

# Integralidade como inovação institucional — a experiência da Secretaria de Saúde/RS, 1999-2002: considerações sobre a gestão no SUS\*

.....  
José Paulo Vicente da Silva\*\*

Roseni Pinheiro\*\*\*

Felipe Rangel S. Machado\*\*\*\*

SUMÁRIO: 1. Introdução; 2. A construção social da integralidade na gestão da atenção: uma inovação institucional no SUS; 3. A experiência da “Gestão Solidária” da SES/RS: 1999-2002; 4. Considerações finais.

SUMMARY: 1. Introduction; 2. The social construction of integrality in healthcare management: an institutional innovation at the Unified Health System (SUS); 3. The “Solidary Management” experience of the state of Rio Grande do Sul Health Department: 1999-2002; 4. Final remarks.

PALAVRAS-CHAVE: Sistema Único de Saúde; gestão dos serviços de saúde; integralidade.

KEY WORDS: Unified Health System; healthcare management; integrality.

O texto constitucional de 1988 que institui o Sistema Único de Saúde (SUS) aponta para sua organização de acordo com algumas diretrizes, entre as quais se destaca a integralidade. Esse princípio apresenta potencialidades que sugerem a inovação

---

\* Artigo recebido em out. 2003 e aceito em fev. 2004. Este artigo é parte integrante da dissertação de mestrado em saúde coletiva *Gestão compartilhada da integralidade da atenção no SUS: a experiência da 4ª Região — período 1999-2002*, de José Paulo Vicente da Silva, sob orientação da professora Roseni Pinheiro, defendida em jul. 2003 no Instituto de Medicina Social (IMS/Uerj).

\*\* Mestre em saúde coletiva pelo IMS/Uerj, professor-pesquisador visitante na Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio (EPSJV/Fiocruz) e integrante do Projeto Integralidade Saberes e Práticas no Cotidiano das Instituições de Saúde do IMS/Uerj. E-mail: zepa@fiocruz.br.

\*\*\* Doutora em saúde coletiva e pesquisadora responsável pelo Projeto Integralidade Saberes e Práticas no Cotidiano das Instituições de Saúde do IMS/Uerj. E-mail: rosenisaude@uol.com.br.

\*\*\*\* Graduando em ciências sociais pela Uerj, bolsista de iniciação científica da Faperj no Projeto Integralidade Saberes e Práticas no Cotidiano das Instituições de Saúde do IMS/Uerj. E-mail: ranfe@yahoo.com.br.

institucional como eixo estruturante de novas práticas em saúde nos diferentes níveis de complexidade e de atenção à saúde. O modo concreto para que isto ocorra requer a construção coletiva de ferramentas e tecnologias inovadoras no cotidiano das práticas de gestão em saúde. Tais práticas devem estar voltadas para a negociação de diferentes pactos e acordos entre instâncias da política setorial e a sociedade civil. Ou seja, um processo dinâmico de inovação na gestão pública. Dessa forma, a integralidade — aqui entendida como um processo de construção social — parece ter, na idéia de inovação institucional, grande potencial para sua realização, já que possibilitaria a invenção de uma nova institucionalidade no âmbito do SUS. Para isso é necessário que haja inter-relações dos diferentes campos de conhecimento, dos quais se destacam a epidemiologia, as ciências biomédicas e as ciências humanas, no sentido de contribuir para a construção de conceitos e estratégias assistenciais mais ricas e eficazes de enfrentamento de problemas prioritários de saúde da população.

*Integrality as an institutional innovation — the state of Rio Grande do Sul Health Department experience, 1999-2002: remarks on the Unified Health System management*

The Brazilian 1988 Constitution, which created the Unified Health System (SUS), lays out guidelines for the system's organization, among which integrality is emphasized. This principle has a potential for institutional innovation as a structuring guide for new health practices at different healthcare levels. This demands the collective development of tools and new technologies for daily healthcare practices aiming at the negotiation of different agreements between sectorial policies and civil society — a dynamic innovation process in public management. Integral care — here understood as a process of social construction — could be reached through institutional innovation within SUS. This requires the interrelation of different knowledge areas, among which epidemiology, biomedical and human sciences stand out, contributing for the construction of richer and more effective healthcare concepts and strategies for facing up to the population's most urgent health problems.

## 1. Introdução

O texto constitucional de 1988, que institui o Sistema Único de Saúde (SUS), aponta para sua organização de acordo com as seguintes diretrizes: “descentralização, com direção única em cada esfera de governo; atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais; e participação da comunidade”. Estas dizem respeito ao controle social sobre as ações e serviços públicos de saúde (Brasil, 1988, art. 198).

Em consonância com as referidas diretrizes constitucionais, o SUS se orienta, ainda e principalmente, pelo princípio *da universalidade do acesso aos serviços de saúde em todos os níveis de assistência*. Cabe salientar que, antes da institucionalização do SUS, o acesso aos serviços e ações de saúde só estava garantido aos contribuintes do sistema previdenciário. Neste sentido, a Constituição de 1988 assegura, legalmente, a atenção à saúde como direito de cidadania a todo o povo brasileiro.

A integralidade — termo que, de acordo com Mattos (2001), tem sido usado de forma corrente como referência à diretriz da atenção integral — deve ter sua leitura combinada com o princípio da igualdade da assistência (Brasil, 1988, art. 198, inciso IV).

Essa combinação integra o ideário da reforma sanitária brasileira, fruto de uma luta de intelectuais orgânicos num explícito movimento pela redemocratização do país. Nesse sentido, o movimento de reforma sanitária tem na década de 1970 o nascedouro de uma luta por melhores condições de vida e de saúde da população num país “arrochado” estruturalmente, com efeitos bastante negativos no cotidiano dos trabalhadores. Efeitos muitas vezes explicitados por conflitos sociais, por meio de manifestações da sociedade civil, fertilizando a formação de movimentos sociais reivindicatórios evidenciando a urgência de implementação de políticas públicas inclusivas.

Ao situar o movimento pela reforma sanitária no contexto de luta pela redemocratização — travada na arena política nacional desde a década de 1970 —, Mattos (2001:41) vê nos princípios e diretrizes inscritos no texto da Constituição de 1988 a institucionalização da “crítica que alimentou o sonho de uma transformação radical da concepção de saúde predominante do sistema de serviços e ações de saúde e de suas práticas”.

Para esse autor, a noção extrapola a condição de simples diretriz para revelar-se verdadeira “bandeira” que compõe uma “imagem-objetivo” maior, indicando a direção que se quer imprimir à transformação da realidade. Sua tradução se dá em um projeto societário permeado pelos ideais de justiça e solidariedade.

Contudo, Mattos afirma que o arcabouço jurídico-institucional universalista, naquele período, já refletia uma posição contra-hegemônica no âmbito do debate internacional acerca das políticas de saúde a serem implementadas pelas nações ditas “em desenvolvimento”. A conjuntura de então era marcada pelos ajustes estruturais e avanços das políticas neoliberais, apontando para uma participação cada vez menor do Estado, tanto na política econômica quanto na provisão de ações e serviços sociais, na qual se inclui a política de saúde.

Atualmente, a integralidade parece constituir uma das principais divergências entre a nossa política e as formulações das agências internacionais, como é o caso do Banco Mundial. Essa situação se explica no fato de haver uma concordância com diversas outras diretrizes por nós defendidas, entre elas a descentralização político-ad-

ministrativa e o controle social, mas permanecendo a integralidade como um ponto sem consenso. Isso já seria suficiente para justificar a relevância de uma reflexão mais aprofundada acerca dos sentidos da integralidade (Mattos, 2001). A luta pela transformação qualitativa da política de saúde com vistas à construção de um sistema de saúde com acesso universal, equidade e qualidade nas ações e serviços “assume, no presente, contornos de resistência à guinada conservadora com relação às políticas públicas na última década” (Camargo Júnior, 2001:11).

Por outro lado, para o autor (2001:11-12), “o modo concreto de articular ações, dizendo-as integrais no cuidado, define o patamar ético e de programação e avaliação da qualidade da assistência, dimensões situadas no núcleo duro do planejamento e gestão em saúde”. A (re)organização do sistema numa perspectiva de uma rede de múltiplas portas de entradas, fluxos diversificados que são construídos a partir de representações e necessidades individuais, ao invés de modelos ideais de hierarquização dos serviços, tal como o tradicional modelo da pirâmide (atenção primária, secundária, terciária e quaternária, sendo a primeira obrigatoriamente a porta de entrada), é mais adequada para o alcance de uma atenção mais humanizada e qualificada e, portanto, das finalidades propostas.

Daí surge mais um desafio: de que forma se daria esse modo de articulação? Parte-se do entendimento de que o modo concreto de articulação requer a construção coletiva de ferramentas e tecnologias inovadoras no cotidiano das práticas de gestão em saúde. Tais práticas estão voltadas para a negociação de diferentes pactos e acordos entre instâncias da política setorial e a sociedade civil. Ou seja, um processo dinâmico de inovação na gestão pública.

## 2. A construção social da integralidade na gestão da atenção: uma inovação institucional no SUS

A idéia de inovação da gestão pública em saúde decorre da compreensão de sua estruturação em dois eixos principais: o tipo e conteúdo das políticas (novas políticas) e a gestão dessas políticas (novas formas de gestão e de provisão de serviços, novos processos decisórios). Por esse ângulo, a inovação consistiria na inclusão de outros atores na formulação, gestão e provisão dos serviços públicos (Farah, 1997).

A integralidade — aqui entendida como um processo de construção social — parece ter, na idéia de inovação institucional, grande potencial de realização, já que possibilitaria a invenção de uma nova institucionalidade no âmbito do SUS. Deve ser compreendida como experimentos que podem conferir maior horizontalidade nas relações entre seus participantes — gestores, profissionais e usuários do sistema de saúde.

A solidariedade pode ser incorporada como uma nova prática, na medida em que se identifica como um valor democrático. A solidariedade, que ganha significado de ação social, teria potência para propiciar a co-responsabilização dos atores envolvidos com a formulação e implementação política de saúde, em que a integralidade se tornaria um eixo prioritário. Identificam-se na experiência da Secretaria Estadual de Saúde do Rio Grande do Sul esses elementos, como atributos habilitadores de um processo de inovação institucional, a partir do exercício de práticas de gestão do tipo compartilhada. Compreende-se a gestão compartilhada em saúde como um espaço institucional de construção de práticas solidárias que incorporem os diversos atores envolvidos com a política de saúde, mediante o estabelecimento de mecanismos participativos e permanentes de decisão, nos diferentes níveis do sistema. Esse tipo de gestão requer a transformação dos espaços singulares dos atores no cotidiano da gestão dos serviços de saúde.

Contudo, à necessidade de transformação dos espaços singulares dos serviços de saúde deve corresponder uma necessidade de transformação na macropolítica setorial. Nessa direção, defende-se aqui um repensar acerca do processo de construção do SUS ora em curso. Essa perspectiva, mais do que permitir a transformação da micropolítica setorial, tem a potência de recobrar a unidade dialética existente entre “saúde e democracia” que permeou o processo de formulação da reforma sanitária brasileira.<sup>1</sup>

Ao se relacionar a concepção de integralidade para além das práticas sanitárias em seus sentidos estritos, em direção ao ideal de liberdade individual e coletiva, à autonomia dos sujeitos “nos seus modos de levar a vida” e, portanto, ao ideal de uma sociedade mais justa e solidária, defende-se uma reforma da reforma sanitária, significada a partir do princípio da integralidade.

Pinheiro (Pinheiro et al., 2002) corrobora essa discussão, ao apontar, em sua análise sobre as experiências inovadoras no desenvolvimento de novas tecnologias, a importância da descentralização, universalidade e integralidade da atenção como uma tríade de princípios que expressam em grande medida o processo de consolidação das conquistas do direito à saúde como uma questão de cidadania. Novos atores foram incorporados ao cenário nacional, que, com a universalidade do acesso, vem possibilitando o surgimento de experiências centradas na integralidade da atenção.

A autora aperfeiçoa os sentidos da integralidade, ampliando sua definição legal, entendida “como uma ação social que resulta da interação democrática entre os atores no cotidiano de suas práticas na oferta do cuidado de saúde nos diferentes níveis de atenção” (Pinheiro et al., 2002:1). Isso implica repensar as questões mais re-

---

<sup>1</sup> Para maior aprofundamento, ver Fleury (1989).

levantantes do processo de trabalho, da gestão e do planejamento em saúde, buscando uma visão construtivista de conceber novos saberes e práticas em saúde. Uma visão compartilhada entre sujeitos, seja na adoção seja na criação de novas tecnologias de gestão do cuidado integral em saúde.

Essas tecnologias devem ser construídas a partir de uma perspectiva emancipatória e democrática, tendo no controle social e na participação política seu principal instrumento. Assim como as tecnologias assistenciais têm nas práticas seu potencial transformador no cotidiano das pessoas que buscam e oferecem cuidado em saúde, as tecnologias de gestão devem considerar em suas práticas essas potencialidades de sua própria transformação. Ou seja, tecnologias de gestão devem garantir condições democráticas de inter-relações dos diferentes conhecimentos relativos à sua constituição, entre os quais destacam-se a epidemiologia, as ciências biomédicas e as ciências humanas e políticas, no sentido de contribuir para a construção de conceitos e estratégias assistenciais mais ricas e eficazes de enfrentamento de problemas prioritários de saúde da população.

Nesse sentido, reafirma-se a importância das secretarias estaduais de Saúde (SES), como *loci* fundamentais para o processo de transformação qualitativa da política de saúde. A seguir será discutido o papel do gestor estadual do SUS na garantia da atenção integral à saúde.

A Lei nº 8.080, conhecida como Lei Orgânica da Saúde, de 19 de setembro de 1990, “dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes” e institucionaliza a descentralização e as relações entre União, estados e municípios, no que diz respeito à política de saúde. Segundo essa lei, em seu capítulo 1, compete ao SUS (Lucchese, 1996:91):

prestar assistência às pessoas por intermédio de ações de promoção, proteção e recuperação da saúde, com a realização integrada das ações assistenciais e das atividades preventivas, aí incluídas as ações de vigilância sanitária, vigilância epidemiológica, saúde do trabalhador e assistência terapêutica integral, inclusive farmacêutica.

Para tanto, a execução dessas ações e serviços, “antes realizada por força de convênio, passa a constituir ‘dever’ de cada esfera de governo, as quais, de acordo com suas atribuições e competências no SUS, devem corresponder os poderes e instrumentos necessários para tal” (Lucchese, 1996:90-93).

À esfera estadual de gestão caberia, principalmente (Lucchese, 1996:92-93):

a formulação da política estadual de saúde em consonância com a política nacional de saúde, assim como a participação na formulação de outras políticas setoriais, tais como saneamento, meio ambiente, etc.; a gestão dos sistemas públicos de alta complexidade, de referência estadual e regional; acompanhar, controlar e avaliar a regionalização e hierarquização do SUS no estado; promover a descentralização das ações e serviços para os municípios; e prestar cooperação técnica e financeira aos municípios, etc.

Ao Ministério da Saúde compete, sobretudo (Lucchese, 1996:93):

a formulação, a normatização, a avaliação e o acompanhamento da política nacional de saúde, além das políticas de nutrição e alimentação, meio ambiente, inclusive o trabalho e saneamento; a promoção da descentralização das ações e serviços de saúde, a definição e coordenação dos sistemas de redes integradas de alta complexidade, de laboratórios de saúde pública, de vigilância epidemiológica e sanitária, de sangue e hemoderivados; a formulação da política nacional de insumos e equipamentos de interesse da saúde; a cooperação técnica e financeira a estados e municípios, etc.

Entretanto, ainda que o processo de descentralização do SUS, desenvolvido sobretudo na década de 1990, tenha promovido expressivo deslocamento de recursos financeiros e um processo de responsabilização crescente na gestão e prestação dos serviços e ações de saúde por parte dos municípios, o papel do nível estadual foi sendo progressivamente secundarizado (Heimann et al., 1998).

Cabe destacar que o referido processo é caracterizado por um modelo de descentralização municipalizante, o qual foi alavancado com a formulação e edição das normas operacionais básicas (NOBs) por parte do Ministério da Saúde, a partir dos dois primeiros anos da década de 1990.

A conjuntura desse período já era marcada por uma grave crise econômica e por medidas de cunho administrativo, impulsionadas, principalmente, pela política de ajuste fiscal do governo Collor. Um dos reflexos mais importantes dessa política foi o impacto no financiamento setorial, já que, a partir de 1991, observou-se substancial diminuição dos gastos públicos em saúde. A justificativa da necessidade de se implementar estratégias, a fim de aumentar a efetividade dos recursos repassados e mecanismos de controle e avaliação, iria orientar a formulação e a edição da NOB 91 pela SNAS/Inamps (Lima, 2000).

A NOB 91 redefiniu toda a lógica de financiamento e, conseqüentemente, de organização do SUS, consolidando um sistema de pagamento por produção de serviços, contrariando o mecanismo de transferência automática de metade dos recursos federais aos estados e municípios, estabelecido pela legislação infraconstitucional,

além de equiparar prestadores públicos e privados. Dessa forma, a NOB 91 gerou repercussões negativas do ponto de vista da mudança do modelo assistencial, privilegiando atividades de assistência médica em detrimento das ações voltadas para a saúde coletiva, cujo financiamento sequer era previsto.

Além disso, a fixação dos tetos financeiros privilegiou a capacidade previamente instalada, favorecendo estados e municípios em melhores condições econômicas, acirrando o quadro de desigualdades regionais. Reforçou, também, a modalidade de convênio como instrumento para transferência financeira. Sendo assim, influenciou pouco o rumo da descentralização (Oliveira Júnior, 2000).

Ao longo da década de 1990, no sentido de se avançar no processo de condução da descentralização e da gestão da política de saúde e de se reverter o subfinanciamento atravessado pelo setor, foram editadas mais duas normas operacionais básicas, a NOB 93 e a NOB 96.

Principalmente a partir da implementação da NOB 96, observaram-se grandes avanços no âmbito do ordenamento político do SUS. Entre esses avanços, podem ser citados o processo de descentralização político-administrativa, com a habilitação de 99% dos municípios em alguma condição de gestão, e a preponderância do percentual de recursos repassados fundo a fundo, em relação à modalidade de pagamento por produção de serviços, entre outros.

Esses avanços concorreram para a materialização de considerável extensão de programas de saúde pública e de serviços assistenciais para o conjunto da população, incorporando itens de maior complexidade, antes restritos aos contribuintes da Previdência Social. Observou-se, também, aumento crescente da participação dos usuários no controle social do sistema e, sobretudo, grande avanço no processo de descentralização político-administrativo, quicá o fio condutor de todas estas conquistas.

Segundo Mendes (2001), a NOB 96 veio concorrer para a consolidação do “paradigma da municipalização autárquica”, atualmente hegemônico na organização do SUS. Embora o processo de radicalização da municipalização dos serviços de saúde tenha sido instituído com a edição da NOB 91, sua imediata consequência foi a descentralização do SUS, pela via da “devolução municipalizada”, apoiada por um financiamento fortemente centralizado pelo gestor federal sem participação importante da esfera estadual.

Até a edição da Noas 2001, podia-se constatar a ausência de uma definição mais clara de responsabilidades da direção estadual do SUS, particularmente no que tange à gestão desse nível do sistema.

O principal reflexo dessa política é a notória insuficiência e precarização da organização regionalizada, pela qual passam os sistemas estaduais de saúde. Destacam-se aqui, particularmente, as ações e serviços de alta e média complexidades, sendo o último nível considerado principal suporte na organização da atenção básica



nas localidades. Somam-se a isso os mecanismos de financiamento que, historicamente, vêm reproduzindo as desigualdades regionais e no interior dos estados.

Em que pese ao “grau de constrangimento imposto pela Noas — Norma Operacional de Assistência à Saúde — 2001, na organização dos serviços de média e alta complexidades, nas regiões de saúde” (Cecílio, 2001:122), essa norma aponta para a necessidade urgente de recuperar o papel da esfera estadual, no que concerne à formulação de uma nova regulação baseada na gestão compartilhada dos diferentes níveis de complexidade e de atenção à saúde.

Diante dessa perspectiva, a gestão estadual surge como importante espaço de construção de relações entre atores e de novas práticas de organização da atenção à saúde. A forma de gestão compartilhada em saúde, no âmbito estadual, reforça o delineamento de novos arranjos institucionais, caracterizando-se como inovação capaz de produzir transformações que contemplem os princípios do SUS — neste caso a integralidade das ações de saúde. Destaca-se a experiência do estado do Rio Grande do Sul, apoiada no reconhecimento de vários autores de que esse estado, mesmo antes da edição da Noas, já repassava recursos do Tesouro estadual para os fundos municipais de saúde, numa proposta de inovação institucional.

### 3. A experiência da “Gestão Solidária” da SES/RS: 1999-2002

De acordo com Ferla e Geyer (2002), a partir de 1999 o norte político da organização e da orientação da SES/RS passou a ser efetivar o SUS no Rio Grande do Sul, cumprindo a legislação. Para tanto, todos os setores que integravam a estrutura daquela instituição foram mobilizados, em função de cinco eixos estratégicos: “descentralização da gestão, regionalização da atenção, integralidade da atenção, fortalecimento das instâncias de controle social e pactuação intergestores e formação em saúde pública para o SUS” (Ferla e Geyer, 2002:35).

Os mesmos autores afirmam que a opção pela diretriz de eixos estratégicos, em detrimento de projetos e programas verticais, deveu-se à tentativa de (Ferla e Geyer, 2002:35):

contrapor a postura tradicional, autoritária e tecnocrática dos órgãos centrais de gestão da saúde, de induzir a formulação de políticas centralizadoras impostas às estruturas locais de gestão, transformadas, assim, em simples instâncias de gerenciamento de projetos centralizados.

Nesse sentido, instituiu-se uma relação da SES com os municípios e com os prestadores de serviços, que tenha como referência a política de saúde, tal como de-

finida pela legislação federal e gaúcha, no sentido da construção de um sistema estadual de saúde permeado pelos princípios de universalidade, equidade e integralidade.

Ainda segundo Ferla e Geyer, tentou-se substituir as tradicionais formas de planejamento e gestão e o excesso de condições voltadas para uma forte indução na execução de políticas — uma verdadeira tutela sobre os demais atores do sistema — pelo exercício de uma gestão estadual inovadora e descentralizada.

Em detrimento da simples desconcentração de atribuições administrativas, buscou-se implementar uma nova cultura de gestão, na qual a diretriz da descentralização, conforme inscrita na NOB 93, é entendida como um “processo que envolve redistribuição de poder e de recursos, redefinição de papéis das três esferas de governo, reorganização institucional, reformulação de práticas, estabelecimento entre os níveis de governo e controle social” (Ferla e Geyer, 2002).

O processo de descentralização foi

composto por três dimensões imbricadas: uma dimensão política (que diz respeito à autonomia de formular e proceder a escolhas políticas no nível local e/ou regional); uma dimensão financeira (relativa à liberdade para a alocação de recursos e critérios de aplicação); e uma dimensão administrativa (prevendo liberdade da instância local e/ou regional para adotar estratégias no sentido de organizar a máquina administrativa e suas funcionalidades).

(Ferla e Geyer, 2002:39)

No que diz respeito à diretriz da integralidade da atenção, buscou-se fundar uma política de saúde “entendida como garantia de acesso facilitado ao conjunto das ações e procedimentos necessários a cada situação” (Ferla e Geyer, 2002:40).

Fez-se necessário proceder à substituição das tradicionais formas centralizadas de planejamento e gestão, nas quais prevalecem o ordenamento dos serviços e os mecanismos de acompanhamento e regulação a partir da complexidade das ações e, portanto, onde há níveis independentes de gestão, com competências distintas e exclusivas, por práticas compartilhadas de gestão, em que se possa “compreender a gestão como fluxo ascendente onde há co-responsabilidade dos três gestores da base ao topo” (Ferla e Geyer, 2002:40).

No sentido de se traduzir na gestão a criação de uma rede de ações e serviços progressivamente resolutiva e de qualidade, e, portanto, capaz de responder às necessidades e demandas de saúde da população, foi imperativo “inaugurar novas tecnologias e instalar capacidades no SUS/RS para uma gestão descentralizada e eficiente, capaz de agenciar uma rede de atenção com arranjos operacionais flexíveis e progressivamente resolutivos” (Ferla e Geyer, 2002:40).

O processo de descentralização desencadeado pela “Gestão Solidária da Saúde” da SES/RS contou com um amplo escopo de ações (Ferla e Geyer, 2002:41):

desdobrou-se desde o pleito de habilitação do Estado à Gestão Plena do Sistema Estadual até a inversão do fluxo corriqueiro de autoridades municipais ao nível central da SES/RS para o encaminhamento de suas demandas. Planejou-se fortalecer as prerrogativas de gestão no Rio Grande do Sul e demonstrar aos prefeitos, secretários e os prestadores de serviços que a instância regional é o espaço de pactuação, do planejamento e da regulação da atenção e do sistema de saúde como um todo.

Para tanto, realizou-se uma reestruturação da organização da secretaria, buscando o fortalecimento das suas representações regionais e a horizontalização da sua estrutura central.

Logo no início daquela gestão, as delegacias regionais de Saúde passaram a se chamar coordenadorias regionais de Saúde (CRS), com novas atribuições (Ferla e Geyer, 2002:41).

De simples repassadoras de papéis do nível central, as CRS passaram a ser responsáveis pelo planejamento, acompanhamento e gerenciamento do sistema de saúde, incluindo as ações e serviços (...) no âmbito regional, numa relação permanente de cooperação técnica, financeira e operacional e de diálogo com os municípios, com o objetivo político de organizar os sistemas locais e regionais de saúde, segundo os princípios do SUS.

Com o propósito de se implementar a diretriz da regionalização da atenção, o “território do SUS estadual” (Mendes, 2001), essa diretriz foi organizada a partir de um processo de macrorregionalização da saúde. Foram criadas sete macrorregiões, onde foram identificados e criados serviços de referência macrorregional, “capazes de atender aos casos mais complexos e com menor demanda, serviços de referência regional e hospitais de referência microrregional” (Mendes, 2001:40).

O processo de microrregionalização foi implementado a partir de critérios de capacidade instalada e perfil sociodemográfico-epidemiológico. Também, para além desse mapeamento e da organização de fluxos, foram deslançadas ações de adequação assistencial às distintas realidades locorregionais (Ferla e Martins Júnior, 2001:42):

Pequenos hospitais gerais, com pouca resolutividade e produção, vêm sendo transformados em unidades locais de saúde e unidades mistas, incorporando outras modalidades de atenção, principalmente ambulatorial, ou fortalecida a

capacidade operacional para internações curtas de baixa densidade tecnológica, mas de alto impacto assistencial, em áreas pactuadas microrregionalmente.

Para Ferla e Geyer (2002), esse modelo de regionalização seria um caminho para acabar com o deslocamento de usuários para as grandes cidades por problemas que poderiam ser resolvidos no seu local de origem.

Na perspectiva de se garantir eficácia ao processo de regionalização, demandou-se o desenvolvimento de mecanismos para o fortalecimento da regulação pública do SUS, incluindo a questão do controle social sobre a definição de prioridades na construção da política pública de saúde. Nessa direção, foram reformulados os subsistemas de informação em saúde, na tentativa de integrá-los, e adequando-os para servir de suporte à gestão e ao controle do sistema estadual de saúde. Também vêm sendo implantadas, no sentido da “operacionalização descentralizada da regulação dos serviços do SUS”, as centrais macrorregionais de regulação, que devem estar articuladas com as centrais municipais e regionais de regulação. Essa rede reguladora poderá permitir maior agilidade e facilidade de acesso na marcação de consultas, exames especializados, internações e transporte pré-hospitalar em todas as regiões.

Tal perspectiva de descentralização político-administrativa — realizada sob critérios pactuados entre os atores, com a devida prestação de contas públicas e prestação de assessoria técnica — e o fato de o governo estadual passar a ser importante financiador do sistema habilitaram a SES/RS para o cumprimento do papel que cabe ao órgão de gestão estadual, qual seja, a regulação do sistema estadual de saúde.

A SES/RS institucionalizou os espaços de controle social, criando os conselhos gestores de unidades de saúde e os conselhos locais, municipais e estadual de saúde, que, com acompanhamento do Orçamento Participativo Estadual, potencializaram a participação dos diferentes atores rumo ao estabelecimento de pactos para definição de prioridades e consolidação dos três eixos prioritários da política estadual de atenção aos usuários dos serviços de saúde.

O Projeto Municipalização Solidária traz o ineditismo de ser o Rio Grande do Sul o primeiro estado a assumir a responsabilidade constitucional de cooperação financeira com todos os municípios em alguma forma de gestão do SUS. Para aplicação desses recursos, a SES/RS estabeleceu critérios que exigiam ativa participação dos conselhos de saúde: análises do Plano de Aplicação e do relatório de gestão, contendo inclusive a prestação de contas. A continuidade do repasse depende da aprovação dos dois documentos.

Esse processo evidenciou a importância estratégica da pactuação descentralizada, no fortalecimento das ações do SUS do Rio Grande do Sul, gerando novos parâmetros, fluxos e delimitações territoriais supramunicipais, permitindo nova abordagem em planificação, marcada por constantes discussões e pactuações entre

estado e municípios, que têm no controle social um dos seus pilares da sustentação política, na medida em que requer aprovação e monitoramento do conselho estadual e conselhos regionais de saúde.

Vários mecanismos de repasses de recursos financeiros foram criados no sentido de garantir condições mínimas para discussão e melhoria da qualidade dos serviços prestados pelos hospitais públicos municipais e estaduais, bem como pelos hospitais universitários. Não diferentemente dos demais projetos, foram criados critérios para o repasse e controle desses recursos, a fim de mudar radicalmente as relações entre entes públicos e privados na garantia dos princípios do SUS. Um dos critérios que merecem destaque foi a criação de conselhos gestores nas unidades hospitalares vinculadas aos respectivos conselhos de Saúde, que, além de acompanhar e avaliar a aplicação dos recursos, teriam como obrigações a elaboração de um plano diretor, de um plano de saneamento financeiro, aprovação de prestação de contas do plano de aplicação e de suas prestações de contas.

É interessante perceber, com esses projetos, a forte determinação de radicalização do binômio descentralização-democratização, por meio do estabelecimento de mecanismos e tecnologias de gestão, fundados nos valores de-mocráticos, com explícita defesa dos princípios do SUS. A criação de conselhos gestores, câmaras técnicas de acompanhamento da gestão, planos de aplicação, contratos de metas e relatórios de prestação de contas são algumas das estratégias que, postas em prática cotidianamente, fortalecem as instâncias de controle social e estimulam a participação dos usuários no acompanhamento da utilização dos recursos aplicados nas diferentes unidades que fazem parte do sistema, no sentido de exigir, além da qualidade técnica, a garantia ao acesso e um atendimento humanizado.

#### 4. Considerações finais

Este artigo buscou analisar algumas práticas de gestão desenvolvidas no âmbito da Secretaria Estadual de Saúde do Rio Grande do Sul no período 1999-2002. Essas práticas tratam da experiência de (re)organização da atenção à saúde em nível regional daquele estado, que apresentam importantes contribuições à consolidação do Sistema Único de Saúde. Parte-se da premissa de que a universalização — de fato — do acesso da população a toda tecnologia disponível para a promoção, proteção e recuperação da saúde e, portanto, para a “defesa da vida” é condição fundamental à materialização do princípio da integralidade da atenção. Ainda que não seja o único, nem o seu principal elemento constitutivo.

Reafirma-se a relevância acadêmica e social desta discussão, pois grande parcela de usuários que demandam os serviços de saúde, sobretudo os mais carentes, ainda se depara com muitos obstáculos para acessar os níveis de maior complexida-

de do sistema. Na verdade, o interesse por essa temática vai ao encontro da necessidade da formulação de estratégias para o reordenamento do sistema de saúde.

A assunção de uma postura proativa do gestor estadual, tanto do ponto de vista do incremento de recursos quanto na condução do processo de regulação, poderia alavancar a construção de novos arranjos institucionais pactuados, com potência para a construção de redes macro e microrregionais mais resolutivas e equânimes. Dessa forma, a responsabilidade do nível estadual na regionalização da atenção contribui de maneira definitiva para a reorganização dos diferentes níveis de atenção à saúde.

Entende-se que a microrregionalização, por exemplo, deve ser desenvolvida como um processo de construção coletiva, com pactuações e controle social. Nesse processo, as vocações regionais, assim como as identidades culturais, são consideradas elementos fundamentais na consolidação do SUS na região. Essa compreensão pode ser consubstanciada pela afirmação de Mendes (2001:38-39), que propõe uma nova organização da atenção, a partir da institucionalização de sistemas microrregionais de serviços de saúde. No modelo proposto pelo autor, "(...) os municípios continuam como gestores principais dos sistemas de serviços de saúde no âmbito local, mas organizam-se em microrregiões de forma cooperativa".

Com esse novo arranjo,

a microrregião é transformada num espaço dialógico de negociação e pactuação, mantendo-se, contudo, com a SES e com os municípios a capacidade de gestão do sistema (...) os municípios são responsáveis pela saúde de seus cidadãos, e para tal financiam e regulam, solidariamente com outros municípios da microrregião e com a SES, o sistema de serviços de saúde.

(Ferla e Martins Júnior, 2001:18)

Na experiência da SES/RS, percebe-se que as práticas de gestão compartilhada desenvolvidas no âmbito dos conselhos regionais de Saúde definem seu caráter inovador. Estas não reproduzem as formas tradicionais de gestão das políticas de saúde no país, pautadas pelo processo de normatização e implementação de forma vertical dos programas de saúde pública. Um exemplo é o caso da Noas, que estabelece *a priori* os fluxos e classificações operativas que não incluem os aspectos regionais. A questão que se coloca nessa experiência é a aposta no processo de democratização de gestão regional da saúde.

Ressalta-se que o conhecimento deve servir para a efetiva participação dos representantes da sociedade civil organizada, a fim de contribuir para democratização da discussão sobre a política de saúde local regional, de modo a garantir o concreto controle social. De acordo com Ceccim e Armani (2002: 150), a questão remete para "a

*garantia de amplo acesso à participação e controle social na planificação, avaliação e controle em saúde, articulação com os movimentos sociais e a negociação política com a sociedade*". Portanto, a disseminação acerca dos princípios doutrinários do SUS e suas formas de materializá-los auxiliam na qualificação da participação política para a defesa da saúde como direito.

A experiência da Secretaria Estadual de Saúde do Rio Grande do Sul chamou atenção justamente por apresentar um conjunto de características de uma proposta de gestão compartilhada da saúde. Nessa experiência, a criação de conselhos regionais de saúde (CRS) pavimentou um processo de institucionalização do controle social na gestão pública estadual, ao transformá-los em espaços fundamentais para definição da política de saúde de cada uma das regiões de saúde de responsabilidade daquele estado. Parte-se do entendimento de que esse tipo de gestão poderia corroborar para a criação de sinergias e ambientes propícios no sentido da definição de prioridades mais adequadas e criativas para as soluções dos principais problemas de saúde da população, de modo a permitir a garantia da integralidade, no que diz respeito à efetiva melhoria do acesso aos níveis de maior complexidade do sistema em âmbito regional. Tal reflexão se apóia em duas questões fundamentais:

- 1 a possibilidade da integração e o convívio entre as diversas racionalidades e interesses dos diferentes atores que, participando na arena da construção da política de saúde, passam, em tese, a estar mais amplamente representados com esse tipo de gestão;
- 1 a possibilidade de uma melhor racionalização dos recursos (escassos) que uma integração do tipo cooperativa pode proporcionar no sentido de se evitar superposição e/ou a não cobertura de ações e serviços. Nesse sentido, cabe ressaltar que a atenção especializada é extremamente onerosa para o sistema, pois em geral, da forma como tem sido organizada, vem causando "deseconomias" de escala e desperdício de recursos, conforme apontado por Mendes (2001). Por outro lado, o uso indevido e indiscriminado das tecnologias especializadas, além de não apontar necessariamente para a melhoria da atenção prestada, pode causar grandes danos à população usuária.

Consideramos que a interação dessas duas perspectivas — a de transformação das práticas por meio da reorganização dos serviços e a de racionalização de recursos escassos que se tencionam — resulta em uma abordagem menos reducionista/economicista do processo de planejamento e gestão em saúde. Essa perspectiva possibilitaria a formulação e a implementação de dispositivos de gestão mais coerentes com a construção que acredita-se ser a finalidade ético-política do sistema: a integralidade da atenção em saúde.

Pensar a integralidade da atenção se justifica, também, pelo fato de essa diretriz, segundo a hipótese de Mattos (2001) — com a qual concordamos —, demarcar a própria especificidade da política de saúde brasileira. Isso porque, atualmente, como se disse anteriormente, a integralidade parece constituir uma das principais divergências entre a nossa política e as formulações das agências internacionais, como é o caso do Banco Mundial.

Busca-se com essa discussão retomar a perspectiva dialógica do princípio da integralidade. Esta se afirma numa ação recíproca entre a micro e a macropolítica (Cecílio, 2001), entre o geral e o particular e entre o individual e o coletivo, pois as necessidades de saúde são produtos das mediações da prática social dos sujeitos individuais e coletivos (Stotz, 1991), que, em interação com o interior da “sociedade civil”, lutam pela saúde. Dessa forma, a integralidade, em seu sentido ampliado, só poderá ser fruto da ação social concreta e, portanto, da co-produção intencional de sujeitos individuais e coletivos livres, conscientes das suas necessidades de saúde (consciência sanitária).

Nesse sentido, aponta-se a coerência das formas de “gestão compartilhada em saúde” como um dispositivo de práticas de gestão capaz de criar espaços públicos de participação de diferentes atores na construção de projetos coletivos. Essa proposta é coerente com o alcance da finalidade ético-política do sistema de saúde para além de prestar assistência médica e social, e aponta para a constituição de sujeitos individuais autônomos, livres e, portanto, cidadãos plenos.

Como afirma Mattos (2001:61):

Quer tomemos a integralidade como princípio orientador das práticas, quer como princípio orientador da organização do trabalho, quer da organização das políticas, integralidade implica uma recusa ao reducionismo, uma recusa à objetivação dos sujeitos e talvez uma afirmação ao diálogo.

E, concluindo, a luta pela integralidade deve envolver os diferentes sujeitos em suas práticas no cotidiano dos serviços de saúde, nos diferentes níveis de atenção, transformando e criando novos espaços de negociação e pactuação entre gestores, profissionais e usuários. Espaços estes fomentadores de uma participação política ativa e efetiva dos sujeitos envolvidos, que, na solidariedade e reciprocidade, formam a base de um patamar ético de defesa da vida.

## Referências bibliográficas

BRASIL. *Constituição da República Federativa do Brasil*. 1988.

RAP Rio de Janeiro 38(3):481-500, Maio/Jun. 2004



———. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e instituciona a descentralização e as relações entre União, estados e municípios com relação à política de saúde. *Diário Oficial da República Federativa do Brasil*. Brasília, 29 set. 1990a.

———. Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área de saúde e dá outras providências. *Diário Oficial da República Federativa do Brasil*. Brasília, 31 dez. 1990b.

———. Ministério da Saúde. Regionalização da assistência à saúde: aprofundando a descentralização com equidade no acesso. *Norma Operacional de Assistência à Saúde — NOAS SUS 01/01*. Brasília, 2001.

———. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Secretaria de Gestão de Investimentos em Saúde. Projeto Reforsus: SUS — o maior Sistema Público de Saúde. *Experiências Inovadoras no SUS*. Brasília, v. 1, n. 1, 2002.

CAMARGO JÚNIOR, K. As muitas vozes da integralidade. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Orgs.). *Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde*. Rio de Janeiro: IMS/Uerj, 2001. p.11-15.

CARVALHO, G. I.; SANTOS, L. *Sistema Único de Saúde: comentários à Lei Orgânica da Saúde (Leis nº 8.080/90 e nº 8.142/90)*. 3. ed. Campinas: Unicamp, 2002.

CECCIM, R. B.; ARMANI, T. B. Gestão da educação em saúde coletiva e gestão do Sistema Único de Saúde. In: FERLA, A. A.; FAGUNDES, S. M. S. (Orgs.). *Tempo de inovações: a experiência da gestão na saúde do Rio Grande do Sul*. Porto Alegre: Dacasa, 2002. p. 143-161.

CECÍLIO, L. C. O. As necessidades de saúde como conceito estruturante na luta pela integralidade e equidade na atenção em saúde. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Orgs.). *Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde*. Rio de Janeiro: IMS/Uerj, 2001. p. 113-126.

FARAH, M. Gestão pública e cidadania: iniciativas inovadoras na administração subnacional no Brasil. *Revista de Administração Pública*, Rio de Janeiro: FGV, v. 31, n. 4, p. 126-156, 1997.

FERLA, A. A.; GEYER, L. M. C. Descentralização da gestão e regionalização da atenção no Rio Grande do Sul: consolidando e avaliando processo de efetivação do SUS. In: BRASIL. Ministério da Saúde. *Relatos de experiências*. Gestão dos serviços de saúde: secretarias estaduais e municipais de saúde. Brasília, 2002. p. 31-60.

———; MARTINS JÚNIOR, F. C. Gestão solidária da saúde: a experiência da gestão estadual do SUS no Rio Grande do Sul. *Divulgação em Saúde para o Debate*, Rio de Janeiro. n. 23, p. 8-20, 2001.

———; SOUZA, D. Y. Incorporação dos prestadores de serviços à rede regionalizada de atenção à saúde. In: BRASIL. Ministério da Saúde. *Relatos de experiências*. Gestão dos serviços de saúde: secretarias estaduais e municipais de saúde. Brasília, 2002. p. 61-85.

——— et al. Financiamento e regionalização da saúde: a experiência gaúcha. *Divulgação em Saúde para o Debate*, Rio de Janeiro. n. 24, p. 52-71, 2001.

FLEURY, Sonia T. (Org.). *Reforma sanitária: em busca de uma teoria*. São Paulo: Cortez, 1989.

HEIMANN, L. S. et al. *A descentralização do sistema de saúde no Brasil: uma proposta de investigação sobre o impacto das políticas*. Relatório Final. São Paulo: Núcleo de Investigação em Serviços e Sistemas de Saúde do Sistema de Saúde / SES-SP, 1998.

LEVCOVITZ, E. et al. Política de saúde nos anos 90: relações intergovernamentais e o papel das normas operacionais básicas. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro. v. 6, n. 2, p. 269-291, 2001.

LIMA, L. D. O processo de implementação de novas estruturas gestoras no Sistema Único de Saúde: um estudo das relações intergovernamentais na CIB do Rio de Janeiro. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) — Instituto de Medicina Social/Uerj, 2000.

LUCCHESI, P. T. R. *Descentralização do financiamento e gestão da assistência à saúde: a implementação do Sistema Único de Saúde — retrospectiva 1990/1995. Planejamento e Políticas Públicas*, n. 14, p. 75-156, 1996.

MATTOS, R. A. Os sentidos da integralidade: algumas reflexões acerca de valores que devem ser defendidos. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. *Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde*. Rio de Janeiro: IMS/Uerj; Abrasco, 2001, p. 39-64.

MENDES, E. V. *Os grandes dilemas do SUS*. Salvador: Editora Casa da Qualidade, 2001. t. I.

OLIVEIRA JÚNIOR, M. Critérios para repasse dos recursos federais. Papel redistributivo do governo federal (MS) e estadual no financiamento da saúde. In: CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE/MINISTÉRIO DA SAÚDE (Orgs.). *Caderno da XI Conferência Nacional de Saúde. Anais...* Brasília: Ministério da Saúde, 2000. p. 139-155.

PINHEIRO, R. As práticas do cotidiano na relação oferta e demanda dos serviços de saúde: um campo de estudo e construção da integralidade. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. (Orgs.). *Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde*. Rio de Janeiro: IMS/Uerj, 2001. p. 65-112.

———; MATTOS, R. *Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde*. Rio de Janeiro: IMS/Uerj, 2001.

——— et al. Novas práticas de gestão da atenção especializada e a construção da integralidade no SUS: notas sobre a experiência da 4ª Coordenadoria Regional de Saúde/RS. In: FERLA, A. A.; FAGUNDES, S. M. S. (Orgs.). *Tempo de inovações: a experiência da gestão na saúde do Rio Grande do Sul*. Porto Alegre: Dacasa, 2002. p. 53-65.

SILVA, J. P. *Gestão compartilhada em saúde: uma alternativa para construção da integralidade no SUS? Uma análise das práticas de gestão da atenção especializada na Macrorregional de Saúde de Santa Maria no estado do Rio Grande do Sul. Projeto de Qualificação (Mestrado em Saúde Coletiva)* — Instituto de Medicina Social/Uerj, 2002.

STOTZ, E. N. *Necessidades de saúde: mediações de um conceito (contribuição das ciências sociais para a fundamentação teórico-metodológica de conceitos operacionais da área de planejamento em saúde)*. Tese (Doutorado em Saúde Pública) — Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública, 1991.

TEIXEIRA, S. F. (Org.). *Reforma sanitária: em busca de uma teoria*. 2. ed. São Paulo: Cortez, 1989.