



Saúde & Transformação Social

Health & Social Change



Artigos Originais

A Governança como instrumento de ampliação da Regionalização da Saúde no Rio Grande do Sul

An interface between early life stress and adulthood depression: a reflexive analysis

Rosângela Dornelles ¹
Silvia Virginia Coutinho Areosa ¹

¹ Universidade de Santa Cruz do Sul - UNISC

Resumo: Este artigo decorre de uma pesquisa que teve como objetivo investigar o papel da governança como instrumento de análise na garantia da cooperação e articulação na formação de arranjos que proporcionem a regionalização da saúde. O estudo teve enfoque qualitativo. Foram realizadas vinte e quatro entrevistas com integrantes do governo do Estado, do Hospital, das secretarias municipais de saúde, além de integrantes dos Conselhos Municipais de Saúde. A análise dos dados ocorreu através da análise de conteúdo. Constatamos que as redes de saúde, constituídas a partir da oferta de serviços, criaram um instrumento de governabilidade para os atores da região, mas limitou a governança regional apenas ao processo de contratualização desses serviços. Além, da regionalização da saúde, ser um elemento potencializador da governança regional, podemos afirmar que é o próprio conjunto de atores, que estão envolvidos na implementação da política de saúde, que condiciona como a atenção à saúde se materializa nos territórios.

Palavras-chaves: Governança. Regionalização. Redes.

Abstract: This article follows from a research that aimed to investigate the role of governance as an instrument of analysis in guaranteeing cooperation and articulation in the formation of arrangements that provide the regionalization of health. The study had a qualitative approach. Twenty-four interviews were conducted with members of the State government, the Hospital, the municipal health secretariats, and members of the Municipal Health Councils. Data analysis was carried out through content analysis. We found that the health networks, constituted through the provision of services, created a governance instrument for the actors of the region, but limited regional governance only to the process of contracting these services. In addition to the regionalization of health, to be a potentiating element of regional governance, we can affirm that it is the set of actors involved in the implementation of health policy, which determines how health care materializes in the territories.

Keywords: Governance. Regionalization. Networks.

1. Introdução

A promulgação da Constituição de 1988 trouxe avanços para a organização do Estado brasileiro, o qual passou a ter um sistema político, tributário e federativo bastante descentralizado, dando às esferas estaduais maior importância e visibilidade. Conforme Souza (2006, p. 9), "apesar de estarmos com mais de duas décadas de redemocratização ainda se sabe pouco sobre os processos estaduais e o papel que suas elites políticas desempenham neste conjunto".

A análise do processo de redemocratização brasileiro em relação a como são governados os Estados ganha força, especialmente na pauta das políticas públicas, principalmente no que diz respeito à formulação, implementação e gestão de políticas públicas e ao papel das elites que

governam os estados e de todos os atores que participam dessa construção estadual. A partir dessa abordagem busca-se, aqui, suprir uma lacuna de estudos sobre o papel da esfera estadual, nesse caso, o Brasil, onde essa esfera passa a ter um “papel importante no cenário político-eleitoral e nas políticas públicas”. (SOUZA, 2006, p.9).

Souza (2006) refere uma forte uniformidade nos territórios estaduais das políticas públicas, no período pós-redemocratização brasileira, o que direcionou governos e atores como fontes de apoio à coalizão nacional do governo, tornando-os, assim, importantes implementadores de políticas públicas. O desdobramento do processo de implementação de uma política pública envolve as relações político-institucionais, com o intuito de criar condições para desenvolver uma estratégia estadual que contemple as diferenças regionais e crie condições para o desenvolvimento da saúde. Entretanto, “esta arena decisória que é responsável pela aprovação, ou mesmo, pelo rumo que a política terá, precisa ser conhecida e cuidadosamente estudada”. (SOUZA, 2006, p.10).

Foi a partir da Constituição de 1988, que surgiu o desafio de ofertar a saúde como direito universal e de cidadania, estabelecendo o dever do Estado de provê-la por meio do Sistema Único de Saúde – SUS. Esse sistema é reconhecido internacionalmente como um dos melhores Sistemas de Saúde do mundo, sendo referência na área. Entretanto, possui grandes problemas na implementação, gestão dos serviços, acessibilidade, entre outros. (SCHNEIDER, *et al.*, 2009).

Ao longo dos anos constatamos a promoção de uma descentralização dissociada de um projeto regional que limitou as ações e a oferta de serviços. Isso resultou em um sistema de saúde com experiências importantes e com êxito, porém fragmentadas, que conduziram, na maioria das vezes, a resultados que levaram à frustração de quem propôs este sistema, e também à descrença dos usuários na política pública da saúde, devido à inoperância e ineficiência de atender as necessidades de saúde da população. (CALIPO, 2002).

O SUS nasce neste contexto, instituído com direito à saúde, com caráter de instituição federativa instruída pela descentralização político-administrativa. A normatização constitucional e a regulamentação disposta na Lei Orgânica da Saúde,¹ organizam a expressão da estrutura federativa nacional na área da saúde ao estabelecerem o dever de todos os entes federados de atuar para a promoção, proteção e recuperação da saúde, com autonomia de cada esfera de governo para a gestão do sistema, nos limites do seu território. Estabelece-se, assim, conforme Dourado e Elias (2011, p.206),

A governança como tema proposto é uma realidade que faz parte de todas as esferas de governo, através da ação dos vários atores governamentais e não governamentais e, com grandes desafios frente às diferentes realidades do país no processo de regionalização. Procuramos entender aqui sobre como a estrutura de governança proposta pelas políticas públicas de saúde, participam nas dinâmicas de regionalização da saúde nas regiões de saúde, aqui no período a partir do Decreto 7508/2011 editado como normativa da lei 8080/1998 pelo governo federal.

Neste sentido, o processo de regionalização é percebido através das experiências acumuladas ao longo da criação do SUS no Brasil. Constata-se que a construção do processo de regionalização é influenciada por uma constante correlação de forças políticas e rearranjos ideológicos. Outros fatores não políticos, como a criação de novas tecnologias e cuidado, revelam fatores alheios ao cenário político. (MELLO, 2011).

Assim, compreender o papel da governança no processo de regionalização, como forma de garantir a articulação e a cooperação entre os atores sociais e políticos, nos desafia a reflexão

¹A Lei Orgânica da Saúde é composta pelas Leis Federais nº 8.080/90 e nº 8.142/90. (Brasil. Lei n.8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Diário Oficial da União. 20 set 1990; Seção 1:018055). (Brasil. Lei n.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 da saúde e dá outras providências. Diário Oficial da União. 31 de dezembro de 1990; Seção 1:025694).

sobre a dimensão de quanto este processo afeta a construção de novos arranjos institucionais interferindo diretamente na distribuição de poder local e regional. (SHIMIZU, 2013).

A partir do século XX, ocorreram mudanças profundas na formação dos Estados, bem como na forma de atuação destes. As mudanças advindas deste processo puderam ser percebidas internamente e, de forma inovadora, externamente através das relações com a sociedade e o mercado. Nesta perspectiva, o conceito de governança passa a ser fundamental, pois as relações estatais em parceria com o setor público, o setor privado e a sociedade civil passam a ser fundamentais e priorizadas, pois neste momento a efetividade do governo é dependente dessa relação. (HUERTA, 2008).

Surge, assim, uma perspectiva que proporciona mudanças na capacidade das atividades do governo. Surgem novas possibilidades frente à noção de governança, que renova processos e apresenta novas formas de exercer o poder. Isto oportuniza ampla capacidade de potencializar as intervenções do Estado. (RHODES, 1996; OFFE, 2009).

Sendo assim, a governança envolve as mais variadas modalidades de exercício de autoridade e de inserção dos interesses sociais na estrutura dos governos, constituindo-se como um instrumento de análise que auxilia na investigação e nas mudanças, tanto nos processos de formulação de políticas e, gestão de sistemas de saúde. A governança sendo utilizada com o enfoque analítico oportuniza fazer a descrição e explicação das interações dos atores, dos processos e regras do jogo. Também contribui para tornar melhor a compreensão frente às condutas e decisões estabelecidas pela escolha da sociedade. (FLEURY; OUVÉRY, 2010).

É visível que a contribuição de arranjos institucionais mais aprimorados, onde ocorre mais delegação de funções, articuladamente e coordenadamente para atores estatais e não estatais, acrescenta capilaridade, o que oportuniza construir novas capacidades de aprendizado proporcionando um processo de monitoramento intensivo ao oferecer momentos de reflexões coletivas a partir da inovação oportunizada através da governança. (PIRES, GOMIDE, 2016).

A análise a ser feita, dentro de uma perspectiva do processo de regionalização da saúde e como a governança pode estar associada ao aumento da capacidade de intervenção do Estado, ao proporcionar a mobilização, de atores não estatais na formulação e implementação de políticas públicas. (OFFE, 2009). O modelo a ser trabalhado é através dos Ciclos de Políticas Públicas, onde podemos focar na fase de implementação.

Para Santos (1996) a governança está diretamente relacionada à forma de como o governo pratica e exerce seu poder e, sua capacidade de se organizar nos processos do planejamento, formulação e implementação das políticas. O termo governança está ligado à performance dos atores e seu potencial no exercício da autoridade política. Difere da governabilidade, que está relacionada às condições sistêmicas e institucionais em que se dá o poder, a forma de governo, as relações entre os poderes e o sistema de intermediação de interesses.

Com base nos elementos referidos, apresenta-se uma análise sobre a visão dos atores regionais frente o processo de implementação, bem como, objetiva-se demonstrar as diferentes relações e conflitos que surgiram a partir da estrutura de governança na implementação de um hospital regional.

A fase da implementação representa um momento importante para a aproximação da política pública de saúde à necessidade das regiões, sendo usada como forma de melhor entender o papel da governança no processo de regionalização da saúde.

Assim, este artigo aparece dividido em quatro itens após a introdução, sendo que o primeiro deles apresenta os caminhos metodológicos da investigação que embasam o estudo. No segundo item, apresentam-se elementos sobre redes e governança na política de saúde. O terceiro ressalta os principais resultados das entrevistas frente a governança. Ao final, como último item se apresentam algumas considerações sobre o tema.

2. Caminhos metodológicos de investigação

A presente pesquisa foi realizada por meio de um estudo de caso, de abordagem qualitativa, com foco na implementação do Hospital de São Jerônimo como hospital regional na Região Carbonífera.

De acordo com Yin (2001), o estudo de caso é uma estratégia da pesquisa social, e assim, possibilita preservar aspectos importantes da vida real. A escolha por esse método justifica-se pela necessidade de respostas às perguntas centrais do estudo que incluem “como”, “por que”, além do foco da análise estar ligado aos acontecimentos contemporâneos sobre os quais não há ou há pouco controle do pesquisador.

O projeto foi enviado e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade de Santa Cruz - UNISC, vinculado à Plataforma Brasil (Ministério da Saúde). A pesquisa foi aprovada por meio de Parecer n. 2.214.255, na data de 11 de agosto de 2017 e realizada ao longo do ano de 2018. Após convite e esclarecimentos por parte da pesquisadora sobre a pesquisa, seus objetivos e etapas, cada sujeito que concordou em participar assinou o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Como procedimento da pesquisa foi utilizada a análise documental, com a complementação de entrevista semiestruturada para alcançarmos os objetivos propostos. Os documentos são registros escritos que possibilitam obter informações para a compreensão dos fatos e relações, ou seja, permitem conhecer o período histórico e social das ações e reconstruir os fatos e seus antecedentes, pois são manifestações registradas de aspectos da vida social de determinado grupo. (OLIVEIRA, 2007).

A análise dos documentos envolveu a legislação e normatizações federais e estaduais referentes à regionalização. Foram utilizados os Planos Estaduais de Saúde de 2011 a 2016, o Plano Diretor de Regionalização (PDR) de 2002, a resolução do CES/RS 05/02, o Decreto Federal 7508/2011, resoluções da CIB e atas da CIR e do Conselho Municipal de Saúde de São Jerônimo. Foram obtidas ainda informações junto aos Sistemas Nacionais de Informação (Sistema de Informação Ambulatorial – SIA, Sistema de Informação Hospitalar – SIH e Cadastro Nacional de Estabelecimentos (CNES)).

Em relação às atas, foram analisadas todas as atas das reuniões ordinárias e extraordinárias da CIR e do Conselho Municipal de Saúde de São Jerônimo, dos anos de 2011 a 2016, chegando ao total de 70 atas, sendo selecionadas aquelas que faziam referência às ações de regionalização da saúde na região carbonífera.

Através da análise das atas buscamos compreender o processo de construção da regionalização da saúde na Região 9, a partir da promulgação do Decreto n. 7508/2011. Todavia, as atas analisadas não traziam um maior detalhamento sobre o processo de regionalização da saúde e da implementação do Hospital Regional de São Jerônimo. Assim, recorreremos às entrevistas, que foram utilizadas com o objetivo de complementar e trazer à pesquisa as informações necessárias à compreensão do processo de regionalização do Hospital de São Jerônimo, dentro da Região de Saúde 9 – Carbonífera.

Foram selecionados vinte e seis atores, que atuaram no período de 2011 a 2016 junto aos seguintes espaços de saúde: um integrante da Coordenadoria Estadual de Saúde, um gestor do Hospital de São Jerônimo, oito Presidentes dos Conselhos Municipais de Saúde e dezesseis Secretários Municipais de Saúde. Todos os selecionados integram os municípios que são referência para a regionalização do Hospital de São Jerônimo (Região de Saúde 9): Arroio dos Ratos, Barão do Triunfo, Butiá, Charqueadas, General Câmara, Minas do Leão, São Jerônimo e Triunfoⁱⁱ.

ⁱⁱ O município optou a partir do processo de construção das regiões de saúde em 2012 passar a pertencer à Região 8 - Canoas/Vale do Caí. (Resolução Bipartite n° 555/2012).

É importante registrar que, no período estudado, ocorreram trocas de governos,ⁱⁱⁱ considerando o processo de eleições municipais e estaduais. Tal fato propiciou a alteração de gestores, o que nos levou a optar por entrevistar dois secretários municipais de saúde de cada município da Região 9, com o intuito de perceber possíveis mudanças nos rumos do processo de regionalização dos governos estaduais do período. Os demais atores entrevistados não sofreram alterações de representação.

Houve uma boa aceitação por parte dos entrevistados em participar dessa etapa de pesquisa. Todavia, dos vinte e seis atores selecionados, não conseguimos, mesmo após várias tentativas, entrevistar dois deles. Além disso, dois entrevistados preferiram responder a entrevista diretamente por e-mail alegando sobrecarga de trabalho.

As entrevistas semiestruturadas incluíram aspectos gerais relacionados à participação do entrevistado, e também investigar a percepção deste sobre a sua contribuição no processo de regionalização, considerando sua atuação nos espaços de governança (Hospital e CIR). Alguns entrevistados mostraram dificuldades em responder questões básicas da regionalização. Percebemos que alguns não se visualizavam como atores protagonistas deste processo.

Optamos por utilizar a identificação dos entrevistados mediante o critério de ocupação dos espaços de governança estadual e municipal. Criamos a nomenclatura CRS para o entrevistado que representava a Coordenadoria Regional de Saúde. A nomenclatura HSJ para o entrevistado representante do Hospital de São Jerônimo. Dos oito representantes dos Conselhos Municipais de Saúde optamos pela nomenclatura CMS. Para os 16 representantes dos Secretários Municipais de Saúde utilizamos a sigla SMS.

As falas dos atores revelaram memórias e impressões significativas que proporcionaram o resgate do período estudado, gerando estímulo para a compreensão deste. Demonstrar para o pesquisador uma amostra de pontos de vista faz parte do objetivo da pesquisa qualitativa. O contato com os entrevistados oportunizou liberdade e espontaneidade, enriquecendo a investigação (TRIVINOS, 1987; GASKELL, BAUER, 2002).

3. O papel da governança nas redes de saúde

Conforme Mendes (2011), uma RAS, ou Rede Integrada de Serviço à Saúde, é constituída por três elementos: uma população, uma estrutura operacional e um modelo de atenção à saúde. Escolher determinada população para a qual será prestado um serviço é um elemento essencial para poder elaborar uma RAS. Esse processo deve ser minucioso e detalhado para garantir a execução. Outros fatores, como tamanho da população, maiores carências, doenças mais frequentes, o que elas precisam, sua condição de saúde atual, suas condições de moradia e trabalho são de extrema importância para realizar um desenho eficaz de rede integrada. Segundo o Ministério da Saúde do Brasil, as RAS devem ser capazes de identificar claramente a população e a área geográfica sob sua responsabilidade. A região de saúde deve ser bem definida, baseada em parâmetros espaciais e temporais que permitam assegurar que as estruturas estejam bem distribuídas territorialmente, garantindo o tempo/resposta necessário ao atendimento, melhor proporção de estrutura/população/território e viabilidade operacional sustentável (BRASIL, 2014).

Na estrutura operacional é onde se encontram os elementos tangíveis e intangíveis, materiais e imateriais, que articulam a comunicação entre as pontas das redes, a fim de ofertar serviços de saúde. Nessa estrutura operacional da RAS, cinco membros a compõem: 1. Atenção primária à saúde (APS); 2. Pontos de atenção secundária e terciária à saúde; 3. Sistemas de apoio; 4. Sistemas logísticos; 5. Sistemas de governança. (MENDES, 2009).

Na estruturação de uma rede, a atenção primária à saúde tem papel-chave, pois ela é o primeiro contato do paciente com o atendimento médico; os primeiros atendimentos e primeiras

ⁱⁱⁱ No período a ser estudado ocorreram dois momentos: eleições para o pleito estadual 2010 e 2014, e para o pleito municipal também em dois momentos - 2012 e 2016. (TRE/RS)

consultas que serão a ponte para o tratamento especializado são realizados nela, fazendo a ligação com os outros pontos da rede, com o objetivo de garantir a continuidade do serviço ao paciente (MENDES, 2009). Logo depois desse primeiro contato, o paciente é encaminhado para um ponto de atenção secundário (hospital pólo, unidade de pronto atendimento ou hospital municipal), ou terciário (hospital geral ou especializado), os quais garantem apoio à APS, pois possuem alguma especialização, seja em nível ambulatorial, hospitalar, apoio diagnóstico ou terapêutico (BRASIL, 2014).

Os sistemas de apoio são instituições que prestam serviços a todos os demais pontos de uma rede. A rede hospitalar, em todo o Brasil, é exemplo de sistemas de apoio. Os sistemas logísticos são todas as ferramentas e sistemas que garantem maior facilidade de comunicação entre as pontas da rede e articulam a troca de informações e o fluxo de pacientes. Possuem característica transversal, pois realizam a comunicação entre a rede. Os principais sistemas logísticos das redes de atenção à saúde são: o cartão dos usuários, o prontuário eletrônico único, os sistemas de acesso regulado à atenção à saúde e os sistemas de transportes sanitários. Aqui ressaltamos que o cartão de identificação do usuário é a ficha cadastral, que permite a identificação de seu portador em qualquer ponto de atenção à saúde ou sistemas de apoio das redes de atenção à saúde, em toda a região de abrangência das redes. Pode conter um número único de cadastro ou demais informações sobre o paciente. (MENDES, 2007).

O quinto e último elemento estrutural de uma RAS são os sistemas de governança. Responsáveis por gerir, conduzir e fiscalizar todos os meios citados anteriormente, são instituições organizadas compostas por diferentes atores do meio da saúde. A implantação das redes de atenção à saúde no Brasil tinha como objetivo principal a ampliação do financiamento público de saúde, alinhado aos objetivos das RAS. Ao mesmo tempo em que se articulasse um incremento de recursos financeiros para o SUS, conjuntamente aconteceria a implantação das redes de atenção à saúde. (ALBUQUERQUE, 2013).

A iniciativa de implantar as RAS, como base de estruturação do SUS, tem a capacidade de desvendar vários dos problemas estruturais do próprio SUS. Conforme já mencionado, a rede composta por pontos de atenção ou serviços tem que ser uma trilha para facilitar o caminhar dos usuários de um para outro ponto, se possível sempre compartilhando o cuidado com a sua equipe básica contínua. (MAGALHÃES, 2014).

Na concepção de um sistema único, a organização de redes assistenciais hierarquizadas e integrais é percebida como uma função tipicamente estadual. A conformação de redes regionais de atenção pressupõe o estabelecimento de relações intergovernamentais cooperativas que superem o cumprimento de forma isolada de requisitos e de responsabilidades advindas com a descentralização. (WEIGELT, 2006).

Além disso, a organização de redes de atenção pode sanar as consequências negativas ocasionadas pela fragmentação ou a falta de articulação entre os serviços de saúde, pois cada serviço isoladamente não detém a capacidade resolutive para enfrentar a complexidade das condições de saúde da população. Ademais, a ideia de redes está associada ao desenho espacial dos serviços em regiões de saúde para distribuir recursos de modo mais equitativo, pressuposto relevante em um país com dimensões continentais e disposição desigual da oferta de ações de saúde como o Brasil. (HARTZ; CONTANDRIOPOULOS, 2004).

Conforme Albuquerque e Viana (2015), surgiram três fases de indução da regionalização e das redes de saúde dentro da política brasileira a partir dos anos 2000, pois foi quando ocorreu a entrada desses itens na agenda governamental. A primeira fase ocorreu entre os anos de 2001 e 2005, sendo marcada pela normatização das regiões com redes hierarquizadas de prestação de serviços em saúde. A segunda fase, entre 2006 e 2010, trouxe a região negociada, "regionalização viva", com diferentes desenhos de forma intra ou interestaduais, adicionando os Colegiados de Gestão Regional (CGR) ao processo de discussão e pactuação nas regiões. Já a terceira fase (a partir de 2011) apresenta uma regionalização negociada e contratualizada, com as Redes de Atenção à Saúde (RAS). "

A política nacional de saúde demorou vinte anos, desde a criação do SUS, para desenvolver um conceito de rede de saúde e suas diretrizes operacionais (ALBUQUERQUE, 2013). As RAS são redes integradas de serviço à saúde. Na literatura, temos várias definições desse conceito, sobre as quais discorreremos a seguir.

Para o Ministério da Saúde, as RAS são definidas como:

arranjos organizativos de ações e serviços de saúde, de diferentes densidades tecnológicas, que integradas por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, buscam garantir a integralidade do cuidado arranjos organizados que alinham a qualidade, acesso e disponibilidade de recursos num sistema de saúde. (BRASIL, 2014, s.p.).

Redes integradas, para a Organização Mundial da Saúde (OMS), são organizações e gestão dos serviços de saúde onde as pessoas recebem os cuidados de que precisam, quando precisam, de modo que seja de fácil utilização para alcançar os resultados desejados e fornecer valor para o dinheiro, ou seja, são aquelas que conseguem oferecer o que é preciso na hora certa. Ainda, as redes são consideradas, também pela OMS, uma das principais ferramentas para prestação de serviços à saúde, ajudando para que torne mais real os seus princípios, além de praticar seus elementos essenciais, como a universalidade, o cuidado apropriado, a organização e cuidado com a saúde. (CARUI, 2014).

Na visão de Mattos (2006, p. 13), as “redes integradas são políticas especificamente desenhadas para dar respostas a um determinado problema de saúde, ou aos problemas de saúde que afligem um certo grupo populacional”. Assim, conhecer primeiramente o que a população precisa, e como ela precisa, é a melhor estratégia; e também saber quais são suas reais necessidades/carências e qual a melhor e mais rápida maneira de solução. Aqui a análise geográfica e sociologia é fator determinante, porque em um país as problemáticas de saúde variam de acordo com a região, população, etc.

Na prática, as RAS se propõem a promover atenção integral, partindo da ação preventiva, passando por programas curativos, reabilitadores e de cunho paliativo, também terminando no acompanhamento do paciente, ou seja, o ciclo completo de atenção a uma condição de saúde. (MENDES, 2011).

A integralidade remete à integração de serviços por meio de redes assistenciais, sendo necessário criar instrumentos de cooperação e coordenação próprios de uma gestão eficaz e comprometida com os recursos coletivos, podendo atender, em âmbito local e regional, as necessidades de saúde individuais, em âmbitos local e regional. A busca para eliminar as barreiras de acesso entre os níveis de atenção, do domicílio ao hospital, especialistas e generalistas, setores público e privado, ultrapassando as fronteiras municipais e buscando a otimização de recursos e ampliação das oportunidades de cuidados adequados tem sido a busca de uma imagem-sistema ideal de um “sistema sem muros”. (HARTZ, CONTANDRIOPOULOS, 2004, p. 332).

Do ponto de vista organizacional, as RAS não obedecem a uma hierarquização, mas se integram por linhas de cuidado que pautam a estratégia de articulação e gerenciamento das unidades e dos atendimentos na rede (ALBUQUERQUE, VIANA, 2015). Esse modelo tem duplo papel: por um lado, organiza a produção de serviços de saúde e, por outro, pauta a dinâmica para a pactuação e negociação entre diversos atores — governo, sociedade médica, fornecedores, sociedade civil, entre outros. (HARTZ, CONTANDRIOPOULOS, 2004).

As redes também podem servir de instrumentos para administrar políticas e projetos, onde os recursos são escassos e os problemas complexos, desde que haja interação dos agentes públicos e privados, centrais e locais, e se manifeste uma crescente demanda por benefícios e por participação cidadã. (FLEURY, OUVÉNEY, 2007). Essas redes dependem da gestão intergovernamental nas diversas escalas do exercício do poder (territoriais e regionais) e espaços colegiados do SUS, conformando redes assistenciais interfederativas. (SANTOS, ANDRADE, 2011).

As RAS seriam uma expressão de interesses negociados por diversos atores e instituições, em relação à coordenação política, que se organizam como rede com objetivos claros. (FLEURY, OUVÉNEY, 2007). Como o SUS é uma política complexa, estruturada por uma arena de conflitos, onde agem diversos grupos de interesse que podem sustentar e legitimar, ou simplesmente criar

nós críticos que podem atrapalhar sua implementação. Buscar novas formas de incentivos para que os atores tenham um comportamento cooperativo faz com que diminua a tendência de manter relações predatórias por recursos e ausência de comportamentos cooperativos. (VIANA, FARIA, PACÍFICO, 2006).

Nesse contexto, Santos e Andrade (2007, 2011) utilizam o conceito de redes assistenciais interfederativas, considerando que a conformação das redes de atenção à saúde, e também seus objetivos, linhas de cuidado, protocolos clínicos, financiamento, logística e critérios de incorporação tecnológica, deve ser negociada pelos três entes federados, nos espaços colegiados de gestão do SUS. Este tipo de rede surge do conceito de redes de atenção à saúde, mas trazem um novo entendimento, sem se limitar a estas. Pode se compreender que a conformação das RAS depende das redes interfederativas, que se caracterizam “pela necessidade de haver no SUS, ‘gestão’ intergovernamental, e não apenas relações entre os governos”. (SANTOS, ANDRADE, 2011, p. 1676).

A construção de noções e diretrizes das redes e da regionalização do SUS ocorreu através do tempo, diminuindo a distância entre essas duas estratégias, fazendo com que ficassem cada vez mais interdependentes. Mas é importante ressaltar que o Estado desempenhou um fraco papel no planejamento das redes e regiões de saúde. E desde a criação do SUS ainda não conseguiu ter capacidade pública de induzir a divisão territorial do trabalho em saúde (distribuição e especialização dos serviços no território e estruturação de redes e regiões de saúde), tendo como objetivo universalizar e diminuir as desigualdades nas escalas estadual e nacional na área da saúde. (ALBUQUERQUE, 2013).

O que chama a atenção é o fato de não ter sido elaborado um conceito de rede regionalizada e hierarquizada de saúde, e diretrizes específicas de organização, gestão, financiamento e logística das mesmas, no momento de implantação da regionalização proposta pela NOAS. Essa diretriz foi publicada no período da globalização, em que uma das características mais marcantes foi a excessiva valorização das redes tecnológicas, das ações em redes globais, da comunicação em rede. (CASTELLS, 1999; ALBUQUERQUE, 2013).

O termo rede foi exaustivamente discutido em várias áreas das ciências durante a década de 1990, e poderia ter resultado em maior influência sobre o planejamento regional do SUS. Também fica visível a baixa capacidade de planejamento regional relacionada a essa ausência de diretrizes e conceitos de redes no momento de institucionalização da regionalização do SUS (NOAS), mesmo que houvesse documentos e experiências nacionais (estados) e internacionais relevantes sobre a conformação de redes assistenciais de saúde, que poderiam ter auxiliado na elaboração de um conceito com o objetivo de orientar a regionalização. Cabe ressaltar, frente à ligação da NOAS, a ampliação da capacidade de oferta de serviços e a racionalidade da regulação dos fluxos assistenciais: “os fluxos assistenciais em si não estruturam redes, da mesma forma que o sistema de regulação também não estrutura redes, porque estas necessitam de uma série de mecanismos de coordenação, instituições, financiamento, informação, gestão, regulação, hierarquização e tecnologias, constituindo subsistemas técnicos e políticos assistenciais”. (ALBUQUERQUE, 2013, p.151).

A publicação do Pacto pela Saúde, em 2006, também não trouxe uma definição de rede de saúde ou diretrizes específicas para sua estruturação. Contudo, o documento traz uma nova nomenclatura: rede de atenção à saúde e suas variações (redes regionalizadas de atenção à saúde; rede regional de ações e serviços de atenção à saúde). (BRASIL, 2006).

O Pacto da Saúde se refere ao uso do termo rede de cooperação entre os três entes federados, ao se citar a necessidade de maior coordenação e cooperação entre as esferas governamentais na gestão regional do SUS. Aqui, a partir da capacidade instalada, das necessidades em saúde e dos fluxos assistenciais, a rede é pensada, mas com um foco principal na capacidade de negociação e cooperação intergovernamental que o Pacto trouxe a partir da criação dos Colegiados de Gestão Regional (CGR). Essas negociações intergovernamentais influenciariam o próprio desenho da região, onde a prioridade e a valorização ocorrem em relação à base técnica e normativa, em relação à base política, através de instrumentos de planejamento, de redes assistenciais e de diagnósticos regionais. Ainda aqui a constituição das

redes continua sendo o principal elemento estruturador do recorte regional do SUS no território. Assim, o Ministério da Saúde, em 2006, continuou a edição de várias portarias que garantissem as redes regionalizadas. (ALBUQUERQUE, 2013).

A partir de proposições em documentos internacionais do Ministério de Saúde e dos estudos de Mendes, em 2010, o Ministério da Saúde, através da Portaria nº 4.279, que estabeleceu as diretrizes para a organização da rede de atenção à saúde no SUS, instituiu as redes de atenção à saúde na política nacional, em resposta ao insuficiente modelo de atenção à saúde do SUS para dar conta dos desafios sanitários atuais. (MENDES, 2011).

No Brasil, a organização dos serviços em redes de atenção à saúde, mesmo fazendo parte da estrutura jurídica que amparou a implantação do Sistema Único de Saúde (SUS), há pouco tempo tem tido destaque como política de organização do sistema; é pactuada entre as três esferas de governo na Comissão Intergestores Tripartite e foi concretizada pela publicação de mecanismos normativos, a exemplo da portaria GM/MS 4.279, de dezembro de 2010 (BRASIL, 2010) e do Decreto Presidencial n. 7.508, de junho de 2011 (BRASIL, 2011).

Conforme o Art. 33 (seção II): "o acordo de colaboração entre os entes federativos para a organização da rede interfederativa de atenção à saúde será firmado por meio de Contrato Organizativo da Ação Pública da Saúde (Coap)". (BRASIL, 2011, s.p.).

É importante destacar que, além de promover os processos e instrumentos da gestão do SUS, o Decreto n. 7508 /2011 fortaleceu as redes assistenciais diretamente nas regiões de saúde, principalmente a média complexidade, fazendo com que houvesse uma rede de serviços regionalizados. Entretanto, ainda a falta da identificação das próprias regiões de saúde como construtoras e como potenciais promotoras da oferta de serviços para que resolvam as suas necessidades de saúde, se reflete através da falta de articulação entre atores políticos regionais e o reconhecimento de quem são estes atores na política de saúde. (VIANA, 2015).

A função das redes é assegurar ligações nos seus mais diversos aspectos. As redes podem representar fluxos abstratos (redes sociais, sistemas de projeção terrestre) ou concretos (redes de transporte, comunicação, comércio e mercadorias). Além disso, podem ser visíveis (rodovias e ferrovias) ou invisíveis (redes de informação e telecomunicações), mas a rede também pode ser social e política (fluxo de pessoas, mensagens, valores.). (VIANA *et al*, 2017).

Cabe ressaltar que, na área da saúde, comunidades e redes de políticas incluem indivíduos de várias instituições, áreas de conhecimento ou profissões. Eles podem trabalhar na prestação de serviços, liderar organizações da sociedade civil, atuar como pesquisadores e acadêmicos ou como gestores. As redes de política são formadas pelas relações complexas que se estabelecem entre companhias farmacêuticas, profissionais, prestadores privados de serviços hospitalares, associações de portadores de patologias, dentre outros grupos de interesse, e comunidades de políticas, que têm membros dentro e fora do Governo. A arena política da área de saúde, conforme Côrtes (2009, p.1628), "aquí concebida, como uma rede na qual as relações entre atores individuais e coletivos são assimétricas e, muitas vezes, conflitivas, nos últimos anos sofreu alterações em sua configuração".

Mesmo que, ao longo dos anos, o SUS tenha tido dificuldades político-econômicas em universalizar a implantação do acesso aos serviços de saúde, é visível o avanço do setor saúde no Brasil, principalmente na ampliação da cobertura de níveis de atendimento. Entretanto, mesmo que a literatura aponte tendência à redução das desigualdades regionais no sistema de saúde, esse processo é muito lento, pois "a distribuição territorial de infraestrutura de recursos, reforça as desigualdades no acesso aos serviços e na quantidade e qualidade da atenção recebida pela população". (TEIXEIRA, 1999, p. 291). E, como observa Santos, "mediante as redes, há uma criação paralela e eficaz da ordem e desordem no território, já que as redes integram e desintegram, destroem velhos recortes espaciais e criam outros. (SANTOS, 1996, p. 222).

Como exemplo, podemos citar a pesquisa que investigou dois tipos de redes estabelecidas pelos fluxos de pacientes para os serviços de saúde: a de atenção hospitalar básica, definida pelos procedimentos com maior frequência de internação, e as de atenção de alta complexidade. Os autores utilizaram os dados do Sistema de Informações Hospitalares do SUS sobre as internações realizadas no ano de 2000 em todo o Brasil – segundo o município de

internação e o de residência dos pacientes. O método empregado foi o do fluxo dominante, que define o arcabouço da rede e os níveis hierárquicos dos municípios que constituem os nós. A classificação dos fluxos avalia o grau de interconexão das redes. As redes de atenção hospitalar básica alcançam quase todo o país; poucos municípios estão fora delas. Nas redes de alta complexidade poucas cidades prestam atendimento, e cerca da metade dos municípios brasileiros está desconectada. Pode-se avaliar que “os diferentes tipos de redes, observados demonstram a desigualdade regional no acesso, que é ainda mais marcada em relação aos serviços mais complexos”. (OLIVEIRA *et al.*, 2004, p.398).

Mendes (2011) destaca a economia de escala como um dos fundamentos das redes de atenção, de forma a integrar e otimizar a prestação de serviços onde os recursos são escassos e a distância geográfica não tem impacto significativo sobre o acesso ao cuidado. Além disso, a partir do Decreto n. 7.508, esse autor cita outros fundamentos para a construção das redes de atenção à saúde, como a disponibilidade de recursos, o acesso e a qualidade, as integrações vertical e horizontal, os processos de reordenamento dos serviços para garantia da sua eficiência, os territórios sanitários e os níveis de atenção.

Podemos concluir segundo Mendes (2011), que há necessidade de se construir redes articuladas, adequadas aos planos regionais, sob o risco de um processo de desintegração organizacional e da competição entre órgãos gestores e da conseqüente divisão de algo em frações menores do SUS, em milhares de sistemas locais, ineficientes, injustos e não resolutivos.

4. Principais resultados da investigação

Para podermos constatar a estrutura de governança gerada a partir da regionalização do Hospital, utilizamos a estrutura de governança proposta pela política pública através da normatização instituída para as regiões de saúde e como os atores se manifestaram nestes espaços.

É importante analisarmos o fluxo da implementação da política, principalmente quando um novo espaço é instituído como local para exercer governança com o intuito de ampliar a política de saúde, principalmente quando se coloca a proposta normatizada da regionalização da saúde. Pois a divisão de tarefas, e responsabilidades das três esferas, na implementação da ação regional no SUS, exige clareza de entendimento de que os recursos e serviços envolvidos na região devem ser planejados, organizados e geridos em regime de colaboração. (SALVIANI, 2008).

Existe uma grande diversidade regional na condução da política de saúde no território nacional. É na região que se refletem as relações de dependência, interação e acordos estabelecidos entre múltiplos agentes que operam segundo interesses diversos (lógica mercantil, corporativa, pública ou do direito à saúde), podendo estar organizados e direcionados conforme objetivos comuns (negociados), de modo a assegurar (ou não) a universalização do direito à saúde. (LIMA, 2015).

Essa categoria é baseada nas percepções dos entrevistados sobre o papel da governança na regionalização da saúde. O sentido de governança deverá ser compreendido como um processo político que permeia todas as esferas de governo através da ação dos vários atores governamentais e não governamentais envolvidos no processo de regionalização.

Para fins de análise do processo de regionalização, tendo em vista a organização de governança, refletimos sobre a intersetorialidade na perspectiva da articulação horizontal e vertical. Conforme Lotta e Favareto (2016), a horizontalidade pressupõe a articulação e o agrupamento de diferentes setores com o objetivo de estruturar coletivamente soluções para suas demandas e necessidades sociais. Já a verticalidade é como se relacionam os governos na esfera federal, estadual e municipal e como se comprometem no processo de formulação e execução das políticas públicas. (ARRETCHE, 2012).

Mostra-se fundamental, na análise da regionalização do Hospital de São Jerônimo, a compreensão desse processo por parte dos atores governamentais e não governamentais, participantes da governança da Região de Saúde 9. Observamos que, referente à verticalidade

do processo de regionalização, um entrevistado representante da gestão municipal expressa claramente essa situação: o Governo Federal repassa a responsabilidade na condução do processo de regionalização da saúde ao governo estadual, e este, por sua vez, a remete aos municípios.

Olha, eu acho até que, me parece que são ações que às vezes ficam isoladas ... no sentido que o próprio Ministério às vezes lança algumas políticas públicas e a sensação é que eles atiram no colo do Estado, para que o Estado atire no colo dos municípios (SMS8).

Algumas dificuldades, às vezes, são visíveis nas relações horizontais, principalmente na definição de papéis dentro do processo de regionalização, como percebemos na fala da representante da gestão estadual:

Eu não vejo a participação de nenhum município na regionalização, porque o que eu entendo, e o que eu vejo, é que eles sempre querem responsabilizar o Estado por tudo. Eles não querem fazer o serviço para eles, serviço micro, serviço regionalizado, empoderar o Hospital de São Jerônimo, fazer um hospital forte, para esse paciente ficar ali. Nós não temos isso naquela região (CRS).

Ao mesmo tempo fica evidenciado que o Estado utilizou uma forma parcial de horizontalidade nas relações mantidas com os atores, sendo estabelecidas quase que exclusivamente com os gestores do hospital. Os demais atores, especialmente os gestores municipais, não tiveram participação ativa na estruturação do processo de regionalização, deixando de acompanhar a etapa de contratualização de serviços para a região. Essa situação fica bem evidenciada na fala do representante da gestão do hospital:

Quanto aos municípios entendemos que não houve nenhuma ou quase nada de participação neste processo, já que tudo o que conseguimos e que hoje mantemos, é através da Secretaria da Saúde do Estado ou pela participação efetiva de nossa Entidade Mantenedora, a AFPERGS.

Nossa relação é unicamente com o Estado e com a União. Municípios do entorno só nos mandam pacientes. Não existe colaboração alguma deles conosco. E não foi por falta de tentativas, pois inúmeras vezes os procuramos sem nenhum sucesso.

Não existiu interação entre as esferas de governo. Houve sim, uma decisão do Hospital em buscar junto a Coordenadoria, implementar aqui os anseios de uma população desassistida (HSJ).

Os atores governamentais que atuaram no período estudado são servidores da 2ª Coordenadoria Estadual de Saúde e Secretários Municipais de Saúde. Atuam na condição de agentes políticos, sendo capacitados para o processo de regionalização após a edição do Decreto n. 7.508/2011. Nesse período, ocorreram várias mudanças e substituições advindas do processo eleitoral, tanto de ordem municipal quanto estadual. Já os não governamentais aqui são representados pelo presidente do Conselho Municipal de São Jerônimo e pelo representante da gestão do Hospital.

No conjunto de entrevistas e também de atas percebemos que ambos os atores já possuíam uma aproximação do tema da regionalização da saúde, revelando interesse comum em efetivar o hospital de São Jerônimo como regional. É o que fica evidenciado na fala de um entrevistado representante do gestor municipal:

E muitas vezes por uma questão que a gente conseguiu passar muito por cima nas administrações passadas, os prefeitos e os municípios tinham bem claro essa ... essa necessidade de congraçamento entre os municípios, mas muitas vezes acontece um ou outro de ficar estremecido, de ficar não se sentido contemplado com a regionalização.(SMS1).

Os municípios que compõem a Região de Saúde 9, através de seus atores, buscavam, junto as suas relações políticas, firmar parcerias verticalizadas como forma de fortalecimento para alcançar uma realidade eficaz no atendimento das necessidades de saúde na região. Observamos, na fala de SMS1, que não acontecia uma discussão articulada entre os integrantes da Região de Saúde 9, valendo-se das suas próprias relações políticas com o Estado e a União.

A partir da edição do Decreto n. 7.508/2011, e também da formação das regiões de saúde no Estado, o processo de regionalização passou a contar com um fortalecimento

institucional da CIR. Esse espaço institucional, que substitui o COGERE, passou a oportunizar momentos de construção e interação do tema regionalização.

Também se observa que ocorreu um aporte significativo de recursos financeiros por parte do governo do Estado do RS ao Hospital de São Jerônimo, conforme os dados da Tabela 1, elaborada com os dados contidos nos contratos do Hospital com o governo do Estado no período de 2009 a 2018. O objetivo dessa análise foi demonstrar uma série histórica longa, com o intuito de mostrar o processo de ampliação dos recursos na garantia da regionalização.

Essa tabela 1 evidenciou que os valores do componente hospitalar sofreram um acréscimo, a partir de 2011, havendo, praticamente, o dobro de aporte financeiro já no contrato. Esses valores correspondem ao teto federal que é repassado frente ao número de internações que foram realizadas.

Tabela 1: recursos financeiros – componente hospitalar

Ano	Mensal	Anual
2009	R\$ 85.480,00	R\$ 1.025.760,00
2010	R\$ 101.880,00	R\$ 1.222.560,00
2011	R\$ 202.295,95	R\$ 2.427.551,40
2012	R\$ 202.295,95	R\$ 2.427.551,40
2012	R\$ 241.000,00	R\$ 2.892.000,00
2013	R\$ 241.000,00	R\$ 2.892.000,00
2014	R\$ 163.475,20	R\$ 1.961.702,40
2015	R\$ 228.404,62	R\$ 2.740.855,44
2016	R\$ 183.317,29	R\$ 2.199.807,48
2017	R\$ 183.317,29	R\$ 2.199.807,48
2018	R\$ 193.240,43	R\$ 2.318.885,16

Fonte: elaborada pelas autoras com base em Secretaria Estadual de Saúde/ RS, 2018.

Na tabela 2 evidenciam-se os valores do componente ambulatorial, demonstrando que, a partir de 2011, houve o dobro de aporte financeiro no contrato. Esses valores correspondem ao teto federal que é repassado frente ao número de consultas especializadas que foram realizadas pelo hospital.

Tabela 2: de recursos financeiros – componente ambulatorial

Ano	Mensal	Anual
2009	R\$ 31.764,64	R\$ 381.055,68
2010	R\$ 53.396,30	R\$ 640.755,60
2011	R\$ 121.647,85	R\$ 1.459.774,20
2012	R\$ 121.870,19	R\$ 1.462.442,28
2012	R\$ 198.391,37	R\$ 2.380.696,44
2013	R\$ 198.391,37	R\$ 2.380.696,44
2014	R\$ 137.635,04	R\$ 1.651.620,48
2015	R\$ 169.306,57	R\$ 2.031.678,84
2016	R\$ 155.570,23	R\$ 1.866.842,76
2017	R\$ 155.570,23	R\$ 1.866.842,76
2018	R\$ 162.414,22	R\$ 1.948.970,64

Fonte: elaborada pelas autoras com base em Secretaria Estadual de Saúde/ RS (2018).

É importante ressaltar que, a partir de 2010, a contratualização com os hospitais obedece a um novo parâmetro, e todos os contratos entram em um único modelo. E também a partir de 2010 o Hospital de São Jerônimo começa a receber incentivos da “ação de apoio aos hospitais vinculados ao Sistema Único de Saúde – SUS”, incentivos esses que são fora do bloco hospitalar e ambulatorial, referentes ao programa de reestruturação dos hospitais filantrópicos, no valor de R\$ 303.113,40 anuais, dando, em média, R\$25.259,45 mil mensais de repasses para o hospital. Nesse momento, foi assinado um termo de adição ao contrato, o qual tinha por objeto estabelecer as bases da relação entre as partes, integrar o hospital ao SUS, e definir sua inserção na rede regionalizada e hierarquizada de ações e serviços de saúde, visando à garantia da atenção integral à saúde.

Assim, o tema regionalização aparece, pela primeira vez, a partir do contrato, n. 388/2010, e no contrato n. 395/2010, também do mesmo ano. Ambos têm por objetivo inserir o Hospital de Caridade de São Jerônimo no Sistema Único de Saúde e na rede regionalizada e hierarquizada de ações e serviços de saúde, obedecendo ao novo plano operativo e respeitando os parâmetros da política de humanização do SUS, que até então não havia sido citada em nenhum momento no contrato de 2009.

E também como forma de garantir maior resolutividade dentro da própria região, em momento anterior ao decreto ocorreu uma aproximação dos atores governamentais e não governamentais através da criação de um Consórcio Regional de Saúde. Essa foi a maior articulação horizontal, anterior a 2011, percebida pelos atores entrevistados no sentido de fortalecimento da regionalização da saúde na região. Todavia, o esforço não obteve o resultado concreto considerando a falta de política pública dos entes federados que resultasse na aplicação de incentivos financeiros. Esta situação serviu de esboço para o processo vindouro de regionalização do hospital, ocorrido a partir de 2011.

Albuquerque (2013) enuncia que a conceituação das redes de atenção à saúde tem inspiração não apenas nas teorias econômicas de mercado, mas também na teoria dos “espaços de fluxos”, conforme definido por Castells (1999), em que a utilização de tecnologias de informação serve para estruturação e o funcionamento das RAS. Além disso, ainda traz a ideia de supervalorização da noção de rede, criando, no Estado, uma nova necessidade: “de atuar como se fora um Estado rede, um Estado negociador-consensual”. (SANTOS, ANDRADE, 2008, p.33).

Entender a diferença principal da adaptação na proposta de redes criadas no sistema americano, em relação aos países com sistemas universais de saúde, é a questão principal da regionalização, a qual implica universalidade e diminuição das desigualdades. Assim, a regionalização é utilizada como estratégia de ação do Estado no planejamento do sistema e a rede se destaca como estratégia de atuação do mercado na saúde. Pode-se dizer que as redes se relacionam com o gerenciamento dos sistemas de saúde (sistema de gestão, integração econômica vertical e horizontal, economia de escala e escopo, coordenação), enquanto que a regionalização ressalta o caráter público, universal e equitativo do planejamento em saúde. (KUSCHNIR, CHORNY, 2010).

A tentativa de construção de uma aproximação, via consórcio regional, foi destacada na entrevista de um representante da gestão municipal, que assim se manifestou:

Na oportunidade nós iniciamos naquele primeiro período ... pré a tua entrada na coordenadoria,... nós começamos a tratar a regionalização na ótica do consórcio intermunicipal [...] pois sempre se falou em consórcio de saúde da região.(SMS1).

Outro entrevistado demonstrou a pertinência do consórcio como elemento potencializador do processo de regionalização dentro da Região Carbonífera, como instrumento de gestão com capacidade de ampliar a atuação dos gestores:

[...] acho que o nosso consórcio é pouco utilizado, como nessa questão da regionalização, ele poderia contribuir de forma mais efetiva, inclusive buscando recurso para colocar na regionalização. Nós podemos avançar bastante com essa questão do consórcio. Tem algumas coisas que ainda precisamos avançar na regionalização. (SMS3).

A partir de 2011, com a nova legislação específica da saúde contida no Decreto, o governo do estado do Rio Grande do Sul buscou, na 2ª CRS, uma aproximação com atores

governamentais e não governamentais, através da CIR. O objetivo era tornar o Hospital de São Jerônimo referência regional. Esse movimento por parte do Governo do Estado foi fundamental para a efetivação da regionalização de saúde na região Carbonífera.

Observamos, no conjunto de entrevistas, que a partir de 2011 foram oportunizados recursos financeiros, apoio técnico e espaço de discussão e negociação. Havia, naquele período, grande credibilidade por parte dos atores na efetividade dos compromissos assumidos pelo Governo do Estado.

Com certeza, até porque se acontecesse alguma coisa ali no hospital de São Jerônimo como coisas corriqueiras que acontecem hoje, se a gente fosse na reunião da CIR e colocasse, o pessoal tomaria atitude e seria resolvido. Não precisaria passar por Simone, por seu João. Acho que não teria necessidade (SMS9).

Apesar da inexistência de conflitos que dificultassem o processo de implementação do hospital regional, percebemos que os atores, muitas vezes, apresentavam-se apáticos, não exercendo o protagonismo esperado enquanto governança. Como partícipes, nesse momento crucial da implementação da regionalização do hospital, percebemos, como bem retrata Arrecthe (2012), uma padronização acompanhada de uma limitação de atuação da governança local, ao se comportarem como meros receptores de recursos federais e estaduais, reafirmando um comportamento não ativo. Assim, um entrevistado expressa, em sua fala, esse comportamento:

Que era isso que eu explicava sempre para o pessoal lá: Gente o dinheiro é dos municípios! O Estado está sendo o intermediador pra fazer essa gestão, porque a função da regionalização na verdade de estimular é do Estado (SMS2).

Esse aspecto é evidenciado pela literatura sobre governança, ao retratar as relações entre governo, setor privado e organizações civis. Interferem, nesse contexto, os elementos da hierarquia, do mercado e da formação de redes. A padronização retratada pelo comportamento passivo dos atores revela a hierarquia presente na normatização e constante nas estruturas organizacionais. Os serviços ofertados, e a análise de custos e benefícios destes, mostram-se atrativos aos atores, no atendimento de suas necessidades de saúde, o que passa a reproduzir interações baseadas na lógica de mercado (RHODES, 1996).

Nesse contexto, as relações em rede passam a traduzir o sentimento de confiança, de identidade, de reciprocidade e de compartilhamento de valores e objetivos, o que não passava despercebido pelo representante da gestão estadual:

Eu vejo uma mudança radical. Isso eu sempre digo. O hospital apesar de tudo, hoje ele faz coisas que nunca tinha feito. Nós não tínhamos cirurgias pelo SUS no Hospital de São Jerônimo (CRS).

O objetivo comum dos atores em resolver as questões municipais frente as suas necessidades locais de saúde foi o impulso capaz de agrupar os diferentes interesses em torno de um objetivo comum: a viabilidade da regionalização do Hospital de São Jerônimo. Aqui, fortalece-se o conceito de Governança, ao retratar processos de ação coletiva que pressupõe interação entre os atores envolvidos, entendimento sobre as regras do jogo, as relações de poder no processo decisório (HUFTY, 2006).

Isso fica demonstrado na fala de uma entrevistada frente ao entendimento do processo de implementação do hospital através da oferta de serviços, com a finalidade de sanar as necessidades de saúde da região:

O hospital passou a oferecer vários serviços especializados para a região, promovendo a articulação e integração dos sistemas municipais de modo que garantam o acesso dos usuários a serviços de saúde de complexidade maior, demandas estas que muitas vezes ficavam reprimidas (SMS5).

Nesse momento, através da formalização do Hospital de São Jerônimo como regional, mediante a contratualização nos moldes do Decreto n. 7.508/2011 e em conformidade com o pactuado com os atores regionais na CIR, ocorreu o fortalecimento nas relações de governança.

A garantia dessa governança baseava-se no interesse comum dos atores para a manutenção dos serviços que o hospital ofertava. O governo do Estado teve papel preponderante na regionalização do hospital, tendo atuado política e financeiramente nesse

sentido. Inclusive, a etapa de contratualização previa mecanismos de planejamento, controle e fiscalização, que foram utilizados como forma de oportunizar a manutenção e a ampliação da regionalização do hospital.

A percepção que obtivemos como integrante ativa da rede constituída, a partir da contratualização do hospital como regional, foi de enorme desconhecimento por parte dos gestores sobre os seus papéis no processo de regionalização proposto pelo Estado. Também constatamos o desconhecimento dos gestores frente às suas necessidades de saúde, o que dificultava o fortalecimento da regionalização. Esse fato se evidenciava em ações de buscas individuais por serviços fora da região, muitas vezes nem sabiam o que era ofertado pelo hospital, pois não participavam das reuniões propostas pela Coordenadoria.

Mas em outros momentos fica explícita a diversidade de visões dos entrevistados sobre o financiamento do hospital. Os entrevistados revelam, em suas falas, talvez a falta de apropriação dos termos de cooperação da nova modalidade de contratualização, mesmo tendo acesso ao contrato, e, em alguns casos, sendo um gestor municipal integrante de uma comissão de acompanhamento junto ao prestador, conforme os relatos a seguir.

Acredito que os repasses sejam insuficientes tanto para os hospitais "incentivados" para se tornarem referências regionais, quanto para os municípios que, já em crise, precisam suprir a falta de repasse dos governos estaduais e federais (SMS5).

Hoje o que está sendo feito, foi injetado mais dinheiro, um repasse aumentado, mas acredito que também falta parte do estado, uma fiscalização, até nem digo fiscalização, eu digo assim, órgãos competentes que façam aquele dinheiro ser destinado realmente colocado aonde deve ser colocado, não adianta hoje estar com o repasse em dia, de um milhão e meio, um milhão e não sei quantos e mais aquele repasse para porta aberta, na verdade ele não funciona, eu acho que é mais isto (SMS10).

Essas falas evidenciam a falta de apropriação referente ao financiamento que foi instituído para a regionalização do hospital, que ficou sob a responsabilidade do Estado. O processo de regionalização do hospital, no que tange ao financiamento, acontece de forma desvinculada do planejamento regional e da participação dos atores da região. Isso causa essa diversidade de falas sobre financiamento, apesar de os entrevistados participarem de vários espaços de governança em que se debatia esse tema, juntamente com a regionalização.

Chama a atenção o fato de uma ausência de participação, de uma maior representatividade da sociedade civil no processo de regionalização do hospital. O único ator, representando o controle social regional, a participar foi o Conselho Municipal de Saúde de São Jerônimo por ser do município-sede. Os demais municípios, embora tivessem conselhos de saúde atuantes, não tinham assento na comissão de acompanhamento da contratualização do hospital. Essa situação revela o distanciamento do controle social nos processos políticos regionais, o que contribui para o enfraquecimento de uma identidade regional em saúde, além de enfraquecer a apropriação, por parte dos usuários, dos serviços ofertados. (MEDEIROS, 2013).

Essa ausência pode ser evidenciada nas entrevistas dos representantes do controle social:

Você não tem um diálogo com secretários, com o Conselho, com a própria regionalização. Já vêm as coisas mais ou menos prontas, e a gente sabe que a aplicação de recursos é que influencia a grande parte para funcionar, se não dá certo (CMS2).

Eu acho que a grande dificuldade a regionalização que o Hospital de São Jerônimo está enfrentando foi uma falta de informação nas comunidades. Por que o Hospital São Jerônimo será regionalizado e o que ele vai ofertar, isso me parece que faltou. O paciente vai muito pelo o que o secretário, coordenador de saúde ou prefeito diz, ele acaba ouvindo as autoridades locais e ele não sabe realmente o que o hospital oferece. (CMS1).

Cabe ressaltar conforme Cortês (2009), que na área da saúde, a concepção de uma rede, na qual as relações entre atores individuais e coletivos são assimétricas e conflitivas, nos últimos anos sofreu modificações na sua configuração. A diversidade de comunidades e redes de políticas agregam indivíduos de várias instituições, áreas de conhecimento ou profissões, os quais atuam na prestação de serviços, lideram organizações da sociedade civil, atuam como pesquisadores e acadêmicos ou como gestores, constituindo, assim, a arena política da área de saúde.

Assim, a construção do processo de regionalização do Hospital de São Jerônimo revela um processo já esperado pelos atores da região, em que a governança regional fica limitada apenas ao processo de contratualização do hospital junto ao governo estadual. Todavia, não ocorreram grandes conflitos, mas também nem grandes ativismos frente a qualquer desestruturação dos serviços ofertados pelo hospital. A governança é percebida sob a perspectiva dos atores quando está atrelada à oferta de serviços realizada; eles valorizam ter mais ou menos poder, atrelando-o a uma dependência ao processo de aumento ou diminuição dessa oferta.

A regionalização do Hospital de São Jerônimo traduz e significa a regionalização da Região Carbonífera. O processo é contínuo, com momentos de retrocesso, de expansão, tecendo uma rede que faz conexão com toda a região. Os atores, em sua maioria, referem que somente através da positividade do serviço ofertado pelo hospital acontece a regionalização da região. A criação de uma agenda permanente entre todos os atores regionais, junto à direção do hospital e ao Estado, deve ser priorizada para sanar a fragilidade de uma consciência regional, percebida nas entrevistas, sobre a regionalização da saúde na região. Isso provoca uma descontinuidade das redes políticas e assistenciais, criando uma forma inoperante na organização dessas, que produz uma regionalização do Hospital de São Jerônimo distante do que é ser uma referência regional eficaz e resolutiva para atender as necessidades de saúde da Região Carbonífera.

5. Considerações finais

Constatamos que as questões normativas, especialmente as vinculadas à edição do Decreto n. 7.508/2011, foram determinantes para impulsionar o processo de regionalização. O cenário político estadual, em 2011, através de ações articulados com o governo federal, passou a construir uma agenda política institucional de saúde que garantia à vontade política de regionalizar, associada a novos processos de governança estadual e regional.

Observamos que a partir da mudança do nome do espaço institucional, de COGERE para CIR, houve uma aproximação entre os atores governamentais com o tema da regionalização, inserindo vigor nas relações institucionais. Também que as redes de governança que agiam muito atreladas a uma forma de atuar verticalizada com os entes federados, passaram a mostrar outro comportamento.

Embora tenha havido uma nova dinâmica horizontalizada através de comportamentos participativos, percebemos a ausência de protagonismo e pertencimento na disputa pela questão de identidade regional. Tais questões dificultaram a apropriação dos atores governamentais e não governamentais em relação à implementação do Hospital de São Jerônimo. Mesmo assim, é visível a estruturação de redes de atenção, a partir da regionalização do hospital. Mesmo com os poucos recursos que foram otimizados e colocados à disposição da região, que ainda não garantem as necessidades de saúde da região, já revelam a existência de uma rede fortalecida pelo Hospital de São Jerônimo.

Ficou claro nessas entrevistas que as redes de atenção garantiram, na região carbonífera, além de uma oferta de serviços, relações intergovernamentais cooperativas que criaram um processo de utilização dos serviços como processo de governança. Por outro lado, ganha destaque o fato de que as redes de saúde se mostravam extremamente atrativas aos atores, como instrumento de governabilidade.

O processo de regionalização do Hospital de São Jerônimo revelou um cenário já esperado pelos atores da região. Observou-se na Região Carbonífera que a governança regional ficou limitada, e muito, ao processo de contratualização no que se refere à oferta de serviços, revelando um propósito muito mais comercial do que de fortalecimento das redes, seja de governança ou de atendimento de saúde.

A motivação maior entre os atores governamentais e não governamentais na regionalização do Hospital de São Jerônimo era a de potencializar a capacidade deste na oferta de serviços, o que resolveria as necessidades em saúde daquela região. Essa percepção justifica

a inexistência de grandes conflitos, e também de grandes ativismos na organização das redes de saúde que culminavam em serviços ofertados pelo hospital.

A regionalização era considerada pelos entrevistados como um processo que privilegiava uma relação direta entre o prestador de serviços (hospital) e o ente federado (governo do Estado), reforçando a apatia dos demais atores regionais que se comportavam como espectadores. Esse fato evidencia o papel preponderante do estado do RS como orientador da política pública de regionalização.

Percebemos ainda que alguns atores que atuavam no palco regional estiveram ausentes na construção do processo de regionalização. Os representantes dos Conselhos Municipais de Saúde da Região 9 manifestaram desconformidade ao não participar das arenas decisórias, o que só ocorreu mediante a participação do representante do Conselho de Saúde do município-sede de São Jerônimo.

Na visão dos atores, a regionalização da saúde, como estratégia para o desenvolvimento regional, não foi discutida, nem no momento de estruturação das regiões de saúde, e muito menos a implementação dos hospitais regionais. Por fim, as dificuldades do Estado em traçar uma estratégia que fortaleça a implementação da regionalização da saúde, como processo que, além de ofertar serviços para a região de saúde, possa participar no desenvolvimento da região através da produção de uma rede de apoio na governança nas regiões para enfrentamento das desigualdades regionais, ainda está longe da realidade e vivência dos atores. Por duas gestões, a regionalização da saúde não foi tratada como prioridade no Estado, fazendo com que a política não se tornasse uma estratégia para os governantes como forma de melhorar os indicadores de saúde da população das regiões.

6. Referências Bibliográficas

1. ALBUQUERQUE, M. V.; VIANA, A. L. D. Perspectivas de região e redes na política de saúde brasileira. *Rev. Saúde em Debate*. Rio de Janeiro, v. 39, n. especial, p. 24-34, 2015.
2. ALBUQUERQUE, M. V. O enfoque regional na política de saúde brasileira (2001-2011): diretrizes nacionais e o processo de regionalização nos estados brasileiros. São Paulo, 2013. Tese (Programa de pós-graduação em Ciências). Universidade de São Paulo, São Paulo, 2013.
3. ARRETICHE, M. T. State Effectiveness in Contemporary Brazil. *LASA Fórum*, v. XLII, p. 15, 2012.
4. AFPERGRS, ASSOCIAÇÃO DOS FUNCIONÁRIOS PÚBLICOS DO ESTADO. Relatório de transição, documento interno. 2009.
5. BÁSCOLO, E. Gobernanza de lãs organizaciones de salud basados em Atención Primaria de Salud: Governance of primary health-care-based health-care organization. *Rev. Salud Pública*, Argentina, n. 12, suplemento, p. 08-27, 2010.
6. BRASIL. Ministério da Saúde. Decreto n. 7.508 de 28 de junho de 2011. Regulamenta a Lei 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde (SUS), o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. Brasília, Diário oficial da União, 2011.
7. _____. Ministério da Saúde. Portaria n. 4.279, de 30 de dezembro de 2010. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília: Ministério da Saúde, 2010.
8. _____. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 399 de 22 de fevereiro de 2006. Divulga o Pacto pela Saúde 2006 – Consolidação do SUS e aprova as Diretrizes Operacionais do Referido Pacto. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

9. _____. Constituição de 1988. Constituição da República Federativa do Brasil de 5 de outubro de 1988. Brasília: 1988.
10. _____. Lei 8.080, de 13 de julho de 1990. Dispõe sobre as Condições para a Promoção, Proteção e Recuperação da Saúde, a Organização e o Funcionamento dos Serviços Correspondentes, e dá outras Providências. Diário Oficial da União, Brasília, 1990.
11. _____. O Consórcio e a Gestão Municipal em Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 1997.
12. _____. A regionalização na saúde e os mecanismos de governança sistêmica do SUS. Os espaços de governança interestaduais. Nota técnica da Coordenação-Geral de Cooperação Interfederativa Departamento de Articulação Interfederativa Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa Ministério da Saúde, 2013.
13. _____. Implantação das Redes de Atenção à Saúde e outras estratégias da SAS Brasília: Ministério da Saúde, 2014.
14. CALIPO, S. M. Saúde, Estado e ética – NOB/96 e Lei das organizações sociais: a privatização da instituição pública na saúde? São Paulo, 2002. Dissertação (Programa de Pós-Graduação em Enfermagem). São Paulo, Universidade Federal de São Paulo, 2002.
15. CARUI, I.M. Redes de atenção à saúde (Ras) no SUS: experiências pioneiras. Limeira, 2014. Monografia (Graduação em Gestão de Políticas Públicas) – Universidade Estadual de Campinas, Faculdade de Ciências Aplicadas, Limeira, 2014.
16. CASTELLS, M. A sociedade em rede. Tradução de Roneide Venancio Majer. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2000.
17. CASTELLS, M. A Era da Informação: Economia, Sociedade e Cultura. Vol. 1 - O Poder da Identidade. São Paulo, Ed. Paz e Terra, 1999.
18. CÔRTEZ, S. M. V. Sistema Único de Saúde: espaços decisórios e a arena política de saúde. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 25, n. 7, p. 1626-1633, 2009.
19. _____. Sistema Único de Saúde: espaços decisórios e a arenas políticas de saúde. Caderno de Saúde Pública. Rio de Janeiro, v. 25, n. 7, p. 1626-1633, jul/2009.
20. DOURADO, D. de A.; ELIAS, P. E. M. Regionalização e dinâmica política do federalismo sanitário brasileiro. Rev. Saúde Pública, São Paulo, v. 45, n. 1, p. 204-211, fev/2011.
21. FLEURY, S. M.; OUVÉNEY, A. M. Gestão em redes: a estratégia de regionalização da política de saúde. Rio de Janeiro: Editora FGV, 2007.
22. FLEURY, S. et al. Governança local no sistema descentralizado de saúde no Brasil. Revista Panamericana de Salud Pública, Washington, v.28, n.6, p. 446-455, 2010.
23. HARTZ, Z. M. A.; CONTANDRIOPOULOS, A. P. Integralidade da atenção e integração de serviços de saúde: desafios para avaliar a implantação de um "sistema sem muros". Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 20, supl. 2, p. S331-S336, 2004.
24. HUERTA, A., 2008. Una ruta metodológica para evaluar la capacidad institucional. Política y Cultura, 30, pp.119-134.
25. HUFTY, M. et al. Gobernanza em Salud: um aporte conceptual y analítico para La investigación. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, n. 22, 2006. Suplemento. P.35-45.
26. LIMA, L. D. de. Condicionantes da regionalização da saúde no Brasil : desafios e recomendações para o planejamento e a gestão territorial do SUS no horizonte dos próximos 20 Anos .Rio de Janeiro : Fundação Oswaldo Cruz, 2015. 16 p. – (Textos para Discussão ; n. 15)
27. KUSCHNIR, R.; CHORNY, A. H. Redes de Atenção à Saúde: contextualizando o debate. Ciênc. Saúde colet., Rio de Janeiro, v. 15, n. 5, p. 2307-2316, ago. 2010.

28. MAGALHÃES JUNIOR, H. M. Redes de Atenção à Saúde: rumo à integralidade. Artigo publicado na revista DIVULGAÇÃO EM Saúde PARA Debate | Rio de Janeiro , n. 52, p. 8-14, OUT 2014
29. MATTOS R.A. Os sentidos da integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser defendidos. In: Pinheiro R, Mattos RA, organizadores. Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde. 4ª ed. Rio de Janeiro: Uerj/IMS, Abrasco; 2006. p. 39-64.
30. MELLO, G. A.; et al. Um olhar histórico sobre a questão regional e os serviços básicos de saúde no Estado de São Paulo. Saúde e Sociedade, São Paulo, v.20, n. 4, p. 853-866, 2011.
31. MENDES, E. V. As redes de atenção à saúde. Brasília: OPAS, 2011.
32. _____. Revisão bibliográfica sobre as Redes de Atenção à Saúde. Belo Horizonte: Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais, 2007.
33. _____.As rede de atenção à saúde. BeloHorizonte: Escola de Saúde Pública de MG,2009.
34. _____. As redes de atenção à saúde. Cien Saude Colet, v. 15, n. p. 2297-2305, 2010.
35. OFFE, C., 2009. Governance: an 'empty signifier'? Constellations, 16, pp.550-562.
36. OLIVEIRA Paulo de Tarso R. O Sistema Único de Saúde, descentralização e a desigualdade regional: um enfoque sobre a região da Amazônia Legal. [Tese de Doutorado] Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz; 2005.
37. OLIVEIRA, Alfredo Almeida Pino de. Análise documental do processo de capacitação dos multiplicadores do projeto "Nossas crianças: Janelas de oportunidades" no município de São Paulo à luz da Promoção da Saúde. 2007. 210 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem em Saúde Coletiva) – Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2007.
38. PIRES, R. R.; GOMIDE, A. D. Governança, Arranjos institucionais e capacidades estatais na implementação de políticas federais. In: MENICUCCI, T.; GONTIJO, J. G. (Org.). Gestão e Políticas públicas no cenário contemporâneo. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2016. p. 101-30.
39. RHODES, RAW. The new governance: governing without government. Political Studies. 1996; XLIV: 652-67.
40. SALVIANI, R. "Quem Ama Cuida." Participação, Meio Ambiente e Desenvolvimento Sustentável: o Caso da Itaipu Binacional. Rio de Janeiro, UFRJ / MN / PPGAS, 2008 xvi, 248 p., il. Orientador: Antonio Carlos de Souza Tese (Doutorado) – Universidade Federal do Rio de Janeiro / Museu Nacional / Programa de Pós-Graduação em Antropologia Social. Referências Bibliográficas: p. 237-248.
41. SANTOS, Milton. A natureza do espaço. Técnica e tempo. Razão e emoção. São Paulo: Hucitec, 1996.
42. SANTOS, L.; ANDRADE, L. O. M. Redes interfederativas de saúde: um desafio para o SUS nos seus vinte anos. Ciênc. saúde colet., Rio de Janeiro, v. 16, n. 3, p. 1671-1680, mar. 2011.
43. SCHNEIDER, A. C.; et al. Pacto pela Saúde: possibilidade ou realidade? 2 ed. Passo Fundo: IFIBE/CEAP, 2009.
44. SHIMIZU, H. E. Percepção dos gestores do Sistema Único de Saúde acerca dos desafios da formação das Redes de Atenção à Saúde no Brasil. Physis: Revista de Saúde Coletiva, v. 23, n. 4, 2013.
45. SOUZA, C. C. et al. Risk classification in an emergency room: agreement level between a Brazilian institutional and the Manchester Protocol. Revista Latino Americana de Enfermagem, Ribeirão Preto, v. 19, n. 1, p. 26-33, 2011.

46. SOUZA, C. Políticas Públicas: uma revisão da literatura. *Sociologias*, Porto Alegre, v. 8, n. 16, p. 20-45, 2006.
47. TEIXEIRA C. Epidemiologia e planejamento de saúde. *Ciência e Saúde Coletiva*, 1999.
48. TRIVIÑOS, A. N. S. Introdução à Pesquisa em Ciências Sociais. São Paulo: Atlas, 1987.
49. WEIGELT, L. D. Política Pública de saúde: um estudo sobre o processo de implementação da descentralização/regionalização da saúde na região do vale do Rio Pardo- RS. Tese (Programa de Pós-Graduação em Desenvolvimento Regional) – Universidade de Santa Cruz do Sul, Santa Cruz do Sul, 2006.
50. VIANA, A. L., Ferreira MP, Cutrim MAB, Fusaro ER, Souza MR, Mourão L, Pereira APCM, Mota PHS, Iozzi FL, Uchimura LYT. O Processo de Regionalização no Brasil: influência das dimensões Política, Estrutura e Organização. *Rev. bras. Saúde matern. infant.* 2017.
51. VIANA A. L. D, FARIA R, PACÍFICO H. O SUS e as novas práticas de avaliação para gestão em redes: é possível conciliar a visão clássica de avaliação como novas práticas? In: Pinheiro R, Mattos RA, organizadores. *Gestão em redes: práticas de avaliação, formação e participação na saúde*. Rio de Janeiro: IMS/Uerj/Abrasco; 2006. p. 135-150.
52. YIN, R. K. Estudos de Caso: planejamento e métodos. Tradução de Daniel Grassi, 2ed. Porto Alegre: Bookmann, 2001.

Artigo Recebido: 13.03.2019

Aprovado para publicação: 19.06.2020

Rosângela Dornelles

Universidade de Santa Cruz do Sul/UNISC, Programa de Pós-Graduação em Desenvolvimento Regional.

AV. Independência 2293/Bloco 10 - Santa Cruz do Sul/RS-Brasil CEP 96815-900

Telefone: (51) 37177300

Email: sareosa@unisc.br
