria de Estado da Saúde/SES;
- () negociaria o problema diretamente com o(s) município(s) causador(es) da poluição;
- () preferiria trazer o problema ao Colegiado de Secretários Municipais de Saúde e Regional de Saúde.

14 – Coloque o número 1 para a função da Regional de Saúde que você considera ser a mais importante, o número 4 para menos importante, e os números 2 e 3 para as funções intermediárias :

- A () assessorar os municípios na formulação da política de saúde na área de sua abrangência, corrigindo distorções existentes e induzindo-os ao desenvolvimento das ações, executando apenas as ações de saúde que não forem capazes e/ou que não lhes coube executar;
- B () ser um Fórum de Debates dos problemas dos municípios;
- C () exercer avaliação das ações de saúde desenvolvidos no nível municipal e microrregional;
- D () atuar como canal de reivindicação dos municípios, junto aos órgãos estaduais e federais e promover o inter-relacionamento entre as diversas entidades da região;
- E () planejar o desenvolvimento das ações.

15 – Qual das 5 (cinco) funções citadas é a mais atuante na Regional de Saúde?

- A () Assessoria.
- B () Fórum de Debates.
- C () Avaliação.
- D () Reivindicação.
- E () Planejamento.

16 – Qual das 5 (cinco) funções acima citadas é a menos atuante na Regional de Saúde e mereceria ser fortalecida a curto prazo?

17 – Em sua opinião, a Regional de Saúde desempenha papel de importância no nível microrregional?

- 1. () Nenhum
- 2. () Bastante

PARTE III

Nesta parte solicitamos os seguintes dados básicos :

18 – Grau de escolaridade :

1. () Primário
2. () 1º Grau (ginásio)
3. () 2º Grau (científico/colegial/profissionalizante)
4. () Curso Superior

19 – Qual a sua área de formação profissional?

1. () Enfermagem
2. () Medicina
3. () Farmácia
4. () Farmácia-bioquímica
5. () Odontologia
6. () Assistência Social
7. () Administração
8. () Pedagogia
9. () Outras

20 – Possui alguma experiência anterior em gerenciamento e administração de serviços de saúde?

1. () Sim
2. () Não