



ESTRATÉGIAS LOCORREGIONAIS DE ARTICULAÇÃO ENTRE OS NÍVEIS DE CUIDADO À SAÚDE

Maria Ceci Misoczky¹

Ronaldo Bordin²

Maria Clara Vieira Weiss³

DOI: 10.21583/2447-4851.rbeo.2018.v5n1.132

RESUMO

Este artigo aborda a adequação da articulação dos cuidados de saúde às normas existentes (estratégia deliberada) e os desenvolvimentos criativos (estratégias emergentes), em diversos contextos locorregionais. Foram realizados cinco estudos de caso, dois no Rio Grande do Sul (municípios da fronteira Brasil-Uruguai e municípios vinculados ao Consórcio Regional de Saúde da Região Centro) e três no Mato Grosso (três Polos-Base do Distrito Sanitário Especial Indígena Cuiabá). Todos os casos estudados apresentaram um fluxo formal distinto do planejado. A definição das estratégias de acesso resultou de arranjos criativos organizados pelos profissionais de saúde e usuários, que vão além daquelas produzidas no âmbito do aparato administrativo.

Palavras-Chave: Administração pública; Administração e planejamento em saúde; Acesso aos serviços de saúde; Sistema de saúde/organização e administração.

ESTRATÉGIAS LOCORREGIONALES DE ARTICULACIÓN ENTRE LOS NIVELES DE CUIDADO A LA SALUD

RESUMEN

Este artículo aborda la adecuación de la articulación de la atención de salud a las normas existentes (estrategia deliberada) y los desarrollos creativos (estrategias emergentes), en diversos contextos locorregionales. Se realizaron cinco estudios de caso, dos en Rio Grande do Sul (municipios de la frontera Brasil-Uruguay y municipios vinculados al Consorcio Regional de Salud de la Región Centro) y tres en el Mato Grosso (tres Polos-Base del Distrito Sanitario Especial Indígena Cuiabá). Todos los casos estudiados presentaron un flujo formal distinto de lo planificado. La definición de las estrategias de acceso resultó de arreglos

¹ Doutora em Administração. Programa de Pós-Graduação em Administração da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (PPGA/UFRGS). Correio eletrônico: maria.ceci@ufrgs.br.

² Doutor em Administração. Programa de Pós-Graduação em Administração da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (PPGA/UFRGS). Correio eletrônico: ronaldo.bordin@ufrgs.br.

³ Doutora em Ciências da Saúde. Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal do Mato Grosso do Sul. Correio eletrônico: mcweiss@cpd.ufmt.br.

creativos organizados por los profesionales de salud y usuarios, que van más allá de las producidas en el ámbito del aparato administrativo.

Palabras clave: Administración Pública; Políticas, Planificación y Administración en Salud; Accesibilidad a los Servicios de Salud; Sistema de salud/organização & administração.

LOCO-REGIONAL ARTICULATIONS BETWEEN LEVELS OF HEALTH CARE

ABSTRACT

This article discusses the adequacy of the articulation of health care to existing norms (deliberate strategy) and creative developments (emergent strategies) in various locoregional contexts. Five case studies were performed, two in Rio Grande do Sul (municipalities from the Brazil-Uruguay border and municipalities articulated at the Regional Health Consortium of the Center Region) and three in Mato Grosso (three Indigenous Base Poles from the Special Indigenous Health District of Cuiabá). All cases studied had a formal flow differently than planned. The definition of access strategies resulted from creative arrangements organized by health professionals and users, which go beyond those produced within the administrative apparatus.

Keywords: Public administration; Health policy, planning and management; Health services accessibility; Health system/organization & administration.

INTRODUÇÃO

De acordo com Mintzberg e Jørgensen (1995), o conceito de política pública tem, na administração pública, significado equivalente ao que estratégia tem para as organizações empresariais. Em ambos os contextos tem predominado um modelo racional segundo o qual as políticas ou estratégias são formuladas de modo racional, são explicitadas e, então, aplicadas de modo formal. Em contraposição a este modelo, os autores propõem o conceito de estratégia como *pauta de ação*. Ou seja, as estratégias podem resultar de um grande número de processos: “[...] alguns graduais; outros coletivos; alguns mais espontâneos e, muitos deles, nem sequer com a intenção de serem administrados”. Em um caso extremo, se poderia falar de um *modelo emergente popular*, no qual “as estratégias surgem do mais profundo do sistema, em ocasiões, inclusive, inadvertidamente” (MINTZBERG; JORGENSEN, 1995, p. 25).

Daí decorre uma concepção central: as políticas públicas são *formadas* ao longo de processos de interação entre atores sociais. Esta concepção difere da abordagem usual, segundo a qual as políticas públicas são *formuladas* (FACHIN, 1976). Esta distinção caracteriza a estratégia como um exercício estático no qual se pode prever o futuro

(PETTIGREW, 1992). Entretanto, a estratégia não é um plano fixo, muito menos se altera sistematicamente em tempos pré-definidos exclusivamente pela vontade do gerenciamento (MINTZBERG, 1978). Ela não é pensamento a ser implementado em ação, mas sim a ação em si mesma (MINTZBERG e JORGENSEN, 1995), não se constituindo sempre num processo intencional, como está previsto nos planos formulados.

Apesar da existência de críticas a esse modelo, algumas formuladas por autores de referência no campo das políticas públicas e há cerca de quatro décadas, como nos textos de Aaron Wildavsky (1974), a dicotomia entre formulação e implementação continua dominando. Mintzberg, Ahlstrand e Lampel (2004), ao revisarem a literatura de estratégia, identificaram a emergência de dez momentos (escolas) com uma perspectiva única na formação de estratégias, ainda que não estanques ou sucessivas (WHIPP, 2014). Entre as dez, as escolas do Design, do Planejamento e do Posicionamento, entendidas como prescritivas e racionais, ainda dominavam a literatura estratégica até a primeira década dos anos 2000.

Mintzberg e Jørgensen (1995, p. 32) criticam esta dicotomia entre formulação e implementação propondo que as diferentes dimensões da estratégia sejam consideradas:

A estratégia é, em geral, definida como plano; nós propomos chamá-la *estratégia intencional*. Além disso, desejamos propor outra definição: estratégia como norma de ação, como coerência no comportamento através do tempo, a qual podemos denominar *estratégia executada*. [...] Se a estratégia intencional é realmente executada, então podemos falar de uma estratégia *deliberada*; mas se a estratégia executada não era intencional, de uma maneira ou outra, devemos buscar outra denominação; nós a chamamos de *estratégia emergente*. Isto sugere que as estratégias podem *formar-se*, sem que necessariamente sejam *formuladas*.

Adotando este referencial, administrar implica em reconhecer a emergência de estratégias e intervir no momento oportuno. Se a prática ou organização que emerge for considerada destruidora, trata-se de intervir para interromper o processo; se for considerada frutífera, vale a pena observá-la, talvez cultivá-la: “Supervisionando o processo de emergência (cujos resultados podem, às vezes, ser deliberados), os administradores devem supervisionar também o padrão de convergência e divergência, e saber quando devem fomentar a mudança e quando resistir a ela” (MINTZBERG; JORGENSEN, 1995, p. 39).

O SUS se estrutura em torno de um conjunto de princípios doutrinários (universalidade, integralidade e equidade da atenção em saúde) e de diretrizes operacionais (regionalização e hierarquização de serviços, controle social, descentralização política e administrativa, entre outros). Formulou-se, então, a suposição de que o processo de

implementação da Norma Operacional da Assistência à Saúde (NOAS/SUS) e, posteriormente, do *Pacto pela Saúde*, constituiria espaços de articulação e troca envolvendo organizações, profissionais e usuários que, no espaço do SUS, produziram arranjos criativos para além dos fluxos formalizados de modo a superar eventuais barreiras de acesso decorrentes destes mesmos fluxos. Nos termos do referencial utilizado, verificar a existência de estratégias emergentes necessárias para superar insuficiências identificadas, na prática cotidiana dos serviços, nas estratégias deliberadas.

Cabe salientar que, na Norma Operacional da Assistência à Saúde - NOAS/SUS 01/2001, instituída pela Portaria nº 95, de 26 de janeiro de 2001, o Ministério da Saúde (MS) aprova a ampliação das responsabilidades dos municípios na Atenção Básica, define o processo de regionalização da assistência, dispõe sobre os mecanismos para o fortalecimento da capacidade de gestão do SUS e os critérios de habilitação de estados e municípios, além de outras providências.

Na sequência, a NOAS/SUS 02/2002 – Portaria nº 373, de 27 de fevereiro de 2002, estabeleceu o processo de regionalização como estratégia de hierarquização dos serviços de saúde e de busca de maior equidade na atenção à saúde, além de definir o Plano Diretor de Regionalização (PDR) como instrumento de ordenamento do processo de regionalização. No Capítulo 1, artigo terceiro desta Portaria, consta:

3. O PDR fundamenta-se na conformação de sistemas funcionais e resolutivos de assistência à saúde, por meio da organização dos territórios estaduais em regiões/microrregiões e módulos assistenciais; da conformação de redes hierarquizadas de serviços; do estabelecimento de mecanismos e fluxos de referência e contra-referência intermunicipais, objetivando garantir a integralidade da assistência e o acesso da população aos serviços e ações de saúde de acordo com suas necessidades.

O Plano Diretor de Regionalização (PDR) seria, então (BRASIL, 2006, p. 18):

(...) o desenho final do processo de identificação e reconhecimento das regiões de saúde, em suas diferentes formas, em cada estado e no Distrito Federal, objetivando a garantia do acesso, a promoção da equidade, a garantia da integralidade da atenção, a qualificação do processo de descentralização e a racionalização de gastos e otimização de recursos.

Já o Pacto pela Saúde era um conjunto de reformas institucionais do Sistema Único de Saúde (SUS) pactuado em 2006 entre o Ministério da Saúde, o Conselho Nacional de Secretários de Saúde (Conass) e o Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (Conasems), representando a União, estados e municípios, respectivamente. Focava na definição das responsabilidades de cada âmbito administrativo no campo da gestão do SUS e

da atenção à saúde, respondendo ao desafio de “superar a fragmentação das políticas e programas de saúde por meio da organização de uma rede regionalizada e hierarquizada de ações e serviços e da qualificação da gestão” (BRASIL, 2006, p. 7). Para tal, se encontrava dividido em Diretrizes Operacionais: os Pactos pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão.

O Pacto pela Vida correspondia ao “compromisso entre os gestores do SUS em torno de prioridades que apresentam impacto sobre a situação de saúde da população brasileira”. As seis prioridades pactuadas envolviam: a saúde do idoso; o controle do câncer do colo do útero e da mama; a redução da mortalidade infantil e materna; o fortalecimento da capacidade de resposta às doenças emergentes e endemias, com ênfase na dengue, hanseníase, tuberculose, malária e influenza; a promoção da Saúde; e o fortalecimento da Atenção Básica (BRASIL, 2006, p. 9).

As iniciativas de retomada da proposta da reforma sanitária brasileira (via defesa dos princípios do SUS estabelecidos na Constituição Federal), a promoção da cidadania como estratégia de mobilização social (saúde como um direito) e a garantia de financiamento consistente com as necessidades do sistema configuravam o Pacto em Defesa do SUS (BRASIL, 2006, p. 15).

Por fim, a regionalização estava configurada como uma diretriz do Sistema Único de Saúde e um eixo estruturante do Pacto de Gestão. Através da regionalização se daria a descentralização das ações e serviços de saúde e os processos de negociação e pactuação entre os gestores. Desta forma, impactaria, entre outros, nos aspectos da descentralização e regionalização, financiamento, planejamento, controle social, gestão do trabalho e educação na saúde. Para tal, faria uso de três principais instrumentos de planejamento, quais sejam: o Plano Diretor de Regionalização (PDR), o Plano Diretor de Investimento (PDI) e a Programação Pactuada e Integrada da Atenção à Saúde (PPI) (BRASIL, 2006, p. 18).

Em 2011 foram introduzidos no SUS os Contratos Organizativos da Ação Pública em Saúde (COAP), que contém a programação geral das ações e serviços de saúde em cada Região de Saúde, incluindo um mapa de metas a serem executadas, bem como os indicadores de avaliação (MS, 2011). O que esgotou o Pacto pela Saúde, avançando na regionalização dos serviços de saúde.

Neste contexto, este artigo discute os resultados de dois projetos de pesquisa, financiados pelo CNPq, que compartilharam o mesmo referencial teórico metodológico e

tiveram por objetivo avaliar a articulação da atenção básica com os demais níveis do sistema de saúde, considerando tanto a adequação às normas existentes (estratégia deliberada), quanto os desenvolvimentos criativos (estratégias emergentes) em diversos contextos locais e regionais.

1 MATERIAIS E MÉTODOS

A atitude adotada para a realização dos estudos foi construtivista interpretativa. De acordo com Schwandt (1994), o que une estas duas proposições é o compartilhamento do objetivo de compreender o mundo complexo como experiência vivida a partir do ponto de vista daqueles que a vivem.

Deslandes (1997) desenvolve uma proposta de metodologia qualitativa para a avaliação de serviços e ações de saúde que, sob a perspectiva dialética, privilegia a compreensão das contradições presentes no processo. O conceito de contradição foi crucial para a realização destes estudos, pois não se tratava de uma oposição excludente entre o estar adequado ou inadequado ao prescrito, mas de uma relação que se expressasse, na totalidade, o que a ação representava na dimensão relacional das práticas. De acordo com Vieira da Silva (2005), este tipo de abordagem pede a realização de estudos de caso.

Um estudo de caso é uma investigação empírica que pesquisa um fenômeno contemporâneo dentro de seu contexto da vida real, especificamente quando os limites entre o fenômeno e o contexto não são claramente definidos (YIN, 2002).

A estratégia adotada foi, então, a de estudo de casos múltiplos, sendo os casos tomados de modo instrumental (STAKE, 2005). Ou seja, cada caso foi examinado em busca de informações sobre o tema com uma dupla função: propiciar conhecimento sobre a realidade locorregional do acesso aos serviços de referência e suporte para a verificação da relevância do referencial teórico adotado e da suposição gerada a partir dele.

Cabe ressaltar que se seguiu a recomendação de Yin (2002), segundo a qual as generalizações, a partir de estudos de caso, se realizam para a teoria e, jamais, para outros casos. Assim, o desenho do estudo associou casos holísticos e casos incorporados, nos quais havia mais de uma unidade de análise.

No estado do Rio Grande do Sul (RS) os casos selecionados foram os dos municípios que pertencem às Macrorregiões de Saúde Vales e Sul. A escolha da Macrorregião Vales se deveu ao fato de nela estar inserido o Consórcio Intermunicipal de Saúde da Região Centro que vem organizando o acesso a serviços de média e alta complexidade desde 1993 (BASTOS, 2005). Já a Macrorregião Sul foi escolhida por ser um importante território de “fronteira seca”, com muito trânsito de usuários entre os países e objeto de uma política em desenvolvimento no âmbito do Ministério da Saúde (BRASIL, 2005).

No Mato Grosso (MT) o foco foi na atenção à saúde indígena. Foram selecionados o Polo-Base Brasnorte, região com pressão de ocupação das terras indígenas por fazendeiros em função de atividades extrativistas de madeira e minerais; o Polo-Base Chiquitano, na região de fronteira com a Bolívia, cujos residentes do lado brasileiro têm sido explorados como mão de obra barata por fazendeiros, sob ameaça constante de invasão dos poucos territórios que lhes restam; e, o Polo-Base Cuiabá, localizado em região de desenvolvimento agroindustrial e contato direto dos indígenas com o entorno de seus territórios (WEISS, 2012).

No Quadro 1 está detalhada a distribuição dos casos incorporados e a justificativa para sua inserção nos estudos. Os Polos-Base Brasnorte e Chiquitano foram estudados como casos holísticos. Saliente-se que as análises foram realizadas respeitando-se suas diferenças contextuais.

Quadro 1 – Casos incorporados e justificativa para a seleção.

Contexto locorregional	Casos	Critérios de seleção
Municípios da Região de Fronteira Brasil – Uruguai - RS	Aceguá Barra do Quaraí Chuí Jaguarão Quaraí Sant’Ana do Livramento	Municípios com áreas contíguas a localidades do país vizinho, com a possibilidade de existirem fluxos transfronteiriços em busca de acesso a serviços de referência.
Municípios da Região do Consórcio Intermunicipal de Saúde da Região Centro (CIS) - RS	Capão do Cipó Dilermando de Aguiar Dona Francisca Júlio de Castilhos Nova Palma Pinhal Grande Restinga Seca	Municípios em que, a partir de uma etapa exploratória preliminar, foram identificadas dinâmicas diferenciais, quais sejam: a) emprego de forma distinta (reduzida, acentuada ou não utiliza) dos serviços do CIS; b) ser referência microrregional e regional

	Tupanciretã	de serviços de saúde; c) ser sede de módulo assistencial; d) apresentar relatos de cobrança por atendimentos realizados pelo SUS.
Etnias do Polo-Base Cuiabá	Bakairi Umutina Guató Bororo	A atenção à saúde indígena é referenciada no Plano Distrital de Saúde Indígena (PDSI) por etnias e a localização das Terras Indígenas nos municípios

Fonte: autores.

Os dados foram obtidos junto aos municípios integrantes da Região de Fronteira Brasil – Uruguai e da Região do Consórcio Intermunicipal de Saúde da Região Centro (CIS) - RS, envolveram pesquisa documental, visita de campo e realização de entrevistas com gestores, trabalhadores da saúde e usuários, descritos em maiores detalhes em Misoczky (2008). No caso da saúde indígena, nos municípios de referência dos Polos-Base, somaram-se aos métodos acima a realização de entrevistas com líderes e seminários locais para identificar a experiência típica dos diferentes tipos de usuários indígenas e como as características do contexto moldam o modelo de atenção à saúde indígena. Maior detalhamento encontra-se em Weiss (2012). O primeiro projeto se ateve ao período 2005-2007 e o segundo de 2008-2011, correspondendo ao período de vigência formal do Pacto pela Saúde.

A análise dos dados coletados seguiu uma tipologia construída para a realização destes estudos, também empregadas por Mazo Henao (2015) e Makarem (2017):

- a) *Fluxo planejado* – fluxo definido nos instrumentos formais de organização dos sistemas de referência, sob coordenação da respectiva Secretaria Estadual de Saúde (SES);
- b) *Fluxo formal não planejado* – fluxo formalmente indicado pelos profissionais de saúde aos usuários para atendimento de referência em outro município, tendo como ponto de partida algum serviço básico da rede municipal ou do polo-base, conforme o caso, e em desacordo com o fluxo planejado;
- c) *Fluxo por conta do usuário* – busca de acesso aos serviços de referência independentemente dos fluxos planejados ou formalmente indicados pelos profissionais de saúde da rede básica.

Relacionando esta tipologia com o referencial adotado, o fluxo planejado expressa a estratégia deliberada, enquanto os fluxos formais não planejados e por conta dos usuários expressam estratégias emergentes (MINTZBERG, 2006).

2 RESULTADOS

Os resultados dos casos estudados estão sintetizados no Quadro 2, salientando a existência ou não de fluxos formais e/ou de fluxos por conta dos usuários, em desacordo com o fluxo planejado.

Quadro 2 – Síntese dos Resultados

Caso	Existência de fluxo formal não planejado	Existência de fluxo por conta dos usuários
Municípios da Fronteira do Brasil com o Uruguai – RS		
Aceguá	Sim, apenas para acesso à alta complexidade.	Sim, incluindo a busca de serviços no Uruguai.
Barra do Quaraí	Sim, com elevada ocorrência e utilizando recursos financeiros da Prefeitura.	Sim, incluindo a busca de serviços no Uruguai.
Chuí	Sim, ainda que com pequena ocorrência.	Sim, incluindo a busca de serviços no Uruguai, inclusive na capital daquele país.
Jaguarão	Sim, para média e alta complexidade.	Sim, incluindo a busca de serviços no Uruguai.
Quaraí	Sim, com elevada ocorrência e utilizando recursos financeiros da Prefeitura.	Sim, incluindo a busca de serviços no Uruguai.
Sant’Ana do Livramento	Sim, com pequena ocorrência e principalmente para Porto Alegre.	Sim, mas com pequena ocorrência e principalmente para Porto Alegre.
Municípios vinculados ao Consórcio Intermunicipal de Saúde da Região Centro – RS ⁽¹⁾		

Capão do Cipó	Sim	Sim
Dilermando de Aguiar	Sim	Sim
Dona Francisca	Sim	Sim
Faxinal do Soturno	Sim	Sim
Júlio de Castilhos	Sim	Sim
Palma	Sim	Sim
Pinhal Grande	Sim	Sim
Tupanciretã	Sim	Sim
Polo-Base Cuiabá – MT		
Etnia Bakairi	Sim, para serviços de média e alta complexidade.	Não
Etnia Umutina	Sim, para serviços de média complexidade.	Não
Etnia Guató	Sim, para serviços de média complexidade.	Sim, para serviços de média e alta complexidade.
Etnia Bororo	Não	Não
Polo-Base Brasnorte - MT	Sim, para serviços de média e alta complexidade.	Não
Polo-Base Chiquitano - MT	Sim, para serviços de média e alta complexidade.	Sim, para serviços de média complexidade incluindo, além da rede SUS, serviços do Destacamento Militar de Fronteira e na Bolívia.

(1) Santa Maria é a maior cidade da Região Centro, sede do CIS e do Hospital Universitário da Universidade Federal de Santa Maria. Foi constatada a existência de fluxos formais não planejados e por conta dos usuários para esta cidade mesmo em busca de atenção de média complexidade disponível em sua microrregião.

Fonte: autores.

3 DISCUSSÃO

Observa-se, quanto aos municípios fronteiriços do estado do Rio Grande do Sul (RS) e o Uruguai, que todos os casos estudados apresentaram a existência de um fluxo formal distinto do planejado, com frequência variável quanto ao encaminhamento a serviços de média ou alta complexidade ou emprego de recursos financeiros da prefeitura municipal para custear o deslocamento ou mesmo o pagamento do serviço a ser utilizado. Todos os municípios apresentaram um fluxo estruturado pelos próprios usuários, incluindo a busca por serviços em cidades uruguaias, à exceção de Sant’Anna do Livramento (encaminhamento direto a Porto Alegre, capital do RS).

Em todos os municípios estudados vinculados ao Consórcio Intermunicipal de Saúde da Região Centro (CIS) ocorreu a existência de fluxos formais não planejados e de fluxos por conta dos usuários. Salienta-se que, considerando-se a distância entre os municípios estudados e Santa Maria, sede do CIS e dos serviços de maior complexidade da região, a existência de ambos os fluxos ocorreu tanto nos casos geograficamente mais próximos (como Dilermano de Aguiar e Dona Francisca, distantes menos de 60 km) quanto nos mais afastados (como Capão do Cipó e Palma, distantes 204 e 349 km, respectivamente).

A complexidade da região de fronteira ganha novos contornos ao se analisar os casos estudados junto ao Distrito Sanitário Especial Indígena Cuiabá e às diversas aldeias de cada etnia nele abrangidas. Para além das distinções encontradas nos Polos-Base, foram encontradas características em comum: dificuldades de acesso decorrentes da localização das aldeias e dos deslocamentos necessários; barreiras culturais e restrições no reconhecimento dos direitos desta população (WEISS; BORDIN, 2013). Entretanto, da mesma forma que os casos estudados no Rio Grande do Sul, aqui também se verificou a existência de fluxo formal não planejado e de fluxos estabelecidos pelos usuários indígenas.

A inexistência destes fluxos na etnia Bororo se deve ao seu isolamento geográfico. Em consequência, o deslocamento na busca de acesso a serviços de média e alta complexidade ocorre unicamente com o apoio de agentes públicos, incluindo o deslocamento aéreo. A inexistência de fluxo por conta do usuário indígena também ocorre para as etnias Bakari (13 aldeias em duas Terras Indígenas) e Umutina (duas aldeias em uma Terra Indígena), mas nelas se encontram fluxos formalmente indicados pelos profissionais de saúde em desacordo com o planejado.

Já a etnia Guató (considerados o povo do Pantanal por excelência) apresenta os dois tipos de fluxo: por conta do usuário e formal não planejado. O fluxo que consta do PDSI para esta etnia, que compreende as aldeias São Benedito e Aterrado, é composto por apenas dois níveis: unidade de saúde da aldeia e Casa de Assistência à Saúde Indígena (CASAI) Cuiabá, uma vez que o Polo-Base é considerado como não existindo de fato. Na aldeia Aterrado há um posto de saúde com técnico de enfermagem, agente indígena de saúde e piloto de barco, já que o deslocamento para outras regiões é fluvial na maior parte do ano.

Fica patente que a definição das estratégias de acesso resulta de arranjos criativos organizados pelos profissionais de saúde e usuários. Isto ocorre em decorrência de várias

dimensões, incluindo (PENCHANSKY; THOMAS, 1981; VIEGAS; CARMO; LUZ, 2015): a disponibilidade deficiente, em volume e tipo, de serviços em relação às necessidades manifestas; a baixa adequação entre a distribuição geográfica dos serviços e a dos usuários; a relação deficiente entre a forma como os serviços se organizam para receber os usuários e a capacidade destes em se adaptar a essa organização; e as atitudes das pessoas e dos profissionais de saúde em relação às características e práticas de cada um (mais presentes no Distrito Especial de Saúde Indígena). Ou seja, a possibilidade de obter serviços necessários no momento e local adequados em quantidade suficiente e a um custo razoável, envolvendo, portanto, a remoção de obstáculos físicos e financeiros (PROADESS, 2003). Situação que não é particular dos projetos abordados, mas que, em contextos e formas distintas, encontram ressonância nos estudos que descreveram o acesso à atenção básica e, desta, à atenção secundária ou terciária no país.

Cabe lembrar que raramente as estratégias podem ser classificadas como puramente deliberadas ou puramente emergentes, já que a ocorrência plena da primeira significaria a ausência total de aprendizado da segunda, a ausência total de controle (MINTZBERG, AHLSTRAND & LAMPEL, 2004). Nos casos estudados, para que se efetivasse o acesso aos serviços foram necessárias intervenções criativas por parte dos profissionais de saúde e dos usuários.

Os dados de ambos os projetos de pesquisa deixam claro que ainda existe muito a ser realizado para que estes objetivos sejam contemplados, ainda mais em se tratando de regiões de fronteira e em áreas de grande amplitude territorial e escassa população.

A organização do sistema de fluxo dos usuários entre os níveis de cuidado em cada um dos contextos estudados evidenciou as insuficiências do fluxo planejado e os esforços de profissionais e de usuários para superar barreiras introduzidas por este planejamento normativo. E, desta forma, agregando valor à regionalização como estratégia do Pacto de Gestão e nos atos administrativos subsequentes ao mesmo. Mais recentemente, por exemplo, a regionalização foi definida como pressuposto operacional básico para a definição dos “Critérios e Parâmetros para o Planejamento e Programação de Ações e Serviços de Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde” (BRASIL, 2015). Em última instância, e de forma imbricadas, as dimensões da organização dos serviços (regionalização e

hierarquização) e relacional (profissional e usuários), citadas por Viegas, Carmo e Luz (2015), redefinindo a possibilidade de acesso aos serviços de saúde.

Em vez de se concluir por déficits de implantação da regionalização e hierarquização das ações e serviços de saúde, pode-se concluir pela crítica ao planejado e indicar a importância de considerar estratégias emergentes e arranjos criativos produzidos pelos agentes sociais na busca da viabilização de direitos (por parte dos profissionais) e da concretização de direitos (por parte dos usuários). Incorporando, assim, aprendizagens a partir de construções sociais que vão além daquelas produzidas no âmbito do aparato administrativo.

REFERÊNCIAS

BASTOS, Francisco Avelar. **O Consórcio Intermunicipal de Saúde da Região Centro: uma década de história**. Porto Alegre: Dacasa Ed., 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Departamento de Apoio à Descentralização. Coordenação-Geral de Apoio à Gestão Descentralizada. **Diretrizes operacionais dos Pactos pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. 76 p. (Série A. Normas e Manuais Técnicos)

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva-Secretaria de Atenção à Saúde. **Sistema integrado de fronteiras: SIS fronteiras e a integração em busca da equidade**. Brasília: Ministério da Saúde, 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Regulação, Avaliação e Controle de Sistemas. **Critérios e Parâmetros para o Planejamento e Programação de Ações e Serviços de Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2015.

DESLANDES, Suely Ferreira. Concepções em pesquisa social: articulações com o campo da avaliação em serviços de saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, v.13, n.1, p.103-107, 1997.

FACHIN, Roberto Costa. **Sobre a formação de políticas educacionais e o papel do Conselho Estadual de Educação no Sistema Educacional do Rio Grande do Sul** [Tese de livre docência]. Porto Alegre: Universidade Federal do Rio Grande do Sul, 1976.

MAKAREM, Larissa Samir Teixeira. **A formação de estratégias na INFRAERO: um estudo sobre estratégias deliberadas e emergentes** [dissertação de mestrado]. Porto Alegre: Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Escola de Administração, 2017.

MAZO HENAO, Lina María. **Processo de formação de estratégias na Política de Segurança Alimentar e Nutricional do Departamento de Antioquia**, Colômbia [dissertação de mestrado]. Porto Alegre: Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Escola de Administração, 2015.

MINTZBERG, Henry; AHLSTRAND, Bruce; LAMPEL, Joseph. **Safári de Estratégia: um roteiro pela selva do planejamento estratégico**. 2. ed. Porto Alegre: Bookman, 2004.

MINTZBERG, Henry. Cinco Ps para a Estratégia. In: MINTZBERG, Henry; LAMPEL, Joseph; QUINN, James B.; GHOSHAL, Sumantra. **O processo da estratégia: conceitos, contextos e casos selecionados**. 4. ed. Porto Alegre: Bookman, 2006. p.24-29.

MINTZBERG, Henry. Patterns of strategy formation. **Management Science**, v.24, n.9, p.934-978, 1978.

MINTZBERG, Henry; JORGENSEN, Jan. Una estrategia emergente para la política pública. **Gestión y Política Pública**, v. IV, n.1, p.25-46, 1995.

MISOCZKY, Maria Ceci Araújo. **Avaliação das estratégias loco-regionais de articulação entre os níveis de atenção à saúde: estudos de múltiplos casos no Rio Grande do Sul, Mato Grosso e Pernambuco**. Relatório de Pesquisa. 2008.

MS – Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. **Contrato Organizativo da Ação Pública em Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2011.

PENCHANSKY, Roy; THOMAS, J. William. The concept of access – definition and relationship to consumer satisfaction. **Med Care**, v.19, n.2, p. 127-140, 1981.

PETTIGREW, Andrew M. The character and significance of strategy process research. **Strategic Management Journal**, v.13, S.2, p.5-16, 1992.

PROADESS - Projeto: Desenvolvimento de metodologia de avaliação do desempenho do sistema de saúde brasileiro. Relatório final. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003. Disponível em: <<http://www.proadess.cict.fiocruz.br>> Acesso em:

SCHWANDT, Thomas A. Constructivist, interpretivist approaches to human inquiry. In: DENZIN, Norman K.; LINCOLN, Yvonna S. (eds.). **Handbook of qualitative research**. London: Sage, 1994. pp.118-131.

STAKES, Robert E. **The art of case study research**. London: Sage, 1995.

VIEIRA DA SILVA, Ligia Maria. Conceitos, abordagens e estratégias para a avaliação em saúde. In: HARTZ, Zulmira M. Araújo; VIEIRA DA SILVA, Ligia Maria (Orgs). **Dos modelos teóricos à prática da avaliação de programas e sistemas de saúde**. Rio de Janeiro-Salvador: Fiocruz/UFBA, 2005.

VIEGAS, Anna Paula B.; CARMO, Rose Ferraz; LUZ, Zélia Maria P. Fatores que influenciam o acesso aos serviços de saúde na visão de profissionais e usuários de uma unidade básica de referência. **Saúde Soc.** São Paulo, v.24, n.1, p.100-112, 2015.

WEISS, Maria Clara Vieira. **Avaliação das estratégias loco-regionais de articulação entre os níveis de cuidado à saúde no DSEI Cuiabá – MT.** Estudo de múltiplos casos nos polos bases de Cuiabá, Brasnorte e Chiquitanos. Relatório de Pesquisa. Projeto 284_217111637. Edital Saúde Indígena (DECIT/MS), 2012.

WEISS, Maria Clara Vieira; BORDIN, Ronaldo (Orgs). **Estratégias de atenção à saúde no Distrito Sanitário Especial Indígena de Cuiabá – MT.** Porto Alegre: Dacasa, 2013.

WHIPP, Richard. Desconstrução criativa: Estratégia e organizações. In: CLEGG, Stewart R.; HARDY, Cynthia; NORD, Walter R. (Orgs.). **Handbook de estudos organizacionais**, v. 3, pp. 229-250, 2014.

WILDAVSKY, Aaron. **The politics of the budgetary process.** Boston: Little, Brown & Co., 1974.

YIN, Robert K. **Estudo de caso: planejamento e métodos.** Porto Alegre: Bookman, 2002.

Recebido em: 18.01.2018

Aprovado em: 16.04.2018