

UNIVERSIDADE FEDERAL DO PAMPA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM POLÍTICAS PÚBLICAS
MESTRADO PROFISSIONAL

LARISSA ZANELA MENDES

**CONSELHO REGIONAL DE DESENVOLVIMENTO (COREDE): análise
do processo deliberativo da saúde na Fronteira Oeste do Rio Grande do Sul
(2016-2018)**

SÃO BORJA-RS

2019

Larissa Zanela Mendes

CONSELHO REGIONAL DE DESENVOLVIMENTO (COREDE): análise do processo deliberativo da saúde na Fronteira Oeste do Rio Grande do Sul (2016-2018)

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Políticas Públicas – Mestrado Profissional da Universidade Federal do Pampa, como requisito parcial para obtenção do Título de Mestra em Políticas Públicas.

Orientador(a): Prof. Dr^a. Angela Quintanilha Gomes.

SÃO BORJA-RS

2019

Ficha catalográfica elaborada automaticamente com os dados fornecidos
pelo(a) autor(a) através do Módulo de Biblioteca do
Sistema GURI (Gestão Unificada de Recursos Institucionais) .

M538c Mendes, Larissa Zanela

Conselho Regional de Desenvolvimento (Corede):
análise do processo deliberativo da saúde na Fronteira
Oeste do Rio Grande do Sul (2016-2018) / Larissa Zanela
Mendes Mendes.

140 p.

Dissertação (Mestrado) -- Universidade Federal do
Pampa, MESTRADO EM POLÍTICAS PÚBLICAS, 2019.

"Orientação: Angela Quintanilha Gomes Gomes".

1. Conselho Regional de Desenvolvimento da Fronteira
Oeste. 2. Saúde. 3. Políticas Públicas. 4.
Desenvolvimento Regional. I. Título.

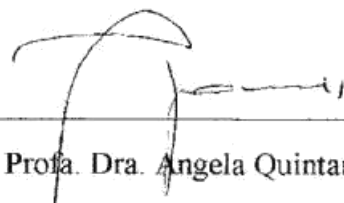
Larissa Zanela Mendes

CONSELHO REGIONAL DE DESENVOLVIMENTO (COREDE): análise do processo deliberativo da saúde na Fronteira Oeste do Rio Grande do Sul (2016-2018)

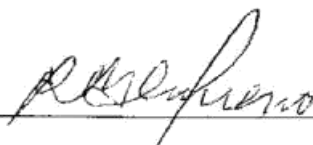
Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Políticas Públicas – Mestrado Profissional da Universidade Federal do Pampa, como requisito parcial para obtenção do Título de Mestra em Políticas Públicas.

Área de concentração: Elaboração, implementação e avaliação de Políticas Públicas para o desenvolvimento regional em áreas de fronteira.

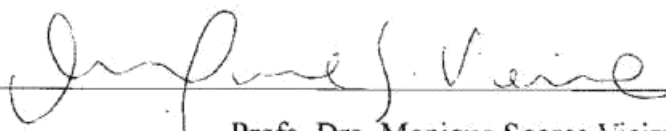
BANCA EXAMINADORA



Profa. Dra. Angela Quintanilha Gomes
Professora Orientadora – UNIPAMPA



Prof. Dr. Ronaldo Bernardino Colvero
Professor Examinador – UNIPAMPA



Profa. Dra. Monique Soares Vieira
Professora Examinadora - UNIPAMPA

À minha mãe, Luisa
e à minha irmã, Thais.

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus por ter me guiado, abençoado e por me fortalecer a cada dia para conquistar os meus objetivos. À minha mãe Luisa e minha irmã Thais, pelo carinho, atenção, paciência, incentivo e pela base que me foi dada, onde o estímulo ao estudo e dedicação sempre foram primordiais em minha educação. Obrigada por me ensinarem que na vida é preciso ir à luta pelos objetivos, e que as oportunidades de crescimento devem ser aproveitadas e valorizadas; por me apoiarem e auxiliarem no enfrentamento das dificuldades e por me acompanharem com tanto amor nesses seis anos de trajetória acadêmica na graduação e mestrado.

As minhas avós, tias e tios (consanguíneos e de consideração) pelo incentivo, carinho e compreensão. Aos meus primos e também afilhados agradeço imensamente, pois mesmo ainda sem entender, são grandes incentivadores; me esforço a cada dia mais para que me vejam como um bom exemplo a ser seguido.

Aos meus bons e grandes amigos Jessica, Isaac e Bruno, gratidão por esses anos de caminhada conjunta, carinho, paciência e reuniões de muitas risadas. Sabemos bem das dificuldades que a vida acadêmica impõe, e por este motivo somos âncoras um do outro; isso se chama amizade. Vocês são um presente de Deus em minha vida.

À professora Dra. Angela Quintanilha Gomes, pela excelente orientação e por se mostrar tão presente nessa importante caminhada. Agradeço pela paciência, atenção, pela autonomia que me foi dada enquanto pesquisadora, por toda a vivência e experiência diária que tive como bolsista do Programa de Auxílio a Pós-Graduação (PAPG), mas principalmente por ser uma grande amiga e compartilhar seu conhecimento comigo.

Ao corpo docente do PPGPP, pelas aulas ministradas e pela valiosa troca de conhecimento. Em mim, carrego um pouco dos ensinamentos passados por cada um desses grandes mestres.

Aos meus colegas de turma por esses dois anos de convívio amigável e pacífico, pela troca de experiências e pelos bons momentos que tivemos dentro e fora da sala de aula.

À equipe do COREDE-FO, sr. Hildebrando Santos, sr. Hugo Chimenes, sr. Márcio Barros e demais entrevistados deste estudo, o presidente do COMUDE São Borja, o Secretário Municipal de Saúde de São Borja, e o gestor representante do Hospital Infantil Ivan Goulart, deixo registrado a minha gratidão por compartilharem importantes informações a respeito das respectivas atuações e pela contribuição, que fora essencial para o enriquecimento da minha pesquisa.

Epígrafe

“Tenho a impressão de ter sido uma criança brincando à beira-mar, divertindo-me em descobrir uma pedrinha mais lisa ou uma concha mais bonita que as outras, enquanto o imenso oceano da verdade continua misterioso diante de meus olhos”.

Isaac Newton

RESUMO

A presente dissertação faz uma análise do processo deliberativo do Conselho Regional de Desenvolvimento (COREDE) da Fronteira Oeste do Rio Grande do Sul, referente às pautas da saúde no período de 2016 a 2018, tendo em vista que estudos recentes revelam fragilidade com relação à temática. Uma vez que o mesmo apresenta os piores índices ligados à saúde, sendo a região a última colocada no ranking estadual, este trabalho busca compreender como os treze municípios pertencentes ao COREDE-FO entendem essa questão e de que forma atuam visando revertê-la. Pautada pela metodologia qualitativa, foram realizadas pesquisas bibliográfica e documental com as atas das Assembleias Públicas Municipais do período, além de dados concernentes aos resultados das Consultas Populares extraídos da página oficial do COREDE-FO e entrevistas semiestruturadas com figuras atuantes que representam os segmentos da área estudada. Como resultados, verificou-se que há um engajamento por parte do Conselho em auxiliar na melhoria da saúde nos municípios explicitada nos Planos Estratégicos de Desenvolvimento, bem como um crescimento significativo da participação cidadã nas Consultas Populares e na votação das propostas de saúde, demonstrando o interesse da comunidade em maiores investimentos para a ampliação no acesso e oferta de serviços. Observou-se também a necessidade de articulação entre os setores envolvidos para uma maior efetividade nas ações realizadas pelos mesmos em prol da saúde, visando o desenvolvimento regional.

Palavras-Chave: Conselhos Regionais de Desenvolvimento; COREDE-FO; Desenvolvimento Regional; Políticas Públicas; Saúde.

ABSTRACT

The present dissertation analyzes the deliberative process of the Regional Development Council (COREDE) of the West Frontier of Rio Grande do Sul, referring to the health guidelines from 2016 to 2018, considering that recent studies reveal fragility regarding the theme. Since it has the worst health-related indexes, and the region is the last one ranked in the state ranking, this work seeks to understand how the thirteen municipalities belonging to COREDE-FO understand this question and how they act to reverse it. Guided by the qualitative methodology, realized bibliographical and documentary researches was carried out with the minutes of the Municipal Public Assemblies of the period, as well as data concerning the results of the Popular Queries extracted from the official page of COREDE-FO and semi-structured interviews with active figures representing the segments of the area studied. As a result, it was verified that there is an engagement by the Council in helping to improve health in the municipalities as spelled out in the Strategic Development Plans, as well as a significant increase in citizen participation in the Popular Consultations and in the voting of health proposals, demonstrating the interest in greater investments to expand access and services offer. It was also observed the need for articulation between the sectors involved for a greater effectiveness in the actions carried out by them in favor of health, aiming at regional development.

Key-words: Regional Development Councils; COREDE-FO; Regional development; Public Policy; Health.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Faixa de Fronteira do Programa de Desenvolvimento da Faixa de Fronteira (PDF)	57
Figura 2 – Municípios do COREDE-FO.....	58

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Potencialidades e problemas na Gestão Social	75
Quadro 2 – Análise estratégica na gestão social: saúde e assistência social	75
Quadro 3 - Estratégias e projetos prioritários	77
Quadro 4 – Potencialidades da saúde e assistência social	79
Quadro 5 – Problematização da estratégia 6	80
Quadro 6 – Consulta Popular 2016/2017	82
Quadro 7 – Consulta Popular 2017/2018	83
Quadro 8 – Consulta Popular 2018/2019	84
Quadro 9 – Dados das últimas 3 Consultas Populares	85
Quadro 10 – Consultas Populares de Alegrete	87
Quadro 11 – Consultas Populares de Barra do Quaraí	88
Quadro 12 – Consultas Populares de Itacurubi	89
Quadro 13 – Consultas Populares de Itaqui	91
Quadro 14 – Consultas Populares de Maçambará	92
Quadro 15 – Consultas Populares de Manoel Viana	93
Quadro 16 – Consultas Populares de Quaraí	95
Quadro 17 – Consultas Populares de Rosário do Sul	96
Quadro 18 – Consultas Populares de Santa Margarida do Sul	98
Quadro 19 – Consultas Populares de Santana do Livramento	99
Quadro 20 – Consultas Populares de São Borja	101
Quadro 21 – Consultas Populares de São Gabriel	102
Quadro 22 – Consultas Populares de Uruguaiana	104

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

Abrasco	Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva
ARENA	Aliança Renovadora Nacional
CAGE	Contadoria e Auditoria-Geral do Estado do Rio Grande do Sul
Cebes	Centro Brasileiro de Estudos de Saúde
CEPAL	Comissão Econômica para a América Latina e o Caribe
COMUDES	Conselhos Municipais de Desenvolvimento
COREDES	Conselhos Regionais de Desenvolvimento
COREDE-FO	Conselho Regional de Desenvolvimento da Fronteira Oeste
CORSAN	Companhia Riograndense de Saneamento
EMATER-RS do Sul	Empresa de Assistência Técnica e Extensão Rural do Rio Grande do Sul
FEE Sul	Fundação de Economia e Estatística do Estado do Rio Grande do Sul
FUSEx	Fundo de Saúde do Exército
IAPs	Institutos de Aposentadorias e Pensões
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IDEB	Índice de Desenvolvimento da Educação Básica
IDESE	Índice de Desenvolvimento Socioeconômico
IDH	Índice de Desenvolvimento Humano
INAMPS	Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social
INPS	Instituto Nacional de Previdência Social
IPÊ	Instituto de Previdência do Estado do Rio Grande do Sul
LOA	Lei Orçamentária Anual do Estado do Rio Grande do Sul
Matriz FOFA	Matriz de Forças e Fraquezas, Oportunidades e Ameaças
MDB	Movimento Democrático Brasileiro
MS	Ministério da Saúde
NOB	Normas de Operação Básica
ODS	Objetivos de Desenvolvimento Sustentável
ONU	Organização das Nações Unidas
PDFF Fronteira	Programa de Promoção do Desenvolvimento da Faixa de Fronteira

PED	Plano Estratégico de Desenvolvimento da Fronteira Oeste
PIB	Produto Interno Bruto
PND	Plano Nacional de Desenvolvimento
PNDR	Política Nacional de Desenvolvimento Regional
RC Mec	Regimento de Cavalaria Mecanizado
REME	Movimento da Renovação Médica
SEPLAN-RS do Sul	Secretaria de Planejamento, Orçamento e Gestão do Rio Grande
SESAC	Semana de Estudos de Saúde Comunitária
SUS	Sistema Único de Saúde
UNIPAMPA	Universidade Federal do Pampa
UTIn	Unidade de Terapia Intensiva Neonatal

SUMÁRIO

LISTA DE FIGURAS	10
LISTA DE QUADROS	11
LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS	12
1 INTRODUÇÃO.....	16
2 NOÇÕES INTRODUTÓRIAS SOBRE POLÍTICAS PÚBLICAS, SAÚDE E DESENVOLVIMENTO REGIONAL	20
2.1 Discussão teórico-conceitual acerca das Políticas Públicas	20
2.1.1 <i>Sociedade, Estado e Governo</i>	<i>20</i>
2.1.2 <i>Política e política pública.....</i>	<i>21</i>
2.1.3 <i>Análise de políticas públicas e o ciclo de políticas públicas.....</i>	<i>23</i>
2.2 Breve contextualização sobre a saúde no Brasil	26
2.2.1 <i>O regime militar e a saúde no Brasil</i>	<i>27</i>
2.2.2 <i>O movimento sanitário e a redemocratização</i>	<i>29</i>
2.2.3 <i>O Federalismo e a criação do SUS.....</i>	<i>33</i>
2.3 Desenvolvimento regional no Rio Grande do Sul	40
2.3.1 <i>Espaço, território e região</i>	<i>40</i>
2.3.2 <i>Desenvolvimento e Desenvolvimento Regional</i>	<i>42</i>
2.3.3 <i>Discussão e origem dos Conselhos Regionais de Desenvolvimento (COREDES) ..</i>	<i>45</i>
2.3.4 <i>Os COREDES e o capital social</i>	<i>53</i>
3 O CONSELHO REGIONAL DE DESENVOLVIMENTO DA FRONTEIRA OESTE (COREDE-FO).....	57
3.1 O COREDE Fronteira Oeste no contexto geopolítico	57
3.2 Perfil socioeconômico dos municípios que compõem o COREDE-FO	60
3.2.1 <i>Alegrete.....</i>	<i>60</i>
3.2.2 <i>Barra do Quaraí.....</i>	<i>61</i>
3.2.3 <i>Itacurubi</i>	<i>62</i>
3.2.4 <i>Itaqui</i>	<i>63</i>
3.2.5 <i>Maçambará.....</i>	<i>64</i>
3.2.6 <i>Manoel Viana.....</i>	<i>65</i>
3.2.7 <i>Quaraí</i>	<i>66</i>
3.2.8 <i>Rosário do Sul.....</i>	<i>68</i>
3.2.9 <i>Santa Margarida do Sul</i>	<i>69</i>
3.2.10 <i>Santana do Livramento.....</i>	<i>70</i>

3.2.11 São Borja	71
3.2.12 São Gabriel	72
3.2.13 Uruguaiana	73
3.3 Planos Estratégicos de Desenvolvimento da Fronteira Oeste	75
3.4 O processo deliberativo da saúde no COREDE-FO: balanço dos últimos anos.....	82
3.4.1 Alegrete.....	87
3.4.1 Barra do Quaraí.....	89
3.4.3 Itacurubi	90
3.4.4 Itaqui	91
3.4.5 Maçambará.....	93
3.4.6 Manoel Viana.....	94
3.4.7 Quaraí	95
3.4.8 Rosário do Sul.....	96
3.4.9 Santa Margarida do Sul	98
3.4.10 Santana do Livramento.....	99
3.4.11 São Borja	101
3.4.12 São Gabriel	102
3.4.13 Uruguaiana.....	104
3.4.14 Entrevistas	105
3.5 Síntese de Resultados.....	112
4 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	115
REFERÊNCIAS.....	118
APÊNDICE	133
.....	138
ANEXOS	138

1 INTRODUÇÃO

Essa dissertação de mestrado tem como proposta a análise do processo deliberativo da saúde do Conselho Regional de Desenvolvimento da Fronteira Oeste (COREDE-FO) no período de 2016 a 2018. Como será visto no decorrer da pesquisa, o desenvolvimento regional se tornou pauta no Rio Grande do Sul na década de 1980, momento em que o modo de planejamento e gestão das atividades realizadas unicamente pelas administrações municipais se mostraram insuficientes para resolver o problema da desigualdade entre as regiões (BANDEIRA, 2007). Com a redemocratização no Brasil houve o estabelecimento de diversos mecanismos de participação da coletividade na gestão de políticas públicas; e é a partir dessa prática que surgem os COREDES nos anos 90 (ALLEBRANDT et al., 2011).

Os Conselhos Regionais de Desenvolvimento buscam possibilitar a associação e o diálogo entre as regiões do estado por meio de deliberações sobre demandas compartilhadas e políticas, visando atender às necessidades regionais e impulsionar o desenvolvimento socioeconômico dos municípios (GONÇALVES, 2010). Atualmente os COREDES são fragmentados em 28 regiões, respeitando as especificidades de cada localidade. Consonante à estruturação dos Conselhos, a temática da saúde pública continua sendo pauta de discussão entre os *policymakers* e a população. Desde a Constituição Federal de 1988, é uma obrigatoriedade do Estado em promover a saúde a todos os cidadãos brasileiros. Em 1990, foi instituído o Sistema Único de Saúde (SUS) através da Lei nº. 8.080, que garante o acesso a saúde em situação de gratuidade, equidade e integralidade (BRASIL, 1988). Da mesma forma, a Constituição Estadual do Rio Grande do Sul de 1989 também atribui ao SUS em âmbito estadual a definição de estratégias regionais para a promoção da saúde (RIO GRANDE DO SUL, 1989).

Considerando tais preceitos, a saúde é uma das principais pautas abordadas pelos COREDES. Estudos recentes apontam que a região da Fronteira Oeste apresenta os piores índices ligados à saúde, sendo que se destaca negativamente a Saúde Materno Infantil, que é analisado através da taxa de mortalidade dos menores de cinco anos de idade e número de consultas pré-natal por nascidos vivos, no qual a região é a última colocada no ranking estadual (BERTÊ et al., 2016). Uma vez que tais indicadores revelam esse déficit no setor saúde, o tema desta dissertação surgiu a partir da necessidade de compreender como os treze municípios integrantes do Conselho entendem essa questão e de que forma atuam visando revertê-la. Portanto, o questionamento que norteia essa pesquisa é o seguinte: Como as questões relacionadas à saúde passam a ser entendidas como problema pelo Conselho Regional de

Desenvolvimento da Fronteira Oeste (COREDE-FO)? A partir disso, de que maneira as propostas são escolhidas durante as assembleias e votadas?

Para alcançar resultados sobre o questionamento citado supra, alguns passos se tornam imprescindíveis, tais como analisar como as pautas relacionadas à saúde do COREDE-FO são eleitas como prioridades e deliberadas nos treze municípios; fazer um levantamento bibliográfico acerca dos principais conceitos referentes à temática escolhida; e verificar o nível de participação cidadã nas deliberações da Consulta Popular que o Conselho organiza. Uma vez atingidos tais objetivos específicos, a pesquisa contará com alicerce sólido, nas vertentes teórica e empírica, para enfrentar o objetivo geral que norteia o trabalho, qual seja, o questionamento apresentado como problema.

Nesse sentido, a metodologia é o procedimento que traça o caminho a ser percorrido pelo pesquisador para chegar ao objetivo. Demo (2009) a caracteriza como disciplina instrumental, considerada uma circunstância necessária para fazer ciência. Dito isso, a metodologia escolhida para a realização desta pesquisa é a qualitativa, pois os estudos qualitativos podem descrever com profundidade o problema/hipótese e compreender a sua complexidade, possibilitando o alcance de resultados por meio do estudo de longa duração (DIEHL; TATIM, 2004). Logo, este trabalho tem como ponto de partida uma pesquisa bibliográfica, pois abrange obras já publicadas a respeito do tema escolhido e tem como finalidade introduzir o pesquisador em tudo o que fora escrito sobre o mesmo (MARCONI; LAKATOS, 2007). Foi realizada uma pesquisa documental, levando em consideração que “esta fonte de coleta de dados está restrita a documentos, escritos ou não, constituindo o que se denomina de fontes primárias” (MARCONI; LAKATOS, 2007, p. 62).

A intenção inicial era que fosse feita uma análise do processo deliberativo dos últimos oito anos de atuação do COREDE-FO, que compreenderia os anos de 2010 a 2018. Todavia, foi realizada uma visita *in loco* na atual sede da presidência do Conselho, localizada no município de Itaqui, onde verificou-se que não haveria material suficiente para desenvolver a pesquisa no referido limite temporal, em virtude da inexistência de atas das Assembleias Públicas Municipais no período de 2010 a 2012. Foi realizada uma varredura na Página do Facebook do COREDE-FO, principal meio de acesso e divulgação de informações sobre as atividades desenvolvidas, e foi constatado que estão faltando atas e dados de alguns dos anos selecionados – 2013, 2014 e 2015. Em contato com o vice-presidente do COREDE-FO – que consta em anexo –, foi explicado que tais arquivos foram corrompidos, não sendo possível recuperá-los.

Dessa forma, para a realização do estudo foram utilizadas as atas das Assembleias Públicas Municipais de 2016, 2017 e 2018, que correspondem as três últimas votações do Conselho, para verificar quais foram as demandas selecionadas durante tal período por cada município, analisar os municípios também de modo geral, isto é, enquanto região, bem como verificar o nível de participação popular nas Consultas. Aliada ao suporte teórico, foram realizadas entrevistas semiestruturadas do tipo focalizada, onde existe um roteiro prévio apenas com os tópicos que serão abordados durante a entrevista, dando liberdade ao entrevistador de formular as perguntas que considerar pertinentes relativas às suas dúvidas, não observando necessariamente uma estrutura mais formal (MARCONI; LAKATOS, 2007).

Esta técnica de pesquisa foi elaborada para ter sua aplicação com as principais figuras políticas e sociais que integram o conselho e/ou atuam no processo de desenvolvimento local e regional no âmbito da saúde. Tais entrevistas serviram para entender como se dá a articulação dos setores (prefeituras, e hospitais) com os COMUDES e o COREDE-FO. É importante destacar que as entrevistas foram realizadas em apenas um município com a pretensão de averiguar como se articulam com relação à preparação das propostas que vão à votação e o rateio de recursos. Logo, a cidade escolhida como amostra para a realização das entrevistas foi São Borja. Foram entrevistados: o presidente do COMUDE São Borja, o gestor representante do Hospital Infantil Ivan Goulart, o Secretário de Saúde e o vice-presidente do COREDE-FO.

Além desta introdução, a dissertação conta com mais dois capítulos e as considerações finais, sendo que no segundo foram abordados os principais conceitos que embasaram o estudo. Definições atreladas à percepção de políticas públicas e desenvolvimento regional, bem como rápidas contextualizações acerca do período mais importante da história brasileira referente à saúde pública – o movimento da reforma sanitária que impulsionou a criação do SUS – e a situação de desigualdade entre as regiões do Rio Grande do Sul, que mais tarde culminaram na discussão sobre o assunto e posterior criação dos COREDES. Foram mencionadas também noções de sociedade, estado, governo, política, espaço, território, região e capital social com a finalidade de situar o leitor e criar uma dinâmica explicativa até chegar nos conceitos chave da pesquisa.

No terceiro capítulo, é feito o recorte espacial do COREDE-FO, relatando a sua localização geográfica e o contexto fronteiriço no qual está inserido, como também foram expostas importantes informações sobre a sua estrutura organizacional. Foi desenvolvido o perfil socioeconômico de cada um dos treze municípios que integram o Conselho, a fim de apresentar dados gerais e estatísticos para a identificação de elementos como origem, economia, população média, educação e saúde – sendo que este último foi utilizado *a posteriori*. Da

mesma forma, foram apontados os dados da região contidos nos Planos Estratégicos de Desenvolvimento (PEDs), para que fosse possível identificar como o COREDE-FO percebe a questão saúde e quais são as frentes de ação para otimizar os índices. Em seguida, inicia-se a exposição dos resultados das três últimas Consultas Populares de maneira abrangente, isto é, dos municípios como um todo enquanto região, e depois de forma individual juntamente com as informações das atas das Assembleias Públicas Municipais para analisar como se deu a participação dos eleitores em cada cidade, se foram eleitas (ou não) propostas relacionadas à saúde para serem discutidas nas Assembleias Regionais Ampliadas e escolhidas para compor a cédula de votação da Consulta Popular.

Ainda no terceiro capítulo, foram expostos os principais pontos das entrevistas realizadas na intenção de responder com a intenção de responder ao questionamento sobre como estes segmentos participantes da Consulta atuam no processo de desenvolvimento regional no âmbito da saúde. Para finalizar tal parte, foi feita uma síntese dos resultados, onde se identificou que há dois padrões de participação – um positivo e outro negativo – nos quais alguns municípios se destacam. Por fim, nas considerações finais é retomado o objetivo central da dissertação de forma breve e apresenta-se a conclusão recuperando elementos relevantes identificados durante o processo de pesquisa.

2 NOÇÕES INTRODUTÓRIAS SOBRE POLÍTICAS PÚBLICAS, SAÚDE E DESENVOLVIMENTO REGIONAL

Este capítulo é uma sucinta reflexão acerca da temática na qual a dissertação está embasada. Não se tem a pretensão de esgotar a base teórica aqui apresentada, mas de abrir espaço para discussão sobre o objeto de estudo dessa pesquisa, onde torna-se fundamental a elucidação de diversos conceitos pela visão de diferentes autores até se chegar no escopo do trabalho, que é a saúde relacionada ao desenvolvimento regional. Para tanto, faz-se um rápido resgate sobre o que são tais conceitos abordados, seguido da contextualização histórica da saúde no Brasil, bem como percorre-se brevemente pelo histórico de desigualdades no Estado do Rio Grande do Sul, para que seja possível a compreensão do surgimento dos Conselhos Regionais de Desenvolvimento (COREDES).

2.1 Discussão teórico-conceitual acerca das Políticas Públicas

2.1.1 Sociedade, Estado e Governo

De acordo com Rua (2009, p. 14), sociedade “é um conjunto de indivíduos, dotados de interesses e recursos de poder diferenciados, que interagem continuamente a fim de satisfazer às suas necessidades”. Não há homogeneidade entre aqueles que a compõem; possuem diferentes características, valores, ideias, como também desenvolvem funções distintas no decorrer de suas vidas. Por isso, os indivíduos interagem enquanto coletividade e contribuem de inúmeras formas por meio de suas aptidões, diálogos, competências e demandas (RUA, 2009). Dito isso, para que a sociedade consiga conviver com tais diferenças é necessário a instrumentalização de regras, e é dessa forma que a existência do Estado ganha sentido.

O Estado pode ser caracterizado como uma entidade organizada, encarregada de gerir a sociedade para o bem comum. Tem a função de legislar, administrar e julgar. Por meio dessas atividades é possível fazer a manutenção da ordem, desempenhar sua função pública através da execução de serviços em favor dos cidadãos e resolver de forma pacífica os conflitos que venham a surgir (DIAS, 2010). Para Weber, o Estado exerce “uma relação de dominação de homens sobre homens, apoiada no meio da coação legítima [...]. Para que ele subsista, as pessoas dominadas têm que se submeter à autoridade invocada pelas que dominam no momento dado” (WEBER, 1999, p. 525-526). Como aponta Dias e Matos:

O Estado possui acesso a um número limitado de recursos que devem ser utilizados para atender a um número significativo de demandas da sociedade e que tendem a crescer em função da maior complexidade das sociedades e das novas exigências e problemas decorrentes. Desse modo, as funções estatais em todos os níveis (federal, estadual, municipal), para serem exercidas, necessitam de um mínimo de planejamento, com a adoção de critérios de racionalidade para que as metas e objetivos sejam alcançados de forma eficiente (DIAS; MATOS, 2012, p. 07).

O Estado também necessita de uma organização de poder específica, que se materializa através do governo, sendo este um pequeno grupo de indivíduos que permanece no poder por um determinado período de tempo. O governo atua gerenciando o Estado, aplicando leis, formulando e executando políticas públicas (DIAS, 2010). Em consonância disso, Lahera (2006) aponta que é conveniente enxergá-lo além da sua organização, como um instrumento para a realização de políticas públicas. Isto é, a essência do governo não se encontra apenas na sua estrutura, mas nos seus resultados.

2.1.2 Política e política pública

Para que a sociedade consiga enfrentar as divergências de maneira menos conflituosa e progredir, deve-se buscar o consenso e instituir limites para o bem-estar da coletividade. O consenso é construído a partir do momento em que os cidadãos abrem mão de parte de sua individualidade e se submetem a princípios e normas de convivência impostas pelo Estado com o propósito de administrar o conflito. Um dos caminhos buscados para este fim é a política. Sendo assim, a “política consiste no conjunto de procedimentos formais e informais que expressam relações de poder e que se destinam à resolução pacífica dos conflitos quanto a bens públicos” (RUA, 2009, p. 17). O termo “política” é diferenciado de três formas pela Ciência Política e pelo campo de estudos de Política Pública: *politics*, *policy* e *polity*. O primeiro se refere ao processo político, às diversas atividades e ferramentas que se traduzem nas relações de poder, aspirando influenciar no comportamento dos indivíduos; buscam a resolução de conflitos concernentes da tomada de decisões (RUA, 2009; FREY, 2000). Logo:

O termo *politics* refere-se ao conjunto de interações que definem múltiplas estratégias entre atores para melhorar seu rendimento e alcançar seus objetivos. Refere-se à política entendida como a construção do consenso e luta pelo poder. Desse modo, podemos nos referir à política de uma organização, de uma empresa, de um clube, de uma família ou de um grupo social específico. Também pode se referir à carreira profissional de um político, que por suas atitudes busca obter e ampliar sua influência. A dedicação à política, nesse sentido, remete a uma atividade que tem regras de jogo específicas (dinâmica partidária e eleitoral) e um estilo próprio (interesse pelo público e atributos de liderança) (DIAS; MATOS, 2012, p. 02).

Policy está relacionado ato de formular propostas e implementar programas políticos desenvolvido pelas organizações públicas em resposta aos problemas que afetam a sociedade. Outrossim, *policy* é a ação do governo em estabelecer políticas públicas por meio da política e tomada de decisões. Nesse sentido, a política “é executada por uma autoridade legitimada que busca efetuar uma realocação dos recursos escassos da sociedade”, isto é, esta elabora “produtos de ações que têm efeitos no sistema político e social” (DIAS; MATOS, 2012, p. 02). Em suma, “é possível sustentarmos que as políticas públicas (*policy*) são uma das resultantes da atividade política (*politics*): compreendem o conjunto das decisões e ações relativas à alocação imperativa de valores envolvendo bens públicos” (RUA, 2009, p. 19). Já a *polity* está ligada a dinâmica institucional, “se refere à ordem do sistema político, delineada pelo sistema jurídico, e à estrutura institucional do sistema político-administrativo (FREY, 2000, p. 216).

Teixeira (2002) afirma que as políticas públicas podem ser denominadas como princípios e diretrizes orientadas à luz das ações do poder público, ou seja, são normativas procedimentais que ocorrem nas relações entre governo e sociedade. Para este autor, as políticas públicas caracterizam-se também pela não-ação governamental como meio de manifestação política, visto que representam as preferências dos atores que ocupam os cargos públicos. Entretanto, Secchi (2013) contrapõe este último aspecto explicitando que as circunstâncias de omissão ou não-ação dos governos não são consideradas políticas públicas, mas significam a não anexação do problema na agenda formal¹. As políticas públicas são vistas como *outputs*, isto é, são o produto das atividades políticas exercidas por um governo. Assim, são decisões e atividades que exigem a formulação de estratégias para serem implementadas (RUA, 1997).

As políticas públicas são formuladas para suprir as demandas de diversos atores, e principalmente, as da sociedade civil, seguindo o cumprimento de uma agenda pública. Elas têm como finalidade desenvolver ações para a coletividade visando solucionar problemas específicos e/ou gerais de determinados segmentos (DIAS, 2010). São norteadas por uma política estatal que determina as iniciativas governamentais para o bem comum. Podem ser executadas por órgãos governamentais ou pelas demais organizações revestidas de poder público, bem como variar de acordo com a pluralidade econômico-social, com a atuação de diversos atores sociais e também com o tipo de regime político vigente (LUCHESE; AGUIAR, 2002).

As políticas públicas traduzem, no seu processo de elaboração e implantação e, sobretudo, em seus resultados, formas de exercício do poder político, envolvendo a

¹ De acordo com o referido autor, a agenda formal ou agenda institucional é o conjunto de assuntos que compõem a lista de problemas já designados para serem enfrentados pelo poder público (SECCHI, 2013).

distribuição e redistribuição de poder, o papel do conflito social nos processos de decisão, a repartição de custos e benefícios sociais. Como o poder é uma relação social que envolve vários atores com projetos e interesses diferenciados e até contraditórios, há necessidade de mediações sociais e institucionais, para que se possa obter um mínimo de consenso e, assim, as políticas públicas possam ser legitimadas e obter eficácia (TEIXEIRA, 2002, p. 02).

Souza (2006, p. 22) caracteriza a política pública como sendo “um campo do conhecimento que busca, ao mesmo tempo, ‘colocar o governo em ação’ e/ou analisar essa ação [...] e, quando necessário, propor mudanças no rumo ou curso dessas ações”. Também é “um conceito abstrato que se materializa com instrumentos concretos como, por exemplo, leis, programas, campanhas, obras, prestação de serviço, subsídios, impostos e taxas, decisões judiciais, entre muitos outros” (SECCHI, 2016, p. 5).

Podemos entender como política pública a discussão e prática de ações relacionadas ao conteúdo, concreto ou simbólico, de decisões reconhecidas como políticas; isto é, o campo de construção e atuação de decisões políticas. Apontar a política pública como uma diretriz de enfrentamento de um problema, nem sempre transforma uma questão em um problema. Para que isso ocorra é necessária uma conjunção de fatores. As construções sociais em torno de um tema ou assunto poderão, necessariamente, pautar a entrada da discussão na agenda (AGUM; RISCADO; MENEZES, 2015, p. 16).

Dessa forma, são consideradas um fluxo de decisões públicas destinadas a preservar o equilíbrio social, ou a romper com este para que haja uma mudança no *status quo* (SARAVIA, 2006). As políticas públicas se mostram eficazes uma vez que sejam capazes de reconhecer as prioridades, racionalizar os custos e fazer o mapeamento de metas a serem atingidas (DIAS, 2010). Portanto, tem como principal objetivo enfrentar, reduzir ou até mesmo extinguir um problema público. O problema público se configura na medida que há um distanciamento entre o que seria uma situação ideal de bem-estar e o que realmente é (SECCHI, 2016). Neste momento, cabe fazer uma discussão sobre o que é a análise de políticas públicas (*policy analysis*) e como funciona o processo de uma política pública.

2.1.3 Análise de políticas públicas e o ciclo de políticas públicas

O campo da *policy analysis* visa “gerar e sistematizar informações relevantes para o processo decisório de políticas públicas. O objetivo central dessa atividade é dar subsídios informativos para que a política pública seja mais apta a resolver ou mitigar o problema público” (SECCHI, 2016, p. 10). Tem por objetivo otimizar a percepção sobre a política e o andamento do processo político, como também busca propor melhorias para a política pública em questão (RUA, 2009). Conforme a área de análise de políticas públicas foi se consolidando,

diversas tipologias foram desenvolvidas para o melhor entendimento de como uma política pública é constituída. Um desses modelos é o ciclo da política pública (*policy cycle*), que enxerga a política pública por meio de fases e auxilia na visualização e identificação de como de todo o processo decisório até o momento da sua extinção – quando isso ocorre –, como também o comportamento dos atores e suas estratégias. Na prática, os estágios do ciclo não acontecem sempre na mesma ordem; entretanto, é sempre possível identificá-los em uma política pública. A primeira etapa é a identificação do problema, momento que se reconhece a insatisfação com algo que afeta o bem-estar de importantes atores na arena política ou segmentos da sociedade (SECCHI, 2013).

No que tange à fase da *percepção e definição de problemas*, o que interessa ao analista de políticas públicas é a questão como em um número infinito de possíveis campos de ação política, alguns “policy issues” vêm se mostrando apropriados para um tratamento político e consequentemente acabam gerando um “policy cycle”. Um fato pode ser percebido, pela primeira vez, como um problema político por grupos sociais isolados, mas também por políticos, grupos de políticos ou pela administração pública. Frequentemente, são a mídia e outras formas da comunicação política e social que contribuem para que seja atribuída relevância política a um problema peculiar. [...] Além do mais, é importante considerar a maneira como os problemas foram definidos, sendo isso posteriormente de fundamental importância para a proposição de soluções na fase da elaboração dos programas (FREY, 2000, p. 227).

Em um segundo momento, acontece a formação da agenda, que contém o conjunto de problemas compreendidos como importantes ao governo (SECCHI, 2013). De acordo com Frey (2000), é nessa fase de organização da *agenda-setting* que se faz uma avaliação prévia da relação custo-benefício exposto pelos diversos caminhos de ação, como também uma apreciação acerca do tema ou projeto para verificar quais as reais probabilidades deste se estabelecer na arena política. A terceira etapa é a de formulação de alternativas, instante que os atores “começam a apresentar propostas para sua resolução. Essas propostas expressam interesses diversos, os quais devem ser combinados, de tal maneira que se chegue a uma solução aceitável para o maior número de partes envolvidas” (RUA, 2009, p. 37). A partir disso, começa a delimitação de objetivos, estratégias e o estudo sobre cada alternativa (SECCHI, 2013).

A quarta etapa é a tomada de decisão, fase que retrata o instante em que os interesses dos atores são analisados, e a maneira de como se enfrentará determinado problema é evidenciada (SECCHI, 2013). Tal fase não quer dizer que todas as decisões sobre uma política pública específica foram tomadas, mas que os atores conseguiram tomar uma decisão sobre o núcleo da política que está se formulando naquele momento. Quando a política não é tão conflituosa e há consenso entre os atores, esse núcleo acaba reunindo decisões sobre diversas questões que compõe o problema a ser resolvido. Quando ocorre o contrário e a política envolve

aspectos delicados que mexem com os interesses dos atores, a decisão não agrega um grande número de questões a serem resolvidas, visto que necessita de maior conhecimento sobre o problema; as decisões são prorrogadas para a fase da implementação (RUA, 2009). Frey (2000, p. 227-228) contrapõe, afirmando que a etapa de decisão determina sobre um programa ou projeto “negociado já antecipadamente entre os atores políticos mais relevantes. Decisões ‘verdadeiras’, isto é, escolhas entre várias alternativas de ação, são raras exceções nesta fase do ciclo político”.

O estágio seguinte é o da implementação da política pública, período em que os resultados são produzidos, isto é, quando os objetivos, intenções e metas transformam-se em ações (SECCHI, 2013). Neste momento, as decisões tomadas anteriormente deixam de ser abstratas e começam a ser executadas pelos grupos e organizações envolvidos, o que significa que inicia a intervenção no *status quo*:

O interesse da “policy analysis” nesta fase se refere particularmente ao fato de que, muitas vezes, os resultados e impactos reais de certas políticas não correspondem aos impactos projetados na fase da sua formulação. No que tange à análise dos processos de implementação, podemos discernir as abordagens, cujo objetivo principal é a análise da qualidade material e técnica de projetos ou programas, daquelas cuja análise é direcionada para as estruturas político-administrativas e a atuação dos atores envolvidos. No primeiro caso, tem-se em vista, antes de mais nada, o conteúdo dos programas e planos. Comparando os fins estipulados na formulação dos programas com os resultados alcançados, examina-se até que ponto a encomenda de ação foi cumprida e quais as causas de eventuais “déficits de implementação”. No segundo caso, o que está em primeiro plano é o processo de implementação, isto é, a descrição do “como” e da explicação do “porquê” (FREY, 2000, p. 228).

Essa fase de implementação pode ser sucedida pelo monitoramento, que é o “conjunto de procedimentos de apreciação dos processos adotados, dos resultados preliminares e intermediários obtidos e do comportamento do ambiente da política” (RUA, 2009, p. 38) e tem como finalidade o acompanhamento da execução da política pública para facilitar o alcance das metas estabelecidas. A sexta fase é a da avaliação da política pública, momento em que ocorre o julgamento a respeito da validade das ações postas em prática, bem como a detecção do sucesso ou possíveis falhas do processo de execução da política (SECCHI, 2013). Assim como o monitoramento, a avaliação vem para contribuir na decisão dos gestores com relação às correções necessárias para que a política pública retorne ao curso esperado e atinja os objetivos esperados (RUA, 2009):

Na fase da *avaliação de políticas e da correção de ação* (“evaluation”), apreciam-se os programas já implementados no tocante a seus impactos efetivos. Trata-se de indagar os déficits de impacto e os efeitos colaterais indesejados para poder deduzir consequências para ações e programas futuros. A avaliação ou controle de impacto pode, no caso de os objetivos do programa terem sido alcançados, levar ou à suspensão ou ao fim do ciclo político, ou, caso contrário, à iniciação de um novo ciclo, ou seja,

a uma nova fase de percepção e definição e à elaboração de um novo programa político ou à modificação do programa anterior. Com isso, a fase da avaliação é imprescindível para o desenvolvimento e a adaptação contínua das formas e instrumentos de ação pública (FREY, 2000, p. 228-229).

É importante lembrar que, enquanto a política pública que está se avaliando acontece, outras políticas públicas estão sendo executadas ao mesmo tempo, fator que pode influenciar nos resultados encontrados. A avaliação não está excluída do processo de formulação; ambos se tratam da mesma política em diferentes situações. Nesse contexto, é preciso entender qual é a expectativa do gestor a respeito da política e o que este buscou alcançar com o seu planejamento e implementação. Impreterivelmente, essa etapa requer um vasto planejamento e previsão sobre como tudo será feito, onde é preciso reconhecer as questões-chave do estudo, decidir qual é a metodologia mais adequada para dar seguimento à pesquisa, estabelecer medidas e técnicas para responder as questões que norteiam a avaliação, como os dados serão coletados e analisados, encontrar os resultados, estudá-los e, principalmente, determinar como estes serão utilizados.

A última etapa consiste na extinção da política pública, com base no fato de que o ciclo tem um fim quando ocorre a eliminação de uma política. Nem sempre as políticas são extintas, mas isso pode ocorrer quando o problema foi resolvido; os programas e ações que impulsionaram a política pública se mostram ineficazes; quando o problema é resolvido, mas perde a importância política; ou ainda quando a política pública tem um prazo de validade determinado (SECCHI, 2013). Portanto, o ciclo de políticas públicas, mesmo que não seguindo a ordem exatamente como é apresentada nos seus diversos formatos pelos teóricos, tem o poder de direcionar e situar o pesquisador com as fases da política. Desse modo, torna-se possível reconhecer não apenas os atores e grupos que se envolvem no processo, mas também como ocorre o próprio funcionamento da política pública. Destarte, essa dissertação propõe fazer uma análise das fases iniciais da *policy cycle*, que são: a identificação do problema, a formação da agenda, formulação de alternativas, chegando à tomada de decisão. No tópico seguinte, é feita uma rápida descrição do cenário da saúde brasileira a partir da segunda metade do século XX até a institucionalização do Sistema Único de Saúde (SUS).

2.2 Breve contextualização sobre a saúde no Brasil

A grande instabilidade política, econômica e a carência de assistência na saúde pública², dentre outros problemas sociais provenientes do regime militar (1964-1985), ocasionaram uma série de mobilizações populares em prol da redemocratização, e como consequência, o movimento que originou a reforma sanitária no Brasil na segunda metade da década de 1970. Com a reabertura democrática e a nova Carta Constitucional de 1988, tornou-se uma obrigatoriedade da União e demais esferas de governo prover a saúde com um direito de todos os cidadãos brasileiros. Através da Lei nº 8.080/1990 ficou instituído o Sistema Único de Saúde (SUS), que estabelece diretrizes e estratégias para a saúde pública no país, tendo como pilares a descentralização, integralidade, universalização, equidade e a participação da comunidade.

2.2.1 O regime militar e a saúde no Brasil

Em um contexto de Guerra Fria, na década de 1960 – onde o mundo encontrava-se polarizado pelo socialismo e o capitalismo –, a América Latina foi marcada por uma série de golpes de Estado e a instauração de regimes autoritários. Em 1964, o Brasil sofreu uma nova ruptura, passando de um curto período democrático para um novo regime militar. “Caracterizados em seu período inicial pela desarticulação da participação social, os primeiros governos militares em um progressivo processo de endurecimento político procurariam destruir todas as iniciativas que fossem identificadas com o ideário socialista” (PAIVA; TEIXEIRA, 2014, p. 17).

Nos planos políticos, econômicos e sociais houve a reestruturação do sistema eleitoral a partir de 1965, extinguindo o pluripartidarismo e instaurando o bipartidarismo – Aliança Renovadora Nacional (ARENA) e Movimento Democrático Brasileiro (MDB) – onde o Congresso, através dos Atos Institucionais tornou-se cada vez mais subordinado às vontades do Executivo, a repressão teve aumento significativo por meio do controle dos meios de comunicação e com a cassação de civis e políticos opositores, como também o capital estrangeiro ganhou mais espaço na economia brasileira, seguido de arrocho salarial e a eliminação do direito à greve aos trabalhadores em 1967. No que diz respeito ao papel do Ministério da Saúde (MS), sua atuação era restrita aos serviços de promoção da saúde e

²De acordo com Neves, “o uso do termo Saúde Pública tem sido historicamente vinculado à atuação do Estado, o qual utiliza os conhecimentos das ciências da saúde com o intuito de organizar sistemas e serviços de saúde e controlar a incidência de doenças nas populações assistidas. Desta acepção depreendem-se duas perspectivas centrais: a vinculação institucional ao Estado e a dimensão coletiva como objeto de intervenção. Ou seja, o campo da Saúde Pública configura-se no investimento Estatal em serviços planejados considerando as necessidades sociais de saúde” (NEVES, 2012, p. 03).

prevenção de doenças através de campanhas de vacinação para o controle de endemias (PAIVA; TEIXEIRA, 2014). Dessa forma,

[...] o país vivia sob a duplicidade de um sistema cindido entre a medicina previdenciária e a saúde pública. O primeiro setor tinha ações dirigidas à saúde individual dos trabalhadores formais e voltava-se prioritariamente para as zonas urbanas, estando a cargo dos institutos de pensão. A saúde pública, sob o comando do Ministério da Saúde (MS), era direcionada principalmente às zonas rurais e aos setores mais pobres da população, e tinha como alvo, majoritariamente, atividades de caráter preventivo (PAIVA; TEIXEIRA, 2014, p. 17).

A partir desse período, crescem os incentivos militares para a ampliação do setor privado, principalmente com a construção de hospitais e clínicas do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS), onde apenas os seus contribuintes obtinham acesso aos serviços. Nesse sentido,

[...] a assistência à saúde no Brasil tinha uma estreita conexão com as atividades previdenciárias, e o sistema de caráter contributivo gerava uma divisão da população brasileira em dois grandes grupos: previdenciários e não previdenciários. A realidade social era a exclusão da maior parte dos cidadãos do direito à saúde. Nesse período, a assistência médica era restrita aos empregados com carteira assinada – que contribuía com a previdência social – sob a responsabilidade do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS). Havia uma pequena parcela da população que possuía condições financeiras de custear os serviços de saúde por conta própria. As demais pessoas eram atendidas apenas em serviços filantrópicos (NEVES, 2012, p. 01).

Através dos Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAPs), foi fundado o Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), que dava prioridade à contratação de serviços e atendimentos privados aos beneficiários. Com relação à saúde pública, diminuía drasticamente os investimentos governamentais, ao passo que em áreas como transporte e forças armadas, o investimento era ininterrupto. No final da década de 1960, em decorrência de uma série de medidas de restrição de gastos em políticas sociais e de maiores investimentos estrangeiros, o Brasil teve uma melhora nos índices econômicos (PAIM, 2008). Entretanto, esse crescimento não era retratado no que diz respeito à melhoria das condições sociais de grande parte da população. A política liberal adotada pelo governo militar afetou principalmente as camadas mais desfavorecidas, como os trabalhadores. É possível verificar que a renda brasileira “já era concentrada na década de 60, com os 20% mais ricos apropriando-se de 54% da renda nacional”. Já em 1970, essa pequena parcela da população considerada mais rica possuía “62% da renda total, passando ainda, em 1976, para 67% da renda nacional”, enquanto que “os 50% mais pobres da população diminuíram a sua participação de 17,7% em 1960 para 11,8% da renda total em 1976” (MENDONÇA, 2006, p. 32). Como pode ser observado:

Em meados da década de 70 adveio uma crise do financiamento da previdência social, com repercussões no INAMPS. A situação ocorreu como resultado de um colapso econômico e social, tendo em vista que neste período a maior parte da população recebia baixos salários ou encontrava-se desempregada, aumentando a marginalidade, o número de favelas e a mortalidade infantil. O sistema de saúde previdenciário demonstrou ser incapaz de resolver os problemas de saúde coletiva e com o descrédito social e a escassez de recursos o modelo entrou em falência (POLIGNANO, 2001 apud NEVES, 2012, p. 02).

De acordo com Mendonça (2006, p. 52), “por volta de 1973 a chamada ‘crise do petróleo’ passou a ocupar lugar de destaque na imprensa e nos pronunciamentos oficiais”. Assim, cessava o período de crescimento econômico brasileiro. Como medida para reverter esse quadro de arrefecimento da economia, o governo Geisel iniciou o II Plano Nacional de Desenvolvimento (PND), entre 1975 e 1976. O Plano buscou “manter as taxas de crescimento econômico no patamar vigente até 1973” (MENDONÇA, 2006, p. 57). No que concerne à saúde, “o 2º PND teve o mérito de ter levado para a agenda do planejamento estatal prioridades sociais como educação, saúde e infraestrutura de serviços urbanos” (PAIVA; TEIXEIRA, 2014, p. 20).

Por outro lado, o Ministério da Saúde falhou na atuação em cima da prevenção de doenças, que rapidamente atingiram índices alarmantes, onde “São Paulo vivia o pico de uma epidemia de meningite que atingira 18 mil pessoas e matara cerca de duzentas. Duas semanas depois o governador Laudo Natel proibiu que se dessem informações à imprensa” (GASPARI, 2004, p. 110) como forma de censura para não escancarar a ineficiência do governo com relação à grande crise sanitária pela qual o país passava. Com o fracasso do PND no controle de ambas as crises, potencializaram-se cada vez mais as tensões e mobilizações sociais pela redemocratização do cenário político-partidário, bem como a democratização da saúde, isto é, o acesso universalizado e igualitário disponível aos cidadãos brasileiros.

2.2.2 O movimento sanitário e a redemocratização

Durante a década de 1970, os conceitos de saúde ganharam a atenção de médicos, acadêmicos e estudiosos, dado que essa área passou a ser percebida sob uma ótica mais humanizada no Brasil (PAIM, 2008). Tendo em vista o malogro do Ministério da Saúde na prevenção de doenças e controle de epidemias, como também o número crescente da taxa de mortalidade infantil, houve a necessidade por parte dos profissionais de compreender melhor o processo saúde-doença da sociedade como uma comunidade, que não poderia mais ser percebido “exclusivamente pelas dimensões biológica e ecológica. [...] Enquanto componentes

dos processos de reprodução social, reconhecia-se que tais fenômenos eram determinados social e historicamente” (PAIM, 2008, p. 165). Isto é, o indivíduo deixa de ser visto de uma forma isolada e passa a ser analisado como um todo, abrangendo a sua situação social, econômica e cultural. Como afirma Fleury:

[...] a luta pela democratização das políticas adquire novas características e estratégias. Antes confinada às universidades, aos partidos clandestinos e aos movimentos sociais, passa cada vez mais a ser localizada no interior do próprio Estado. Primeiramente, a partir das experiências inovadoras desenvolvidas pelas prefeituras oposicionistas eleitas em 1974; em segundo lugar, no interior dos órgãos centrais, responsáveis pelas políticas sociais, buscando aproveitar a crise financeira e do modelo das políticas sociais para introduzir elementos de transformação; em terceiro lugar, há um fortalecimento das capacidades técnicas dos partidos políticos e do parlamento, que passam a tomar a problemática social como parte de suas plataformas e projetos de construção de uma sociedade democrática (2009, p. 745).

Nesse contexto, surgiram quatro movimentos relacionados à saúde, abrangendo civis, estudantes, profissionais e intelectuais. No grupo dos civis as mobilizações se concentravam nos “clubes de mães, os conselhos comunitários e as organizações na Zona Leste e na periferia de São Paulo, muitos deles vinculados a setores progressistas da Igreja Católica” (PAIM, 2008, p. 71). O grupo estudantil encabeçou a Semana de Estudos de Saúde Comunitária (SESAC), que buscavam discutir e consolidar movimentos que orientassem o pensamento progressista sobre a saúde. A respeito do grupo dos profissionais, houve a participação dos médicos residentes para a regulamentação do exercício da Residência Médica, movimento que mais tarde seria reconhecido como Movimento da Renovação Médica (REME). O segmento dos intelectuais teve participação ativa dos docentes presentes nos setores de medicina e escolas de saúde pública, onde as discussões se estabeleciam por meio de críticas ao regime militar. Destarte, a partir de diversos estudos e uma revisão prática da medicina brasileira, eis que surge um novo conceito de saúde:

[...] a saber: conceito de saúde, referido não apenas à assistência médica mas relacionado com todos os seus determinantes e condicionantes (trabalho, salário, alimentação, habitação, transporte, meio ambiente, entre outros); direito universal e igualitário à saúde; dever do Estado na promoção, proteção e recuperação da saúde; natureza pública das ações e serviços de saúde; organização das ações do Estado em uma rede regionalizada e hierarquizada, constituindo um Sistema Único de Saúde gratuito, descentralizado para Estados e Municípios, sob controle social; subordinação do setor privado às normas do SUS, quando necessário, contratado sob as normas do direito público; diretriz de estatização progressiva; desvinculação do Sistema de Previdência Social, com financiamento autônomo, preservada a gradualidade na substituição das fontes previdenciárias; estabelecimento de pisos de gastos. (PAIM, 2008, p. 155).

Foi através dessas e das demais mobilizações organizadas pelos segmentos sociais, como os movimentos sindicais, que corroboraram na criação do Centro Brasileiro de Estudos

de Saúde (Cebes), no ano de 1976 e a Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (Abrasco) em 1979, os quais mais tarde formariam o movimento que daria fôlego à Reforma Sanitária. O Cebes surgiu durante a 32ª Reunião Anual da Sociedade Brasileira para o Progresso da Ciência, em Brasília, debatendo acerca da “democratização da saúde e constituindo-se como um organizador da cultura capaz de reconstruir o pensamento em saúde” (PAIM, 2008, p. 78). Dessa forma:

A partir desse momento começava a se elaborar a *proposta* da Reforma Sanitária, enfatizando a unificação dos serviços, a participação dos usuários, a ampliação do acesso e a qualidade da atenção. Reconheciam-se entre os obstáculos para a sua consecução as atividades lucrativas ligadas à saúde, entre as quais as empresas e cooperativas, as indústrias farmacêuticas e alimentícias, bem como as vinculadas aos equipamentos hospitalares e instrumentos médicos [...]. Portanto, a partir de uma *ideia* pouco estruturada sobre a pertinência de uma Reforma Sanitária no Brasil, constata-se uma evolução para transformá-la em uma *proposta*, com base em uma definição mais concreta do seu conteúdo (PAIM, 2008, p. 80-81) [grifos do autor].

Nessa conjuntura de manifestações, o Cebes propôs no ano de 1979 a criação do Sistema Único de Saúde (SUS), por meio de uma apresentação no I Simpósio de Política de Saúde da Câmara dos Deputados. Reconhece-se a importância histórica de tal acontecimento em virtude de que foi a primeira vez em que houve a proposição de um sistema universalizado e democratizado no Brasil. Dessa forma, juntamente com o período de distensão rumo à reabertura democrática, o movimento sanitário começou a ganhar força principalmente com a criação da Abrasco “como forma de organização dos programas de pós-graduação no campo da saúde pública, da medicina social e da saúde coletiva” (PAIVA; TEIXEIRA, 2014, p. 22), e com o movimento nacional pelas *Diretas já*, que teve o seu início em 1983, acelerou o processo de redemocratização e resultou na “elaboração do Programa de Governo de Tancredo Neves quando se anunciava a fundação de uma Nova República e se propunha uma ‘reviravolta na saúde’” em 1985 (PAIM, 2008, p. 82). Segundo Fleury:

A construção do projeto da reforma sanitária fundou-se na noção de crise: crise do conhecimento e da prática médica, crise do autoritarismo, crise do estado sanitário da população, crise do sistema de prestação de serviços de saúde. A constituição da Saúde Coletiva, como campo do saber e espaço da prática social, foi demarcada pela construção de uma problemática teórica fundada nas relações de determinação da saúde pela estrutura social, tendo como conceito articulador entre teoria e prática social, a organização da prática médica, capaz de orientar a análise conjuntural e a definição das estratégias setoriais de luta (2009, p. 747).

Por seu turno, o Cebes e a Abrasco foram instituições de extrema importância “para o processo de construção de identidade em torno de uma área de conhecimento batizada no Brasil como saúde coletiva” (PAIVA; TEIXEIRA, 2014, p. 22). A reabertura democrática oportunizou

a realização da 8ª Conferência Nacional de Saúde, um ano depois, em 1986, onde a saúde novamente é reconhecida como um direito de todos os cidadãos e a obrigatoriedade do Estado em provê-la, fazendo mais uma menção sobre a constituição de um Sistema Único de Saúde que fosse articulado de forma descentralizada e democrática, com a participação de todos os segmentos da sociedade. Como consequência da conferência, a população pode desfrutar de “um conjunto de proposições políticas voltadas para a saúde que apontavam para a democratização da vida social e para uma Reforma Democrática do Estado. E é justamente esse processo de democratização da saúde que aquela época cunhou o nome de Reforma Sanitária [...]” (PAIM, 2008, p. 26-27). Deste modo:

[...] busca-se conceituar a Reforma Sanitária a partir dos seguintes momentos e definições: *Ideia*: constituída pelo pensamento inicial, uma percepção ou representação do fenômeno. Pode ser identificada, mesmo sem a denominação de Reforma Sanitária, a partir da proposição de uma prática teórica e de uma prática política [...]. A criação do Cebes em 1976 e o lançamento da *Saúde em Debate* possibilitaram que essa ideia se vinculasse à concepção de direito à saúde, exposta no segundo número dessa revista, recebendo a denominação de Reforma Sanitária em 1977 no editorial do seu terceiro número. A fundação da Abrasco em 1979 poderia ser considerada a expressão da síntese entre as práticas teórica e política. *Proposta*: a transformação da *ideia* em *proposta*, ou seja, conjunto articulado de princípios e proposições políticas, pode ser constatada no documento *A questão democrática na área da saúde* e nos relatórios finais dos Simpósios de Política de Saúde da Câmara de Deputados, especialmente o primeiro (1979) e o quinto (1984). *Projeto*: a Reforma Sanitária como *projeto*, isto é, conjunto de políticas articuladas [...] encontra-se sistematizado no Relatório Final da 8ª CNS, realizada em 1986. *Movimento*: o movimento da democratização da saúde, “movimento sanitário” ou “movimento da Reforma Sanitária”, enquanto conjunto de práticas ideológicas, políticas e culturais que tomam a saúde como referente fundamental, emerge com o Cebes e atravessa as conjunturas examinadas na presente investigação. *Processo*: a Reforma Sanitária enquanto *processo*, ou seja, conjunto de atos, em distintos momentos e espaços, que expressam práticas sociais – econômicas, políticas, ideológicas e simbólicas – pode ser visualizada após a 8ª CNS com as iniciativas de implantação do SUDS, CNRS, promulgação da Constituição de 1988 e, especialmente, a partir da produção de fatos político-institucionais na conjuntura pós-88. Esse *processo* envolve um conjunto complexo de práticas (inclusive práticas de saúde) que integram a totalidade social, não se esgotando nas práticas teórica, política e ideológica (PAIM, 2008, 171-173) [grifos do autor].

Assim, tendo o seu embrião em um conturbado momento político brasileiro em meio às crises política, econômica e social e com o regime militar no auge do período repressivo, a Reforma Sanitária é produto da luta da sociedade por melhores condições de vida, o que inclui o acesso aos serviços de saúde e toda a sua abrangência, e a retomada dos direitos civis e políticos por meio da tão esperada reabertura democrática.

2.2.3 O Federalismo e a criação do SUS

A partir da redemocratização em 1985 e a promulgação da Constituição Federal de 1988, a saúde passou a ser um dever de todas as esferas de governo, tornando-se um direito fundamental e constitucional para a população. “Dessa forma, pode-se dizer que os direitos sociais são voltados para o ser humano e a coletividade, escapando do viés individualista. Por isso, atingem as pessoas individualmente, embora se destinem à sociedade em geral, e não apenas a uma pessoa ou a um grupo isolado” (PACHECO, 2009, p. 148). O Brasil é um Estado Federal e também descentralizado; há a repartição de competências entre a União e os demais entes – estados, Distrito Federal e municípios – que são dotados de autonomia. Entretanto, seguem uma linha vertical e mantêm uma conexão de vinculação com o que é estabelecido pelo Poder Central. “O Estado Federal, portanto, é formado por duas ordens jurídicas parciais, a da União e a dos Estados-membros, que, articuladas e conjugadas, constituem a ordem jurídica total, ou seja, o próprio Estado Federal” (SARLET, 2017, p. 857). O autor, da mesma forma, elenca os elementos que são indispensáveis a um Estado Federal:

- a) A soberania é atributo apenas do Estado Federal considerado no seu conjunto, ao passo que as unidades federadas dispõem apenas de autonomia; b) Todo Estado Federal possui uma Constituição Federal, que, por sua vez, estabelece quais são os entes federativos e qual a sua respectiva autonomia; c) O Estado Federal é portanto, sempre um Estado composto, formado pelo menos pela União e por Estados-membros, no sentido de uma convivência de ordens parciais mas unidas por uma Constituição Federal; d) As unidades da Federação são sempre dotadas de autonomia, autonomia que encontra o seu fundamento e seus limites na Constituição Federal e que implica tanto a capacidade de auto-organização [...] e autolegislação quanto a capacidade de autogoverno e de autoadministração; e) A autonomia e seus elementos essenciais (auto-organização e autogoverno) implica uma repartição de competências legislativas e administrativas constitucionalmente assegurada (no âmbito da Constituição Federal); f) A participação dos Estados-membros na formação e exercício da vontade federal; g) A proibição de dissolução da Federação mediante a vedação de um direito de secessão por parte dos entes federativos (SARLET, 2017, p. 860-861).

No tocante à repartição de competências, a Constituição brasileira abrange os seguintes termos: competências exclusivas, privativas, comuns e concorrentes. As competências exclusivas se referem àqueles atos administrativos que são indelegáveis, execução de políticas públicas e a gestão da administração pública em todas as esferas. Como exemplo, as competências da União constam no art. 21, I a XXV da CF; quanto aos estados, tudo aquilo que não for contemplado como competência exclusiva da União e dos municípios, é delegado a estes entes, bem como o que está exposto no art. 25; e por fim, as competências dos municípios podem ser verificadas no art. 30. Nesse último caso, pode-se encontrar tanto competências

administrativas quanto legislativas. Já as competências privativas são aquelas de cunho legislativo e podem ser delegadas de forma complementar aos estados e Distrito Federal. As competências privativas da União estão no art. 22 e dos municípios, como mencionado anteriormente, no art. 30. Referente as competências comuns à União, estados, Distrito federal e municípios encontradas no art. 23, Sarlet (2017, p. 890) explica de maneira clara e objetiva:

Tais competências, por serem comuns, ou seja, de cunho paralelo ou simultâneo, podem ser exercidas concomitantemente pela União, pelos Estados, pelo Distrito Federal e pelos Municípios. Por tal razão, a doutrina chama a atenção para o fato de que em verdade se trata de uma modalidade de competências concorrentes, em virtude precisamente de uma concorrência de atuação nas matérias estabelecidas no dispositivo constitucional referido, objetivando a cooperação e sinergia entre os entes federativos.

No que diz respeito à saúde, no art. 23, os incisos II, VIII e IX relacionam-se direta e indiretamente com tal direito fundamental. É de competência comum aos entes federados “cuidar da saúde e assistência pública”; “organizar o abastecimento alimentar”; e “a melhoria das condições habitacionais e de saneamento básico”. No art. 24, inciso XII, é exposto que a União, os Estados e o Distrito Federal devem legislar concorrentemente sobre a “previdência social, proteção e defesa da saúde”. O art. 30, inciso VII, é taxativo sobre a competência municipal: “prestar, com a cooperação técnica e financeira da União e do estado, serviços de atendimento à saúde da população” (BRASIL, 1988). Esses trechos retirados do Texto Constitucional não apenas expõem o caráter descentralizado do Estado Federal, como o qualificam primordialmente como sendo o canal que viabiliza o acesso aos direitos conquistados pelos cidadãos, visto que a implementação dos mesmos se dá por meio de políticas públicas.

Existe a discussão entre os doutrinadores acerca dos direitos fundamentais no tocante à sua eficácia, efetivação e até mesmo a sua titularidade, tendo em vista que estes teriam passado por transformações com o passar do tempo, e por suposto, é possível verificar três gerações ou dimensões de direitos. Os de primeira dimensão compreendem aqueles direitos do indivíduo com relação ao Estado, como o direito à vida, propriedade privada e defesa. Também englobam algumas questões de cunho coletivo, como a liberdade de imprensa, acesso à informação, etc. Tais direitos são denominados como “negativos”, uma vez que há não intervenção por parte do Estado. Os direitos de segunda dimensão são os direitos positivos, isto é, trata-se daqueles direitos sociais essenciais básicos, como o direito à educação, trabalho e saúde, que são assegurados pelo Estado por meio de serviços e políticas públicas. Os direitos de terceira dimensão – também caracterizados como direitos de fraternidade ou solidariedade –, são

direitos que têm titularidade transindividual, visam proteger a nação e abrangem o direito à paz e ao meio ambiente saudável (SARLET, 2017).

Assim, pode-se perceber que há uma correlação entre os direitos de primeira, segunda e terceira dimensão, pois para gozar do direito à vida, por exemplo, é necessário que o indivíduo tenha condições mínimas asseguradas pelo Texto Constitucional. Os direitos fundamentais têm uma dupla fundamentalidade na ordem jurídico-constitucional brasileira: a formal e a material. Com relação a esse aspecto, dar-se-á o exemplo da saúde. Segundo Sarlet e Figueiredo (2008, p. 5-6):

A fundamentalidade em sentido material encontra-se ligada à relevância do bem jurídico tutelado pela ordem constitucional, que se evidencia pela importância da saúde como pressuposto à manutenção da vida – e vida com dignidade, ou seja, vida saudável e com certa qualidade –, assim como para a garantia das condições necessárias à fruição dos demais direitos, fundamentais ou não, inclusive no sentido de viabilização do livre desenvolvimento da pessoa e de sua personalidade. Já a fundamentalidade formal decorre do direito constitucional positivo e, ao menos na Constituição pátria, desdobra-se em três elementos: a) como parte integrante da Constituição escrita, os direitos fundamentais (e, portanto, também o direito à saúde), situam-se no ápice de todo o ordenamento jurídico, cuidando-se, pois, de normas de superior hierarquia axiológica; b) na condição de normas fundamentais insculpidas na Constituição escrita, encontram-se submetidos aos limites formais (procedimento agravado para modificação dos preceitos constitucionais) e materiais (“cláusulas pétreas”) da reforma constitucional, embora tal condição ainda encontre resistência por parte da doutrina; c) por derradeiro, nos termos do que dispõe o § 1º do artigo 5º da CF, as normas definidoras de direitos e garantias fundamentais são diretamente aplicáveis, vinculando de forma imediata as entidades estatais e os particulares – comando que alcança outros dispositivos de tutela da saúde, por força da cláusula inclusiva constante do § 2º do mesmo artigo 5º da CF.

Como referido na citação supra, a aplicabilidade dos direitos fundamentais é imediata. Significa que são de cunho impositivo e devem ser aplicados de pronto (SARLET, 2017). Ora, a permanente aplicabilidade dos direitos, a saber, da saúde, não assegura a garantia do seu acesso universal em todo o território. Destarte, é nessa instância que desigualdade no acesso aos direitos surge como fator determinante na qualidade de vida do indivíduo. Na tentativa de reduzir o impacto dessa desigualdade, o Estado se torna provedor de políticas públicas que prestem aqueles serviços dispostos na Constituição e que são essenciais à coletividade.

Sendo assim, através da Lei nº 8.080/1990 ficou instituído o Sistema Único de Saúde (SUS), que “é o produto de um longo processo de construção política coletiva conhecida como Reforma Sanitária, direcionada para a modificação das condições de saúde da população brasileira” (NEVES, 2012, p. 01). O SUS compreende a descentralização, integralidade, universalização, equidade e a participação da comunidade como sendo os seus princípios norteadores. No Art. 7º da Lei nº 8.080/1990, desenvolvida com base nas premissas

estabelecidas pelo Art. 198 da Constituição Federal de 1988, estão descritos os princípios e diretrizes do SUS da seguinte forma:

I - universalidade de acesso aos serviços de saúde em todos os níveis de assistência; II - integralidade de assistência, entendida como conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema; III - preservação da autonomia das pessoas na defesa de sua integridade física e moral; IV - igualdade da assistência à saúde, sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie; V - direito à informação, às pessoas assistidas, sobre sua saúde; VI - divulgação de informações quanto ao potencial dos serviços de saúde e a sua utilização pelo usuário; VII - utilização da epidemiologia para o estabelecimento de prioridades, a alocação de recursos e a orientação programática; VIII - participação da comunidade; IX - descentralização político-administrativa, com direção única em cada esfera de governo: a) ênfase na descentralização dos serviços para os municípios; b) regionalização e hierarquização da rede de serviços de saúde; X - integração em nível executivo das ações de saúde, meio ambiente e saneamento básico; XI - conjugação dos recursos financeiros, tecnológicos, materiais e humanos da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios na prestação de serviços de assistência à saúde da população; XII - capacidade de resolução dos serviços em todos os níveis de assistência; e XIII - organização dos serviços públicos de modo a evitar duplicidade de meios para fins idênticos. XIV – organização de atendimento público específico e especializado para mulheres e vítimas de violência doméstica em geral, que garanta, entre outros, atendimento, acompanhamento psicológico e cirurgias plásticas reparadoras [...] (BRASIL, Lei nº 8.080, 1990, Cap. II, Art. 7º).

Com viés extremamente democrático e universalizado, a Lei Orgânica do SUS, enquanto direito fundamental, veio a reafirmar a conquista da sociedade civil como um legado da Reforma Sanitária materializada na CF/88:

A Lei nº 8.080/1990 regula, em todo o território nacional, as ações entre serviços de saúde, executadas, isolada ou conjuntamente, em caráter permanente ou eventual, por pessoas naturais ou jurídicas de direito público ou privado. Assim, como estabelecido na CF/1988, reafirma a saúde é um direito fundamental do ser humano, devendo o Estado prover as condições indispensáveis ao seu pleno exercício. O Estado deve garantir a saúde através da formulação e execução de políticas sociais e econômicas com vistas à redução de doenças e outros agravos, bem como no cumprimento das condições necessárias para assegurar o acesso universal e igualitário às ações e aos serviços para a sua promoção, proteção e recuperação. No entanto, destaque-se que o dever do Estado não exclui o das pessoas, da família, das empresas e da sociedade (NEVES, 2012, p. 11).

Entretanto, o contexto político brasileiro não facilitou a implantação do SUS, visto que o momento se voltava para a busca de alternativas para a estabilização econômica, que foi seguida de reformas fiscais e estruturais, as quais contrapunham a abrangência de responsabilidades governamentais relacionadas aos direitos recém-adquiridos pela CF/88. O cenário conservador pós-ditadura militar e década de 1990 que se configurou no Brasil estava atrelado diretamente à diminuição da ação do Estado com políticas sociais para que houvesse o equilíbrio monetário e o crescimento econômico. Este “colocou constrangimentos à

implantação do SUS, limitando a possibilidade de ampliação dos serviços de saúde para garantir a universalização. Ao se traduzir na redução do gasto público, funcionou como freio objetivo e ideológico à atuação redistributiva do Estado” (MENICUCCI, 2009, p. 1621). Nesse contexto, Fleury destaca que:

[...] a construção do Sistema Único de Saúde, aprovado na Constituição Federal de 1988, ocorreu em um contexto em que a disputa ideológica favoreceu amplamente o projeto neoliberal, reorganizando as relações entre Estado e sociedade em bases distintas daquelas pressupostas pelos formuladores do SUS. Foram retomadas as orientações liberais que propugnam por uma forte redução da presença do Estado, seja na economia seja nas políticas sociais (2009, p. 748).

Para Pires e Demo, “o processo de redemocratização do país foi tardio e encontrou uma conjuntura mundial de crise fiscal dos Estados de bem-estar social, um dos principais fatores de inviabilização das conquistas sociais registradas na Constituição de 1988” (2006, p. 63). Com isso, na década de 1990 houve uma grande diminuição dos investimentos para a implementação do SUS, tanto pela questão da instabilidade econômica, como também pela ineficiência do governo em criar uma estratégia que impulsionasse a sua organização. Assim, o período inicial de funcionamento do SUS ficou marcado pela crise no seu financiamento, e dessa forma, o não cumprimento das suas funções. Como afirmam Paiva e Teixeira:

[...] após a aprovação do SUS e da Lei Orgânica da Saúde (1990), profundas mudanças econômicas, políticas e na esfera pública viriam a ocorrer. Em meio à crise econômica do governo Sarney e dos que o sucederam, desfez-se o otimismo de uma rápida e radical transformação do sistema de saúde, então expresso em nossa carta constitucional. As dificuldades em colocar em prática ações transformadoras que entravam em choque com interesses econômicos de grupos altamente organizados somava-se a complexidade do desafio representado pela implementação de um sistema único de saúde em um país com grandes disparidades regionais (2014, p. 25-26).

Como mencionado anteriormente, através da nova Carta Constitucional o Brasil se tornou descentralizado, onde os estados e municípios, além de outras atribuições, adquiriram também sua autonomia política e fiscal. Quando se trata de políticas públicas, a União formula e os estados – principalmente – municípios, têm a função de executá-las e gerenciá-las. Para que estados e municípios começassem a auxiliar no processo de implantação, houve a instituição de Normas Operacionais Básicas (NOB) através de portarias ministeriais, sobre os quais ficaria regulamentado o processo voluntário para receber os repasses de verbas do Ministério da Saúde para os fundos municipais e estaduais. Para tanto, os entes estariam sujeitos ao cumprimento de diversas condições e responsabilidades na gestão do SUS:

Na distribuição intergovernamental de funções, a União está encarregada do financiamento e formulação da política nacional de saúde, bem como da coordenação das ações intergovernamentais. Isto significa que o governo federal – isto é, o Ministério da Saúde – tem autoridade para tomar as decisões mais importantes nesta política setorial. Neste caso, as políticas implementadas pelos governos locais são fortemente dependentes das transferências federais e das regras definidas pelo Ministério da Saúde. Em outras palavras, o governo federal dispõe de recursos institucionais para influenciar as escolhas dos governos locais, afetando sua agenda de governo. (ARRETCHE, 2004, p. 22).

Todavia, o arranjo federativo da Constituição de 1988 “instituiu um sistema legal de repartição de receitas que limita a capacidade de gasto do governo federal e, por consequência, sua capacidade de coordenação de políticas”, onde a arrecadação ocorre de maneira desigual entre os entes subnacionais (ARRETCHE, 2004, p. 17). Isso se confirma quando é constatado que “em 22 Estados brasileiros, quanto menor a população do município, maior o seu ganho de receita derivado das transferências constitucionais, vale dizer, maior a disponibilidade de recursos per capita com liberdade alocativa [...]” (ARRETCHE, 2004, p. 19). Como se verifica:

[...] a maioria dos estados, alguns municípios e o próprio Ministério da Saúde vêm descumprindo os preceitos constitucionais no que se refere às despesas com saúde. Em rápida consulta ao SIOPS (Nota Técnica nº 10/2004), constata-se que 17 (63%) das 27 Unidades Federadas não aplicaram recursos próprios nos percentuais devidos. No que refere aos municípios, porém, vê-se uma situação bem diferente, resultado do processo de descentralização desarticulado do SUS que, de modo geral, sobrecarrega o poder local e contribui para um recuo das esferas estaduais e federais com o financiamento do setor (PIRES; DEMO, 2006, p. 65-66).

Além da responsabilidade acerca dos investimentos e gerenciamento do SUS, estados e municípios podem também exercer a sua participação na formulação das políticas de saúde por meio dos conselhos de representação. Por este motivo, a deliberação sobre as decisões relacionadas à saúde nesses âmbitos não permanece centralizada ao Executivo Federal. Contudo, mesmo com todos os avanços que se sucederam através da institucionalização do SUS, os seguintes autores destacam duas grandes dificuldades encontradas em virtude de que estas acabam por interferir em todo o funcionamento do sistema, as quais sejam: a) o subfinanciamento, que se refere aos “os recursos destinados à operacionalização e ao financiamento do SUS, fica muito aquém de suas necessidades”, e b) as insuficiências da gestão local do SUS, onde a “gestão municipal dos recursos do SUS vem funcionando apenas em parte – sem desconsiderar que os recursos para o SUS são insuficientes” (REIS; ARAÚJO; CECÍLIO, 2012, p. 13-14). Os autores também expõem que, inerente ao problema municipal de gestão de recursos do SUS, existe também “a baixa resolutividade da rede básica de serviços”; a “deficiência na formação dos profissionais de saúde”; e a “deficiência na gestão dos sistemas locais de saúde” que se caracteriza pela insuficiência na disponibilização e acesso aos

serviços de saúde de maneira produtiva e baixa capacidade de gerenciamento do trabalho médico (REIS; ARAÚJO; CECÍLIO, 2012, p. 14). Desse modo:

a incapacidade de implantar um modelo integral de atenção à saúde, de reversão da predominância do modelo curativo para um modelo preventivo, a incapacidade das melhorias na gestão do sistema gerar melhorias correspondentes na gestão das unidades, a falta de uma renovação ética nos profissionais do sistema de saúde, a dependência de insumos e medicamentos cujos preços e condições de produção por grandes empresas multinacionais fogem ao controle dos Estados nacionais, e muitos outros mais, são desafios presentes no momento atual da reforma sanitária. (FLEURY, 2009, p. 751).

O direito à saúde e o SUS como garantia institucional são, indubitavelmente, umas das maiores conquistas da Constituição de 88. Todavia, deve-se reconhecer alguns aspectos pontuais sobre essa questão. Primeiro, que tais direitos e garantias, bem como o princípio da universalidade do sistema único, não asseguram que de fato todas as pessoas terão acesso aos serviços. Segundo, as políticas públicas são responsáveis por viabilizar tais serviços de saúde; porém, é impossível ignorar os fatores condicionantes para a sua eficácia social, como por exemplo os atores que estão envolvidos no processo. Como evidenciado supra, as políticas públicas são formuladas em âmbito nacional e executadas principalmente pelos municípios. De certa forma, algumas particularidades regionais não são levadas em consideração no momento da formulação pelos *policymakers*, e quando a política pública chega aos demais entes para a implementação e execução, torna-se necessário realizar algumas adaptações que por vezes acabam modificando a sua verdadeira essência e fazendo com que não atinjam as metas estabelecidas. Outrossim, é conveniente destacar outro elemento influenciador, mencionado por Carvalho (2003, p. 21):

Para a implementação dos direitos sociais, faz-se necessário um ajuste orçamentário que determine a destinação de recursos para a implementação de políticas públicas referentes àqueles. Na verdade, as previsões orçamentárias são importantes, mas não são os reais obstáculos da efetivação dos direitos sociais, uma vez que as mesmas dependem do quadro político de cada instante. O orçamento é construído de acordo com as vontades políticas do momento, que podem ou tender para o social ou para a satisfação de interesses econômicos.

Pode-se perceber aqui que a efetivação do direito à saúde está inteiramente atrelada à elaboração e implementação de políticas públicas. O SUS e os demais programas que surgiram a partir das suas bases e diretrizes configuram um grande avanço na tentativa de universalizar e democratizar o acesso a tal direito concedido que é tão necessário ao indivíduo e a coletividade. Todavia, diante do exposto, resta transparente que os princípios da universalidade, equidade e integralidade ficam comprometidos em meio às desigualdades sociais e de acesso

aos serviços ofertados pelo SUS. Por tais motivos, a saúde é um dos temas que nunca sai da pauta de discussão do COREDE-FO. Trazendo uma prévia dos dados empíricos que serão apresentados no próximo capítulo, por meio da análise das atas municipais de assembleias realizadas nos últimos três anos, é possível perceber a demanda expressiva de projetos relacionados a essa área que são direcionados à aquisição, manutenção/ampliação de equipamentos e/ou estabelecimentos vinculados ao SUS e hospitais regionais, bem como veículos para transporte, o que demonstra que os investimentos por parte do poder público não são suficientes para suprir as demandas da região. Através do orçamento designado anualmente pelo governo estadual para os projetos que são aprovados durante a consulta popular realizada pelos Conselhos, almeja-se reduzir – ao menos em parte – essa lacuna e otimizar os índices de saúde no Rio Grande do Sul, visando o desenvolvimento regional.

2.3 Desenvolvimento regional no Rio Grande do Sul

Aqui, torna-se importante resgatar algumas noções de cunho interdisciplinar que são necessárias para compreender a dinâmica do desenvolvimento regional, bem como o surgimento dos Conselhos Regionais de Desenvolvimento. Nesse sentido, será feito, de maneira breve, uma contextualização histórica acerca dos COREDES, sua estrutura organizacional e os objetivos que regem tais entidades.

2.3.1 Espaço, território e região

Com base em Santos (1978, p. 122), o espaço pode ser caracterizado como “um conjunto de formas representativas de relações sociais do passado e do presente e por uma estrutura representada por relações sociais que se manifestam através de processos e funções”. Dessa forma, o espaço geográfico é estruturado pelo homem e pela sociedade. E esta, por sua vez, constitui o seu próprio espaço e modifica-o de tal forma que ele se torna o palco onde ocorrem interações sociais de todos os aspectos (SILVA, 2009). A autora complementa:

Desse modo, o espaço além de instância social, que tende a reproduzir-se, tem uma estrutura que corresponde a organização feita pelo homem. É uma instância, subordinada à lei da totalidade, que dispõe de certa autonomia e se manifesta por meio de leis, específicas de sua evolução. O espaço social corresponde ao espaço humano, lugar de vida e trabalho: morada do homem, não possuindo definições fixas (SILVA, 2009, p. 55).

Nesse sentido, Santos (1978) entende o espaço como um sinônimo de território. Entretanto, com relação a este conceito há uma certa divergência entre os teóricos. Contrapondo esse aspecto, Souza e Gemelli (2011) entendem que o espaço é aquilo que não sofreu influência do homem, isto é, que não foi alterado pelas relações sociais e de poder. Sendo assim, quando o espaço geográfico é modificado por dada sociedade, ocorre a formação do território, sendo este segundo o resultado das relações sociais que acontecem no primeiro. Raffestin (1993) percebe o território como o produto das ações das sociedades a partir do apoderamento do espaço. Conforme Preuss (2014, p. 2):

O território é o espaço territorializado, apropriado. É lugar de relações sociedade-natureza e homens-homens, espaço de ação e de poder; é um espaço definido e delimitado por e a partir de relações de poder. Nesta perspectiva, ultrapassa sua circunscrição político-jurídica, enquanto Estado-nação e não se restringe ao âmbito do lugar. O território apresenta diferentes interfaces e em torno dele os sujeitos constroem suas experiências de vida. Expressa não somente os aspectos das necessidades, mas reflete as relações dinâmicas estabelecidas entre os sujeitos e seu cotidiano.

Tendo em vista que diversas sociedades e pensamentos permeiam os territórios por diferentes períodos na história, eles são únicos. Possuem similaridades com as demais localidades, mas nunca são iguais. Sendo assim “cada território possui uma identidade que o caracteriza no espaço, o que implica ser essa sua territorialidade, podendo assim haver, em uma determinada porção do espaço geográfico, vários territórios sobrepostos, com suas respectivas territorialidades” (SOUZA; GEMELLI, 2011, p. 103). A região é uma parte do todo; é “um subespaço do território nacional” (SOUZA, 2009, p. 13), ou seja, é uma composição de vários pontos, ou por assim dizer, localidades, que possuem uma maior proximidade e integração entre si do que com qualquer outro lugar (SIMÕES; LIMA, 2009).

Souza e Gemelli (2011) consideram que território e região são inerentes um ao outro, não podendo ser observados de maneira isolada, posto que possuem grande relação em virtude de que a dinâmica do território está estreitamente ligada à dinâmica de constituição de novas regiões. Logo, a região se materializa através da ação de indivíduos e grupos, expressa no momento em que as semelhanças e relações se definem. É a partir desta que nasce uma estrutura territorial comum dentro de um espectro de identidade, isto é, a sensação de pertencimento. A região, dentro de uma categoria de análise geográfica, pode ser uma grande ferramenta utilizada para a compreensão dos inúmeros processos ocorridos na sociedade e na relação entre o homem e o meio ambiente. Ela se caracteriza quando são evidenciados os motivos de se regionalizar certo espaço (ULTRAMARI; DUARTE, 2011). As regiões podem ser delimitadas conforme os objetivos que se buscam atingir com tal recorte. De acordo com Ultramari e Duarte (2011, p.

44-45), os critérios de definição podem ser de homogeneidade, isolamento, interdependência e/ou relacionados a um *ad hoc*, ou seja, para uma finalidade específica:

HOMOGENEIDADE: as regiões seriam áreas em que determinadas características fisiográficas ou socioculturais são relativamente homogêneas, como regiões formadas por um conjunto de municípios com Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) similares. ISOLAMENTO: a região é um espaço que se distingue de seus vizinhos mais imediatos, isolando-se destes por barreiras naturais, também chamadas de *físicas* ou *artificiais*, ou ainda, de *fronteiras*. INTERDEPENDÊNCIA: nesse critério, em que se reforçam as ideias de polarização e dependência, região é um espaço cujas partes contam com características heterogêneas, porém, complementares. Além disso, tais partes mantêm entre elas e, principalmente, com o polo dominante, intercâmbios em níveis mais altos que com as regiões vizinhas. As regiões metropolitanas seriam o melhor exemplo de uma região definida pelo critério da interdependência, no qual é explicitada a relação de dependência polo-periferias. Desnecessário dizermos que, nessa forma de região, as relações entre os diversos municípios são enormemente reduzidas se comparadas com as exercidas entre município e polo. PROBLEMA *ad hoc*: sua constituição sugere algo passageiro e focado numa solução mais imediatista. Um exemplo desse tipo de região é aquele que resulta do entendimento de um determinado programa de investimentos, atrelando o conceito à possibilidade concreta de resolver um problema (ULTRAMARI; DUARTE, 2011, p. 44-45).

Dentre os critérios expostos supra, vê-se que os COREDES se encaixam na primeira tipologia, que é a de homogeneidade, uma vez que são fragmentados em macrorregiões que respeitam as especificidades de cada localidade. Durante o processo de estruturação dos conselhos, determinou-se que a divisão seria feita de forma que se aproximasse ao máximo dessa ideia de homogeneização, isto é, unindo aqueles municípios próximos que possuem características semelhantes (SILVA et al., 2007). É notório que, em todos os conceitos relacionados à região, há a predominância da ideia de reconhecimento de grupos, que por consequência pode acarretar também a identificação no âmbito político, econômico, social, cultural e assim por diante (ULTRAMARI; DUARTE, 2011).

2.3.2 *Desenvolvimento e Desenvolvimento Regional*

Fazendo uma rápida consulta a qualquer dicionário, é possível encontrar o significado do termo desenvolvimento como “fazer crescer; dar incremento; propagar; ampliar; aumentar” (DICIONÁRIO AURÉLIO, 2018). Parte-se do pressuposto que há o crescimento de algo, uma ideia de progresso. Na área da economia, a definição de desenvolvimento está relacionada ao processo de acumulação de riquezas. É uma força que conduz uma sociedade que está ultrapassada à uma sociedade mais evoluída. Desenvolver, acumular e, posteriormente, distribuir. Tal perspectiva ganha força principalmente em decorrência do advento da abordagem neoclássica da economia. Para esta corrente de pensamento, o desenvolvimento se propaga no

decurso do tempo pelo espaço, levando a todos o mesmo grau de prosperidade sociocultural e material dos países capitalistas. Contudo, ao contrário do que se esperava, verificou-se que ao longo da história, o que ocorreu de fato foi a ampliação do distanciamento entre os países ricos daqueles mais empobrecidos (SANTOS et al., 2012).

Tinha-se como parâmetro que uma sociedade desenvolvida é aquela que tem a capacidade de assegurar o crescimento do consumo, da produção e da renda. Sob este prisma, o desenvolvimento seria a industrialização urbana e moderna, onde o seu êxito seria mensurado através do grau de intensidade da mesma, isto é, na medida em que as necessidades humanas são atendidas. Dessa forma, foram surgindo as teorias do desenvolvimento na tentativa de explicar o subdesenvolvimento e a pobreza, ampliando as reflexões com as demais áreas de conhecimento, que possibilitaram discussões teóricas e políticas sobre o desenvolvimento, principalmente no período da Guerra Fria. A Organização das Nações Unidas (ONU) e a Comissão Econômica para a América Latina e o Caribe (CEPAL) expandiram o conceito de desenvolvimento, abrangendo também o âmbito social (SANTOS, et al., 2012).

Diante de um século construído em crises e guerras, o conceito de desenvolvimento é ao longo do tempo cada vez mais elaborado e sistematizado por vários campos do conhecimento científico (economia, sociologia, antropologia, ecologia), sendo colocado como um estado, um processo, um bem-estar, um progresso, um crescimento econômico, um crescimento humano e/ou um equilíbrio ecológico. O desenvolvimento, desta forma, apresenta-se como uma rede de conceitos que podem estar diretamente associados ao conjunto de adjetivos traduzidos em expressões como local, integrado, sustentável, territorial, bem como endógeno e exógeno, a depender das forças propulsoras (internas ou externas), global, regional, local, da escala geográfica e ainda humano, econômico, político, ambiental, a depender das dimensões sociais (SANTOS et al., 2012, p. 50-51).

Pode-se considerar que o crescimento é o meio e o desenvolvimento é o fim almejado; o primeiro é necessário para o que ocorra o segundo. A partir desse momento, reconhece-se que o desenvolvimento não pode ser pensado de maneira puramente econômica, e sim como uma dimensão social, pois é às pessoas a qual este se destina. Essa definição envolve, nesse mesmo sentido, os direitos da pessoa humana como a sustentabilidade, a liberdade e a igualdade, tendo em vista que uma sociedade não pode ser percebida como desenvolvida quando há desigualdade e opressão (LOPES, 2001). Em resumo, Santos et al. (2012) apresentam acepções interdisciplinares sobre o significado de desenvolvimento:

I. O desenvolvimento representa uma estratégia de reprodução do capital e de controle social, cuja finalidade consiste em corrigir distorções econômicas, políticas e sociais do sistema capitalista; II. O desenvolvimento representa uma transformação, uma mudança das formas convencionais de pensar e agir, as relações sociais de produção, distribuição e consumo numa dada sociedade; III. O desenvolvimento é uma questão

de interesse público e não um assunto reservado apenas aos “peritos” em organismos internacionais ou em países tidos como desenvolvidos; IV. O desenvolvimento é um termo multidimensional e interdisciplinar, portanto, não pode ser medido apenas na perspectiva de uma única dimensão - a econômica - representada pelo PIB e todos os indicadores derivados deste. É preciso outra unidade de medida que expresse o caráter multidimensional e interdisciplinar do termo; V. O desenvolvimento não decorre apenas do crescimento e do acúmulo de riqueza, como defendem os economistas mais conservadores, é possível que, com a distribuição da mesma, também teremos condições para promover o desenvolvimento; VI. O desenvolvimento requer uma gestão participativa, em que a sociedade, a comunidade, a família e o indivíduo sejam protagonistas e não espectadores da ação do Mercado ou do Estado” (SANTOS et al., 2012, p. 58-59).

De acordo com Corrêa (2018), não existe uma distinção entre o conceito de desenvolvimento de uma nação e o desenvolvimento de uma região; entretanto, as interpretações podem se diferir devido a questões escalares³, configurações socioespaciais, os diferentes contextos históricos dos territórios e até mesmo autonomia administrativa. Deve-se ter em mente que o crescimento acontece de diferentes formas e velocidades. Essa noção serve principalmente para explicar a discrepância no desenvolvimento dos países, como também dos entes subnacionais. Sendo assim, o desenvolvimento regional está atrelado às alterações sociais, econômicas e até mesmo culturais que se desenrolam em um determinado espaço (FLORÊNCIO; RUSH; THEIS, 2008).

Para que se alcance o desenvolvimento regional, deve-se pensar em planejamento. Haja vista que cada região tem a sua especificidade, tal planejamento precisa levar em consideração as necessidades das localidades que, dentro desse recorte, são vistas como um todo. As estratégias selecionadas dentro do planejamento se tornam ainda mais efetivas quando a sociedade tem a oportunidade de participar do processo com o objetivo de criar uma dinâmica para o enfrentamento das dificuldades e desajustes. O desenvolvimento regional diz respeito, fundamentalmente, além da questão econômica, ao acesso aos direitos e garantias fundamentais com relação às questões sociais, como por exemplo o acesso à saúde, educação e segurança. O planejamento tem a intenção de reduzir e/ou remover aquilo impede o crescimento para o desenvolvimento, como a pobreza, a escassez de oportunidades, ineficiência dos serviços

³É necessário considerar que existem quatro escalas que são importantes para o entendimento de como são elaborados os meios para que se alcance o desenvolvimento regional: a escala global, a nacional, a estadual e a regional ou local. De acordo com Cargnin, “se refere às principais interfaces do território estudado com o sistema mundial e envolve, especialmente, a ação das grandes empresas que possuem atuação em diversos países, [...] e têm negociado diretamente com o poder local sua instalação, sendo, por isso, analisados de forma vinculada à escala regional”. A escala nacional “representa a ação do Estado Nacional, com sua função de regulação de fronteiras e de integração nacional”. A escala estadual compreende “as ações desenvolvidas pelo Estado [...] através de seus poderes constituídos” e de “diferentes recortes espaciais”. A escala regional ou local compreende a articulação “dos atores intrarregionais envolvendo uma gama muito grande de agentes” (2011, p. 55-56).

públicos, etc. (CORRÊA, 2018), e é nesse âmbito que se dá a atuação dos COREDES no Rio Grande do Sul, que será explanado no tópico que segue.

2.3.3 Discussão e origem dos Conselhos Regionais de Desenvolvimento (COREDES)

A conscientização do tema das desigualdades em âmbito regional no Rio Grande do Sul foi uma das principais razões para o surgimento dos Conselhos Regionais de Desenvolvimento – os COREDES. Historicamente, o estado do Rio Grande do Sul vinha sendo dividido em três grandes regiões para fins de análise, que são: a Nordeste, Norte e a Sul. A região Nordeste, que corresponderia a localização de Porto Alegre e as áreas onde se estabeleceu o assentamento de imigrantes advindos da Europa no século XIX, foi a que obteve maior prosperidade econômica em virtude da industrialização, ampliando a sua cooperação no Produto Interno Bruto (PIB) de 33% no ano de 1939 para 58% em 1990. Sua personalidade econômico-social foi vigorosamente influenciada pela imigração, principalmente italiana e alemã. Nesse espaço, a partir do século XX, instituiu-se um parque industrial formando um eixo entre Porto Alegre e Caxias do Sul, que gradativamente superou a agricultura e adquiriu a papel preponderante na economia local (BANDEIRA, 2007).

Nesse mesmo período, as outras duas regiões, a Norte e a Sul, perderam espaço na participação do PIB estadual. A parcela da primeira caiu de 28,7% para 24,3%, ao passo que a segunda foi reduzida de 38,3% para 17,7%. As características socioeconômicas da região Norte no fim do século XIX e início do século XX, sofreram influência dos fluxos migratórios provindos das áreas mais antigas das localidades onde os imigrantes europeus se encontravam, contíguas a capital Porto Alegre. Essa movimentação ocasionou a ocupação de outras áreas, bem como a repartição de algumas propriedades maiores que eram voltadas à pecuária extensiva, iniciando uma nova predominância de propriedades de pequeno e médio porte. Nessa região, as lavouras de milho, trigo e soja pouco a pouco ganharam espaço e se consolidaram, o que também levou ao crescimento industrial atrelado à produção primária em alguns municípios. No entanto, a característica mais marcante da região Sul e que foi mais suprimida, foi a concentração de posse de terras. A estrutura agrária de tal localidade foi composta pela doação de sesmarias durante o período Imperial. Também estão vinculados a esse acúmulo de terras outros traços da sociedade local, como a concentração de renda, a baixa população rural e a grande magnitude da pecuária extensiva na economia (BANDEIRA, 2007).

A partir dos anos 1950, essa densificação do crescimento no eixo Porto Alegre – Caxias do Sul e nas proximidades fez com que uma maior contingência de pessoas migresse à procura

de empregos que foram motivados pela atividade das indústrias. Em vista disso, houve um aumento da população estadual na região Nordeste, que em 1940 era de 25% e praticamente dobrou nos anos 2000, chegando a quase 48%. Esse crescimento populacional em dada região se deu também por algumas modificações no setor agropecuário, dos anos 1960 em diante. Uma delas foi o crescimento da mecanização da lavoura, e a crise da agropecuária familiar. Na parte noroeste do estado, onde a economia girava grande parte em torno da pequena propriedade familiar, sofreu migrações severas, chegando a estagnar o crescimento da população na década de 80 e diminuindo consideravelmente nos anos 90 (BANDEIRA, 2007).

Pouco a pouco, a intensificação das desigualdades regionais começou a ganhar visibilidade da população a partir da década de 80 e o interesse pelo problema aumentou, surgindo estudos que tentassem explicar as disparidades entre as regiões com relação ao desenvolvimento econômico e social. Isso refletiu principalmente no âmbito estatal, levando a criação de comissões na Assembleia Legislativa, e no Executivo foram criados departamentos e secretarias para a discussão do tema (BANDEIRA, 2007). Esse contexto de discussão coincidiu com o período de redemocratização no Brasil, onde a Constituição Federal de 88 se constituiu como um marco no que se refere a garantia dos direitos fundamentais a todos os cidadãos. Houve não somente a consolidação do sistema representativo, mas também o estabelecimento de diversos instrumentos na Constituição Federal de 1988, nas Constituições Estaduais e nas Leis Orgânicas dos Municípios que viabilizaram a instauração de mecanismos de participação cidadã na gestão das políticas públicas. Tudo isso é produto da intensa mobilização dos mais diversos segmentos da sociedade durante tal período. Por isso, o país teve de reconstituir a governança e a governabilidade, principalmente através de novas configurações de relacionamento entre Estado e sociedade civil, envolvendo as diversas práticas de participação coletiva (ALLEBRANDT et al., 2011).

No que se refere ao desenvolvimento regional, a CF/88 prevê em seu Art. 3º “I - construir uma sociedade livre, justa e solidária; II - garantir o desenvolvimento nacional; III - erradicar a pobreza e a marginalização e **reduzir as desigualdades sociais e regionais**” (BRASIL, 1988, art. 3º, grifo nosso). Também, de acordo com o Art. 21, é de competência da União “IX - **elaborar e executar** planos nacionais e regionais de ordenação do território e de desenvolvimento econômico e social” (BRASIL, 1988, art. 21, grifo nosso). Sob essa mesma ótica, a Constituição Estadual de 1989 em seu Art. 166 trata sobre a política de desenvolvimento estadual e regional, que tem como objetivos “a melhoria da qualidade de vida da população”; “a distribuição equitativa da riqueza produzida com redução das desigualdades sociais e regionais”; como também “a integração e a descentralização das ações públicas setoriais em

nível regional, através do planejamento regionalizado” (RIO GRANDE DO SUL, 1989, Art. 166). Somado a isso, conforme Büttgenbender, Siedenberg e Allebrandt (2011), bem como Corrêa (2018), a Constituição Estadual de 89 estabelece também a base embrionária para a formação dos COREDES por meio do Art. 149 , §8º, e Art. 167:

Art. 149. [...] § 8º. Os orçamentos anuais e a lei de diretrizes orçamentárias, compatibilizados com o plano plurianual, deverão ser regionalizados e terão, entre suas finalidades, a de reduzir as desigualdades sociais e regionais.

Art. 167. A definição das diretrizes globais, regionais e setoriais da política de desenvolvimento caberá a órgão específico, com representação paritária do Governo do Estado e da sociedade civil, através dos trabalhadores rurais e urbanos, servidores públicos e empresários, dentre outros, todos eleitos em suas entidades representativas. (RIO GRANDE DO SUL, 1989).

Contudo, segundo Baquero (2008, p. 23), “as dimensões formais de um regime democrático nem sempre são acompanhadas por um desenvolvimento paralelo da dimensão cidadã e tampouco se constitui numa garantia de inclusão e proteção sociais”. E para que isso efetive de maneira concreta, é preciso que os indivíduos estabeleçam ferramentas de participação a partir dos meios já consolidados, sem que isso resulte na “substituição de procedimentos legais de intermediação política”. Atualmente, é possível perceber que as limitações dos regimes institucionais vigentes desencadeiam um aumento tendencial das desigualdades, tanto no que se refere ao âmbito econômico – com as disparidades do crescimento –, como no social, com o acesso desigual aos direitos e liberdades entre os diferentes segmentos sociais (BAQUERO, 2008).

No plano nacional, em 2003 foi criada a Política Nacional de Desenvolvimento Regional (PNDR), e instituída pelo Decreto n. 6.047, de 22 de fevereiro de 2007. A PNDR nasceu com dois grandes objetivos: 1) reduzir as desigualdades regionais; e 2) ativar as potencialidades de desenvolvimento das regiões brasileiras, atuando nos territórios que são menos atrativos para o mercado, valorizando as diversidades locais. A política tem como prioridade melhorar a qualidade de vida dos cidadãos que vivem nos territórios menos favorecidos pelo processo de desenvolvimento, isto é – aqueles que possuem uma situação de atraso ou estagnação econômica, o que ocasiona frequentes fluxos migratórios –, através da inclusão destes no planejamento governamental. (BRASIL, 2010). Conforme disposto no Decreto supracitado:

Art. 2º A redução das desigualdades regionais se norteia pelas seguintes estratégias: I - estimular e apoiar processos e oportunidades de desenvolvimento regional, em múltiplas escalas; e II - articular ações que, no seu conjunto, promovam uma melhor distribuição da ação pública e investimentos no Território Nacional, com foco particular nos territórios selecionados e de ação prioritária. Parágrafo único. As estratégias da PNDR devem ser convergentes com os objetivos de inclusão social, de

produtividade, sustentabilidade ambiental e competitividade econômica (BRASIL, Decreto n. 6.047, Art. 2º).

A PNDR divide o Brasil em mesorregiões diferenciadas e também elenca áreas especiais, que são considerados territórios prioritários, como é o caso da Faixa de Fronteira. Por meio dessa priorização territorial, o Ministério da Integração Nacional atua diretamente na questão regional por meio de programas que estimulem os sistemas de produção em âmbito local e a participação de atores locais, regionais e também supranacionais. Uma das frentes de atuação é o Programa de Promoção do Desenvolvimento da Faixa de Fronteira (PDFF), que tem como propósito a promoção do desenvolvimento da Faixa de Fronteira⁴ através de sua ordenação em aspectos sociais, físicos e produtivos, realçando principalmente a personalidade e os atributos de cada localidade, bem como nas interações com os demais países da América do Sul (BRASIL, 2010).

Por outro lado, antes mesmo do Governo Federal montar um planejamento regionalizado para o Brasil, como já fora mencionado, na década de 80 iniciava-se a discussão acerca do desenvolvimento regional no Rio Grande do Sul e em como o estado poderia avançar no sentido do crescimento econômico, social e cultural, visando reduzir desigualdades regionais tão expressivas (ALLEBRANDT, 2011). Dito isso, é a partir dessa perspectiva que nascem os COREDES na década de 1990. O processo de estruturação dos conselhos iniciou em 1991 e foi institucionalizado por meio da Lei Estadual nº 10.283, de 17 de outubro de 1994 que estabelece as suas atribuições, e regulamentado em 28 de dezembro do mesmo ano pelo Decreto nº 35.764. A Lei dispõe que:

Art. 1º - Ficam criados os Conselhos Regionais de Desenvolvimento, observado o disposto nesta Lei. Art. 2º - Os Conselhos Regionais de Desenvolvimento têm por objetivo a promoção do desenvolvimento regional, harmônico e sustentável, através da integração dos recursos e das ações de governo na região, visando à melhoria da qualidade de vida da população, à distribuição equitativa da riqueza produzida, ao estímulo à permanência do homem em sua região e a preservação e recuperação do meio ambiente. Art. 3º - Compete aos Conselhos Regionais de Desenvolvimento, dentre outras, as seguintes atribuições: I - promover a participação de todos os segmentos da sociedade regional no diagnóstico de suas necessidades e potencialidades, para a formulação e implementação das políticas de desenvolvimento integrado da região; II - elaborar os planos estratégicos de desenvolvimento regional; III - manter espaço permanente de participação democrática, resgatando a cidadania, através da valorização da ação política; IV - constituir-se em instância de regionalização do orçamento do Estado, conforme estabelece o artigo 149, parágrafo 8º da Constituição do Estado; V - orientar e acompanhar, de forma sistemática, o desempenho das ações dos Governos Estadual e Federal na região; VI - respaldar as ações do Governo do Estado na busca de maior participação nas decisões nacionais (RIO GRANDE DO SUL, Lei Estadual nº. 10.283, 1994).

⁴ A região da Faixa de Fronteira é uma área de até 150 km de largura ao longo da fronteira terrestre brasileira, que abrange 588 municípios de 11 estados: Acre, Amapá, Amazonas, Mato Grosso, Mato Grosso do Sul, Pará, Paraná, Rio Grande do Sul, Rondônia, Roraima e Santa Catarina. E os municípios que compõem o COREDE-FO estão localizados na Faixa de Fronteira. Este conceito será retomado com maior profundidade no capítulo 3.

Os Conselhos Regionais de Desenvolvimento (COREDES) visam oportunizar a integração entre as regiões do estado através de discussões e deliberações sobre demandas comuns e políticas a serem implantadas, buscando atender às necessidades regionais e promover o desenvolvimento social e econômico dos municípios (GONÇALVES, 2010). Tais Conselhos são fragmentados em macrorregiões respeitando as especificidades de cada localidade. Por isso, durante o processo de estruturação dos conselhos, determinou-se que tal divisão seria feita de forma que se aproximasse ao máximo da ideia de homogeneização, isto é, unindo aqueles municípios próximos que possuem características semelhantes (SILVA et al., 2007).

Dessa forma, podem ser compreendidos como “fóruns regionais de discussão sobre estratégias, políticas e ações que visam o desenvolvimento regional, constituídos como pessoas jurídicas de direito privado, organizados sob a forma de associações civis sem fins lucrativos” (BÜTTENBENDER et al., 2011, p. 84). Cada conselho tem jurisdição na comarca onde reside o seu Presidente, bem como possui sede política em todos os municípios que o compõe. Suas atividades se dão por meio de diálogos e deliberações em reuniões plenárias sobre pautas que são de interesse regional, podendo ser de caráter ordinário ou extraordinário (COREDES, 2010). Atualmente, existem 28 COREDES no estado, quais sejam: Alto da Serra do Botucaraí, Alto Jacuí, Campanha, Campos de Cima da Serra, Celeiro, Central, Centro-Sul, Fronteira Noroeste, Fronteira Oeste, Hortênsias, Jacuí-Centro, Litoral, Médio Alto Uruguai, Metropolitano Delta do Jacuí, Missões, Nordeste, Noroeste Colonial, Norte, Paranhana-Encosta da Serra, Produção, Rio da Várzea, Serra, Sul, Vale do Caí, Vale do Jaguari, Vale do Rio dos Sinos, Vale do Rio Pardo e Vale do Taquari⁵ e têm como alguns de seus objetivos “formular e executar estratégias regionais [...], avançar na construção de espaços públicos de controle social [...], conquistar e estimular a crescente participação social e cidadã na definição dos rumos do processo de desenvolvimento gaúcho” (COREDES, 2010, p. 17).

As articulações para o desenvolvimento regional estão ocorrendo cada vez mais através da descentralização político-administrativa do planejamento e gestão territorial. Nesse âmbito, os conceitos de políticas públicas, de governança, bem como de gestão e planejamento regional rogam pela conexão entre governo e sociedade intervindo nos mais diversos meios de

⁵ “Os 28 Coredes articulam-se no estado em nove regiões funcionais de planejamento, conforme proposto pela Secretaria de Coordenação e Planejamento do Estado do RS, no ano de 2006 [...]. Esta regionalização considerou critérios de homogeneidade econômica, ambiental e social e na adequação das variáveis correspondentes de identificação das polarizações (empregos, transportes, rede urbana, saúde e educação superior)” (BÜTTENBENDER et al., 2011, p. 88).

organização social mediante os mecanismos de participação. Desse modo, os COREDES são compostos por diferentes atores locais, como deputados federais e estaduais domiciliados nas respectivas regiões na qual estão inseridos, prefeitos, representantes dos Conselhos Municipais de Desenvolvimento (COMUDES), vereadores, entidades sindicais, cooperativas, a sociedade organizada e instituições de ensino superior (BÜTTENBENDER et al., 2011), como é o caso da Universidade Federal do Pampa (UNIPAMPA) campus São Borja, que com frequência se faz presente nas assembleias.

Dentre as atividades desenvolvidas pelos COREDES, cabe destacar que estes têm a atribuição de produzir e discutir diagnósticos regionais, objetivando a construção de Planos Estratégicos de Desenvolvimento Regional, bem como suas modificações e atualizações, dialogando com instituições governamentais e não-governamentais; auxiliar na identificação das dificuldades de acesso no que se refere aos serviços que são de responsabilidade do Estado; fiscalizar a qualidade dos serviços ofertados por órgãos estaduais; buscar apoio, diante do Governo Federal, sobre reivindicações de interesse regional que são encaminhadas pelo Governo Estadual; e estimular a participação da comunidade em campanhas desenvolvidas pelos Governos (COREDES, 2014);

Cada COREDE tem o seu Regimento Interno ou Estatuto. Os Conselhos são estruturados de acordo com a Lei que rege o seu funcionamento e compostos da seguinte forma: Assembleia Geral Regional, Conselho de Representantes, Comissões Setoriais e Diretoria Executiva. No que tange à primeira, quem participa são os membros natos e demais representantes que compõem o COREDE. Como a Assembleia Geral Regional é o órgão máximo de providência, e a ela compete:

- definir a composição do Conselho de Representantes e eleger seus membros efetivos e suplentes, a cada dois anos; - eleger a Diretoria Executiva do Corede, composta por um presidente, um vice-presidente, um tesoureiro e um secretário, com mandato de dois anos; - aprovar e alterar o Estatuto ou Regimento Interno do Corede; - apreciar e deliberar sobre o relatório anual do Corede; - apreciar e aprovar as propostas regionais a serem submetidas ao Poder Executivo Estadual, com vistas a subsidiar a elaboração das leis previstas no art. 149 da Constituição do Estado, Plano Plurianual, Lei de Diretrizes Orçamentárias e Orçamento; - deliberar sobre outros assuntos de interesse da região (COREDES, 2014, p. 11-12).

Como mencionado acima, o Conselho de Representantes é definido pela Assembleia Geral. Para a escolha dos representantes, os membros se reúnem por grupo de origem; os indivíduos eleitos nesta fase assumem a responsabilidade de representação de cunho regional. Por ser um órgão deliberativo e consultivo do COREDE, o Conselho de Representantes tem como competências:

- formular diretrizes para o desenvolvimento regional a serem submetidas à Assembleia Geral Regional; - promover a articulação e a integração regional entre a sociedade civil organizada e os órgãos governamentais; - promover a articulação do Corede com os órgãos do Governo Estadual e Federal, com vistas a integrar as respectivas ações desenvolvidas na região; - elaborar o Regimento Interno do Corede; - formular as propostas regionais a serem submetidas ao Poder Executivo Estadual, com o objetivo de subsidiar a elaboração das leis previstas no art. 149 da Constituição do Estado, Plano Plurianual, Diretrizes Orçamentárias e orçamentos anuais (COREDES, 2014, p. 12).

As Comissões Setoriais são compostas pelo Conselho de Representantes, isto é, busca apresentar o cerne dos interesses regionais. Qualquer cidadão pode integrar e participar livremente das Comissões; entretanto, recomenda-se que se vinculem também indivíduos que possuam formação técnica nas áreas concernentes, nomeados por instituições regionais tanto do governo, como de instituições de ensino superior. Como tais Comissões são órgãos considerados técnicos do COREDE, têm as seguintes atribuições: “assessorar o Conselho de Representantes e a Diretoria Executiva nas suas deliberações; elaborar programas e projetos regionais; e sugerir os temas de interesse regional a serem debatidos pelo Conselho de Representantes” (COREDES, 2014, p. 13).

No ano de 1992, os 18 COREDES existentes na época fundaram o Fórum dos Conselhos Regionais de Desenvolvimento do Estado do Rio Grande do Sul – Coredes-RS, que foi institucionalizado em 1998 e devidamente legalizado pela Lei n.º 13.595, de 30 de dezembro de 2010, com caráter de pessoa jurídica de direito privado e sem fins lucrativos, sob a égide de Estatuto próprio. O Coredes-RS é dotado como o órgão máximo de representação dos COREDES e tem como atribuições:

I - associar, integrar e fortalecer os COREDES; II - incentivar, através dos COREDES, a articulação e a integração regional entre a sociedade civil organizada e os órgãos governamentais; III - promover a articulação dos COREDES com os órgãos dos Governos Estadual e Federal com vista a integrar as respectivas ações de desenvolvimento regionais; IV - incentivar, juntamente com os COREDES, o processo de participação de todos os segmentos da sociedade regional no diagnóstico de suas necessidades e potencialidades, para a formulação e implementação das políticas de desenvolvimento integrado da região; V - formular diretrizes estratégicas para atuação dos COREDES, no sentido de promover o desenvolvimento e a redução dos desequilíbrios inter e intrarregionais e das desigualdades sociais; VI - valorizar e fortalecer as políticas regionais de desenvolvimento; VII - incentivar e apoiar os COREDES na elaboração e atualização dos planos estratégicos de desenvolvimento; VIII - incentivar e apoiar os Conselhos Municipais de Desenvolvimento – COMUDES –, buscando o fortalecimento de sua estrutura e do vínculo com os respectivos COREDES, bem como a elaboração dos planos estratégicos de desenvolvimento local; IX - garantir, através dos COREDES e dos COMUDES, espaço permanente de participação democrática, construindo a cidadania e qualificando a ação política; X - promover encontros, seminários, congressos e estudos sociais, políticos e econômicos que contribuam para o desenvolvimento dos COREDES, dos COMUDES, das regiões e do Estado; XI - formular diretrizes de atuação dos COREDES para que estes, de forma sistemática, orientem, auxiliem e acompanhem o desempenho das ações dos

Governos Estadual e Federal nas respectivas regiões; XII - deliberar sobre o Estatuto, objetivos, princípios e diretrizes do COREDES (RIO GRANDE DO SUL, Lei 13.595, Art. 2º, 2010).

O Coredes-RS é coordenado por uma Diretoria Executiva. Seus integrantes são escolhidos pela Assembleia Geral com eleições que ocorrem a cada dois anos. É vistoriado por um Conselho Fiscal e assessorado pelo Conselho Consultivo, que é composto por até cinco ex-presidentes da Diretoria Executiva na condição de membros permanentes, que também são eleitos pela Assembleia geral a cada dois anos. A Diretoria Executiva é formada por um Presidente, Vice-Presidente, Primeiro Secretário, Segundo Secretário, Primeiro Tesoureiro e Segundo Tesoureiro (COREDES, 2014, p. 13-14). Como Missão, os COREDES buscam ser entidades plurais e dispostas a criação de parcerias em âmbito regional, através da mobilização política dos interesses locais em prol de estratégias que gerem o desenvolvimento das regiões do Rio Grande do Sul. Como Visão, tais Conselhos têm a pretensão de unir atores políticos, econômicos e sociais das regiões, auxiliando na organização dos segmentos que estão desmobilizados, tornando-os cidadãos capazes de atuar em coletividade e de criar estratégias próprias para serem os construtores de um modelo único de desenvolvimento regional (COREDES, 2014). Os COREDES têm como objetivos:

I – formular e executar estratégias regionais, consolidando-as em planos estratégicos de desenvolvimento regional; II – avançar a participação social e cidadã, combinando múltiplas formas de democracia direta com representação política; III – constituir-se em instância de regionalização das estratégias e das ações dos Poderes Executivo, Legislativo e Judiciário do Rio Grande do Sul, conforme estabelece a Constituição do Estado; IV – avançar na construção de espaços públicos de controle social dos mercados e dos mais diversos aparelhos do Estado; V – conquistar e estimular a crescente participação social e cidadã na definição dos rumos do processo de desenvolvimento gaúcho; VI – intensificar o processo de construção de uma organização social pró-desenvolvimento regional; VII – difundir a filosofia e a prática cooperativa de se pensar e fazer o desenvolvimento regional em parceria (COREDES, 2010, p. 14).

Sobre os princípios dos COREDES, temos:

I – promoção do desenvolvimento regional; II – autonomia; III – pluralidade e identificação de consensos; IV – confiança, cooperação e formação de parcerias; V – integração, articulação e consolidação das identidades regionais; VI – busca da regionalização das políticas de desenvolvimento; VII – aumento permanente da representatividade e o Estado do Rio Grande do Sul visto a partir do desenvolvimento regional da organização; e VIII – apoio à continuidade das políticas de interesse regional (COREDES, 2014, p. 15-16).

Ainda que não se perceba como sendo uma política de desenvolvimento regional no sentido convencional de estímulo à promoção do crescimento de regiões com maiores dificuldades, a criação dos COREDES pode ser apontada como uma das maiores iniciativas na

direção de sistematizar uma política de cunho regional para o Estado do Rio Grande do Sul. O estabelecimento de uma forma de regionalização institucionalizada por meio dos Conselhos, que seguem em atuação há mais de duas décadas em todas as políticas já preparadas e implementadas em âmbito estadual, reforça a curiosidade sobre como tudo acontece e aumenta o interesse na análise proposta por esta pesquisa (CARGNIN, 2011).

2.3.4 Os COREDES e o capital social

A atuação dos COREDES vincula-se diretamente com diversos temas que estão recebendo maior atenção da literatura sobre desenvolvimento regional e gestão pública; e um deles é o capital social (BANDEIRA, 2007). Tal conceito vem por salientar que as possíveis razões do desenvolvimento estariam também associadas ao grau de capital social presente em uma dada sociedade, isto é, a existência de confiança entre as pessoas e nos instrumentos de participação social, solidariedade e reciprocidade. Em suma, leva em consideração os aspectos culturais (PASE; SANTOS, 2008).

O capital social é a base sobre a qual se instauram as formas de manifestação da reação autônoma, que por sua vez se expressam através da construção de redes. As formas assumidas pelo capital social em um determinado território são a síntese da reação deste território às forças heterônomas que sobre ele se impõem. A densidade de capital social em um território é medida pela quantidade de redes duráveis e coesas de relações econômicas, sociais e institucionais entre os atores locais, que por sua vez são institucionalizadas através das formas intermediárias de coordenação. A densidade das redes que se estabelecem entre o poder público local, as firmas e a sociedade civil e, principalmente, a qualidade das redes entre essas formas intermediárias de coordenação, é que nos dá uma medida do estoque de capital social existente em um determinado território (MULS, 2008, p. 13-14).

O termo capital social foi utilizado pioneiramente pelo filósofo francês Pierre Bourdieu, que o conceituou como sendo “constituído pelo conjunto de recursos atuais ou potenciais que estão ligados à posse de uma rede durável de relações mais ou menos institucionalizadas de conhecimento e reconhecimento” (BOURDIEU, 1980, p. 2). Na sequência, Robert Putnam (2000) buscou perceber qual seria a relação do capital social com o desempenho das instituições com base nas regiões italianas. O autor analisou o funcionamento das administrações regionais durante seus primeiros anos. Após identificar que as administrações situadas no centro e norte da Itália indicaram um melhor desempenho comparado com as da região sul, Putnam tentou verificar as causas dessas disparidades e constatou que isso se deu graças ao que ele denominou por “tradições cívicas”, o que teria colaborado para que nessas regiões houvesse um maior

estoque de capital social, formado por uma vasta rede de associações, e entidades permeadas por relações horizontalizadas entre os membros (PUTNAM, 2000; BANDEIRA, 2007).

No caso italiano, o capital social possibilitou o engajamento cívico e a participação social e política, o que, por sua vez, construiu instituições democráticas e um sistema de governo democrático, bem como impulsionou o desenvolvimento econômico. Este engajamento cívico desenvolve-se a partir da participação em associações horizontais, de grupos de iguais, tais como clubes de futebol, associações de moradores, confrarias, corais, etc. Nestes espaços, os cidadãos identificam-se e socializam um sentimento de cumplicidade e confiança neles próprios e nas regras que criam. O capital social contribui para aumentar a eficiência da sociedade e facilitar ações coordenadas (PASE; SANTOS, 2008, p. 34).

Para Putnam (2000), diversos processos sociais apresentam essa lógica da confiança, onde as pessoas confiam umas nas outras. A decisão do indivíduo deixa de ser para a obtenção de um objetivo individual e passa a ser visando o bem de uma comunidade, cujo o motor que impulsiona tal decisão é a confiança de que os outros indivíduos terão a mesma atitude em prol da coletividade. A reciprocidade gera esse sentimento de confiança e acaba por influenciar também na atividade política e econômica. O conceito de capital social exposto por Putnam também estaria atrelado a capacidade de se construir uma nova conexão entre Estado e sociedade, e principalmente, que o nível de confiança existente nesse meio seria primordial para o desenvolvimento das regiões (PASE; SANTOS, 2008).

De acordo com Bandeira (2007), uma das grandes consequências do estudo de Putnam foi a de direcionar a visão do mundo acadêmico e dos *policymakers* para a definição de capital social, passando a ser difundida e mencionada nas discussões referentes ao combate à pobreza e na pauta de grandes organizações internacionais que tinham sua atuação vinculada ao fomento do desenvolvimento, como o Banco Mundial. A partir disso, surgiram diferentes debates sobre tal questão, onde se aponta que a ampla participação da sociedade civil melhora os padrões de governança, pois aumenta a transparência nas decisões e diminui as brechas para alguns vícios do meio político, como a corrupção e o clientelismo. A participação também permitiria que as ações e programas fossem melhor aproveitadas, tendo em vista que haveriam maiores informações disponíveis, elevando a eficiência e eficácia, bem como incentivaria o aprendizado coletivo, solidificando a relação entre os indivíduos e aumentando o estoque de capital social.

O interesse pela noção de capital social ascendeu no mesmo período em que houve o crescimento de uma nova onda na literatura sobre desenvolvimento regional, que salientava a importância do desempenho endógeno das regiões – aspectos sociais e políticos –, como influenciador na capacidade de crescimento econômico. A emergência dessa corrente teórica estava relacionada tanto com a atenção despertada pelo êxito das regiões centro-norte da Itália

com o estudo de Putnam, como pelo descontentamento com as políticas convencionais de desenvolvimento regional implementadas até então. Dessa forma, diversos autores começaram a perceber e defender a importância do capital social para o desenvolvimento mencionado (BANDEIRA, 2007). Como complementa o autor:

A influência da literatura relacionada com o conceito de capital social pode ser percebida em vários documentos produzidos pelo Fórum dos COREDES, fato fácil de compreender, tendo em vista que muitos de seus dirigentes têm sido oriundos do meio acadêmico. A expressão “capital social” passou a ser incluída em documentos produzidos pelo Fórum dos COREDES, como nos dois volumes de um texto divulgado em 2002 como contribuição para o debate sobre as propostas dos candidatos ao Governo do Estado. Essas referências indicam que os responsáveis pelos COREDES passaram a ter presente que um dos objetivos da sua atuação é contribuir para a formação de capital social em escala regional. Na verdade, a atuação dos Conselhos Regionais parece ter alcançado alguns resultados nessa direção, na medida em que contribuiu para promover o surgimento de novos tipos de redes regionais e proporcionou oportunidades de cooperação que não existia se os Conselhos não tivessem sido criados (BANDEIRA, 2007, p. 22).

Os COREDES foram o primeiro mecanismo instituído legalmente para atuar na articulação de grupos de atores, originários de diferentes segmentos sociais e distintos municípios, com a intenção de unir forças para pensar iniciativas de fomento ao desenvolvimento regional. A atividade dos Conselhos tem cooperado principalmente para a construção de uma consciência de região, sendo essa o embrião para a formação de uma identidade regional. Os COREDES, como visto algumas páginas acima, foram divididos com a intenção de homogeneidade, de aliar municípios próximos com demandas semelhantes, o que favorece essa ideia de algo que é “nosso”, como um todo (BANDEIRA, 2007).

A identidade regional, no sentido da identificação de um conjunto de indivíduos com a “sua” região, é uma forma de identidade social construída historicamente. Surge como resultado de processos políticos, sociais e culturais que fazem com que os habitantes de uma determinada área consolidem a percepção de que, apesar das diferenças e divergências que possam ter, também tem afinidades e alguns interesses em comum, que se originam do fato de conviverem em um mesmo território. A prática reiterada da participação de membros de diferentes segmentos da comunidade em organizações como os COREDES, para discutir questões e envolver-se em ações de interesse da região, contribui para fortalecer essa percepção de que eles fazem parte de uma mesma categoria ou grupo social territorialmente definido, ajudando a fortalecer a identidade regional (BANDEIRA, 2007, p. 23).

Todavia, não se busca aqui fazer uma legítima análise da relação entre capital social e o desenvolvimento a partir do estudo sobre o COREDE Fronteira Oeste; mas sim, nesse caso, perceber como se dá a participação cidadã nas deliberações realizadas pelo Conselho, especificamente na parte da saúde, e refletir essa possibilidade como forma de indagação, levantando questionamentos sobre isso para pesquisas futuras. Destarte, os COREDES

constituem uma nova forma de pensar a gestão pública e o desenvolvimento regional de maneira inclusiva, democrática e legítima, atuando no estilo *bottom up*, na direção do fortalecimento da identidade regional de cada comunidade e elevando o nível de transparência nas decisões governamentais que são importantes nesse contexto (BANDEIRA, 2007). Por isso, essa dissertação tem como foco a percepção do tema saúde como um problema de abrangência regional pelo COREDE Fronteira Oeste, analisando como estes escolhem e votam as suas demandas, e em como isso pode refletir positivamente no desenvolvimento regional.

3 O CONSELHO REGIONAL DE DESENVOLVIMENTO DA FRONTEIRA OESTE (COREDE-FO)

Neste capítulo, faz-se a exposição sobre a história do COREDE-FO no período eleito e seu contexto fronteiriço, apresenta-se algumas informações sobre os municípios, bem como se estabelecerá a articulação das entrevistas com os dados levantados através das atas referentes às Assembleias Públicas Municipais e Assembleias Públicas Regionais disponibilizadas pela página oficial do Conselho. A intenção dessa análise é compreender como tal Conselho Regional entende a questão saúde, vota as suas demandas, buscando perceber também como é o nível de participação popular durante as assembleias e se a saúde está entre as prioridades dos municípios e dos cidadãos partícipes. Por fim, será feita uma reflexão sobre como a saúde está influenciando no desenvolvimento regional.

3.1 O COREDE Fronteira Oeste no contexto geopolítico

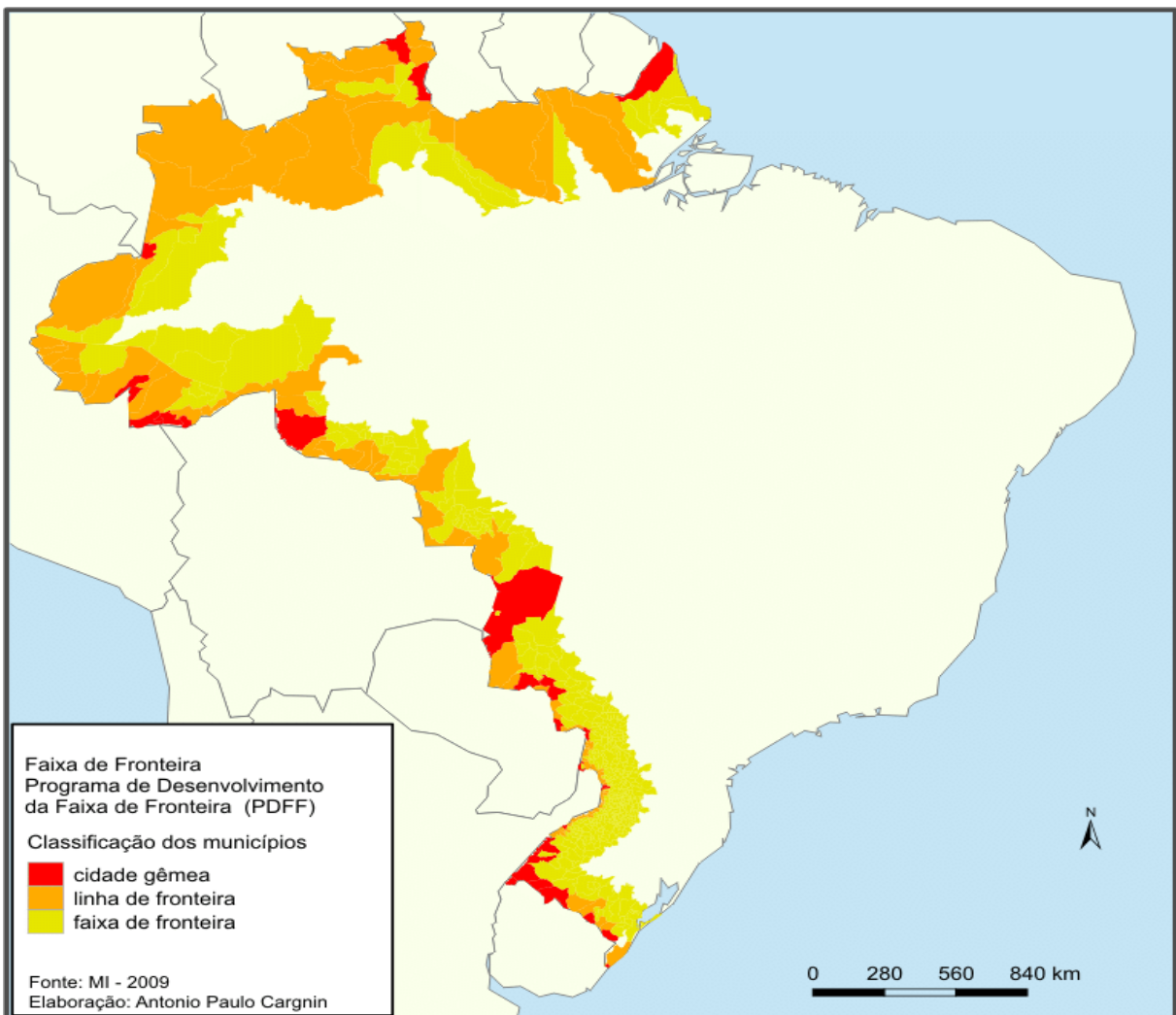
O Conselho Regional de Desenvolvimento Fronteira Oeste foi instituído em 1991, abrangendo inicialmente nove municípios: Alegrete, Itaqui, Manoel Viana, Quaraí, Rosário do Sul, Santana do Livramento, São Borja, São Gabriel e Uruguaiana. De acordo com o Regimento Interno, aqueles municípios que fossem emancipados por meio do desmembramento de municípios já integrantes do COREDE-FO, passariam a fazer parte deste de imediato (REGIMENTO INTERNO COREDE-FO, 1995). Assim, foram incorporados os municípios de Barra do Quaraí, Itacurubi, Maçambará e Santa Margarida do Sul. Conforme disposto no Art. 3º do Regimento Interno, o COREDE-FO objetiva promover o desenvolvimento regional de forma harmônica e sustentável por meio da associação dos recursos e atividades governamentais na região, buscando a mudança na qualidade de vida da comunidade, a distribuição igualitária da riqueza produzida, bem como o incentivo à continuidade do indivíduo na sua região (REGIMENTO INTERNO COREDE-FO, 1995, Art. 3º). Nesse sentido, é de competência do Conselho:

I – Definir prioridades e diretrizes regionais de desenvolvimento; II – Transformar as diretrizes em Programas e Projetos; III – Controlar a implantação dos Programas e Projetos; IV – Avaliar periodicamente o desempenho dos órgãos estaduais e federais da região; V – Constituir-se em instância de regionalização do orçamento do Estado; VI – Dispor de mecanismos que assegurem ao cidadão o acesso às informações de serviços e atividades econômicas e sociais, bem como a participação popular no processo decisório (REGIMENTO INTERNO DO COREDE-FO, 1995, Art. 4º).

Nos demais artigos do Regimento está exposto a estrutura do COREDE-FO, que segue o mesmo padrão descrito no capítulo anterior⁶, suas competências e os atores que integram tais órgãos supracitados, como por exemplo, deputados, prefeitos, sindicalistas, representantes de Instituições de Ensino Superior, representantes dos Conselhos Municipais, de associações, entre outros segmentos. A região do COREDE-FO está localizada na Faixa de Fronteira, que é compreendida como uma área determinada pelo Estado para “direcionar um tratamento político diferenciado em relação ao restante do país” (FURTADO, 2013, p. 39). Posto isso, consta na Proposta de Reestruturação do Programa de Desenvolvimento da Faixa de Fronteira o seguinte:

a Faixa de Fronteira interna do Brasil com os países vizinhos foi estabelecida em 150 km de largura (Lei 6.634, de 2/5/1979), paralela à linha divisória terrestre do território nacional. A largura da Faixa foi sendo modificada desde o Segundo Império (60 km) por sucessivas Constituições Federais (1934; 1937; 1946) até a atual, que ratificou sua largura em 150 km (BRASIL, 2005, p. 9).

Figura 1: Faixa de Fronteira do Programa de Desenvolvimento da Faixa de Fronteira (PDFF)



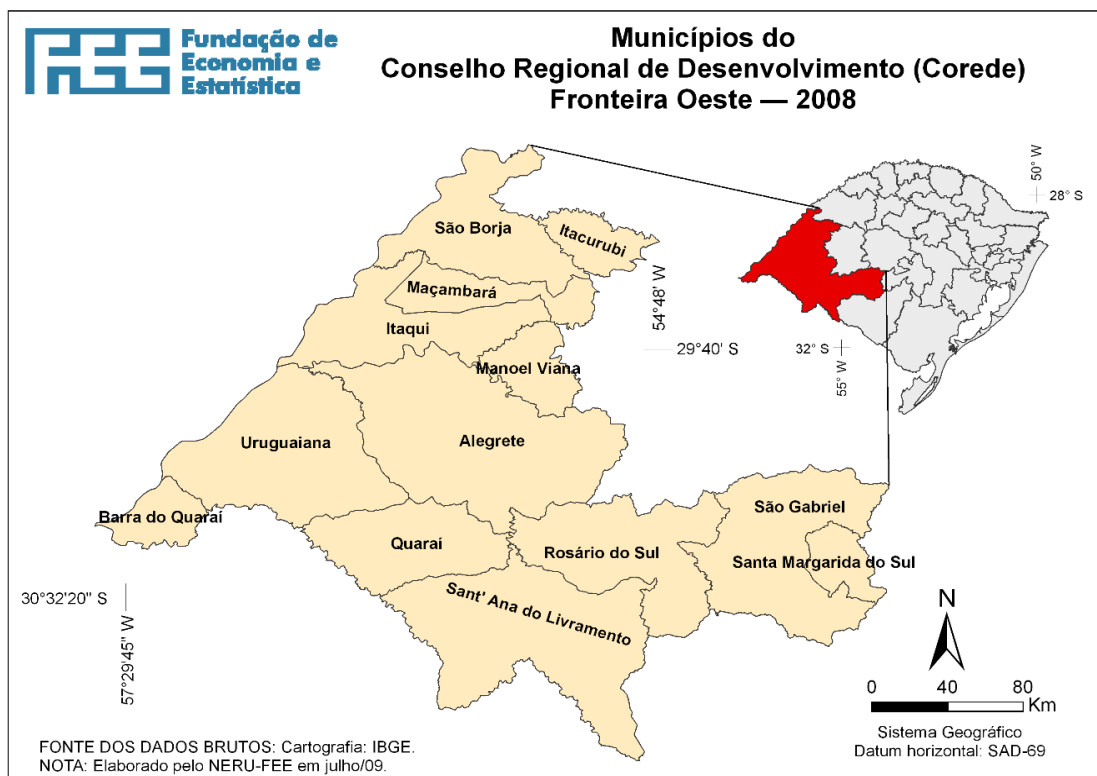
Fonte: Cargnin (2011).

⁶ Assembleia Geral Regional, Conselho de Representantes, Diretoria Executiva e Comissões Setoriais.

A Faixa de Fronteira é composta por um quarto de toda a extensão territorial brasileira. Tais 150 quilômetros de largura equivalem a 14.000 quilômetros de terra, o que corresponde a totalidade de nove países da Europa, como França, Itália, Dinamarca, Holanda, Espanha, Portugal, Suíça, Bélgica e Suécia (BORBA, 2013). A localização do COREDE FO demonstra a sua grande importância geopolítica decorrente da forte interação com atores dos países contíguos. Esse aspecto se torna ainda mais relevante quando se verifica a presença de cidades-gêmeas que fazem fronteira com a Argentina e com o Uruguai, sendo essas: Barra do Quaraí – Bella Unión, Itaqui – Alvear, Santana do Livramento – Rivera, São Borja – Santo Tomé, Quaraí – Artigas e Uruguaiana – Paso de los Libres.

São consideradas cidades gêmeas os “adensamentos populacionais cortados pelo limite internacional, mas que conformam um aglomerado urbano. Em geral, nas cidades gêmeas há grande interação transfronteiriça” (SANT’ANNA, 2013, p. 1216). Assim, são localidades que pertencem a uma rede regional, nacional e transnacional. Ao lado de tal circunstância, “são lugares onde as simetrias e assimetrias entre sistemas territoriais nacionais são mais visíveis e que podem se tornar alicerces da cooperação entre países e da consolidação da cidadania” (CEOLIN; COLVERO; SANTOS, 2016, p. 47). A representação do recorte do COREDE Fronteira Oeste está exposta na figura abaixo:

Figura 2: Municípios do COREDE-FO



Fonte: FEE (2009).

3.2 Perfil socioeconômico dos municípios que compõem o COREDE-FO

Neste tópico será exposto uma rápida apresentação dos treze municípios integrantes do Conselho Regional de Desenvolvimento da Fronteira Oeste com dados estatísticos e informações gerais sobre a situação socioeconômica destes, para que mais adiante sejam analisados enquanto região, e também de forma individual; para dessa forma dar um panorama dos municípios estudados nessa pesquisa, bem como direcionar para a investigação proposta. Por isso, aqui serão levantadas as informações sobre os seguintes itens: dimensão do município, localização, breve histórico sobre sua origem, economia, educação, Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) e saúde –, item imprescindível à essa pesquisa.

3.2.1 Alegrete

O município de Alegrete possui uma extensão territorial de 7.804,0 km² (FEE, 2019) e localiza-se aproximadamente a 506 km da capital do estado, Porto Alegre. De acordo com informações retiradas do Portal Oficial da Prefeitura de Alegrete, o embrião do município se deu no início do século XIX, no ano de 1801. Foi elevada à categoria de Vila em 1831 por meio do Decreto Provincial, e posteriormente se tornou cidade em 1857 (PREFEITURA DE ALEGRETE, 2019). Segundo dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2019), o município possui uma população média de 74.173 pessoas e sua economia se baseia especialmente na agricultura e pecuária. Com base no Portal Objetivos de Desenvolvimento Sustentável, o Produto Interno Bruto (PIB) é a soma da totalidade de bens e serviços finais produzidos no município durante o ano. O PIB de Alegrete teve tendência de crescimento, onde passou de R\$ 563.456.563 em 2002 para R\$ 1.853.527.887 em 2016, ocupando o 38º lugar no PIB do estado com um total de 0,45% de participação (PORTAL ODS, 2019).

No tocante à educação, o Índice de Desenvolvimento da Educação Básica (IDEB)⁷ do município em 2015 para alunos dos anos iniciais da rede pública era de 5.4, e para alunos dos anos finais do ensino fundamental era de 3.9. Em 2017 a nota para alunos das séries iniciais aumentou para 5.5, e de alunos dos anos finais aumentou para 4.2 (IDEB, 2019). Nesse sentido, o município ocupa a 331ª posição nos anos iniciais e a 341ª nos anos finais, dentre os 497

⁷ “O Índice de Desenvolvimento da Educação Básica (IDEB) é um índice que combina o rendimento escolar às notas do exame Prova Brasil, aplicado no último ano das séries iniciais e finais do ensino fundamental, podendo variar de 0 a 10” (PORTAL ODS, 2019).

municípios do Rio Grande do Sul (PORTAL ODS, 2019). Em 2010 a taxa de analfabetismo de pessoas com 15 anos ou mais era de 5,92% (FEE, 2019), o percentual de conclusão do ensino fundamental entre jovens de 15 e 17 anos, que era de 26,25% em 1991, passou para 61,38% em 2010. No ensino médio o percentual de conclusão de jovens entre 18 e 24 anos que era de 17,11% em 1991, cresceu significativamente para 47,96% em 2010 (PORTAL ODS, 2019).

Com relação à saúde, de acordo com o Portal ODS (2019), um dos principais indicativos da qualidade de vida dos cidadãos é a mortalidade infantil. Tal indicador sofre influência de inúmeros elementos como “o saneamento básico, o abastecimento alimentar, a educação a gestantes, entre outros, e sua redução gradual vem da melhoria das condições de vida urbana e do avanço da saúde coletiva e preventiva”. A taxa de mortalidade de crianças menores de 5 anos de idade do município em 1995 era de 21,74 óbitos para cada mil nascidos vivos; em 2016, este número caiu para 10,49 para cada mil nascidos vivos. O número total de óbitos dessa faixa etária no período temporal exposto acima foi de 436 (PORTAL, ODS, 2019). A expectativa de vida ao nascer da população alegretense é de 75,93 anos, de acordo com os últimos dados coletados pela FEE em 2010 (FEE, 2019). Já o IDH do município cresceu, indo de 0,524 em 1991 para 0,740 em 2010, ocupando a 151ª posição no IDH do estado, caracterizando um alto nível de desenvolvimento humano (PORTAL ODS, 2019).

3.2.2 Barra do Quaraí

O município de Barra do Quaraí possui uma extensão territorial de 1.054,40 km² (FEE, 2019) e localiza-se no extremo oeste do Rio Grande do Sul, a 717 km da capital do estado, sendo a cidade mais distante de Porto Alegre. Está a margem de dois rios com grande importância geopolítica – o rio Uruguai e o rio Quaraí –, os quais possibilitam fronteira com países limítrofes como a Argentina e o Uruguai, respectivamente. Com base nas informações disponibilizadas pelo Portal Oficial da Prefeitura, o município teve sua origem em meados de 1814, período no qual tem-se registros de instalações da ocupação do território pela Guarda Portuguesa de Fronteira, na pretensão de proteger o território de possíveis invasões espanholas. Foi elevado à categoria de Vila por meio de Decreto no ano de 1938, adquiriu sua independência política e administrativa em 1995, e teve os Poderes Legislativo e Executivo instalados em 1997 (PREFEITURA DE BARRA DO QUARAÍ, 2019).

Segundo dados IBGE (2019) coletados em 2018, o município possui uma população média de 4.202 pessoas e sua economia baseia-se na agropecuária. Com base no Portal Objetivos de Desenvolvimento Sustentável, o Produto Interno Bruto de Barra do Quaraí teve

tendência de crescimento, passando de R\$ 59.026.584 em 2002 para R\$ 174.345.131 em 2016, ocupando o 248º lugar no PIB do estado com um total de 0,04% de participação (PORTAL ODS, 2019). Na educação, o IDEB do município em 2015 para alunos dos anos iniciais da rede pública era de 5.4, e em 2013 para alunos dos anos finais do ensino fundamental a nota era de 3.9. Em 2017 a nota de alunos das séries iniciais caiu para 4.9, e de alunos dos anos finais também caiu, indo para 3.7 (IDEB, 2019). Dessa forma, o município ocupa a 435ª posição nos anos iniciais e a 429ª nos anos finais, dentre os 497 municípios do Rio Grande do Sul (PORTAL ODS, 2019).

Em 2010 a taxa de analfabetismo de pessoas com 15 anos ou mais era de 7,43% (FEE, 2019), o percentual de conclusão do ensino fundamental entre jovens de 15 e 17 anos, que era de 34,43% em 2000, passou para 40,89% em 2010. No ensino médio, o percentual de conclusão de jovens entre 18 e 24 anos que era de 8,55% em 2000, cresceram para 34,41% em 2010 (PORTAL ODS, 2019). No item saúde, de acordo com o Portal ODS (2019), a taxa de mortalidade de crianças menores de 5 anos de idade do município em 1997 era de 21,74 óbitos para cada mil nascidos vivos; em 2016, este número caiu para 0. O número total de óbitos dessa faixa etária no período temporal exposto acima foi de 25, e o número total de óbitos de crianças menores de um ano de 1997 a 2016 foi de 22 (PORTAL ODS, 2019).

A expectativa de vida ao nascer da população barrense é de 73,13 anos, de acordo com os últimos dados coletados pela FEE em 2010 (FEE, 2019). Assim como Alegrete, o IDH de Barra do Quaraí também cresceu, indo de 0,479 em 1991 para 0,662 em 2010, ocupando a 428ª posição no IDH do estado, caracterizando nível médio de desenvolvimento humano (PORTAL ODS, 2019).

3.2.3 Itacurubi

O município de Itacurubi possui uma extensão territorial de 1.120,9 km² (FEE, 2019) e localiza-se a 512 km da capital Porto Alegre. De acordo com o Portal Oficial da Prefeitura, a povoação da área começou por volta de 1890 com a chegada do capitão da Marinha Jacques Ouriques Simons para instalar um estabelecimento de troca e venda de produtos (PREFEITURA DE ITACURUBI, 2019). Itacurubi era considerado um distrito, subordinado aos municípios de São Borja e Santiago. Iniciado um movimento emancipacionista em 1984, foi realizado um plebiscito em 1988, elevado à categoria de cidade por meio de Lei Estadual no mesmo ano, e desmembrado de São Borja e Santiago em 1990 (IBGE, 2019). Com base nos dados do IBGE (2019), o município possui uma população média de 3.470 pessoas e sua

economia se baseia principalmente na agricultura e pecuária. O PIB de Itacurubi teve tendência de crescimento, onde passou de R\$ 21.108.254 em 2002 para R\$ 94.655.776 em 2016, ocupando o 363º lugar no PIB do estado com um total de 0,02% de participação (PORTAL ODS, 2019).

Com relação à educação, o IDEB do município em 2013 para alunos dos anos iniciais da rede pública era de 4.9, e em 2015 para alunos dos anos finais do ensino fundamental a nota era de 4.4. Em 2017 a nota de alunos das séries iniciais subiu para 5.7, e de alunos dos anos finais a nota se manteve em 4.4 (IDEB, 2019). Dessa forma, o município ocupa a 284ª posição nos anos iniciais e a 284ª nos anos finais, dentre os 497 municípios do Rio Grande do Sul (PORTAL ODS, 2019). Em 2010, a taxa de analfabetismo de pessoas com 15 anos ou mais era de 8,36% (FEE, 2019), o percentual de conclusão do ensino fundamental entre jovens de 15 e 17 anos, que era de 17,26% em 1991 passou para 40,66% em 2010. No ensino médio, o percentual de conclusão de jovens entre 18 e 24 anos que era de 0% em 1991, cresceu para 36,62% em 2010 (PORTAL ODS, 2019).

No item saúde, de acordo com o Portal ODS (2019), a taxa de mortalidade de crianças menores de 5 anos de idade do município em 1995 era de 0 óbito para cada mil nascidos vivos; em 2016, este percentual se manteve. O número total de óbitos dessa faixa etária de 1995 a 2016 foi 3. (PORTAL, ODS, 2019). A expectativa de vida ao nascer da população itacurubiense é de 73,25 anos, de acordo com os últimos dados coletados pela FEE em 2010 (FEE, 2019). O IDH de Itacurubi cresceu de 0,420 em 1991 para 0,657 em 2010, ocupando a 445ª posição no IDH do estado, caracterizando nível médio de desenvolvimento humano (PORTAL ODS, 2019).

3.2.4 Itaqui

O município de Itaqui possui uma extensão territorial de 3.404,0 km² (FEE, 2019) e localiza-se nas margens do Rio Uruguai, fazendo fronteira com a Argentina. Encontra-se aproximadamente a 640 km de Porto Alegre. De acordo com informações retiradas do Portal Oficial da Prefeitura, o município teve o seu início através das missões jesuíticas no ano de 1700, com a redução de La Cruz. O povoamento foi se desenvolvendo no século seguinte, juntamente com a atividade pecuária, que além da agricultura, são os ramos que mais movimentam a economia da região. Em 1837, por meio de Lei provincial foi criado o distrito, e elevada à categoria de cidade no ano de 1879 (PREFEITURA DE ITAQUI, 2019). Segundo

dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2019), o município possui uma população média de 37.757 pessoas. Com base no Portal Objetivos de Desenvolvimento Sustentável, o PIB de Itaqui apresentou tendência de crescimento, onde passou de R\$ 362.630.648 em 2002 para R\$ 1.147.366.196 em 2016, ocupando o 62º lugar no PIB do estado com um total de 0,28% de participação (PORTAL ODS, 2019).

Na educação, o IDEB do município em 2015 para alunos dos anos iniciais da rede pública era de 5.3, e para alunos dos anos finais do ensino fundamental era de 4.0. Em 2017 a nota para alunos das séries iniciais caiu para 5.2, e de alunos dos anos finais aumentou para 4.2 (IDEB, 2019). Nesse sentido, o município ocupa a 393ª posição nos anos iniciais e a 341ª nos anos finais juntamente com Alegrete, dentre os 497 municípios do Rio Grande do Sul (PORTAL ODS, 2019). Em 2010 a taxa de analfabetismo de pessoas com 15 anos ou mais era de 6,27 % (FEE, 2019), o percentual de conclusão do ensino fundamental entre jovens de 15 e 17 anos, que era de 16,96% em 1991, passou para 58,99% em 2010. No ensino médio, o percentual de conclusão de jovens entre 18 e 24 anos que era de 12,48% em 1991, cresceu significativamente para 39,60% em 2010 (PORTAL ODS, 2019).

No item saúde, de acordo com o Portal ODS (2019), a taxa de mortalidade de crianças menores de 5 anos de idade do município em 1995 era de 22,86 óbitos para cada mil nascidos vivos; em 2016, este número caiu para 10,70. O número total de óbitos dessa faixa etária no período temporal exposto acima foi de 241, e o número total de óbitos de crianças menores de um ano de 1995 a 2016 foi de 215 (PORTAL, ODS, 2019). A expectativa de vida ao nascer da população itaquense é de 75,60 anos, de acordo com dados coletados pela FEE em 2010 (FEE, 2019). O Índice de Desenvolvimento Humano de Itaqui cresceu, indo de 0,504 em 1991 para 0,713 em 2010, ocupando a 260ª posição no IDH do estado, caracterizando nível alto de desenvolvimento humano (PORTAL ODS, 2019).

3.2.5 Maçambará

O município de Maçambará possui uma extensão territorial de 1.683 km² (FEE, 2019) e localiza-se aproximadamente a 480 km da capital Porto Alegre. De acordo com informações retiradas do Portal Oficial da Prefeitura, o município é oriundo de Itaqui, e surgiu em virtude das fazendas de criação de gado existentes na área. A população do município está concentrada principalmente na zona rural e a economia se baseia na atividade agrícola (PREFEITURA DE MAÇAMBARÁ, 2019). Teve o distrito criado por meio de Ato Municipal no ano de 1900, com a denominação de “Recreio”, subordinado ao município de Itaqui. O distrito de Recreio teve

seu nome alterado via Decreto Estadual em 1944 para Massambará, e foi elevado à categoria de cidade com o nome “Maçambará” por Lei Estadual em 1993, desvinculando-se de Itaquí (IBGE, 2019).

Segundo dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2019), o município possui uma população média de 4.613 pessoas. O PIB de Maçambará apresentou tendência de crescimento, onde passando de R\$ 76.428.555 em 2002 para R\$ 237.500.787 em 2016, ocupando o 198º lugar no PIB do estado com um total de 0,06% de participação (PORTAL ODS, 2019). Na educação, o IDEB do município em 2015 para alunos dos anos iniciais da rede pública era de 4.4, e para alunos dos anos finais do ensino fundamental em 2013 era de 3.4. Em 2017 a nota para alunos das séries iniciais aumentou para 4.9, e de alunos dos anos finais caiu para 3.2 (IDEB, 2019). Nesse sentido, o município ocupa a 435ª posição nos anos iniciais e a 451ª nos anos finais dentre os 497 municípios do Rio Grande do Sul (PORTAL ODS, 2019).

Em 2010 a taxa de analfabetismo de pessoas com 15 anos ou mais era de 9,44 % (FEE, 2019), o percentual de conclusão do ensino fundamental entre jovens de 15 e 17 anos, que era de 60,63% em 2000, passou para 56,99% em 2010. No ensino médio, o percentual de conclusão de jovens entre 18 e 24 anos que era de 12,96% em 2000, cresceu significativamente para 37,77% em 2010 (PORTAL ODS, 2019). Na saúde, de acordo com o Portal ODS (2019), a taxa de mortalidade de crianças menores de 5 anos de idade do município em 1997 era de 22,22 óbitos para cada mil nascidos vivos; em 2016, este número subiu para 32,79. O número total de óbitos dessa faixa etária no período temporal exposto foi de 16, e o número total de óbitos de crianças menores de um ano de 1997 a 2016 foi de 13 (PORTAL, ODS, 2019). A expectativa de vida ao nascer da população maçambareense é de 74,89 anos, de acordo com dados coletados pela FEE em 2010 (FEE, 2019). O Índice de Desenvolvimento Humano de Maçambará cresceu, indo de 0,403 em 1991 para 0,684 em 2010, ocupando a 376ª posição no IDH do estado, caracterizando nível médio de desenvolvimento humano (PORTAL ODS, 2019).

3.2.6 Manoel Viana

O município de Manoel Viana possui uma extensão territorial de 1.390,7 km² (FEE, 2019) e localiza-se a 465 km da capital Porto Alegre. De acordo com o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2019), a origem do município se deu na localidade do 3º Distrito de São Francisco de Assis, com a denominação de “Passo Novo do Ibicuí”. Mais tarde, foi feita

a divisão da área para a formação do povoado, que manteve o mesmo nome até a criação do Decreto-Lei que o elevou à categoria de Vila em 1938, passando a chamar-se Vila Manoel Viana, como forma de homenagem ao Intendente Coronel Manoel Viana em virtude da validade dos serviços prestados na região nos anos de 1908 a 1916. Após um período de reivindicações da comunidade, em 1992 a Vila conseguiu a emancipação político-administrativa por meio de Decreto-Lei, criando-se assim a cidade Manoel Viana.

Ainda de acordo com o IBGE (2019), o município possui uma população média de 7.291 pessoas e sua economia se baseia principalmente na agricultura. O PIB de Manoel Viana teve tendência de crescimento, onde passou de R\$ 47.321.158 em 2002 para R\$ 222.529.562 em 2016, ocupando o 207º lugar no PIB do estado com um total de 0,05% de participação (PORTAL ODS, 2019). Com relação à educação, o IDEB do município em 2015 para alunos dos anos iniciais da rede pública era de 5.1, e para alunos dos anos finais do ensino fundamental a nota era de 4.0. Em 2017, a nota de alunos das séries iniciais se manteve em 5.1, e de alunos dos anos finais a nota subiu para 4.6 (IDEB, 2019). Dessa forma, o município ocupa a 407ª posição nos anos iniciais e a 240ª nos anos finais, dentre os 497 municípios do Rio Grande do Sul (PORTAL ODS, 2019). Em 2010 a taxa de analfabetismo de pessoas com 15 anos ou mais era de 9,77 % (FEE, 2019), o percentual de conclusão do ensino fundamental entre jovens de 15 e 17 anos, que era de 38,22% em 2000, passou para 45,51% em 2010. No ensino médio, o percentual de conclusão de jovens entre 18 e 24 anos que era de 19,95% em 2000, aumentou para 38,10% em 2010 (PORTAL ODS, 2019).

No item saúde, de acordo com o Portal ODS (2019), a taxa de mortalidade de crianças menores de 5 anos de idade do município em 1995 era de 0 óbito para cada mil nascidos vivos; em 2016, este número subiu para 19,23. O número total de óbitos dessa faixa etária no período temporal exposto acima foi de 55, e o número total de crianças menores de um ano que vieram a óbito de 1995 a 2016 foi de 43 (PORTAL, ODS, 2019). A expectativa de vida ao nascer da comunidade vianense é de 70,96 anos, de acordo com dados coletados pela FEE em 2010 (FEE, 2019). O Índice de Desenvolvimento Humano do município cresceu, indo de 0,410 em 1991 para 0,655 em 2010, ocupando a 452ª posição no IDH do estado, caracterizando nível médio de desenvolvimento humano (PORTAL ODS, 2019).

3.2.7 *Quaraí*

O município de Quaraí possui uma extensão territorial de 3.145,50 km² (FEE, 2019) e localiza-se aproximadamente a 590 km da capital Porto Alegre, e faz fronteira com o Uruguai.

De acordo com informações retiradas do Portal Oficial da Prefeitura, a origem do município é datada em 1814, quando iniciaram-se as doações de sesmarias na área, coincidindo com o período em que começaram as lutas contra José Gervásio Artigas, mentor da independência da Banda Oriental, atualmente denominada como República Oriental do Uruguai. Através de Lei Provincial, em 1859 foi criado o 2º Distrito de Alegrete, nomeado como Freguesia de São João Batista de Quaraí. Foi elevada à categoria de Vila por meio de Lei em 1875, e à condição de cidade por meio de Ato no ano de 1890 (PREFEITURA DE QUARAÍ, 2019).

Ainda de acordo com dados do Portal da Prefeitura (2019), o município possui uma população média de 24.987 pessoas e sua economia se baseia especialmente na pecuária. Com base no Portal Objetivos de Desenvolvimento Sustentável, o Produto Interno Bruto de Quaraí teve tendência de crescimento, onde passou de R\$ 130.898.445 em 2002 para R\$ 419.726.720 em 2016, ocupando o 138º lugar no PIB do estado com um total de 0,10% de participação (PORTAL ODS, 2019). No tocante à educação, o IDEB do município em 2015 para alunos dos anos iniciais da rede pública era de 5,8, e para alunos dos anos finais do ensino fundamental a nota era de 4,4. Em 2017 a nota de alunos das séries iniciais caiu para 5,7, e de alunos dos anos finais a nota se manteve em 4,4 (IDEB, 2019). Dessa forma, o município ocupa a 284ª posição nos anos iniciais e nos finais junto com Itacurubi, dentre os 497 municípios do Rio Grande do Sul (PORTAL ODS, 2019). Em 2010 a taxa de analfabetismo de pessoas com 15 anos ou mais era de 5,60 % (FEE, 2019), o percentual de conclusão do ensino fundamental entre jovens de 15 e 17 anos, que era de 35,28% em 1991, passou para 43,58% em 2010. No ensino médio, o percentual de conclusão de jovens entre 18 e 24 anos que era de 17,58% em 2000, aumentou para 36,78% em 2010 (PORTAL ODS, 2019).

Na saúde, de acordo com o Portal ODS (2019), a taxa de mortalidade de crianças menores de 5 anos de idade do município em 1995 era de 17,13 óbitos para cada mil nascidos vivos; em 2016, este número subiu para 22,39. O número total de óbitos dessa faixa etária no período temporal exposto foi de 180, e o número total de crianças menores de um ano que vieram a óbito de 1995 a 2016 foi de 167. A expectativa de vida ao nascer da comunidade quaraense é de 76,14 anos, de acordo com dados coletados pela FEE em 2010 (FEE, 2019). O Índice de Desenvolvimento Humano do município aumentou, indo de 0,542 em 1991 para 0,704 em 2010, ocupando a 295ª posição no IDH do estado, caracterizando nível alto de desenvolvimento humano (PORTAL ODS, 2019).

3.2.8 Rosário do Sul

O município de Rosário do Sul possui uma extensão territorial de 4.369,6 km² (FEE, 2019) e localiza-se a 386 km de Porto Alegre. De acordo com o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2019), A área que corresponde ao município pertenceu a Rio Pardo em 1809 e foi incluído ao município de Cachoeira. Em 1831, a localidade de Rosário do Sul foi desmembrada de Cachoeira e se tornou o Distrito do Caverá. Já em 1859, por meio de Lei Provincial a freguesia de Nossa Senhora do Rosário foi transferida para a margem direita do Passo do Saicã, e novamente foi restabelecida através de Lei Provincial no Passo do Rosário. Em 1861 iniciou-se o povoamento da região com o aparecimento de residências, e em 1876, conforme Lei Provincial, Passo do Rosário foi emancipada, tornando-se Rosário do Sul.

Ainda de acordo com o IBGE (2019), o município possui uma população média de 39.535 pessoas e sua economia é baseada principalmente na agricultura e pecuária, com destaque para o extrativismo mineral de areia que vem ganhando força na região (PREFEITURA DE ROSÁRIO DO SUL, 2019). O PIB do município teve tendência de crescimento, onde passou de R\$ 213.591.402 em 2002 para R\$ 863.614.449 em 2016, ocupando o 87º lugar no PIB do estado com um total de 0,21% de participação (PORTAL ODS, 2019). Com relação à educação, o IDEB do município em 2015 para alunos dos anos iniciais da rede pública era de 5,0, e para alunos dos anos finais do ensino fundamental a nota era de 3,7. Em 2017 a nota de alunos das séries iniciais caiu para 4,9, e de alunos dos anos finais a nota não foi calculada em decorrência do número insuficiente de participantes (IDEB, 2019). Dessa forma, o município ocupa a 435ª posição nos anos iniciais, dentre os 497 municípios do Rio Grande do Sul. No que diz respeito ao ranking estadual dos anos finais o valor do IDEB foi nulo, pois não foi possível ser calculado (PORTAL ODS, 2019).

Em 2010 a taxa de analfabetismo de pessoas com 15 anos ou mais era de 7,73% (FEE, 2019), o percentual de conclusão do ensino fundamental entre jovens de 15 e 17 anos, que era de 26,84% em 1991, passou para 49,86% em 2010. No ensino médio, o percentual de conclusão de jovens entre 18 e 24 anos que era de 15,94% em 1991, aumentou para 43,34% em 2010 (PORTAL ODS, 2019). Na saúde, de acordo com o Portal ODS (2019), a taxa de mortalidade de crianças menores de 5 anos de idade do município em 1995 era de 25,12 óbitos para cada mil nascidos vivos; em 2016, este número caiu para 13,36. O número total de óbitos dessa faixa etária no período temporal exposto foi de 243, e o número total de crianças menores de um ano que vieram a óbito de 1995 a 2016 foi de 193. A expectativa de vida ao nascer da comunidade rosariense é de 75,47 anos, de acordo com dados coletados pela FEE em 2010 (FEE, 2019). O

Índice de Desenvolvimento Humano do município aumentou, indo de 0,496 em 1991 para 0,699 em 2010, ocupando a 314ª posição no IDH do estado, caracterizando nível médio de desenvolvimento humano (PORTAL ODS, 2019).

3.2.9 Santa Margarida do Sul

De acordo com o Portal Oficial da Prefeitura, o município de Santa Margarida do Sul possui uma extensão territorial de 956,148 km² (FEE, 2019) e localiza-se a 309 km da capital do estado. Santa Margarida pertencia ao município de São Gabriel em forma de Distrito. A ideia de emancipação surgiu através de um grupo de moradores que almejavam o desenvolvimento da região. O município foi emancipado em 1996 com a denominação de Santa Margarida do Sul, mas a primeira eleição para Prefeito ocorreu no ano de 2000 (PREFEITURA DE SANTA MARGARIDA DO SUL, 2019). Conforme dados do IBGE (2019), o município possui uma população média de 2.545 pessoas e sua economia é baseada principalmente na agropecuária (PREFEITURA DE SANTA MARGARIDA DO SUL, 2019).

O PIB do município teve tendência de crescimento, onde passou de R\$ 32.894.441 em 2002 para R\$ 181.728.362 em 2016, ocupando o 244º lugar no PIB do estado com um total de 0,04% de participação (PORTAL ODS, 2019). Com relação à educação, o IDEB do município em 2015 para alunos dos anos iniciais da rede pública era de 5.0, e para alunos dos anos finais do ensino fundamental no ano de 2007 a nota era de 2.8. Em 2017 a nota de alunos das séries iniciais subiu para 5.6, e de alunos dos anos finais a nota cresceu para 4.4 (IDEB, 2019). Dessa forma, o município ocupa a 310ª posição nos anos iniciais, e na 284ª nos anos finais junto com Itacurubi e Quaraí, dentre os 497 municípios do Rio Grande do Sul (PORTAL ODS, 2019). Em 2010 a taxa de analfabetismo de pessoas com 15 anos ou mais era de 12,10% (FEE, 2019).

Referente ao percentual de conclusão do ensino fundamental entre jovens de 15 e 17 anos, o Portal ODS só apresenta dados do ano de 2010, que era de 51,20%. No ensino médio, o percentual de conclusão de jovens entre 18 e 24 anos em 2010 era de 29,21% (PORTAL ODS, 2019). Na saúde, de acordo com o Portal ODS (2019), a taxa de mortalidade de crianças menores de 5 anos de idade do município em 2001 era de 0 óbito para cada mil nascidos vivos; em 2016, este percentual se manteve. O número total de óbitos dessa faixa etária no período temporal exposto foi de 4, e o número total de crianças menores de um ano que vieram a óbito de 2001 a 2016 foi de 3. A expectativa de vida ao nascer da comunidade rosariense é de 77,22 anos, de acordo com dados coletados pela FEE em 2010 (FEE, 2019). O Índice de Desenvolvimento Humano do município aumentou, indo de 0,426 em 1991 para 0,663 em

2010, ocupando a 424ª posição no IDH do estado, caracterizando nível médio de desenvolvimento humano (PORTAL ODS, 2019).

3.2.10 Santana do Livramento

O município de Santana do Livramento possui uma extensão territorial de 6.950,4 km² (FEE, 2019), localiza-se aproximadamente a 531 km da capital Porto Alegre, e faz fronteira seca com o Uruguai. Com base nas informações retiradas do Portal Oficial da Prefeitura, com a necessidade de resguardar os limites do Rio Grande do Sul, em meados de 1810 foram enviadas tropas para a localidade que corresponde às fronteiras de Bagé e Livramento. O exército enviado foi se dividiu em dois grupos, que se estabeleceram no Rio Ibirapuitã. O início do povoamento foi em 1914, quando houveram as primeiras doações de sesmarias (PREFEITURA DE SANTANA DO LIVRAMENTO, 2019). Em 1848 foi criado o Distrito de Sant'Ana do Livramento por meio de Lei Provincial, pertencente ao município de Alegrete. Já no ano de 1857, foi desmembrado de Alegrete também através de Lei Provincial e elevado à categoria de Vila com a mesma denominação; em 1876, elevado à condição de cidade com o nome de Santana do Livramento, conforme Lei Provincial.

Conforme dados do IBGE (2019), o município possui uma população média de 77.763 pessoas e sua economia é baseada principalmente na pecuária, no comércio e turismo. O PIB do município teve tendência de crescimento, onde passou de R\$ 416.280.272 em 2002 para R\$ 2.303.626.317 em 2016, ocupando o 34º lugar no PIB do estado com um total de 0,56% de participação (PORTAL ODS, 2019). Com relação à educação, o IDEB do município em 2015 para alunos dos anos iniciais da rede pública era de 5.0, e para alunos dos anos finais do ensino fundamental a nota era de 3.5. Em 2017 a nota de alunos das séries iniciais subiu para 5.2, e de alunos dos anos finais a nota cresceu para 3.8 (IDEB, 2019). Dessa forma, o município ocupa a 393ª posição nos anos iniciais junto com Itaqui, e na 417ª nos anos finais, dentre os 497 municípios do Rio Grande do Sul (PORTAL ODS, 2019). Em 2010 a taxa de analfabetismo de pessoas com 15 anos ou mais era de 4,23 % (FEE, 2019).

O percentual de conclusão do ensino fundamental entre jovens de 15 e 17 anos, que era de 37,63% em 1991, passou para 56,25% em 2010. No ensino médio, o percentual de conclusão de jovens entre 18 e 24 anos que era de 22,60% em 1991, aumentou para 43,76% em 2010 (PORTAL ODS, 2019). Na saúde, de acordo com o Portal ODS (2019), a taxa de mortalidade de crianças menores de 5 anos de idade do município em 1995 era de 33,99 óbitos para cada

mil nascidos vivos; em 2016, este número caiu para 15,14. O número total de óbitos dessa faixa etária no período temporal exposto foi de 651, e o número total de crianças menores de um ano que vieram a óbito de 1995 a 2016 foi de 584. A expectativa de vida ao nascer da população santanense é de 75,77 anos, de acordo com dados coletados pela FEE em 2010 (FEE, 2019). O Índice de Desenvolvimento Humano do município aumentou, indo de 0,557 em 1991 para 0,727 em 2010, ocupando a 207ª posição no IDH do estado, caracterizando nível alto de desenvolvimento humano (PORTAL ODS, 2019).

3.2.11 São Borja

O município de São Borja possui uma extensão territorial de 3.616,0 km² (FEE, 2019), localiza-se na fronteira com a Argentina, e a aproximadamente 600 km da capital do estado (PREFEITURA DE SÃO BORJA, 2019). No ano de 1632, os jesuítas fundaram 18 reduções na parte oriental do rio Uruguai, e dentre elas, o assentamento da redução missioneira de São Tomé nas proximidades do rio Jaguari, localizado na margem direita do Ibicuí. Em 1635, as Missões foram atacadas pelos portugueses, obrigando os índios e jesuítas a retornarem para a margem direita do rio Uruguai. Assim, recomeçou o ciclo de fundação de reduções naquela região, incluindo a de Santo Tomé, que teve forte expansão devido à estrutura organizacional das reduções (COLVERO, 2004). Mais tarde, houve o desmembramento de parte da redução de Santo Tomé como medida administrativa da Companhia de Jesus para a criação da redução de São Francisco de Borja em 1682, que fora instalada na margem esquerda do Rio Uruguai (FLÔRES, 1996). A redução de São Francisco de Borja é considerada a primeira a ser fundada no segundo ciclo de reduções das Missões no Rio Grande do Sul. São Borja foi elevada à categoria de Vila em 1833, e à condição de cidade em dezembro de 1887 (FLÔRES, 1996; COLVERO, 2004).

De acordo com o IBGE (2019), o município possui uma população média de 60.557 pessoas e sua economia é baseada principalmente na agricultura. O PIB do município teve tendência de crescimento, onde passou de R\$ 400.819.044 em 2002 para R\$ 1.681.891.032 em 2016, ocupando o 44º lugar no PIB do estado com um total de 0,41% de participação (PORTAL ODS, 2019). Na educação, o IDEB do município em 2015 para alunos dos anos iniciais da rede pública era de 5.4, e para alunos dos anos finais do ensino fundamental a nota era de 3.7. Em 2017 a nota de alunos das séries iniciais caiu para 5.3, e de alunos dos anos finais a nota cresceu para 4.2 (IDEB, 2019). Dessa forma, o município ocupa a 374ª posição nos anos iniciais, e na 341ª junto com Alegrete e Itaqui nos anos finais, dentre os 497 municípios do Rio Grande do

Sul (PORTAL ODS, 2019). Em 2010 a taxa de analfabetismo de pessoas com 15 anos ou mais era de 6,51% (FEE, 2019).

O percentual de conclusão do ensino fundamental entre jovens de 15 e 17 anos, que era de 28,30% em 1991, passou para 60,44% em 2010. No ensino médio, o percentual de conclusão de jovens entre 18 e 24 anos que era de apenas 15,84% em 1991, aumentou para 46,26% em 2010 (PORTAL ODS, 2019). Na saúde, com base no Portal ODS (2019), a taxa de mortalidade de crianças menores de 5 anos de idade do município em 1995 era de 23,58 óbitos para cada mil nascidos vivos; em 2016, este número caiu para 16,11. O número total de óbitos dessa faixa etária no período exposto foi de 367, e o número total de crianças menores de um ano que vieram a óbito de 1995 a 2016 foi de 321. A expectativa de vida ao nascer da comunidade são-borjense é de 76,61 anos, de acordo com dados coletados pela FEE em 2010 (FEE, 2019). O Índice de Desenvolvimento Humano do município aumentou, indo de 0,540 em 1991 para 0,736 em 2010, ocupando a 179ª posição no IDH do estado, caracterizando nível alto de desenvolvimento humano (PORTAL ODS, 2019).

3.2.12 São Gabriel

O município de São Gabriel possui uma extensão territorial de 5.023,8 km² (FEE, 2019), e localiza-se aproximadamente a 328 km de Porto Alegre. De acordo com o Portal Oficial da Prefeitura, a origem da cidade é datada em 1800, quando iniciou a primeira povoação no local, sendo essa espanhola, através de Félix Azara com a denominação de Distrito de Batovi. Após a colonização portuguesa e a doação de sesmarias, foi criado o Distrito de São Gabriel por meio de Lei Provincial em 1837, subordinado ao município de Cachoeira. Foi elevado à categoria de Vila no ano de 1846 através de Lei Provincial e desmembrado de Cachoeira; e em 1859, passou à condição de cidade (PREFEITURA DE SÃO GABRIEL, 2009). Conforme dados do IBGE (2019), o município possui uma população média de 62.061 pessoas e sua economia é baseada principalmente na agropecuária. Atualmente, o município iniciou com o desenvolvimento da piscicultura e apicultura (PREFEITURA DE SÃO GABRIEL, 2019).

O PIB do município teve tendência de crescimento, onde passou de R\$ 389.239.984 em 2002 para R\$ 1.552.827.987 em 2016, ocupando o 47º lugar no PIB do estado com um total de 0,38% de participação (PORTAL ODS, 2019). Com relação à educação, o IDEB do município em 2015 para alunos dos anos iniciais da rede pública era de 4.9, e para alunos dos anos finais do ensino fundamental no ano de 2013 a nota era de 2.9. Em 2017 a nota de alunos das séries iniciais subiu para 5.1, e de alunos dos anos finais a nota cresceu para 3.5 (IDEB, 2019). Dessa

forma, o município ocupa a 407ª posição nos anos iniciais junto de Manoel Viana, e na 442ª nos anos finais junto com Itacurubi e Quaraí, dentre os 497 municípios do Rio Grande do Sul (PORTAL ODS, 2019). Em 2010 a taxa de analfabetismo de pessoas com 15 anos ou mais era de 7,99% (FEE, 2019).

O percentual de conclusão do ensino fundamental entre jovens de 15 e 17 anos, que era de 30,70% em 1991, passou para 51,79% em 2010. No ensino médio, o percentual de conclusão de jovens entre 18 e 24 anos que era de apenas 14,42% em 1991, aumentou para 42,20% em 2010 (PORTAL ODS, 2019). Na saúde, com base no Portal ODS (2019), a taxa de mortalidade de crianças menores de 5 anos de idade do município em 1995 era de 29,01 óbitos para cada mil nascidos vivos; em 2016, este número caiu para 13,22. O número total de óbitos dessa faixa etária no período exposto foi de 461, e o número total de crianças menores de um ano que vieram a óbito de 1995 a 2016 foi de 406. A expectativa de vida ao nascer da população gabrielense é de 74,31 anos, com base nos dados coletados pela FEE em 2010 (FEE, 2019). O Índice de Desenvolvimento Humano do município aumentou, indo de 0,518 em 1991 para 0,699 em 2010, ocupando a 314ª posição no IDH do estado, caracterizando nível médio de desenvolvimento humano (PORTAL ODS, 2019).

3.2.13 Uruguaiana

O município de Uruguaiana possui uma extensão territorial de 5.715,8 km² (FEE, 2019), considerada a 3ª maior extensão do estado do Rio Grande do Sul, localiza-se na fronteira com a Argentina, e fica a 643km da capital Porto Alegre. De acordo com o Portal Oficial da Prefeitura, a origem do município se dá no início do século XVI, quando integrava a Capitania de São Paulo. Em 1735, foi construído um forte na entrada do canal que conectava a Lagoa dos Patos ao Atlântico, o que desencadeou o desligamento da província do Rio Grande de São Pedro do gerenciamento paulista em 1738. Tais terras passaram a pertencer à jurisdição do governo de Santa Catarina, que compreendia o território do Rio Grande do Sul, agora sob o comando da Capitania do Rio de Janeiro. Já em 1760 as terras deixaram de pertencer à jurisdição de Santa Catarina, se tornando uma província autônoma. Das terras referentes ao município de Alegrete é que de onde surgiu Uruguaiana. Em 1835, com os acontecimentos da Revolução Farroupilha, surgiu a necessidade de iniciar a povoação da margem esquerda do Uruguai, com o nome de Santana do Uruguai. Elevado à categoria de Vila com a denominação de Uruguaiana por meio

de Lei Provincial em 1846, e à condição de cidade no ano de 1874 (PREFEITURA DE URUGUAIANA, 2019).

Com base em dados do IBGE (2019), o município possui uma população média de 127.079 pessoas e sua economia é baseada principalmente na agropecuária (PREFEITURA DE URUGUAIANA, 2019). O PIB do município teve tendência de crescimento, onde passou de R\$ 756.737.807 em 2002 para R\$ 2.662.240.937 em 2016, ocupando o 29º lugar no PIB do estado com um total de 0,65% de participação (PORTAL ODS, 2019). Com relação à educação, o IDEB do município em 2015 para alunos dos anos iniciais da rede pública era de 5.3, e para alunos dos anos finais do ensino fundamental a nota era de 4.0. Em 2017 a nota de alunos das séries iniciais se manteve em 5.3, e de alunos dos anos finais a nota cresceu para 4.2 (IDEB, 2019). Dessa forma, o município ocupa a 374ª posição nos anos iniciais junto de São Borja, e na 341ª nos anos finais junto com Alegrete, Itaqui e novamente São Borja, dentre os 497 municípios do Rio Grande do Sul (PORTAL ODS, 2019). Em 2010 a taxa de analfabetismo de pessoas com 15 anos ou mais era de 4,07% (FEE, 2019). O percentual de conclusão do ensino fundamental entre jovens de 15 e 17 anos, que era de 34,65% em 1991, passou para 59,45% em 2010. No ensino médio, o percentual de conclusão de jovens entre 18 e 24 anos que era de apenas 17,41% em 1991, aumentou para 46,56% em 2010 (PORTAL ODS, 2019).

Na saúde, com base no Portal ODS (2019), a taxa de mortalidade de crianças menores de 5 anos de idade do município em 1995 era de 39,09 óbitos para cada mil nascidos vivos; em 2016, este número caiu para 17,42. O número total de óbitos dessa faixa etária no período exposto foi de 1.431, e o número total de crianças menores de um ano que vieram a óbito de 1995 a 2016 foi de 1.258. A expectativa de vida ao nascer da população uruguaianense é de 76,80 anos, com base nos dados coletados pela FEE em 2010 (FEE, 2019). O Índice de Desenvolvimento Humano do município aumentou, indo de 0,550 em 1991 para 0,744 em 2010, ocupando a 131ª posição no IDH do estado, caracterizando nível alto de desenvolvimento humano (PORTAL ODS, 2019).

Com esta rápida apresentação dos indicadores gerais dos treze municípios da Fronteira Oeste, é possível perceber o quão alarmante são os índices relacionados à saúde. Os dados apresentados nesse tópico revelam uma alta taxa de mortalidade infantil, onde Maçambará se destaca com 32,79 a cada mil nascidos vivos – que será analisado mais adiante –, e Uruguaiana com 17,42. O que mais chama atenção neste momento é o segundo município apontado acima, tendo em vista que este possui um hospital que é centro de referência na região e também tem UTI Neonatal. Por isso, reforça-se a necessidade de entender como o COREDE-FO enxerga a saúde na região, como votam as suas demandas e de que forma atua na intenção de reverter, ou

pelo menos amenizar tal situação. No tópico a seguir, é feita uma exposição dos Planos Estratégicos de Desenvolvimento formulados pelo Conselho no decorrer dos anos de atividades, focando na questão proposta por essa pesquisa que é a saúde, para perceber quais foram os problemas levantados e as frentes de ação para solucioná-los.

3.3 Planos Estratégicos de Desenvolvimento da Fronteira Oeste

O COREDE-FO em parceria com o Governo do estado do Rio Grande do Sul, os outros 27 Conselhos, COMUDES, demais órgãos e instituições colaboradoras formularam os Planos Estratégicos de Desenvolvimento da Fronteira Oeste (PED) 2010-2020 e 2015-2030. O PED faz um diagnóstico técnico acerca de diversas áreas importantes a serem pensadas no âmbito do desenvolvimento da região, utilizando a metodologia da Matriz de forças e fraquezas, oportunidades e ameaças (FOFA). O primeiro Plano desenvolvido (2010-2020), dividiu os temas a serem analisados em 4 eixos distintos, com subtemas correlacionados. O primeiro eixo temático é o de Gestão Estrutural, que abrange: saneamento, energia, comunicações, habitação, meio ambiente, urbanismo e transporte. O segundo eixo é o de Gestão Econômica, subdividido em: setor primário, setor secundário, setor terciário, comércio exterior, gestão pública local e mercado de trabalho. O terceiro eixo é o de Gestão Social, que conta com: saúde, educação, justiça, assistência social, segurança, cultura, esporte e lazer. O último eixo é o de Gestão Institucional, que analisa: articulação e relações interinstitucionais, fomento de capital social e gestão de eventos (PED, 2010).

O eixo que interessa a essa pesquisa é o de Gestão Social. Os dados de saúde expostos no primeiro Plano apresentaram que houve uma redução no número de hospitais, que de 14 unidades no ano de 2000, foi para 11 em 2008. Igualmente, o número de leitos ofertados também caiu, passando de 1482 em 2000 para 1344 em 2008 (PED, 2010). No que tange à taxa de mortalidade infantil, o diagnóstico do PED detectou que o índice da região da Fronteira Oeste, que era de 18,16 óbitos para cada mil nascidos vivos no período, era superior ao do Estado do Rio Grande do Sul, que era de 13,20, que configura um número expressivamente alto, o que leva a se concluir que “elevados índices de mortalidade infantil são indícios de que uma região precisa rever suas ações em nível de saúde” (PED, 2010, p. 42). No Plano, foram identificadas as potencialidades e problemas de cada eixo. O da saúde foi apresentado da seguinte forma:

Quadro 1: Potencialidades e problemas na Gestão Social

Saúde e Assistência Social	
Potencialidades	Problemas
Universidade com área da saúde; Formação de mão-de-obra (Universidades); Estrutura hospitalar de bom porte; Centro oftalmológico (Rosário do Sul); Rede de assistência à saúde mental; Autossuficiência regional em vários serviços em relação à saúde e a assistência social; Projeto de geração de renda; Adesão aos programas federais fortalecendo os municípios.	Falta de profissionais qualificados e atualizados; Falta de investimentos na saúde de prevenção; Falta de políticas de geração de renda; Falta de saúde do trabalhador; Falta de representação política; Falta de hospital de geriatria e neonatal; Falta de hospital público; Falta de política na área de saúde; Baixos indicadores; Desmobilização da comunidade quanto ao tema.

Fonte: Resultados da 1ª oficina de trabalhos, retirado do PED 2010-2020 (2010, p. 54), adaptado pela autora.

A partir dos dados apontados acima, foram desenvolvidos objetivos e estratégias para o enfrentamento dos problemas. Para o eixo de “Gestão Social: saúde e assistência social” foi proposto:

Quadro 2: Análise estratégica na gestão social: saúde e assistência social

Objetivo estratégico	Internas à região	
	Forças	Fraquezas
Estabelecer visão política/comunitária de longo prazo, criando conscientização coletiva de desenvolvimento de cultura empreendedora e qualificação profissional através do comprometimento dos	1. Existência de universidades; 2. População 580.000 hab.;	1. Distâncias dos grandes centros; 2. Comunicação; 3. Baixo poder aquisitivo; 4. Desemprego;

municípios quanto à adesão aos programas federais, oferta de serviços de alta complexidade e atendimento geriátrico e criação de hospital - escola para formação de profissionais.	<p>3. Abertura para investimentos externos;</p> <p>4. Consciência do gestor do município;</p> <p>5. UNIPAMPA - saúde;</p> <p>6. Rede hospitalar pública e privada.</p>	<p>5. 12 municípios não aderiram (Prog. Federal);</p> <p>6. Saneamento básico;</p> <p>7. Falta em gerenciamento dos programas Federais;</p> <p>8. Falta de profissionais;</p> <p>9. Falta de estrutura adequada/investimentos altos;</p> <p>10. Falta de políticas de educação sanitária;</p> <p>11. Falta de educação para saúde;</p> <p>12. Falta de educação gratuita.</p>
Externas à região		Estratégias
Oportunidades	Ameaças	<p>1. Elaborar planejamento da saúde regional em conjunto com a SES e UNIPAMPA.</p> <p>2. Criar uma política regional de integração e comunicação com o objetivo de valorizar a área e aumentar a nossa representação política.</p> <p>3. Construir um grupo qualificado junto com o COREDE-FO com o apoio das universidades na elaboração e acompanhamento de projetos.</p>
<p>1. Representação política/regional;</p> <p>2. Emenda 29;</p> <p>3. União, descentralização alta - complexidade;</p> <p>4. Câmbio favorável – aquisição de equipamentos;</p> <p>5. Oferta de recursos Estaduais e Federais.</p>	<p>1. Região de fronteira – ameaça sanitária;</p> <p>2. Equipamentos importados;</p> <p>3. Domínio de custos – medicamentos.</p>	

Fonte: Retirado do PED 2010-2020 (2010, p. 63), adaptado pela autora.

Após a análise da matriz FOFA, foram elaborados projetos regionais prioritários para materializar as estratégias pensadas. Vale salientar que, de acordo com o PED (2010), os

projetos apresentados poderiam ser melhorados e alterados se caso fosse pertinente no entender do COREDE FO para a otimização de resultados. Conforme o quadro abaixo, as estratégias e títulos dos projetos são:

Quadro 3: Estratégias e projetos prioritários

Gestão Social: Saúde e Assistência Social	
Estratégias	Projetos
5.1 Elaborar planejamento da saúde regional em conjunto com a SES e UNIPAMPA.	5.1.1 Criar grupo de trabalho para elaborar plano regional da saúde.
5.2 Criar uma política regional de integração e comunicação com o objetivo de valorizar a área e aumentar a nossa representação política.	5.2.1 Fazer funcionar os COMUDES nos 13 municípios da região.
5.3 Construir um grupo qualificado junto com o COREDE-FO com o apoio das universidades na elaboração e acompanhamento de projetos.	5.3.1 Criar grupo de técnicos qualificados para elaboração e acompanhamento de projetos, ligado ao COREDE-FO.

Fonte: Retirado do PED 2010-2020 (2010, p. 65), adaptado pela autora.

Todos os projetos relacionados à saúde foram feitos para o prazo máximo de até 2 anos, integrando o COREDE FO com instituições de ensino superior como a UNIPAMPA, a Secretaria Municipal de Saúde, Secretaria Estadual de Saúde e Governo Federal para a execução e acompanhamento dos mesmos. Conforme exposto, é reconhecido que existem algumas distorções na consolidação do Sistema Único de Saúde (SUS), tendo em vista que a regulamentação é estabelecida por entes federados, isto é, o Ministério da Saúde e a Secretaria Estadual de Saúde, que determinam o conjunto de diretrizes a serem desenvolvidas pelos Municípios (COREDES, 2014). No ano de 2014, foi desenvolvida a obra “Propostas estratégicas para o desenvolvimento regional no Estado do Rio Grande do Sul/PRÓ-RS V (2015-2018)”, que demonstrou o compromisso com a saúde e demais temas em âmbito regional, reunindo as proposições centrais de todos os COREDES. Por isso, visando colaborar para o melhor funcionamento desse sistema, os COREDES fazem as seguintes proposições:

- Aumentar os investimentos de recursos na saúde, cumprindo com o percentual mínimo constitucional;
- Estruturar e equipar as unidades básicas de saúde, objetivando o bom atendimento na atenção básica dos municípios;
- Em se tratando da média complexidade, rever os critérios definidos e os parâmetros determinados para uma série de serviços hoje necessários à consolidação do que rege a Constituição quando trata da integralidade dos serviços;
- Consolidar as redes hospitalares de cunho regional, destacando os hospitais com até 100 leitos, mas que não possuem Unidade de Terapia Intensiva (UTI), dando-lhes condições de atuarem regionalmente;
- Discutir estratégias e indicar prioridades e diretrizes regionais;
- Manter a tecnologia dos hospitais e unidades de atendimento atualizadas;
- Utilizar a resolubilidade regional existente, de forma hierarquizada;
- Promover investimentos compatíveis com o perfil assistencial de cada serviço e instituição;
- Aperfeiçoar o processo de gestão na região, tanto no setor privado como no setor público, com vista a otimizar os serviços e qualificar a assistência;
- Qualificar e formar mão-de-obra com revisão curricular de alguns cursos técnicos (COREDES, 2014, p. 63-64).

Em 2017 foi publicado o Plano Estratégico de Desenvolvimento 2015-2030. As áreas temáticas para diagnóstico foram divididas da seguinte forma: características, elementos físico-naturais, questões históricas, dimensão demográfica, ambiental, social e cultural, aspectos econômicos e institucionais. A dimensão social e cultural é o tópico que abrange a área da saúde e traz alguns dados que reforçam a preocupação exposta nessa dissertação. O PED 2015-2030 atualiza os dados já expostos no primeiro plano formulado, e apresentam as seguintes informações: atualmente, a região da Fronteira Oeste tem 7 hospitais em funcionamento. Com base nos dados expostos pelo diagnóstico, esse número vem diminuindo desde o início do século. Em 2000, a região dispunha de 14 hospitais e em 2008 foi para 11 unidades hospitalares. São considerados como referências os hospitais de Uruguaiana, Santana do Livramento, São Gabriel e São Borja (PED, 2017).

Outrossim, o número atual de leitos disponíveis é de 1208 unidades. De acordo com o PED, “a região perdeu, nos últimos 16 anos, quase 20% de leitos hospitalares” (PED, 2017, p. 55). Essa diminuição de leitos constitui um problema de saúde pública aos municípios, tendo em vista que não conseguem dar conta da demanda de atendimentos. No que diz respeito aos leitos de Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIn), a Fronteira Oeste dispõe de apenas 25 unidades ofertadas em dois hospitais da região. Dados do Índice de Desenvolvimento Socioeconômico (IDESE) expostos no PED apontam que a taxa de mortalidade infantil na região está em 13,72 por mil nascidos vivos. A apuração é realizada com base no número de óbitos de crianças de 0 a 1 ano de idade. Dessa forma, constata-se que a região exprime um índice consideravelmente alto com relação ao estadual, que é de 10,57 (PED, 2017). Da mesma

forma que no Plano de 2010-2020, no novo PED foram elencadas as potencialidades, problemas de cada dimensão, atualizando e inserindo novos dados na matriz.

Quadro 4: Potencialidades da saúde e assistência social

Objetivo estratégico	Internas à região	
	Potencialidades	Problemas
Desenvolver visão política/comunitária de longo prazo, buscando criar conscientização de cultura empreendedora e qualificação profissional através do comprometimento dos municípios aos programas federais e fortalecer a oferta de serviços de alta complexidade e atendimento na área da saúde através de hospital escola – UNIPAMPA URUGUAIANA.	Existência de Universidade na área da saúde (medicina) UNIPAMPA;	Distância dos grandes centros; Problemas de comunicação; Baixo poder aquisitivo; Saneamento básico insuficiente; Falta de gerenciamento dos programas federais; Falta de recursos humanos e matérias na área da saúde (médicos especialistas e UTI especializadas).
	População de 580 mil habitantes; Abertura para investimentos externos; Rede hospitalar pública e privada.	
Externas à região		Estratégias
Oportunidades	Ameaças	Elaborar planejamento da saúde regional em conjunto com a SES e UNIPAMPA; Criar uma política regional de integração e comunicação com o objetivo de valorizar a área e aumentar a nossa representação política; Qualificar os atendimentos da rede de saúde; Construir um grupo qualificado junto com o COREDE-FO com o apoio das universidades na
Representação política e regional; Emenda 29; União, descentralização alta - complexidade; Oferta de recursos Estaduais e Federais.	Região de fronteira – ameaça sanitária; Equipamentos importados; Domínio de custos – medicamentos.	

		elaboração e acompanhamento de projetos.
--	--	--

Fonte: Retirado do PED 2015-2030 (2017, p. 100-101), adaptado pela autora.

A partir dessa exposição, a “qualificação dos atendimentos da rede de saúde” exposto no como um dos itens de “Estratégias”, foi eleito pelo COREDE-FO e equipe técnica como uma das sete estratégias referenciais do Plano. No quadro abaixo, o PED faz a problematização da estratégia mencionada:

Quadro 5: Problematização da estratégia 6

Estratégia:	Problemas:	Objetivos:
Fiscalizar a efetivação do projeto de saúde na região.	Transtornos de repasses para a área da saúde, vácuo de hospitais especializados na região.	Angariar esforços para efetivação das ações já pactuadas em saúde e criação de novas ações.
	Alternativas:	Justificativas:
	Ampliação de serviços regionais especializados.	Alta demanda e dificuldades com a distância justificam o investimento
	Decisões ações:	
	Projeto de ampliação dos serviços regionais nas especialidades de traumato/ortopedia, urologia, otorrino e neurocirurgia.	

Fonte: Elaborado pela equipe técnica e retirado do PED 2015-2030 (2017, p. 110).

A partir disso, foram desenvolvidos e recebidos pela equipe técnica que formulou o PED 2015-2030 cerca de 38 projetos regionais, sendo alguns agrupados devido às suas similaridades. No caso da saúde, dos 4 projetos enviados, 1 foi escolhido como prioridade, que é referente à ampliação dos serviços regionais nas especialidades de: traumato/ortopedia, urologia, otorrino e neurocirurgia, o que também inclui a melhoria na infraestrutura de hospitais e unidades básicas, como também a compra de equipamentos de saúde (PED, 2017).

3.4 O processo deliberativo da saúde no COREDE-FO: balanço dos últimos anos

Percebendo as dificuldades da região da Fronteira Oeste, é a partir dos conjuntos de diretrizes expostos nos Planos Estratégicos de Desenvolvimento que se constituem as propostas que vão à votação na Consulta Popular. Regulamentada pela Lei Estadual nº 11.179, de 25 de junho de 1998, a Consulta Popular é um canal de interação direto à população, no que se refere ao destino de parte do orçamento do estado do Rio Grande do Sul para investimentos no âmbito regional. Acontece uma vez ao ano e é direcionada ao eleitorado dos municípios que integram os COREDES (RIO GRANDE DO SUL, Lei nº 11.179, 1998).

O Governo do Estado estabelece o valor proposto à deliberação, que posteriormente é distribuído entre as 28 regiões, tendo como base a população de cada região e o IDESE. Quando definido o valor, o governo, em conjunto com os COREDES coordenam o processo de discussão com as Assembleias Públicas Regionais, Assembleias Públicas Municipais e Assembleias Regionais Ampliadas. As demandas dos municípios de cada COREDE são discutidas nas Assembleias de âmbito municipal; aquelas que forem mais votadas, são expostas na Assembleia Regional Ampliada e, mediante aprovação, poderão compor a cédula de votação regional da Consulta Popular. Cada COREDE tem a sua cédula de votação, abrangendo os projetos definidos pelos cidadãos de dada região. Assim que ocorre o processo de sufrágio e a apuração dos votos, os resultados são repassados à Secretaria Estadual do Planejamento e Desenvolvimento Regional, órgão responsável pela formulação do projeto da Lei Orçamentária Anual do estado (LOA) (RIO GRANDE DO SUL, 2018).

Todavia, antes de começar a análise na qual essa pesquisa se propôs, é conveniente retomar a explicação feita na introdução sobre a metodologia utilizada e de que forma a investigação se dará a partir de agora. Inicialmente, tinha-se a pretensão de que fosse feita uma análise do processo deliberativo dos últimos oito anos de atuação do COREDE-FO, o que compreenderia os anos de 2010 a 2018. Entretanto, foi realizada uma visita *in loco* na atual sede da presidência do Conselho, localizada no município de Itaqui, onde se constatou que não

haveria material suficiente para atingir ao objetivo almejado, em decorrência da inexistência de atas das Assembleias Públicas Municipais referentes ao período de 2010 a 2012. Foi realizada uma varredura na Página do Facebook do COREDE-FO, principal meio de acesso e divulgação de informações sobre as atividades desenvolvidas, e verificou-se que estão faltando atas e dados de alguns dos anos selecionados – 2013, 2014 e 2015. Em contato com o vice-presidente do COREDE-FO (em anexo), foi explicado que tais arquivos foram corrompidos, não sendo possível recuperá-los.

Dessa forma, para a realização do estudo foram utilizadas as atas das Assembleias Públicas Municipais de 2016, 2017 e 2018, que correspondem as três últimas votações do Conselho, para verificar quais foram as demandas selecionadas durante tal período por cada município, analisar os municípios também de modo geral, isto é, enquanto região, bem como verificar o nível de participação popular nas Consultas. Posteriormente, serão introduzidas as entrevistas, para entender como se dá a articulação dos setores da saúde (prefeituras, e hospitais) com os COMUDES e o COREDE-FO. É importante destacar que as entrevistas foram realizadas em apenas um município com a pretensão de averiguar como se articulam com relação à preparação das propostas que vão à votação e o rateio de recursos. Logo, a cidade escolhida como amostra para a realização das entrevistas foi São Borja. Foram entrevistados: o presidente do COMUDE São Borja, o gestor representante do Hospital Infantil Ivan Goulart, o Secretário de Saúde e o vice-presidente do COREDE-FO.

No que se refere à votação, a Consulta Popular de 2016 para Orçamento de 2017 aconteceu nos dias 5, 6 e 7 de julho. De acordo com informações retiradas da página oficial do COREDE-FO no Facebook e as atas disponibilizadas, o projeto da área da saúde escolhido para integrar a cédula de votação foi “Saúde – Qualificação e financiamento da rede de atenção – consolidando a regionalização da saúde” (COREDE-FO, 2018).

Quadro 6: Consulta Popular 2016/2017

Municípios	N. eleitores	N. votantes	Votos área da saúde
Alegrete	60.516	2.471	1.855
Barra do Quaraí	2.724	347	15
Itacurubi	2.637	824	11
Itaqui	28.099	2.777	1.604
Maçambará	3.699	416	9
Manoel Viana	5.197	936	46

Quaraí	18.949	528	196
Rosário do Sul	32.770	3.476	2.568
Santa Margarida do Sul	2.471	544	57
Santana do Livramento	73.041	1.339	571
São Borja	49.570	852	228
São Gabriel	47.282	4.314	2.010
Uruguaiana	90.129	3.643	1.644
TOTAL	417.084	22.467	10.814

Fonte: Dados extraídos da página oficial do COREDE-FO (2018). Quadro elaborado pela autora.

No total, foram 22.467 votantes nos 13 municípios do COREDE Fronteira Oeste. Não foi possível obter a informação sobre o número total de votos válidos na votação geral, apenas da área da saúde. O número total de eleitores da região naquele ano, foi de 417.084, uma quantia expressivamente menor quando comparada ao de eleitores. Outro aspecto que merece destaque se refere ao número de votos direcionados à proposta da saúde. Tal área recebeu 10.814 votos válidos⁸, o que equivale a aproximadamente 48% de toda a votação da região.

O valor destinado para a área da saúde foi de R\$ 866.026,73, sendo dividido entre os municípios que conseguiram votos suficientes para aprovar a proposta, que são: Alegrete, São Gabriel, Rosário do Sul, Itaqui e Uruguaiana. O orçamento foi repartido entre os hospitais destes municípios, e foi feito da seguinte forma: a Irmandade de Santa Casa de Caridade de Alegrete recebeu R\$ 210.477,19, a Irmandade de Santa Casa de Caridade de São Gabriel recebeu R\$ 229.290,38, o Hospital Nossa Senhora Auxiliadora de Rosário do Sul recebeu R\$ 150.388,43, o Hospital São Patrício de Itaqui recebeu R\$ 77.300,03 e o Hospital Santa Casa de Caridade de Uruguaiana recebeu um montante de R\$ 198.570,70.

No ano de 2017, a Consulta Popular para orçamento de 2018 foi realizada nos dias 1, 2 e 3 de agosto. O projeto da saúde escolhido para compor a cédula de votação foi referente à “ampliação, reforma e aquisição de equipamentos para estabelecimentos de saúde vinculados ao SUS (unidades básicas, unidades de média complexidade e hospitalares)” (COREDE-FO, 2018).

⁸ O termo “votos válidos” é utilizado em decorrência de que estes são aqueles validados pelo COREDE. Ocorre que uma parcela dos votos feitos pela comunidade são anulados, pois o título de eleitor do votante foi feito em município que não pertence ao COREDE no qual está se votando. Isto é, para votar no COREDE-FO, deve-se ser eleitor com título feito em algum dos 13 municípios integrantes do Conselho mencionado.

Quadro 7: Consulta Popular 2017/2018

Municípios	N. eleitores	N. votantes	Votos válidos	Votos área da saúde
Alegrete	59.502	6.299	6.063	4.089
Barra do Quaraí	2.703	410	410	49
Itacurubi	2.613	1.197	991	187
Itaqui	27.520	3.643	3.636	2.465
Maçambará	3.671	447	445	283
Manoel Viana	5.173	787	753	393
Quaraí	18.735	2.569	1.393	1.346
Rosário do Sul	32.105	3.221	2.972	2.769
Santa Margarida do Sul	2.467	980	841	413
Santana do Livramento	72.337	4.291	4.271	3.261
São Borja	48.767	5.745	5.135	2.148
São Gabriel	46.419	3.039	3.017	1.732
Uruguiana	88.073	3.356	3.339	2.497
TOTAL	410.085	35.984	33.266	21.632

Fonte: Dados extraídos da página oficial do COREDE-FO (2018). Quadro elaborado pela autora.

No total, foram 33.266 votos válidos nos 13 municípios do COREDE Fronteira Oeste. O número total de eleitores da região, naquele ano, foi de 410.085. Entretanto, a parcela de votantes foi de 35.984. Novamente, a área da saúde se destaca pelo número de votos, tendo recebido 21.632 votos válidos, o que equivale a aproximadamente 65% de toda a votação da região. O valor destinado para a área da saúde foi de 889.701,71 – dividido na metade entre a saúde básica (444.850,85 reais) e hospitais da região (444.850,85 reais). Cada um dos 10 municípios que participaram do rateio, recebeu um valor de 44.485,08 reais, e 6 hospitais receberam um total de 74.141,80 reais cada.

Na Consulta Popular de 2018/2019, que ocorreu nos dias 26, 27 e 28 de junho de 2018, a proposta da área da saúde que foi selecionada em Assembleia Regional para ir a cédula foi “Saúde – ampliação, reforma e aquisição de equipamentos para estabelecimentos de saúde, vinculados ao SUS” (COREDE-FO, 2018), a mesma eleita no ano anterior.

Quadro 8: Consulta Popular 2018/2019

Municípios	N. eleitores	N. votantes	Votos válidos	Votos área da saúde
Alegrete	60.101	4.213	4.203	1.730
Barra do Quaraí	2.783	871	756	85
Itacurubi	2.567	377	352	167
Itaqui	27.765	3.002	2.986	2.018
Maçambará	3.715	524	522	149
Manoel Viana	5.288	1.102	1.002	433
Quaraí	16.768	2.520	2.209	528
Rosário do Sul	32.418	4.801	4.467	2.393
Santa Margarida do Sul	2.531	1.182	1.049	224
Santana do Livramento	73.748	4.743	4.739	1.540
São Borja	48.585	7.143	5.769	1.721
São Gabriel	46.893	6.063	4.950	1.481
Uruguaiana	88.822	9.474	9.455	2.661
TOTAL	411.984	46.015	42.459	15.130

Fonte: Dados extraídos da página oficial do COREDE-FO (2018). Quadro elaborado pela autora.

Conforme exposto no quadro acima, a Consulta Popular teve um número de 42.459 votos válidos dos 13 municípios do COREDE-FO. A soma total de eleitores é de 411.984, e desse valor, foram 46.015 votantes. A demanda da saúde recebeu 15.130 votos, o que representa aproximadamente 33% dos votos válidos. O valor destinado para a área foi de 905.317,00 reais, dividido na metade entre os hospitais da região (452.658,50 reais) e saúde básica (452.658,50 reais). Cada um dos 12 municípios recebeu um valor de 37.721,54 reais, e os 7 hospitais receberam 64.665,50 reais cada.

Quadro 9: Dados das últimas 3 Consultas Populares

Ano	N. eleitores	N. votantes	Votos válidos	Votos para a saúde
2016	417.084	22.467	-	10.814
2017	410.085	35.984	33.266	21.632

2018	411.984	46.015	42.459	15.130

Fonte: Dados extraídos da página oficial do COREDE-FO (2018). Quadro elaborado pela autora.

Comparando os resultados obtidos nos três anos de Consulta Popular: pode-se perceber, com base nas informações expostas acima, que o número de eleitores reduziu entre 2016 e 2017, o que pode ter como causa o fluxo migratório dos cidadãos para outras regiões do estado ou do país, fator já apontado no capítulo anterior como uma das questões que colaboram com o baixo nível de desenvolvimento da Fronteira Oeste. O número de votantes cresceu gradativamente e em larga escala nas três consultas, mostrando que o Conselho vem atingindo um de seus objetivos, que é ganhar visibilidade para incentivar a participação popular e aprovar as suas propostas em benefício da região. Quanto aos votos válidos da consulta realizada em 2016 não se obteve tal informação; entretanto, nas duas últimas consultas é notório o aumento de votos, totalizando 9.193 de votos a mais. Aqui, fica nítido a importância que a comunidade dá a questão saúde. A proposta dessa temática nos três anos estudados teve uma expressiva votação, onde apenas esta recebeu no ano de 2017 mais da metade dos votos de toda a consulta. Com relação a participação de cada município do COREDE-FO nos últimos três anos em Assembleias Públicas Municipais para a escolha das demandas que vão à cédula da Consultas Populares, obtivemos os dados que seguem.

3.4.1 Alegrete

No dia 10 de junho de 2016, compareceram na Assembleia Pública Municipal, referente à Consulta Popular para orçamento de 2017 de Alegrete, 139 participantes e autoridades – equipe técnica do Planejamento Estratégico, 3 Vereadores, a Vice-Prefeita, o Secretário de Segurança, a Secretária de Turismo, o Secretário de Agricultura, a Secretária de Saúde, 1 representante da Secretaria de Planejamento, Orçamento e Gestão do Rio Grande do Sul (SEPLAN-RS) e o Presidente do COMUDE Alegrete. Neste dia, foram escolhidos os delegados que representaram o município na Assembleia Regional Ampliada para a seleção das propostas que iriam compor a cédula, bem como foram eleitas 5 propostas; dentre elas 2 da saúde, com o mesmo título: “Qualificação e financiamento da rede de atenção – consolidando a regionalização da saúde”, versando sobre qualificação, financiamento, aquisição de equipamentos e convênios para hospitais e centros de saúde municipais (ATA DE ASSEMBLEIA PÚBLICA MUNICIPAL DE ALEGRETE, 2016).

Na Assembleia Pública Municipal que ocorreu no dia 5 de julho de 2017, compareceram 153 participantes, e as autoridades que se fizeram presentes foram: Vice-Prefeito, Presidente da Câmara de Vereadores e 4 Vereadores, Secretário da Agricultura, Secretário do Desenvolvimento Social, Secretário do Planejamento, Secretário do COREDE, coordenadora da Consulta Popular da Fronteira Oeste e o presidente do COMUDE Alegrete. Foram escolhidos os delegados para a representação do município na Assembleia Regional Ampliada, e eleitas 5 propostas para serem levadas e votadas; e novamente, 2 eram da saúde. A primeira é referente à aquisição de veículos – ambulância, vans, veículo leve –, a segunda é sobre a ampliação dos serviços regionais nas áreas de traumatologia/ortopedia, urologia, otorrino e neurocirurgia – aquisição de equipamentos para os hospitais (ATA DE ASSEMBLEIA PÚBLICA MUNICIPAL DE ALEGRETE, 2017).

Em 23 de maio de 2018 aconteceu a Assembleia Pública Municipal, que reuniu 147 eleitores e as seguintes autoridades: representante do COMUDE Alegrete, Vice-Prefeito de Alegrete, Presidente da Câmara de Vereadores e mais 6 vereadores, bem como o Secretário da Agricultura. Neste dia, os delegados que representaram o município na Assembleia Regional Ampliada foram escolhidos, e foram eleitas 5 propostas para serem levadas para discussão, sendo uma referente à saúde, solicitando a ampliação, reforma e aquisição de equipamentos para os estabelecimentos de saúde que são vinculados ao SUS (ATA DE ASSEMBLEIA PÚBLICA MUNICIPAL DE ALEGRETE, 2018). No quadro abaixo está representado como se deu a votação do município de Alegrete nas últimas três Consultas:

Quadro 10: Consultas Populares de Alegrete

Ano	N. eleitores	N. votantes	N. votos válidos	Votos área da saúde
2016	60.516	2.471	-	1.855
2017	59.502	6.299	6.063	4.089
2018	60.101	4.213	4.203	1.730

Fonte: Dados extraídos da página oficial do COREDE-FO (2018). Quadro elaborado pela autora.

Comparando o número de participantes das Assembleias Municipais com o de votantes nas Consultas Populares, é possível perceber a importância que a população alegretense dá as propostas da saúde; porém é visível o baixo índice de participação nas assembleias realizadas no município para a votação de demandas que irão à Assembleia Ampliada para a inclusão (ou não) destas na cédula de votação. O ano de 2017 obteve maior participação na Assembleia municipal (153 cidadãos) e proporcionalmente a maior participação na Consulta (6.299

cidadãos) dentre todos os municípios que integram o Conselho, sendo também o município que mais direcionou votos à saúde no ano mencionado.

3.4.1 Barra do Quaraí

No dia 31 de maio de 2016, compareceram na Assembleia Pública Municipal de Barra do Quaraí 58 participantes e as seguintes autoridades: Vice-Prefeito, Secretário de Agricultura, Secretária de Administração, 1 representante da Defesa Civil, 2 Vereadores e Presidente do COMUDE Barra do Quaraí. Neste dia, foram escolhidos os delegados para a representação do município na Assembleia Regional Ampliada, e eleitas 5 propostas. Nenhuma delas estava relacionada à área da saúde (ATA DE ASSEMBLEIA MUNICIPAL DE BARRA DO QUARAÍ, 2016).

Em 2017, no dia 26 de junho, aconteceu a Assembleia Pública Municipal para a escolha dos delegados e propostas para ir à discussão na Regional Ampliada. Se fizeram presentes 62 participantes, e autoridades: Coordenadora Regional do COREDE-FO, Prefeito, 2 vereadores, Presidente do COMUDE Barra do Quaraí, Secretário da Saúde. Foi realizada a votação para escolha dos delegados, como também eleitas 5 propostas; dentre elas, 1 era da saúde, referente a aquisição de veículos para transporte – ambulância, vans, veículo leve (ATA DE ASSEMBLEIA MUNICIPAL DE BARRA DO QUARAÍ, 2017).

Na Assembleia Pública Municipal que ocorreu no dia 15 de maio de 2018, obteve-se a presença de 85 participantes, e compareceram as seguintes autoridades: Prefeito, Presidente da Câmara de Vereadores – que também é o Presidente do COMUDE Barra do Quaraí –, 2 Vereadores, o Secretário de Agricultura, 2 Diretoras de Escolas, o Secretário de eventos, a Secretária de Desenvolvimento Social e o Secretário de Saúde. Em tal ocasião, foi feita a seleção dos delegados que representaram o município na Assembleia Regional Ampliada e eleitas 5 propostas para discussão na mesma; a proposta da saúde escolhida foi referente à aquisição de veículos para transporte – ambulância, vans, veículo leve (ATA DE ASSEMBLEIA PÚBLICA MUNICIPAL DE BARRA DO QUARAÍ, 2018). No quadro seguinte está representado como se deu a votação do município de Barra do Quaraí nas últimas três Consultas:

Quadro 11: Consultas Populares de Barra do Quaraí

Ano	N. eleitores	N. votantes	N. votos válidos	Votos área da saúde
------------	---------------------	--------------------	-------------------------	----------------------------

2016	2.724	347	-	15
2017	2.703	410	410	49
2018	2.783	871	756	85

Fonte: Dados extraídos da página oficial do COREDE-FO (2018). Quadro elaborado pela autora.

No ano de 2016 o município não elegeu nenhuma proposta para ir à discussão em Assembleia Regional Ampliada e teve a menor participação entre os três anos pesquisados, tanto na Assembleia Municipal, como na Consulta Popular dentre os treze municípios da região, o que revela que a saúde não estava entre as pautas prioritárias da comunidade naquele período. Com base nos dados acima, o número de eleitores em 2018 aumentou juntamente com o número de votantes, que dobrou a sua quantia, elevando também o número de votos na proposta da saúde inserida na cédula de votação, demonstrando que houve um maior interesse por parte da população em participar da Consulta.

3.4.3 Itacurubi

No dia 7 de junho de 2016 foi realizada a Assembleia Pública Municipal de Itacurubi. Compareceram 46 participantes e as autoridades que se fizeram presentes foram o Presidente do COMUDE Itacurubi e o Presidente da Câmara de Vereadores. Neste dia, foi feita a escolha dos delegados para representarem o município na Assembleia Regional Ampliada, e eleitas 5 propostas; nenhuma delas direcionada à área da saúde (ATA DE ASSEMBLEIA PÚBLICA MUNICIPAL DE ITACURUBI, 2016).

Na Assembleia Pública Municipal realizada no dia 6 de julho de 2017, estiveram presentes 108 participantes e as autoridades: Secretária da Saúde, Secretária da Assistência Social, Secretário de Obras, Secretário da Agricultura, Secretária de Esporte, o Secretário do Planejamento e representante do COMUDE Itacurubi. Na ocasião, foram selecionados os delegados que representaram o município na Regional Ampliada e eleitas 5 propostas para irem à discussão; uma delas se referia à aquisição de veículos para transporte – ambulância, vans e veículo leve (ATA DE ASSEMBLEIA PÚBLICA MUNICIPAL DE ITACURUBI, 2017).

No dia 24 de maio de 2018, compareceram na Assembleia Pública Municipal 106 participantes, e as autoridades presentes foram o Vice-presidente do COREDE-FO e o Presidente do COMUDE Itacurubi. Foi realizada a escolha dos delegados para a representação do município na Assembleia Regional Ampliada, e eleitas 5 propostas para serem levadas à discussão na Assembleia em questão; a proposta da saúde versava sobre a aquisição de veículos para transporte – ambulância, vans e veículo leve –, como no ano anterior (ATA DE

ASSEMBLEIA PÚBLICA MUNICIPAL DE ITACURUBI, 2018). Abaixo, segue o quadro referente às últimas três votações do município:

Quadro 12: Consultas Populares de Itacurubi

Ano	N. eleitores	N. votantes	N. votos válidos	Votos área da saúde
2016	2.637	824	-	11
2017	2.613	1.197	991	187
2018	2.567	377	352	167

Fonte: Dados extraídos da página oficial do COREDE-FO (2018). Quadro elaborado pela autora.

Diante dos dados expostos acima, é visível que o interesse pelo tema saúde aumentou entre os anos 2017 e 2018, apesar da pequena redução no número de votos direcionados à área. Fazendo uma comparação com as atas apresentadas, percebe-se também que a participação nas Assembleias Públicas Municipais cresceu – indo de 46 presentes em 2016, para 108 em 2017, e 106 no ano de 2018. Outro aspecto que chama atenção é o número de votantes de 2017 e 2018; de uma Consulta para a outra, o número de participantes itacurubienses caiu bruscamente, indo de 1.197 em 2017 para 377 em 2018.

3.4.4 Itaqui

No dia 6 de junho de 2016, compareceram na Assembleia Pública Municipal de Itaqui 66 participantes, e as seguintes autoridades: Prefeito Municipal, Representante do 1º Regimento de Cavalaria Mecanizado (RC Mec), o Secretário de Captação de Recursos, Diretor do Hospital São Patrício, Secretário de Administração, Secretário da Saúde e o representante do COMUDE Itaqui. Neste dia, foram selecionados os delegados que representaram o município na Assembleia Regional Ampliada, e elegeram 5 propostas para serem levadas à discussão; a proposta da saúde é referente à qualificação e financiamento de hospitais de referência regional, aquisição de equipamentos, convênios com instituições de saúde e repasse de verba aos municípios (ATA DE ASSEMBLEIA PÚBLICA MUNICIPAL DE ITAQUI, 2016).

Na Assembleia Pública Municipal ocorrida no dia 7 de julho de 2017, compareceram 109 participantes e as autoridades que se fizeram presentes foram: Prefeito Municipal, Vice-prefeito, 2 Vereadores, o Secretário da Administração, Secretário de Obras, Secretária da Saúde, Secretário de Captação de Recursos, Secretária de Assistência Social, Secretário de Esporte, Cultura e Lazer, Setor de Cultura, Chefe de Gabinete, Secretário de Indústria,

Comércio e Turismo, Secretária da Agricultura, Secretário da Fazenda, Secretário de Serviços Urbanos e o Presidente do COMUDE Itaquí. Na ocasião, foram escolhidos os delegados para representarem o município na Regional Ampliada, e eleitas 5 propostas para irem à discussão; 2 referentes à saúde, uma versando sobre a ampliação dos serviços regionais nas especialidades de traumatologia/ortopedia, urologia, otorrino e neurocirurgia – aquisição de equipamentos para hospitais, e a outra sobre a aquisição de veículos para transporte – ambulância, vans e veículo leve (ATA DE ASSEMBLEIA PÚBLICA MUNICIPAL DE ITAQUI, 2017).

No dia 25 de maio de 2018, foi realizada a Assembleia Pública Municipal. Estiveram presentes 76 participantes e as seguintes autoridades: o Chefe de Gabinete e Presidente do COMUDE Itaquí, Secretária da Saúde, Presidente do Conselho de Administração do Hospital e o Capitão da Brigada Militar. No dia, foram selecionados os delegados que representaram o município na Regional Ampliada, e eleitas 5 propostas para irem à discussão; sobre a saúde, a escolhida foi sobre ampliação, reforma e aquisição de equipamentos para estabelecimentos de saúde vinculados ao SUS (ATA DE ASSEMBLEIA PÚBLICA MUNICIPAL DE ITAQUI, 2018). Segue abaixo o quadro com as três últimas votações do município:

Quadro 13: Consultas Populares de Itaquí

Ano	N. eleitores	N. votantes	N. votos válidos	Votos área da saúde
2016	28.099	2.777	-	1.604
2017	27.520	3.643	3.636	2.465
2018	27.765	3.002	2.986	2.018

Fonte: Dados extraídos da página oficial do COREDE-FO (2018). Quadro elaborado pela autora.

Comparando os dados apresentados no quadro acima, verifica-se que houve uma queda no número de eleitores entre os anos de 2016 e 2017, enquanto que o número de votantes nesse período aumentou. O número de votos direcionados à área da saúde também cresceu nesse período, juntamente com a participação na Assembleia Pública Municipal, que de 66 participantes em 2016, foi para 109 em 2017. Em 2018, a participação permaneceu alta comparado aos votantes de 2016, bem como manteve uma votação elevada na área da saúde indicando um maior interesse da comunidade em participar da Consulta e em aprovar a proposta da temática abordada.

3.4.5 Maçambará

No dia 6 de junho de 2016 aconteceu a Assembleia Pública Municipal do município de Maçambará. Compareceram 100 participantes e as seguintes autoridades: o Prefeito municipal, a Vice-Prefeita, o representante da Empresa de Assistência Técnica e Extensão Rural do Rio Grande do Sul (EMATER-RS), Secretário de Agricultura, representante da Câmara de Vereadores, além de 3 Vereadores e a Presidente do COMUDE Maçambará. Neste dia, foram selecionados os delegados que representaram o município na Assembleia Regional Ampliada, e eleitas 5 propostas para serem levadas à discussão. Não foram eleitas pautas referente à saúde (ATA DE ASSEMBLEIA PÚBLICA MUNICIPAL DE MAÇAMBARÁ, 2016).

Em 2017, no dia 7 de junho, a Assembleia Pública Municipal contou com a presença de 63 participantes e as autoridades: a Prefeita, o Presidente da Câmara de Vereadores, além de 3 Vereadores, Secretário de Agricultura, Secretária de Educação, Secretária da Administração e o representante do COMUDE Maçambará. Na ocasião, foi realizada a escolha dos delegados, bem como a eleição das propostas. Foram 5 selecionadas, sendo que 1 era sobre a aquisição de veículos para transporte – ambulância, vans e veículo leve (ATA DE ASSEMBLEIA PÚBLICA MUNICIPAL DE MAÇAMBARÁ, 2017).

No dia 25 de maio de 2018, a Assembleia Pública Municipal contou com a presença de 49 eleitores e as autoridades: o Vice-Prefeito, a representante do COMUDE, que também é Vereadora, além de outras 2 Vereadoras e o Capitão da Brigada Militar. No dia, foi realizada a seleção dos delegados para a representação do município na Regional Ampliada, e eleitas 5 propostas para irem à discussão na Assembleia mencionada, onde uma delas era da área da saúde e versava sobre a aquisição de veículos para transporte sanitário – ambulância, vans e veículo leve (ATA DE ASSEMBLEIA PÚBLICA MUNICIPAL DE MAÇAMBARÁ, 2018). Segue abaixo a representação dos últimos três anos de votação do município:

Quadro 14: Consultas Populares de Maçambará

Ano	N. eleitores	N. votantes	N. votos válidos	Votos área da saúde
2016	3.699	416	-	9
2017	3.671	447	445	283
2018	3.715	524	522	149

Fonte: Dados extraídos da página oficial do COREDE-FO (2018). Quadro elaborado pela autora.

De acordo com os dados acima, é possível aferir que a votação para a proposta da saúde em 2016 foi relativamente inferior às votações de 2017 e 2018, somado ao fato de que nesse

mesmo ano não houveram propostas da saúde eleitas pela comunidade para irem à votação na Assembleia Regional Ampliada, o que demonstra que a saúde não estava entre as pautas prioritárias do município. Em 2016 também houve o maior índice de participação dentre os três anos estudados, contando com 100 eleitores, ao passo que em 2018 teve o menor quórum, com um total de apenas 49 participantes. Nos outros anos, percebe-se que houve um direcionamento de votos à área da saúde, aumentando expressivamente esse número.

3.4.6 Manoel Viana

No dia 10 de junho de 2016, aconteceu a Assembleia Pública Municipal de Manoel Viana. Compareceram 48 participantes, e as seguintes autoridades: 1 Vereadora, o representante da Companhia Riograndense de Saneamento (CORSAN), o representante da Organização Não-Governamental (ONG) Viver a Vida, o representante da EMATER, o Diretor de Turismo e Cultura e o Presidente do COMUDE Manoel Viana. Neste dia, foram escolhidos os delegados para a representação do município na Assembleia Regional Ampliada, e eleitas 5 propostas para serem levadas à discussão; entretanto, nenhuma era da área da saúde (ATA DE ASSEMBLEIA PÚBLICA MUNIICIPAL DE MANOEL VIANA, 2016).

Na Assembleia Pública Municipal ocorrida no dia 5 de julho de 2017, marcaram presença 31 eleitores e as autoridades: a Secretária da Agricultura e também Presidente do COMUDE Manoel Viana, o Prefeito, o Secretário de Governo e Fazenda, Secretário de Educação, Secretário de Saúde, Chefe de Turismo, Chefe de Desporto, Chefe do escritório da EMATER e a coordenadora da Consulta Popular da Fronteira Oeste. Na ocasião foram selecionados os delegados para representação na Regional Ampliada, e escolhidas 4 propostas para serem levadas à discussão na Assembleia em questão; a proposta da saúde era referente a aquisição de veículos para transporte sanitário – ambulância, vans e veículo leve (ATA DE ASSEMBLEIA PÚBLICA MUNICIPAL DE MANOEL VIANA, 2017).

Em 2018, a Assembleia Pública Municipal ocorreu no dia 23 de maio e teve a presença de 37 participantes. As autoridades que compareceram são: a Secretária da Agricultura e também Presidente do COMUDE Manoel Viana, o Secretário de Governo, o Secretário de Educação, Secretário de Saúde, Chefe de Turismo e o Comandante da Brigada Militar. Neste mesmo dia, foram escolhidos os delegados para representação do município na Regional Ampliada, e eleitas 5 propostas para irem à discussão em Assembleia; uma delas era da área da saúde e trata da aquisição de veículos para transporte – ambulância, vans e veículo leve (ATA

DE ASSEMBLEIA PÚBLICA MUNICIPAL DE MANOEL VIANA, 2018). No quadro abaixo está representado como o município votou nas últimas três Consultas Populares:

Quadro 15: Consultas Populares de Manoel Viana

Ano	N. eleitores	N. votantes	N. votos válidos	Votos área da saúde
2016	5.197	936	-	46
2017	5.173	787	753	393
2018	5.288	1.102	1.002	433

Fonte: Dados extraídos da página oficial do COREDE-FO (2018). Quadro elaborado pela autora.

Conforme os dados expostos acima, o número de votantes reduziu entre 2016 e 2017, mas voltou a subir na votação de 2018. A mesma tendência pode ser identificada nas Assembleias Públicas Municipais: em 2016 foram 48 eleitores, em 2017 passou para 31, e em 2018 cresceu para 37. Em 2016 o município não elegeu nenhuma proposta da saúde para ir a Assembleia Regional Ampliada, e coincidentemente fez a sua menor votação na área dentre os três anos estudados. Já em 2017 o número de votos aumentou consideravelmente, e em 2018 o padrão de suba se manteve com menor intensidade, mas ainda assim significativo, revelando um maior interesse pela aprovação da demanda.

3.4.7 Quaraí

No dia 1º de junho de 2016 foi realizada a Assembleia Pública Municipal de Quaraí. Compareceram 34 eleitores e as autoridades que se fizeram presentes são: Secretário de Desporto e Lazer, 1 Vereador, a Presidente do COMUDE Quaraí e também Vereadora, e o representante da SEPLAN-RS. Na ocasião, foram escolhidos os delegados que representaram o município na Assembleia Regional Ampliada, bem como foram eleitas 5 propostas para serem levadas à discussão; nenhuma delas era direcionada à área da saúde (ATA DE ASSEMBLEIA PÚBLICA MUNICIPAL DE QUARAÍ, 2016).

Em 2017, a Assembleia Pública Municipal ocorreu no dia 28 de junho, contou com a presença de 169 participantes, e as seguintes autoridades: a Coordenadora da Consulta Popular Regional, o Secretário de Desporto e Lazer, 2 Vereadores, o Secretário da Fazenda, a Secretária de Educação, Secretária do Desenvolvimento Rural, Secretário de Obras, Secretária da Assistência Social, o Diretor do Hospital de Quaraí, Secretário de Indústria e Comércio, como também a Secretária da Saúde. Neste dia, foram selecionados os delegados para a representação

na Regional Ampliada, e eleitas 5 propostas para irem à discussão; referente à saúde era sobre a aquisição de veículos para transporte – ambulância, vans e veículo leve (ATA DE ASSEMBLEIA PÚBLICA MUNICIPAL DE QUARAÍ, 2017).

A Assembleia Pública Municipal de 2018 ocorreu no dia 16 de maio. Compareceram 230 participantes e as autoridades: o Prefeito Municipal, a Vereadora e Presidente do COMUDE Quaraí, o Secretário de Relações Institucionais, a Secretária de Saúde, o Secretário de Esportes, o Secretário de Administração, o Secretário da Fazenda, 1 Vereador, a Secretária de Assistência Social e a Secretária de Agricultura. Foram escolhidos os delegados e eleitas 5 propostas para serem encaminhadas à discussão na Assembleia Regional Ampliada; na saúde, a proposta foi sobre a aquisição de veículos para transporte – ambulância, vans e veículo leve (ATA DE ASSEMBLEIA PÚBLICA MUNICIPAL DE QUARAÍ, 2018). Segue o quadro com as três últimas votações do município:

Quadro 16: Consultas Populares de Quaraí

Ano	N. eleitores	N. votantes	N. votos válidos	Votos área da saúde
2016	18.949	528	-	196
2017	18.735	2.569	1.393	1.346
2018	16.768	2.520	2.209	528

Fonte: Dados extraídos da página oficial do COREDE-FO (2018). Quadro elaborado pela autora.

Com base nos dados apresentados supra, o número de eleitores no município caiu entre 2017 e 2018; entretanto, a quantidade de votantes permaneceu praticamente a mesma nesse período. O ano de 2016 foi quando o município participou menos tanto da Assembleia Pública Municipal (34 participantes) como da Consulta (528 votantes). Proporcionalmente, teve a sua menor votação na área da saúde e não elegeu nenhuma pauta relacionada ao tema para ir à discussão na Regional Ampliada, ao passo que no ano de 2017 a participação na Assembleia aumentou (169 participantes) e na Consulta teve a sua votação mais expressiva na proposta da saúde (1.346 votos). Em 2018 a Assembleia Municipal teve o seu maior quórum, contando com 230 participantes, e o maior número de votos válidos do período temporal estudado.

3.4.8 Rosário do Sul

No dia 3 de junho de 2016, compareceram na Assembleia Pública Municipal de Rosário do Sul 201 participantes e as seguintes autoridades: a Prefeita Municipal, o Secretário de

Agricultura, Secretária de Educação, Secretária de Indústria, Comércio e Turismo, a Secretária Social, Secretária de Administração, o Secretário de Desporto e Turismo, 1 Vereador, Secretária da Saúde, Chefe de Gabinete e o Presidente do COMUDE Rosário do Sul. Na ocasião foram escolhidos os delegados que representaram o município na Regional Ampliada, e eleitas 5 propostas para irem à discussão na Assembleia mencionada; a proposta referente à saúde tratava sobre a qualificação e financiamento da rede de atenção – consolidando a regionalização da saúde, que engloba qualificação e financiamento e aquisição de equipamentos para hospitais de referência regional e convênio com instituições de saúde e repasse para municípios (ATA DE ASSEMBLEIA PÚBLICA MUNICIPAL DE ROSÁRIO DO SUL, 2016).

Na Assembleia Pública Municipal realizada no dia 4 de julho de 2017, estiveram presentes 76 participantes e as autoridades: o Secretário do Planejamento, o Secretário de Saúde, a Secretária de Desporto e Turismo, a Secretária de Educação e Cultura, o Secretário de Agricultura, o administrador do Hospital de Caridade Nossa Senhora Auxiliadora, a Coordenadora da Consulta Popular da Fronteira Oeste e a Presidente do COMUDE Rosário do Sul. Foram selecionados os delegados para representar o município na Assembleia Regional Ampliada, e eleita 5 propostas para serem levadas à discussão; 2 eram referentes à saúde. A primeira estava relacionada a ampliação dos serviços regionais nas especialidades de traumatologia/ortopedia, urologia, otorrinolaringologia, e neurocirurgia - aquisição de equipamentos para hospitais, e a segunda era sobre a aquisição de veículos para transporte – ambulância, vans e veículo leve (ATA DE ASSEMBLEIA PÚBLICA MUNICIPAL DE ROSÁRIO DO SUL, 2017).

Em 22 de maio de 2018 aconteceu a Assembleia Pública Municipal. Compareceram 113 participantes, e as autoridades que se fizeram presentes foram: o Secretário de Planejamento, o Secretário da Fazenda, o Secretário de Indústria e Comércio, 1 Vereadora e a Presidente do COMUDE Rosário do Sul. Neste dia, foi feita a escolha dos delegados para a representação do município na Regional Ampliada, e eleitas 5 propostas; a relacionada à saúde versava sobre a ampliação, reforma e aquisição de equipamentos para estabelecimentos de saúde vinculados ao SUS, e aquisição de veículos para transporte – ambulância, vans e veículo leve (ATA DE ASSEMBLEIA PÚBLICA MUNICIPAL DE ROSÁRIO DO SUL, 2018). No quadro abaixo está representado como o município votou nas últimas três Consultas Populares:

Quadro 17: Consultas Populares de Rosário do Sul

Ano	N. eleitores	N. votantes	N. votos válidos	Votos área da saúde
-----	--------------	-------------	------------------	---------------------

2016	32.770	3.476	-	2.568
2017	32.105	3.221	2.972	2.769
2018	32.418	4.801	4.467	2.393

Fonte: Dados extraídos da página oficial do COREDE-FO (2018). Quadro elaborado pela autora.

Comparando os dados apresentados, é possível perceber que o número de eleitores e votantes caiu levemente nos anos de 2016 e 2017. Em 2018, Rosário do Sul teve a sua maior participação na Consulta Popular nos três anos estudados e também está entre os municípios que mais possuem votantes, contando com 4.801 votantes. Na saúde, os votos mantiveram um padrão estável. Importante destacar que no ano de 2017, a saúde levou quase que a totalidade de votos válidos feitos pelo município; foram 2.769 votos para a proposta da saúde, sendo que foram 2.972 votos válidos, demonstrando que esta foi a prioridade da comunidade naquele período. No que concerne à participação nas Assembleias Municipais, o ano de 2016 lidera com 201 eleitores; houve uma redução considerável nesse número em 2017 para 79 participantes, fato que não influenciou o número de participações na Consulta realizada naquele ano; em 2018 novamente cresceu o número de participações na Assembleia, atingindo um quórum de 113 presentes.

3.4.9 Santa Margarida do Sul

No dia 2 de junho de 2016 aconteceu a Assembleia Pública Municipal de Santa Margarida do Sul. Compareceram 31 participantes, e as autoridades que se fizeram presentes são: o Secretário de Administração, o Secretário de Saúde, 1 Vereador, o ex-Presidente do COMUDE Santa Margarida do Sul, a atual presidente do COMUDE e o representante da SEPLAN-RS. Na ocasião, foram selecionados os delegados que representaram o município na Regional Ampliada, e eleitas 5 propostas para serem levadas à discussão; nenhuma delas estava relacionada à saúde (ATA DE ASSEMBLEIA PÚBLICA MUNICIPAL DE SANTA MARGARIDA DO SUL, 2016).

Em 2017, a Assembleia Pública Municipal ocorreu no dia 30 de junho, contou com a presença de 62 participantes e as seguintes autoridades: o Prefeito Municipal, o Vice-Prefeito e também Secretário Administração e Fazenda, o Secretário da Agricultura, a Secretária da Assistência Social, o Secretário da Saúde, o Secretário do Planejamento, o Chefe de Gabinete, o Procurador Jurídico, 1 Vereador, o ex-Presidente do COMUDE Santa Margarida do Sul, a atual Presidente do COMUDE e a Coordenadora Regional da Consulta Popular. Foram selecionados os delegados para a representação do município na Regional Ampliada, e eleitas

5 propostas para serem discutidas na referida Assembleia; a proposta da saúde foi referente a aquisição de veículos para transporte – ambulância, vans, veículo leve (ATA DE ASSEMBLEIA PÚBLICA MUNICIPAL DE SANTA MARGARIDA DO SUL, 2017).

A Assembleia Pública Municipal de 2018 foi realizada no dia 17 de maio. Compareceram 58 participantes e as autoridades: o Prefeito Municipal, o Presidente do COMUDE Santa Margarida do Sul, o Secretário do Planejamento, a Secretária de Administração e Fazenda, o Chefe de Gabinete e 2 Vereadores. Foram escolhidos os delegados que representaram o município na Assembleia Regional Ampliada, e eleitas 5 propostas: sobre a saúde, o projeto tratava de aquisição de veículos para transporte – ambulância, vans e veículo leve (ATA DE ASSEMBLEIA PÚBLICA MUNICIPAL DE SANTA MARGARIDA DO SUL, 2018). Segue o quadro com as últimas três votações do município na Consulta Popular:

Quadro 18: Consultas Populares de Santa Margarida do Sul

Ano	N. eleitores	N. votantes	N. votos válidos	Votos área da saúde
2016	2.471	544	-	57
2017	2.467	980	841	413
2018	2.531	1.182	1.049	224

Fonte: Dados extraídos da página oficial do COREDE-FO (2018). Quadro elaborado pela autora.

Com base nos dados expostos acima, percebe-se que no ano de 2016 o município obteve a sua menor participação entre os últimos três anos, com apenas 544 votantes e 57 votos na proposta da saúde. Em 2017 cresceu levemente o número de votantes juntamente com os votos direcionados à área mencionada. No tocante às Assembleias Municipais, o número de participantes variou pouco, tendo a sua maior participação no ano supracitado, contando com 62 eleitores presentes. Um dado que chama atenção é referente ao ano de 2018, onde o município atinge um alto nível de participação. Considerando que o número de eleitores é 2.531, verifica-se que 1.182 cidadãos votaram na Consulta Popular, o que corresponde a quase a metade do eleitorado do município, uma quantidade verdadeiramente significativa.

3.4.10 Santana do Livramento

No dia 10 de junho de 2016 aconteceu a Assembleia Pública Municipal de Santana do Livramento. Compareceram 45 participantes e as autoridades que se fizeram presentes são: a equipe técnica do Planejamento Estratégico, a Secretária de Cultura e o Presidente do

COMUDE Santana do Livramento. Na ocasião, foram escolhidos os delegados que representaram o município na Assembleia Regional Ampliada, e eleitas as 5 propostas para serem levadas à votação; a proposta referente à saúde tratava da qualificação e financiamento da rede de atenção – consolidando a saúde, que engloba qualificação, financiamento, e aquisição de equipamentos para hospitais de referência regional, como convênios com instituições de saúde e repasse aos municípios (ATA DE ASSEMBLEIA PÚBLICA REGIONAL DE SANTANA DO LIVRAMENTO, 2016).

Em 2017, a Assembleia Pública Municipal ocorreu no dia 29 de junho, contando com a presença de 98 participantes e as autoridades: a representante da Secretaria Geral do Governo, a Coordenadora da Consulta Popular, o representante da Secretaria de Saúde, representante do 10ª Batalhão de Bombeiros Militar, 2 representantes da Secretaria de Turismo, Secretária Municipal de Educação, 3 Vereadores, 2 representantes da Secretaria de Cultura, Esporte e Lazer, 2 representantes da Secretaria do Planejamento e a Presidente do COMUDE Santana do Livramento. Foram escolhidos os delegados que representaram o município na Regional Ampliada, e eleitas 5 propostas; 2 eram direcionadas à saúde, versando sobre a aquisição de veículos para transporte – ambulância, vans e veículo leve, e a ampliação dos serviços regionais nas especialidades de traumato/ortopedia, urologia, otorrino e neurocirurgia (ATA DE ASSEMBLEIA PÚBLICA MUNICIPAL DE SANTANA DO LIVRAMENTO, 2017).

Em 22 de maio de 2018, a Assembleia Pública Municipal reuniu 105 participantes e as seguintes autoridades: o Presidente do COMUDE Santana do Livramento, a Coordenadora Regional da Consulta Popular, o Secretário de Desenvolvimento, Turismo e Cultura, 2 Vereadores – 1 deles representando o Presidente da Câmara de Vereadores e a Coordenadora da 19ª Coordenadoria Regional de Educação. Neste dia, foram selecionados os delegados para a representação do município na Regional Ampliada, e escolhidas 5 propostas; sobre a saúde, a proposta aprovada foi referente à ampliação, reforma e aquisição de equipamentos para estabelecimentos de saúde vinculados ao SUS (ATA DE ASSEMBLEIA PÚBLICA MUNICIPAL DE SANTANA DO LIVRAMENTO, 2018). Abaixo estão representadas as últimas três votações do município nas Consultas:

Quadro 19: Consultas Populares de Santana do Livramento

Ano	N. eleitores	N. votantes	N. votos válidos	Votos área da saúde
2016	73.041	1.339	-	571
2017	72.337	4.291	4.271	3.261

2018	73.748	4.743	4.739	1.540
------	--------	-------	-------	-------

Fonte: Dados extraídos da página oficial do COREDE-FO (2018). Quadro elaborado pela autora.

Conforme o exposto acima, o ano de 2016 foi o que o município menos participou, com 1.339 votantes, 571 votos para a proposta da saúde e apenas 45 participantes na Assembleia Municipal, números significativamente baixos tendo em vista que Santana do Livramento é a segunda cidade com maior quantidade de eleitores da Fronteira Oeste. Nos anos seguintes há um aumento considerável de eleitores nas assembleias como também das Consultas, indo para 4.291 votantes em 2017 e 4.743 em 2018, onde grande parcela dos votos foi direcionado à área da saúde – com destaque para 2017 que tal área levou a maioria dos votos, mostrando que cresceu o interesse da comunidade em participar das votações.

3.4.11 São Borja

No dia 7 de junho de 2016 foi realizada a Assembleia Pública Municipal de São Borja. Compareceram 179 participantes e as autoridades presentes são: o Prefeito Municipal, o Vice-Prefeito, representante do 2º Regimento da Cavalaria Mecanizado (RCMEC), o Secretário de Desenvolvimento Rural, o Secretário de Cultura e Turismo, o Secretário da Segurança Pública, o Secretário da Saúde, 3 Vereadores, o Diretor da Universidade Federal do Pampa (UNIPAMPA) e o Presidente do COMUDE São Borja. Na ocasião, foram selecionados os delegados que representaram o município na Regional Ampliada, e eleitas 5 propostas para serem levadas à discussão na Assembleia em questão; a proposta da saúde tratava sobre a qualificação e financiamento da rede de atenção – consolidando a regionalização da saúde, que engloba a qualificação, financiamento e aquisição de equipamentos para hospitais de referência regional, e convênio com instituições de saúde e repasse para os municípios (ATA DE ASSEMBLEIA PÚBLICA MUNICIPAL DE SÃO BORJA, 2016).

Na Assembleia Pública Municipal que ocorreu no dia 6 de julho de 2017, estavam presentes 125 participantes e as autoridades: o Vice-Prefeito, o Presidente da Câmara de Vereadores, o Secretário de Infraestrutura, o Secretário de Desenvolvimento Social, o Secretário de Planejamento, o Chefe de Gabinete, a Secretária de Saúde, 3 Vereadores e o Presidente do COMUDE São Borja. Foram escolhidos os delegados para representação do município na Regional Ampliada, e eleitas 5 propostas para irem à discussão; duas delas eram sobre a saúde. A primeira tratava da aquisição de veículos para transporte – ambulância, vans e veículo leve. A segunda sobre a ampliação dos serviços regionais nas especialidades de: traumato/ortopedia, urologia, otorrino e neurocirurgia – aquisição de equipamentos para hospitais (ATA DE ASSEMBLEIA PÚBLICA MUNICIPAL DE SÃO BORJA, 2017).

Em 2018, a Assembleia Pública Municipal aconteceu no dia 24 de maio. Compareceram 153 participantes e as autoridades: o Presidente do COMUDE São Borja, o Secretário de Agricultura e Meio Ambiente, o Secretário de Infraestrutura, a Secretária de Saúde, o Secretário da Fazenda, 3 Vereadores e o Vice-Prefeito. No dia, foram selecionados os delegados para representarem o município na Regional Ampliada, e eleitas 5 propostas que foram levadas à discussão na Assembleia; a proposta relacionada à saúde versava sobre a ampliação, reforma e aquisição de equipamentos para estabelecimentos de saúde vinculados ao SUS (ATA DE ASSEMBLEIA PÚBLICA MUNICIPAL DE SÃO BORJA, 2018). Segue o quadro com as três últimas votações do município na Consulta Popular:

Quadro 20: Consultas Populares de São Borja

Ano	N. eleitores	N. votantes	N. votos válidos	Votos área da saúde
2016	49.570	852	-	228
2017	48.767	5.745	5.135	2.148
2018	48.585	7.143	5.769	1.721

Fonte: Dados extraídos da página oficial do COREDE-FO (2018). Quadro elaborado pela autora.

Com base nos dados acima, 2016 foi o ano que a comunidade menos participou, enquanto que foi o ano cujo número de eleitores era o mais alto dos três anos analisados – 49.570 –, e também teve a maior presença de são-borjenses na Assembleia Pública Municipal, com um total de 179 participantes (em 2017 foram 125, e 153 em 2018). Em 2017 percebe-se que houve um alto crescimento no número de votantes, indo de 852 em 2016 para 5.745, indicando um maior interesse por parte da população em fazer parte da eleição de demandas para a região. Na saúde, 2017 se destaca por ter sido o ano que o município mais direcionou votos para aprovar a proposta, totalizando 2.148 votos. No ano de 2018 a participação volta a subir, mas um dado que chama atenção é o número de votos válidos – relevantemente inferior a parcela de votantes. Isso significa que, dos 7.143 votantes, 1.374 exerceram a sua cidadania de maneira incorreta e acabaram anulando os votos.

3.4.12 São Gabriel

No dia 2 de junho de 2016 aconteceu a Assembleia Pública Municipal de São Gabriel. Estavam presentes 246 participantes e as seguintes autoridades: o Prefeito Municipal, o Secretário de Turismo do Estado do Rio Grande do Sul, a Procuradora Jurídica do Município,

a Secretária de Educação, a Secretária interina de Desenvolvimento Social, Direitos Humanos e Cidadania, o Secretário interino de Agricultura, a Secretária de Gestão e Relações Comunitárias, o Presidente da União das Associações de Moradores de São Gabriel, o Presidente do COMUDE São Gabriel e também Secretário de Planejamento e Projetos, e o representante da SEPLAN-RS. No dia, foram escolhidos os delegados que representaram o município na Regional Ampliada, e eleitas 5 propostas para irem à discussão; a referente à saúde tratava sobre a qualificação e financiamento da rede de atenção – consolidando a regionalização da saúde, que abrange a qualificação, financiamento e aquisição de equipamentos para hospitais de referência regional, convênio com instituições de saúde e repasse aos municípios (ATA DE ASSEMBLEIA PÚBLICA MUNICIPAL DE SÃO GABRIEL, 2016).

Em 2017 a Assembleia Pública Regional foi realizada no dia 30 de junho, contou com a presença de 201 participantes e as autoridades: a Secretária Municipal de Turismo, Cultura, Indústria e Comércio, o representante do Prefeito Municipal, 1 Vereador e também Presidente do COMUDE São Gabriel, o provedor da Santa Casa de Caridade de São Gabriel, a Coordenadora da Consulta Popular da Fronteira Oeste e a Coordenadora da Governança da Fronteira. No dia, foi feita a escolha dos delegados que representaram o município na Regional Ampliada, e eleitas 5 propostas para serem levadas à discussão; a relacionada a saúde referia-se à ampliação de serviços regionais nas especialidades de traumatologia/ortopedia, urologia, otorrinolaringologia e neurocirurgia – aquisição de equipamentos para hospitais (ATA DE ASSEMBLEIA PÚBLICA MUNICIPAL DE SÃO GABRIEL, 2017).

A Assembleia Pública Municipal de 2018 ocorreu no dia 17 de maio. Compareceram 120 participantes, e as autoridades presentes são: a Secretária Municipal de Turismo, Cultura, Indústria e Comércio que também é Presidente do COMUDE, o provedor da Santa Casa de Caridade de São Gabriel e o Major do Corpo de Bombeiros. Na data, foram selecionados os delegados que representaram o município na Regional Ampliada, e eleitas 5 propostas para irem à discussão; a proposta da saúde foi sobre a ampliação, reforma e aquisição de equipamentos para estabelecimentos de saúde vinculados ao SUS (ATA DE ASSEMBLEIA PÚBLICA MUNICIPAL DE SÃO GABRIEL, 2018). Abaixo, encontra-se os dados sobre como o município votou nas últimas três Consultas:

Quadro 21: Consultas Populares de São Gabriel

Ano	N. eleitores	N. votantes	N. votos válidos	Votos área da saúde
2016	47.282	4.314	-	2.010

2017	46.419	3.039	3.017	1.732
2018	46.893	6.063	4.950	1.481

Fonte: Dados extraídos da página oficial do COREDE-FO (2018). Quadro elaborado pela autora.

Conforme exposto supra, no ano de 2017 teve uma queda na quantidade de eleitores do município; entretanto, não afetou em grandes proporções a participação. O ano de 2016 se destaca por ser aquele que a proposta da saúde fez a maior votação dos três anos analisados, com 2.010 votos, e também o ano que a população mais participou da Assembleia Pública Municipal, com 201 eleitores presentes. Nos anos de 2017 e 2018 a votação não teve variações bruscas, demonstrando que essa temática é uma das prioridades da comunidade. Assim como o município de São Borja, novamente o dado que chama atenção é a diferença entre o número de votantes para o de votos válidos em 2018, totalizando uma quantia de 1.113 anulações.

3.4.13 Uruguaiana

No dia 3 de junho de 2016 aconteceu a Assembleia Pública Municipal de Uruguaiana. Compareceram 394 participantes e as seguintes autoridades: o Prefeito Municipal, o Vice-Prefeito, o Secretário de Educação, 1 Representante da Procuradoria do Município, o Presidente do COMUDE Uruguaiana e também Secretário de Indústria, Comércio, Turismo e Trabalho. Na data, foram selecionados os delegados para a representação do município na Regional Ampliada, e eleitas 5 propostas para serem levadas à discussão; sobre a saúde, a proposta era relacionada à qualificação e financiamento da rede de atenção - consolidando a regionalização da saúde, que abrange a qualificação, financiamento e aquisição de equipamentos para hospitais de referência regional, convênio com instituições de saúde e repasse aos municípios (ATA DE ASSEMBLEIA PÚBLICA MUNICIPAL DE URUGUAIANA, 2016).

Em 2017, a Assembleia Pública Municipal foi realizada no dia 4 de julho, com a presença de 65 participantes e as seguintes autoridades: o Prefeito Municipal, o Presidente do COMUDE Uruguaiana e também Secretário Municipal de Desenvolvimento Econômico, o Secretário Adjunto de Governo e o Presidente da Câmara Municipal de Vereadores. Foram selecionados os delegados para a representação do município na Assembleia Regional Ampliada, e eleitas 5 propostas para serem levadas à discussão; referente à saúde, a proposta era de aquisição de veículos para transporte sanitário - ambulância, vans e veículo leve (ATA DE ASSEMBLEIA PÚBLICA MUNICIPAL, 2017).

No ano de 2018 a Assembleia Pública Municipal ocorreu no dia 15 de maio. Compareceram 265 participantes e as autoridades: o Prefeito Municipal, o Secretário de Desenvolvimento econômico e também Presidente do COMUDE Uruguaiana. No dia, foram escolhidos os delegados para representarem o município na Assembleia Regional Ampliada, e eleitas 5 propostas para irem à discussão; a proposta de saúde versava sobre a ampliação, reforma e aquisição de equipamentos para estabelecimentos de saúde vinculados ao SUS (ATA DE ASSEMBLEIA PÚBLICA MUNICIPAL DE URUGUAIANA, 2018). No quadro abaixo está descrito como o município votou nas últimas Consultas Populares:

Quadro 22: Consultas Populares de Uruguaiana

Ano	N. eleitores	N. votantes	N. votos válidos	Votos área da saúde
2016	90.129	3.643	-	1.644
2017	88.073	3.356	3.339	2.497
2018	88.822	9.474	9.455	2.661

Fonte: Dados extraídos da página oficial do COREDE-FO (2018). Quadro elaborado pela autora.

De acordo com o quadro acima, Uruguaiana é o município que tem o maior eleitorado da Fronteira Oeste. Entre 2016 e 2017 teve uma pequena redução nesse número, mas a quantidade de votantes permaneceu praticamente a mesma. Na proposta da saúde, teve um aumento nos anos mencionados, sendo que em 2017 mais da metade dos votos da Consulta Popular foi direcionado à esta pauta. O ano de 2018 se destaca positivamente pelo grande aumento no contingente de votantes, passando para 9.474 participantes. Também foi a maior votação para a saúde do município dentre os anos analisados. No tocante às Assembleias Públicas Municipais, 2016 foi o ano que a comunidade mais participou, totalizando 394 eleitores.

3.4.14 Entrevistas

Como exposto no início do tópico 3.4, as entrevistas foram realizadas no município de São Borja, com o intuito de entender como o COREDE-FO juntamente com os COMUDES, Secretarias Municipais de Saúde e os hospitais se articulam (ou não) na formulação das propostas que vão à votação nas Assembleias Públicas Municipais, para serem eleitas na Assembleia Regional Ampliada e irem à cédula de votação da Consulta Popular. As entrevistas

foram gravadas, com exceção da entrevista com o Secretário de Saúde, em virtude da sua indisponibilidade de tempo. Entretanto, gentilmente se propôs a responder às perguntas de forma escrita, constando no corpo deste trabalho. A primeira entrevista foi feita com o vice-presidente do COREDE-FO. Inicialmente, será apresentado um breve perfil dos entrevistados; e em sequência, seguimos às perguntas e respostas. A identificação dos entrevistados se dará pelos cargos ocupados, não sendo divulgados os respectivos nomes.

O vice-presidente do COREDE-FO é industrial da alimentação, e a sua atuação se dá desde a criação do Conselho:

Na realidade eu estou no Conselho desde a fundação, mas como soldado né, na realidade eu era membro participante do conselho [...] E... depois né, de passado um tempo [...] fui convidado a ser tesoureiro, secretário, vice-presidente... enfim né, e alguns mandatos, também fui presidente. Hoje estou na vice-presidência (VICE-PRESIDENTE DO COREDE-FO, 2018).

Anteriormente, já teve participação em outros conselhos na região: “[...] já participei de outros conselhos e também a nível estadual eu fui presidente do Fórum Estadual dos COREDES por quatro anos... e hoje sou o tesoureiro do Fórum dos COREDES das 28 regiões do Estado do Rio Grande do Sul” (VICE-PRESIDENTE DO COREDE-FO, 2018). O presidente do COMUDE São Borja é bacharel em Ciências Contábeis e Direito, se encontra a frente do Conselho há dois anos e quando questionado se já participou de outro Conselho, afirmou que não. O gestor do Hospital Ivan Goulart tem sua formação em Marketing, com especialização em Administração Hospitalar, e atualmente está cursando Mestrado em Gestão Integrada. Está atuante como representante do hospital nas assembleias do COREDE-FO há três anos. O secretário de saúde é administrador de empresas, está há 7 meses atuando na Secretaria Municipal de Saúde de São Borja e nunca participou de algum conselho ou cargo de gestão antes.

Sobre o que o COREDE-FO e o mecanismo de Consulta Popular representam a eles e às entidades nas quais representam, as respostas foram claras:

Na realidade a Consulta é uma parte do processo e da discussão que a gente tem no Conselho Regional de Desenvolvimento da Fronteira Oeste.. ele não é todo, mas ocupa, claro, que uma boa parte do nosso tempo, até porque são treze municípios que compõem a região da Fronteira Oeste, e um determinado tempo do ano, né, a gente faz, além das discussões do orçamento, também faz discussões a nível de cada um dos temas que tem na região. Então, a Consulta Popular é muito importante, até porque também é uma forma dos municípios se apropriarem dos problemas que têm, e de recursos que o Estado disponibiliza para implementação no seu orçamento. (VICE-PRESIDENTE DO COREDE-FO, 2018).

O presidente do COMUDE São Borja reforça a fala do vice-presidente exposta acima: “o COREDE é muito importante né, porque o COREDE é o órgão que organiza todo o processo

da Consulta Popular em cada região e é o elo de ligação entre os COMUDES e a Secretaria de Planejamento, que depois é quem recebe todos os processos da Consulta Popular” (PRESIDENTE DO COMUDE SÃO BORJA, 2018). Para o gestor do Hospital Ivan Goulart:

Para o hospital é um meio de nós buscarmos um recurso que está disponível em nível estadual, para as demandas de melhoria de equipamentos, de melhoria de infraestrutura. Então [...] hoje é de fundamental importância para, não só para nós do Hospital Ivan Goulart, também como para todos os hospitais que não conseguem ter um... um equilíbrio de contas a formar um superávit para investir em equipamento, em infraestrutura, então... essa verba que vem, esse recurso que vem é um recurso esse que vem bem a calhar (REPRESENTANTE HOSPITAL IVAN GOULART, 2018).

No tocante à pergunta sobre como o COREDE-FO, juntamente com os COMUDES e hospitais pensam em otimizar os índices de saúde da região, o vice-presidente mencionou importantes aspectos, como a busca por transformar cada hospital em centro de referência em uma área específica, bem como a tentativa da criação de um hospital regional com serviços totalmente ofertados pelo SUS, questão essa que consta no PED 2015-2030 como Hospital Escola, que fora apresentado neste capítulo, como também a distância entre os municípios, e as estradas que ligam os mesmos:

É, o nosso Planejamento Estratégico trabalhou isso bastante... é com a questão da gente ter polos na questão da saúde e infelizmente agora nesse momento isso tá aflorando com a falta de repasse de recurso. Mas assim, a gente já tem alguns exemplos, né, embora precários [...] dessa questão de otimizar, nós temos sete hospitais [...] nos treze municípios da Fronteira Oeste, e a nossa ideia é que cada um seja polo de alguma coisa, vamos dizer São Borja das imagens, Uruguaiana a questão do cardíaco, [...] Alegrete com outras questões, Rosário já é declarado a questão da oftalmologia, então, [...] é nesse sentido que a gente tenta trabalhar, e porque nós não vamos ter por parte do estado todos os serviços em cada um dos municípios, infelizmente, [...] eles trabalham para otimizar os recursos também tanto o estado como a União, com o número de pessoas que têm em cada região, então os serviços não vão ter em todos os municípios [...] para todos os moradores. [...] Existiu, inclusive em um passado não muito distante, a tentativa da criação de um hospital regional SUS, né, e aí a gente definiria... mas que não avançou até por essas dificuldades [...] nós temos ainda dificuldades no sentido de estradas [...] é mais fácil São Borja ir a Santa Maria do que ir a Alegrete, mesmo a distância sendo maior, porque [...] nós estaríamos a cento e oitenta quilômetros de Alegrete, mas teríamos que fazer uma volta que daria mais de trezentos quilômetros, não daria pra botar um carro com uma pessoa doente em torno de setenta e cinco quilômetros de chão. Então nesse sentido que a gente tem trabalhado... de fazer esses polos e os mutirões, que nem Rosário tem feito. [...] quando vai o pessoal, são atendidos lá vinte, trinta pessoas de cada um dos municípios em determinados dias, fazendo com que essas pessoas recebam o atendimento de uma forma imediata. [...] Claro que é dificultoso né, até porque a nossa região é totalmente atípica, nós somos aí vinte por cento de todo o território do Rio Grande do Sul e a distância é uma das coisas que dificulta um pouco (VICE-PRESIDENTE DO COREDE-FO, 2018).

Sobre a relação entre o Planejamento Estratégico de Desenvolvimento e as propostas que vão à votação na Consulta Popular, a resposta do presidente do COMUDE corrobora com o que foi exposto nessa pesquisa, de que o PED é o principal guia para a formulação das

propostas: “olha, esse planejamento estratégico [...] foi feito já a alguns anos atrás né, mas é praticamente o que define todas as prioridades da região, né, foram feitos trabalhos, inclusive teve participação acho que da própria UNIPAMPA né, na formação desse projeto” (PRESIDENTE DO COMUDE SÃO BORJA, 2018). Já o gestor representante do Hospital Ivan Goulart chama atenção para um ponto relevante:

Na verdade, eu penso que esse Planejamento Estratégico deveria priorizar mais a saúde... o município não recebe lá grande coisa... o último que eles receberam foi insuficiente para comprar uma ambulância. Diante de uma demanda gigantesca que o município tem... o hospital também, eu acredito que, hoje, todas as carências que nós temos com os hospitais na região, são inúmeras [...] então, esse Planejamento Estratégico deveria focar um percentual maior, né... essa relação [...] deixa ainda uma certa carência para a saúde, uma vez que hoje nós temos o sistema SUS que é deficitário, a tabela SUS faz anos que não se houve falar em ajuste. O IPÊ que não existia problema de pagamento [...], nós já estamos há três meses atrasados sem espera de receber, FUSEx atrasa, então hoje os hospitais, eles são instituições privadas com serviço público, mas que eles não conseguem se manter. Se você observar Santo Ângelo tá quebrando, Itaqui tá quebrando, Uruguaiana quebrou... todos os hospitais pequenos da região missioneira estão quebrados. [...] Hoje nós vivemos aqui num oásis num deserto de quebradeira em todo o estado... São Borja está num oásis porque [...] nós conseguimos pagar as contas, fornecedores, colaboradores, ainda conseguimos fazer infraestrutura né... tanto de equipamentos de ponta, a gente está trazendo médicos de todo o Brasil pra cá, hoje, os últimos, é... dois anos a gente tem mais de quarenta médicos que vieram de fora do estado... do Rio de Janeiro, de Minas Gerais, São Paulo e Paraná, porque nós nos tornamos um polo de atração, porque que a gente conseguiu isso? Criamos novos serviços, criamos infraestrutura, criamos média e alta complexidade [...] então é por essas razões eu vejo assim que, como você tem uma grande carência e a saúde está desassistida no estado, esse Planejamento Estratégico deveria cobrir mais a saúde... essa é a relação que eu vejo (REPRESENTANTE HOSPITAL IVAN GOULART, 2018).

Quando questionados sobre a indagação aqui proposta para a realização das entrevistas, que é entender se há ou não, e como ocorre a articulação entre esses segmentos para a formulação das propostas de saúde que vão à votação, a resposta foi consensual entre os entrevistados do âmbito municipal:

É, não há muito, somente há conversas [...] quando há os encontros né, porque inclusive cada um as vezes procura trabalhar de forma mais individual... né, por exemplo a... o recurso que vem pra saúde, não é só pra saúde do município, [...] da prefeitura... os valores são divididos para os hospitais, e como há hospitais na região que têm muita dificuldade financeira, os hospitais estão levando quase a maioria dos recursos... para o município só tem sobrado pra compra de algum veículo ou alguma obra pequena em torno de quarenta mil... então praticamente hoje os recursos para saúde estão indo mais para os hospitais, principalmente aquelas, nas cidades que estão em maiores dificuldades eles conseguem as vezes uma mobilização e conseguem... aprovar né... que a maior parte do recurso vá para os hospitais. [...] não há assim nenhuma articulação e os conselhos municipais da saúde participam muito pouco da consulta popular porque já é, já vem né, praticamente pronto a proposta (PRESIDENTE DO COMUDE SÃO BORJA, 2018).

O secretário de saúde respondeu que a participação se dá apenas nas votações (SECRETÁRIO MUNICIPAL DE SAÚDE DE SÃO BORJA, 2019), e o gestor representante do hospital complementou expondo a situação também enquanto vice-presidente do Conselho Municipal de Saúde de São Borja: “vou ser bem franco com você, eu estou no Conselho em 2016, 2017 e 2018 e, essa gestão agora eu sou vice-presidente... eu não vi o Conselho ser chamado para formular estratégia... então não está havendo participação pelo menos do Conselho” (REPRESENTANTE HOSPITAL IVAN GOULART, 2018). Foi perguntando ao secretário de saúde e ao representante do hospital de que forma o orçamento da Consulta Popular está colaborando para a melhora do sistema de saúde. De forma sucinta, o primeiro respondeu que está colaborando “na aquisição dos bens definidos nas propostas” (SECRETÁRIO MUNICIPAL DE SAÚDE DE SÃO BORJA, 2019). O segundo afirmou que o recurso oriundo desse mecanismo está sendo aplicado na otimização da qualidade do serviço prestado pelo hospital:

Como nós aplicamos ele em equipamentos de ponta e tecnologia de ponta, eu acredito que melhora a qualidade da prestação final do serviço, né, em termos de eficácia e eficiência... não vejo assim... muito além disso porque realmente ele é bem pontual. [...] Tudo o que nós temos conseguido comprar com o recurso da Consulta Popular tem sido pra melhorar a qualidade final do nosso serviço. Então esse ano agora nós é... fizemos o nosso projeto em cima de equipamentos para a lavanderia [...] Então realmente os equipamentos que a gente compra, no final de todo o processo, é qualidade no serviço (REPRESENTANTE DO HOSPITAL IVAN GOULART, 2018).

Outro aspecto importante mencionado pelos entrevistados foi sobre o orçamento reduzido disponibilizado pelo governo estadual para as Consultas. Estes destacam que o valor é insuficiente para cobrir as demandas da região, sinalizando a necessidade de maiores investimentos para os municípios e hospitais consigam ofertar um serviço de qualidade à população da Fronteira Oeste:

A região da Fronteira Oeste, bem como a Metade Sul é muito pobre né, e muito carente de recursos... e os recursos mesmos são muito pequenos, precisaria de muito mais valores. [...] há um avanço, já que o governo do estado, nas últimas administrações vêm [...] pagando esses valores, então os municípios, por menor que seja estão conseguindo alguma coisa, mas em relação à saúde precisaria de muito mais valores a serem aplicados. Então a saúde hoje ela recebe um recurso [...] muito pequeno, porque o município ele precisa de muito recurso, mas como os hospitais dos outros municípios [...] estão em dificuldade, eles acabam abocanhando um valor maior que poderia ajudar os municípios [...] há municípios que estão com sérias dificuldades financeiras, não conseguem prestar um bom serviço à comunidade nas unidades de saúde, precisariam de mais recursos... mesmo porque o estado hoje está com o repasse atrasado... só o município de São Borja tem quatro milhões de reais a receber do estado né, então, esse recurso não vem e o município [...] pra poder continuar prestando serviço, vai aplicando seus recursos próprios né, e isso também vai faltar para outras áreas. A gente sabe da dificuldade hoje que tem [...] o estado. [...] cada governo que entra sempre acredita que vai poder destinar um valor maior...esse ano por exemplo

houve um acréscimo em relação ao ano passado, e agora com o novo governo a gente espera que possam aumentar mais esse valor [...] mas como já te falei, que às vezes esses valores maiores acabam indo para os hospitais e não para a saúde do município, porque quem faz saúde né, é o município... o hospital apenas trata da saúde né, mas quem cuida da saúde é o município, então é quem deveria receber um volume maior de recursos (PRESIDENTE COMUDE SÃO BORJA, 2018).

O secretário de saúde acredita que o pacto federativo deve ser ampliado para favorecer tanto à temática da saúde, como para o desenvolvimento regional (SECRETÁRIO DE SAÚDE DO MUNICÍPIO DE SÃO BORJA, 2019). O gestor representante do hospital, em consonância com o presidente do COMUDE São Borja afirma:

Eu penso que, devido a grande demanda que nós temos hoje por verba de custeio, que [...] muitos hospitais não conseguem pagar suas contas, e não é porque não tem gestão, é porque não tem recurso... não entra... devido todo aqueles fatos que te falei, o SUS é deficitário, ele não paga. [...] então o que é que nós conseguimos hoje, nós criamos meios de cobrir o déficit do sistema único... hoje nós temos setenta por cento de atendimento SUS... é por vocação, porque quanto mais eu atender SUS, mais prejuízo eu tenho. Então, o que é que acontece, eu preciso de uma verba que o sistema não me dá, que é verba de custeio, quer dizer, para eu poder pagar um fornecedor que eu estou devendo, poder pagar medicamento, poder pagar uma folha que tá atrasada, né... então os hospitais hoje estão definhando porque eles não têm custeio, eles não conseguem pintar uma parede sequer, eles não conseguem parar as contas. [...] essa verba que vem dos COREDES e desse sistema todo que foi criado de Consulta Popular, tem que ter um percentual para custeio. [...] isso aqui é uma medida paliativa, não vai conseguir as demandas da saúde do estado... mal vai tapar um buraco de tantos que tem... uma coisa que é interessante tu observares também é fazer uma análise dessa linha histórica dos últimos quatro ou cinco anos, de quantos hospitais fecharam na Fronteira Oeste ou estão fechando, e o quanto isso está resolvendo alguma coisa. Quer dizer, à medida que você tem um COREDE que está atuando e trazendo recurso para dentro dos hospitais, isso está resolvendo? Qual é o resultado disso? Se mesmo injetando ainda está quebrando... isso está resolvendo alguma coisa? Isso é uma medida paliativa? Ela consegue resolver de certa forma, ajuda de alguma forma ou de outra? Eu acho que... por mais haja boa vontade, é muito insuficiente ainda, muito precário o recurso que vem (REPRESENTANTE HOSPITAL IVAN GOULART, 2018).

Em suma, com base nos relatos feitos pelos entrevistados, restam transparentes dois pontos que devem ser pensados para uma legítima melhora no sistema de saúde e até mesmo na mobilização desses segmentos do COREDE-FO. Em primeiro lugar, destaca-se o reduzido valor de orçamento designado para a Consulta Popular. Quando dividido, o valor se torna insuficiente para cobrir o déficit existente nos hospitais e municípios. O segundo aspecto refere-se a falta de articulação entre COMUDES, Secretarias Municipais de Saúde, Conselhos de Saúde e hospitais. Estabelecer um diálogo entre estes atores pode ser de extrema relevância para o aumento da efetividade das propostas, ou até mesmo ampliar a capacidade de mobilização do setor, de forma a auxiliar a liderança do COREDE-FO e demais COREDES do estado a pressionar o governo estadual a fim de conseguir um aumento no orçamento.

Entretanto, deve-se considerar também que o fato de haver a oportunidade de uma arrecadação extra anualmente já é uma tentativa do governo em minimizar o problema, onde também conta com a participação direta da população nas deliberações, o que caracteriza um importante avanço para as regiões do Rio Grande do Sul em termos de cidadania, além da institucionalização de uma nova forma de governança, e principalmente, a intenção de caminhar em direção ao desenvolvimento da saúde.

3.5 Síntese de Resultados

De forma breve, neste tópico serão apresentados os resultados mais relevantes já expostos no decorrer da pesquisa. Separamos os municípios que mais se destacam positiva e negativamente, tanto em participação na Consulta Popular e nas votações direcionadas à área da saúde, como na ausência da mesma. Em 2016, o município que teve o maior número de eleitores participantes foi São Gabriel, seguido de Uruguaiana e Rosário do Sul. Rosário foi o município que mais votou na área da saúde, seguido de São Gabriel e Alegrete. O município que menos participou foi Barra do Quaraí, seguido de Maçambará e Quaraí, e o que menos votou na saúde foi Maçambará, seguido de Itacurubi e Barra do Quaraí. Coincidentemente, esses mesmos municípios não elegeram nenhuma proposta da área da saúde nas Assembleias Públicas Municipais realizadas neste ano.

No ano de 2017, o município que mais participou foi Alegrete, seguido de São Borja e Santana do Livramento. Alegrete foi também a cidade que mais fez votos na proposta da saúde, seguido de Santana do Livramento e Rosário do Sul. O município que teve a menor participação foi Barra do Quaraí, seguido de Maçambará e Manoel Viana. O que menos votou na saúde foi Barra do Quaraí, e na sequência Itacurubi e Maçambará. E por fim, em 2018 o município que mais participou foi Uruguaiana, seguido por São Borja e São Gabriel. O município que mais teve eleitores que votaram na proposta da saúde foi Uruguaiana, em segundo lugar veio Rosário do Sul e depois Itaqui. O município que menos participou foi Itacurubi, seguido de Maçambará e Barra do Quaraí. O município que menos votou na saúde foi Barra do Quaraí, seguido de Maçambará e Itacurubi.

A partir desta síntese dos dados, é possível verificar que há um padrão claro e definido nos três anos de votações na Consulta Popular. No tocante ao alto volume de participação na Consulta e nas votações das propostas de saúde, dentre os 13 municípios que integram o COREDE-FO, os mais citados foram Alegrete, Rosário do Sul, São Borja, São Gabriel e Uruguaiana. Dentre essas cidades, a que possui a maior taxa de mortalidade é Uruguaiana. Mas o que realmente chama atenção não é a taxa do referido município, mas o número de óbitos de 0 a 5 anos. Entre os anos de 1995 e 2016 vieram a óbito 1.431 bebês e crianças, sendo o maior quantitativo de toda a região, seguido de Santana do Livramento (651 óbitos), São Gabriel (461), Alegrete (436), São Borja (367) e Rosário do Sul (243). Dessa forma, pode-se deduzir que a ampla participação destes municípios, bem como as expressivas votações na área da saúde ocorrem em virtude da percepção por parte da população e gestores municipais dos altos

números apontados acima, bem como a demanda por maiores investimentos no sistema de saúde brasileiro para a redução dos índices.

No que diz respeito à baixa participação tanto na Consulta, como nas votações da saúde, destacam-se os municípios de Maçambará, Barra do Quaraí e Itacurubi. Tais cidades são de pequeno porte, sendo esse um possível motivo pelo qual possuem número reduzido de votantes. Esse aspecto explica a pequena parcela de votantes nas Consultas, mas não o fato de fazerem votações tão inexpressivas na área da saúde. Comparando com os dados expostos no perfil socioeconômico desses municípios, percebe-se que Barra do Quaraí e Itacurubi possuem taxas ínfimas de mortalidade infantil, o que reforça a hipótese de que a saúde não está entre as pautas prioritárias dos municípios devido às suas pequenas taxas de mortalidade, ou então não há uma grande demanda por acesso aos serviços saúde por parte da comunidade. Caso semelhante é o município de Santa Margarida do Sul, que possui baixa taxa de mortalidade infantil e também não atingiu número significativo de votos na área da saúde em 2018, mesmo ano em que quase a metade do eleitorado participou da votação.

Entretanto, se tratando de Maçambará, há uma apuração curiosa: conforme exposto no decorrer desse trabalho, apesar de ser um município um baixo número de óbitos (entre 1997 e 2016 foram 16), tem a maior taxa de mortalidade infantil de toda a região da Fronteira Oeste, 32,79 para cada mil nascidos vivos. Uma explicação para tal situação pode ser pelo fato de possuir uma baixa densidade populacional, conforme consta descrito no seu perfil socioeconômico. A partir da constatação explanada acima, fica a indagação: por que a saúde aparentemente não está entre as prioridades do município? De que forma a gestão municipal e a comunidade maçambarense percebem essa questão? Essas são questões que merecem ser investigadas com maior profundidade em pesquisas futuras.

Comparando os três últimos processos deliberativos de Consulta Popular, verifica-se alguns pontos:

- Houve uma queda de 5.100 eleitores na região da Fronteira Oeste;
- O número de votantes cresceu expressivamente, chegando a 23.548 a mais que na Consulta de 2016;
- O número de votos válido aumentou em 9.193;
- Decresceu levemente a parcela de votos para a área da saúde no ano de 2018; todavia, continua um valor maior que a votação de 2016.

Ainda que a quantidade de votos para a proposta da saúde tenha diminuído de uma Consulta para a outra, a soma dos votos dos treze municípios, de um modo geral, demonstra o

interesse dos eleitores em maiores investimentos na área mencionada; certamente alguns municípios possuem maior votação, mas ainda assim estes aumentaram o número total de votos para toda a região. Portanto, podemos citar uma provável razão para esse considerável número de votos, que é a percepção da população acerca dos problemas que afetam os municípios, isto é, a necessidade de melhorias no sistema de saúde para otimizar o acesso aos serviços e dar conta da demanda presente. No decorrer dos anos, o COREDE-FO vem incansavelmente divulgando a Consulta Popular nos municípios, como também utilizando meios de comunicação como emissoras de televisão e redes sociais, o que com toda certeza colaborou para esse crescimento de participantes.

Outro ponto chave que fora tratado no capítulo anterior – é sobre capital social. Com base na análise desenvolvida até o momento, resta transparente que a ampliação da participação popular nas votações pode estar relacionada com um aumento no nível de confiança que a comunidade deposita no Conselho, bem como a crença de que esse é um meio seguro e alternativo para deliberar propostas em benefício da região. Esta é uma hipótese que deve ser estudada e pensada com maior profundidade; reforça-se também que não é a intenção dessa pesquisa trazer conclusões a respeito dessa temática, mas sim de introduzi-la e levantar o questionamento para o desenvolvimento de estudos futuros. Tal questão ganha mais relevância quando se leva em consideração as entrevistas realizadas com o secretário de saúde, o presidente do COMUDE São Borja e o gestor representante do Hospital Ivan Goulart, onde se verifica que não há articulação entre os segmentos de saúde, diminuindo a possibilidade de que uma mobilização dos setores pudesse fazer com que aumentasse o número de votantes, isto é, uma efetiva organização para atingir um maior percentual de votos para as propostas de saúde nas deliberações do COREDE-FO.

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

No decorrer dessa dissertação de mestrado, foi realizada uma análise acerca do processo deliberativo do Conselho Regional de Desenvolvimento da Fronteira Oeste do Rio Grande do Sul no que tange às demandas da saúde nos anos de 2016, 2017 e 2018. O desenvolvimento regional se tornou pauta de discussão no estado ainda nos anos 80, quando foram instituídos meios de participação popular pelas Constituições e Leis Orgânicas Municipais, e onde foi percebida a necessidade de mudar a forma de gestão e entender os reais problemas da sociedade, para que fosse possível reduzir a desigualdade entre as regiões. A criação dos COREDES foi o primeiro passo para o início de um processo de regionalização no estado. Dentre as suas competências, está a elaboração dos Planos Estratégicos de Desenvolvimento (PEDs) e a Consulta Popular, que se configura em um instrumento poderoso de participação direta e democrática instituído em 1998, e que os COREDES coordenam em conjunto com o governo estadual.

Na Fronteira Oeste os índices relacionados à saúde são preocupantes, o que chamou atenção em entender como o Conselho percebe essa questão e de que forma atua visando revertê-la, sendo este o fio condutor dessa pesquisa. O COREDE-FO vem atuando ativamente na região desde o seu surgimento, na década de 90. Nos PEDs mencionados, a saúde é exposta como uma das áreas prioritárias para enfrentamento, o que significa que o COREDE-FO vem tentando buscar alternativas para solucionar ou amenizar tais dificuldades. A queda do número de hospitais e leitos disponíveis na região é um indicativo de que os investimentos por parte do poder público não são suficientes; e se por um lado há uma redução na oferta, por outro há sobrecarga de demandas nas unidades de saúde que seguem em funcionamento, dificultando o acesso da comunidade aos serviços de saúde.

A metodologia utilizada foi a qualitativa; logo, este estudo teve como ponto de partida uma pesquisa bibliográfica, apresentada principalmente no primeiro capítulo, utilizando autores e conceitos relacionados às políticas públicas, saúde e desenvolvimento regional, que serviram de suporte para a elaboração das contextualizações históricas sobre o período de criação do SUS – sistema que se configura na maior política de saúde do Brasil –, a situação de desigualdade entre as regiões do Rio Grande do Sul até a institucionalização dos COREDES, e uma breve discussão acerca da relação entre os Conselhos e o capital social. No segundo capítulo, foi feita uma explanação sobre a localização e a importância geopolítica do COREDE-FO, bem como foi desenvolvido o perfil socioeconômico de cada um dos treze municípios integrantes, trazendo informações gerais a respeito de suas origens, número de habitantes,

economia, educação e saúde. Em sequência, foi exposta a pesquisa documental utilizando as atas das Assembleias Públicas Municipais das Consultas de 2016 para orçamento de 2017, 2017 para orçamento de 2018 e 2018 para orçamento de 2019, que se encontram disponíveis na página web do COREDE-FO com a intenção de verificar como ocorreram as votações sobre as demandas.

Inicialmente foram apontados os dados das Consultas por ano apresentando todos os municípios de maneira abrangente; em seguida, foi mostrado como cada município participou nas Assembleias Públicas Municipais, isto é, número de eleitores presentes, as autoridades, e se alguma proposta da área da saúde foi eleita para ir à discussão em Assembleia Regional Ampliada, local onde são eleitas as propostas que vão à cédula de votação na Consulta Popular. Após, foi feito um comparativo com a participação geral na consulta para identificar se haveria alguma relação entre ambas.

Aliada ao suporte teórico, a técnica de entrevistas semiestruturadas com figuras ligadas à saúde e ao COREDE-FO ateu luzes sobre a forma na qual esses segmentos políticos participantes da Consulta Popular atuam no processo de desenvolvimento local e regional no âmbito da saúde. Evidenciou-se que os atores acreditam que o orçamento destinado pelo governo estadual é muito abaixo do esperado para conseguir trazer mudanças concretas na condição em que a saúde se encontra na Fronteira Oeste; entretanto, é uma fonte alternativa de verba que colabora, mesmo que em baixa escala, para a oferta dos serviços. Reconhecem também que não há uma articulação entre os setores de saúde para a elaboração de propostas, elemento que seria de grande importância para a região considerando que uma maior mobilização poderia trazer maior efetividade nos resultados, refletindo tanto na participação da comunidade, quanto em um possível auxílio às lideranças do COREDE-FO na barganha pela ampliação do orçamento das Consultas.

Conforme exposto, nos anos de 2016, 2017 e 2018 foi identificado um aumento significativo na participação popular, e principalmente, um crescimento no número de votos direcionados à área da saúde, o que reflete a importância do tema para a comunidade, a percepção de que maiores investimentos são necessários e urgentes para a melhoria no acesso aos serviços de saúde, como também o êxito que o Conselho vem tendo na divulgação do seu trabalho enquanto entidade e na Consulta. Sobre os padrões encontrados durante a análise de dados: recomenda-se que o padrão negativo de participação do município de Maçambará nas Consultas deve ser ponderado por parte do COREDE-FO e pela gestão municipal, principalmente quando se constata que este possui a maior taxa de mortalidade infantil da região. Reforça-se também a sugestão de pesquisas futuras acerca dessa temática, bem como

um estudo aprofundado sobre a relação entre o crescimento na participação com um possível aumento no estoque de capital social na Fronteira Oeste.

REFERÊNCIAS

AGUM, Ricardo; RISCADO, Priscila; MENEZES, Monique. Políticas Públicas: conceitos e análise em revisão. **Revista Agenda Política**, São Carlos-SP: v. 3, n. 2, jul/dez 2015, p. 12-42.

ALLEBRANDT, Sérgio Luís et al. Gestão social e cidadania deliberativa: uma análise da experiência dos Coredes no Rio Grande do Sul, 1990-2010. **Cadernos EBAPE.BR**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 3, set, 2011, pp. 914-945. Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=323227831012>. Acesso em: 13 mar. 2018.

ARRETCHE, Marta. Federalismo e políticas sociais no Brasil: problemas de coordenação e autonomia. **São Paulo em Perspectiva**, 18(2):17-26, 2004.

ATA DE ASSEMBLEIA PÚBLICA MUNICIPAL DE ALEGRETE. **Ata de Assembleia Pública Municipal da Consulta Popular 2016 para orçamento 2017**. Município de Alegrete, 2016. Disponível em: <https://www.facebook.com/CoredeFo/>. Acesso em: 2 ago. 2018.

ATA DE ASSEMBLEIA PÚBLICA MUNICIPAL DE ALEGRETE. **Ata de Assembleia Pública Municipal da Consulta Popular 2017 para orçamento 2018**. Município de Alegrete, 2017. Disponível em: <https://www.facebook.com/CoredeFo/>. Acesso em: 2 ago. 2018.

ATA DE ASSEMBLEIA PÚBLICA MUNICIPAL DE ALEGRETE. **Ata de Assembleia Pública Municipal da Consulta Popular 2018 para orçamento 2019**. Município de Alegrete, 2018. Disponível em: <https://www.facebook.com/CoredeFo/>. Acesso em: 2 ago. 2018.

ATA DE ASSEMBLEIA PÚBLICA MUNICIPAL DE BARRA DO QUARAÍ. **Ata de Assembleia Pública Municipal da Consulta Popular 2016 para orçamento 2017**. Município de Barra do Quaraí, 2016. Disponível em: <https://www.facebook.com/CoredeFo/>. Acesso em: 2 ago. 2018.

ATA DE ASSEMBLEIA PÚBLICA MUNICIPAL DE BARRA DO QUARAÍ. **Ata de Assembleia Pública Municipal da Consulta Popular 2017 para orçamento 2018**. Município de Barra do Quaraí, 2017. Disponível em: <https://www.facebook.com/CoredeFo/>. Acesso em: 2 ago. 2018.

ATA DE ASSEMBLEIA PÚBLICA MUNICIPAL DE BARRA DO QUARAÍ. **Ata de Assembleia Pública Municipal da Consulta Popular 2018 para orçamento 2019**. Município de Barra do Quaraí, 2018. Disponível em: <https://www.facebook.com/CoredeFo/>. Acesso em: 2 ago. 2018.

ATA DE ASSEMBLEIA PÚBLICA MUNICIPAL DE ITACURUBI. **Ata de Assembleia Pública Municipal da Consulta Popular 2016 para orçamento 2017**. Município de Itacurubi, 2016. Disponível em: <https://www.facebook.com/CoredeFo/>. Acesso em: 2 ago. 2018.

ATA DE ASSEMBLEIA PÚBLICA MUNICIPAL DE ITACURUBI. **Ata de Assembleia Pública Municipal da Consulta Popular 2017 para orçamento 2018**. Município de Itacurubi, 2017. Disponível em: <https://www.facebook.com/CoredeFo/>. Acesso em: 2 ago. 2018.

ATA DE ASSEMBLEIA PÚBLICA MUNICIPAL DE ITACURUBI. **Ata de Assembleia Pública Municipal da Consulta Popular 2018 para orçamento 2019**. Município de Itacurubi, 2018. Disponível em: <https://www.facebook.com/CoredeFo/>. Acesso em: 2 ago. 2018.

ATA DE ASSEMBLEIA PÚBLICA MUNICIPAL DE ITAQUI. **Ata de Assembleia Pública Municipal da Consulta Popular 2016 para orçamento 2017**. Município de Itaquí, 2016. Disponível em: <https://www.facebook.com/CoredeFo/>. Acesso em: 2 ago. 2018.

ATA DE ASSEMBLEIA PÚBLICA MUNICIPAL DE ITAQUI. **Ata de Assembleia Pública Municipal da Consulta Popular 2017 para orçamento 2018**. Município de Itaquí, 2017. Disponível em: <https://www.facebook.com/CoredeFo/>. Acesso em: 2 ago. 2018.

ATA DE ASSEMBLEIA PÚBLICA MUNICIPAL DE ITAQUI. **Ata de Assembleia Pública Municipal da Consulta Popular 2018 para orçamento 2019**. Município de Itaquí, 2018. Disponível em: <https://www.facebook.com/CoredeFo/>. Acesso em: 2 ago. 2018.

ATA DE ASSEMBLEIA PÚBLICA MUNICIPAL DE MAÇAMBARÁ. **Ata de Assembleia Pública Municipal da Consulta Popular 2016 para orçamento 2017**. Município de Maçambará, 2016. Disponível em: <https://www.facebook.com/CoredeFo/>. Acesso em: 2 ago. 2018.

ATA DE ASSEMBLEIA PÚBLICA MUNICIPAL DE MAÇAMBARÁ. **Ata de Assembleia Pública Municipal da Consulta Popular 2017 para orçamento 2018**. Município de Maçambará, 2017. Disponível em: <https://www.facebook.com/CoredeFo/>. Acesso em: 2 ago. 2018.

ATA DE ASSEMBLEIA PÚBLICA MUNICIPAL DE MAÇAMBARÁ. **Ata de Assembleia Pública Municipal da Consulta Popular 2018 para orçamento 2019**. Município de Maçambará, 2018. Disponível em: <https://www.facebook.com/CoredeFo/>. Acesso em: 2 ago. 2018.

ATA DE ASSEMBLEIA PÚBLICA MUNICIPAL DE MANOEL VIANA. **Ata de Assembleia Pública Municipal da Consulta Popular 2016 para orçamento 2017**. Município de Manoel Viana, 2016. Disponível em: <https://www.facebook.com/CoredeFo/>. Acesso em: 2 ago. 2018.

ATA DE ASSEMBLEIA PÚBLICA MUNICIPAL DE MANOEL VIANA. **Ata de Assembleia Pública Municipal da Consulta Popular 2017 para orçamento 2018**. Município de Manoel Viana, 2017. Disponível em: <https://www.facebook.com/CoredeFo/>. Acesso em: 2 ago. 2018.

ATA DE ASSEMBLEIA PÚBLICA MUNICIPAL DE MANOEL VIANA. **Ata de Assembleia Pública Municipal da Consulta Popular 2018 para orçamento 2019**. Município de Manoel Viana, 2018. Disponível em: <https://www.facebook.com/CoredeFo/>. Acesso em: 2 ago. 2018.

ATA DE ASSEMBLEIA PÚBLICA MUNICIPAL DE QUARAÍ. **Ata de Assembleia Pública Municipal da Consulta Popular 2016 para orçamento 2017**. Município de Quaraí, 2016. Disponível em: <https://www.facebook.com/CoredeFo/>. Acesso em: 2 ago. 2018.

ATA DE ASSEMBLEIA PÚBLICA MUNICIPAL DE QUARAÍ. **Ata de Assembleia Pública Municipal da Consulta Popular 2017 para orçamento 2018**. Município de Quaraí, 2017. Disponível em: <https://www.facebook.com/CoredeFo/>. Acesso em: 2 ago. 2018.

ATA DE ASSEMBLEIA PÚBLICA MUNICIPAL DE QUARAÍ. **Ata de Assembleia Pública Municipal da Consulta Popular 2018 para orçamento 2019**. Município de Quaraí, 2018. Disponível em: <https://www.facebook.com/CoredeFo/>. Acesso em: 2 ago. 2018.

ATA DE ASSEMBLEIA PÚBLICA MUNICIPAL DE ROSÁRIO DO SUL. **Ata de Assembleia Pública Municipal da Consulta Popular 2016 para orçamento 2017**. Município de Rosário do Sul, 2016. Disponível em: <https://www.facebook.com/CoredeFo/>. Acesso em: 2 ago. 2018.

ATA DE ASSEMBLEIA PÚBLICA MUNICIPAL DE ROSÁRIO DO SUL. **Ata de Assembleia Pública Municipal da Consulta Popular 2017 para orçamento 2018**. Município de Rosário do Sul, 2017. Disponível em: <https://www.facebook.com/CoredeFo/>. Acesso em: 2 ago. 2018.

ATA DE ASSEMBLEIA PÚBLICA MUNICIPAL DE ROSÁRIO DO SUL. **Ata de Assembleia Pública Municipal da Consulta Popular 2018 para orçamento 2019**. Município de Rosário do Sul, 2018. Disponível em: <https://www.facebook.com/CoredeFo/>. Acesso em: 2 ago. 2018.

de Rosário do Sul, 2018. Disponível em: <https://www.facebook.com/CoredeFo/>. Acesso em: 2 ago. 2018.

ATA DE ASSEMBLEIA PÚBLICA MUNICIPAL DE SANTA MARGARIDA DO SUL. **Ata de Assembleia Pública Municipal da Consulta Popular 2016 para orçamento 2017.** Município de Santa Margarida do Sul, 2016. Disponível em: <https://www.facebook.com/CoredeFo/>. Acesso em: 2 ago. 2018.

ATA DE ASSEMBLEIA PÚBLICA MUNICIPAL DE SANTA MARGARIDA DO SUL. **Ata de Assembleia Pública Municipal da Consulta Popular 2017 para orçamento 2018.** Município de Santa Margarida do Sul, 2017. Disponível em: <https://www.facebook.com/CoredeFo/>. Acesso em: 2 ago. 2018.

ATA DE ASSEMBLEIA PÚBLICA MUNICIPAL DE SANTA MARGARIDA DO SUL. **Ata de Assembleia Pública Municipal da Consulta Popular 2018 para orçamento 2019.** Município de Santa Margarida do Sul, 2018. Disponível em: <https://www.facebook.com/CoredeFo/>. Acesso em: 2 ago. 2018.

ATA DE ASSEMBLEIA PÚBLICA MUNICIPAL DE SANTANA DO LIVRAMENTO. **Ata de Assembleia Pública Municipal da Consulta Popular 2016 para orçamento 2017.** Município de Santana do Livramento, 2016. Disponível em: <https://www.facebook.com/CoredeFo/>. Acesso em: 2 ago. 2018.

ATA DE ASSEMBLEIA PÚBLICA MUNICIPAL DE SANTANA DO LIVRAMENTO. **Ata de Assembleia Pública Municipal da Consulta Popular 2017 para orçamento 2018.** Município de Santana do Livramento, 2017. Disponível em: <https://www.facebook.com/CoredeFo/>. Acesso em: 2 ago. 2018.

ATA DE ASSEMBLEIA PÚBLICA MUNICIPAL DE SANTANA DO LIVRAMENTO. **Ata de Assembleia Pública Municipal da Consulta Popular 2018 para orçamento 2019.** Município de Santana do Livramento, 2018. Disponível em: <https://www.facebook.com/CoredeFo/>. Acesso em: 2 ago. 2018.

ATA DE ASSEMBLEIA PÚBLICA MUNICIPAL DE SÃO BORJA. **Ata de Assembleia Pública Municipal da Consulta Popular 2016 para orçamento 2017.** Município de São Borja, 2016. Disponível em: <https://www.facebook.com/CoredeFo/>. Acesso em: 2 ago. 2018.

ATA DE ASSEMBLEIA PÚBLICA MUNICIPAL DE SÃO BORJA. **Ata de Assembleia Pública Municipal da Consulta Popular 2017 para orçamento 2018**. Município de São Borja, 2017. Disponível em: <https://www.facebook.com/CoredeFo/>. Acesso em: 2 ago. 2018.

ATA DE ASSEMBLEIA PÚBLICA MUNICIPAL DE SÃO BORJA. **Ata de Assembleia Pública Municipal da Consulta Popular 2018 para orçamento 2019**. Município de São Borja, 2018. Disponível em: <https://www.facebook.com/CoredeFo/>. Acesso em: 2 ago. 2018.

ATA DE ASSEMBLEIA PÚBLICA MUNICIPAL DE SÃO GABRIEL. **Ata de Assembleia Pública Municipal da Consulta Popular 2016 para orçamento 2017**. Município de São Gabriel, 2016. Disponível em: <https://www.facebook.com/CoredeFo/>. Acesso em: 2 ago. 2018.

ATA DE ASSEMBLEIA PÚBLICA MUNICIPAL DE SÃO GABRIEL. **Ata de Assembleia Pública Municipal da Consulta Popular 2017 para orçamento 2018**. Município de São Gabriel, 2017. Disponível em: <https://www.facebook.com/CoredeFo/>. Acesso em: 2 ago. 2018.

ATA DE ASSEMBLEIA PÚBLICA MUNICIPAL DE SÃO GABRIEL. **Ata de Assembleia Pública Municipal da Consulta Popular 2018 para orçamento 2019**. Município de São Gabriel, 2018. Disponível em: <https://www.facebook.com/CoredeFo/>. Acesso em: 2 ago. 2018.

ATA DE ASSEMBLEIA PÚBLICA MUNICIPAL DE URUGUAIANA. **Ata de Assembleia Pública Municipal da Consulta Popular 2016 para orçamento 2017**. Município de Uruguaiana, 2016. Disponível em: <https://www.facebook.com/CoredeFo/>. Acesso em: 2 ago. 2018.

ATA DE ASSEMBLEIA PÚBLICA MUNICIPAL DE URUGUAIANA. **Ata de Assembleia Pública Municipal da Consulta Popular 2017 para orçamento 2018**. Município de Uruguaiana, 2017. Disponível em: <https://www.facebook.com/CoredeFo/>. Acesso em: 2 ago. 2018.

ATA DE ASSEMBLEIA PÚBLICA MUNICIPAL DE URUGUAIANA. **Ata de Assembleia Pública Municipal da Consulta Popular 2018 para orçamento 2019**. Município de Uruguaiana, 2018. Disponível em: <https://www.facebook.com/CoredeFo/>. Acesso em: 2 ago. 2018.

BANDEIRA, Pedro Silveira. Uma experiência de institucionalização de regiões no Brasil: os COREDEs do Rio Grande do Sul. **Colóquio Internacional sobre Desenvolvimento Territorial Sustentável** (1.: 2007 ago. Florianópolis, SC). Publicações [recurso eletrônico]. Florianópolis: UFSC, 2007. Disponível em: <http://www.cidts.ufsc.br/>. Acesso em: 20 abr. 2018.

BAQUERO, Marcello. Qualidade Democrática e Potencial de Desenvolvimento Regional no Rio Grande do Sul. In: BAQUERO, Marcello; CREMONESE, Dejalma (orgs.); **Desenvolvimento regional: democracia local e capital social**. Ijuí-RS: UNIJUÍ, 2008.

BERTÊ, Ana Maria, et al. Perfil socioeconômico – COREDE Fronteira Oeste. **Boletim Geográfico do Rio Grande do Sul**, Porto Alegre, n. 26, p. 296-335, fev. 2016.

BORBA, Vanderlei. Fronteiras e faixa de fronteira: expansionismo, limites e defesa. Rio Grande/RS: **Historiæ**, v. 4, n. 2: 59-78, 2013.

BOURDIEU, Pierre. Le Capital Social: Notes Provisoires. In: **Actes de la Recherche en Sciences Sociales**, n. 31, p. 2-3, jan. 1980. Disponível em: <http://www.letunifor.xpg.com.br/arquivos/capsoc2.pdf>. Acesso em: 5 jan. 2019.

BRASIL, Presidência da República, 1988. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Diário Oficial da União, Poder Executivo, Brasília, DF, 2017. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/ConstituicaoCompilado.htm. Acesso em: 02 ago. 2017.

_____, Presidência da República. **Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990**. Diário Oficial da União, Poder Executivo, Brasília, DF, 2017. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8080.htm. Acesso em: 02 ago. 2017.

_____, Ministério da Integração Nacional. **A PNDR em dois tempos: A experiência apreendida e o olhar pós 2010**. Secretaria de Políticas de Desenvolvimento Regional, Brasília: Ministério da Integração Nacional, 2010a. Disponível em: <http://www.mi.gov.br/documents/10157/c5460640-8b23-43de-ba2a-1fd0ee391aa0>. Acesso em 25 abr. 2018.

_____. Decreto nº 6.047, de 22 de fevereiro de 2007. **Institui a Política Nacional de Desenvolvimento Regional – PNDR e dá outras providências**. Brasília, DF, 2018. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2007-2010/2007/Decreto/D6047.htm. Acesso em: 26 nov. 2018.

BÜTTENBENDER, P. L.; SIEDENBERG, D. R.; ALLEBRANDT, S. L. Conselhos Regionais de Desenvolvimento (COREDES) RS: Articulações regionais, referenciais estratégicos e considerações críticas. **Revista Desenvolvimento Regional em Debate**, ano 1, n. 1, dez. 2011.

CARGNIN, Antonio Paulo. Políticas de Desenvolvimento Regional no Rio Grande do Sul: Vestígios, marcas e repercussões territoriais. **Tese de Doutorado**, Programa de Pós-Graduação em Geografia. Porto Alegre: Universidade Federal do Rio Grande do Sul/UFRGS, 2011.

CARVALHO, Mariana Siqueira de. A saúde como direito social fundamental na Constituição Federal de 1988. **Revista Direito Sanitário**, v. 4, n. 2, 2003. Disponível em: <http://www.revistas.usp.br/rdisan/article/view/81181/84812>. Acesso em: 28 nov. 2017.

CEOLIN; COLVERO; SANTOS. Processos de Integração na Fronteira: Mecanismos Adotados por São Borja (Brasil) e Santo Tomé (Argentina). **Revista Intellecto – CENEGRI**, ano XII, v. XIII, n. 25, jul/dez, 2016.

COLVERO, Ronaldo B. **Negócios na madrugada**: o comércio ilícito na fronteira do Rio Grande do Sul. Passo Fundo: UPF, 2004.

COREDE FRONTEIRA OESTE. **Página Oficial do Facebook do Conselho Regional de Desenvolvimento – COREDE Fronteira Oeste**. Disponível em: <https://www.facebook.com/CoredeFo/>. Acesso em: 20 nov. 2018.

COREDES. **Pro-RS IV**. Propostas estratégicas para o desenvolvimento regional do Estado do Rio Grande do Sul. Passo Fundo. Passografic, 2010.

_____, Conselhos Regionais de Desenvolvimento. **PRÓ-RS V**. Propostas estratégicas para o desenvolvimento regional do Estado do Rio Grande do Sul (2015-2018). Lajeado: Editora Univates, 2014.

CORRÊA, José Carlos Severo. O planejamento regional no COREDE Fronteira Oeste: uma análise da articulação das políticas territoriais numa perspectiva multiescalar. **Tese de Doutorado**, Programa de Pós-Graduação em Desenvolvimento Regional. Santa Cruz do Sul: Universidade de Santa Cruz do Sul/UNISC, 2018.

DEMO, Pedro. **Metodologia científica em ciências sociais**. – 3 ed. – São Paulo: Atlas, 2009

DIAS, Reinaldo. **Ciência política**. In: – 1ª ed. – 2. Reimpr. – São Paulo: Atlas, 2010.

_____. Reinaldo; MATOS, Fernanda. **Políticas públicas**: princípios, propósitos e processos. São Paulo: Atlas, 2012.

DICIONÁRIO AURÉLIO DE PORTUGUÊS. **Dicionário Aurélio online**, 2018. Disponível em: <https://www.dicio.com.br/aurelio-2/>. Acesso em: 20 dez. 2018.

DIEHL, Astor Antônio; TATIM, Denise Carvalho. **Pesquisa em ciências sociais aplicadas: métodos e técnicas**. São Paulo: Pearson Prentice Hall, 2004.

FUNDAÇÃO DE ECONOMIA E ESTATÍSTICA DO ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL (FEE). **Perfil Socioeconômico do COREDE Fronteira Oeste**. Disponível em: <https://www.fee.rs.gov.br/perfil-socioeconomico/coredes/detalhe/?corede=Fronteira+Oeste>. Acesso em: 27 jan. 2019

FLEURY, Sonia. Reforma sanitária brasileira: dilemas entre o instituinte e o instituído. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 3, jun, 2009, p.743-752. Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=63013535010>. Acesso em: 3 ago. 2017.

FLÔRES, J.R.A. A Vila de São Borja (1834 – 1887) numa conjuntura de transição: história socioeconômica e geopolítica. **Dissertação de Mestrado em História**, São Leopoldo: Universidade do Vale do Rio dos Sinos, 1996.

FLORENCIO, David Rodrigo; RUSCH, Fernando; THEIS, Ivo Marcos. Análise de políticas de desenvolvimento regional: o caso da MESOMERCOSUL. **Dynamis**, n. 14, v. 1, 2008. pp: 23-33.

FREY, Klaus. Políticas Públicas: Um debate conceitual e reflexões referentes à prática da análise de políticas públicas no Brasil. **IPEA, Planejamento e Políticas Públicas no Brasil**, n. 21, jun, 2000. Disponível em: <http://www.ipea.gov.br/ppp/index.php/PPP/article/view/89/158>. Acesso em: 10 jul. 2018.

FURTADO, Renata. **Descobrimo a faixa de fronteira: a trajetória das elites organizacionais do Executivo Federal, as estratégias, as negociações e o embate na Constituinte**. Curitiba: Editora CRV, 2013.

GASPARI, Elio. **A ditadura encurralada**. São Paulo: Companhia de Letras, 2004.

GONÇALVES, Margarete Leniza Lopez. Crescimento pró-pobre nos COREDES e municípios gaúchos: uma análise econométrica (2000-2006). Porto Alegre: **Dissertação de Mestrado**, Programa de Pós-Graduação em Economia, PUCRS, 2010.

IBGE. **Portal Oficial do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística**, 2019. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/>. Acesso em: 7 jan. 2019.

IDEB. **Portal Oficial do Índice de Desenvolvimento da Educação Básica**, 2019. Disponível em: <http://ideb.inep.gov.br>. Acesso em: 8 jan. 2019.

LAHERA, Eugenio. Implementación de las políticas y asesoría presidencial. In: SARAVIA, Enrique; FERRAREZI, Elisabete. (Orgs.). **Políticas públicas**. Brasília: ENAP, v. 1, p. 239-261, 2006.

LOPES, António Simões. Globalização e desenvolvimento regional. **Gestão e desenvolvimento**, n. 11, 2002. pp. 9-25.

LUCHESE, Patrícia T.R.; AGUIAR, Dayse S. de. **Políticas públicas em Saúde Pública**. São Paulo: BIREME/OPAS/OMS, 2002.

MARCONI, Marina de Andrade; LAKATOS, Eva Maria. **Técnicas de pesquisa**: planejamento e execução de pesquisas, amostragens e técnicas de pesquisa, elaboração, análise e interpretação de dados. – 7 ed. – São Paulo: Atlas, 2007.

MENDONÇA, Sonia Regina de. As bases do “milagre”. In: MENDONÇA, Sonia Regina de. **História do Brasil recente**: 1964-1992. 5 ed – São Paulo: Ática, 2006.

_____, Sonia Regina de. A crise dos anos 70: o fim do “milagre”. In: MENDONÇA, Sonia Regina de. **História do Brasil recente**: 1964-1992. 5 ed – São Paulo: Ática, 2006.

MENICUCCI, Telma Maria G. O Sistema Único de Saúde, 20 anos: balanço e perspectivas. **Caderno Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 25(7): 1620-1625, jul. 2009.

MULS, Leonardo Marco. Desenvolvimento local, espaço e território: o conceito de Capital Social e A importância da formação de redes entre organismos e instituições locais. **Revista Economia**, Brasília (DF), v.9, n.1, p.1-21, jan/abr 2008.

NEVES, Ana Vanessa de Medeiros. **Políticas públicas de saúde para concursos**. Rio de Janeiro: Elsevier, 2012.

PACHECO, Júlio César de C. Os direitos sociais e a Constituição de 1988. In: PACHECO, Júlio César de C. **Os direitos sociais e o desenvolvimento emancipatório**: globalização, crise do estado-nação, flexibilização, mandado de injunção, proibição do retrocesso social e outros temas. Passo Fundo: IMED, 2009.

PAIM, Jairnilson Silva. **Reforma sanitária brasileira**: contribuição para a compreensão e crítica. Salvador: EDUFBA; Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2008.

PAIVA, Carlos Henrique A.; TEIXEIRA, Luiz Antonio. Reforma sanitária e a criação do Sistema Único de Saúde: notas sobre contextos e autores. **História, Ciências, Saúde – Manguinhos**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 1, jan-mar, 2014, p.15-35. Disponível em: Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=386134010002>. Acesso em: 28 jul. 2017.

PASE, Hemerson Luiz; SANTOS, Everton. Capital Social e Desenvolvimento no Rio Grande do Sul. In: BAQUERO, Marcello; CREMONESE, Dejalma (orgs.); **Desenvolvimento regional**: democracia local e capital social. Ijuí-RS: UNIJUI, 2008.

PED, COREDE-FO. **Plano estratégico de desenvolvimento da região Fronteira Oeste (2010-2020)**. Passo Fundo: Passografic, 2010.

PED, COREDE-FO. **Plano estratégico participativo de desenvolvimento regional da Fronteira Oeste do Rio Grande do Sul (2015-2030)**. São Borja, RS: Editorial Hope, 2017.

PIRES, Maria Raquel G.M.; DEMO, Pedro. Políticas de saúde e crise do Estado de bem-estar: repercussões e possibilidades para o Sistema Único de Saúde. **Saúde e Sociedade**, v. 15, n. 2, p. 56-71, mai-ago, 2006.

PORTAL ODS. **Portal Oficial dos 17 Objetivos de Desenvolvimento Sustentável**, 2019. Disponível em: <http://portalods.com.br/>. Acesso em: 7 jan. 2019.

PREFEITURA DE ALEGRETE. **Portal Oficial da Prefeitura do Município de Alegrete**. 2019. Disponível em: <https://www.alegrete.rs.gov.br/>. Acesso em: 5 jan. 2019.

PREFEITURA DE BARRA DO QUARAÍ. **Portal Oficial da Prefeitura do Município de Barra do Quaraí**. 2019. Disponível em: <http://www.barradoquarai.rs.gov.br/>. Acesso em: 5 jan. 2019.

PREFEITURA DE ITACURUBI. **Portal Oficial da Prefeitura do Município de Itacurubi**. 2019. Disponível em: <https://www.itacurubi.rs.gov.br/>. Acesso em: 5 jan. 2019.

PREFEITURA DE ITAQUI. **Portal Oficial do Município de Itaqui**. 2019. Disponível em: <http://www.itaqui.rs.gov.br/>. Acesso em: 5 jan. 2019.

PREFEITURA DE MAÇAMBARÁ. **Portal Oficial do Município de Maçambará**. 2019. Disponível em: <https://macambara.rs.gov.br/>. Acesso em: 5 jan. 2019.

PREFEITURA DE MANOEL VIANA. **Portal Oficial do Município de Manoel Viana**. 2019. Disponível em: <http://www.manoelviana.rs.gov.br/novoportal/>. Acesso em: 5 jan. 2019.

PREFEITURA DE QUARAÍ. **Portal Oficial do Município de Quaraí**. 2019. Disponível em: <http://www.quarai.rs.gov.br/>. Acesso em: 5 jan. 2019.

PREFEITURA DE ROSÁRIO DO SUL. **Portal Oficial do Município de Rosário do Sul**. 2019. Disponível em: <http://www.prefeituraderosario.com.br/>. Acesso em: 5 jan. 2019.

PREFEITURA DE SANTA MARGARIDA DO SUL. **Portal Oficial do Município de Santa Margarida do Sul**. 2019. Disponível em: <http://www.santamargaridadosul.rs.gov.br/>. Acesso em: 5 jan. 2019.

PREFEITURA DE SANTANA DO LIVRAMENTO. **Portal Oficial do Município de Santana do Livramento**. 2019. Disponível em: <http://www.sdolivramento.com.br/prefeitura/index.php>. Acesso em: 5 jan. 2019.

PREFEITURA DE SÃO BORJA. **Portal Oficial do Município de São Borja**. 2019. Disponível em: <https://www.saoborja.rs.gov.br/>. Acesso em: 5 jan. 2019.

PREFEITURA DE SÃO GABRIEL. **Portal Oficial do Município de São Gabriel**. 2019. Disponível em: <http://www.saogabriel.rs.gov.br/>. Acesso em: 5 jan. 2019.

PREFEITURA DE URUGUAIANA. **Portal Oficial do Município de Uruguaiana**. 2019. Disponível em: <http://www.uruguaiana.rs.gov.br/>. Acesso em: 5 jan. 2019.

PRESIDENTE DO COMUDE SÃO BORJA. **Presidente do Conselho Municipal de Desenvolvimento do município de São Borja destaca a atuação do COMUDE na saúde**. Entrevista concedida à Larissa Zanela Mendes. São Borja, 21 dez. 2018.

PREUSS, Lislei T. Territórios fronteiriços e os processos de integração regional no Mercosul. **VII Seminário Estadual de Estudos Territoriais**, II Jornada de Pesquisadores sobre a questão agrária no Paraná, 2014. Disponível em: <http://www3.uepg.br/seet/wpcontent/uploads/sites/5/2014/08/TERRIT%20C3%93RIOS-FRONTIERI%20C3%87OS-E-OS-PROCESSOS-DE-INTEGRA%20C3%87%20C3%83O-REGIONAL-NO-MERCOSUL.pdf>. Acesso em: 3 ago. 2018.

PUTNAM, Robert D. **Comunidade e Democracia**: a experiência da Itália Moderna. 2 ed. Rio de Janeiro: Editora FGV, 2000.

RAFFESTIN, Claude. **Por uma geografia do poder**. São Paulo: Editora Ática, 1993.

REIS, Denizi O.; ARAÚJO, Eliane C.; CECÍLIO, Luiz Carlos O. **Políticas públicas de saúde**: Sistema Único de Saúde. São Paulo: UNIFESP, 2012.

REGIMENTO INTERNO DO COREDE-FO. **Regimento Interno do Conselho Regional de Desenvolvimento da Fronteira Oeste**, 1995.

REPRESENTANTE DO HOSPITAL IVAN GOULART. **Gestor representante do Hospital Ivan Goulart na Consulta Popular destaca a atuação do hospital na saúde**. Entrevista concedida à Larissa Zanela Mendes. São Borja, 28 dez. 2018.

RIO GRANDE DO SUL, Constituição (1989). **Constituição do Estado do Rio Grande do Sul**. Porto Alegre: Assembleia Legislativa do Estado do Rio Grande do Sul, 2018. Disponível em:
<http://www2.al.rs.gov.br/dal/LinkClick.aspx?fileticket=WQdIfqNoXO4%3d&tabid=3683&mid=5359>. Acesso em: 25 abr. 2018.

_____. Lei nº 10.283, de 17 de outubro de 1994. **Dispõe sobre a criação, estruturação e funcionamento dos Conselhos Regionais de Desenvolvimento e dá outras providências**. Porto Alegre: Assembleia Legislativa do Estado do Rio Grande do Sul, 2018. Disponível em:
http://www.al.rs.gov.br/Legis/M010/M0100099.ASP?Hid_Tipo=TEXT0&Hid_TodasNormas=12666&hTexto=&Hid_IDNorma=12666. Acesso em 25 abr. 2018.

_____. Decreto nº 35.764, de 28 de dezembro de 1994. **Regulamenta a Lei nº 10.283, de 17 de outubro de 1994, que criou os Conselhos Regionais de Desenvolvimento - CRDs**. Porto Alegre: Assembleia Legislativa do Estado do Rio Grande do Sul, 2018. Disponível em:
http://www.al.rs.gov.br/Legis/M010/M0100099.ASP?Hid_Tipo=TEXT0&Hid_TodasNormas=12439&hTexto=&Hid_IDNorma=12439. Acesso em: 25 abr. 2018.

_____. Lei nº 11.179, de 25 de junho de 1998. **Dispõe sobre a consulta direta à população quanto à destinação de parcela do Orçamento do Estado do Rio Grande do Sul voltada a investimentos de interesse regional**. Porto Alegre: Assembleia Legislativa do Estado do Rio Grande do Sul, 2018. Disponível em:
<http://www.al.rs.gov.br/filerepository/repLegis/arquivos/11.179.pdf>. Acesso em: 1 nov. 2018.

_____. Lei nº 13.595, de 30 de dezembro de 2010. **Dispõe sobre a institucionalização, a estruturação e o funcionamento do Fórum dos Conselhos Regionais de Desenvolvimento do Estado do Rio Grande do Sul – COREDES-RS – e dá outras providências.** Porto Alegre: Assembleia Legislativa do Estado do Rio Grande do Sul, 2019. Disponível em: <http://www.al.rs.gov.br/filerepository/replegis/arquivos/13.595.pdf>. Acesso em: 28 dez. 2018.

_____. **Portal oficial da Consulta Popular.** Porto Alegre: Secretaria de Planejamento, Governança e Gestão, 2018. Disponível em: <http://www.participa.rs.gov.br/conheca-o-processo/>. Acesso em: 1 nov. 2018.

RUA, Maria das Graças. (1997). *Análise de Políticas Públicas: Conceitos Básicos.* Washington, DC: **Indes/BID.** Texto digitado. Disponível em http://www.clebertoledo.com.br/blogs/estaopublica/administracao/files/files/pol_publicaS_Ga%C3%A7aRUA.pdf. Visto por último em: 12 jul. 2018.

_____. **Políticas públicas.** Florianópolis: Departamento de Ciências da Administração/UFSC; Brasília: CAPES: UAB, 2009.

SANTOS, Milton. **Por uma Geografia Nova.** São Paulo: Hucitec, Edusp, 1978.

SANTOS, Elinaldo Leal, et al. Desenvolvimento: um conceito multidimensional. **Revista Desenvolvimento Regional em debate**, ano 2, n. 1, jul. 2012. pp. 44-61.

SANT'ANNA, Fernanda Mello. O papel da integração fronteiriça para a integração regional na América Latina. Manaus/AM: **Revista Geonorte**, 3 ed, v.7, n.1, p.1214-1230, 2013.

SARAVIA, Enrique. Introdução à teoria da política pública. In: SARAVIA, Enrique; FERRAREZI, Elisabete. (Orgs.). **Políticas públicas.** Brasília: ENAP, v. 1, p. 21-42, 2006.

SARLET, Ingo W.; FIGUEIREDO, Mariana E. Algumas considerações sobre o direito fundamental à proteção e promoção da saúde aos 20 anos da Constituição Federal de 1988. **Revista de Direito do Consumidor**, n. 67, 2008, p. 125-172. Acesso em: 02 abr. 2018.

_____, Ingo W. Teoria geral dos direitos fundamentais. In: SARLET, Ingo Wolfgang; MARINONI, Luiz Guilherme; MITIDIERO, Daniel. **Curso de Direito Constitucional.** 6.ed. São Paulo: Saraiva, 2017, p. 301-324.

SECCHI, Leonardo. **Políticas públicas: conceitos, esquemas de análise, casos práticos.** 2 ed. São Paulo: Cengage Learning, 2013.

_____. Leonardo. **Análise de Políticas Públicas**: diagnóstico de problemas, recomendação de soluções. São Paulo: Cengage Learning, 2016.

SECRETÁRIO MUNICIPAL DE SAÚDE DE SÃO BORJA. **Secretário de Saúde do município de São Borja destaca a atuação da secretaria na saúde na Consulta Popular**. Entrevista por escrito concedida à Larissa Zanela Mendes. São Borja, 4 fev. 2019.

SILVA, Mariangela Amaral, et al. Análise das desigualdades entre os COREDES no período de 1990 a 2003: origem e evolução. **Revista Perspectiva Econômica**, v. 3, n. 1, p. 62-81, jan/jun. 2007.

SILVA, Sueli Santos da. Milton Santos: concepções de geografia, espaço e território. **Dissertação de Mestrado**, Programa de Pós-Graduação em Geografia, Universidade Estadual do Oeste do Paraná: Francisco Beltrão, Unioeste, 2009.

SIMÕES, Rodrigo Ferreira; LIMA, Ana Carolina da Cruz. Teorias do desenvolvimento regional e suas implicações de política econômica no pós-guerra: o caso do Brasil. Belo Horizonte: UFMG/Cedeplar, 2009.

SOUZA, Celina. Políticas públicas: uma revisão da literatura. **Sociologias**, Porto Alegre: ano 8, n. 16, jul/dez, 2006, p. 20-45.

SOUZA; Edson; GEMELLI, Vanderléia. Território, região e fronteira: análise geográfica integrada da Fronteira Brasil/Paraguai. **Revista Brasileira de Estudos Urbanos e Regionais**, v. 13, n. 2, nov. 2011.

TEIXEIRA, Elenaldo Celso. O papel das políticas públicas no desenvolvimento local e na transformação da realidade. Salvador: AATR, 2002. Disponível em: <http://www.feis.unesp.br/Home/departamentos/fitotecniatecnologiadealimentosesocioeconomico/a716/antonio-lazarosantana/texto-2.-o-papel-das-politicas-publicas-no-desenvolvimento-local.pdf>. Acesso em: 12 jul. 2018.

ULTRAMARI, Clovis; DUARTE, Fabio. **Desenvolvimento local e regional**. 2 ed. Curitiba, PR: IBPEX, 2011.

VICE-PRESIDENTE DO COREDE-FO. **Vice-presidente do Conselho Regional de Desenvolvimento da Fronteira Oeste destaca a atuação do COREDE-FO na saúde**. Entrevista concedida à Larissa Zanela Mendes. São Borja, 10 dez. 2018.

WEBER, Max. **Economia e sociedade**: fundamentos da sociologia compreensiva. Tradução de Regis Barbosa e Karen Elsabe Barbosa. Brasília, DF: Editora Universidade de Brasília: São Paulo: Imprensa Oficial do Estado de São Paulo, v. 2, 1999.

APÊNDICE

APÊNDICE A – Roteiro da entrevista com o vice-presidente do Conselho Regional de Desenvolvimento da Fronteira Oeste (COREDE-FO).

APÊNDICE B – Roteiro da entrevista com o presidente do Conselho Municipal de Desenvolvimento de São Borja (COMUDE São Borja) e também chefe de gabinete do Prefeito Municipal.

APÊNDICE C – Roteiro da entrevista com o gestor representante do Hospital Infantil Ivan Goulart em assembleias da Consulta Popular.

APÊNDICE D – Roteiro da entrevista com o Secretário de Saúde do Município de São Borja.

APÊNDICE A – Roteiro da entrevista com o vice-presidente do Conselho Regional de Desenvolvimento da Fronteira Oeste (COREDE-FO).

1. Qual é a sua formação profissional?
2. Tempo de atuação no Conselho:
3. Já participou de outro Conselho anteriormente?
4. O que o COREDE FO e o mecanismo de Consulta Popular representam ao senhor?
5. Quais são os pontos fortes do Conselho? E os pontos fracos?
6. No dia-a-dia de atuação frente ao Conselho, quais são os entraves encontrados?
7. Vem alguma verba para a manutenção e funcionamento dos COREDES? Se sim, de onde vem?
8. Como a liderança do COREDE FO, juntamente com os representantes dos COMUDES e hospitais pensam em otimizar os índices de saúde da Fronteira Oeste?
9. Durante esses anos de atuação, quais foram as conquistas relacionadas à área da saúde e quais os maiores problemas enfrentados?
10. Quais são os desafios que ainda precisam ser vencidos?
11. Qual a relação entre os Planejamentos Estratégicos de Desenvolvimento formulados e as propostas que vão à votação na Consulta Popular?
12. Como o recurso designado pela Consulta é pensado, no tocante à regionalização da saúde? (O SUS tem uma divisão, que é por Coordenadorias Regionais. O Estado do Rio Grande do Sul, para a disponibilização de recursos da Consulta, segue qual forma de regionalização? A dos COREDES, regiões funcionais, ou a das Coordenadorias?)
13. Como é feito o rateio de recursos advindos da Consulta? Há um planejamento para onde os recursos serão aplicados?
14. Quem executa a aplicação de recursos?
15. Há alguma prestação de contas sobre onde o dinheiro está sendo investido por cada município e hospital?
16. Após o processo de Consulta Popular anual encerrar, como se dá a atuação do COREDE FO (isto é, o que ele faz)?
17. Na sua percepção, de que maneira a saúde pode contribuir para o desenvolvimento regional?

APÊNDICE B – Roteiro da entrevista com o presidente do Conselho Municipal de Desenvolvimento de São Borja (COMUDE São Borja) e também chefe de gabinete do Prefeito Municipal.

1. Qual é a sua formação profissional?
2. Tempo de atuação no Conselho:
3. Já participou de outro Conselho anteriormente?
4. O que o COREDE-FO e o mecanismo de Consulta Popular representam ao senhor?
5. Qual a relação entre o Planejamento Estratégico de Desenvolvimento formulado e as propostas que vão à votação na Consulta Popular?
6. Quais são as dificuldades enfrentadas pelo senhor, enquanto Presidente do COMUDE, no decorrer do processo de Consulta Popular?
7. No dia-a-dia de atuação frente ao Conselho, quais são os entraves encontrados?
8. Há alguma forma de associação com os demais COMUDES e/ou conselhos municipais de saúde dos outros municípios pertencentes ao COREDE FO para a formulação dos projetos/propostas da área?
9. Como os COMUDE e Conselho Municipal de Saúde se articulam com o Hospital Ivan Goulart na construção de projetos/propostas?
10. Como é feito o planejamento do recurso orçamentário advindo da Consulta Popular?
11. Quem executa a aplicação desses recursos?
12. Há alguma prestação de contas sobre onde o recurso está sendo aplicado?
13. Após o processo de Consulta Popular anual encerrar, como se dá a atuação do COMUDE São Borja (isto é, o que ele faz)?
14. O que o senhor percebe como necessário, mas que ainda não foi alcançado tanto na temática da saúde como para o desenvolvimento regional?

APÊNDICE C – Roteiro da entrevista com o gestor representante do Hospital Infantil Ivan Goulart em assembleias da Consulta Popular.

1. Qual é a sua formação profissional?
2. Tempo de atuação como representante do Hospital nas assembleias do COREDE FO:
3. O que o COREDE-FO e o mecanismo de Consulta Popular representam ao Hospital?
4. Como os projetos/propostas que vão à votação na Consulta Popular são pensados por parte da gestão do Hospital?
5. Qual a relação entre os Planejamentos Estratégicos de Desenvolvimento formulados e as propostas que vão à votação na Consulta Popular?
6. Há alguma articulação com o COMUDE São Borja, o Conselho Municipal de Saúde e Secretaria Municipal de Saúde para a formulação desses projetos/propostas?
7. Como é feito o planejamento do recurso advindo da Consulta Popular?
8. Quem executa a aplicação desses recursos?
9. Há alguma prestação de contas sobre onde o recurso está sendo aplicado?
10. De que forma o orçamento oriundo desse mecanismo está colaborando para a melhora do sistema de saúde?
11. O que o senhor percebe como necessário, mas ainda não foi alcançado tanto na temática da saúde como para o desenvolvimento regional?

APÊNDICE D – Roteiro da entrevista com o Secretário de Saúde do Município de São Borja.

1. Qual é a sua formação profissional?
2. Tempo de atuação como Secretário de Saúde no Município:
3. Já participou de algum Conselho ou outro cargo de gestão anteriormente?
4. No dia-a-dia de atuação frente à gestão da Secretaria, quais são os entraves encontrados?
5. O que o COREDE-FO e o mecanismo de Consulta Popular representam ao município?
6. Como os projetos/propostas que vão à votação na Consulta Popular são pensados por parte da gestão municipal?
7. O município formula ou ajuda na formulação das propostas de saúde que vão à votação?
8. Há alguma relação entre os Planejamentos Estratégicos de Desenvolvimento desenvolvidos e as propostas que vão à votação na Consulta Popular?
9. Há alguma articulação com o COMUDE São Borja, o Conselho Municipal de Saúde e Secretaria Municipal de Saúde para a formulação desses projetos/propostas?
10. Como é feito o planejamento do recurso advindo da Consulta Popular?
11. Quem executa a aplicação desses recursos?
12. Há alguma prestação de contas sobre onde o recurso está sendo aplicado?
13. De que forma o orçamento oriundo desse mecanismo está colaborando para a melhora do sistema de saúde?
14. O que o senhor percebe como necessário, mas ainda não foi alcançado tanto na temática da saúde como para o desenvolvimento regional?


ANEXOS

ANEXO 01 – E-mail enviado ao vice-presidente do COREDE-FO para solicitar o envio de atas de Assembleias Públicas Municipais ocorridas nos anos 2014 e 2015.

ANEXO 02 – E-mail de resposta enviado pelo vice-presidente do COREDE-FO, referente às atas de Assembleias Públicas Municipais solicitadas pela pesquisadora.

ANEXO 01 – E-mail enviado ao vice-presidente do COREDE-FO para solicitar o envio de atas de Assembleias Públicas Municipais ocorridas nos anos 2014 e 2015.

Atas assembleias

 Larissa Zanella
Qua, 09/01/2019 10:17
Hugo Climeres ✕

Bom dia sei Hugo, tudo bem?
Estive em contato varias vezes com o Marcio desde que o senhor me passou o contato dele pra ver sobre as atas referente as assembleias publicas municipais e regionais. Fui a Itaquí para ver o que tinha de atas dos anos de 2010, 2011 e 2012, porém não há atas referentes a esses anos.
O Marcio ficou de procurar pra mim as que faltam de alguns municipios, mas ele não encontrou nada e pediu pra eu ver se essas por acaso o senhor tem... todas as que tenho, consegui pelo Face do COREDE-FO, só que ficaram faltando essas que vou listar abaixo:

*Uma divida: as atas referentes as assembleias que ocorreram em 2014 para orçamento de 2015, fala sobre demandas estratégicas... a votação que ocorreu nesse ano então não foi sobre a consulta popular, e sim sobre quais seriam as demandas que iriam para o plano estratégico 2015-2030?

Alegrete - falta a ata municipal da assembleia ocorrida em 2015 para consulta do orçamento de 2016;
Itacurubi - falta a ata municipal da assembleia ocorrida em 2014 para consulta do orçamento de 2015, e ata da assembleia ocorrida em 2015 para orçamento de 2016;
Itaqui - falta a ata municipal da assembleia ocorrida em 2015 para consulta do orçamento de 2016;
Maçambará - falta a ata da assembleia ocorrida em 2015 para consulta do orçamento de 2015, e ata da assembleia ocorrida em 2015 para consulta do orçamento de 2016;
Manoel Viana - falta a ata da assembleia ocorrida em 2014 para consulta do orçamento de 2015, e ata da assembleia ocorrida em 2015 para consulta do orçamento de 2016;
Quaraí - falta a ata da assembleia ocorrida em 2014 para consulta do orçamento de 2015, e ata da assembleia ocorrida em 2015 para consulta do orçamento de 2016;
Rosário do Sul - falta a ata da assembleia ocorrida em 2015 para consulta do orçamento de 2016;
Santa Margarida do Sul - falta a ata da assembleia ocorrida em 2015 para consulta do orçamento de 2015, e ata da assembleia de 2015 para consulta do orçamento de 2016;
Santana do Livramento - falta a ata da assembleia ocorrida em 2014 para consulta do orçamento de 2015;
São Borja - falta a ata da assembleia ocorrida em 2014 para consulta do orçamento de 2015, e ata da assembleia ocorrida em 2015 para consulta do orçamento de 2016;
São Gabriel - falta a ata da assembleia ocorrida em 2015 para consulta do orçamento de 2016;
Uruguaiana - falta a ata da assembleia ocorrida em 2015 para consulta do orçamento de 2016.

Será que o senhor teria como ver se essas atas que faltam existem? Caso o senhor tiver elas, poderia me enviar?
Obrigada mais uma vez, e desculpa o incômodo.
Atenciosamente,
Larissa

ANEXO 02 – E-mail de resposta enviado pelo vice-presidente do COREDE-FO, referente às atas de Assembleias Públicas Municipais solicitadas pela pesquisadora.

